

P-01

METÁSTASIS DE MELANOMA CUTÁNEO PRIMARIO EN ESÓFAGO, ESTÓMAGO Y DUODENO: A PROPÓSITO DE UN CASO

Buscaglia, AU; Alach, E; Contreras, M; Chavero, P; Defaveri, M; De María, J; Mattanó, R; Santos, C; Spaletti, L

INTRODUCCIÓN: El melanoma es una neoplasia maligna derivada de la transformación de los melanocitos, que constituye el 1% de todas las neoplasias y menos del 5% de las neoplasias de la piel. El melanoma cutáneo puede dar metástasis en hígado (20%) y pulmón (35%). En el tracto GI sólo lo hace en el 5% de los casos siendo el intestino delgado el sitio más afectado (50-70%), seguido por estómago (27%), colon (22%) y esófago (5%). Las metástasis simultáneas en esófago, estómago y duodeno son una rareza, y no hemos encontrado casos descriptos en la literatura, razón que ha motivado la presentación de este caso. **PRESENTACIÓN DEL CASO:** Paciente masculino de 74 años de edad con diagnóstico de lesiones focales hepáticas (MTS) por Ecografía y TC, que es derivado a nuestro Servicio para realización de estudios endoscópicos en búsqueda de la lesión primaria. La VCC hasta ciego con adecuada preparación fue normal. En la VEDA se hallaron diseminadas y esparcidas a lo largo del esófago, estómago, bulbo y 2da. porción duodenal múltiples lesiones plano-elevadas, de entre 2-10 mm de diámetro, con superficie erosionada, de color negro. Se tomaron múltiples biopsias. Luego de la recuperación anestésica el paciente es evaluado, hallándose una lesión cutánea en la región interescapular, de unos 3 cm, hiperpigmentada que le ocasionaba prurito y sangrados intermitentes. Es derivado al Servicio de Dermatología donde se le realizó una biopsia de dicha lesión. Los resultados de la anatomía patológica de ambos sitios (piel y tracto GI) fueron coincidentes: Lesión cutánea y de mucosa esofágica, gástrica y duodenal con infiltración coriónica por células epiteliales, con núcleos grandes y nucléolos evidentes e intensa pigmentación negruzca. Se realizaron técnicas de IHQ: HMB 45 +, Melan A +, concluyendo que los caracteres morfológicos y el perfil inmunológico corresponden a una lesión primaria cutánea y a una infiltración esofágica, gástrica y duodenal por MELANOMA. El paciente evoluciona desfavorablemente y fallece 4 semanas después del diagnóstico. **CONCLUSIONES:** El 95% de los melanomas son cutáneos, y menos del 3% son melanomas metastásicos sin evidencia del tumor primario. La afectación en el tracto GI es casi siempre por metástasis y su simultaneidad en varios sitios del mismo no han sido descriptas en la literatura, lo que transforma a este caso en una rareza. Hasta el 60% de los pacientes que fallecen por esta neoplasia presentan lesiones metastásicas en el tracto GI y sólo menos del 5% de éstos serán diagnosticados antes de su muerte debido a la ausencia de síntomas. El diagnóstico es clínico, endoscópico y por anatomía patológica. La sobrevida de los pacientes con MTS en el tracto GI es menor a 1 año.

P-02

CÁNCER DEL MUÑOÓN GÁSTRICO. A PROPÓSITO DE UN CASO

Marini, PM¹; Bacigaluppi, E²; Zelaya, S³

(1)Gastroenterología, Hospital Municipal Subzonal Felipe Fossati. Balcarce, Argentina. (2) Gastroenterología, Sanatorio Belgrano. Mar del Plata, Argentina. (3)Patología, Hospital Municipal Subzonal Felipe Fossati. Balcarce, Argentina.

Caso clínico: Paciente de sexo masculino de 70 años de edad que consultó al servicio de gastroenterología por epigastralgia de más de 30 días de evolución y que respondió en forma parcial con Omeprazol 20 mg/día. Como antecedente clínico de relevancia, gastrectomía parcial Billroth II a los 32 años de edad por una hemorragia digestiva alta secundaria a una úlcera gástrica. Se realizó una Video Endoscopia Digestiva Alta (VEDA) en la que se observó, una cámara gástrica reducida de tamaño con abundante cantidad de líquido turbio que se pudo aspirar en forma parcial, y una gran lesión ulcerada de límites no definidos, cubierta de material necrótico y friable a la toma de biopsias que comprometía prácticamente a la totalidad del remanente gástrico. Anatomía Patológica: Adenocarcinoma pobremente diferenciado. **Introducción:** El cáncer del muñón gástrico (GSC por sus siglas en inglés) es el tumor maligno que se desarrolla en el remanente gástrico después de una gastrectomía subtotal realizada por lesiones benignas o enfermedad neoplásica. Es descripto como un adenocarcinoma del remanente gástrico que ocurre luego de 10 años de una gastrectomía subtotal, Billroth I o II tanto para una enfermedad benigna o maligna. Los principales factores de riesgo son 1) el tipo de reconstrucción, los pacientes con Billroth II tienen 4 veces más riesgo de desarrollar GSC comparado con los Billroth I, 2) reflujo duodenogástrico, 3) el intervalo de tiempo entre la resección y el diagnóstico de GSC que va de los 20 a los 27 años y en raros casos más allá de los 40 años, 4) la patología inicial, 5) cirugía antes de los 40 años 6) sexo masculino, 7) infección por Helicobacter pylori, 8) Epstein Barr Virus (EBV) y 9) presencia de vagotomía. **Conclusión:** Si bien hoy en día desde la aparición de los Inhibidores de la Bomba de Protones (IBP) y los nuevos avances en endoscopia terapéutica han reducido considerablemente la necesidad de cirugía como tratamiento de la úlcera gástrica complicada, hay que tener siempre presente el cáncer del muñón gástrico en aquellos pacientes con antecedente de gastrectomía parcial de más de 10 años independientemente de que si presentan síntomas digestivos o no.

P-03

UNA LESIÓN DE ASPECTO FRECUENTE CON UN DIAGNÓSTICO INFRECUENTE: TUMOR NEUROENDÓCRINO GÁSTRICO

Fantín, P¹; Paskiewich, A⁽¹⁾; Peré, F⁽¹⁾; Guzmán, J⁽¹⁾; Ibarra, D⁽¹⁾

(1)Gastroenterología, Hospital Aeronáutico Central. Caba, Argentina.

INTRODUCCIÓN: Los tumores neuroendócrinos (TNE) se originan a partir de las células enterocromafines, representa 2% de los carcinoides gastrointestinales y el 0,3% de los tumores gástricos. La incidencia de TNE GEP ha ido en aumento favorecida por los métodos de diagnóstico de imágenes y la endoscopia digestiva. Clínicamente se presentan con dolor abdominal, vómitos, diarrea, asintomáticos 30% casos. Los TNE GEP son un grupo heterogéneo, desde tumores no funcionales a aquellos que segregan hormonas identificables como síndromes específicos: insulinoma, gastrinoma y síndrome carcinoide. La mayoría son histológicamente bien diferenciados, con un patrón progresivo lento y expresan marcadores comunes como la sinaptosina y cromogranina. La OMS y la Sociedad Europea de Tumores Neuroendócrinos han desarrollado una nueva clasificación de TNE gástricos en tres categorías basado en su comportamiento biológico y pronóstico: G1 (bajo grado) más frecuentes, asociado a gastritis crónica atrofica; múltiples, pequeños, menores de 1cm, aspecto polipoide y habitualmente no funcionantes. G2 (moderado grado) asociado a síndrome de Zollinger- Ellison, MEN I, múltiples con comportamiento similar a G 1. G3 (alto grado) esporádico, más agresivo y menos diferenciado que los anteriores. **OBJETIVO:** Demostrar la importancia de la endoscopia como método diagnóstico de TNE digestivos destacando la técnica de mucosectomía como tratamiento curativo en etapa temprana. **MATERIAL Y MÉTODO:** Paciente femenina de 66 años en estudio por anemia ferropénica. Asintomática. VEDA: Estómago: Cuerpo lesión única, redondeada, elevada, 5 a 7 mm de diámetro, amarillenta con erosión central. VCC: angiodisplasia prececal. A.P: a nivel de corion proliferación celular en nidos y estructuras glandulares de células monotonas, núcleos centrales redondeados, amplios citoplasmas eosinófilos, nucléolos evidentes. Inmunohistoquímica: CK AE1 AE3, Cromogranina y Sinaptosina: positivas, difusas; KI67: <2%, CD56 negativo. Dco: TNE bien diferenciado G1 bajo grado. TC Tórax, Abdomen y Pelvis s/p. Octreoscan(-). Gastrinemia de 714 pg/ml, Cromogranina sérica: (-) Ecoendoscopia: Lesión hipocóica de límites definidos ubicada entre la primera y segunda capa, mide 5x4mm, respetando tercera y cuarta capa. TNE Gástrico T1a, N0, Mx. Por su ubicación, tamaño pequeño, bien diferenciado, único, limitado a la mucosa se decidió realizar resección con técnica de Mucosectomía. **CONCLUSIÓN:** Es importante destacar que frente a un TNE gástrico se pone en juego un proceso diagnóstico que requiere de un equipo multidisciplinario. El hallazgo de una lesión única de pequeño tamaño localizada en cuerpo gástrico, histología que evidenció TNE bien diferenciado y ecoendoscopia que definió el grado de invasión del tumor, en nuestro caso limitado a la mucosa, y Octreoscan (-) para lesiones secundarias, definimos como conducta la mucosectomía curativa.

P-04

CARCINOMA DE CELULAS PEQUEÑAS DE LA UNIÓN ESOFAGO-GÁSTRICA

Pucci, B¹; Lafage, M⁽¹⁾; Sambresqui, A⁽¹⁾; Rausch, S⁽²⁾; Durlach, M⁽³⁾; Landi, P⁽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 Clínica Médica, Instituto de Investigaciones Médicas Dr. A. Lanari. Capital Federal, Argentina.

INTRODUCCION: El carcinoma de células pequeñas es uno de los tumores más agresivos y pobremente diferenciados de los tumores neuroendócrinos. Asientan más frecuentemente en el pulmón. Dentro de los carcinomas de células pequeñas extra-pulmonares el origen gastrointestinal es el lugar más común, seguido del genitourinario, cabeza y cuello y mama. A nivel gastrointestinal el esófago es el lugar afectado con más frecuencia, seguido del colon, estómago y la vesícula biliar. Siendo muy infrecuente en la unión esófago-gástrica. Para hacer el diagnóstico de origen extrapulmonar es fundamental descartar afectación pulmonar. **OBJETIVO:** Presentar un caso clínico de una patología poco frecuente con localización inusual. **MATERIALES Y METODOS:** Femenino de 62 años, antecedentes de ex tabaquismo y enfermedad por reflujo gastro-esofágico de larga data y familiar de primer grado con cáncer gástrico (padre). Presenta cuadro de disfagia progresiva a sólidos asociado a pérdida de peso 3 meses de evolución. Presenta anemia (Hematocrito 27,5% - Hemoglobina 8,9 g/dl). Se realiza Videoendoscopia digestiva alta: lesión ulcerada mamelonada en la unión esófago-gástrica, que ocupa la circunferencia e involucra el techo gástrico. Anatomía Patológica: Carcinoma de células pequeñas. Inmunofenotipo: Cromogranina positivo focal/AE1-AE3, ACL, Sinaptosina, S y 100 y GMB 45 negativo. Ecografía abdominal: hepatomegalia con múltiples imágenes nodulares con aspecto de diana. Tomografía abdominal: hígado aumentado de tamaño con contornos irregulares, heterogéneo por múltiples imágenes hipodensas (que realzan tras la administración de contraste endovenoso en forma periférica). Recibe única dosis de quimioterapia con paclitaxel 30mg evolucionando con deterioro progresivo de los valores del hepatograma, perfil mixto con predominio colestásico, se realiza ecografía abdominal: hígado sin cambios con respecto a la anterior, no dilatación de la vía biliar intra y extrahepática, se interpreta como patrón mixto secundario a metástasis hepáticas. Evolucionando al óbito. Se realiza necropsia: se confirma diagnóstico, se excluye compromiso pulmonar, comprobando que la causa de muerte final fueron las metástasis hepáticas ya que el hígado presentaba múltiples nódulos y el resto con necrosis masiva. **RESULTADO:** Carcinoma de células pequeñas de la unión esófago-gástrica estadio IV. **CONCLUSIONES:** Nuestro caso se trata de una rara afección clínica. Es escasa la evidencia disponible, sólo existen pocos reportes de casos. Su tratamiento se extrapola de la experiencia de los carcinomas de células pequeñas de pulmón. Es importante el reporte de casos de pacientes con carcinomas de células pequeñas extrapulmonares, para conocer mejor esta entidad y poder optimizar el tratamiento y mejorar la supervivencia.

TUBERCULOSIS PANCREÁTICA: DESAFÍO DIAGNOSTICO DE MASA PANCREÁTICA

Llanquiman, E⁽¹⁾; Ojeda, S⁽¹⁾; Lacuadra, MP⁽¹⁾; Ceriani, S⁽²⁾; Cabanne, A^(3,4); Basso, S⁽⁵⁾; Paterno, M^(4,6); Vasen, W⁽²⁾

(1)CLINICA GASTROENTEROLOGICA, BONORINO UDAONDO. CABA, ARGENTINA. (2)INFECTOLOGIA CLINICA, BONORINO UDAONDO. CABA, ARGENTINA. (3)ANATOMIA PATOLOGICA, BONORINO UDAONDO. CABA, ARGENTINA. (4)CABA. (5)PANCREAS, BONORINO UDAONDO. CABA, ARGENTINA. (6)DIAGNOSTICO POR IMAGENES, BONORINO UDAONDO. CABA, Argentina.

INTRODUCCION: En nuestro país se diagnostican alrededor de 11.000 casos de tuberculosis (TBC) por año. Se estima que 1 al 2.5% corresponden a tuberculosis abdominal. La afectación pancreática aislada es una forma de presentación excepcional. La TBC abdominal presenta como síntomas más frecuentes pérdida de peso (90%), dolor abdominal (83%), hipertermia (83%), ictericia y masa palpable o linfadenopatías. La tomografía computarizada (TAC) de abdomen es el método más útil para el diagnóstico, si bien no hay imágenes características que permitan confirmarlo. La ecoendoscopia permite mayor caracterización de las lesiones pancreáticas y peripancreáticas y, mediante la punción, permite tomar muestras para su estudio. La presencia de BAAR o granulomas en el examen histológico confirman el diagnóstico. **OBJETIVO:** Presentación de un caso. **CASO CLINICO:** varón de 24 años, consulta por dolor abdominal, pérdida de peso (15% peso corporal total) y fiebre de un mes de evolución. Antecedentes: consumo de drogas ilícitas. Examen físico: abdomen con aumento de la tensión generalizada, se palpan múltiples nódulos subcutáneos abdominales. Laboratorio: anemia, leucocitosis, colestasis e hipoalbuminemia. Serologías para virus B, C y VIH, hemocultivos, CEA y Ca19.9 negativos. TAC de tórax y abdomen: opacidad en lóbulo superior izquierdo. Formación tumoral hipodensa quística de 42x32mm en cabeza y cuello pancreático, con infiltración difusa subcardial, periceláca, planos mesentéricos e implantes peritoneales. Múltiples adenopatías de rango no adenomegálico. Fibrobroncoscopia: sin lesiones y cultivos negativos. Se realizó punción-biopsia pancreática con aguja Tru-Cut. Anatomía patológica: infiltrado inflamatorio crónico granulomatoso, tinción de Ziehl-Neelsen positiva. Se concluye como TBC diseminada e inicio tratamiento con mejoría clínica y bioquímica. **CONCLUSION:** La primera presunción diagnóstica de tuberculosis pancreática es indistinguible por imágenes de lesiones malignas; al ser su presentación extremadamente infrecuente su diagnóstico según las series de casos fue mediante resección quirúrgica y estudio anatomopatológico. Es por esto que debe considerarse un diagnóstico diferencial para evitar la cirugía resectiva, que tiene elevada morbi-mortalidad. El hallazgo de las lesiones en la TAC de tórax orienta la presunción diagnóstica a enfermedades diseminadas granulomatosas crónicas endemoepidémicas. El tratamiento con antifímicos logra la curación de la enfermedad sin requerir otras medidas terapéuticas.

P-06

SÍNDROME DE RUMIACIÓN Y GASTROPARESIA, ¿PARTES DE UNA MISMA ENTIDAD?

Argüero, M⁽¹⁾; Cano Busnelli, V⁽²⁾; Cavadas, D⁽²⁾; Marcolongo, M⁽¹⁾

(1)Gastroenterología, Hospital Italiano de Buenos Aires. Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina. (2)Cirugía general, sección esófago y estomago, Hospital Italiano de Buenos Aires. Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina.

Introducción: El síndrome de rumiación (SR) es un desorden funcional gastrointestinal. Se caracteriza por la regurgitación repetitiva, postprandial inmediata de alimentos desde el estomago a la boca, sin náuseas y/o arcadas; seguidos por la expulsión o la deglución del contenido regurgitado. La contracción de los músculos intercostales y abdominales, genera un aumento abrupto de la presión intragástrica que lleva el contenido regurgitado a la cavidad oral. El diagnóstico diferencial más importante es la enfermedad por reflujo. Una manometría esofágica de alta resolución con impedancia (MAREI) permite el diagnóstico de certeza. El tratamiento con terapia cognitivo conductual (TCC) es de elección en los casos de rumiación primaria. El uso de baclofeno ha sido descripto pero hay que considerar sus efectos adversos. La gastroparesia idiopática es la alteración del vaciamiento gástrico sin lesión estructural y en ausencia de una enfermedad sistémica que la justifique. **Caso clínico:** Paciente femenina de 31 años con regurgitación postprandial inmediata de 15 años de evolución. Entorno familiar conflictivo. Múltiples internaciones por desnutrición con requerimiento de alimentación enteral. Consulta con estudios realizados (seriada esofagoscopia, enterorresonancia, RM y TC de cerebro) sin alteraciones. Manometría esofágica convencional con EEI hipotensivo y peristalsis conservada. Endoscopia digestiva alta con restos de alimentos luego de 8 hs de ayuno. Laboratorio con TSH y glucemia normales. Vaciamiento gástrico patológico. Había realizado múltiples esquemas de tratamiento para reflujo. En nuestra institución realizamos una MAREI que mostró EEI hipotensivo y motilidad esofágica inefectiva severa. El test con sólidos evidenció secuencias de aumento de presión intragástrica postprandiales, por encima de 30 mmHg, con regurgitación y deglución del contenido, sin náuseas ni arcadas. Realizamos una pH-impedanciometría que resultó incompleta por migración espontánea de la sonda. El registro fue insuficiente para concluir sobre la exposición ácida pero mostró episodios de regurgitación postprandiales. Descartamos enfermedades del tejido conectivo y realizamos un nuevo vaciamiento gástrico por centellografía que mostró retención del 30% a las 4 hs. Interpretamos el cuadro como un SR asociado a gastroparesia idiopática. Actualmente la paciente está comenzando TCC. **Conclusión:** El diagnóstico de SR es un desafío, no sólo porque su diagnóstico diferencial más importante es una enfermedad prevalente como el reflujo gastroesofágico sino porque el abordaje terapéutico es difícil y los resultados no siempre alentadores. La demora en su reconocimiento implica un grave deterioro en el estado nutricional y en la calidad de vida de quienes lo padecen. La gastroparesia podría ser considerado como parte del espectro de este desorden cuando hayan sido descartadas las causas secundarias.

P-07

MALROTACIÓN INTESTINAL COMO CAUSA DE HIPEREMESIS DURANTE EL EMBARAZO

Fuentes, FA⁽¹⁾; Campos, LM⁽¹⁾; Chiriano, F⁽¹⁾; Fernandez, G⁽¹⁾; Trucco, A⁽¹⁾; Maruelli, S⁽¹⁾; Colombo, P⁽¹⁾

(1)Gastroenterología, Churruca-Visca. CABA, Argentina.

INTRODUCCION: La malrotación intestinal es una alteración embriológica del intestino medio, que en el 90% de los casos se diagnóstica en el primer año de vida. En algunos casos permanece asintomática, diagnosticándose en el adulto durante el estudio de otra patología, con una incidencia en adultos sanos del 0,0001% al 0,19%. Los cambios propios de la gestación pueden exacerbar las manifestaciones de alteraciones anatómicas previas. **OBJETIVOS:** Presentar un caso clínico de una patología poco común y de baja sospecha diagnóstica, que se manifestó con un síntoma tan frecuente como los vómitos durante el embarazo. **MATERIALES Y METODOS:** Mujer de 28 años, con antecedente de múltiples consultas por vómitos y dolor abdominal desde la infancia, habiéndose interpretado como probable trastorno de la alimentación. Durante la semana 26 de su primer embarazo evoluciona con falla multiorgánica secundaria a vómitos incoercibles por lo que se interrumpe embarazo, interpretándose como hiperemesis gravídica severa. Un año después, cursando 29 semanas de gestación, presenta nuevamente vómitos, alteraciones metabólicas y disfunción hepática. Endoscopia digestiva alta y ecografía abdominal normales. Se realiza cesárea de urgencia en semana 32, recién nacido vivo, de 2355 gramos, apgar 8/9. En postparto se realiza ecografía con Doppler esplenoporal que evidencia trombosis subaguda parcial de vena esplénica, inicia anticoagulación y se solicita TC de abdomen y pelvis con doble contraste con angioTC: trastorno de perfusión segmento VI/VII hepático, marcada distensión de cámara gástrica, estasis venosa esplénica y mesentérica superior con trombosis en confluencia esplenoportal. Estructuras vasculares arremolinadas que convergen en un punto central rodeando asa de yeyuno proximal, con torsión de asa sobre su meso (signo de apple peel o whirlpool). **RESULTADOS:** La paciente egresa por mejoría de su sintomatología con tratamiento médico, con diagnóstico de malrotación intestinal. Continúa control ambulatorio para programar cirugía electiva (procedimiento de Ladd) y así disminuir el riesgo de vólvulos e isquemia intestinal. Dos años después en imagen control persiste alteración anatómica pero sin trombosis. La paciente se encuentra asintomática y se niega al tratamiento quirúrgico. **CONCLUSIONES:** Se interpreta que la malrotación intestinal es la causa del cuadro clínico, manifestándose durante los embarazos por aumento de la presión abdominal y compresión del asa afectada. La trombosis esplénica es secundaria a estasis venosa producida por el compromiso vascular generado por la malrotación intestinal. Se demuestra la importancia de investigar el origen de un síntoma tan frecuente como los vómitos en el embarazo, cuando se presentan más allá de las 12 semanas de gestación o cuando hay repercusión del estado general. La TC y el ecoDoppler son indispensables para el diagnóstico de esta patología.

P-08

HEPATITIS SIFILÍTICA, UNA PRESENTACIÓN INFRECUENTE DE UNA ENFERMEDAD FRECUENTE

Cocozzella, DR^(1,2); Tambella, J⁽¹⁾; Luna Tirado, L⁽¹⁾; Martinez, MA⁽¹⁾; Orruma, P⁽¹⁾; Di Tommaso, MS⁽¹⁾; Bálsamo Lozano, JN⁽¹⁾; Pereyra, CA; Diego, AJ⁽¹⁾; Laurini, R⁽¹⁾; Gullino, S⁽¹⁾

(1)Gastroenterología, San Roque MB Gonnet. La Plata, Argentina. (2)Hepatology, Hospital Italiano. La Plata, Argentino.

Introducción: La sífilis se caracteriza por presentar gran variedad de manifestaciones clínicas. La afectación hepática es poco habitual y suele presentarse con patrón de colestasis. **Objetivo:** Reportar un caso de hepatitis sifilítica. **Paciente:** Paciente femenina de 18 años que consulta por ictericia, vómitos y astenia. En contexto de paciente que se encontraba en seguimiento por dermatología debido a diagnóstico reciente de sífilis secundaria mucocutánea, con VDRL reactiva 1/512 y FTAabs positiva. En el laboratorio presentaba TGO 855 U/L, TGP 679 U/L, FAL 507 UI/L, Bilirrubina total 16.8 mg/dl (directa 8.7mg/dl). Se descarta infección concomitante con HIV, hepatitis virales, autoinmune, por fármacos y alcohol. Al examen físico no presentaba signos de encefalopatía. Se realiza ecografía sin hallazgos de relevancia. Se inicia tratamiento con Penicilina G benzatínica 1.400.000 U por cuatro semanas, constatando mejoría clínica y bioquímica. **Conclusión:** La sífilis es una infección sistémica causada por la espiroqueta *Treponema pallidum*, cuya adquisición se produce fundamentalmente por contacto sexual. En su fase secundaria ha sido considerada «la gran simuladora» por su gran heterogeneidad clínica. Las manifestaciones más frecuentes son la mucocutánea y linfadenopática. La afectación hepática suele presentarse en el 10% de los pacientes de manera asintomática y con fosfatasa alcalina desproporcionadamente alta junto a niveles de bilirrubina y aminotransferasas normales o levemente aumentadas. La mayoría de los casos reportados se presentan en pacientes infectados con HIV. Luego de completado el tratamiento con Penicilina G se describe la resolución clínica y la normalización de los valores de fosfatasa alcalina, aminotransferasas y bilirrubina.

COLANGITIS A REPETICIÓN EN PACIENTE CON BILIOPATÍA PORTAL

Galimberti, A⁽¹⁾; Trevizán, V⁽¹⁾; Ferrari, A⁽¹⁾; Pascual, J⁽¹⁾; Piñero, G⁽¹⁾; Bulaty, S⁽¹⁾; Jauruzázar, F⁽¹⁾; Montero, J⁽¹⁾; Ruffinengo, O⁽¹⁾; Guerrina, C⁽¹⁾; Tanno, M⁽¹⁾; Tanno, F⁽¹⁾; Vorobioff, J⁽¹⁾; Reggiardo, MV⁽¹⁾; Bessone, F⁽¹⁾

(1)Gastroenterología y Hepatología, Hospital Provincial del Centenario. Rosario, Argentina.

Introducción: La biliopatía portal se refiere a cambios colangiográficos debido a la circulación colateral en pacientes con cavernomatosis portal. Es una enfermedad de larga evolución, generalmente asintomática, pero en el 5 a 38% de los casos, puede presentar síntomas, siendo la colangitis a repetición una de las más graves. El diagnóstico se basa en objetivar las alteraciones vasculares y los cambios en la arquitectura biliar siendo la resonancia magnética (RM) con colangiografía el método de elección. El tratamiento debe centrarse en la resolución de la hipertensión portal y el alivio de la obstrucción biliar. **Caso clínico:** Varón de 42 años, con antecedentes de trombosis portal a los 7 años con transformación cavernomatosa, múltiples episodios de hemorragia digestiva alta variceal, que requirió cirugía de desconexión ácidos-portal durante un episodio agudo hace 20 años. Cursó internación en 5 ocasiones en un plazo 4 meses por cuadros de dolor abdominal localizado en hipocondrio derecho, fiebre, ictericia y coluria interpretados como colangitis en paciente con biliopatía portal con buena respuesta al tratamiento antibiótico. RM de abdomen con colangiografía: signos de hepatopatía crónica, eje esplenoporal dilatado con trombosis en la vena porta y transformación cavernomatosa en el hilio hepático, vía biliar intrahepática levemente dilatada con áreas de dilatación focal y segmentaria principalmente del lado izquierdo, conducto hepático colédoco con áreas de dilatación irregular y signos de compresión vascular extrínseca a nivel proximal disminuyendo su calibre, importante esplenomegalia. Ecoendoscopia: Vía biliar dilatada en su segmento proximal en relación a circulación colateral pericoledociana. Sin imágenes endoluminales ni parietales patológicas. Elastografía: 17 Kpa. Debido a la recurrencia del proceso infeccioso se coloca stent biliar plástico con mejoría clínica y analítica. Reingresa luego de 10 días con cuadro de hiperbilirrubinemia y fiebre. Se rota esquema antibiótico con buena respuesta. Se constata aerobilia en tomografía computada y se decide mantener stent biliar controlando evolución. **Discusión:** Los casos de biliopatía portal sintomáticos presentan alta tasa de morbilidad con reiterados esquemas terapéuticos a lo largo de la vida. Los mismos se deben basar en la resolución de la hipertensión portal y la desobstrucción biliar, para lo cual se describen métodos endoscópicos, como la esfinterotomía, dilatación con balón o colocación de prótesis biliar; o procedimientos quirúrgicos, siendo de elección, si es posible, la derivación porto-sistémica o la anastomosis biliointérica, en última instancia. Actualmente no existe un consenso por lo que el juicio médico debe guiar la conducta terapéutica "caso por caso". **Conclusión:** Se decide presentar el caso debido a la baja prevalencia de esta entidad, la cual representa un desafío en el accionar médico.

P-10

PÁNCREAS ANULAR COMO CAUSA POCO FRECUENTE DE SÍNDROME PILÓRICO

Cioffi, MA⁽¹⁾; Sanchez, B⁽¹⁾; Matoso, D⁽¹⁾; Gonzalez, ML⁽¹⁾; Marcolongo, MM⁽¹⁾

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

Introducción: El páncreas anular es una malformación anatómica congénita que tiene origen en la embriogénesis. Una de las manifestaciones clínicas conocidas es la obstrucción duodenal. Dos tercios de los paciente suelen manifestarse en edad neonatal y del resto de los casos, sólo un tercio presenta manifestaciones clínicas en la adultez en función al grado de obstrucción. **Objetivo:** Presentar un caso poco frecuente de síndrome pilórico debido a una malformación congénita que se manifiesta en la adultez. **Caso clínico:** Paciente de 26 años con antecedentes de mielomeningocele e internación reciente por cirugía de ampliación vesical concurre a la guardia por vómitos de dos meses de evolución. Presentaba vómitos alimentarios, 20 a 30 minutos posteriores a la ingesta, precedidos por dolor epigástrico. Además se objetivaba pérdida de 10 KG de peso en los últimos meses, parámetros de laboratorio de desnutrición (albúmina 1.4), hipokalemia de 2.1 y función renal normal. Por sospecha de complicación post quirúrgica se decide realizar una Tomografía Computada que muestra páncreas anular completo que abraza la segunda porción duodenal provocando una transición asa fina-asa gruesa con importante dilatación del bulbo duodenal. Se realiza VEDA para colocación de sonda de alimentación enteral distal a la estenosis en donde se visualiza, bulbo duodenal dilatado y a nivel de la segunda porción duodenal disminución del calibre de la luz secundaria a compresión extrínseca anular sin compromiso mucoso. Se inició alimentación enteral, la paciente recuperó su estado nutricional y posteriormente reinició vía oral en forma progresiva hasta lograr una ingesta calórica adecuada, con buena tolerancia. No fue necesario implementar tratamiento quirúrgico en este caso hasta el momento del seguimiento. **Conclusión:** El motivo de este reporte es presentar un caso de síndrome pilórico de etiología poco frecuente como es el páncreas anular. Resulta interesante la edad de presentación y la severidad en la repercusión clínica de la paciente. Se debe tener en cuenta a esta malformación congénita dentro de los diagnósticos diferenciales a la hora de abordar un paciente con este síndrome.

P-11

HEMANGIOENDOTELIOMA EPITELOIDE HEPÁTICO: PRESENTACIÓN DE UN CASO CLÍNICO

Bolomo, A⁽¹⁾; Quintana Lazópulos, C⁽¹⁾; Diehl, F⁽¹⁾; Carlino, Y⁽¹⁾; Bertola, S⁽¹⁾; Balderramo, D⁽¹⁾; Calafat, P⁽²⁾

(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 hemangioendotelio epitelioide es un tumor vascular infrecuente de bajo grado de malignidad. Su etiología no es conocida. Afecta con mayor frecuencia el hígado de forma multifocal y bilobar, los pulmones y la piel. Las manifestaciones clínicas son poco específicas, resultando en la mayoría de los casos en un hallazgo incidental. El estudio histopatológico representa el pilar fundamental del diagnóstico. **CASO CLÍNICO:** Mujer de 74 años de edad consulta por dolor en epigastrio e hipocondrio derecho de 2 semanas de evolución asociado a saciedad precoz, náuseas y pérdida de peso de 10 Kgr. La exploración física reveló una hepatosplenomegalia dolorosa y escleróticas subictéricas. Se realiza laboratorio evidenciando pancitopenia, coagulopatía (RIN 2.5) y leve aumento de transaminasas. Se realiza una ecografía abdominal la cual evidencia múltiples imágenes hepáticas sólidas compatibles con secundarismo. Se completa estudio con tomografía de torax y abdomen con contraste la cual revela hepatomegalia multinodular con formaciones lacunares con contenido hemático y otras lesiones hipervascularizadas sólidas. Además, se evidencia formaciones nodulares esplénicas hipervascularizadas, quiste esplénico de 45 mm con contenido hemático y ascitis leve. Se programa una biopsia hepática luego de corregir la coagulación. La anatomía patológica y el estudio inmunohistoquímico informo un hemangioendotelio epitelioide CD 31 positivo. Posterior a la biopsia la paciente evoluciona con deterioro de su estado general, empeoramiento de su coagulopatía con escasa respuesta a la transfusión de hemoderivados. Fallece por depresión respiratoria luego de 2 semanas de internación. **DISCUSIÓN:** A diferencia de otros tumores hepáticos primarios malignos estas lesiones aparecen sobre un hígado previamente sano. El principal diagnóstico diferencial es el hígado metastásico, otros posibles son el angiosarcoma, el sarcoma de Kaposi y el sarcoma epitelioide. Las manifestaciones clínicas son variables, los síntomas más frecuentes son el dolor en hipocondrio derecho, la hepatosplenomegalia y la pérdida de peso. El curso clínico depende del comportamiento biológico del tumor. Suelen presentar un crecimiento lento y progresivo, y el pronóstico es variable. El estudio histológico y la inmunohistoquímica representan el método de diagnóstico de elección. El manejo no está estandarizado, incluye el trasplante hepático, la resección quirúrgica y en casos menos frecuentes la quimioterapia. **CONCLUSIÓN:** El hemangioendotelio epitelioide tiene un curso progresivo lento pero en algunos casos incierto, llevando a la muerte por hipertensión pulmonar, hemorragia alveolar e insuficiencia hepatocelular como ocurrió en el caso de nuestra paciente. Requiere un manejo multidisciplinario y debe ser siempre considerado en el diagnóstico diferencial frente al hallazgo de una tumoración hepática.

P-12

INSUFICIENCIA HEPÁTICA HIPERAGUDA POR ENFERMEDAD DE WILSON, DE RESOLUCIÓN ATÍPICA

Richard, a⁽¹⁾; Jorge, O; leiva, l; bussetti, b; torres, a; victoria, r; adi, j

(1)gastroenterología, hospital Lagomaggiore. mendoza, argentina.

INTRODUCCION: La enfermedad de Wilson (WD) es un raro trastorno autosómico recesivo que afecta el metabolismo del cobre, con prevalencia de 1 cada 30,000. Esto se debe a una reducción de la excreción de cobre a través de la bilis, dando lugar a manifestaciones clínicas principalmente hepáticas y neuropsiquiátricas. La mayoría de los síntomas aparecen durante la 2ª y 3ª décadas de la vida. La forma hepática generalmente se presenta a través del hallazgo incidental de la función hepática alterada o como enfermedad hepática crónica, y rara vez como insuficiencia hepática aguda. Agentes quelantes de cobre (AQC) como D-penicilamina y clorhidrato de trientina, y bloques de absorción de cobre tales como sales de zinc, son efectivas y han modificado el pronóstico de WD. En enfermedad avanzada y cirrosis descompensada o insuficiencia hepática fulminante, el trasplante de hígado (LT) parece ser el único tratamiento efectivo. **CASO CLÍNICO:** Paciente de 30 años sin antecedentes patológicos, presenta dolor abdominal, coluria, hipocolia, ictericia cutáneo mucosa y equivalentes febriles, desarrollados en 1 semana. Analítica al ingreso: Hematocrito: 18,5%, hemoglobina: 5,8 gr/dl, volumen corpuscular medio 72,5, leucocitos: 7110/ uL, plaquetas: 297000, urea: 1,98gr/l, creatina:6,83mg/dl, GOT: 1170 U/L, GPT: 557U/L, FAL: 62U/L, bilirrubina total: 340 mg/l, bilirrubina directa: 326 mg/l. LDH: 8333 U/L, gamma GT: 95 U/L, VSG: 131 mm, TP: 47%, TTPK: 34 seg., haptoglobina: menor a 0,07 g/l, test de coombs negativo, triglicéridos: 6,31 g/l. Cupremia: 157 ug/dl, ceruloplasmina: 42 mg/dl, cupruria: 127,7 mg/24hs. Examen físico: mal estado general, ictericia cutáneo mucosa, abdomen doloroso a la palpación profunda, sin signos neurológicos. Ausencia de anillos de Keyser Fleisher. Ecografía abdominal: Hepatomegalia, esteatosis severa. No lesiones focales hepáticas. Vesícula alitiásica. Bazo homogéneo de 13,2cm. Sin líquido libre. Serología viral: hepatitis A, B, C y E, CMV, HSV,EBV, parvovirus negativas. Inmunológico negativo. Paciente es internado en cuidados intensivos, requiriendo hemodiálisis, con buena evolución. Resolución de fallo hepático sin tratamiento. Es dado de alta a las 19 días. **CONCLUSION:** La EW es una enfermedad rara que generalmente se presenta como enfermedad hepática crónica y raramente como fallo hepático fulminante. Resuelve con AQC y en falla hepática aguda necesita de TH, sin embargo en este caso evoluciona favorablemente de forme espontanea.

ANGIOMIOLIPOMA PRIMARIO DE PÁNCREAS

Tellechea, JI⁽¹⁾; Tellechea, J⁽¹⁾; Mansilla, I^(2,3); Prost, E^(2,3); Molejon, MI^(2,3)

(1)Gastroenterología, Profensa. Santa Rosa, Argentina. (2)Departamento de Química, Universidad Nacional de La Pampa. Santa Rosa, Argentina. (3)INCITAP, CONICET, Argentina.

Introducción: Angiomiolipoma (AML) es un tumor benigno, raro, de paredes gruesas, compuesta por vasos sanguíneos displásicos, músculo liso y tejido adiposo maduro, derivados de células epitelioideas. Es más frecuente encontrarlos en riñón e hígado y menos en pulmón. Es infrecuente su localización en páncreas. Suelen presentarse en relación a la Esclerosis Tuberosa. Existe muy poca reseña bibliográfica al respecto. Y es sumamente infrecuente su presentación como una única lesión en páncreas. **Caso Clínico:** Mujer de 52 años de edad, asintomática, asmática como único antecedente patológico. Sin antecedentes personales ni familiares de Esclerosis tuberosa u otro Síndrome neurocutáneo. En un estudio por imágenes se realiza el hallazgo incidental de una lesión única en cola de páncreas. No presenta lesiones en otros órganos como pulmón, hígado y riñón. Se realizó RMN donde se observa una imagen redondeada hiperintensa en T1 y T2, e hipointensa en secuencia de supresión grasa, sin realce con la administración de contraste. En la Wirsunografía no se evidencia relación con el conducto pancreático principal. Se realiza una Ecoendoscopia donde se observa una lesión de 11 mm en cola de páncreas, de bordes regulares, paredes hiperecogénicas y finas, con contenido hipocogénico y un centro hiperecogénico. Se llega al diagnóstico de Angiomiolipoma primario de páncreas. **Discusión:** Se trata de una lesión benigna, cuya localización única en páncreas es sumamente infrecuente, en la bibliografía solo se han descrito 2 casos. Es más frecuente cuando afecta múltiples localizaciones, siendo el riñón, pulmón e hígado las más afectadas. Existe una asociación con la Esclerosis Tuberosa, incluso algunos autores la consideran como una forma frusta de ésta. En 2009 se la clasificó dentro de un grupo de lesiones llamadas PEComas (Perivascular epithelioid cell (PEC) tumors), que también incluyen al clear cell "sugar" tumor y la linfangioleiomiomatosis. En este caso se trata de una lesión pequeña, que en los últimos dos años, desde su hallazgo incidental hasta la confirmación del diagnóstico, no presentó cambios en su tamaño ni en su estructura. Siendo asintomática. Por lo que se plantea una conducta expectante. Si su tamaño aumentase o su crecimiento generase síntomas se podría considerar la Cirugía resectiva como su tratamiento definitivo. Con este caso, se intenta describir una patología inusual, con el fin de difundir sus singulares características tanto en los estudios por imágenes como en la descripción de la Ecoendoscopia. A fin de incorporar esta entidad a los diagnósticos diferenciales de una lesión de Páncreas.

P-14

PANCREATITIS DEL SURCO

Tellechea, RP^(1,2); Zeytunsian, N⁽²⁾; Mauriño, E⁽²⁾; Vazquez, H⁽²⁾; Basso, S⁽²⁾; Brichta, I⁽²⁾

(1)CABA. (2)Gastroenterología, Udaondo. CABA, Argentina.

Introducción: es un subtipo de pancreatitis crónica rara que se caracteriza por la presencia de fibras cicatrizales en el surco pancreatoduodenal. De etiología desconocida, es más frecuente en hombres de 40-50 años asociado al consumo de tabaco y /o alcohol. Las manifestaciones clínicas son dolor abdominal epigástrico crónico, vómitos y pérdida de peso. Puede complicarse con: perforación, sangrado o degeneración maligna de páncreas heterotópico. Hay dos formas, una pura donde el tejido cicatrizal afecta solo el surco preservando el parénquima y el conducto pancreático principal; y la segmentaria donde se evidencia atrofia de parénquima y dilatación ductal, reflejando pérdida progresiva de células glandulares que son reemplazadas por tejido fibrotico. Los métodos diagnósticos son la Resonancia Magnética Nuclear (RMN) y la Ecoendoscopia, que muestran una masa laminar en el surco, realce heterogéneo con contraste, engrosamiento y estenosis de duodeno, quistes intramurales y compromiso variable del páncreas. La biopsia de duodeno identifica células fusiformes e hiperplasia de glándulas de Brunner sin atipia. **Objetivo:** Presentación de un caso clínico. **Caso clínico:** masculino de 45 años, tabaquista, consulta por dolor abdominal crónico de 3 meses de evolución, náuseas, pérdida de peso. Laboratorio: leucocitosis y enzimas pancreáticas levemente elevadas. Ecografía abdominal: estomago distendido con contenido en su interior. TAC abdomen y pelvis con contraste sin hallazgos patológicos. VEDA: gastropatía erosiva –blastoma duodenal. A-P: proceso inflamatorio inespecífico. Intercurriendo durante la internación con episodio de hemorragia digestiva alta secundaria ulcera duodenal Forrest IIB, por lo cual se realiza terapéutica endoscópica. RMN de abdomen con contraste: aumento de la porción cefálica de páncreas, imagen hipointensa en T 1, hiperintensa en T 2, de límites mal definidos, con realce heterogéneo post contraste endovenoso, particularmente en la fase portal y tardía; engrosamiento parietal del marco duodenal, pudiendo corresponder estos hallazgos a pancreatitis del surco. Se plantea manejo inicial conservador, nutrición parenteral por intolerancia oral e imposibilidad de alimentación enteral. Se solicita eco endoscopia. **Conclusión:** motiva la presentación del caso, el desafío que constituye esta entidad en cuanto al diagnóstico diferencial con la patología neoplásica de páncreas y duodeno, requiriendo diversos recursos diagnósticos, un adecuado manejo interdisciplinario con el fin de limitar la terapéutica quirúrgica (duodenopancreatocetomía), priorizando tratamiento médico: cese de hábitos tóxico, nutrición reposo pancreático, tratamiento sintomático y eventual terapéutica endoscópica.

P-15

CORRELACION HISTOLOGICA Y ENDOSCOPICA DE ATROFIA VELLOSETARIA EN PACIENTES CON DIARREA CRONICA

Vecchio, G⁽¹⁾; Calderon, G⁽¹⁾; Andrade, E⁽¹⁾; Diaz, E⁽¹⁾; Korol, R⁽¹⁾; Alsina, F⁽¹⁾; Aguilar, C⁽¹⁾; Cuda, L⁽¹⁾; Ladux, M⁽¹⁾; Coppola, D⁽¹⁾

(1)Servicio Gastroenterología y endoscopia, HIGA Pedro Fiorito. Avellaneda, Argentina.

Introducción: Si bien en la actualidad la nueva tecnología ha permitido mejorar la visión endoscópica de las vellosidades duodenales, en algunos casos si no existe una atrofia muy marcada, los cambios no son visibles. La Asociación Norteamericana de Gastroenterología recomienda la toma de al menos 6 biopsias duodenales con el objetivo de mejorar el rédito diagnóstico de la atrofia vellositaria. Se sugiere que se deben tomar un total de 6 biopsias, 4 de duodeno distal y 2 del bulbo duodenal, a fin de disminuir la posibilidad de error atribuible a la distribución parcheada de la atrofia. **Objetivos:** Correlacionar la presencia de atrofia vellositaria histológica con los hallazgos endoscópicos encontrados en los pacientes estudiados por diarrea crónica. Como objetivos secundarios se plantea analizar los signos endoscópicos y su correlación con grado de severidad de la atrofia vellositaria; y mostrar la importancia de la toma de biopsia duodenal en todo paciente con diarrea crónica. **Materiales y métodos:** El estudio se llevó a cabo en el Servicio de Gastroenterología y Endoscopia Digestiva del HIGA P. Fiorito de Avellaneda desde octubre de 2007 hasta octubre de 2017. Se utilizaron endoscopios con resolución HD. Se realizó un estudio longitudinal retrospectivo y analítico de los informes de las endoscopias valorando aquellos resultados donde hubo atrofia vellositaria confirmada por histología y se correlaciono con los hallazgos endoscópicos, en aquellos pacientes que consultaron por diarrea crónica. **Criterios de inclusión:** Paciente con diarrea crónica con biopsias duodenales compatibles con atrofia vellositaria. **Criterios de exclusión:** Pacientes con diarrea crónica sin atrofia vellositaria histológica; ausencia de diarrea crónica. **Resultados:** En un total de 49 pacientes, 25 de ellos presentaron signos endoscópicos de atrofia vellositaria en la VEDA, mientras que 24 presentaron atrofia vellositaria sin manifestación endoscópica. Los hallazgos endoscópicos fueron: aplanamiento de pliegues en 6 pacientes (12,24%) de los cuales se obtuvo un 66,66%(4) Marsh 3A, un 16,66% (1) Marsh 3B y un 16,66(1) Marsh 3C; disminución de pliegues en 6 pacientes (12, 24%) de los cuales 50%(3) Marsh 3A, 16,66% (1) Marsh 3B y un 33,33% (1) 3C; ausencia de pliegues en 4 pacientes (8,16%) de los cuales el 50% (2) tienen Marsh 3A, el 50% Marsh 3B; signo del peinado en 5 pacientes (6,12%) de los cuales el 20% (1) presentan Marsh 3A, el 40% (2) Marsh 3B, 40% (2) Marsh 3C; patrón en mosaico en 3 pacientes (6,12%), de los cuales el 66,66% (2) tienen Marsh 3ª; eritema duodenal en un paciente (2%) Marsh 3B. **Conclusiones:** Este trabajo apoyaría el concepto de la importancia de la toma de biopsias en todo paciente con diarrea crónica independientemente de los hallazgos endoscópicos así como también reconocer que el patrón endoscópico encontrado no se correlaciona directamente con el grado de severidad de la atrofia vellositaria hallado en cada uno de ellos.

P-16

ALTA PREVALENCIA DE DESNUTRICIÓN EN PACIENTES CON CIRROSIS HEPÁTICA

Gonzalez Ballerga, E⁽¹⁾; Vasquez Mansilla, F⁽²⁾; Rey, E⁽¹⁾; Gutiérrez, MC⁽²⁾; Abboghloyan, L⁽²⁾;Musso, C⁽³⁾; Daruich, JR⁽⁴⁾; Sorda, JA⁽⁵⁾; Centro Universitario para el Estudio de las Hepato, U⁽⁵⁾

(1)Servicio de Gastroenterología y Hepatología, Hospital de Clínicas "José de San Martín", Universidad de Buenos Aires (UBA), CABA, Argentina. Hospital de Clínicas "José de San Martín", Universidad de Buenos Aires (UBA), CABA, Argentina. Buenos Aires, Argentina. (2)Departamento de Alimentación y Dietética, Hospital de Clínicas "José de San Martín", UBA, CABA, Argentina. Hospital de Clínicas "José de San Martín", UBA, CABA, Argentina. CABA, Argentina. (3)Departamento de Alimentación y Dietética, Hospital de Clínicas "José de San Martín", CABA, Argentina. Hospital de Clínicas "José de San Martín", CABA, Argentina. CABA, Argentina. (4)Servicio de Gastroenterología y Hepatología, Hospital de Clínicas "José de San Martín", CABA, Argentina. CABA, Argentina. (5)Servicio de Gastroenterología y Hepatología, Hospital de Clínicas "José de San Martín", Universidad de Buenos Aires (UBA), CABA, Argentina. Hospital de Clínicas "José de San Martín", Universidad de Buenos Aires (UBA), CABA, Argentina. CABA, Argentina.

Introducción: La desnutrición (DNT), hallazgo frecuente en la cirrosis, puede tener severas consecuencias en la evolución de la enfermedad. **Objetivo:** Describir la prevalencia de DNT mediante valoración global subjetiva (VGS) y objetiva (VO) en pacientes con cirrosis, y analizar su relación con el estadio de la enfermedad. **Material y métodos:** Se incluyeron 340 pacientes >18 años con cirrosis, ambulatorios o internados en el hospital entre mayo de 2009 y abril de 2018, a quienes se les realizó una evaluación nutricional que incluyó Índice de Masa Corporal (IMC), VGS y VO (pliegue triplicado y circunferencia muscular del brazo). La gravedad de la cirrosis se midió con los modelos de Child-Pugh (CP) y MELD. **Análisis estadístico:** tests de chi cuadrado, Fisher y Mann-Whitney. El nivel de significación estadística fue de p<0,05. **Resultados:** Edad promedio de 56,6±14,7años (50,29% fueron varones). Las etiologías fueron: virales (50,6%), autoinmune (14,7%), alcohólica (14,1%), esteatohepatitis no alcohólica (NASH) (7,3%), colangitis biliar primaria (4,7%), criptogénica (2,6%) y otras (5,8%). Presentaron CP A el 67,6%, B el 23,5% y C el 8,8%. Tenían MELD ≥15 puntos el 13,2%. El 44,7% presentaron VGS y VO normales. La concordancia absoluta entre VGS y VO fue de 56,1%, kappa=0,22. Según la VGS, tuvieron algún grado de DNT, el 51,5%. La mediana de MELD fue de 7 (6-19) en pacientes normonutridos (n=165) y de 10 (6-27) en aquellos con DNT (n=175) (p<0,0001). Presentaron DNT por VGS el 35,6% de los pacientes con CP A (grupo de referencia), el 83,75% con CP B (OR=1,87; IC=1,06-3,31; p=0,03) y el 86,7% con CP C (OR=3,89; IC=1,78-8,53; p=0,001). Según la VO, el 25,88% tuvieron algún grado de DNT. La mediana de MELD fue de 8 (6-24) en pacientes con VO normal (n=252) y de 10 (6-27) en pacientes con DNT (n=88) (p<0,0001). Presentaron DNT por VO, el 20,44% de los pacientes con CP A, el 32,5% con CP B y el 50% con CP C (p=0,002). Al ajustar por edad, sexo y etiologías, aquellos con CP B y/o C presentaron mayor riesgo de DNT por VO (OR=1,94; IC=1,13-3,36; p=0,017). Según el IMC, 28 pacientes (8,24%) presentaron bajo peso, 111 (32,7%) peso normal, 122 (35,9%) sobrepeso, 69 (20,3%) obesidad y 10 (2,9%) obesidad mórbida. De los 111 pacientes con IMC normal, presentaba DNT el 37,8% por VO y el 45,9% por VGS. **Conclusiones:** Se observó una elevada prevalencia DNT en pacientes con cirrosis, incluso en aquellos con CP A. Se encontró DNT según VGS y VO aún en pacientes con IMC normal. La baja concordancia hallada entre la VGS y la VO sugiere que ambos métodos serían complementarios para valorar el estado nutricional. La correlación entre DNT y la severidad de la enfermedad hepática indicaría la utilidad de los modelos CP y MELD para /predecir desnutrición.

PANCREATITIS AGUDA IDIOPÁTICA: EL SEGUIMIENTO DE LOS PACIENTES ES ESENCIAL PARA IDENTIFICAR LA CAUSA DE LA PANCREATITIS

Gubitosi, A; Basso, S; Hwang, HJ; Nazar, C; Vázquez, H; Mauriño, E; Matanó, R^(1,2)

(1)Departamento de Clínica, Carlos Bonorino Udaondo. CABA, Argentina. (2)Servicio de Gastroenterología y endoscopia, Hospital Alta complejidad El Cruce. F. Varela Buenos Aires, Argentina.

La pancreatitis aguda idiopática (PAI) es una pancreatitis aguda cuya etiología no se logra identificar luego de excluir las causas metabólicas y de haber realizado los estudios por imágenes correspondientes. Constituye el 10% de todas las admisiones por pancreatitis aguda (PA), y el 30% de las PA recurrentes. La identificación de la causa es fundamental para establecer terapéutica que evite nuevos episodios y/o mayor daño pancreático. Objetivo: identificar la causa final de las pancreatitis agudas diagnosticadas inicialmente como PAI. Diseño del estudio: prospectivo, de corte transversal y longitudinal. Material y métodos: desde enero de 2011 a diciembre de 2017 (internados y/o ambulatorios) 850 pacientes tuvieron diagnóstico de PA. El diagnóstico inicial de PAI fue establecido en 174 pacientes (20,5%), se excluyeron 65 pacientes que no realizaron seguimiento. Finalmente 109 pacientes (12,8%) fueron diagnosticados como PAI: 66 mujeres, edad mediana: 48 años (rango: 17-88). El diagnóstico de PAI fue establecido en aquellos pacientes en los cuales no se encontró la causa de la pancreatitis después de la realización del laboratorio y los estudios por imágenes. De la historia clínica se extrajeron los estudios y se completó la evaluación de los pacientes con los siguientes datos: hepatograma, calcemia, triglicéridemia, gammaglobulinemia, inmunoglobulina G subtipo 4, resonancia magnética de abdomen con gadolinio, ecoendoscopia y colangiopancreatografía retrógrada endoscópica. Luego de la evaluación inicial y hasta el diagnóstico de la causa los pacientes permanecieron en control semestral y/o anual. Resultados: Cincuenta y tres pacientes tuvieron un solo episodio de PA (48,6%), el resto fueron PA recurrentes (2-9 episodios). Se realizó el seguimiento de los pacientes con una mediana de 24 meses (rango 1-84). Se identificó la causa en 74 pacientes (67,8%): biliar 35 casos (32,1%), 4 tumores de páncreas o de papila (3,7%), 4 tumores papilares intraductales (3,7%), 19 pancreatitis crónica (17,4%), 5 con más de una causa (4,6%) y 7 misceláneas (6,4%). Treinta y cinco pacientes quedaron sin diagnóstico etiológico (32,2%), en 23 pacientes había sospecha de etiología biliar, pero no pudo confirmarse. Se realizó ecoendoscopia en 36 pacientes, diagnóstica en 17 casos (47,2%); la resonancia magnética fue realizada en todos los casos, fue diagnóstica en 31 casos (28,4%); en 4 pacientes a través de una ecografía abdominal el diagnóstico fue de litiasis biliar (3,7%); se realizaron 35 CPRE de las cuales se obtuvo diagnóstico en 10 pacientes (28,6%); por el laboratorio se hizo diagnóstico en 2 casos: hipetrigliceridemia e hipercalcemia por hiperparatiroidismo; en esta cohorte la IgG 4 no contribuyó al diagnóstico. Conclusión: el seguimiento de los pacientes permitió establecer el diagnóstico de la pancreatitis aguda en la mayoría de aquellas consideradas como idiopáticas.

P-19

CONOCIMIENTO ACERCA DE HEPATITIS B EN PERSONAL DE HOSPITAL PROVINCIAL DE TERCER NIVEL. ESTUDIO TRANSVERSAL

Gaite, LA⁽¹⁾; Domeniconi, B⁽¹⁾; Grosso, L⁽¹⁾; Lorenzón, A⁽¹⁾; Jiménez, F⁽¹⁾

(1)Servicio de Gastroenterología, Hospital José María Cullen. Santa Fe, Argentina.

Introducción: La infección por virus Hepatitis B (VHB) es causa de enfermedad hepática aguda, crónica y cáncer hepático. Es de importancia determinar cuál es el conocimiento actual de ésta enfermedad y las prácticas preventivas por parte del personal de salud para establecer programas de detección y prevención de VHB eficaces. Objetivo: Determinar conocimiento acerca de HBV, medio de contagio y prevención en personal de un Hospital Provincial de Tercer nivel y evaluar relación con nivel educativo y profesión. Materiales y Métodos: Se realizó una encuesta anónima voluntaria los meses de mayo y junio de 2018 al personal activo del Hospital, en los diferentes sectores administrativos, médicos y de mantenimiento. Se recabaron los datos en planilla Google Forms * y se analizaron los mismos mediante software Microsoft Excel 2010 *. Resultados: Se encuestaron 253 empleados del Hospital. 67,5% declararon nivel académico terciario y universitario, mientras que 10,6% no habían finalizado estudios secundarios. Sólo 17% de los encuestados fue mayor de 50 años, teniendo el resto entre 18 y 49 años de edad. Respecto de VHB, 90% respondió conocer la enfermedad. 94,5% de los médicos y 79% del total de encuestados recibió vacuna de VHB. 54% del total conocía que el esquema de vacuna requiere 3 dosis y sólo 33% que se mide título de anticuerpos para evaluar respuesta a la misma. A pesar de un alto número de vacunados, el 52% contestó que no conoce que la vacunación previene la infección por VHB. Aunque 94% conocía que el VHB se contagia mediante relaciones sexuales sin protección y que el uso de preservativo lo previene, sólo 7 encuestados contestaron en forma adecuada acerca de las vías posibles de transmisión de VHB, siendo 20 personas las que pensaron que VHB puede transmitirse mediante ropa, uso de mate o tacto. De los médicos encuestados, 87% asoció VHB con cirrosis, 60% con falla hepática aguda (FHA) y 65% con hepatocarcinoma (HCC). Sólo 2 médicos reconocieron que la cirrosis, FHA, HCC, fatiga crónica e insuficiencia renal son posibles complicaciones de VHB. Del personal no médico, 46% vincularon VHB a FHA, 37% a HCC y 29% a cirrosis, siendo el conocimiento de enfermedad más heterogéneo en este subgrupo. En el personal con estudios secundarios no finalizados, que incluyeron principalmente camilleros, personal de cocina y mucamas, se observó un menor conocimiento de las dosis de vacunación, el control de vacunación por laboratorio y las vías de transmisión de VHB. Conclusión: Existe variable conocimiento del VHB reflejada por esta encuesta hospitalaria según profesión y nivel educativo del encuestado. A pesar de un alto índice de vacunación para VHB, el conocimiento de las vías de transmisión del virus y complicaciones de la enfermedad fue bajo en esta encuesta. Debe mejorarse la educación acerca de VHB en esta población de alto riesgo de contagio.

P-20

HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA VARICEAL: CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS, EVOLUCIÓN Y PREDICTORES DE MORTALIDAD HOSPITALARIA

Fajardo Cuellar, OM⁽¹⁾; Romero, G⁽¹⁾; Perron, N⁽¹⁾; Scarponi, MA⁽¹⁾; Bologna, A⁽¹⁾; Giergoff, E⁽¹⁾; Buscaglia, A⁽¹⁾; Dimarco, M⁽¹⁾; Cura, P⁽¹⁾; Sciarretta, M⁽¹⁾; Belloni, R⁽¹⁾; Barbero, R⁽¹⁾; Tu-fare, F⁽¹⁾; Hanuch, N⁽¹⁾; Villaverde, A⁽¹⁾

(1)Gastroenterología, H.I.G.A San Martín de La Plata. La Plata, Argentina.

Introducción: La hemorragia digestiva alta variceal (HDA-V) es una complicación severa de la hipertensión portal (HTP), su mortalidad es 15 a 20% en las primeras 6 semanas. La primera opción de tratamiento es la combinación de una terapia endoscópica más fármacos vasoactivos. Luego del tratamiento, el riesgo de resangrado es del 20% dentro de las 6 semanas, ocurriendo con mayor frecuencia en los primeros 5 días. Se han descrito factores asociados: sangrado activo en endoscopia, infecciones, gradiente de presión venosa intrahepática > 20 mmHg, trombosidad portal y Child Pugh B-C. Objetivos: Describir características clínicas, tratamiento y evolución de HDA-V. Estudiar la relación entre resangrado, mortalidad hospitalaria y factores de riesgo. Pacientes y métodos: Estudio descriptivo sobre una cohorte retrospectiva de 145 episodios de HDA-V, que recibieron atención en unidad de endoscopia terapéutica especializada, durante enero 2013 y abril 2018. Se incluyeron pacientes con HDA-V que recibieron tratamiento según protocolo: reanimación hemodinámica, tratamiento endoscópico temprano, fármacos vasoactivos y profilaxis antibiótica. Se obtuvo información sobre características clínicas, hallazgos endoscópicos, tratamiento y evolución: hemostasia primaria, resangrado en los primeros 5 días, mortalidad hospitalaria. Resultados Se analizaron 145 HDA-V en 93 pacientes, 77 hombres (82,8%) y 16 mujeres (17,2%), edad media de 53,9 años. La etiología de HTP fue cirrosis hepática en 137 casos (94,5%) e HTP no cirrótica en 8 (5,5%). La manifestación clínica más frecuente fue hematemesis en 126 episodios (86,9%), 53 presentaban inestabilidad hemodinámica (36,5%). El hematocrito promedio de ingreso fue 23,8%. Al momento de la endoscopia 114 presentaban hemostasia espontánea (76,6%) y 31 hemorragia activa (21,4%). El sitio de sangrado fue en 120 casos vías esofágicas (82,8%), 15 vrices esofagógicas (10,4%) y 10 vrices gástricas aisladas (6,8%). El tratamiento farmacológico se realizó en todos los casos, el endoscópico en 141 (97,2%): 117 ligaduras con bandas elásticas (82,9%), 8 inyecciones de polidocanol (5,7%) y 16 de cianoacrilato (11,3%). La hemostasia primaria se obtuvo en 20 de los casos (71,4%). Se registraron 11 resangrados (7,6%), las variables relacionadas fueron Child C (RR 1.32 IC95% 0.4 - 4.7), sangrado activo (RR 1.37 IC95% 0.4 - 4.9) e infecciones (RR 2.61 IC95% 0.8 - 8.3). La mortalidad hospitalaria fue de 8,9%. Conclusiones: Los porcentajes de resangrado y mortalidad hospitalaria fueron bajos, podría justificarse por la atención en unidad especializada, disponibilidad de endoscopia de urgencia, drogas vasoactivas y el trabajo de profesionales con experiencia en el manejo de ésta patología. El análisis de variables asociadas a resangrado no arrojó ningún resultado con significancia estadística, esto podría corresponder a la baja frecuencia de eventos de resangrado.

P-21

HEPATOPATÍA GRASA NO ALCOHÓLICA: LA MENOR EXPRESIÓN DE TLR9 EN CÉLULAS CD8 CIRCULANTES PROTEGERÍA A LOS PACIENTES CON ESTEATOSIS SIMPLE DE LA EXCESIVA DIFERENCIACIÓN EN UN PERFIL CITOTÓXICO

Alegre, NS⁽¹⁾; García, CC⁽¹⁾; Billordo, LA⁽¹⁾; Benavides, J⁽²⁾; Colombato, L⁽²⁾; Poncino, D⁽³⁾; García, D⁽³⁾; Chernavsky, AC⁽¹⁾

(1)Instituto de Inmunología, genética y metabolismo, CONICET-UBA. Buenos Aires, Argentina.

(2)Sección Hepatología, Servicio de Gastroenterología, Hospital Británico. Buenos Aires. (3) Sección Hepatología, Sanatorio Méndez ObsBA. Buenos Aires, Argentina.

Introducción: Un factor clave para el desarrollo de la hepatopatía grasa no alcohólica (HeGNA) es la translocación de ADN bacteriano el cual es reconocido por el receptor tipo Toll 9 (TLR9). La señalización vía TLRs en células adaptativas favorece su activación, la diferenciación y la generación de células de memoria. Hemos descrito una menor expresión de TLR9 en células circulantes CD8⁺ en estadios de la HeGNA de baja inflamación como la esteatosis simple (ES), pero no en los de mayor inflamación como la esteatohepatitis (EH), y una menor activación vía receptor T en presencia de un ligando para TLR9 utilizado como co-estimulador (oligonucleótido CpG-ODN). Objetivos: Evaluar si el efecto co-estimulador del CpG-ODN sobre la diferenciación y la expresión de CCR7 en células CD8⁺ sustenta posibles diferencias en el perfil citotóxico (en términos de células productoras de IFN γ) y/o en la composición del pool circulante de células CD8⁺ de memoria (en términos de expresión del marcador CCR7) entre pacientes con HeGNA y controles (Co). Metodología: Las células mononucleares de sangre periférica (CMSP) fueron obtenidas mediante gradiente de Ficoll-Hypaque a partir de sangre de pacientes con HeGNA (n=23) y Co (n=28). CMSP de 11 Co y 16 HeGNA fueron estimuladas con PMA (25 ng/ml) / ionomicina (1mM) en presencia de Brefeldina A (1 mM) (4h, 37°C) y marcadas con anticuerpos anti-CD8 y -IFN γ . Para el estudio de subpoblaciones de memoria, CMSP de 8 Co y 7 HeGNA fueron marcadas con anticuerpos anti-CD45RO, -CD8 y -CCR7. Adicionalmente, CMSP de 4 Co y células CD45RO de 5 Co obtenidas por selección negativa, fueron estimuladas con anti-CD3 (0,25 mg/ml) +/- CpG-ODN (2 mM) (72h, 37°C) y marcadas con anticuerpos anti-CD8 y -IFN γ , o anti-CD8 y -CCR7. Los resultados fueron adquiridos por citometría de flujo y analizados mediante las pruebas de Mann-Whitney o Kruskal-Wallis. Resultados: En los pacientes con EH, la frecuencia de células CD8⁺IFN γ fue mayor (p=0,0005 vs. Co; p=ns, vs. ES), mientras que las subpoblaciones CD45RO⁺CD8⁺CCR7⁺ y CD45RO⁺CD8⁺CCR7⁻ fueron similares en HeGNA y Co (p=ns). La frecuencia de células CD8⁺IFN γ aumentó con la co-estimulación por CpG-ODN (p=0,0286, anti-CD3 + CpG-ODN vs. anti-CD3) mientras que la co-estimulación de células CD45RO⁺CD8⁺ no tuvo efecto diferencial sobre el índice de frecuencias CD8⁺CCR7⁺/CD8⁺CCR7⁻ (p=ns, anti-CD3 + CpG-ODN vs. anti-CD3). Conclusión: En los pacientes con ES, la menor expresión de TLR9 protegería a las células CD8 de una excesiva diferenciación en un perfil citotóxico. En pacientes con EH factores adicionales superarían dicho efecto protector y contribuirían al aumento de células citotóxicas. La composición similar del pool de células de memoria en HeGNA y Co consistente con la ausencia de modulación de CCR7 vía TLR9.

ESTUDIO OBSERVACIONAL: DIAGNÓSTICO, CLASIFICACIÓN Y TRATAMIENTO DEL HEPATOCARCINOMA

D'Ercole, VN⁽¹⁾; Colombo, P; Notari, L; Campos, L; Fernandez, G; Zavalla, JC; Caruso, S

(1)Gastroenterología, Churrucua Visca. Buenos Aires, Argentina.

Introducción: El hepatocarcinoma (HCC) es el 7º cáncer más frecuente a nivel mundial (5,6% del total de casos) ascendiendo a la tercera posición como causa de muerte por cáncer. El factor de riesgo para la ocurrencia de HCC es la presencia de cirrosis de cualquier etiología. La mayoría de los casos se originan a partir de hepatitis C crónica o cirrosis alcohólica. El diagnóstico de HCC en hígados cirróticos es mediante métodos no invasivos como la tomografía computada (CT) y la resonancia magnética (RMI) utilizando el sistema LIRADS (Liver Imaging Reporting and Data System). El sistema BCLC (Barcelona Clinic Liver Cancer) es el recomendado para estadiación y elección del tratamiento a partir del estadio tumoral, función hepática, performance status y síntomas. Los tratamientos pueden ser curativos o con intención paliativa. **Objetivos:** Describir las características demográficas, el estadio tumoral (BCLC) al momento del diagnóstico y las etiologías más frecuentes de cirrosis en los pacientes que desarrollan HCC. Observar la proporción de pacientes que acceden a tratamiento curativo, paliativo o solo sostén según su estadio tumoral y la influencia del cribado con respecto al mismo. **Materiales y métodos:** estudio retrospectivo, observacional de 29 pacientes diagnosticados con HCC en el Complejo Médico Policial Churrucua Visca, entre junio 2014 a diciembre 2017. Se analizaron características epidemiológicas, clínicas, analíticas, radiológicas, estadio tumoral y tratamiento. Para comparar variables numéricas se utilizó test de Mann-Whitney y para comparar proporciones, la prueba exacta de Fisher. Se consideró significativo un valor de p menor a 0,05. **Resultados:** el 79,31% de los pacientes eran varones. La edad media fue de 67 años. El 100% de los pacientes tenían cirrosis. La etiología más frecuente fue la enólica (44,82%). El 34,48% se diagnosticó en estadios intermedios, el 27,59% en estadios tempranos y el 34,48% repartidos entre estadios avanzado y terminal. El 27,58% se trató mediante trasplante, el 3,44% con resección quirúrgica. El 34,48% recibió TACE, 10,34% sorafenib, 24,13% sostén clínico y un paciente se encuentra en lista de espera de trasplante. Se han encontrado diferencias significativas en cuanto a la aplicación de tratamiento curativo en los pacientes que se han sometido a cribado en comparación con los que no fueron sometidos al mismo (75% vs 5,88%, p: 0,001). **Conclusiones:** La cirrosis por etiología alcohólica y HCV representaron las principales causas asociadas al HCC en esta serie. El cribado ha mejorado la detección temprana del HCC en pacientes cirróticos ofreciendo la posibilidad de aplicar tratamiento curativo en la mayoría de los casos que fueron sometidos al mismo.

P-23

DETECCIÓN DE ANTICUERPOS PARA DIAGNÓSTICO DE ENFERMEDAD CELIACA EN PACIENTES CON SÍNDROME DE SJOGREN PRIMARIO

Salvatierra, E⁽¹⁾; Jimenez, F⁽¹⁾; Dumois, C⁽¹⁾; Barbaglia, Y⁽¹⁾; Gaite, L⁽¹⁾; Paire, S⁽²⁾; Rove-rano, S⁽²⁾; Ortiz, A⁽²⁾; Serravalle, P⁽²⁾

(1)Servicio de Gastroenterología, Hospital J. M. Cullen. Santa Fe, Argentina. (2)Servicio de Reumatología, Hospital J. M. Cullen. Santa Fe, Argentina.

INTRODUCCIÓN: El Síndrome de Sjögren (SS) es una enfermedad autoinmune caracterizada por xerofthalmia y xerostomía. Otras manifestaciones son: cutáneas, articulares, pulmonares, renales y gastrointestinales. La enfermedad celíaca (EC) es una enteropatía autoinmune, asociada a otros trastornos autoinmunes, como enfermedad tiroidea, Diabetes mellitus (DM) tipo 1, colagenopatías y hepatopatías autoinmunes. Siendo el SS la de mayor asociación, 15%. Estos pacientes presentan una predisposición genética común por sobreexpresión de haplotipos HLA DQ2 y DQ8. El 5-6% de los celíacos presentan déficit de IgA. Por ello, el objetivo de esta revisión es investigar si resulta necesario estudiar la presencia de EC en pacientes con SS. **OBJETIVO:** Objetivo principal: Determinar la frecuencia de positividad de anticuerpos (Ac) Antitransglutaminasa IGA-IGG en pacientes con diagnóstico de SS Primario. **Objetivo secundario:** Se realizara VEDA con toma de biopsia duodenal en caso de positividad de Ac, para definir el diagnóstico de EC y obtener el porcentaje de asociación entre EC y SS, en nuestro medio. **MATERIAL Y METODOS:** Se llevó a cabo un estudio descriptivo, observacional y prospectivo. El estudio comprendió una búsqueda retrospectiva de historias clínicas, en el período 2017-1987, de pacientes con diagnóstico de SS realizados por el Servicio de Reumatología del Hospital J. M. Cullen, para identificar pacientes con SS primario. **Criterios de Inclusión:** Pacientes mayores de 18 años con SS primario definido según los criterios Clasificación EU-USA 2002. **Criterios de exclusión:** Pacientes con SS secundario. **Se solicitó:** Ac Antitransglutaminasa IgA, (valor reactivo más de 10U/ml) e IgA total. **RESULTADOS:** Se incluyeron 18 pacientes con SS primario. Todos ellos femeninos, entre 24 y 75 años, edad promedio de 48 años. Seis pacientes, refirieron acidez como única sintomatología. Se encontraron 2 pacientes con Hipotiroidismo primario; 1 con Asma Bronquial; 2 con DM tipo 1. Solo un paciente tenía antecedentes familiares de primer grado de EC. Todos presentaron Anti t-transglutaminasa IgA no reactivos, con IgA total normal. Ninguno fue sometido a VEDA. **CONCLUSIÓN:** En nuestro estudio, ninguno de los pacientes presentó serologías positivas para EC. Sin embargo creemos que, sería de interés aumentar el número de casos para poder establecer la asociación de estas patologías.

P-24

REGISTRO DE TROMBOSIS DEL EJE ESPLENO PORTAL EN UN HOSPITAL DE LA CIUDAD DE BUENOS AIRES

Roldan Cisneros, NJ⁽¹⁾; Kujta, N⁽²⁾; Marino, M⁽²⁾

(1)Residencia de gastroenterología, Udaondo. capital federal, Argentina. (2)hematología, Udaondo. capital federal, Argentina.

Introducción: La trombosis del eje esplenoportal (PVT) es la trombosis total o parcial del tronco de la vena porta y sus ramas, incluyendo también la extensión a la esplénica y la mesentérica superior. La prevalencia en la población general es baja (1%) y aumenta en los pacientes cirróticos con enfermedad avanzada (5 al 16%). El tratamiento anticoagulante (ACO) es de elección en la PVT en pacientes no cirróticos e incluso en pacientes seleccionados con cirrosis. El propósito de este estudio es Analizar los casos de PVT en pacientes cirróticos y no cirróticos en un Hospital de Gastroenterología en la Ciudad de Bs As. **Método:** Se incluyen en forma retrospectiva 101 pacientes internados con PVT, 47 pacientes cirróticos y 54 no cirróticos, en un período de 10 años. **Resultados:** del total de pacientes con PVT, la localización más frecuente fue el tronco principal de la vena porta y el 86,14% de los casos fueron eventos agudos. La mayoría sexo masculino (61,39%), con un promedio de 52 años. Del total de pacientes, 66 recibieron terapia ACO, de los cuales 27% recanalizaron en forma completa la vena porta (6 cirróticos) con una recurrencia del 10%. 20 pacientes con ACO presentaron complicaciones (12 cirróticos), siendo la más frecuente la HDA. 4 pacientes fallecieron durante el tratamiento (la mortalidad estuvo asociada con progresión de enfermedad de base). En el grupo de pacientes que no recibieron tratamiento (35%), resolvieron en forma espontánea solo dos pacientes. Los factores clínicos de base asociados son: cirrosis (46%), malignidad (31%) y patología inflamatoria local (17%). En el grupo de pacientes con cirrosis se observa que la etiología predominante es por Virus de Hepatitis C, con una ocurrencia de Hepatocarcinoma celular del 10% (p=0,0018). En este mismo grupo, la mayoría presentó enfermedad hepática avanzada: CHILD B y C (72%), descompensación por ascitis (55%) y de Hemorragia Digestiva Alta Variceal (31%). Registrando un promedio de MELD de 12 ± 6 DS y una media de CHILD de 8 ± 2 DS. **Conclusión:** se observa que un 96% de los pacientes presentaron factores clínicos asociados a PVT y que la mayoría de los pacientes con cirrosis presento un compromiso importante de la función hepática. De los pacientes que recibieron tratamiento anticoagulante un bajo porcentaje presentó complicaciones, las mismas no relacionadas con la mortalidad registrada. Se demostró una mayor tasa de recanalización en el grupo que recibió anticoagulante, con un bajo porcentaje de recurrencia. Estos resultados sugieren que la estrategia del tratamiento con anticoagulante, maximiza el porcentaje de recanalización con bajo riesgo de complicaciones graves.

P-25

PRECISIÓN DIAGNOSTICA DEL ULTRASONIDO ENDOSCÓPICO CON ASPIRACIÓN DE AGUJA FINA PARA MASAS BILIOPANCREÁTICAS SÓLIDAS: NUESTRA PRIMERA EXPERIENCIA DE 4 AÑOS EN UN CENTRO DE BAJO VOLUMEN

Mora Nuñez, A^(1,2); Mella, J^(1,2); Bentolila, F^(1,2); Gomez, E^(1,2); Pereira, L^(1,2); Gonzalez, R^(1,2); Panigadi, N^(1,2); Roel, M^(1,2); Fischer, C^(1,2); Pedreira, S^(1,2); Cimmino, D^(1,2); Boerr, L^(1,2)

(1)Endoscopia Digestiva, Hospital Alemán. Buenos Aires, Argentina. (2)Gastroenterología, Hospital Alemán. Buenos Aires, Argentina.

Introducción: El ultrasonido endoscópico con punción aspiración con aguja fina (USE-PAAF) es una herramienta confiable para el diagnóstico de lesiones pancreáticas, con una sensibilidad (SE) es de alrededor del 95%. **Objetivos:** Evaluar la precisión diagnóstica de USE-PAAF para lesiones biliopancreáticas sólidas (LBPS) en un hospital comunitario de bajo volumen y determinar predictores de PAAF positiva y factores que pueden influir en la precisión. **Material y métodos:** Se incluyeron pacientes con sospecha de LBPS que se sometieron a una USE-PAAF y tuvieron un seguimiento clínico. Se recopiló: fecha del procedimiento, edad, hallazgos en TC/RMN, hallazgos de USE, equipo de USE, tamaño de la lesión, ubicación, calibre de aguja y presencia de un patólogo en sala. El estándar de oro fue la correlación histopatológica mediante biopsia percutánea, cirugía o seguimiento clínico de al menos 12 meses para obtener resultados negativos. El resultado principal fue determinar la precisión de USE-PAAF (SE, especificidad (SP), el área bajo la curva (AUC)) para el diagnóstico de LBPS. Se realizó un análisis multivariado para evaluar los factores relacionados con los resultados de PAAF (positivo frente a negativo). Las curvas ROC se usaron para analizar los factores que influyen en la precisión. **Resultados:** 49 pacientes (edad media 62±14 años, 53% masculinos) cumplieron los criterios de inclusión durante este período de 4 años. La PAAF fue positivo en 30 (61%) casos y negativo en 19 (39%). 8 de estos pacientes con PAAF negativa (42%, IC 20-66) fueron positivos en el último seguimiento: 4 tuvieron confirmación con biopsias percutáneas, 3 se sometieron a cirugía y 1 murió un mes después sin confirmación histológica. Se consideró que los 11 pacientes restantes tenían lesiones inflamatorias, ya que de lo contrario eran asintomáticos en el último seguimiento (promedio 502 días). Hubo una correlación entre el resultado de PAAF y el diagnóstico final en el 84% de los casos (61% de verdaderos positivos, 22% de verdaderos negativos, 16% de falsos negativos). La SE general fue 79% (IC 63-89), SP 100% (IC 69-89) y AUC 0.895. Los factores predictivos independientes para una PAAF positiva fueron: 1) USE utilizado (OR 63, IC 3-1000), 2) período de tiempo (OR 22, IC 1,9-271), 3) lesión visible en la TC/RMN (OR 11, IC 1,5-77) y 4) lesiones ≤10 mm (OR 0,16, IC 0,001-0,98). La aguja (19G vs 22-25G) y el patólogo en sala no se asociaron de forma independiente con PAAF positiva. La precisión del USE-PAAF difirió significativamente al comparar el período 2014-2015 (SE 44%, SP 100%, AUC 0,722) vs 2016-2017 (SE 89%, SP 100%, AUC 0,948). **Conclusión:** Muchos factores influyen en la precisión del USE-PAAF. Algunos de ellos son importantes pero difíciles de medir. En nuestra cohorte observamos una precisión global inferior a la reportada por los centros de alto volumen, pero que mejoró significativamente en el último período.

EL TIEMPO DE TRANSITO INTESTINAL PROLONGADO INCREMENTA EL REDITO DIAGNOSTICO DE LA CAPSULA ENDOSCOPICA

Lasa, J¹; Rey, A⁽¹⁾; Fanjul, I⁽¹⁾; Olivera, P⁽¹⁾; Cernadas, G⁽¹⁾; Moore, R⁽¹⁾
(1)Gastroenterología, CEMIC. Buenos Aires, Argentina.

INTRODUCCION: La cápsula endoscópica se ha convertido en el método diagnóstico más comúnmente usado para las lesiones mucosas del intestino delgado. Existe evidencia escasa que sugiere que el tiempo de tránsito de la cápsula a través del intestino puede influir en su eficacia diagnóstica. **OBJETIVO:** Determinar si el tiempo de tránsito intestinal puede asociarse a la probabilidad de identificar lesiones en la mucosa del intestino delgado por cápsula endoscópica. **MATERIALES Y METODOS:** Se realizó un estudio de corte transversal utilizando la base de datos de videocápsulas de nuestra institución entre Julio de 2012 y Julio de 2017. Se incluyeron a aquellos sujetos adultos que se realizaron un estudio de cápsula endoscópica y en los que se identificaron el pasaje de la misma a través de la válvula ileocecal. En cada caso, se registró la presencia de algún tipo de lesión mucosa enteral: erosiones, úlceras, ectasias vasculares, puntos rojos, pólipos, tumores u otros hallazgos. También se analizaron las siguientes variables: edad, género, motivo de realización del estudio, calidad de la limpieza intestinal, tiempo de tránsito en el intestino delgado (definido como el intervalo de tiempo entre la primera imagen duodenal y la primera imagen cecal). Estas variables fueron comparadas entre aquellos pacientes con al menos una lesión enteral versus los que no presentaron lesiones. **RESULTADOS:** Se analizaron 140 estudios; 90% fueron realizados en el contexto de sangrado digestivo de origen oculto. La mediana de edad fue de 69 años (60-75) y 54.29% eran varones. La calidad de limpieza intestinal fue reportada como adecuada en el 94.29% de los casos; 68.57% de los pacientes mostraron por lo menos algún tipo de lesión en la mucosa del intestino delgado, siendo la más frecuente la ectasia vascular (42.86%). Se observó una edad mayor pero no significativa en los que presentaron lesiones [70 años (61-76) versus 63 (59-74), p=0.07]. El tiempo de tránsito intestinal fue significativamente mayor en aquellos sujetos con hallazgo de lesiones en la mucosa enteral [359 minutos (257-427) versus 279 (200-333), p=0.05]. En el análisis multivariado, la edad y el tiempo de tránsito en el intestino se asociaron de manera significativa con la presencia de lesiones en el intestino delgado [OR 1.02 (1-1.06) y 1.09 (1.03-1.12), respectivamente]. **CONCLUSION:** La edad y el tiempo de tránsito intestinal se asociaron de manera significativa a la presencia de hallazgos anormales en la cápsula endoscópica.

P-27

GASTROPATÍA EROSIVA ¿BIOPSIAR O NO BIOPSIAR?

Wallace, V¹; Correa, GJ⁽¹⁾; Carrica, SA⁽¹⁾; Redondo, A⁽¹⁾; Fajardo Cuellar, OM⁽¹⁾; Candel, IMS⁽¹⁾; Sanchez, A⁽¹⁾; Tufare, F⁽¹⁾; Villaverde, A⁽¹⁾
(1)Servicio de Gastroenterología, HIGA San Martín. La Plata, Argentina.

Introducción. La gastropatía erosiva (GE) es un hallazgo endoscópico frecuente en la práctica diaria. La prevalencia varía en las distintas regiones del mundo y puede encontrarse o no relacionada a la infección por *Helicobacter pylori* (Hp). En países de alta prevalencia de cáncer gástrico, la infección por *H. pylori* en la GE es cercana al 50%. Así mismo, las condiciones preneoplásicas, metaplasia intestinal (MA) y gastritis atrófica (GA), presentaron una prevalencia aproximada del 25%. Actualmente, no hay consenso en la bibliografía sobre la utilidad de la toma de biopsias en la GE. **Objetivos.** El objetivo primario es conocer la prevalencia de la infección por Hp, condiciones preneoplásicas y lesiones preneoplásicas en los pacientes con GE. Como objetivos secundarios, comparar los hallazgos histopatológicos y la prevalencia de infección por Hp en pacientes con GE aislada y GE con otras lesiones endoscópicas asociadas (pólipos gástricos, úlcera péptica y otras gastropatías) y establecer diferencias entre los grupos con y sin GA y/o MI, en relación a la edad, nacionalidad e infección por Hp. **Pacientes y métodos.** Estudio descriptivo observacional, en el cual se seleccionaron pacientes con diagnóstico endoscópico de gastropatía erosiva registrados en historias clínicas digitalizadas en un centro de tercer nivel, desde enero de 2006 a febrero 2018. Se incluyeron todos los pacientes con biopsias endoscópicas según protocolo de Sydney. Los estudios se realizaron con gastroscopio de luz blanca convencional. El estudio histológico se llevó a cabo en el servicio de patología de nuestro hospital. Se calculó la prevalencia de GA, MI, DBG, DAG e infección por Hp. **Resultados.** Se seleccionaron 2794 pacientes, de los cuales 1299 cumplieron los criterios de inclusión, 484 (37.3%) fueron hombres. Se evidenció condiciones preneoplásicas (GA y/o MI) en 273 (21%) pacientes, DBG en 9 (0.7%) e infección por Hp en 638 (49%). Se encontró GE aislada en 933 (71.8%) pacientes, de los cuales, 181 (19.4%) presentaron condiciones preneoplásicas, 8 (0.9%) DBG y 455 (48.8%) infección por Hp. Por otra parte, 366 (28.2%) pacientes presentaron GE asociada a otras lesiones, y de estos, 92 (25.1%) GA y/o MI, 1 (0.3%) DBG y 183 (50%) infección por Hp. En el grupo con GA y/o MI se evidenció 121 (44.3%) pacientes con infección por Hp, 42 (15.2%) eran ≤ 45 años y 48 (17.6%) extranjeros; mientras que en el grupo sin GA y/o MI, 517 (50.4%) estaban infectados por Hp, 286 (27.9%) eran ≤ 45 años y 172 (16.9%) extranjeros. **Conclusiones.** En nuestro trabajo, la prevalencia de infección por Hp en la GE fue cercana al 50%, similar a la descrita en la literatura. Por lo tanto, la toma de biopsias resultó ser de utilidad para indicar el tratamiento de erradicación de Hp y establecer el seguimiento de condiciones y lesiones preneoplásicas, con énfasis en los pacientes ≤ 45 años. Se requieren más estudios para determinar la costo-efectividad de la toma de biopsias en la GE.

HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA. EXPERIENCIA EN UN HOSPITAL PEDIATRICO DE ALTA COMPLEJIDAD

Wedde, G¹; Neder, D⁽¹⁾; Antoniska, M⁽¹⁾; Busquet, L⁽¹⁾; Bottero, A⁽¹⁾; Sasson, L⁽¹⁾
(1)Gastroenterología, Hospital Nacional de Pediatría Juan P. Garrahan. CABA, Argentina.

INTRODUCCION: La hemorragia digestiva alta (HDA) en la población pediátrica representa el 20% del total de los sangrados gastrointestinales. En el 80% de los casos es autolimitada. La etiología varía según la edad y la condición de base del paciente. La Endoscopia Digestiva constituye la intervención de elección ante una HDA, ya que permite diagnóstico y medidas terapéuticas. **OBJETIVO:** Describir forma de presentación, etiología y hallazgos endoscópicos en pacientes con HDA no variceal de un Centro Pediátrico de Alta complejidad. Determinar posibles factores predictores de lesión endoscópica y necesidad de terapéutica endoscópica. **MATERIALES Y METODOS:** Estudio retrospectivo desarrollado en un Hospital Pediátrico de Alta Complejidad. Se incluyeron pacientes que fueron sometidos a Videoesndoscopia Digestiva Alta (VEDA) por HDA (Hematemesis, Melena o ambas) entre Junio de 2013 a Diciembre de 2017. Se excluyeron sangrados de origen variceal. Se obtuvieron datos de la Historia Clínica Informatizada. Para las variables continuas se aplicaron medidas de resumen y dispersión. Las variables categóricas se resumieron como proporciones o porcentajes. Para las variables predictoras se realizó análisis multivariado con regresión logística, utilizando el programa estadístico R Studio. **RESULTADOS:** Se incluyeron 253 paciente (136 varones y 117 mujeres); mediana para la edad al momento del estudio endoscópico 5 años (rango 18 días a 18 años). El 41% de los pacientes tenían enfermedad de base, a predominio de patología hemato-oncológica y neurológica. El 75% consultó a Gastroenterología desde el área de Emergencias o Consultorios Externos. La mayoría (79%) se manifestaron con hematemesis aislada. El antecedente de consumo de AINE's fue referido en un 32%. Al momento del ingreso, se detectó descenso de hemoglobina en un 54% de los casos. Presentaron lesión endoscópica un 48% de los pacientes (122), siendo la gastropatía erosiva (38%) y la úlcera gástrica (22%) los hallazgos más frecuentes. Se realizó tratamiento endoscópico en 8 casos. En el 24% de los pacientes la endoscopia fue realizada dentro de las primeras 24 horas del episodio de sangrado. El 77% de los pacientes (197), recibió tratamiento con IBP desde su admisión. De las de variables analizadas, el descenso de hemoglobina fue la única que mostro resultados estadísticamente significativos para predecir lesión endoscópica. **CONCLUSION:** No existen hasta el momento scores validados de lesión endoscópica en pacientes pediátricos con HDA. Si bien la mayoría de ellas resuelven sin necesidad de intervención, un mínimo porcentaje requerirá tratamiento endoscópico y/o quirúrgico, por lo que sería importante identificar aquellos pacientes se beneficiarían con una endoscopia precoz. En nuestra serie encontramos el descenso de hemoglobina como factor predictor, pero se requieren estudios prospectivos para determinar su utilidad clínica.

P-29

IMPACTO DE LA DIETA EN EL TIEMPO DE TRANSITO DE LA CAPSULA ENDOSCOPICA

Lasa, J¹; Dutack, A⁽¹⁾; Zubiaurre, I⁽¹⁾
(1)Gastroenterología, Hospital Británico. Buenos Aires, Argentina.

INTRODUCCION: La cápsula endoscópica se ha convertido en el procedimiento de elección para el diagnóstico de lesiones de la mucosa del intestino delgado. Si bien su eficacia diagnóstica es alta, algunos factores pueden tener una influencia significativa en la misma. Se ha sugerido que un tiempo de tránsito intestinal más prolongado puede incrementar el rédito diagnóstico de la cápsula endoscópica. Algunas variables pueden modificar el tiempo de tránsito intestinal: entre ellas, la ingesta de grasas puede prolongar dicho tiempo debido a un fenómeno fisiológico conocido como "freno ilíaco". No se sabe si la incorporación de grasas luego de la ingesta de la cápsula puede influir en el tiempo de tránsito de la misma a través del intestino. **OBJETIVO:** Determinar si una dieta rica en grasas luego de la ingesta de la cápsula puede prolongar el tiempo de tránsito de la misma a través del intestino delgado. **MATERIALES Y METODOS:** Se llevó a cabo un estudio piloto aleatorizado, controlado abierto desde Julio a Noviembre de 2017. Se enrolaron pacientes adultos que se realizarían un estudio de cápsula endoscópica y se los dividió en dos grupos de manera aleatorizada: el grupo 1 consistió en pacientes que recibieron una dieta abundante en grasas luego de la ingesta de la cápsula. Los pacientes del grupo 2 recibieron una dieta muy baja en grasas. La aleatorización fue central y las intervenciones, no enmascaradas. El tiempo de tránsito intestinal fue comparado; el mismo se definió como el tiempo entre la primera imagen obtenida del duodeno y el pasaje de la cápsula a través de la válvula ileocecal. Se compararon también la prevalencia de lesiones en la mucosa del intestino delgado. **RESULTADOS:** Se enrolaron 21 pacientes, 11 al grupo 1 (dieta rica en grasas) y 10 al grupo 2 (dieta pobre en grasas). No se encontraron diferencias en cuanto a edad [75 años (32-81) versus 70 años (36-82), p=0.6] o género (género masculino: 54.54% versus 60%, p=0.8). El motivo de realización de los estudios fue la anemia ferropénica (44.8% versus 60%, p=0.3). Se identificó al menos una lesión en intestino delgado en una elevada proporción de pacientes, sin diferencias significativas entre grupos (81.82% versus 70%, p=0.3). Encontramos una diferencia no significativa desde el punto de vista estadístico en términos del tiempo de tránsito del intestino delgado: 335 minutos (238-498) en el grupo 1 versus 280 minutos (84-370) en el grupo 2 (p=0.3). **CONCLUSION:** Identificamos un incremento no significativo en términos del tiempo de tránsito de la cápsula endoscópica a través del intestino delgado en aquellos sujetos que siguieron una dieta rica en grasas inmediatamente luego de la ingesta de la cápsula. Más evidencia es necesaria para determinar el impacto de esta intervención.

NECROSECTOMÍA PANCRÉÁTICA ENDOSCÓPICA

Imhof, HJ^(1,2); Pierini, A; Obeid, J; Pierini, L; Burlando, E; Gianinetti, L; Aguilar, F
(1)Unidad Videoendoscopia, Hospital J B Iturraspe, Santa Fe, Argentina. (2)GEAD, Clínica de Nefrología, Santa Fe.

Introducción: La necrosectomía pancreática endoscópica (NPE) es la debridación o drenaje transluminal del tejido necrótico. Pancreático, sólido o en licuefacción generalmente a través de una gastrotomía. La NPE es considerada actualmente la primer opción de tratamiento mínimamente invasivo para la necrosis pancreática encapsulada infectada o estéril sintomática. **Objetivo:** describir nuestra experiencia en el manejo terapéutico endoscópico de la necrosis pancreática infectada o sintomática. **Material y Métodos:** Estudio descriptivo retrospectivo. Periodo de estudio de 5 años; desde el 01-01-2013 hasta 01-01-2018; se describen 15 casos con necrosectomía pancreática endoscópica y 3 mixtos endoscópicos-percutáneo. Éxito terapéutico del 95.5%, un paciente requirió intervención quirúrgica. Los 15 pacientes con necrosectomía endoscópica se realizaron bajo guía eco-endoscópica, en 13 con acceso transgástrico y 2 trasduodenal. En todos los casos se realizaron reintervenciones en promedio de 3 por paciente. Complicaciones: hemorragia en 1 paciente; recidiva en 1 y sepsis en 1; mortalidad de 0. En tres pacientes se realizó terapia combinada; primera fase drenaje percutáneo; con colocación a las 3 semanas de prótesis metálica cubierta por fístula en 2 y debridación endoscópica por trocar de 12 mm en 1; éxito terapéutico de 100%. **Resultado:** Se estudian 18 casos de necrosectomía endoscópica; 15 casos con drenaje endoscópico ecoguiado y tres con drenaje combinado endoscópico-percutáneo. **Discusión:** La necrosis pancreática (NP) es una complicación local de la pancreatitis aguda que se presenta en alrededor 20% de los casos. La NP se relaciona con alto riesgo de falla orgánica (50%) y un riesgo de mortalidad que aumenta desde 8 a 40% al establecerse la infección. La cirugía ha sido hasta la actualidad la forma de intervención estándar para la NP infectada, sin embargo está asociada a porcentajes de morbilidad de hasta 69% y mortalidad (47%). El éxito terapéutico de la necrosectomía pancreática endoscópica en promedio variable que ha mejorado en relación a la progresión de los años desde 78% a 93% e inclusive en algunos series hasta 100%; la tasa de complicaciones asociadas a este procedimiento es de 8 a 28% (hemorragia, neumoperitoneo, migración de la prótesis, embolismo aéreo, fístula entéricas) y una tasa de mortalidad de 0 a 5,6%. La necrosectomía pancreática endoscópica es una alternativa de tratamiento para pacientes seleccionados con necrosis pancreática sintomática con buena eficacia y bajo porcentaje de complicaciones y mortalidad.

P-31

PREVALENCIA DE PANCREATITIS POST-CPRE SEGÚN GRUPO O CATEGORIZACIÓN DE RIESGO. EXPERIENCIA EN UN CENTRO DE ENTRENAMIENTO

Candel, I⁽¹⁾; Yantorno, M⁽¹⁾; Talani, A⁽¹⁾; Ortiz, L⁽¹⁾; Chiaraviglio, M⁽¹⁾; Leon Moreno, JF⁽¹⁾; Sciarreta, M⁽¹⁾; Carrica, S⁽¹⁾; Tufare, F⁽¹⁾; Baldoni, F⁽¹⁾; Villaverde, A⁽¹⁾
(1)gastroenterología, Hospital San Martín. La Plata, Argentina.

Introducción: a colangiopancreatografía retrógrada endoscópica es la técnica de elección para el tratamiento de la patología biliar-pancreática. La pancreatitis aguda post-procedimiento (PEP) es la complicación más frecuentemente reportada. Si bien la mayoría de los casos son formas leves, es una complicación potencialmente fatal. El desarrollo de PEP, está asociada a la presencia de factores que permiten categorizar a los pacientes y de esta forma, identificar a aquellos con mayor riesgo de presentar esta complicación. **Objetivo:** Conocer la prevalencia de PEP en pacientes sometidos a Colangiopancreatografía retrógrada endoscópica en el Hospital "Gral. San Martín" de La Plata, en relación a la presencia de factores y grupo de riesgo para la misma. **Materiales y métodos:** Estudio de prospectivo, descriptivo. Se evaluaron los datos de pacientes adultos sometidos a CPRE durante agosto 2017 a mayo 2018. Los estudios fueron realizados por especialistas en formación bajo supervisión de expertos, o por los mismos expertos. Se analizó la prevalencia de PEP en forma global y según la presencia de factores de riesgo. Según estos factores los pacientes fueron categorizados en grupos de riesgo estándar o alto para PEP. **Resultados:** Participaron 309 pacientes, los cuales 118 (38.2%) fueron de sexo masculino. 91 (28.4%) fueron categorizados como riesgo alto para PEP, 26 (29%) de sexo masculino. Sólo 9 (2.9%) pacientes desarrollaron PEP y todos ellos de severidad leve. La prevalencia de PEP en las mujeres fue del 4.2% (n=8) y en los varones del 0.8% (n=1), sin diferencias significativas (p=0.064). De los 91 pacientes con riesgo alto, 9 (10%) desarrollaron PEP, mientras que de los 218 pacientes con riesgo estándar, ninguno desarrolló PEP, con asociación significativa (p<0.05). Analizando cada factor de riesgo por separado, se halló asociación significativa entre el desarrollo de PEP y la canulación pancreática, y también con el número de canulaciones al mismo. En cuanto al tiempo de canulación, se halló diferencia significativa en los tiempos medios de canulación de los que no desarrollaron PEP (4.5 min) versus los que la desarrollaron (9.5 min). **Conclusión:** La PEP es la complicación más frecuente asociada a la CPRE. El riesgo de PEP en nuestra experiencia, fue similar a lo reportado en la literatura, aun considerando que se realizó en un centro de formación endoscópica. La identificación de factores de riesgo y su categorización en grupos permite identificar pacientes con mayor probabilidad de desarrollarla. La implementación posterior de estrategias de profilaxis en el grupo de riesgo alto, permitiría disminuir su prevalencia.

REPETIR LA COLANGIOGRAFÍA ENDOSCÓPICA LUEGO DE UN PRECORTE INICIAL FALLIDO ES SEGURO Y EFECTIVO

Guidi, MA⁽¹⁾; Curvale, C⁽¹⁾; Malaga, I⁽¹⁾; Condado, N⁽¹⁾; De Maria, J⁽¹⁾; Matano, R⁽¹⁾
(1)Servicio de gastroenterología, Hospital El Cruce. Florencio Varela, Argentina.

Introducción: La canulación biliar selectiva es un paso esencial de toda colangiopancreatografía retrógrada endoscópica (CPRE) terapéutica exitosa. El acceso biliar mediante técnicas de canulación estándar falla en aproximadamente el 20% de los casos. La realización de precorte con cuchillo es una alternativa válida para acceder selectivamente al sistema. Si el precorte es inefectivo, el siguiente paso puede involucrar tanto un acceso biliar mediante intervencionismo radiológico o guiado por ecoendoscopia como una resolución quirúrgica. Es conocido que repetir la CPRE en estas situaciones puede ser efectivo, sin embargo, hay pocos reportes que evaluaron su seguridad y eficacia. **Objetivo:** Determinar la efectividad y seguridad en lograr la canulación biliar selectiva en un segundo intento endoscópico luego de un acceso biliar fallido con precorte. **Diseño:** Análisis de una cohorte prospectiva. **Pacientes y métodos:** Desde enero de 2012 hasta enero de 2018 se incluyeron en forma consecutiva todos los pacientes con papila naïve en quienes no se logró una canulación biliar selectiva luego de utilizar la técnica estándar de papilótomo y guía seguido de precorte. **Resultados:** Durante un lapso de 6 años se realizaron 4230 CPREs en pacientes con papilas naïve. Requiritieron realización de precorte para lograr una canulación biliar selectiva 378 pacientes (8,9%), siendo efectivo el mismo en 318 oportunidades (84,1%). El tiempo medio para repetir el procedimiento fue de 4 días (rango 2-7). En 60 pacientes (15,9%) se realizó un segundo intento endoscópico (luego de no haberse logrado el acceso biliar inicial utilizando precorte) con una efectividad del 83,3% (50 pacientes). De los 10 pacientes en los cuales falló el segundo intento endoscópico, 3 tuvieron resolución laparoscópica, en 6 se logró una canulación biliar en un tercer intento endoscópico y no se obtuvo seguimiento del paciente restante. Se registraron 12 complicaciones (3,17%), todas durante la CPRE inicial. Cuatro hemorragias con resolución endoscópica, 7 pancreatitis leves y una perforación a retroperitoneo con tratamiento conservador. **Conclusiones:** Si la canulación biliar selectiva no es exitosa inmediatamente después de realizado el precorte, repetir la CPRE en un intervalo de tiempo que conduzca a mejoría del edema papilar representa una alternativa óptima. La alta efectividad y seguridad de lograr una canulación biliar selectiva en un segundo intento endoscópico justifica repetir la CPRE dentro de la semana antes de considerar métodos más invasivos.

P-33

TUMOR DE FRANTZ - ECOENDOSCOPIA - NUESTRA EXPERIENCIA

Imhof, HJ^(1,2); Pierini, AL^(2,3); Pierini, L^(1,2); Burlando, E; Gianinetti, L; Aguilar, F
(1)Unidad de Videoendoscopia, J.B. Iturraspe, Santa Fe, Argentina. (2)GEAD, Clínica de Nefrología, Santa Fe, Argentina. (3)Unidad de Videoendoscopia, J.B. Iturraspe, Santa Fe, Argentina.

Introducción: El tumor papilar sólido-quístico de páncreas (TPSP) o Tumor de Frantz es una neoplasia muy poco frecuente y de origen incierto. Suele afectar a mujeres jóvenes, cursa con escasa sintomatología y es considerado en general como una neoplasia de bajo grado de malignidad. Su tratamiento es quirúrgico, presentando un excelente pronóstico tras resección completa. **Objetivo:** describir nuestra experiencia en el manejo diagnóstico y terapéutico en los tumores de Frantz. **Material y Métodos:** Estudio descriptivo, retrospectivo. Periodo de estudio de 5 años, desde el 01-01-2012 hasta 01-01-2017, se describen cinco casos clínicos. **Resultado:** Se estudiaron 5 pacientes; femeninas, con una edad promedio de 22 años; (rango: 18 – 26). Clínicamente se manifestaron en el 100% con dolor abdominal y dos pacientes con masa palpable. Todos los pacientes fueron estudiados con imágenes: Eco + Tc y tres pacientes con RMI, cuatro pacientes con localización Corpo-caudal y uno en cabeza pancreática, tamaño promedio de 8.2 cm. En tres pacientes se realizó EUS con punción PAAF. Se realizó tratamiento quirúrgico en los cinco pacientes, en cuatro pancreatectomía corpocaudal + esplenectomía en 2 y en uno duodenopancreatectomía cefálica. Todos los pacientes fueron confirmados con anatomía patológica + inmunomarcación. **Discusión:** El TPSP o tumor de Frantz, es una neoplasia poco frecuente que supone el 1% de todos los tumores pancreáticos y el 12% de los tumores quísticos pancreáticos. En el 95% de los casos suele aparecer en mujeres jóvenes con una media de edad de 20 años. Actualmente considerada como una neoplasia epitelial maligna de bajo grado con escaso poder metastático, reportándose transformación maligna en el 15% de los casos y presencia de metástasis en el 1%. El diagnóstico preoperatorio se realiza mediante pruebas de imagen como la TC, RMI y EUS con punción. El tratamiento de elección es la cirugía que presenta, bajas tasas de recidiva y buena supervivencia a largo plazo, con una sobrevida de 97% a los 2 años y una probabilidad de recurrencia reportada de 2-6%.

ROL DE LOS DIVERTÍCULOS PERIAMPULARES EN LA PATOLOGÍA BILIOPANCREÁTICA

Condado, N⁽¹⁾; Hensel, A⁽¹⁾; Kirschbaum, A⁽¹⁾; Curvale, C⁽¹⁾; Yonamine, K⁽¹⁾; Malaga, I⁽¹⁾; Guidi, M⁽¹⁾; De María, J⁽¹⁾; Matano, R⁽¹⁾

(1)Servicio de gastroenterología, Hospital El Cruce. Florencio Varela, Argentina.

Introducción: Los divertículos duodenales son observados en el 5 a 10% de la población y su prevalencia aumenta con la edad. El 75% de los mismos son divertículos periampulares (DPA) los cuales, pueden ser causantes de Síndrome de Lemmel, coledocolitiasis primaria y pancreatitis aguda recurrente. **Objetivo primario:** Determinar la prevalencia de los DPA como factor etiológico de patología biliopancreática (síndromes coledocolitiasis primaria y pancreatitis aguda). **Objetivos secundarios:** Determinar la efectividad y seguridad de la CPRE en este grupo de pacientes, mediante la evaluación de las siguientes variables: tasa de canulación biliar selectiva, precortes requeridos, tasa éxito en lograr el clearance biliar y complicaciones post CPRE. **Diseño:** estudio retrospectivo de cohortes. **Resultados:** Durante 6 años se realizaron 3433 CPREs, observándose 112 pacientes DPA (3,26%). Siendo el 9,8% (11 casos) de los pacientes con DPA diagnosticados como Síndrome de Lemmel. En estos 11 pacientes se realizó tratamiento endoscópico mediante esfínterolitotomía con resolución completa del cuadro clínico sin registro de complicaciones. La prevalencia de litiasis coledociana fue 75/112 (67%) en los pacientes del grupo 1 (con DPA), mientras que en el grupo 2 (sin DPA) 1908/3321 (57%), esta diferencia fue estadísticamente significativa [(p = 0,03), odds ratio 1,50 IC (1,099-1,9)]. Ambos grupos fueron homogéneos en lo referido a la presencia de colecistectomías previas, 49/112 (43,75%) pacientes del grupo 1 y 1259/3327 (37,9%) del grupo 2 (p = 0,23). En el grupo 1 de los 75 con coledocolitiasis, 49 estaban colecistectomizados y 26 tenían vesículas alitiásicas. Como limitante del presente estudio debemos reportar la ausencia del conocimiento sobre la cantidad exacta de paciente del grupo 2 poseedores de vesículas alitiásicas. La tasa de canulación en el grupo 1 fue del 96,4% mientras que en grupo 2 del 93,7% (p = 0,22). El precorte fue requerido en el 11,6% de los pacientes en el grupo 1 y en el 13,68% de los del grupo 2 (p = 0,6). La tasa de complicaciones post CPRE fue 3/112 (2,7%) en el grupo 1 y 132/3321 (3,97%) en el grupo 2 (p = 0,7). **Conclusiones:** La prevalencia de patologías biliopancreáticas causadas por DPA es más frecuente de lo sospechado. La CPRE es segura y efectiva como terapéutica en este grupo de pacientes. Los DPA son causales de coledocolitiasis primaria en pacientes colecistectomizados o portadores de vesículas alitiásicas, por ende, no debería considerárselos como grupos independientes al antiguamente descrito Síndrome de Lemmel.

P-35

HALLAZGOS INCIDENTALES DE PATOLOGÍA HEPATO-PANCREATO-BILIAR EN LA ECOENDOSCOPIA INDICADA PARA EVALUAR LESIONES SUBEPITELIALES

Hwang, HJ^(1,2); Curvale, C⁽¹⁾; Monti, C⁽²⁾; Licciardello, M⁽²⁾; Caruso, S⁽²⁾; Nachman, F; Colombo, P⁽²⁾

(1)Servicio de gastroenterología, Hospital en Red El Cruce. Florencio Varela, Argentina. (2) Hospital Churrucá Visca, caba, Argentina.

Introducción: En muchos centros la realización de la ultrasonografía endoscópica (USE) para evaluar lesiones subepiteliales (LSE) se enfoca exclusivamente en explorar la lesión. Sin embargo, aprovechar el mismo procedimiento para evaluar el hígado, vía biliar y páncreas permitiría hallar lesiones incidentales que podrían modificar el pronóstico del paciente. Realizar una evaluación completa e integral de los órganos que están al alcance del transductor mejoraría la calidad de los estudios de USE. **Objetivo:** describir los hallazgos incidentales de patología hepato-pancreato-biliar (HPB) en estudios de USE indicados para evaluar LSE. **Materiales y métodos:** estudio prospectivo, observacional y multicéntrico de pacientes incluidos consecutivamente para realizar USE por LSE de esófago, estómago y duodeno. Se registraron los hallazgos incidentales, no conocidos previamente por el paciente y asintomáticos, de patologías hepática (lóbulo izquierdo), biliar y pancreática durante 18 meses. **Resultados:** se realizó ecoendoscopia lineal a 101 pacientes. El diagnóstico ecoendoscópico más frecuente de las LSE por órgano fue: 1- esófago: 18 pacientes (leiomioma 78%); 2- estómago: 67 pacientes (GIST 44,8%); 3- duodeno: 16 pacientes (lipoma 43,7%). Se observaron lesiones HPB incidentales en 29 (28,7%) pacientes. En el hígado (lóbulo izquierdo) se diagnosticaron: 4 sujetos con lesiones quísticas complejas, multi-tabicadas con presencia de nódulo sólido en su interior en uno de ellos. En el páncreas se observó en un paciente un nódulo sólido de 2 cm (tumor neuroendócrino), en 2 casos lesiones quísticas comunicadas con el conducto pancreático (IPMN tipo 2), en otro sujeto lesiones quísticas comunicadas con el conducto pancreático principal dilatado en forma segmentaria (IPMN tipo 3), y otros hallazgos en 3 pacientes (Wirsungele y quistes pequeños de característica indeterminada). En la vía biliar distal se observó en un paciente un nódulo endoluminal de 5 mm que se confirmó con la colangio-RMN y se sospechó que podría ser un adenoma intraductal biliar. En la vesícula se diagnosticó en 4 sujetos presencia de pólipos menores de 10 mm y en 17 pacientes presencia de micro y macrolitiasis asintomáticas. En total se diagnosticaron lesiones neoplásicas biliares y pancreáticas incidentales en 5 pacientes (4,9%). **Conclusión:** el hallazgo incidental de tumores biliares y pancreáticos asintomáticos en nuestro estudio no fue despreciable. Sugerimos que se debería realizar una exploración completa de los órganos HPB con la USE, aun cuando la indicación del estudio sea para evaluar una LSE, lo que mejoraría la calidad de los procedimientos.

TRATAMIENTO ENDOSCOPICO DE ESTENOSIS PAPILARES

Condado, N⁽¹⁾; Kirschbaum, A⁽¹⁾; Hensel, A⁽¹⁾; Curvale, C⁽¹⁾; Yonamine, K⁽¹⁾; Malaga, I⁽¹⁾; Guidi, M⁽¹⁾; De María, J⁽¹⁾; Matano, R⁽¹⁾

(1)Gastroenterología, Hospital El Cruce. Florencio Varela, Argentina.

La estenosis papilar (EP) es una lesión estenótica benigna de longitud variable que compromete la región intraduodenal del complejo esfinteriano y/o la porción distal del códoco. Se ha reportado una prevalencia de 1-3,9%. Las causas son: inflamación crónica (coledocolitiasis, colangitis esclerosante primaria); postesfinterotomía (EPT) y disfunción del esfínter de Oddi. Se clasifican en: tipo I (compromete la porción intraduodenal del complejo esfinteriano) y tipo II (compromete la porción distal del códoco con una longitud máxima de 1 cm por encima de la pared duodenal). La sospecha diagnóstica surge durante la colangiografía endoscópica (CPRE), en donde se observa un afinamiento del códoco distal en punta de lápiz asociado a una dilatación de la vía biliar supraestenótica y retención del contraste. La confirmación diagnóstica requiere descartar malignidad mediante la realización de: cepillado y biopsia de la estenosis, CA 19.9, tomografía axial computarizada abdominal (TAC), resonancia magnética de abdomen con colangiorenancia (RNM) y/o ecoendoscopia (EUS). Se realizó un estudio de cohorte retrospectiva, con el objetivo de determinar la prevalencia de EP y la efectividad y seguridad del tratamiento endoscópico. Se analizaron 3428 CPRE, entre noviembre 2010 y febrero de 2018; observando 29 EP (0,9%); 23 EP II y 6 EP I. En todas ellas se descartó malignidad con los métodos previamente descriptos. 21 presentaban CPRE previa y 22 presentaban litiasis coledociana. Todos los pacientes con EP tipo I recibieron ampliación de EPT como medida terapéutica. En los pacientes con EP II se realizaron 6 estricturoplastias, 6 estricturotomías, 10 protocolos de Roma y una colocación temporal de prótesis biliar metálica totalmente cubierta (SEMSfc) durante un lapso de 6 meses. Se obtuvo una tasa de éxito del 100%, sin complicaciones. Todos los pacientes continuaron en seguimiento por 12 meses. La EP I se relaciona con EPT inadecuada y coledocolitiasis asociada, y la EP II se la vincula principalmente a coledocolitiasis. Se cree que en ambas, la inflamación crónica y la cicatrización excesiva son causantes de la EP. En la EP I se recomienda la ampliación de la EPT previa y en la EP II, las opciones son: estricturoplastia, estricturotomía, protocolo de Roma o colocación temporal de SEMSfc. Las EP son entidades frecuentes. La EP I está asociada principalmente a EPT previa y la EP II a coledocolitiasis. El tratamiento endoscópico de esta entidad es seguro y efectivo.

P-37

PREVALENCIA DE COMPLICACIONES RELACIONADAS A LA INGESTA DE CUERPO EXTRAÑO EN PACIENTES MENORES DE 15 AÑOS

Lucero, NA⁽¹⁾; Vidal, J⁽¹⁾; Bigliardi, R⁽¹⁾; Ortiz, GJ⁽¹⁾; Fernandez, JM⁽¹⁾; Esposito, ME⁽¹⁾; Silvestri, G⁽¹⁾; Paz, S⁽¹⁾; Valenzuela Vera, ML⁽¹⁾; Crespo Quinteros, EG⁽¹⁾; Verdi, F⁽¹⁾; Messere, G⁽¹⁾; Oviedo, A⁽¹⁾; Morise, S⁽²⁾; Caglio, P⁽²⁾; Toca, MdC⁽²⁾; Reynoso, R⁽¹⁾

(1)Gastroenterología, Endoscopia Infantil, Hospital Nacional Profesor Alejandro Posadas. Buenos Aires, Argentina. (2)Gastroenterología, Hepatología y Nutrición infantil, Hospital Nacional Profesor Alejandro Posadas. Buenos Aires, Argentina.

Introducción: La ingestión de cuerpo extraño (CE) produce lesiones en el tracto digestivo incluyendo laceración, absceso, fistulas; sólo el 10-20% requieren endoscopia y el 1% cirugía. Este estudio está destinado a demostrar el riesgo de la ingestión de cuerpo extraño y para prestar especial énfasis en los tipos de cuerpo extraño que requieren atención inmediata. **Objetivos:** Describir la prevalencia de complicaciones relacionadas a la extracción endoscópica de CE en pacientes de 0 a 180 meses. Analizar la prevalencia de complicaciones en relación al tipo de CE. **Materiales y Métodos:** Estudio descriptivo transversal. Se analizaron los informes endoscópicos por ingestión de cuerpo extraño en el tubo digestivo, realizados en el Hospital Nacional Profesor Alejandro Posadas desde Junio del 2014 a Diciembre del 2016 en pacientes de 0 a 15 años. Se excluyeron aquellos pacientes que no se tuvo acceso a la historia clínica o que tuviesen datos incompletos. **Resultados:** n:364 pacientes con cuerpo extraño fueron derivados para realización de endoscopia digestiva alta. V: 55,3%. Edad mediana 48 meses (rango 9 a 180 meses). Objetos encontrados: moneda 76,9%, pila botón (PB) 8,2%, otros 14,8%. Promedio de tamaño de CE 23mm (rango 16 mm a 35mm). Localización: esófago superior 75,3%, esófago medio 2,7%, esófago inferior 2,5%, estómago 10,2%, duodeno 0,5%. Dificultad en la extracción en 19 (5,2%); ellos fueron 8 pila botón(42,1%); 4 (1,1%) no se pudieron extraer (3 PB). Complicaciones en 5,8%. 15 (4,1%) presentaron úlceras y 6 (1,6%) hemorragias. 76,2% de todas las complicaciones fueron por PB y 86,7% se localizaron en esófago superior El tamaño de 24,2 mm tuvo el 60% de complicaciones. Requirieron cirugías 3 pacientes post ingestión PB. **Conclusiones:** Las complicaciones más severas y la mayor dificultad en la extracción fue secundaria a la ingestión de pila botón. No hubo relación entre tamaño de ce y complicaciones.

Frecuencia de complicación según cuerpo extraño.

Objeto	Sin complicación		Con complicación	
	Recuento	% del N de la columna	Recuento	% del N de la columna
Pila Botón	14	4,1%	16	76,2%
Moneda	276	80,5%	4	19,0%
Otros	53	15,5%	1	4,8%
Total	343	100%	21	100%

DIVERTÍCULO DE ZENKER, EXPERIENCIA EN UN CENTRO PRIVADO

Marini, PM⁽¹⁾; Lopez Fagalde, R⁽¹⁾; Jury, G⁽¹⁾; Ramacciotti, G⁽¹⁾; Dolan, M⁽¹⁾; Miconi, D⁽¹⁾; Ruiz, N⁽¹⁾; Amieva, L⁽¹⁾
(1)Gastroenterología, Centro de Estudios Digestivos. Mar del Plata, Argentina.

Introducción: El divertículo de Zenker (DZ) es una evaginación posterior de la mucosa y submucosa a través de un área de debilidad parietal de la unión faringo-esofágica. Es una entidad infrecuente y ocurre predominantemente en hombres entre los 70 y 80 años de edad y su incidencia anual se estima en 2 casos cada 100.000 habitantes. La disfagia y la regurgitación son los síntomas más frecuentes. El pilar del tratamiento es la miotomía del músculo cricofaríngeo la que puede realizarse por cirugía abierta o endoluminal. **Objetivo:** Exponer los resultados de la experiencia de la miotomía con endoscopio flexible. **Materiales y métodos:** Estudio retrospectivo, se analizaron las septotomías endoscópicas por DZ sintomáticas, desde febrero del 2011 hasta enero de 2018. Fueron 19 procedimientos en 15 pacientes. **Resultados:** El 53% de los pacientes eran masculinos. Edad promedio de 66 años (92-67). ASA 2 66% de los pacientes Se utilizó el score de Eckardt para evaluar la disfagia, regurgitación, halitosis y tos pre y post tratamiento. Entre los síntomas de presentación 100% disfagia, pérdida de peso 60%, 53% regurgitación, halitosis 13%. 20% de los pacientes tuvieron internación por neumonía del tipo espirativa. El esofagograma mostró divertículo grado 3 en el 53% de los pacientes y grado 2 en el 47%. Todos los procedimientos fueron realizados con intubación endotraqueal. Se utilizaron equipos olympus serie 160 y needle knife en la mayoría de los pacientes. El tiempo promedio del estudio fue de 37 min (17-62), vale destacar que los procedimientos con mayor tiempo coincidieron con los pacientes asa 4. En 6 de los pacientes se utilizó septotomía, en el resto Cap en su mayoría fenestrado. Se inyectó adrenalina diluida en 9 de los 19 pacientes, previo al inicio del corte, tres de estos presentaron sangrado que requirió tratamiento endoscópico. El corte del septo se realizó hasta un límite subjetivo del operador de entre 5 y de 10mm del fondo de saco diverticular. Sólo a tres pacientes se les colocó hemoclip de seguridad. No se evidenciaron perforaciones o muertes relacionadas con el procedimiento. Los pacientes tuvieron un tiempo promedio de internación de 36hs. 4 de los pacientes requirieron una re intervención endoscópica en un tiempo promedio de 22 meses (min 7- max 25), el síntoma predominante fue la disfagia. **Conclusión:** La septotomía endoscópica es un método eficaz y seguro con buenos resultados a corto y largo plazo. Es la técnica de elección tanto para pacientes de bajo y alto riesgo quirúrgico. En nuestra experiencia tuvimos buena respuesta en la resolución de síntomas, bajo índice de complicaciones, las cuales fueron resueltas por endoscopia con una temprana alta hospitalaria.

P-39

RADIACIÓN EN PACIENTES SOMETIDOS A CPRE

Dolan, M^(1,2); Sayanes, mv^(1,2,3); Barquet Acuña, MI^(4,5); Amieva, L^(1,2); Cano, M^(6,7); Jury, G^(1,2); Jury, R⁽¹⁾; Lopez Fagalde, R^(1,2); Miconi, D⁽¹⁾; Naiderman, D^(6,7); Ramacciotti, G^(1,2); Ruiz, N^(1,2); Marini, P⁽¹⁾; Pellizzoni, M⁽¹⁾
(1)gastroenterología, CED. mar del plata, Argentina. (2)Gastroenterología, Clínica 25 de mayo. mar del plata, argentina. (3)Gastroenterología, HIGA. mar del plata, argentina. (4) mar del plata. (5)Cirugía, CED. mar del plata, Argentina. (6)Coloproctología, CED. mar del plata, Argentina. (7)coloproctología, HIGA. mar del plata, Argentina.

INTRODUCCIÓN: La CPRE requiere el uso de fluoroscopia para realizar procedimiento diagnósticos y terapéuticos del sistema hepatobiliar, exponiendo a radiaciones ionizantes, tanto al paciente como al equipo tratante. Está recomendado acortar los tiempos de uso de fluoroscopia para disminuir los efectos adversos. Resulta indispensable contar con equipos adecuados, endoscopistas experimentados y conocer la patología con la que se trabaja. **OBJETIVOS:** Describir las patologías más frecuentes sometidas a CPRE y el tiempo promedio de exposición a radiación en cada una de ellas. Generar una estrategia para optimizar el tiempo de trabajo y reducir efectos adversos para el paciente y el equipo tratante. **MATERIALES Y MÉTODOS:** Estudio descriptivo, retrospectivo en 4362 pacientes sometidos a CPRE desde el año 2005 al 2017 en dos instituciones. Se midió tiempo de fluoroscopia en 2066 de ellos y se clasificó de acuerdo a patología de base. **RESULTADOS:** De los 4362 pacientes, se midió tiempo de fluoroscopia en 2066 de ellos (47%) con un tiempo promedio de exposición de 4,88 minutos. De éstos, 1110 pacientes (42%) presentaban litiasis coledociana, con tiempo promedio de exposición de 3,91 minutos. Se diferenciaron 53 pacientes sometidos a litotripsia (2,5%) y 43 pacientes (2,08%) con disociación lito-coledociana, con tiempos promedio de exposición de 15,8 y 9,8 minutos respectivamente. 459 pacientes (22,2%) tenían patologías malignas del árbol hepatobiliar, con un tiempo promedio de exposición de 5,7 minutos, y 136 pacientes (6, 8%) patologías benignas no litiasicas con un tiempo promedio de exposición de 7,08 minutos. 18 pacientes fueron intervenidos por quiste hidatídico con tiempo promedio de exposición de 7,64 y los 247 restantes se agruparon en misceláneas con tiempo promedio de exposición de 3,06 minutos Se observó una disminución del tiempo de exposición a radiación directamente proporcional a la experiencia del operador. Se realizaron 148 estudios en el año 2011 con tiempo promedio de exposición de 11,13 minutos. En el año 2017 los mismos operadores realizaron 281 estudios con tiempo promedio de exposición de 2,42 minutos. **CONCLUSIONES:** Resulta indispensable conocer previo a la intervención el tipo de patología a enfrentar y contar con endoscopistas experimentados para realizar un estudio de calidad. Predecir que procedimientos están asociados a un mayor tiempo de exposición a radioscopia y tomar las precauciones necesarias para disminuir los efectos adversos.

P-40

TRATAMIENTO CON CLIPS EN LA PERFORACIÓN IATROGÉNICA DE LA DILATACIÓN NEUMÁTICA DE LA ACALASIA

Amieva, L⁽¹⁾; Dolan, M⁽¹⁾; Jury, G⁽¹⁾; Lopez Fagalde, R⁽¹⁾; Ramacciotti, G⁽¹⁾; Miconi, D⁽¹⁾; Ruiz, N⁽¹⁾; Barquet, I⁽²⁾; Sayanes, V⁽¹⁾
(1)gastroenterología, Centro de estudios Digestivos. Mar del Plata, Argentina. (2)cirugía, Centro de estudios Digestivos. Mar del Plata, Argentina.

Objetivo: El presente caso clínico tiene por objetivo comunicar el tratamiento endoscópico con endoclips en el desgarro del esófago posterior a una dilatación neumática de la Acalasia. **Introducción:** El riesgo de perforación esofágica después de la dilatación endoscópica con balón de acalasia se encuentra en el rango de 1% -5%, con una tasa de mortalidad de 1% -20%. Las perforaciones deben reconocerse temprano y, si es razonable, debe realizarse una reparación endoscópica inmediata de manera expeditiva. **Caso clínico:** Paciente masculino de 66 años, con antecedentes enfermedad de Chagas. Refiere disfagia de 7 años de evolución para sólidos como para líquidos. Se realiza VEDA en donde se observa dilatación esofágica con abundantes restos alimenticios. Manometría convencional en la cual se objetiva una falta de relajación del EEI, peristalsis ausente compatible con acalasia. Se decide realizar dilatación del esfínter con balón de 35 mm a 20 psi durante 1 minuto y bajo control radiológico y endoscópico. Posterior a dicha dilatación se constata perforación esofágica, visualizando el desgarro de la pared, por encima del cambio mucoso, de 1 cm. Inmediatamente se decide realizar el cierre mecánico con clips (x4) más alimentación enteral exclusiva por SNG. Se interna en sala general y se realiza TAC de tórax: neumomediastino, sin colección ni derrame pleural. Evolución en 96hs favorablemente tolerando dieta oral y se decide el alta. Posterior a dicho cuadro se realiza tiempo de tránsito minutado en donde se observa vaciamiento esofágico completo en menos de 1 min. **Discusión:** Es elemental destacar la necesidad de tener accesorios adecuados antes de abordar el tratamiento endoscópico de la acalasia. Aunque infrecuente es ciertamente probable la perforación de la pared; de ahí que surgen como requisito indispensable contar con el suministro de materiales como clips y/o los stent cubiertos dada la importancia del reconocimiento y tratamiento temprano. La decisión de emplear en este paciente clips para el cierre del desgarro de la pared, se basó en el inmediato reconocimiento y el pequeño tamaño de la lesión que preveía cierre completo del defecto. Cabe señalar además que son muy limitados los reportes de casos de tratamiento efectivo con esta modalidad en la literatura. No conociendo cual es la tasa real de éxito, dado que no existen reportes de casos donde los mismos no fueran útiles en resolver el problema. Toda la información disponible en este tema se basa exclusivamente en reportes de casos individuales, no existiendo revisiones o metaanálisis. **Conclusión:** El uso de clips es una modalidad efectiva en el tratamiento de la perforación iatrogénica luego de la dilatación neumática en la Acalasia; y debe ser indispensable considerar su disponibilidad antes de iniciar la terapéutica. Asimismo es imperioso contar con estudios más robustos que nos permitan actuar, ante esta complicación, de forma más inequívoca.

P-41

PERFORACIÓN ESOFÉGICA GIGANTE ¿QUÉ HACEMOS?

Bedini, M⁽¹⁾; Trakál, JJ⁽¹⁾; Gorordo Ipiña, C⁽¹⁾; Muñoz, J⁽²⁾
(1)Gastroenterología, Clínica Universitaria Reina Fabiola. Córdoba, Argentina. (2)Cirugía de Tórax, Clínica Universitaria Reina Fabiola. Córdoba, Argentina.

Hombre de 65 años que presenta como único antecedente patológico HTA tratada con hipertensión. Comienza con un cuadro de adenopatías generalizadas incluyendo la región cervical, retroauricular, axilar e inguinal y es valorado por el Servicio de Infectología sin causa infectológica. Por tal motivo es valorado por el Servicio de Dermatología y encuentra las lesiones cutáneas descamativas junto a la eritrodermia y se arriba al diagnóstico de Linfoma Cutáneo de Células T o Síndrome de Sézary. Junto al servicio de Dermatología se suma el de Hematología y comienzan con un tratamiento escalonado de pasa por fototerapia, metotrexato con el cual desarrolla una hepatitis tóxica y termina con interferón alfa A2 cuando la Enfermedad deja la piel para transformarse en sistémica sumando ganglios intra abdominales y mediastinales. Durante el tratamiento de su patología sistémica sufre una ruptura esofágica espontánea (posiblemente como consecuencia de la retracción de un ganglio mediastinal) y sufre una ruptura esofágica la cual fue intervenida quirúrgicamente. Pasados 40 días de la cirugía seguía presentando en los estudios imagenológicos una fistula mediastinal de cerca de 1.5 cm de diámetro observada por TC a pesar del intento quirúrgico de cierre y el correcto funcionamiento del drenaje y la sonda de Pezzer. Debido al estado del Paciente y a la falta de cierre de la perforación esofágica se decide intentar colocar un stent esofágico recubierto por endoscopia para paliar la perforación. Al ingresar se encuentra que la perforación llegaba a superar los 6 cm de longitud con un pasaje directo a mediastino, de todas formas se intenta colocar el stent. Tras pasar una guía hidrofílica se alcanza el estómago, y sobre esta se coloca un stent de nitinol totalmente recubierto de 12 cm de largo bajo control endoscópico y radiológico. Al colocarse el mismo debió ser reposicionado por dejar una pequeña escotadura a proximal con una colocación final satisfactoria. En los controles radioscópicos posteriores se observó un escaso pasaje de contraste al mediastino pero debido al estado del Paciente se tomó una conducta expectante y la misma fue resolviendo lentamente. Al cabo de 20 días el Paciente fue derivado a otra institución por razones administrativas pero el stent logró ser funcional durante un período de tiempo hasta el óbito del mismo por su patología de base. **Conclusión:** El stent esofágico es una buena opción paliativa para el grupo de Pacientes en situación crítica, cabe considerar que cuanto más crónica la fistula y mayor su tamaño más difícil es lograr un cierre completo de la misma y en un solo procedimiento.

Gallo, MJ⁽¹⁾; Liberto, D⁽²⁾; Yusti, V⁽¹⁾; Chazarreta Cifre, M⁽²⁾; De La Iglesia, P⁽³⁾; Orsi, M⁽¹⁾
 (1)Gastroenterología, Hepatología y Transplante Hepático Infantil, Hospital Italiano de Buenos Aires. Buenos Aires, Argentina. (2)Cirugía Pediátrica, Hospital Italiano de Buenos Aires. Buenos Aires, Argentina. (3)Anatomía Patológica, Hospital Italiano de Buenos Aires. Buenos Aires, Argentina.

Paciente de 16 años, consulta por tos a predominio nocturna, vómitos postprandiales, disfagia progresiva y descenso de peso de 5 Kg, de 1 año de evolución. En seguimiento en otra institución, en donde se realiza: SEG y videodeglución: esófago: dilatación importante de tercio superior y medio, con retardo en el vaciamiento del contraste. En tercio distal se evidencia severa disminución del calibre, de tipo filiforme. Características compatibles con Acalasia; VEDA: abundantes secreciones y restos alimenticios que se aspiran, mucosa macroscópicamente normal; Manometría: Esfínter Esofágico Inferior (EEI) hipotensivo, con relajación incompleta. Cuerpo esofágico: en respuesta al 90% de los estímulos deglutorios ofrecidos: aperistalsis, con ondas fallidas, las cuales tuvieron, uniformemente, escasa amplitud. Llegándose al diagnóstico de Acalasia I (Clasificación Chicago v.3.0.), con EEI hipotensivo. Se deriva a nuestra institución, para tratamiento quirúrgico. Se programa dilatación con balón y se realiza VEDA con toma de biopsia por parte de nuestro servicio. * Laboratorio prequirúrgico: Glóbulos blancos 9270 (Eo 10%). * VEDA con dilatación esofágica: mucosa con edema y eritema longitudinal desde 1/3 medio a 1/3 inferior (Esofagitis Los Ángeles B). Se realiza dilatación del EEI con balón hasta 20 mm a 2 atmósferas. * Anatomía Patológica: mucosa con hiperplasia de células basales, espongiosis y numerosos eosinófilos dispersos (hasta 35 por campo de 40x), con tendencia a degranularse. * Tratamiento: Omeprazol y Domperidona durante 8 semanas. Se realiza nuevo control a las 8 semanas de comenzado el tratamiento con Omeprazol, con escasos cambios: * Laboratorio: Glóbulos blancos 6459 (Eo 7.5%). * VEDA: esófago dilatado con abundante contenido alimenticio, estenosis esofágica franqueable con endoscopia de 24 Fr, a 39 – 40 cm de la arcada dentaria superior, cambio mucoso a 41 cm de la misma. * Anatomía Patológica: marcada hiperplasia basal, eosinófilos hasta 40 por campo de 40x, con tendencia a formar acúmulos y degranularse. * Discreta mejoría de la epigastralgia, pero precisa dormir sentada para control de los síntomas. De acuerdo a los resultados se asume como Esofagitis Eosinofílica (según criterios de la UEG Journal), se indica agregar a tratamiento Fluticasona 250 mcg/12 horas. Luego de 3 meses, se realiza nueva VEDA control para evaluar respuesta histológica al tratamiento médico: * Laboratorio: Glóbulos blancos 6505 (Eo 1.5%). * VEDA: esófago dilatado con patrón vascular conservado, mucosa de aspecto normal * Anatomía Patológica: mucosa esofágica de caracteres morfológicos conservados. * Se puede observar mejoría clínica parcial: duerme acostada, sin tos, persistiendo algunos síntomas mecánicos (dismotilidad esofágica) y remisión histológica. Luego de 6 meses bajo tratamiento específico, se solicita nueva manometría esofágica y SEG, para revaloración del cuadro.

Barbero, SL⁽¹⁾; Colombo, P⁽¹⁾; Trucco, A⁽¹⁾; Maruelli, S⁽¹⁾; Perez Esteban, N⁽¹⁾; Viallalba, NJ⁽¹⁾
 (1)Gastroenterología, Htal. Churrucá Visca. CABA, Argentina.

Introducción: La gastrectomía subtotal con reconstrucción en Y de Roux es la terapia de elección del cáncer gástrico antral, independientemente del grado de diferenciación y del tipo histológico. La estenosis de la anastomosis que resulta en la obstrucción de la salida gástrica es la complicación más frecuente de este procedimiento (5-27%), siendo mayormente tempranas (antes de los 90 días). Las opciones de tratamiento para la estenosis incluyen revisión quirúrgica o dilatación endoscópica. El manejo endoscópico es mejor tolerado y representa un procedimiento con menor morbilidad que la cirugía. Objetivos: presentar un caso de estenosis postquirúrgica en un paciente con gastrectomía subtotal más anastomosis enterogástrica secundaria a un adenocarcinoma y describir la técnica de dilatación endoscópica con balón. Materiales y métodos: paciente masculino de 74 años, ex tabaquista, con antecedentes de gastrectomía subtotal con reconstrucción en Y de Roux por adenocarcinoma de antro gástrico bien diferenciado 4 años antes. Consulta por plenitud postprandial, saciedad precoz, regurgitación y pérdida de peso en el último año. Se realiza: laboratorio completo con marcadores tumorales dentro de parámetros normales; tomografía de tórax, abdomen y pelvis con doble contraste sin evidencia de recaída local/regional ni a distancia; seriada esofagogastroduodenal que evidencia a nivel de anastomosis enterogástrica estrechez de la luz de 4 cm de longitud, tortuosidad y pasaje de contraste enteltecido. Videoesndoscopia digestiva alta en donde se visualiza anastomosis enterogástrica excéntrica, con marcada disminución del calibre que logra franquearse con manobra de retroflexión utilizando nasoendoscopia Olympus de 6.5 mm de diámetro. Se toman múltiples biopsias, con anatomía patológica sin evidencia de infiltración tumoral. Se repite estudio con nueva toma de biopsias con mismos hallazgos. Se decide realizar dilataciones seriadas con balón Hercules Wilson Cook®. Se requirieron tres sesiones, espaciadas por un periodo de tiempo de 3 semanas, utilizando balones con diámetros progresivos: 8-9-10 mm; 10-11-12 mm y 12-13.5-15mm. Resultados: evolucionó sin complicaciones inmediatas y con mejoría de la sintomatología. Continúa en control. Conclusiones: las terapéuticas endoscópicas son efectivas y seguras en el manejo de las estenosis postquirúrgicas. La eficacia terapéutica de los dilatadores tipo bujía y tipo balón es similar con mejor respuesta cuando se alcanza un diámetro de la luz esofágica ≥ 15 mm. La particularidad de este caso radica en ser una estenosis benigna y de aparición tardía sumado a su difícil acceso por vía endoscópica.

Suárez, ME⁽¹⁾; Micenmacher, ME⁽¹⁾; Martínez, MG⁽¹⁾; Lauferman, LJ⁽²⁾; Geraghty, MA⁽²⁾

(1)Servicio de endoscopia digestiva, Hospital Ostaciana B de Lavignolle. Moron, Argentina. (2)Departamento de cirugía general, Hospital Ostaciana B de Lavignolle. Moron, Argentina.

Introducción La Esofagitis Necrosante Aguda (ENA) es un hallazgo endoscópico poco frecuente en la cual el epitelio se sustituye por material necrótico, en general ubicado en el tercio distal del esófago con una transición brusca a nivel de la unión esofagogástrica. Los factores de riesgo son las patologías que se asocian a isquemia como: cardiopatías, sepsis, Insuficiencia renal crónica, la malnutrición y la obstrucción del tracto digestivo alto. Por tal motivo se piensa que en la patogenia es fundamental la isquemia del epitelio esofágico. Otras causas son infecciosas o reflujo gastro esofágico masivo. Se presenta un caso clínico y su resolución. Caso Clínico: Paciente masculino de 60 años de edad, con antecedentes de HTA, DBT. Cursa internación prolongada por pie diabético, durante la misma intercorre con cuadros de diarrea y melena, por lo que se decide realizar VEDA (Video endoscopia digestiva alta) y VCC (videocolonosopia). La VEDA informa, mucosa de coloración negruzca de los 29 a los 36 cm de la arcada dental superior. Se toman biopsias (Foto 1 y 2). A nivel del estomago presenta múltiples erosiones. Resto del estudio y VCC sin particularidades. Se instaura tratamiento medico (tratamiento de enfermedad de base, inhibidores de la bomba de protones y mejoría del estado nutricional) y VEDA de control, con mejoría de las lesiones (Foto 3). A los 7 días, el paciente presenta parocardiorrespiratorio y óbito. Conclusión La mortalidad asociada con esta entidad es elevada llegando a cifras de un 50%. La instauración rápida del tratamiento puede llegar a mejorar la evolución, siendo la complicación mas frecuente la estenosis esofágica. La clave del diagnostico de esta patología es sospecharla, sobre todo en pacientes con signos de hemorragia digestiva alta, edad avanzada y con comorbilidades asociada a la isquemia.

MANEJO ENDOSCÓPICO DE FISTULA ESÓFAGO TRAQUEAL SECUNDARIA A TUBERCULOSIS GANGLIONAR EN PACIENTE HIV POSITIVO: A PROPÓSITO DE UN CASO

Cattaneo, N⁽¹⁾; Gomez Perdiguero, G⁽¹⁾; Bilder, H⁽¹⁾; Stach, L⁽¹⁾; Baez, E⁽¹⁾; Curras, A⁽¹⁾

(1)Gastroenterología, Fernandez. Capital Federal, Argentina.

INTRODUCCION: Las fistulas esófago traqueales son un hecho poco frecuente. Se dividen, según su etiología, en congénitas o adquiridas y estas últimas en malignas (95%) o benignas. En Latinoamérica, la mayoría de los casos benignos reportados son secundarios a tuberculosis (TBC), aumentando su incidencia en pacientes con HIV asociado. Las adenopatías tuberculosas de mediastino, son frecuentes en la TBC primaria y prevalen en individuos inmunodeprimidos. Éstos últimos pueden presentar compromiso de estructuras vecinas como bronquios, vasos, pericardio o esófago. Las adenopatías pueden comprimir y erosionar la pared del esófago o de un bronquio, dando lugar a la fistulización de estas estructuras anatómicas. Los síntomas asociados son disfagia, fiebre, tos incoercible con la deglución, hematemesis y cuadros de neumonía. El tránsito esofágico con contraste hidrosoluble es el método más sensible para su diagnóstico y la endoscopia digestiva alta debe realizarse siempre. Tradicionalmente el tratamiento ha sido quirúrgico. El tratamiento médico con tuberculostáticos es una herramienta exitosa. También se ha descrito tratamiento endoscópico con fibrin glue, clips y colocación de stent. **OBJETIVO:** Presentar un paciente con patología poco frecuente y terapéutica novedosa. **CASO CLINICO:** Paciente masculino de 45 años, consulta por fiebre, pérdida de peso y tos que empeora con la ingesta de líquidos. Al examen físico paciente adelgazado, con roncus pulmonares y adenopatía supraclavicular derecha, fluctuante, eritematosa e indolora. Se realiza BAAR X3 positivo, HIV positivo (CD4 11) y punción del ganglio con abundante material caseoso, ZN positivo. Tránsito esofágico: en tercio medio, irregularidad parietal con fuga de contraste al mediastino y árbol bronquial. TAC Tórax: múltiples adenomegalias mediastínicas con centro necrosado y cavidad aérea ubicada en mediastino posterior que impresiona trayecto fistuloso a tráquea. VEDA: a 28 cm orificio con boca ancha de 1.5 cm de aspecto fistuloso rodeado de mucosa anfractuosa con abundante contenido mucoso que drena desde el interior de la fistula (biopsias positivas para TBC). Inicia tratamiento tuberculostático por sonda nasogástrica, sin tolerancia, por lo que se decide colocación de prótesis esofágica metálica cubierta mediante endoscopia, recuperando tránsito. Presenta franca mejoría clínica, endoscópica e imagenológica a las 4 semanas, por lo que se retira el stent esofágico. **CONCLUSIONES:** La fistula de esófago traqueal es una manifestación inusual de la TBC. Debido a su clínica insidiosa e inespecífica su diagnóstico es difícil. En países endémicos se debe tener alto índice de sospecha, especialmente en paciente con tos paroxística luego de la ingesta de líquidos. La endoscopia posibilita opciones terapéuticas novedosas.

P-47

REPORTE DE CASO: USO DE N-BUTIL-CIANOACRILATO COMBINADO CON COILS PARA TRATAMIENTO DE VÁRICES GÁSTRICAS

Redondo, A⁽¹⁾; Martinez, ER⁽¹⁾; Perron, NS⁽¹⁾; Cura, PH⁽¹⁾; Villaverde, A⁽¹⁾

(1)Gastroenterología, HIGA San Martin. La Plata, Argentina.

INTRODUCCION: La inyección intravascular de cianoacrilato es considerada de primera línea para el tratamiento de várices gástricas. Su asociación a la colocación de coils guiado por ultrasonografía endoscópica (EUS) es una nueva alternativa, ampliamente aceptada y que ofrece la ventaja de disminuir la tasa de complicaciones y resangrado de manera significativa. **OBJETIVOS:** Presentar un caso clínico de paciente con diagnóstico de várices gástricas que requirió tratamiento endoscópico con inyección de cianoacrilato asociado a colocación de coil por EUS. **PACIENTES Y MÉTODOS:** Paciente femenina de 82 años, con diagnóstico de cirrosis hepática secundaria a esteatohepatitis no alcohólica (NASH) estadio Child-Pugh C, con hallazgo de várices aisladas en fondo gástrico con estigmas de sangrado inminente. Se realizó terapéutica con inyección de cianoacrilato combinado con colocación de coils guiado por ultrasonografía endoscópica. La técnica fue realizada con éxito y sin complicaciones. El seguimiento posterior fue clínico mensual, hemogramas trimestrales y controles endoscópicos semestrales por 12 meses. La respuesta clínica fue favorable, en el seguimiento no presentó signos de resangrado, sin requerimiento de tratamiento suplementario con hierro ni transfusiones. En el control endoscópico se evidencia reducción (respuesta parcial) del tamaño de la váriz (mayor al 75%), sin obliteración completa. **CONCLUSIÓN:** La terapéutica combinada para várices gástricas de cianoacrilato y coils demostró ser efectiva y segura. Aún faltan estudios prospectivos que permitan estandarizar la técnica y sus variables.

P-48

GAVE: DE ABEJAS Y SANDÍAS

Leza, A⁽¹⁾; Di Donato, B⁽²⁾; Cortinez, E⁽¹⁾; Carfagnini, P⁽¹⁾; Brodersen, C⁽¹⁾; Padin, L⁽¹⁾; Etchepare, S⁽¹⁾; Lubienicki, D⁽¹⁾

(1)Gastroenterología, Carlos G. Durand. CABA, Argentina.

OBJETIVOS: Presentar una serie de casos de GAVE con diferente perfil clínico y endoscópico. **MATERIALES Y MÉTODOS:** Mujer de 76 años, con HTA y LES, y anemia ferropénica sintomática sin sangrado digestivo evidente. VCC en otro centro con diverticulosis colónica. Se realiza VEDA en la que se evidencian ectasias vasculares antrales de disposición lineal que confluyen hacia píloro. Biopsias que informan mucosa con cambios congestivos estomales y dilatación vascular. Se realizan 8 sesiones de electrofulguración con argón plasma (APC), con intervalos de 4 semanas. Actualmente asintomática y con Hb 12,2 mg/dl. Hombre de 69 años, con cirrosis alcohólica, en seguimiento desde 2015 por HDOO en otro centro. VEDA y VCC 2015: s/p. Videocápsula 2016: gastropatía antral erosiva severa vs GAVE. Es derivado a nuestro hospital. Se realiza VEDA en la que se observan múltiples lesiones de aspecto vascular con distribución en panel de abejas. Biopsia compatible con GAVE. Requirió 5 sesiones de APC. **RESULTADOS Y CONCLUSIONES:** El GAVE se define como la presencia de manchas rojas de organización lineal, que pueden distribuirse tanto de manera radial (en sandía) como difusa (panel de abejas), a nivel antral. Pueden verse afectados cardias, duodeno y recto. Los capilares sanguíneos son las estructuras principalmente afectadas. Se plantean factores autoinmunes, humorales y estrés mecánico en su patogenia. Comprenden un 4% de los casos de HDA no variceal. Sus manifestaciones abarcan desde una anemia crónica hasta una HDA severa. Histológicamente se puede observar ectasia vascular de capilares mucosos, trombosis focal, fibrohalinosis, y proliferación celular de mioцитos y miofibroblastos. Se asocia en un 30% a cirrosis hepática y/o hipertensión portal (HTP) y en un 60% a enfermedades autoinmunes principalmente Esclerosis Sistémica, LES y Cirrosis Biliar Primaria. Su principal diagnóstico diferencial es la gastropatía hipertensiva. A diferencia del GAVE, la gastropatía hipertensiva afecta cuerpo y fondo gástrico, se asocia en un 100% de los casos con HTP, presenta patrón en mosaico y puntos rojos. Histológicamente se produce dilatación venosa mucosa y submucosa. Su primera línea de tratamiento son los Beta bloqueantes no selectivos. El tratamiento endoscópico del GAVE se impone como primera línea. El tratamiento médico continúa en fase experimental. El APC permite tratar grandes áreas en cada sesión, tiene un bajo riesgo de perforación por una profundidad controlada de 0,5 a 3 mm. Se produce un aumento estimado promedio de 1,5 puntos de Hemoglobina luego de 1ra sesión. Generalmente requiere 5 sesiones, con una tasa de recurrencia de 49,7% después de una año y de 33,5% después de tres años. Sus principales desventajas son el alto costo y las complicaciones como la OTSG. Otras opciones endoscópicas incluyen la ablación por radiofrecuencia, la ligadura con bandas o la resolución quirúrgica mediante una antrectomía.

P-49

ALGO MÁS QUE UN SÍNDROME COLEDOCIANO: LINFOMA INTESTINAL EN PACIENTES CON HIV/SIDA

Rodriguez, C⁽¹⁾; Marceno, F⁽²⁾; Maurette, V⁽¹⁾; Carfagnini, P⁽¹⁾; Brodersen, C⁽¹⁾; Padin, L⁽¹⁾; Etchepare, S⁽¹⁾; Viscardi, J⁽¹⁾

(1)Gastroenterología, Carlos G. Durand. CABA, Argentina.

OBJETIVOS: Presentar una serie de casos de linfoma intestinal primario en pacientes con reciente diagnóstico de HIV. **MATERIALES Y MÉTODOS:** Caso 1: Masculino de 62 años, sin antecedentes de relevancia, con cuadro clínico de 10 días de evolución caracterizado por dolor abdominal, ictericia, coluria y acolia. En ecografía presentaba litiasis vesicular con VBIH y VBEH dilatadas. Se interpreta como probable coledocolitiasis por lo que se realiza CPRE, sin evidencia de litiasis, con estenosis de vía biliar distal, y se coloca stent. En la duodenoscopia llamaban la atención múltiples lesiones elevadas sésiles blanquecinas en segunda porción duodenal, cuyas biopsias resultaron ser compatibles con linfoma de células grandes B. Se realiza test de HIV positivo. Inicia tratamiento con TAARV y quimioterapia, con buena respuesta. VEDA control sin lesiones. Caso 2: Masculino, de 67 años, sin antecedentes, consultó por cuadro clínico de 6 meses de evolución caracterizado por dolor abdominal, pérdida de peso significativa, ictericia, acolia y coluria. Ecografía evidencia dilatación de VBIH y VBEH, e imágenes heterogéneas en segmento III y IV. TC con engrosamiento del marco duodenal. Se realiza VEDA que detecta candidiasis esofágica y en segunda porción duodenal lesión elevada, friable, con patrón mucoso alterado, que determina estenosis de la luz. Biopsias compatibles con linfoma de células grandes B. Test de HIV positivo. Inicia tratamiento con TAARV y quimioterapia. **RESULTADOS Y CONCLUSIONES:** Los linfomas no Hodgkin son la segunda neoplasia en frecuencia en pacientes HIV, después del sarcoma de Kaposi. La localización intestinal representa un alto porcentaje en las formas extraganglionares. La mayoría suelen ser de fenotipo B de alto grado, de curso clínico agresivo y suelen presentarse en estadios avanzados, con manifestaciones clínicas muy variable, dependiendo de su localización. Los pacientes comentados se presentaron con un cuadro de síndrome coledociano. En el primero de los casos probablemente se tratara de una colangiopatía por HIV, hallándose las lesiones duodenales en forma incidental. En el segundo caso los síntomas se explicaban por la infiltración tumoral a nivel papilar. En ambos casos esta fue la primera manifestación sintomática de SIDA con diagnóstico post-endoscópico de esta enfermedad.

ESÓFAGO NEGRO

Azcurra, IA⁽¹⁾; Larsen, M⁽¹⁾; Mc Grech, I⁽¹⁾; Encinas, CN⁽¹⁾; Paganelli, R⁽¹⁾; Gamba, A⁽¹⁾; Guerrina, C⁽¹⁾; Poles, N⁽¹⁾; Levin, A⁽¹⁾

(1)Servicio de Gastroenterología y Endoscopia Digestiva, Hospital De Emergencias Clemente Álvarez. Rosario, Argentina.

INTRODUCCIÓN: La esofagitis necrosante aguda (esófago negro), una entidad infrecuente (incidencia del 0,01% al 0,2%), caracterizada por pigmentación negra del esófago, secundaria a necrosis de la mucosa. Su patogénesis es desconocida, de origen multifactorial, asociada a hipoperfusión sistémica, con elevada mortalidad. El diagnóstico se realiza mediante endoscopia. **PACIENTE:** Varón, 48 años, etilista 160 g/día, cirrosis Child C, VHC positivo, cursando internación por encefalopatía hepática grado II, secundaria a neumonía adquirida en la comunidad, en tratamiento antibiótico dirigido (día 3), presenta como intercurencia hipotensión arterial asociado a 1 episodio de hematemesis. Vigil, orientado en persona, ictericia cutáneo mucosa. TA 80/60 mmHg FC 100 lpm FR 16 pm T°: 37 °C. Analítica: Hto 23.2 Hb 7.3 Gb 13900 Plaquetas 88000 Glicemia 94 mg/dl Uremia 56 mg/dl Creatinemia 1.3 mg/dl Bilirrubinemia 7 mg/dl TGO 94 U/l TGP 33 U/l FA 142 U/l GGT 24 U/l TP 14 KPTT 32 Videoendoscopia digestiva alta: ESÓFAGO: cambio mucoso a 38 cm de arcada dentaria superior. Mucosa desde tercio medio a distal de aspecto negruzco. ESTOMAGO: píloro centrado y permeable. Eritema difuso en antro y cuerpo. Restos hemáticos en fundus. DUODENO: sin lesiones. **CONCLUSIONES:** Presentamos un caso de esófago negro, debido a que, si bien es una patología sumamente infrecuente, con un bajo número de casos reportados en el mundo, el médico endoscopista debe estar familiarizado con la misma, ya que presenta un alto índice de mortalidad.

P-51

TUMOR NEUROENDOCRINO, UN DESAFIO TERAPEUTICO

Vidart Vidal, G⁽¹⁾; Trucco, A⁽¹⁾; Colombo, P⁽¹⁾; D'ercole, V⁽¹⁾; Tosti, R⁽¹⁾

(1)Gastroenterología, Hospital Churrucá Visca. CABA, Argentina.

Introducción: Los tumores neuroendocrinos representan el 2% de los tumores gastrointestinales, siendo un 22% de localización duodenal. El 80% de éstos son no funcionantes y menores de 2 cm, por lo que en la mayoría de los casos son diagnosticados de manera incidental. Por lo general son de buen pronóstico y su abordaje terapéutico puede ser endoscópico o quirúrgico dependiendo del tamaño tumoral, localización, grado histológico y estadio. Aquellos menores de 1 cm, sin invasión de la muscular propia o linfovascular, no funcionantes y solitarios pueden ser resecaos por vía endoscópica por su bajo riesgo de metástasis linfáticas o a distancia. **Objetivos:** Reporte de un caso de tumor neuroendocrino G1 duodenal como hallazgo incidental en una videoendoscopia digestiva alta. **Materiales y Métodos:** Varón de 65 años con antecedentes de hipotiroidismo, ex tabaquismo, adenocarcinoma de colon hace 6 años, por lo que realizó tratamiento quirúrgico, actualmente libre de enfermedad. Consulta por epigastralgia sin síntomas de alarma. Se realiza videoendoscopia digestiva alta con hallazgo en cara anterior de bulbo duodenal de pólipo subpediculado de 8 mm que se extrae con ansa caliente. **Anatomía patológica:** tumor neuroendocrino G1 que compromete lámina propia y contacta focalmente con los márgenes de sección. Ki67: 1%. Dosaje de Cromogranina A: 154 ng/ml y gastrinemia: 13,7 pg/ml. Tomografía de tórax, abdomen y pelvis con doble contraste sin evidencia de enfermedad a distancia. Se realiza evaluación por servicio de endocrinología descartándose asociación a otros síndromes neuroendocrinos. Videocápsula endoscópica sin evidencia de otras lesiones. Se realiza nueva videoendoscopia digestiva alta para ampliación de márgenes de resección sin hallazgo de lesiones en pared duodenal. Ecoendoscopia lineal (12 MHz) no observando lesiones en la pared duodenal. Se visualizan dos adenopatías de 11 y 8 mm, en hilio hepático que se punzan, con anatomía patológica negativa para células neoplásicas. **Resultados:** Si bien en este caso la resección endoscópica no fue de carácter curativo, debido a los hallazgos en los estudios complementarios, se decidió en ateneo multidisciplinario vigilancia endoscópica y serológica. Al momento sin hallazgo de lesiones endoscópicas ni elevación de marcadores serológicos. **Conclusión:** El manejo de los tumores neuroendocrinos duodenales se basa en el tamaño, la ubicación, grado histológico, estadio y tipo tumoral. Sin embargo, al momento no existe un consenso para el tratamiento definitivo de los mismos. Es por eso que su abordaje multidisciplinario es sumamente importante. Si bien los tumores neuroendocrinos son poco frecuentes, siempre deben sospecharse en hallazgos incidentales ya que una vez extirpados tanto su conducta terapéutica como su seguimiento en el tiempo se torna dificultoso.

HEMATOMA HEPATICO POST COLANGIOPANCREATOGRAFA RETROGRADA ENDOSCOPICA

Sotelo, JC^(1,2); Sambresqui, A⁽¹⁾; Fernández, JL⁽¹⁾; Ortiz, N⁽²⁾; Pffafen, G⁽²⁾; Rizzo, F⁽³⁾; Samer, R⁽³⁾; Serafini, V⁽²⁾; Viola, L⁽¹⁾

(1)Servicio de Gastroenterología, Hepatología y Endoscopia, Sanatorio Guemes. Capital Federal, Argentina. (2)Servicio de Cirugía. Sector de Cirugía Hepatobiliopancreática, Sanatorio Guemes. Capital Federal, Argentina. (3)Servicio de Imágenes, Sanatorio Guemes. Capital Federal, Argentina.

El hematoma hepático posterior a una colangiopancreatografía retrograda endoscópica (CPRE) es una rara complicación con pocos casos descriptos en la literatura. Presentamos el caso de una paciente de 47 años con antecedentes de colecistectomía laparoscópica que ingresó por un cuadro de colestasis secundaria a litiasis coledociana diagnosticada por colangiorresonancia magnética (CRM), por el que se realizó una CPRE con extracción de un lito con balón. La paciente reingresó 96 hs después del alta con dolor abdominal severo asociado a disnea clase funcional IV, encontrándose hemodinámicamente estable. En la tomografía computada (TC) se observó una colección hepática derecha de 135x75 mm con contenido hemático. Se realizó un drenaje percutáneo de la colección y requirió un nuevo drenaje percutáneo para drenar una colección residual y una decorticación pleural por toracotomía debido a la afección de la cavidad pleural derecha, con buena evolución posterior y resolución del hematoma. El hematoma hepático post CPRE es una complicación rara pero que puede comprometer seriamente la vida del paciente. El manejo del mismo depende fundamentalmente de la clínica y el estado hemodinámico del paciente, optándose generalmente por el tratamiento conservador, pero pudiéndose llegar en algunas instancias graves a la necesidad de una intervención quirúrgica.

P-53

OBSTRUCCIÓN DEL TRACTO DE SALIDA GÁSTRICO (OTSG) DE CAUSA MALIGNA

Sproviero, D⁽¹⁾; Di Donato, B⁽¹⁾; Velez Ocampo, F⁽¹⁾; Carfagnini, P⁽¹⁾; Brodersen, C⁽¹⁾; Etchepare, S⁽¹⁾; Padin, L⁽¹⁾; Menendez, S⁽¹⁾

(1)Gastroenterología, Carlos G. Durand. CABA, Argentina.

OBJETIVOS: Presentar un caso de OTSG de etiología neoplásica. **MATERIALES Y METODOS:** Paciente femenina de 20 años, sin antecedentes de relevancia, que consulta en guardia por cuadro de vómitos alimentarios postprandiales y pérdida de 30 kg de peso de 6 meses de evolución. Al examen físico caquéctica, abdomen excavado, dolor epigástrico leve a palpación profunda, peristalsis visible, bazuqueo gástrico y masa epigástrica palpable. Se realiza laboratorio que presenta como hallazgos positivos uremia de 82, creatinemia de 1.55, sodio sérico 136, potasio 2.9, cloro 77. EAB alcalosis MTB con HCO3 50.6. Se realiza TC abdomen y pelvis con contraste y evidenciándose distensión gástrica con engrosamiento de la pared antral de 2 cm con escaso pasaje de contraste. Se coloca SNG a débito del cual provienen 3000 ml. Se realiza VEDA que evidencia desde la unión corporoantral deformación de la luz en las que convergen los pliegues gástricos determinando una estenosis infranqueable, con mucosa congestiva y friable. Se toman biopsias a través de la misma. Se realiza SEGd evidenciando estenosis pilórica con paso mínimo del contraste. Se recibe la anatomía patológica que informa Adenocarcinoma moderadamente diferenciado gástrico de tipo difuso. Se decide la realización de gastrectomía parcial más sección de la primera porción duodenal, con márgenes libres por congelación. La paciente evoluciona favorablemente por lo que se da alta hospitalaria y continúa seguimiento por consultorios externos de Cirugía general. **RESULTADOS Y CONCLUSIONES:** La OTSG puede ser causada por procesos inflamatorios, infiltración tumoral o compresión extrínseca. Las causas más frecuentes son benignas. Dentro de las neoplasias que generan más frecuentemente la OTSG son los tumores de páncreas, seguidos en menor medida el resto de los periampulomas, tumores duodenales, tumores gástricos y colangiocarcinomas. El paciente se presenta con vómitos alimentarios, saciedad precoz, pérdida de peso, malnutrición, deshidratación con trastornos hidroelectrolíticos y deterioro de la función renal. El tratamiento debe enfocarse en corregir el medio interno y el soporte nutricional del paciente, luego evaluar según benignidad o malignidad de la patología. Si es de causa benigna la terapéutica de elección es dilatación con balón neumático (EBD). Otras medidas son la inyección intralesional de esteroides combinada con EBD y la esfinterotomía con knife de forma radial. Para pacientes paliativos y en estenosis refractarias de elección son los stent. Dentro de los tratamientos quirúrgicos se decide resecao cuando son con fines curativos o en casos avanzados para pacientes paliativos, con yeyunostomía de alimentación.

DIAGNÓSTICO DE STRONGILOIDOSIS SEVERA CON ENDOSCOPIA Y ESTUDIO ANATOMOPATOLOGICO DUODENAL

Franco Alanis, FA⁽¹⁾; Don, G⁽²⁾; Marta, E⁽¹⁾; Garces, R⁽¹⁾; Travieso, L⁽¹⁾; Medina, JM⁽¹⁾
(1)Endoscopia Digestiva, Hospital Español. C.A.B.A, Argentina.

Introducción: La Strongiloidiasis es una parasitosis endémica de zonas tropicales. El parásito penetra a través de la piel con un ciclo complejo migrando de la sangre al árbol traqueo bronquial y finalizando en intestino delgado, donde se reproduce nuevamente explicándose así las infecciones persistentes e hiperinfección. La sintomatología suele presentarse como vómitos, dolor abdominal, diarrea intermitente, fiebre y hacer confundir la sospecha diagnóstica con otros síndromes clínicos. **Objetivos:** Realizar una revisión bibliográfica sobre la fisiopatología y presentación clínica del Strongiloides Stercoralis. Demostrar la utilidad de la endoscopia digestiva alta para evaluar la mucosa duodenal como signo directo de organicidad, y como método para obtención de muestras del agente causa. **Materiales y Métodos:** Paciente de 49 años de edad oriundo de Jujuy con antecedentes de diabetes insulino requirente ingresa por diarrea, emesis, astenia y pérdida de peso de 20 kilos en un mes. El laboratorio de ingreso evidencia anemia, leucocitosis leve con eosinofilia del 18%, alteración del medio interno e hidroelectrolítico, e hipoalbuminemia de 1.17 mg/dl. Se inicia reposición hidroelectrolítica y nutrición parenteral. Hemocultivos, urocultivo, coprocultivo y parasitológico seriado de materia fecal resultaron negativos. Se realiza videoendoscopia digestiva alta que evidencia la mucosa duodenal congestiva, friable, cubierta con fibrina, con granularidad y signo de empedrado. El resultado anatomo patológico de duodeno muestra abundantes organismos elongados, curvos y de extremos afinados atravesando el epitelio y la luz, vinculables a Strongyloides Stercoralis. Inicia tratamiento con Albendazol vía oral e Ivermectina monodosis. Evoluciona con marcada mejoría clínica, tolerando dieta y con aumento de peso. **Resultados:** Ante todo se debe sospechar de dicha patología. Sólo se puede hacer el diagnóstico de certeza identificando el parásito. Debido a la baja carga parasitaria y a su capacidad de replicarse dentro del huésped, es difícil encontrar el parásito en un único examen de heces. Los métodos parasitológicos, son de baja sensibilidad. La leucocitosis con eosinofilia es importante aunque puede estar ausente en casos severos. El aspirado duodenal, la endoscopia y las biopsias, son recursos invasivos, en la mayor parte no disponibles en zonas endémicas. Histológicamente pueden identificarse ulceraciones, distorsión de criptas, atrofia de vellosidades, infiltrados inflamatorios, necrosis y parásitos. **Conclusiones:** Cuando los métodos iniciales diagnósticos de cultivo y parasitológicos resultan negativos, ante la sospecha clínica puede considerarse la endoscopia digestiva para evaluación de lesiones mucosas, aspirado duodenal y toma de biopsias para determinación patológica como método complementario.

P-55

EVALUACIÓN DE LA ACTIVIDAD ANTIPROLIFERATIVA DEL ÁCIDO ÚSNICO EN CÉLULAS DE CARCINOMA DE COLON

Liu, S⁽¹⁾; Alexandrino, CAF⁽¹⁾; Chaves, GCC⁽²⁾; Honda, NK⁽³⁾; Bogo, D⁽³⁾
(1) Pós Graduação em Saúde e Desenvolvimento na Região Centro-Oeste da UFMS, Universidade Federal de Mato Grosso do Sul. Campo Grande, Brasil. (2) Acadêmica de nutrição, Universidade Federal de Mato Grosso do Sul. Campo Grande, Brasil. (3) Docente titular, Universidade Federal de Mato Grosso do Sul. Campo Grande, Brasil.

Introducción: El ácido úsnico, una importante sustancia del metabolismo secundario de líquenes, ha sido ampliamente estudiado, destacándose como un potente agente antibiótico y antiproliferativo. El cáncer colorrectal abarca tumores que afectan a un segmento del intestino grueso (el colon) y el recto, es uno de los tipos de cáncer más frecuentes en la población mundial. La investigación de nuevos quimioterápicos busca identificar compuestos que sean selectivos y controlen la proliferación de células neoplásicas. **Objetivos:** Evaluar (avaliacion) la actividad antiproliferativa del ácido úsnico en células de carcinoma de colon y la selectividad del compuesto. **Materiales y Métodos:** El ácido úsnico aislado de *Usneameridionalis* Zahlbr fue probado en el linaje celular neoplásica HT-29 (carcinoma de colon) y en el linaje celular normal 3T3 (fibroblasto murino). Se utilizó la prueba de citotoxicidad con sulforrodamina B (SRB), y el valor de IC50 (concentración que inhibe el 50% del crecimiento celular) como parámetro para la citotoxicidad. El índice de selectividad (IS) fue calculado con el objetivo de indicar la selectividad del ácido úsnico entre un linaje neoplásico (carcinoma de colon) y una normal (fibroblasto murino). Las concentraciones de ácido úsnico utilizadas en el ensayo fueron: 0,25; 2,5; 25 y 250 µg mL⁻¹. **Resultados:** La IC50 para el linaje neoplásico HT-29 fue 0,24 µg mL⁻¹ y para el linaje normal 3T3 el valor encontrado fue 2,97 µg mL⁻¹ (p < 0,01), con estos resultados se obtuvo un índice de selectividad de 12,37. **Conclusión:** El ácido úsnico presentó una potente inhibición del crecimiento de células neoplásicas HT-29 y selectividad para ese linaje de célula neoplásica.

P-56

SINDROME BOUVERET: A PROPÓSITO DE UN CASO

Cattaneo, N⁽¹⁾; Calzetta, P⁽²⁾; Fuente, P⁽¹⁾; Garces, R⁽¹⁾; Rocca, A⁽¹⁾; Argonz, J⁽¹⁾; Goncalves, S⁽¹⁾
(1) Gastroenterología, Udaondo. Capital Federal, Argentina.

INTRODUCCIÓN: El síndrome pilórico es el conjunto de síntomas y signos provocados por una obstrucción a nivel del píloro que impide el vaciamiento y la evacuación gástrica correcta, siendo el Síndrome de Bouveret una rara causa. Afecta generalmente a mujeres de edad avanzada, con historia de afección biliar previa y presencia de múltiples comorbilidades. El mismo consiste en la impactación de un cálculo de gran tamaño en la zona del píloro o bulbo duodenal ocasionando dicho síndrome, a través de una fistula bilioentérica, en la mayoría de los casos colecistoduodenal y más raramente colecistogástrica. Generalmente se presenta con síntomas inespecíficos, como dolor epigástrico, náuseas y vómitos. Para el diagnóstico es necesario la realización de una Tomografía Computada para valorar la presencia de una fistula bilioentérica, cálculos y cambios inflamatorios locales. La videoendoscopia alta es un método invasivo con potencial diagnóstico y terapéutico. **OBJETIVO:** Presentar un paciente con síndrome pilórico de etiología poco frecuente. **CASO CLÍNICO:** Paciente femenina de 55 años de edad, con antecedentes de litiasis vesicular múltiple, HTA, DBT tipo 2, pancreatitis biliar hace 20 años, que consulta por epigastralgia asociado a vómitos de 4 días de evolución. Al examen físico presenta mucosas deshidratadas, abdomen distendido y dolor a la palpación profunda en epigastrio, sin signos de reacción peritoneal. Se realiza laboratorio con HTO 38 HB 12,3 GB 7400 PLAQ 553000 TGO 34 TGP 16 FAL 113 BT 1,07 Urea 141 Cr 2,40 Amilasa 170 NA 130 K 130 Cl 102; Ecografía abdominal con presencia de litiasis vesicular múltiple, vía biliar intrahepática no dilatada, aerobilia, asas intestinales distendidas fijas con líquido en su interior y estomago de retención; TAC de abdomen que evidencia una fistula colecistoduodenal; y VEDA con esófago sin lesiones mucosas, estomago con abundante contenido bilioso y antro gástrico con imagen de aspecto de lito de 2,5X1,8 cm aproximadamente que se extrae con canastilla de Dormia previa colocación de sobretubo, bulbo y 2º porción duodenal sin particularidades. La paciente evoluciona clínicamente de manera favorable, con internación en sala de Cirugía para resolución de su patología de base. **CONCLUSIÓN:** El Síndrome de Bouveret es una rara enfermedad que afecta a menos del 0,5% de los pacientes con litiasis vesicular múltiple. Requiere un alto índice de sospecha para su diagnóstico, especialmente en pacientes afeos con comorbilidades y síntomas de síndrome pilórico. Si bien no existen protocolos estandarizados para su manejo, la endoscopia sería una herramienta útil para el diagnóstico y potencial terapéutica.

P-57

COLECTOMÍA SEGMENTARIA Y DESARROLLO POSTERIOR DE ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL ¿CAUSALIDAD O CASUALIDAD? SERIE DE CASOS Y REVISIÓN DE LA LITERATURA

Perron, NS⁽¹⁾; Yantorno, M⁽¹⁾; Correa, GJ⁽¹⁾; Garbi, ML⁽¹⁾; Giraud, F⁽¹⁾; Leonart, JL⁽¹⁾; Villaverde, A⁽¹⁾
(1) Gastroenterología, HIGA San Martin. La Plata, Argentina.

Introducción: La enfermedad inflamatoria intestinal (EII) agrupa a patologías que producen lesiones del tubo digestivo de profundidad y extensión variable. Su etiología es desconocida, está asociada a una respuesta inmune alterada, en huéspedes genéticamente susceptibles. Si bien el mecanismo fisiopatogénico no está aclarado, la microbiota intestinal juega un rol primordial en la homeostasis del sistema inmune mucoso a nivel intestinal y su alteración, se ha descrito como un posible factor causal de la EII. Las cirugías con resección segmentaria de colon o intestino delgado, en pacientes sin EII previa, podría inducir cambios en la composición de la flora, con el consiguiente riesgo futuro de desarrollar EII. **Objetivo:** Analizar una serie de casos clínicos, que presentaron antecedente quirúrgico de colectomía segmentaria y desarrollo posterior de EII. **Pacientes y métodos:** Estudio observacional en serie de casos, que incluye a pacientes con antecedentes de colectomía segmentaria que presentaron, en su evolución posterior, diagnóstico de EII. Se analizaron historias clínicas del consultorio de EII de un hospital de tercer nivel, comprendidas entre enero 2016 y mayo 2018. Se incluyeron pacientes con diagnóstico de EII, según parámetros clínicos, bioquímicos, endoscópicos, histológicos e imagenológicos; que presentaban antecedentes de colectomía segmentaria. **Resultados:** Se hallaron 4 pacientes con antecedentes previos de colectomía segmentaria y diagnóstico de EII, 3 pacientes femeninas y 1 masculino. La edad media fue 68 años al diagnóstico. La indicación quirúrgica fue diverticulitis complicada (2 pacientes), vólvulo sigmoideo asociado a megacolon chagásico (1 paciente) y un caso de causa no definida. El período medio desde la cirugía hasta el diagnóstico de la EII fue de 13 años (rango 9-20 años). Tres pacientes tuvieron diagnóstico de colitis ulcerosa, y uno Enfermedad de Crohn. **Conclusiones:** Múltiples estudios han sugerido el rol de la microbiota y su interacción con el sistema inmune mucoso, como factor importante en la patogénesis de la EII. La cirugía segmentaria de colon podría alterar la composición de la microbiota, generar inflamación a distancia en el caso de colitis por derivación, causar microisquemia asociada al acto quirúrgico y desencadenar estrés físico y emocional. Estos factores en conjunto podrían favorecer el desarrollo de la EII. Presentamos una serie de casos que desarrollaron EII en su evolución, luego de colectomía segmentaria. El mejor entendimiento y el análisis de la microbiota, permitirá definir su verdadero rol en la patogénesis de la EII.

MEGACOLON TOXICO COMO DEBUT DE UNA COLITIS ULCEROSA

Yarela, SD^{1,2}; Di Bartolo, L⁽¹⁾; Correa, L⁽²⁾; Barrios, R⁽¹⁾; Castro, L⁽¹⁾; Silva, N⁽¹⁾; Couto, JH⁽¹⁾
 (1)Gastroenterología, Córdoba, Córdoba, Argentina. (2)Cirugía General, Córdoba, Córdoba, Argentina.

INTRODUCCION: El megacolon tóxico es una complicación poco frecuente, pero grave, de una colitis fulminante, y se asocia a una elevada morbilidad. Su incidencia es del 5% en la colitis ulcerosa (CU) y del 3% en el Crohn. Otras causas son las colitis infecciosas, isquémica o por fármacos como los opiáceos o anticolinérgicos que lo pueden desencadenar en una EII de base. Afecta a los dos sexos por igual, siendo en la CU más frecuente entre los 20 y 40 años. **OBJETIVO:** Presentar un caso de presentación infrecuente, y revisión de literatura. **MATERIALES Y METODOS:** Masculino de 24 años con Antecedentes de TBC Pulmonar. Consulta por Guardia de otro nosocomio por diarrea sanguinolenta (6 deposiciones/d) de 1 semana de evolución, se le indicó ciprofloxacina. Tres días después consulto por persistencia de la diarrea, fiebre de 39°C, taquicardia y dolor abdominal por lo que es hospitalizado. Coprocultivo: -, >50 PMN en MF. VCC: Se progresó hasta los 30 cm donde se observó mucosa eritematosa con ausencia de trama vascular y úlceras grandes, profundas de bordes irregulares. Anatomía Patológica: Distorsión del patrón arquitectural críptico con algunas criptas dilatadas y con micro abscesos en su interior. En corion difuso infiltrado linfoplasmocitario Inician Mesalazina + Meprednisona, evoluciona con distensión y dolor abdominal y aumento de las deposiciones con sangre. Rx de Abdomen: dilatación de colon transversal y descendente. TAC de Abdomen: Colon Transverso de 6 cm de diámetro con adelgazamiento de sus paredes. Es derivado a nuestro centro, se coloca SNG e inicia hidrocortisona, ciprofloxacina y metronidazol EV. Examen físico: Palidez generalizada. Deshidratación moderada. Abdomen levemente distendido, depresible, doloroso a la palpación en epigastrio y FI, timpánico, rha disminuidos. Laboratorio: GB:13.890, Hb:10.6, VSG:50, PCR:9, Alb:2.8, Na:129, K:3.3. TAC de Abdomen: Distensión del colon descendente y transversal de 45 y 60 mm de diámetros. Signos inflamatorios del tejido graso pericólico izq. y líquido libre intraperitoneal. Laparotomía Exploradora: Colectomía Total con remanente Rectal + Ileostomía Terminal. Buena evolución clínica, con ileostoma funcionando es dado de alta con supositorios de Mesalazina. **CONCLUSION:** El megacolon tóxico se caracteriza por la aparición de una dilatación total o segmentaria del colon, no obstructiva, superior a 6 cm, y un cuadro tóxico sistémico definido por los criterios de Janan. Generalmente se presenta en el brote de una EII, con un estado general grave de dolor abdominal, fiebre, taquicardia, leucocitosis y diarrea con sangre, donde la perforación se asocia en un 30%. La Rx de abdomen es imprescindible, tanto para el diagnóstico como para el seguimiento. El manejo inicial incluye corticoides ev y ATB de amplio espectro. La colectomía total o subtotal con ileostomía terminal es de elección, y en un segundo tiempo anastomosis ileoanal con reservorio ileal.

P-59

MELANOMA METASTÁSICO INTESTINAL COMO CAUSA DE ABDOMEN AGUDO

Bálsamo Lozano, JN^{1,2}; Tambella, J⁽¹⁾; Orruna, P⁽¹⁾; Martínez, MA⁽¹⁾; Luna Tirado, L⁽¹⁾; Gullino, S⁽¹⁾; Laurini, R⁽¹⁾; Di Tommaso, MS⁽¹⁾; Diego, AJ⁽¹⁾; Pereyra, CA⁽¹⁾
 (1)Gastroenterología, San Roque MB Gonnet. La Plata, Argentina. (2)La Plata.

Introducción: El melanoma maligno es un tumor con alta capacidad de generar metástasis, siendo el tracto gastrointestinal el octavo sitio en frecuencia de enfermedad metastásica. Su presentación clínica suele ser insidiosa lo que llevaría a retrasar el diagnóstico. **Objetivo:** Reportar un caso de melanoma maligno metastásico de intestino delgado. **Paciente:** Paciente femenina de 36 años en seguimiento por anemia ferropénica que consultó por dolor abdominal generalizado asociado a distensión, vómitos biliosos y cambios en el hábito evacuatorio alternando períodos de constipación con diarrea de 3 semanas de evolución. Como antecedente hace 3 años recibió tratamiento quirúrgico por melanoma maligno cutáneo. Al examen físico presentaba palidez cutánea mucosa, abdomen distendido, timpánico, sin reacción peritoneal, con catarsis positiva. Laboratorio con hemoglobina 7.5 g/l con endoscopias alta y baja sin lesión mucosa. Intercurre con cuadro de abdomen agudo suboclusivo por lo que se realiza TAC de abdomen y pelvis con contraste evidenciándose engrosamiento parietal, anular e hipodenso en cuadrante inferior izquierdo de abdomen. Se realizó laparotomía exploradora con resección de formación de 7 cm que actuaba como cabeza de intususcepción a 40 cm de la válvula ileocecal. El informe histopatológico mostró melanoma maligno. Evolucionó favorablemente y actualmente se encuentra en seguimiento con oncología con mejoría de parámetros de laboratorio. **Conclusión:** Las metástasis intestinales por melanoma son raras siendo el intestino delgado el lugar más afectado (51-71%), seguido de estómago (27%), colon (22%) y esófago (5%) presentándose frecuentemente posterior a la identificación y tratamiento de la lesión primaria, como primer signo de recurrencia de la enfermedad. El diagnóstico preoperatorio es difícil debido a una clínica inespecífica que incluye dolor abdominal, anemia crónica, hemorragia digestiva, perforación u obstrucción intestinal diagnosticándose en su mayoría en el mismo acto quirúrgico. La cirugía es el tratamiento de elección ya que reduce la sintomatología (80-90%) mejora la calidad de vida y ante resecciones completas prolonga la sobrevida pero no reduce la mortalidad.

P-60

UNA CAUSA POCO HABITUAL DE DIARREA: FIEBRE ENTERICA

Leza, A⁽¹⁾; Congedo, A⁽¹⁾; Doucede, F⁽¹⁾; Brodersen, C⁽¹⁾; Padin, L⁽¹⁾; Etchepare, S⁽¹⁾; Quiñones, S⁽¹⁾; Carfagnini, P⁽¹⁾
 (1)Gastroenterología, Carlos G. Durand. CABA, Argentina.

OBJETIVOS: Presentar un caso de fiebre entérica, entidad de baja frecuencia en nuestro medio. **MATERIALES Y METODOS:** Masculino de 23 años, que consultó por diarrea de 20 días de evolución, con equivalentes febriles, sin respuesta a tratamiento VO. Al momento de la consulta sin hallazgos significativos en el examen físico. En el laboratorio de guardia, plaquetopenia (98000/mm³) con hematocrito y leucocitos normales, alteración del hepatograma (TGO 253 U/ml y TGP 173 U/ml), Amilasa 434 U/ml, LDH 2927 U/ml, hiponatremia a hipokalemia (Na 126 mEq/l y K 2.7 mEq/l) y tiempo de protrombina 68 seg. Se interna, inicia antibiótico EV, y se realiza fresco de materia fecal (leucocitos en moderada cantidad), serologías virales (negativas) y ecografía (litiasis vesicular). Se toman muestras para coprocultivo (negativo) y hemocultivo. A las 24hs presenta hematoquezia con descompensación hemodinámica. Pasa a UCI. Se constata hepatoesplenomegalia. Empeora parámetros bioquímicos: Hto 30, Hb 10.8, GB 4200, Plaquetas 83000, BT 1.5, GOT 424, GPT 274, AMIL 428, FAL 325, GGT 355, LDH 3736, I: 133/3,1/102, CPK 3600, TP 64, ERS 49. Prueba de Coombs directa positiva. FSP con desviación a la izquierda por sepsis y plaquetopenia por consumo. Se transfunde 5 U GR, 4 PFC y 7 U de plaquetas. Se realiza VEDA sin hallazgos y VCC en la que se identifican restos hemáticos en todo el colon, y en ileon terminal sangre fresca, que sugiere origen de sangrado en intestino delgado, y formaciones polipoideas sésiles que se biopsian. Hemocultivos positivos para S. Typhi. La AP informa hallazgos compatibles con enfermedad inflamatoria intestinal, a descartar Crohn, con PAS y Ziehl Neelsen negativos. Buena respuesta al tratamiento antibiótico, alta hospitalaria a los 7 días y seguimiento por consultorios externos de gastroenterología (pendiente enterotC) y en plan de colestectomía. **RESULTADOS Y CONCLUSIONES:** La fiebre entérica, por Salmonella Typhi o Paratyphi, tiene una incidencia en nuestro país es de 10 a 100 casos c/100 mil personas/año. El único reservorio es el hombre, existiendo portadores crónicos. Es muy infrecuente la identificación fehaciente de la fuente de contacto. Se describen 4 etapas clásicas: la 1er semana, fiebre por bacteriemia; la 2da semana, dolor abdominal y máculas color salmón toracoabdominales; la 3er semana, hepatoesplenomegalia, HDB y perforación ileocecal por hiperplasia linfoide, y en casos graves shock séptico. Los hemocultivos positivizan en hasta un 60% de los casos durante la primer semana, el coprocultivo suele ser negativo en fase sintomática, siendo el cultivo de médula ósea el método más sensible (hasta 95%). El tratamiento deberá orientarse a resolver síntomas, prevenir complicaciones, recaídas y portación. El 90% se trata de manera ambulatoria. El tratamiento con quinolonas en nuestro medio tiene una efectividad de un 98%. Si posee litiasis vesicular tiene indicación de colestectomía.

P-61

CAUSA INFRECUENTE DE DIARREA CRONICA

Bellini, D^{1,2}; García Allende, L; Quines, S; Faccas, M; Tonn, F; Basile, M; Laborda, J
 (1)Gastroenterología, HPC. Mar del Plata, Argentina.

INTRODUCCIÓN: La Hiperplasia Nodular Linfoide (HNL) del tubo digestivo se caracteriza por la presencia de múltiples nódulos pequeños, distribuidos a lo largo del intestino delgado. Generalmente se presenta como una enfermedad asintomática, pero puede cursar con dolor abdominal, diarrea crónica, sangrado u obstrucción intestinal. La asociación entre Hipogammaglobulinemia, Giardía Llamblia e HNL es conocida como síndrome de Herman. **CASO CLÍNICO:** Paciente masculino de 30 años de edad con antecedente de inmunodeficiencia común variable con déficit total de IgA e IgG, y requerimiento de infusión de inmunoglobulina en forma mensual. En estudio por diarrea crónica de 3-4 deposiciones/día (Bristol 5-6) de más de 6 meses de evolución, en forma intermitente, sin sangrado ni mucorrea. No presentó dolor abdominal ni pérdida de peso. Laboratorio normal, HIV negativo, Ac anti Transglutaminasa y DGP negativos. Tomografía de abdomen con contraste oral y endovenoso sin particularidades. La videoendoscopia digestiva alta mostró desde bulbo duodenal hacia distal, marcada nodularidad, con pliegues conservados. La histología informó la presencia de abundantes Giardias e Hiperplasia linfoide. A continuación efectuó dos cursos de Metronidazol con escasa respuesta clínica. En control endoscópico posterior no presentó mejoría de los hallazgos previos y las biopsias gástricas evidenciaron Helicobacter Pylori (HP) por lo cual realizó tratamiento erradicador del mismo. Infectología inició tratamiento con Nitazoxanida al paciente y a su familiar conviviente. Al día de la fecha tiene pendiente un nuevo control endoscópico. **CONCLUSIONES:** La inmunodeficiencia común variable es un desorden heterogéneo con defectos principalmente en la activación y diferenciación de las células B, lo que da como resultado una falla en inmunoglobulinas y anticuerpos protectores. Se caracteriza por presentar múltiples infecciones respiratorias y sintomatología gastrointestinal. Es diagnosticado por bajos niveles de IgG sérica, IgA y/o IgM, deteriorando la producción de anticuerpos ante la vacunación. Su prevalencia se estima en 1:25.000, con igual presentación en hombre y mujeres, aparición entre 20 y 40 años. En los pacientes con hipogammaglobulinemia la frecuencia con que se encuentran los quistes de Giardía Lamblia es significativamente más alta, y su erradicación suele mejorar los síntomas, aunque puede no mejorar la apariencia endoscópica. Entre los diagnósticos diferenciales a tener en cuenta se encuentran: Déficit de IgA, infección por HIV o Helicobacter Pylori y Enfermedad Celíaca. El adecuado tratamiento y seguimiento es importante ya que la HNL es un factor de riesgo para Linfoma intestinal y extraintestinal.

UTILIDAD DEL DOSAJE DE PROCALCITONINA EN CASOS DE BROTE DE COLITIS ULCEROSA E INFECCION POR CLOSTRIDIUM DIFFICILE

Capón Filas, S⁽¹⁾; Stupnik, S⁽¹⁾; Cirilo, E⁽¹⁾; Arguto, J⁽¹⁾; Golub, M⁽¹⁾; Tevez, S⁽¹⁾; Fernandez, D⁽²⁾

(1)Gastroenterología, H. San Juan de Dios. Ramos Mejía, Argentina. (2)Clínica Médica, H. San Juan de Dios. Ramos Mejía, Argentina.

INTRODUCCION: La superposición de síntomas, y exámenes complementarios plantea en ocasiones, un dilema diagnóstico y terapéutico, entre un brote agudo de colitis ulcerosa (cu) y colitis por clostridium difficile (cdi) concomitante. Se presenta un caso el que el dosaje de procalcitonina (pct) colaboró en la decisión terapéutica. **MATERIAL Y METODOS:** Un paciente de 28 años de edad consultó a guardia por episodios de diarrea (10 deposiciones por día), proctorragia y febrícula, por lo que fue tratado con dieta y atb (ciprofloxacina + metronidazol) por una semana; continuó con iguales síntomas durante 10 días por lo que se internó. Al ingreso presentaba dolor abdominal moderado, 10 deposiciones por día, algunas con moco y sangre, pujos y tenesmo rectal. El lab. mostró: gb:6520x/ml, pcr:12,17mg/dl, leucocitos en mf:++, ers: 22, procalcitonina: 0,08ng/ml. (vn: menor de 0,5 ng/ml). Se solicitó coprocultivo que fue negativo para gérmenes comunes y ag y toxina a para cl. difficile que fue positiva en ambos casos. Se decidió entonces comenzar tto con vancomicina, y a las 72 hs., dado que sus síntomas no remitían, se decidió realizar rscf y biopsias. La endoscopia mostró eritema, friabilidad, moco adherido a la pared, y úlceras que comprometían recto y sigma. Las biopsias informaron: infiltrado inflamatorio a predominio mononuclear, compatible con inflamación inespecífica. Ante la falta de respuesta al tto antibiótico se decidió agregar tto con corticoides y mesalazina con remisión clínica inmediata. **CONCLUSION:** La pct es un precursor de la calcitonina utilizado como posible marcador de infección bacteriana. En trabajos previos, su dosaje sirvió para diferenciar, en pacientes con cu y cdi concomitante, aquellos que se beneficiaron con tratamiento antibiótico exclusivo, de los que requirieron además tratamiento inmunosupresor. Dada la falta de especificidad de síntomas y exámenes complementarios para diferenciar ambas condiciones, el dosaje de pct colaboró en la decisión de agregar corticoides y mesalazina al tratamiento de nuestro paciente.

P-63

DIAGNÓSTICO DE SÍNDROME DE LYNCH A PARTIR DE TUMOR MAMARIO: REPORTE DE UN CASO

González, ML^(1,2); Riggi, MC^(2,3); Santino, JP⁽⁴⁾; Kalfayan, P⁽²⁾; Vaccaro, C^(2,5); Marcolongo, MM⁽¹⁾

(1)Gastroenterología, Hospital Italiano de Buenos Aires. Buenos Aires, Argentina. (2)Pro.Can.He, Hospital Italiano de Buenos Aires. Buenos Aires, Argentina. (3)Ginecología, Hospital Italiano de Buenos Aires. Buenos Aires, Argentina. (4)Anatomía Patológica, Hospital Italiano de Buenos Aires. Buenos Aires, Argentina. (5)Cirugía General, Hospital Italiano de Buenos Aires. Buenos Aires, Argentina.

Introducción: el Síndrome de Lynch (SL) es la forma más frecuente de cáncer colorrectal (CCR) hereditario. Además de CCR, los pacientes con SL tienen un riesgo significativamente mayor de tumores extracolónicos, siendo el endometrio el más elevado (54%). La relación entre SL y el cáncer de mama no está clara. Aunque se ha encontrado un pequeño aumento en el riesgo absoluto de cáncer de mama (18%), la evidencia aún no es concluyente. Los antecedentes familiares de tumores relacionados sugieren el diagnóstico. Se presenta el caso de una mujer con cáncer de mama a edad temprana con diagnóstico de SL. **Caso clínico:** Se presenta a una mujer de 48 años, con diagnóstico de cáncer de mama (carcinoma ductal invasor inespecífico, tipo luminal) a los 41 años (2012) y antecedentes familiares de primer grado de CCR (antes de los 50 años), vías urinarias y de segundo y tercer grado de CCR y de endometrio. Realizó su primer videocolonoscopia (VCC) de pesquisa dos años antes normal. Se decide como estrategia diagnóstica inicial realizar inmunohistoquímica (IHQ) para proteínas reparadoras del ADN asociadas a SL en muestra de carcinoma de mamá observándose déficit de expresión de las proteínas MSH6 y MSH2 y se continua con la secuenciación dirigida de MSH2. Se detecta una mutación heterocigota c.1046CG P349 R en el exón 6 del gen MSH2, reportada como patogénica en las bases de datos de referencia (InSight). Se confirma el diagnóstico de SL. También se realizó la secuenciación completa de BRCA 1 y 2 no detectándose mutación patogénica. Como plan de vigilancia realiza VCC que evidencia lesión plana deprimida de 5 mm. de bordes mal delimitados que se reseca (adenoma tubulovelloso con displasia de alto grado). Durante el primer año se resecan lesiones colónicas adenomatosas pequeñas no avanzadas. Videocolonoscopia digestiva alta normal con biopsias negativas para H. Pylori. Se realiza anexohisterectomía profiláctica. A su vez, desarrolla un queratoacantoma en labio inferior constituyendo lo que se denomina síndrome de Muir-Torres. **Conclusión:** En nuestro caso la sospecha clínica por los antecedentes familiares en una paciente no afectada por tumores del espectro del SL y la utilización de muestras de tumores no habituales para la realización de IHQ fue una estrategia que permitió orientar el diagnóstico genético de SL. Durante la evolución se observaron características típicas del SL relacionadas con el gen mutado. La vigilancia adecuada previno el CCR y de lesiones asociadas al síndrome.

P-64

TUMOR NEUROENDOCRINO DE ESÓFAGO: REPORTE DE UN CASO

Varela, SD⁽¹⁾; Cerdas, N⁽¹⁾; Bertero, M⁽²⁾; Barrios, R⁽¹⁾; Castro, L⁽¹⁾; Silva, N⁽¹⁾; Zarate, F⁽¹⁾
(1)Gastroenterología, Córdoba. Córdoba-Capital, Argentina. (2)Anatomía Patológica, Córdoba. Córdoba-Capital, Argentina.

INTRODUCCION: Los Tumores Neuroendocrinos (TNE) constituyen el 2% de las neoplasias del Tracto gastrointestinal. Los TNE Esofágicos son muy infrecuentes y constituyen el 1,02% de las neoplasias malignas de esófago. Siendo la presentación TNE G3 (Ki67>20% y/o índice mitótico>20x10 CGA) la más frecuente con cel. Grandes o Pequeñas, presentándose en raras ocasiones como carcinoides. Predomina en el sexo masculino entre los 60 y 80 años, con antecedentes de tabaquismo. **OBJETIVO:** Presentar un caso infrecuente, y revisión de la literatura. **MATERIALES Y METODOS:** Masculino de 61 años con Antecedentes de HTA y ex tabaquista de 10 cig/d. Consulta por Guardia por afagia, pérdida de peso de más del 10% y deshidratación de 2 semanas de evolución. Refiere comenzar hace 2 meses con disfagia baja para sólidos, luego para líquidos en forma progresiva asociado a regurgitación. Examen físico: Caquexia. Deshidratación moderada. Abdomen blando depresible, no doloroso a la palpación, timpánico, rha +. Laboratorio: GB:10.600, HTO:36.8, Hb:11.9, Alb:3.3. Transito GE: estrechez a nivel de UGE que dificulta el pasaje de contraste. VEDA: A los 38 cm de ADS lesión en semiluna, vegetante, infiltrante, estenosante e infranqueable al paso del endoscopio, friable a la toma de biopsias. TAC Toraco-Abdominal: Dilatación esofágica hasta su tercio inferior, en donde se observa engrosamiento mural irregular, circunferencial de carácter estenosante, hasta la UGE, con una longitud de 70 mm, compatible con proceso neoproliferativo primario. Hígado con múltiples formaciones nodulares sólidas hipodensas que realizan en forma periférica, la mayor en segmento II-III mide 43x35 mm. Adenomegalias en mediastino, hilio hepático y retroperitoneales. Anatomía Patológica: Proliferación neoplásica epitelial, cuyas células pequeñas presentan núcleos hipercromicos y nucléolos evidentes, disponiéndose en manera difusa esbozando nidos. Estroma desmoplásico con extensas áreas de necrosis e infiltrado inflamatorio. A la espera de la Inmunohistoquímica, el paciente finalmente fallece en su domicilio. IHQ: CD56 +, Ki67 90%, Cromogranina A -, Sinaptosina +. **CONCLUSION:** Los TNE de células pequeñas (oat-cell) se caracterizan por alta tasa mitótica, extensa necrosis, tinción intensa de sinaptosina y baja de cromogranina A. Su localización más frecuente es a nivel pulmonar, la extra pulmonar es muy infrecuente siendo el esófago el asiento más frecuente. Afecta casi exclusivamente el tercio medio e inferior, de forma estenosante e infiltrante que deforma la luz del órgano. En el momento del diagnóstico, están presentes adenopatías loco regionales y metástasis a distancia en la mitad de los casos. Tumor quimiosensible, con la combinación de cisplatino-etoposido, obteniendo una buena respuesta inicial, incluso con desaparición de lesiones en los estudios de imagen, pero al poco tiempo recidivan con gran agresividad a un desenlace fatal.

P-65

LESIÓN POR CÁUSTICO DEL TUBO DIGESTIVO SUPERIOR

Cedeño, E⁽¹⁾; Zeytunian, N⁽²⁾; Carraro, C⁽²⁾; Mauriño, E⁽²⁾; Vazquez, H⁽²⁾; Bestani, C⁽³⁾; Doweck, J⁽³⁾; Reyes, H⁽⁴⁾; Iturrhalde, J⁽⁵⁾; Cuenca, F⁽⁵⁾; Corti, R⁽⁵⁾
(1)Servicio Clínica Gastroenterológica, Hospital Bonorino Udaondo. Capital Federal, Argentina. (2)Servicio de Clínica Gastroenterológica, Hospital Bonorino Udaondo. Capital Federal, Argentina. (3)Unidad Esófago y Estómago, Hospital Bonorino Udaondo. Capital Federal, Argentina. (4)Servicio de Endoscopia, Hospital Bonorino Udaondo. Capital Federal, Argentina. (5)Sección de Cirugía de Esófago y Estómago, Hospital Bonorino Udaondo. Capital Federal, Argentina.

INTRODUCCION: La ingesta de agentes cáusticos, produce diferentes grados de lesión en el tracto digestivo superior. Algunas complicaciones pueden presentarse de forma inmediata, como la perforación esofágica con la consiguiente mediastinitis. Otras, son tardías como las estenosis esofágicas, la degeneración neoplásica, así como las lesiones por compromiso gástrico. La frecuencia con que aparecen las estenosis esofágicas es entre 15 - 35% y se relaciona con el grado de severidad producido por el agente ingerido. **OBJETIVO:** Presentación de caso clínico. **CASO CLINICO:** Masculino de 39 años, acude de forma programada para dilatación esofágica por afagia tras intento autolítico por ingesta de ácido muriático 3 meses previos. Laboratorio sin particularidades. SEG: stop a nivel de la unión faringo/esofágica. No se evidencian lesiones faríngeas. VEDA + dilatación esofágica:estenosis a 19 cm de la arcada dentaria superior, se cánula con alambre guía, bajo visión endoscópica y control por radioscopia, se instila contraste hidrosoluble sin observar progresión del mismo. Se instrumenta con guía de alambre hidrofílico, se sortea zona estenótica. Se progresa catéter e impresiona estenosis en 1/3 medio con escape de contraste, sin comunicación con vía aérea. No hay posibilidad de progresión a estómago. Tras dilatación esofágica, evoluciona con registros febriles y disnea CF II. Se realiza TC de tórax:pasaje de aire a nivel mediastino, derrame pleural derecho. Se realiza toracocentesis: exudado complicado, se instaura antibioterapia y tubo de avienamiento pleural. Evolución con dolor abdominal de tipo punzante en epigastrio, al examen físico mostraba dolor a la palpación profunda con defensa sin reacción peritoneal. Ecografía abdominal: engrosamiento difuso de pared gástrica. TC abdomen: engrosamiento irregular de contorno interno mamelonado de cavidad gástrica configurando aspecto linítico, probable disección gástrica. Posteriormente se realiza esofagectomía transhiatal + gastrectomía total +esofagectomía cervical izquierdo y yeyunostomía. Se otorga alta hospitalaria, tras buena evolución. Se evaluará la posibilidad de reconstrucción del tránsito con una esofagocoloplastia. **CONCLUSION:** Alrededor del 20% de las lesiones por ingesta de sustancias corrosivas ocurren en adultos, siendo la mayoría de ellas por intento de suicidio. Actualmente la primera opción terapéutica para las estenosis esofágicas es la dilatación endoscópica. Se obtienen resultados exitosos en el 60-80%. Una de las indicaciones más importantes de cirugía es la estenosis no pasible de dilatación o la aparición de complicaciones, entre las técnicas más frecuentes se destaca la esofagectomía de dos vías de Ivor Lewis y la esofagectomía transhiatal. La lesión bipolar por compromiso gástrico hace que la reconstrucción del tránsito deba realizarse con colon derecho.

TROMBOSIS VENOSA MESENTERICA: UNA CAUSA POCO FRECUENTE DE DOLOR ABDOMINAL

Gimenez Villamil, MP^{1,2}; Panunto, ML⁽¹⁾; Kohan, M⁽¹⁾; Orbe, G⁽¹⁾; Riu, P⁽¹⁾; Oxenghendler, G⁽²⁾; Rubianes, J⁽³⁾; Gimenez Villamil, CH⁽¹⁾
 (1)Gastroenterología y endoscopia, Instituto Argentino de diagnóstico y tratamiento (IADT). CABA, Argentina. (2)Diagnostico por imágenes, Instituto Argentino de diagnóstico y tratamiento (IADT). CABA, Argentina. (3)Terapia intensiva, Instituto Argentino de diagnóstico y tratamiento (IADT). CABA, Argentina.

Introducción: La isquemia mesentérica aguda puede ser la consecuencia de cualquier proceso que determine hipoperfusión intestinal: oclusión arterial (embólica 50% o trombosis 15 a 20%), vasoespasmio arterial (20 a 30%) o trombosis venosa (5 a 10%). La trombosis venosa mesentérica (TVM) afecta generalmente la porción distal del intestino delgado (Íleon 60-80%, yeyuno 50-80% y duodeno 4-8%). Clínicamente se manifiesta por dolor abdominal intenso que plantea múltiples diagnósticos diferenciales. Es necesario efectuar estudios de imágenes precozmente para arribar al diagnóstico de certeza. Para su tratamiento se requieren anticoagulantes salvo en el caso de infarto intestinal (indicación de cirugía de urgencia). La mortalidad en aquellos con diagnóstico temprano es del 10-20% en comparación al 75% en aquellos con infarto intestinal. Objetivo: Comunicar el caso de una paciente con dolor abdominal agudo por trombosis venosa mesentérica con compromiso duodenal, dada la infrecuencia de su presentación. Caso Clínico: Mujer de 60 años sin antecedentes de relevancia que ingresa por dolor epigástrico de máxima intensidad acompañado por vómitos. El dolor había comenzado 48 hs antes y se intensificó luego de su última ingesta. Examen físico: lúcido, hemodinamicamente estable, sin signos de fallo de bomba, afebril. Abdomen blando depresible con dolor en epigastrio sin reacción peritoneal. Laboratorio dentro de rango normal. ECG normal. Ecografía abdominal: probable colección peripancreática. TC abdominopelvíano con contraste oral y EV: Dilatación aneurismática de la vena mesentérica superior (VMS), la misma presenta contenido denso, el cual se extiende hacia confluente espleno portal, vena esplénica y vena porta compatible con trombosis venosa. Edema de los planos grasos peripancreáticos. Angioresonancia venosa de abdomen y pelvis con contraste: Defecto de llenado del tronco de la vena porta (trombosis). La misma afecta a la VMS y a la porción adyacente de la vena esplénica. La VMS presenta el aspecto de un aneurisma fusiforme. La remora venosa produce aumento del espesor de las paredes del duodeno por edema. VEDA: fundus, cuerpo y antro gástrico: ptequiado subepitelial y friabilidad al roce. Bulbo duodenal con iguales características y clara demarcación con la segunda duodenal de aspecto normal. Se inicia anticoagulación con heparina de bajo peso molecular. Evolución favorable con mejoría del cuadro clínico. Alta hospitalaria con seguimiento para estudio de trombofilia. Conclusión: La TVM debe considerarse entre los diagnósticos diferenciales del dolor abdominal agudo. Se requiere un alto índice de sospecha basado en la sintomatología y la obtención precoz de imágenes para poder alcanzar un diagnóstico temprano y un tratamiento efectivo. Si bien generalmente compromete el intestino delgado distal, el duodeno puede verse afectado como en el caso que presentamos.

P-67

ENFERMEDAD CELIACA Y ACALASIA. REPORTE DE UN CASO

Luzuriaga, MC⁽¹⁾; Porfilio Gularte, MG⁽¹⁾; Parra Wirth, EV⁽¹⁾; Royg Jara, D⁽¹⁾
 (1)Servicio de Gastroenterología y Endoscopia Digestiva, Hospital Escuela de Agudos Ramon madariaga. Posadas, Argentina.

INTRODUCCION: La enfermedad celiaca es una enfermedad sistémica de etiología autoinmunitaria que se da en pacientes genéticamente predispuestos y que desencadena una enteropatía caracterizada por atrofia vellositaria y respuesta serológica conocida. La acalasia es una enfermedad rara de etiología aun desconocida caracterizada por destrucción neural y desmielinización del plexo mientérico esofágico, planteándose la etiología autoinmunitaria como una de las principales. Por dicha razón realizamos el reporte de este caso donde la paciente presenta ambas entidades, planteando una posible base etiopatogénica común. CASO CLINICO: Paciente de 42 años que consulto por impactación de bolo alimentario. Se realizo videoendoscopia alta observándose esófago dilatado, con bolo alimentario impactado, pasaje a estomago con resalto y a la exploración duodenal se observo segunda porción con disminución de pliegues y signo del peinado. Se solicitaron anticuerpos antitransglutaminasa de tipo IgA mayor a 200 UI /ml y biopsia duodenal con atrofia vellositaria Marsh 3c. Se realizo manometria esofagica con hipertonia de EEI y aperistalsis característica. DISCUSION: La acalasia se caracteriza por la hipertonia del esfinter esofágico inferior con relajación incompleta del esfinter ante la deglución y aperistalsis del cuerpo esofágico. Tiene una incidencia de 1 en 100.000. Etiopatogénicamente se caracteriza por la destrucción irreversible de las neuronas del plexo mientérico, aun de etiología desconocida: se han planteado como hipótesis causales su relación con infecciones virales, de causa autoinmunitaria y factores genéticos. La pseudoacalasia es un trastorno motor esofágico secundario a procesos neoplásicos de la unión esofagogastrica aunque también a enfermedades sistémicas como la sarcoidosis, amiloidosis, lupus eritematoso sistémico, etc. La enfermedad celiaca es una enteropatía autoinmunitaria con atrofia vellositaria en individuos genéticamente predispuestos y desencadenada por la ingesta de gluten Esta afección cumple con todos los criterios de las enfermedades autoinmunes y es la única en la que se ha tipificado con certeza el antígeno desencadenante. Ha habido un cambio de paradigma en la concepción de la enfermedad celiaca justamente intentando dejar de lado el concepto de enfermedad solamente digestiva para considerarla una enfermedad sistémica donde la activación inmunológica juega un papel decisivo en las enfermedades autoinmunitarias asociadas con frecuencia: tiroiditis, artritis reumatoide, diabetes mellitus tipo I, etc. CONCLUSION: En ambas entidades la teoría autoinmunitaria juega un rol de fundamental importancia, lo que haría factible la asociación siendo sin embargo necesarios mas reportes y mas estudios para confirmar su nexo o simplemente considerarlo una coincidencia de morbilidades.

P-68

HIPERINFECCIÓN POR STRONGYLOIDES STERCORALIS EN PACIENTE ALCOHÓLICO

Arenas Tenenbaum, J^(1,2); Portillo, L⁽¹⁾; Lubertino, M⁽¹⁾; Lucero, G⁽¹⁾; Calcagno, R⁽¹⁾; Romeo, J⁽¹⁾; Ghirardo, A⁽¹⁾; Marini, E⁽¹⁾; Assenza Parisi, B⁽¹⁾
 (1)Gastroenterología, Ramos Mejía. CABA, Argentina.

El Strongiloides Stercoralis es un nematodo endémico en países tropicales y subtropicales, con una prevalencia en Argentina de hasta un 83%. Hay 4 tipos de presentación clínica: aguda, crónica, hiperinfección y diseminada. Las dos últimas se asocian generalmente a cuadros de inmunodeficiencia, como ser la coinfección con HIV, HTLV-1 o tratamiento prolongados con corticoides. Se ha observado una mayor susceptibilidad a la infección por este parásito en pacientes enolistas crónicos, aumentando la prevalencia, cuanto mayor sea la ingesta de alcohol. El siguiente caso es un ejemplo de lo mencionado. Paciente masculino de 55 años de edad, oriundo de Sta. Fe, con antecedentes de: enolista de más de 40 años de antigüedad (360g/día), actualmente en abstinencia; episodio de HDA no estudiada, HIV negativo. Cursando internación en el Hospital Ramos Mejía por hiponatremia asintomática, intercorre con Shock mixto; sepsis a foco abdominal con aislamiento en HMC de Klebsiella BLEE e hipovolémico, constatándose deposiciones melénicas y Hto:19.7 Hb:6.9 GB:24320. Se realiza VEDA en la que se constata CM a 38cm de ADS, erosión lineal de 5mm. Estómago con mucosa de techo, cuerpo y antro de aspecto normal sin restos de sangre. Duodeno: hasta segunda porción inclusive, mucosa de aspecto frágil (que se biopsia). Además se observan dos úlceras cicatrizadas de aspecto crónico. Histología: Solución de continuidad con tejido de granulación inespecífico. Infiltrados inflamatorios crónicos densos que ocupan la totalidad de la mucosa y submucosa. CD3 y CD20 positivo. Tinción PAS positivo, anclaje del parásito a la pared glandular del duodeno. El paciente presenta una mala evolución clínica con requerimiento de inotrópicos y de múltiples transfusiones por persistencia de la hemorragia. Falleciendo a los pocos días del diagnóstico. Según la literatura, la mayor prevalencia de hiperinfección en enolistas crónicos en comparación a la población general, estaría mediada por múltiples mecanismos. Como la reducción de la motilidad intestinal por efecto del etanol en la fibras musculares intestinales o su efecto vagal, la pobre higiene que predispone a la infestación, la malnutrición, una deficiencia en la secreción de IgA y el estímulo a la secreción de corticosteroides, los cuales suprimen el funcionamiento de las células Th2, por otro lado actúan como un homólogo de la ecdisona, una hormona sintetizada por el parásito, que promueve la transformación de las larvas rhabditoides en filariformes infectantes, favoreciendo así la infestación.

P-69

INFECCIÓN COLÓNICA POR CITOMEGALOVIRUS EN PACIENTES CON COLITIS ULCEROSA: REPORTE DE CASOS

Dolan, M^(1,2); Sayanes, my^(1,2,3); Barquet Acuña, MI⁽⁴⁾; Amieva, L^(1,2); Cano, M^(5,6); Jury, G^(1,2); Jury, R⁽¹⁾; Lopez Falgalde, R^(1,2); Miconi, D⁽¹⁾; Naiderman, D^(5,6); Ramacciotti, G^(1,2); Ruiz, N^(1,2); Marini, P⁽¹⁾; Pellizzoni, M⁽¹⁾
 (1)Gastroenterología, CED. mar del plata, Argentina. (2)Gastroenterología, Clínica 25 de Mayo. mar del plata, Argentina. (3)Gastroenterología, HIGA. mar del plata, Argentina. (4)Cirugía, CED. mar del plata, Argentina. (5)Coloproctología, CED. mar del plata, Argentina. (6)Coloproctología, HIGA. mar del plata, Argentina.

Introducción: Es conocida la asociación entre CU y la infección colónica por CMV tanto en paciente inmunosuprimidos por tratamiento, como aquellos que debutan en ausencia de inmunodepresión farmacológica previa, siendo importante el conocimiento del impacto de este virus en la historia natural de la enfermedad. Objetivo: Reporte de tres casos de pacientes con Colitis ulcerosa en tratamiento inmunosupresor que presentaron reactivaciones de su enfermedad secundarias a infección por CMV con respuesta favorable al tratamiento específico. Materiales: Caso 1: Femenino de 73 años, CU extensión E2 (Montreal) de 5 años cortico-dependiente en tratamiento con azatioprina 125 mg día hace 1 año, presenta reactivación con disociación clínica-endoscópica (moderado) se solicitó PCR para CMV (detectable) realizó tratamiento con ganciclovir con buena evolución. Caso 2: Masculino de 42 años HIV inmunocompetente, CU de 1 año de evolución compromiso E2 realizó corticoides por brote moderado con buena respuesta, a los 5 meses nueva reactivación resistente a corticoides vía oral, se realiza vcc evidenciándose úlceras de aspecto serpiginosas con PCR para CMV detectable. Se realiza tratamiento específico con buena evolución. Caso 3: Masculino de 45 años, CU de 3 años de evolución, E2, cortico-dependiente en tratamiento con ADALIMUMAB por intolerancia a tiopurinas, evolucionando con pérdida de respuesta secundaria, por lo que se realiza vcc con actividad moderada y PCR para CMV detectable que evoluciona favorablemente con ganciclovir. Conclusión: Es de crucial importancia la sospecha de infección por CMV en pacientes con enfermedad inflamatoria intestinal ante la falta de respuesta a tratamientos convencionales ya que la omisión en el diagnóstico puede llevar a cambios de tratamientos radicales.

MELANOSIS COLI EN PACIENTE SIN ANTECEDENTE DE CONSUMO DE LAXANTE Y CON ANTECEDENTE DE CONSUMO DE FERNET

Pascual Baistrocchi, A^(1,2); Camus, G^(1,2)

(1)Servicio de Gastroenterología y Endoscopia Digestiva, Hospital Español de Mendoza. Mendoza, Argentina. (2)Gastroenterología y Endoscopia Digestiva, Centro de Aparato Digestivo-San Martín. Mendoza, Argentina.

INTRODUCCION: La melanosí colí, es una entidad que consiste en la pigmentación negra de la mucosa colónica producida por absorción de productos aromáticos, derivados del antraceno. Si bien se han descrito casos por uso excesivo de laxantes, (Cáscara Sagrada, Aloe, Ruibarbo, Senna y Fragula), no han sido reportados casos en ausencia de los mismos. **CASO CLINICO:** Presentamos el caso de un paciente de sexo masculino, de 46 años de edad, sin antecedentes patológicos conocidos, que acude al servicio, para realización de videocolonoscopia de screening. En la misma se observa coloración parduzca atigrada de toda la mucosa colónica, de forma continua, que es corroborada por estudio histológico, el cual informa: fragmentos de mucosa colónica, muscular de la mucosa, revestida por epitelio cilíndrico simple, mucosecreción conservada, criptas con citoarquitectura conservada; corion con infiltrado inflamatorio crónico, vasos congestivos y extravasación eritrocitaria, cúmulos de histiocitos con pigmento pardo, compatible con melanosí. Se cita al paciente a consulta, donde como único antecedente refiere ingesta crónica de alcohol, fernet, 70 g/día. **CONCLUSION:** La melanosí colí fue descrita por 1º vez por Cruveilhier en 1829, antes de la introducción de técnicas endoscópicas. Virchow propuso el término sobre la base de su aspecto. La entidad es poco frecuente pero constituye, el cambio de pigmentación más observado en la mucosa del tracto gastrointestinal; su color es más intenso en el ciego y colon ascendente en comparación con la porción distal del mismo, dado por las variaciones en la concentración de los agentes lesivos (laxantes o sus derivados) o la diferente absorción a lo largo de la longitud del colon. Dichas variaciones están relacionadas con el acúmulo de células linfoides en la lámina propia del intestino. El pigmento es un derivado de la antraquinona que tiene propiedades tintoriales e histoquímicas distintas de la melanina. Estas tienen un efecto directo sobre las células epiteliales del colon que da como resultado la producción de lipofuscina, el pigmento oscuro que se observa en los macrófagos de la misma. Las antraquinonas son derivados complejos del Acetil-Co A y están contenidos en numerosas plantas. La melanosí colí puede presentarse en forma macroscópica o microscópica. La entidad en sí es asintomática y constituye un hallazgo incidental. Es considerada una lesión benigna porque no se ha demostrado asociación con el cáncer colorrectal. El motivo de la presentación es la descripción de melanosí colí en paciente sin antecedente de consumo de laxantes. Se investiga entonces, la composición de la bebida alcohólica consumida por el paciente. La misma presenta ruibarbo en su constitución, planta herbácea, utilizada en medicina por su efecto laxativo, la cual forma parte de los derivados antraceno. En la literatura no se encontraron casos descriptos por el consumo de dicha bebida.

P-71

SCHWANNOMA INTESTINAL COMO CAUSA POCO FRECUENTE DE HEMORRAGIA DE INTESTINO DELGADO

Ojeda, E⁽¹⁾; Medrano, CA⁽¹⁾; Sciarretta, M⁽¹⁾; Garavento, L⁽¹⁾; Sierra, Y⁽¹⁾; Martínez, S⁽¹⁾; Güidi, M⁽¹⁾; Baldoni, F⁽¹⁾

(1)Gastroenterología, Sanatorio Itoiz. Avellaneda, Argentina.

Introducción: las hemorragias de intestino delgado (ID) representan el 5-10% de los sangrados gastrointestinales. Dentro de sus probables etiologías, se encuentran las neoplasias, siendo los Schwannomas una causa muy poco frecuente. Paciente y métodos: Paciente femenina de 26 años que presenta episodio de hematoquezia con descompensación hemodinámica, requerimientos transfusionales y de drogas vasoactivas. Se le realiza Videocolonoscopia digestiva alta (VEDA) en otro centro sin hallazgos patológicos. Es derivada a la unidad de terapia intensiva de nuestro sanatorio, donde se le realiza Videocolonoscopia con ileoscopia constatándose restos hemáticos en todo el marco colónico, así como en el íleon terminal. Se repite VEDA sin particularidades por lo que se decide la realización de enteroscopia por push, evidenciándose a nivel de yeyuno proximal lesión sobrelevada de 20 mm, con ulceración central, cubierta por mucosa normal que se interpreta como de probable origen subepitelial. Se solicita angiografía de abdomen y pelvis donde se constata a nivel de mesenterio, formación heterogénea de 12 x 5 cm de diámetro, heterogénea, con componente sólido y quístico. El componente sólido presenta intensa tinción con el contraste endovenoso en fase arterial, vasos ectásicos y tortuosos en su interior. Se realiza laparotomía exploradora con resección de lesión tumoral localizada a 15 cm del ángulo de Treitz, y anastomosis término-terminal. La anatomía patológica informa una proliferación fusocelular con núcleos ahusados y leve anisocariosis, que se disponen en forma difusa inmersas en una trama vascular congestiva. En la inmunohistoquímica (IHQ) presenta anticuerpos monoclonales anti-Vimentina y anti-Proteína S100 positivos con reactividad heterogénea núcleo-citoplasmática; mientras que resultaron negativos los anticuerpos anti-Citoqueratina, CD34 y CD 117. Se realizaron anticuerpos anti factor de proliferación Ki67 mostrando una reactividad nuclear en un 3% de la población celular examinada. Los caracteres histopatológicos observados, junto con el perfil inmunohistoquímico, indican la presencia de una neoplasia de estirpe neural del tipo Schwannoma con un índice de proliferación del 3%. La paciente evoluciona favorablemente y es dada de alta al quinto día. **Conclusiones:** si bien el Schwannoma constituye un tumor infrecuente de ID, y su presentación clínica como hemorragia digestiva es atípica, debe tenerse en cuenta como diagnóstico diferencial en el manejo de esta patología. Asimismo, es importante resaltar el rol de la IHQ en el diagnóstico diferencial de los distintos tumores del ID.

P-72

SINDROME DE WILKIE: A PROPOSITO DE UN CASO

Scarafoni, S⁽¹⁾; Keller, ME⁽¹⁾; Hidalgo, MP⁽¹⁾; Chierichetti, M⁽¹⁾; Baltar, M⁽²⁾; Ramaciotti, G⁽¹⁾; Yamahachi, C⁽³⁾

(1)Gastroenterología Pediátrica, HIEMI. mar del plata, Argentina. (2)Pediatria, Hiemi. mar del plata, Argentina. (3)Cirugía Infantil, HIEMI. mar del plata, Argentina.

El síndrome de Wilkie es una causa infrecuente de obstrucción intestinal alta por compresión extrínseca vascular consecuencia de la disminución del ángulo aórtico-mesentérico que comprime la tercera duodenal. Puede ser congénito o adquirido asociado a factores de riesgo predisponentes. Se presenta una paciente sin factores de riesgo y sin sintomatología previa. **Caso clínico:** adolescente femenina 14 años, consulta por dolor abdominal y vómitos de 24 hs de evolución de aspecto fecaloide. Se solicitó Rx de abdomen (nivel hidroaéreo a nivel de cuadrante superior derecho sin aire distal) laboratorios(s/p) y ecografía abdominal (asas de intestino delgado distendidas con escaso peristaltismo). Con sospecha de vólvulo gástrico se realiza laparotomía exploratoria: estómago distendido con contenido espeso mal oliente. Íleon y yeyuno de calibre y peristalsis normal hasta el ángulo de treiz. Se realiza contraste por SNG:estómago dilatado y pasaje a duodeno. La paciente evoluciona favorablemente. Reingresando por abdominal y vómitos. Rx abdominal gran nivel en cámara gástrica e hipocondrio derecho. Se indica ayuno y SNG con evolución favorable. **VEDA:** cuerpo gástrico pliegues hipertróficos intenso eritema y nodularidad y en antro lesiones elevadas de 5 mm. Bulbo y Duodeno dilatado mucosa de aspecto normal. Anatomía patológica: gastritis crónica leve. Ausencia de H. pylori. Con sospecha de obstrucción a nivel duodenal se solicita SEG: estómago dilatado. TAC abdomen con doble contraste compás aórtico mesentérico que comprime duodeno, ángulo de 6,9 °, distancia 2,4 mm. **Discusión:** Es una patología infrecuente, con una incidencia de 0.07 al 1% prevaleciendo en adolescentes y adultos jóvenes de sexo femenino. La arteria sentérica superior forma en su origen con la aorta un ángulo de 40 a 50°, con una distancia aortomesentérica a la altura de L3 de 10 a 28 mm. La reducción del ángulo por debajo de 22° da lugar a la sintomatología. Existen causas adquiridas (caquexia, grandes quemados, malabsorción intestinal, deformaciones óseas) y congénitas (ligamento de Treitz corto y nacimiento anormalmente bajo de la arteria mesentérica superior). La sintomatología varía desde un cuadro agudo de obstrucción alta a un curso insidioso de dolor abdominal, anorexia, náuseas, vómitos, distensión abdominal, saciedad precoz. La técnica diagnóstica de elección es la TAC. El tratamiento inicial es conservador con alimentación parenteral o enteral, la cirugía queda supeditada al fracaso del mismo o pérdida progresiva de peso y dilatación pronunciada del duodeno con estasis y enfermedad ulcerosa péptica complicada. El procedimiento de elección es la duodenoyeyunoanastomosis laparoscópica con una tasa de éxito del 90%. **Conclusión:** esta patología supone un desafío diagnóstico y su reconocimiento frecuentemente se demora debido a su presentación insidiosa. Por lo tanto es necesario tener un alto índice de sospecha.

P-73

PRESENTACIÓN DE UNA ENFERMEDAD ENDÉMICA

Guzmán, EA⁽¹⁾; Ruiz Soria, JF⁽¹⁾; Souhille, M⁽¹⁾; Ayats, MV⁽¹⁾; Patrón Costas, G⁽¹⁾; Lopez, S⁽¹⁾; Nieva Gomez, M⁽¹⁾; Salvadores, R⁽¹⁾; García Bess, P⁽¹⁾; Valdiviezo, E⁽¹⁾

(1)Gastroenterología, Hospital San Bernardo. Salta, Argentina.

Introducción: La tuberculosis es una enfermedad muy antigua y continúa siendo un importante problema de salud pública en el mundo. La presentación pulmonar es más frecuente y contagiosa, 80-85% de los casos. La extrapulmonar es del 15-20% de todos los casos siendo más frecuentes: pleural y ganglionar, seguidas por la genitourinaria. **Caso clínico:** Masculino, 38 años. Antecedentes: etilismo >200 gr/día (vino) hace 15 años e internación en marzo 2018 por ascitis que se asumió por hipertensión portal con GASA 1.43, proteínas totales de 1.7gr%, con citología de 500 leucocitos/mm³ Mononucleares 60% en líquido ascítico. Se realizó tratamiento para peritonitis bacteriana espontánea con cefotaxima 2 gr cada 12hs con respuesta favorable a las 48hs, paracentesis de control con 268 leucocitos/ mm³ 60%mononucleares. Se decide alta hospitalaria con profilaxis secundaria con norfloxacina 400mg/día y espironolactona 100mg/día. Paciente consulta 2 semanas posteriores por sensación febril, de más de 1 semana de evolución con distensión abdominal y malestar general. Refiere además pérdida de peso que no sabe cuantificar. Agrega en la internación fiebre con sudoración nocturna. Paracentesis constata GASA 0,9 con proteínas totales de 2,6gr% con 500 leucocitos/mm³ polimorfonucleares. Inicia tratamiento con cefotaxima 2gr cada 12hs y se reevalúa a las 48hs constatando 1200 leucocitos/mm³ 60% mononucleares con proteínas totales 3,1gr%. Cultivo de líquido ascítico, 2 hemocultivos y urocultivo negativos. Se inicia meropenem 500mg cada 8hs, se reevalúa en 48hs con paracentesis que constata 475 células mononucleares, persiste sin respuesta a diuréticos y con registros febriles. Se realiza TC de torax, abdomen y pelvis, informa: infiltrado retículo nodulillar apariencia de árbol en brote en segmento apical lóbulo inferior derecho, líquido libre intra-abdominal, infiltración difusa del peritoneo a nivel de epiplón mayor que sugiere implantes. Se decide con infectología y cirugía general, realizar videolaparoscopia exploradora abdominal y toma de biopsia peritoneal. Se constatan múltiples lesiones peritoneales. Anatomía patológica informa granulomas caseificantes. Se inicia tratamiento específico para Tuberculosis peritoneal. **Conclusión:** En Argentina se notifican 10.000 nuevos casos por año; y mueren alrededor de 800 personas. La distribución de los casos es desigual. Se concentran en provincias como Jujuy y Salta, donde la cantidad de casos por número de habitantes triplica al promedio nacional. La tuberculosis peritoneal es una entidad poco frecuente. Puede ocurrir en 3 formas: húmeda con ascitis, seca con adherencias, fibrótica con engrosamiento de epiplón y ascitis localizadas. Es importante contemplar su sospecha en los diagnósticos diferenciales del análisis de un líquido ascítico y sobre todo en áreas endémicas.

CAUSA POCO FRECUENTE DE OBSTRUCCIÓN INTESTINAL

Martínez, ME⁽¹⁾; Martínez, HH⁽¹⁾; Buffoni, A⁽²⁾; Lambertucci, R⁽³⁾; Huerta, L⁽⁴⁾; Sanchez, R⁽⁵⁾

(1)Gastroenterología y Endoscopia Digestiva, Hospital Julio de Vedia. 9 de Julio, Argentina. (2)Cirugía, Hospital Julio de Vedia. 9 de Julio, Argentina. (3)Anestesiología, Hospital Julio de Vedia. 9 de Julio, Argentina. (4)Anatomía Patológica, Hospital Julio de Vedia. 9 de Julio, Argentina. (5)Imágenes, IMC. 9 de Julio, Argentina.

Objetivos: Describir una patología poco frecuente pero que debe tenerse en cuenta en toda mujer en edad fértil como causa de dolor abdominal recurrente asociado al ciclo menstrual. Caso Clínico: Paciente de 38 años, femenina que acude por dolor cólico recurrente en FII, que fue incrementándose en el último año, con sensación de masa palpable durante los cólicos y constipación. Disminución de 10 kg en últimos 6 meses. Con ecografía abdominal y analítica sanguínea normales. Estudios Complementarios: Se realizaron dos recto sigmoidoscopias objetivándose neoformación a 10 cm del margen anal con oclusión total de la luz intestinal con biopsias negativas para atipia. Se realizó macro biopsia en quirófano bajo anestesia la cual no arrojó más datos. THC abdominal: engrosamiento parietal focalizado del colon sigmoide a 10 cm del margen anal que oblitera casi por completo la luz, sin evidencia de rarefacción de la grasa perisigmoidea. Los hallazgos impresionan correspondiendo en primer término a un Tu de colon sigmoide. Ingresa una semana luego de la misma por oclusión intestinal. Se realiza extracción de 20 cm de intestino grueso. La histología arroja que la masa corresponde a tejido endometrial interpuesto en capa muscular propia del intestino. La paciente evoluciona favorablemente siendo dada de alta a las 72 hs. Comentarios: La endometriosis es una enfermedad benigna bastante común caracterizada por la presencia de tejido endometrial fuera de la cavidad uterina. Constituye una causa de dolor pélvico crónico en el 5-15% de mujeres en edad fértil y su presentación aguda es bastante infrecuente. Es evolutiva en el 50-60% de los casos. La frecuencia de endometriosis intestinal es del 3-37% de las mujeres con endometriosis pélvica y dentro de esta la ubicación más frecuente es sigma y recto (70-93%). Debería tenerse en cuenta este diagnóstico en toda mujer en edad fértil con dolor abdominal crónico o frente a una obstrucción intestinal con o sin perforación.

P-75

DETECCION DE ADENOMAS DE COLON CON EL USO DE ENDOCUFF: UN ESTUDIO PILOTO CONTROLADO Y ALEATORIZADO

Torella, C⁽¹⁾; Berman, S⁽¹⁾; Di Paola, L⁽¹⁾; Caniggia, D⁽¹⁾; Lasa, J⁽¹⁾; Zagalsky, D⁽¹⁾

(1)Gastroenterología, Instituto Quirúrgico del Callao. Buenos Aires, Argentina.

INTRODUCCION: Entre los dispositivos diseñados para mejorar la probabilidad de detección de lesiones mucosas colónicas, el endocuff muestra resultados prometedores. Existen relativamente pocos estudios aleatorizados y controlados. OBJETIVO: Comparar la tasa de detección de adenomas y la seguridad con el uso de endocuff versus la colonoscopia convencional. MATERIALES Y METODOS: Se llevó a cabo un estudio abierto, controlado y aleatorizado en nuestra Institución entre Agosto y Noviembre de 2017. Se enrolaron pacientes adultos derivados para colonoscopia por pesquisa de neoplasias colorrectales. Se excluyeron pacientes algún tipo de síntoma digestivo. Luego de la firma del consentimiento, los mismos eran asignados de manera aleatorizada a colonoscopia convencional o colonoscopia con endocuff. Como se trata de un estudio piloto, se enrolaron 100 pacientes que cumplieren con los criterios de elegibilidad. Se compararon las proporciones de adenomas totales detectados, así como la de adenomas de colon derecho y la proporción de múltiples adenomas por colonoscopia entre grupos. Asimismo, se compararon los tiempos de llegada a ciego y de retirada, y la incidencia de eventos adversos mayores inmediatos (perforación y sangrado). RESULTADOS: Se aleatorizaron 50 pacientes a cada grupo; 38% fueron varones y la mediana de edad fue de 57 años (43-83). No se encontraron diferencias en cuanto a edad o género entre grupos. La tasa global de detección de adenomas fue del 32%. No encontramos tampoco diferencias en cuanto a obesidad, tabaquismo e historia familiar de cáncer de colon. La mediana de tiempo de intubación cecal fue de 3 minutos (3-4.75) en las colonoscopias con endocuff y de 4 minutos (3-5) en las colonoscopias convencionales (p=0.1). No se encontró diferencia en cuanto al tiempo de retirada. No se registraron eventos adversos mayores. La tasa de detección de adenomas fue mayor en el grupo de colonoscopia con endocuff (40% vs 24%, p=0.1); la misma tendencia se observó en cuanto a los adenomas de colon derecho (26% vs 14%, p=0.1). Si se encontró una diferencia significativa en cuanto a la tasa de detección de múltiples adenomas a favor de la colonoscopia con endocuff [12% vs 2%, OR 6.68 (1.2-60.87)]. CONCLUSION: La colonoscopia con endocuff mostró un incremento en la probabilidad de detección de más de un adenoma por colonoscopia, así como una tendencia a una mayor tasa de detección de adenomas.

P-76

PREDICCIÓN IN VIVO DE HISTOLOGÍA DE PÓLIPOS COLORRECTALES MEDIANTE I-SCAN OPTICAL ENHANCEMENT: RESULTADOS DE UN ESTUDIO TRANSVERSAL DE TRES FASES

Hinostrza Dueñas, FX⁽¹⁾; Vera Intriago, JM⁽¹⁾

(1)Gastroenterología, IESS CHONE. Chone, Ecuador.

INTRODUCCION: El cáncer colorrectal es el tercer cáncer más común a nivel mundial entre los hombres y el segundo más común entre las mujeres. La colonoscopia es el gold standard para el diagnóstico del cáncer colorrectal y pólipos de colon. Los estudios de cohorte indican que la colonoscopia y la polipectomía previenen el 80% de los cánceres colorrectales. La endoscopia con luz blanca convencional no puede distinguir con fiabilidad las características histológicas de los pólipos colorrectales. Afortunadamente, en los últimos años, las técnicas de cromoendoscopia sin colorante (DLC) evolucionan rápidamente permitiendo la caracterización del tejido en tiempo real. El DLC incluye una cromoendoscopia óptica (es decir, NBI, CBI) y digital (es decir, i-scan, FICE, SPIES). Aquí, evaluamos el potencial de i-scan Optical Enhancement para la predicción in vivo en tiempo real de la histología de pólipos de acuerdo con la clasificación de NICE, del cual los datos son escasos hasta la fecha. OBJETIVO: Investigar la capacidad de predicción histológica de pólipos colorectales mediante i-scan Optical Enhancement. METODOS: En este estudio transversal de tres fases, participaron 100 pacientes con 245 pólipos colorrectales. Durante la primera fase del estudio se realizó la visualización directa de los pólipos, analizando en ellos, variables como color, superficie y patrón vascular, mediante el uso de i-scan OE para la diferenciación in vivo de la histología, entre pólipos hiperplásicos y adenomatosos. En la segunda fase, se envió cada una de las muestras obtenidas a estudio histopatológico para su análisis, y en la fase final, se comparó la concordancia de los resultados entre la visualización directa mediante i-scan OE y el resultado histopatológico, se realizó esta comparación puesto que la Histopatología sigue siendo el Gold-Standard de diagnóstico. RESULTADOS: La exactitud o eficiencia de predicción histológica de los pólipos colorrectales mediante la visualización directa con el uso de la tecnología i-scan OE es de alrededor del 95,1%, con una sensibilidad del 95%, especificidad del 95,5%, valor predictivo positivo de 98,9% y valor predictivo negativo del 81,13%. CONCLUSION: La histología de los pólipos colorrectales puede ser predicha con exactitud mediante la visualización directa de la lesión con el uso de i-scan OE.

P-77

TRATAMIENTO ENDOSCÓPICO DE ESTENOSIS BENIGNAS DE COLON: ALTERNATIVAS TERAPÉUTICAS Y RESULTADOS

Sanchez, A⁽¹⁾; Vargas, Y; Wallace, V; Giraud, F; Carrica, M; Cura, P; Garbato, L; Garbi, L; Sciarreta, M; Yantorno, M; Baldoni, F; Chopita, N; Tuffare, F; Villaverde, A; Correa, G

(1)Gastroenterología, HIGA San Martín. La Plata, Argentina.

Introducción: la estenosis benigna (EB) de colon es una patología infrecuente, generalmente secundaria a complicaciones postquirúrgica o procesos inflamatorios crónicos, por ejemplo: enfermedad de Crohn, enfermedad diverticular y post-resección mucosa endoscópica. Actualmente no existe un protocolo de tratamiento estandarizado, sin embargo, el tratamiento endoscópico es el más implementado. Varias opciones endoscópicas están disponibles, siendo la dilatación con balón hidroestático, la más utilizada. Existe escasa información en la literatura, respecto a su eficacia y seguridad. Objetivo: describir los tratamientos endoscópicos utilizados para la EB de colon en los pacientes que concurren a nuestro servicio desde enero 1996 hasta enero 2018, en un centro de tercer nivel de salud. Material y Método: estudio observacional, retrospectivo. Se incluyeron pacientes mayores de 18 años con EB sintomática, con indicación de tratamiento endoscópico. Se describió etiología, características endoscópicas, tratamiento realizado, número de sesiones, respuesta clínica y endoscópica (franqueables con colonoscopia). Resultados: en 56 pacientes con EB a se realizó tratamiento, con un total 132 procedimientos, 32 hombres (57%). Las etiologías fueron postquirúrgicas 38 (68%), enfermedad Crohn 10 (18%), diverticular 2 (4%), post-resección mucosa endoscópica 2 (4%), posterior a colitis isquémica 1 (2%), tuberculosis intestinal 1 (2%) y 2 (4%) de causa desconocida. La localización más frecuente fue recto 32 (57%), seguido de colon sigmoide 17 (30%), descendente 3 (5%), transverso 2 (4%) y 2 (4%) en ascendente. Respondieron al tratamiento endoscópico 44 pacientes. En 5 pacientes, se realizó dilatación con bujías, con respuesta clínica y endoscópica, con un promedio de 1.2 sesiones. En 51 de 56 pacientes (91%), se realizó dilatación con balón hidroestático, 37 (72%) tuvieron respuesta clínica y endoscópica, con un promedio de 2,1 sesiones con un rango de 1 a 8. No respondieron al tratamiento 14 (28%), de los cuales 2 lograron respuesta combinando otra técnica; 1 de ellos inyección con triamcinolona y otro corte más inyección con triamcinolona, con un total de 9 y 6 sesiones respectivamente. Se analizó la respuesta al tratamiento con balón hidroestático, según etiología, y se evidenció una respuesta del 73% (27/35 pacientes) en las postquirúrgicas y del 50% (5/10 pacientes) en la enfermedad de Crohn (Tabla 1). La tasa de éxito técnico del tratamiento endoscópico fue del 100%, con una tasa de complicación de 1,78% (perforación). Conclusiones: en nuestra experiencia, el tratamiento endoscópico de las EB del colon es una opción terapéutica, con una alta tasa de éxito técnico, con bajo riesgo de complicaciones, y con buena respuesta. Falta trabajos prospectivos para protocolizar el manejo endoscópico de las estenosis colónicas benignas. Dilatación con balón hidroestático

Etiología	Posquirúrgica	Enfermedad de Crohn
Nº pacientes	35	10
Respuesta al tratamiento	27	5
Tratamiento combinado	2	0
Nº Sesiones	2,4	1,6
Tiempo	0 días a 7 meses	0 a 6 meses

EVALUACIÓN DE LOS INDICADORES DE CALIDAD EN VIDEOCOLONOSCOPIAS EN UN SANATORIO PRIVADO

Omodeo, M⁽¹⁾; Canelada, C⁽¹⁾; Lanciotti, J⁽¹⁾; Alonso, A⁽¹⁾; Mayer, H⁽¹⁾; Diaz, A⁽¹⁾; Herrera Babet, G⁽¹⁾; Novillo, A⁽¹⁾

(1)Servicio de Endoscopia, Sanatorio 9 de Julio. Tucuman, Argentina.

Introducción. El cáncer colorrectal (CCR) es uno de los tumores malignos más frecuentes. Es uno de los cánceres con más posibilidades de prevenir y de curar debido a la presencia de lesiones precursoras. La colonoscopia (VCC) se ha convertido en los últimos años en el "patrón de oro" para realizar pesquisa de CCR. Debemos exigir los mejores estándares de calidad para garantizar el beneficio de la VCC. Una de las maneras de realizar VCC de calidad es midiendo indicadores en forma periódica en cada servicio. **Objetivos.** Evaluar los indicadores de calidad de las VCC que se realizan en un Sanatorio privado en San Miguel de Tucumán. Esto permitirá que los médicos que allí trabajan puedan conocer sus estadísticas y por lo tanto los aspectos a mejorar. De esta manera podremos mejorar el tamizaje del CCR y la calidad de las VCC en general y por lo tanto disminuir la incidencia del mismo. **Materiales y métodos.** Se realizó un estudio observacional, retrospectivo, descriptivo y analítico. Se realizó un muestreo en el que se incluyeron el 50% de todas las VCC realizadas en el Servicio de Endoscopia Digestiva del Sanatorio 9 de Julio de Tucumán en el período de 1 año (Octubre 2016- Septiembre 2017). Se registraron datos pertenecientes a los pacientes como sexo y relacionados a la VCC (indicación, calidad de la preparación, intubación cecal e ileal, detección de pólipos). Se incluyeron en el estudio a todos aquellos pacientes mayores de 18 años de edad. El desenlace se midió como el porcentaje del cumplimiento de cada estándar de calidad sobre el total de las VCC realizadas en el período mencionado. Se utilizó el test de Chi Cuadrado para comparar las variables categóricas. El riesgo fue medido en odds ratio (OR), con correspondiente intervalo de confianza de 95% (IC). Un valor de p menor a 0.05 fue considerado estadísticamente significativo. **Resultados.** Se incluyeron 478 VCC que fueron realizadas por 7 endoscopistas. El 61% eran de sexo femenino y 39% masculino. Las principales indicaciones por las cuales se realizaron las VCC fueron las siguientes: dolor abdominal 48%; hemorragia digestiva o proctorragia 33%; pesquisa de CCR 7%; anemia 3%; diarrea 3% y cambios en el ritmo evacuatorio 1.5%. La tasa de intubación cecal fue 86% y se canalizó ileon en el 1.5% de las VCC. Las principales causas de colonoscopias incompletas fueron: Preparación inadecuada 67%, angulación fija 15% y estenosis 14%. La tasa de detección de pólipos fue del 13%; 17% en hombres y 10% en mujeres (p 0.02). Se logró una preparación satisfactoria, es decir buena, muy buena o excelente (Boston > 5), en un 46% de las VCC. **Conclusión.** Los resultados de este estudio muestran el cumplimiento en alguno de los criterios de calidad en endoscopia según estándares internacionales y la falla en otros. La información obtenida en el estudio es de gran utilidad ya que permitirá que los médicos puedan conocer sus estadísticas y por lo tanto los aspectos a mejorar.

P-79

PREVALENCIA DE ADENOMAS AVANZADOS EN PÓLIPOS COLORECTALES MENORES A 10 MM

Garrido, ME⁽¹⁾; Brodersen, C; Viscardi, JP; Maurette, MV; Navarro, Y; Marceno, F

(1)Gastroenterología, Hospital Durand. CABA, Argentina.

Los pólipos diminutos (>5 mm) y pequeños (6-9mm) constituyen entre el 70 al 90% de lesiones halladas en videocolonoscopias ya sea por pesquisa o síntomas gastrointestinales, y el riesgo de progresión de estos pólipos a cáncer aún no está del todo claro. Actualmente los datos publicados con respecto a la presencia de características histológicas avanzadas en dichos pólipos no son consistentes, y están pobremente descriptos en la literatura. El objetivo de nuestro trabajo es evaluar la prevalencia de adenomas avanzados en pólipos colorrectales menores a 10 mm. Los registros de historias clínicas y de informes de colonoscopias de un total de 1337 pacientes fueron evaluados retrospectivamente. Se encontraron 641 pólipos, en 399 pacientes y el 73.91% de dichas lesiones fueron menor a 10 mm. Entre estos pólipos se encontró una prevalencia de adenomas avanzados del 1.95%, siendo de 1.67% para los diminutos y de 2% para los pequeños. En el caso de los pólipos mayores a 10 mm, la prevalencia de histología avanzada fue de 16.67%. La localización en colon derecho y el tamaño del pólipo mayor a 5 mm constituyeron factores de riesgo para el hallazgo de adenomas avanzados.

P-80

EVALUACIÓN DEL CUMPLIMIENTO DE INDICADORES DE CALIDAD EN COLONOSCOPIA EN UN CENTRO PRIVADO DE LA CIUDAD DE MAR DEL PLATA

Arco, M⁽¹⁾; Lozzi, R⁽¹⁾; Higa, R⁽¹⁾; Román, H⁽¹⁾; Moreno, F⁽¹⁾; Conosciuto, JI⁽¹⁾; Pastorino, M⁽¹⁾; Fanjul, V⁽²⁾

(1)Gastroenterología, Clínica Colón. Mar Del Plata. (2)Patología, Clínica Colón. Mar Del Plata.

La colonoscopia es la principal herramienta actualmente utilizada para la prevención de cáncer colorrectal. La tasa de estudios completos con inserción cecal, adecuada preparación, el tiempo de retirada y la tasa de detección de adenomas son los principales indicadores de calidad. **Objetivos:** Evaluar el cumplimiento de los estándares de calidad en colonoscopia en un servicio privado de gastroenterología en un análisis prospectivo en pacientes en plan de cribado para pesquisa de cáncer (ca) colorrectal. **Material y métodos:** De 236 pacientes estudiados durante un periodo de 2 meses (abril y mayo de 2018) se incluyeron 182 pacientes de ambos sexos, mayores de 50 años quienes fueron derivados para screening de ca de colon. 88 femeninos con edad media 64 ±7.8 y 94 varones edad media 63 ± 9.1. Los estudios estuvieron a cargo de 6 operadores (RDL, HOR, RH, FM, MA, MP Y JC) se utilizaron endoscopios Olympus CF Q 150 I, CFQ 165 I, PCF 160 A I y CFH 180I y Pentax EC380 LKP. Se tomaron como indicadores: la tasa de inserción cecal, limpieza intestinal medida de acuerdo a la escala de Boston, el tiempo de retirada de 6 o más minutos y la tasa de detección de adenomas. **Resultados:** La tasa de inserción cecal fue de 93.22% en forma global, si se midió de acuerdo a los años de experiencia fue de 95.42 para aquellos con más de 15 años de experiencia vs 90.48 para en grupo con menos de 15 años (diferencia no significativa) La calidad de la preparación se midió de acuerdo a la escala de Boston lográndose un score de 6 o más en el 88.55% de los estudios. El tiempo de retirada de 6 minutos o más se logró en el 67.88%. La tasa de detección de adenomas fue de un 26.33%; displasia de alto grado en un 4.9% adenoma serrato 1.09% y adenocarcinoma en el 1%. **Conclusiones:** En el presente estudio piloto se obtuvo una adecuada tasa de detección de adenomas, debiendo mejorar la tasa de detección de adenomas serratos y ajustar el tiempo de retirada de los estudios.

P-81

PROCTORRAGIA EN MENORES DE 50 AÑOS: ¿QUÉ TAN LEJOS ESTUDIARLA?

Hanuch, NE⁽¹⁾; Dulbecco, M⁽¹⁾; Domeniconi, S⁽¹⁾; Garavento, L⁽¹⁾; Sciarretta, M⁽¹⁾; Redondo, A⁽¹⁾; Scarponi, A⁽¹⁾; Tufare, F⁽¹⁾; Villaverde, A⁽¹⁾

(1)Servicio de Gastroenterología, HIGA San Martín. La Plata, Argentina.

Introducción: La proctorragia es un problema clínico frecuente. Una de cada siete personas entre 20 y 60 años tienen historia de sangrado rectal siendo, más frecuentemente, por patología ano orificial de etiología benigna. En menores de 50 años no existen recomendaciones en guías internacionales sobre cuál debería ser el método más adecuado para su estudio. Existe evidencia que la presencia de patología anal, no descarta una neoplasia colorrectal sincrónica. **Objetivo:** Estimar la prevalencia de patologías colónicas en pacientes menores de 50 años con proctorragia, diferenciándolas de acuerdo a su localización en los distintos segmentos del mismo. **Métodos:** Estudio observacional, retrospectivo, en el servicio de Gastroenterología del Hospital San Martín de La Plata, entre febrero de 2011 a febrero de 2018. Se analizaron informes de VCC de pacientes entre 20 y 49 años que consultaron por proctorragia. Se excluyeron pacientes con cáncer colorrectal (CCR), enfermedad inflamatoria intestinal (EII) diagnosticados previamente y aquellos con riesgo moderado de CCR. Los procedimientos fueron realizados bajo sedación anestésica con propofol. La preparación se realizó con polietilenglicol 4 litros. Se consideraron como variables la presencia de lesiones de acuerdo a su localización y su asociación con patología ano orificial. Todos los pacientes firmaron un consentimiento informado. **Resultados:** Se realizaron 14.135 VCC, 4549 (32%) en menores de 50 años, de las cuales 824 (18,11%) fueron realizadas por proctorragia. Se excluyeron los pacientes con preparación inadecuada (Escala de Boston < 5) ó VCC incompletas (sin intubación cecal). Siendo finalmente 532 VCC. Se evidenció: patología hemorroidal (66%), lesiones adenomatosas (3,0%), adenocarcinomas (1,69%), pólipos hiperplásicos (1,31%), lesiones vasculares (0,93%), y EII (0,37%). Hallazgos concomitantes en pacientes con patología hemorroidal: lesiones adenomatosas (6,79%), pólipos hiperplásicos (6,51%), tumor carcinoide (0,28%), lesiones vasculares (0,28%), úlcera rectal (0,28%), y sigmoidea (0,28%). **Conclusiones:** La incidencia de CCR en personas que sufren sangrado rectal en la población general es menor de 1 por 1000 habitantes, y aunque es típico en la población añosa, la aparición del tumor antes de los 40 años no es infrecuente. En nuestra serie se encontró patología hemorroidal en un 66%, y como otros hallazgos en un 9,79% lesiones adenomatosas, de las cuales 5,55% fueron del colon derecho. Se hallaron en 1,69% adenocarcinomas, dos comprometiendo el colon derecho. Por lo tanto, observamos 8,27% de lesiones en colon derecho, las cuales no hubiesen sido evidenciadas mediante una RSC. Estas cifras son similares a las encontradas en la bibliografía, por lo que nos planteamos si debería evaluarse la totalidad del colon por una proctorragia, aunque falten estudios para llegar a recomendarse.

Pacientes _____sin / con hemorroides

	Colon		Colon	
	Izq	Dcho	Izq	Dcho
Adenoma DBG+	5	8	6	11
Adenoma DAG*	1	2	5	2
Adenocarcinoma	7	2		

+Displasia bajo grado *Displasia alto grado

PREDICTORES INDEPENDIENTES DE FALLA EN COMPLETAR LA COLONOSCOPIA

Kindgard, C⁽¹⁾; Varela, M⁽¹⁾; Campodónico, M⁽¹⁾; Torrico Paz, O⁽¹⁾; Balasini, C⁽¹⁾; La Vía, J⁽¹⁾; Regnasco, S⁽¹⁾; Saa, E⁽¹⁾

(1)Gastroenterología, Pirovano. CABA, Argentina.

INTRODUCCIÓN: La Videocolonoscopia (VCC) es una importante herramienta en el diagnóstico y tratamiento de lesiones colónicas. **OBJETIVO:** Evaluar predictores independientes de falla en completar el estudio colonoscópico. **MATERIALES Y MÉTODOS:** Se realiza un estudio observacional descriptivo retrospectivo de pacientes (pac) que requirieron realizar VCC desde 01/01/16 al 31/12/17 en la Unidad de Gastroenterología de un Hospital de Agudos de la CABA. Se registró grupo etario, género, indicaciones del estudio, resultados, presencia de anestésista para realizar sedación. Se consideró estudio incompleto cuando no se pudo progresar hasta ciego. Las variables utilizadas fueron: Motivo de pedido, resultados, estudio completo/incompleto, estudio con sedación/sin sedación, causas de estudio incompleto. **ESTADÍSTICA:** Las variables se presentan como porcentaje. Se realizó un análisis de regresión logística, siendo la variable dependiente la falla en completar la VCC y las independientes aquellas que en el estudio univariable mostraron una $p < 0.20$. Se realizó calibración con el test de Hosmer Lemeshow y discriminación mediante área bajo la curva ROC. Se consideró significativo una $p < 0.05$. Se utilizó STATA 15. **RESULTADOS:** Durante el periodo de estudio se realizaron VCC en 409 pac. De ellos, 216/409 pac (53%) eran masculinos y 193/409 pac (47%) femeninos. La VCC fue completa en 254/409 pac (62%). Los motivos de estudio incompleto fueron: 56/155 VCC (36%) por intolerancia y dolor (pac sin sedación); 40/155 pac (26%) por mala preparación; 30/155 pac (19%) por estenosis infranqueable. **CONCLUSIÓN:** La falta de sedación durante el procedimiento aumenta la chance de no completar el estudio colonoscópico 4.5 veces; el IC 95% no incluye el 1 (2.8-7.0) y la $p < 0.0001$. La falta de anestésista es el único factor modificable para optimizar la realización del estudio.

P-83

ADHERENCIA DE MEDICOS A UN PROGRAMA DE PESQUISA DE CANCER DE COLON. EXPERIENCIA EN UN CENTRO PRIVADO DE LA CIUDAD DE CÓRDOBA

Scalerandi, A⁽¹⁾; Herrera Najum, PD⁽¹⁾; Rodríguez, PC⁽¹⁾

(1)Gastroenterología y Endoscopia Digestiva, Instituto Modelo de Cardiología S.R.L. Córdoba, Argentina.

Introducción y objetivo: El cáncer colorrectal (CCR) es el segundo cáncer más frecuente y la segunda causa de muerte por tumores malignos en nuestro país. El cribado de cáncer colorrectal ha demostrado disminuir las tasas de morbi-mortalidad especialmente mediante el uso de la colonoscopia. Los médicos como instrumentos de información y educación de los pacientes se convierten en una herramienta fundamental en la adhesión a programas de cribado. El objetivo de este estudio fue evaluar actitudes, conocimientos y patrones de conducta ante métodos de cribado de cáncer colorrectal en médicos de nuestro medio. **Material y Métodos:** Se realizó una encuesta anónima a médicos de diferentes especialidades de un centro privado de la ciudad de Córdoba mayores de 50 años desde Abril del 2015 a Julio del 2015. Cinco preguntas evaluaron actitud y conocimiento antes los diferentes métodos de estudio del colon y de cribado de cáncer colorrectal. **Resultados:** Se encuestaron un total de 64 médicos y se rehusaron a contestarla 3. Cincuenta y siete (89%) fueron hombres con una mediana de edad de 62 años (DS +/- 6.7 años). El 43% ya se había realizado una colonoscopia de cribado al momento de la encuesta. Solo el 9.8% no recomendaría un estudio de cribado a sus pacientes. En el grupo de los médicos que no se habían realizado una colonoscopia, el 90.6% estaba dispuesto a hacerla. El 74% y el 71% manifestó tener algún grado de conocimiento con respecto a métodos de estudio de colon y de las guías actuales de recomendación de cribado respectivamente. **Conclusiones:** En nuestra comunidad médica aún es necesario un mayor conocimiento sobre el uso de métodos de estudio del colon y sobre las guías de recomendación para el cribado de cáncer colorrectal. La educación médica continua debería impactar positivamente sobre la adhesión de la población general a programas de pesquisa. Preguntas realizadas en encuesta a médicos mayores de 50 años.

N:64	N(%)
SE REALIZO UN ESTUDIO DE COLON AL MOMENTO DE LA ENCUESTA	26 (43)
RECOMIENDA ALGÚN ESTUDIO DE COLON A SUS PACIENTES	55 (90)
ESTA DISPUESTO A REALIZAR UNA COLONOSCOPIA	55 (90)
TIENE CONOCIMIENTO DE METODOS DE ESTUDIO DE COLON	45 (74)
TIENE CONOCIMIENTOS DE LAS GUÍAS DE PREVENCIÓN DE CANCER DE COLON	43 (71)
SE REHUSARON A CONTESTAR LA ENCUESTA	3 (4.6)

P-84

TASA DE DETECCIÓN DE ADENOMAS SERRATOS SEGÚN HORARIO DEL ESTUDIO ENDOSCÓPICO

Salazar, G⁽¹⁾; Manzotti, L⁽¹⁾; Canseco, S⁽¹⁾; Figueredo, R⁽¹⁾; Hoffman, P⁽¹⁾; Bolino, MC⁽¹⁾; Dumonceau, JM⁽¹⁾; Caro, L⁽¹⁾; Cerisoli, C⁽¹⁾

(1)Endoscopia, GEDyT. CABA, Argentina.

Introducción: La videocolonoscopia (VCC), gold standard para la pesquisa de adenomas, no es una herramienta infalible para su detección, pues hay lesiones, especialmente, en colon derecho (CD), donde la experiencia del operador y la limpieza colónica juegan un rol vital pues aquí se distribuyen lesiones planas, deprimidas y, particularmente, los pólipos serratos. Uno de los factores vinculados al operador, como el cansancio que puede presentarse en los endoscopistas que realizan estudios por la tarde, podría influir en dicho nivel de calidad. **Objetivos:** 1.Describir y comparar las tasas de detección de adenomas serratos (TDS) de acuerdo a la franja horaria de realización de VCC.2. Comparar TDS entre CD e izquierdo (CI). **Materiales y métodos:** Se incluyeron en forma consecutiva adultos >50 años que realizaron VCC por pesquisa entre enero, 2013 y diciembre, 2016, en un centro de gastroenterología. **Criterios de exclusión:** VCC o VRSC realizadas 5 años previos, historia familiar + y alto riesgo para CCR, cirugía colónica, EII, VCC incompletas, Boston <7, anatomía patológica no disponible y ausencia de consentimiento informado. **Diseño:** observacional, comparativo, de corte transversal y retrospectivo. **Procedimientos:** la limpieza colónica se realizó con laxantes habituales (valorada con escala de Boston). Las VCC se realizaron con equipos Olympus y Pentax, bajo sedación. Los pólipos fueron evaluados por patólogos especializados (Viena). Se definieron dos grupos: M: 8:00 a 13:59 horas y T: 14:00 a 19:30 horas. **Reparos éticos:** El estudio fue aprobado por el Comité local. **Análisis estadístico:** X²; regresión logística binaria; SPSS 19.0. **Resultados:** 25062 pacientes; excluidos: 5752; analizados: 19.310; mujeres 57,7% vs. Varones 42,3% ($p < 0.05$); Edad promedio: 62,29±7,84 años; Se detectó al menos 1 pólipo en 33,2%, TDA global 24%; TDS 2,8%. Boston x: 8±0,83.1. Comparación de grupos M y T se detalla en la tabla 1. En el análisis multivariado se observó que el sexo, la limpieza colónica, el turno del estudio se relacionaban independientemente con la presencia de pólipos y adenomas; no se observó relación entre estas variables y la presencia de serratos. 2. Para comparar la tasa de detección de adenomas serratos entre CD e I, se consideraron los pacientes que tenían 1 solo pólipo serrato (n: 488). La TDS en CD fue 1,9% (IC 95% 1,7-2,1; 367/19.260); y en CI fue 0,6% (IC 95 0,5-0,8; 121/19.260) ($p < 0.05$). **Conclusiones:** Entre los pacientes del grupo T se observó mayor porcentaje de varones, score de Boston ligeramente superior y mayor detección de al menos un pólipo y un adenoma, sin deferencia en la detección de serratos. La TDS fue mayor en CD que en CI.

Comparación de edad, sexo, Boston y lesiones halladas en grupos M y T

Características	M (n: 10.199)	T (n:9111)	p
Edad (años) Media ± SD	62,32±7,7	62,26±7,9	0,60
Varones n (%)	4171 (40,9)	3990(43,8)	<0,00
Boston Media ± SD	7,9 ±,8	8,02±8,1	<0,01
Polipos (%)	3.271 (32)	3.148(34,6)	<0,00
Adenomas n (%)	2.392 (23,5)	2.325 (25,5)	<0,01
Serratos n (%)	287 (2,8)	251(2,8)	0,83

P-85

EVALUACIÓN DEL REPROCESAMIENTO DE EQUIPOS ENDOSCÓPICOS EN EL SERVICIO DE GASTROENTEROLOGÍA EN UN HOSPITAL DE PRIMER NIVEL

Hinostrroza Dueñas, FX⁽¹⁾; Vera Intriago, JM⁽¹⁾

(1)Gastroenterología, IEISS CHONE. Chone, Ecuador.

INTRODUCCION: Las características complejas del diseño del endoscopio pueden permitir que los desechos orgánicos y microorganismos se acumulen, lo cual puede ser un factor de riesgo para la transmisión de enfermedades bacterianas y virales. Por ello, la desinfección de los endoscopios ha adquirido gran importancia y se ha convertido en una necesidad ineludible que debe ser asumida por el personal que trabaja en las unidades de endoscopia digestiva. El reprocesamiento se refiere al proceso validado de limpieza, desinfección y esterilización de endoscopios y accesorios los cuales son fundamentalmente importantes para que la endoscopia garantice la ausencia de riesgo. Una revisión de todos los trabajos relacionados con la transmisión de infecciones tras endoscopia digestiva o broncoscopia, efectuados entre 1966-1992, identificó únicamente 281 casos, sin embargo, este riesgo podría estar infraestimado. El incumplimiento de las normas y las recomendaciones de desinfección es quizás el factor más importante asociado con la transmisión de infecciones tras la endoscopia digestiva. Por ello, este estudio evalúa el cumplimiento de cada uno de los pasos del reprocesamiento. **OBJETIVO:** Evaluar el reprocesamiento de equipos endoscópicos en el Servicio de Gastroenterología en un Hospital de Primer Nivel. **MÉTODOS:** En este estudio transversal de 3 fases, participó 1 médico, 1 enfermera, 2 auxiliares de enfermería y 404 procedimientos de reprocesamiento. Durante la primera fase, se aplicó una prueba diagnóstica al personal para valorar el nivel de conocimientos acerca de reprocesamiento. En la segunda fase, se realizó la visualización directa de cada uno de los pasos y subpasos de reprocesamiento, registrándolos en una ficha de observación. Finalmente, se analizaron y tabularon los datos, para evaluar el nivel de cumplimiento del proceso, según una escala de intervalos aplicada por los autores. **RESULTADOS:** El personal del área de endoscopia digestiva posee un alto nivel de conocimientos respecto al tema. En los pasos de prelimpieza, pruebas de fuga, desinfección y almacenamiento se obtuvo el 100% de cumplimiento y en el proceso de limpieza un 79,36% por falta de recursos en la unidad. **CONCLUSION:** El cumplimiento de todos los pasos de reprocesamiento manual de endoscopios puede ofrecer un reúso seguro entre pacientes.

CÁNCER EN LA ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL: ¿SON TODOS LOS MISMOS EN LA VISIÓN ENDOSCÓPICA? TEN CUIDADO CON UN PATRÓN MUCOSO VELLOSO (PMV)!!!

Cimmino, D^{1,2}; Mora Nuñez, A^{1,2}; Bentolila, F^{1,2}; Mella, J^{1,2}; Gomez, E^{1,2}; Panigadi, N^{1,2}; Roel, M^{1,2}; Pedreira, S^{1,2}; Boerr, L^{1,2}

(1)Endoscopia Digestiva, Hospital Alemán. Buenos Aires, Argentina. (2)Gastroenterología, Hospital Alemán. Buenos Aires, Argentina.

Introducción: Los pacientes con enfermedad inflamatoria intestinal (EII) tienen un mayor riesgo de desarrollar cáncer colorrectal (CCR), a pesar de estar en programas de vigilancia con colonoscopias periódicas, además estos pacientes tienen tres veces más posibilidades de tener cáncer de intervalo que la población general. **Objetivos:** Informar una serie de casos de pacientes con CCR invasivo y un patrón mucoso vellosos. **Material y métodos:** Se analizaron los pacientes con colitis ulcerativa de larga evolución que estaban en programas de vigilancia activa y se encontró que tenían un PMV asociado con CCR invasivo. Un PMV se definió como un área focal o difusa de la mucosa colónica con aspecto vellosos. Las lesiones colónicas se clasificaron utilizando la clasificación de París. El patrón mucoso se evaluó usando la clasificación de Kudo. **Resultados:** Presentamos 3 pacientes con colitis ulcerosa (CU) que tenían un PMV. **CASO 1:** Masculino de 44 años, tenía una lesión plana, ligeramente elevada (0-IIa), con patrón de mucoso III-L, y otra lesión ligeramente elevada, con una depresión central (0-IIa/IIc), sin una clara determinación del patrón mucoso, ambas lesiones se encontraban en un área de PMV. Las biopsias mostraron displasia de alto grado y cáncer. Se realizó proctocolectomía total (PCT) y la patología demostró un CCR T1. **CASO 2:** Femenina de 29 años, presenta una pequeña lesión sésil (0-Is), con patrón mucoso indeterminado, con áreas de PMV. Las biopsias mostraron displasia de alto grado y cáncer. Se realizó PCT y la patología evidenció un CCR T1. **CASO 3:** Masculino de 49 años, con un área focal plana e irregular de PMV, con patrón mucoso indeterminado. Las biopsias mostraron displasia de alto grado. Se realizó PCT y la patología confirmó un CCR T3. Todos estos pacientes tenían al menos cáncer submucoso con invasión parietal profunda en lugar de extensión luminal/mucosa. **Conclusión:** Nuestros casos revelan aspectos bien conocidos sobre el patrón de crecimiento del CCR en la EII: crece en profundidad, debajo de la mucosa, y probablemente lo que vemos es la punta del iceberg. Cuando vemos una área focal o difusa con un PMV, finamente regular o con un aspecto nodular más pronunciado, debemos dirigir las biopsias a estas áreas. Aunque el patrón mucoso de estas lesiones fue difícil de determinar, no se observó un patrón V (amorfo) en ninguna de estas lesiones. El CCR en la EII tiene diferentes manifestaciones endoscópicas, que usualmente encontramos en la detección de pacientes que no tienen EII. Un PMV podría ser una señal endoscópica o un marcador donde deberíamos buscar cuidadosamente las lesiones asociadas con CCR. Cuando se observan lesiones ligeramente elevadas o deprimidas con PMV, se deben realizar múltiples biopsias dirigidas para descartar cáncer. Se necesitan estudios futuros para demostrar el papel real de este hallazgo.

P-87

INTOXICACIÓN POR INGESTA DE ÁCIDO FOSFÓRICO A PROPÓSITO DE UN CASO

Romagnoli, NS¹; Spera, M²; Rosenfeld, J³; Beresten, R⁴; Koziura, C⁴

(1)Endoscopia, Trinidad Ramos Mejía. Buenos Aires, Argentina. (2)Toxicología, Trinidad Ramos Mejía. Buenos Aires, Argentina. (3)Clínica Médica, Trinidad Ramos Mejía. Buenos Aires, Argentina. (4)Anestesiología, Trinidad Ramos Mejía. Buenos Aires, Argentina.

Introducción: El ácido fosfórico es un compuesto químico obtenido de piedras de fosfato en el oeste de Estados Unidos y Florida. Genera daños sobre la salud a corto y largo plazo por su carácter corrosivo. Las formas más comunes de intoxicación son por contacto e inhalación, siendo infrecuente su ingesta. Su estado líquido, sólido o gaseoso depende de la concentración del compuesto. Se utiliza como fertilizante, saborizante en bebidas y limpiador de metales. Una vez ingerido puede producir irritación orofaríngea, esofagagástrica, vómitos, diarrea, dolor abdominal, hemorragia y hasta perforación. **Objetivo:** Presentar un caso clínico de ingesta accidental de ácido fosfórico como causa infrecuente de injuria del tubo digestivo. **Materiales y métodos:** Paciente femenina de 43 años que consulta por odinofagia, epigastralgia, dificultad respiratoria y dolor retroesternal posterior a la ingesta accidental de ácido fosfórico al 85% diluido con agua. **Resultados:** Examen físico: Paciente lúcida, hemodinámicamente estable y afebril. Como dato positivo se constata en la evaluación orofaríngea congestión y edema. **Análisis clínicos:** Leucocitosis leve (11200/ml). Radiografía de tórax frente sin lesiones. Electrocardiograma normal. VEDA (videoescoopia digestiva alta) dentro de las 12 hs del ingreso: Congestión y edema orofaríngeo, esofagitis erosiva clasificación de Zargar II a y gastropatía erosiva de cuerpo y antro. Se le indicó omeprazol endovenoso (20 mg/12hs) y sucralfato 15 ml/6hs. Por buena evolución se le progresó dieta a las 24 hs. **Conclusión:** La intoxicación por cáusticos es un motivo de consulta infrecuente. Como causa accidental la población pediátrica es la más prevalente (94%). Como intento de suicidio predominan mujeres mayores de 60 años, con antecedentes de depresión o psicosis. La intoxicación por ácido fosfórico es infrecuente debido a las medidas de bioseguridad implementadas a nivel mundial. Solo existen reportes de casos aislados en la bibliografía. En el caso de nuestra paciente fue por causa accidental, las lesiones del tubo digestivo fueron leves y evolucionaron sin complicaciones inmediatas. Queda pendiente al momento de la presentación del resumen una VEDA de control y una seriada esofagogastroduodenal.

TRATAMIENTO NEOADYUVANTE Y CIRUGÍA EN CÁNCER GÁSTRICO LOCALMENTE AVANZADO. RESULTADOS PRELIMINARES DE NUESTRA EXPERIENCIA

Travieso, LS¹; Covaro, JA¹; Leiro, FO¹; Ollataguerre, L²

(1)Cirugía General, Hospital general de agudos José María Penna. CABA, Argentina. (2)Servicio de Oncología, Hospital general de agudos José María Penna. CABA, Argentina.

Antecedentes: La resección quirúrgica es el tratamiento de elección del adenocarcinoma gástrico (AG). Los resultados en estadios avanzados siguen siendo muy pobres. Se proponen tratamientos de neoadyuvancia con quimioterapia (QT) por la posibilidad de tratar precozmente las micrometástasis que puedan estar presentes al momento del diagnóstico, incrementar la posibilidad de una resección completa, y mejorar la supervivencia. **Objetivo:** Evaluar los resultados preliminares del tratamiento quirúrgico de pacientes con AG con tumores localmente avanzados que fueron sometidos a tratamiento neoadyuvante. **Lugar de aplicación:** Hospital General de Agudos "José María Penna" (GCABA). **Diseño:** Retrospectivo observacional. **Método:** se evaluaron 33 pacientes con diagnóstico de AG localmente avanzado que recibieron tratamiento neoadyuvante con distintos esquemas basados en MAGIC Trial (ECF: epirubicina, cisplatino y 5-fluoruracilo o EOX: epirubicina, oxaliplatino y capecitabine) desde agosto 2010 hasta agosto 2017. Se realizó una nueva estadificación clínica para observar la respuesta al tratamiento. Definimos la respuesta clínica al tratamiento neoadyuvante como muy buena, buena, o nula dependiendo de: la mejoría de los síntomas, recuperación de peso y la respuesta por imágenes y endoscopia. Se realizó laparoscopia exploradora y lavado peritoneal y de no presentar enfermedad diseminada se procedió a la cirugía resectiva con vaciamiento ganglionar D2 modificado. Se evaluó la resecabilidad tumoral. Se estadificaron los tumores de acuerdo al TNM de la AJCC 2010. Se evaluó la morbimortalidad global perioperatoria. **Resultados:** se analizaron 33 pacientes, 13 mujeres y 20 hombres. El rango de edad fue de 36 a 79 años con una media en 59,5 años. La localización del tumor gástrico fue: proximal 19 pacientes, y distal 14 pacientes. Luego del tratamiento neoadyuvante se observaron las siguientes respuestas clínicas: muy buena 5 (15%), buena 22 (67%), y nula 6 (18%). Fueron resecados 21 pacientes (64%). Se realizaron 19 gastrectomías totales y 2 subtotales y 12 laparoscopías exploradoras sin resección. El promedio de ganglios resecados fue de 18. La morbilidad global fue de 30% y la mortalidad de 3%. Los estadios tumorales fueron: Respuesta Patológica Completa: 2 pacientes (6%), E1: 4 pacientes (12%), E2: 4 pacientes (12%), E3: 11 pacientes (33%), E IV: 12 pacientes (36%). **Conclusiones:** En nuestra experiencia preliminar con tratamiento neoadyuvante y cirugía del Adenocarcinoma Gástrico localmente avanzado observamos un elevado porcentaje de respuesta clínica, con una buena tasa de resecabilidad y cifras de morbimortalidad global baja. Los pacientes no presentaron un correlato histopatológico a la respuesta clínica, observándose alto porcentaje de estadios tumorales avanzados. Aún debemos esperar tasas de supervivencia global y libre de enfermedad para sacar mayores conclusiones.

P-89

EVALUACIÓN DE PREVALENCIA SEROLÓGICA DE ENFERMEDAD DE CHAGAS EN PACIENTES CON ACALASIA

Lema, RY¹; Guzmán, M⁰; Tufare, F⁰; Dulbecco, M⁰; Hanuch, N⁰; Sánchez, A⁰; Villaverde, A⁰

(1)Servicio de Gastroenterología, Hospital San Martín de La Plata. La Plata, Argentina.

Introducción: La Acalasia es una enfermedad de etiología desconocida caracterizada por la destrucción de las células ganglionares inhibitorias esofágicas, llevando a una ausencia de relajación del esfínter esofágico inferior (EEI) y aperistalsis del cuerpo esofágico. En la Enfermedad de Chagas (EC) la infección por el parásito produce en forma secundaria la destrucción del plexo mientérico. El diagnóstico de Acalasia se realiza mediante Manometría Esofágica demostrando la incapacidad de relajación del EEI y aperistalsis en ausencia de obstrucción mecánica. De acuerdo a la clasificación de Chicago v3.0 para Manometría Esofágica de Alta Resolución (MEAR) la misma se clasifica en tres tipos. Existen pocos datos en la bibliografía sobre la prevalencia de Acalasia relacionado a Enfermedad de Chagas en Argentina y sus subtipos. **Objetivo:** Conocer la prevalencia de Enfermedad de Chagas en pacientes con diagnóstico de Acalasia y el subtipo predominante de acuerdo a la clasificación de Chicago para MEAR. **Materiales y métodos:** Estudio descriptivo, transversal, unicéntrico, en el periodo comprendido entre abril 2015 y mayo 2018. Se realizaron 251 MEAR por disfagia no obstructiva en la Unidad de Neurogastroenterología del Hospital San Martín de La Plata. Se analizaron los datos de los pacientes que cumplieron con los criterios de Chicago v3.0 para el diagnóstico de Acalasia, y se evaluó quienes de ellos tenían realizado test serológico para Enfermedad de Chagas. **Técnica:** preparación para manometría ayuno de 8 a 12 horas, se utilizó manómetro de alta resolución con 36 sensores de presión de estado sólido combinado con impedanciometría (Givemaging, Los Ángeles, California), sedación con lidocaína en gel, se colocó al paciente en posición semisentada (elevando cabecera a más de 50 cm). **Resultados:** Se realizaron 251 MEAR, 63 de estos pacientes cumplieron los criterios de Acalasia y de 29 pacientes no se logró obtener información. De un total de 33 pacientes, 28 pacientes (84,8%) presentaron Acalasia Idiopática y 5 pacientes (15,1%) Enfermedad de Chagas. En el grupo de pacientes con AI: el 55% correspondió a Acalasia tipo I, el 37% tipo II y el 7,4% tipo III; en los pacientes con Enfermedad de Chagas el 100% fue tipo I. **Conclusión:** Nuestros resultados muestran que el 15,1% de las Acalasias son secundarias a Enfermedad de Chagas, y el 100% de las mismas corresponden al tipo I según la Clasificación v3.0 de Chicago.

PREVALENCIA DE ADENOMAS COLORRECTALES EN PACIENTES CELÍACOS DE RECIENTE DIAGNÓSTICO

Lasa, J¹; Rausch, A¹; Florez Bracho, L¹; Berardi, D¹; Altamirano, J¹; Zubiaurre, I¹
(1)Gastroenterología, Hospital Británico. Buenos Aires, Argentina.

INTRODUCCION: La enfermedad celíaca ha sido asociada al incremento en el riesgo de desarrollar algunos tumores, como el adenocarcinoma del intestino delgado o trastornos linfoproliferativos. La asociación entre enfermedad celíaca y adenomas colorrectales se ha estudiado previamente, pero dichos estudios han contemplado mayoritariamente pacientes celíacos adultos bajo tratamiento con dieta libre de gluten. Por ende, la pregunta acerca del riesgo de presentar adenomas colorrectales que tienen los pacientes celíacos no tratados no ha sido respondida. **OBJETIVO:** Comparar la prevalencia de adenomas colorrectales entre adultos con diagnóstico reciente de enfermedad celíaca que no han sido expuestos a una dieta libre de gluten al momento de la colonoscopia y adultos no celíacos. **MATERIALES Y MÉTODOS:** Se llevó a cabo un estudio retrospectivo de tipo caso-control. Se incluyeron pacientes con diagnóstico de enfermedad celíaca hecho a los 45 años o más que se realizaron una colonoscopia seis meses antes o después del inicio de la dieta libre de gluten. Asimismo, se enrolaron sujetos asintomáticos que se sometieron a una colonoscopia por pesquisa de neoplasias colorrectales, a razón de 2:1. Se comparó la prevalencia de adenomas colorrectales, su localización así como también la prevalencia de adenomas colorrectales avanzados entre ambos grupos. También se comparó la prevalencia de factores de riesgo para adenomas colorrectales: antecedentes familiares de neoplasias colorrectales, obesidad, tabaquismo, edad, género. **RESULTADOS:** Desde Enero de 2008 hasta Marzo de 2017, se identificaron 49 pacientes celíacos que cumplían con los criterios de inclusión así como 118 controles. El género femenino fue más frecuente en el grupo de celíacos (p=0.001) sin diferencias entre grupos en cuanto a edad, proporción de llegada al ciego en las colonoscopias o calidad en la limpieza colónica. La prevalencia de obesidad fue mayor entre los controles (21.19 vs 2.08%, p=0.02) y por el contrario, el tabaquismo fue más prevalente entre los celíacos (21.25 vs 15.38%, p=0.02). En el análisis univariado, se encontró una diferencia no significativa en términos de adenomas de colon entre celíacos y controles (41.67% vs 27.97%, respectivamente; p=0.08). Los celíacos exhibieron una mayor prevalencia de adenomas de colon izquierdo (35.42 versus 17.8%, p=0.01). No se encontraron diferencias en cuanto a la prevalencia de adenomas avanzados entre grupos. En el análisis multivariado, tanto la edad como la enfermedad celíaca de reciente diagnóstico se asociaron significativamente con un riesgo incrementado de adenomas de colon en general, así como un riesgo incrementado de adenomas de colon izquierdo. **CONCLUSION:** Adultos con diagnóstico reciente de enfermedad celíaca presentaron un riesgo incrementado de adenomas de colon, en particular de localización a nivel del colon izquierdo.

P-91

EFFECTIVIDAD DE LA TERAPIA DUAL (ALTAS DOSIS DE IBP + AMOXICILINA) EN EL TRATAMIENTO ERRADICADOR DEL HELICOBACTER PYLORI

Bravo Vélez, G¹; Fumo, T¹; Doweck, J²; Bori, J²; Bestani, C²; Dulcich, F²; Menendez, G²; Zerbo, O³; Corti, R⁴

(1)Médico Residente, Bonorino Udaondo. Buenos Aires, Argentina. (2)Medico de Planta del Servicio de Esófago y Estomago, Bonorino Udaondo. Buenos Aires, Argentina. (3)Medico de Planta de Endoscopia, Bonorino Udaondo. Buenos Aires, Argentina. (4)Jefe del Servicio de Esófago y Estomago, Bonorino Udaondo. Buenos Aires, Argentina.

INTRODUCCION: Helicobacter Pylori (HP) es una bacteria que afecta alrededor del 50% de la población mundial, identificado como agente causal de la úlcera péptica en más del 90%, además como carcinógeno (Adenocarcinoma gástrico, Linfoma Malt y de células B). En los inicios del tratamiento, se ha utilizado un inhibidor de la bomba de protones (IBP), claritromicina y amoxicilina, la llamada triple terapia, como primera línea de tratamiento en la infección por H.P en todo el mundo. Desafortunadamente la eficacia de este régimen ha disminuido, debido al aumento de la resistencia a los antimicrobianos, en especial Claritromicina. Este fracaso se confirmó en múltiples estudios, en especial de países Asiáticos que muestran efectividad al uso de la misma en un promedio de 75-79%. En los países donde la resistencia a Claritromicina es mayor al 20%, no debe incluirse en el tratamiento. Para el diagnóstico de HP, se han considerado métodos Invasivos (VEDA+Biopsias) y no Invasivos Test de aire espirado TAE (urea C 13 o 14). Por lo tanto, además de la terapia concomitante con y sin bismuto y la terapia con levofloxacina, existe en evaluación la terapia dual a altas dosis. Este estudio es diseñado para determinar la tasa de erradicación en los pacientes con H.P positivo, confirmado con biopsias posterior a VEDA, administrándose dosis altas de IBP (80 mg y sus equivalentes) y Amoxicilina (4 gr día), en pacientes diagnosticados en nuestro Hospital en el período de Septiembre 2015 a Septiembre 2017. **METODOLOGIA:** Se propuso la realización de un estudio observacional prospectivo. **RESULTADOS:** Con la finalidad de determinar la efectividad de la terapia dual a altas dosis, en la erradicación del H.P, se consideró un total de 42 pacientes infectados, 16 hombres (38%), 26 mujeres (62%). 7 pacientes presentaron Epigastralgia (17%), 18 Dispepsia (43%), 6 Epigastralgia y dispepsia (14%) y 11 son asintomáticos (26%). Presentaron efectos secundarios, náuseas 14 pacientes (33%), vómitos 2 (5%), 8 presentaron diarrea (19%) y 18 asintomáticos (43%), pero ninguno suspendió la terapia. De los pacientes infectados por H. P, el TAE fue negativo posterior al tratamiento erradicador en 37 pacientes (88%), 5 pacientes el TAE fue positivo (12%). **CONCLUSIONES:** Se concluye que la terapia dual a altas dosis de IBP+AMOXICILINA, es efectiva en la erradicación del HP en nuestro medio, con una efectividad del 88%, con buena tolerancia y con porcentajes bajo de efectos adversos.

¿CÓMO SE COMPORTA LA UNIÓN GASTROESOFÁGICA EN LOS PACIENTES CON MOTILIDAD ESOFÁGICA INEFECTIVA? ESTUDIO DE CORTE TRANSVERSAL

Argüero, M¹; Cariello, M¹; Herrera, L¹; Gonzalez, M¹; Marcolongo, M¹
(1)Gastroenterología, Hospital Italiano de Buenos Aires. Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina.

INTRODUCCIÓN: La unión gastroesofágica (UGE), compuesta fundamentalmente por el esfínter esofágico inferior (EEI) y la crura diafragmática, puede ser evaluada en forma precisa con la manometría esofágica de alta resolución (MARE). La clasificación de Chicago v3 contempla la presión de relajación integral (IRP). Sin embargo, existen otros parámetros para su evaluación como la presión basal del EEI y el índice de contractilidad de la UGE (IC-UGE). Este último desarrollado recientemente, mide el vigor de la contracción de la unión gastroesofágica en reposo. La motilidad esofágica inefectiva es el trastorno motor del esófago más frecuente. La clasificación de Chicago v3 lo define como ³50% de las degluciones con un DCI <450 mmHg.cm.sec. y no contempla parámetros manométricos de la UGE. **OBJETIVO:** Comparar parámetros manométricos que evalúan la UGE en pacientes con motilidad esofágica inefectiva (MEI) y con motilidad esofágica normal (MEN). **MÉTODOS:** Estudio de corte transversal en el que se incluyeron a todos los pacientes > 18 años con una MARE (MMS estado sólido, 36 sensores) con MEI o MEN. Todos los trazados fueron leídos por el mismo profesional. La presión basal del EEI se midió durante 30 seg en ausencia de tragos, se calculó la media del IRP durante 10 degluciones líquidas y el IC-UGE corregido por la duración de 3 ciclos respiratorios durante el reposo. Se realizó test de tragos múltiples en los casos de MEI. En el análisis descriptivo se expresaron las variables cuantitativas con media y DE y las categóricas en proporción e intervalo de confianza. Se compararon con chi2 y T test, según tipo de variable. Para la longitud del EEI se realizó una regresión lineal cruda y ajustada para contemplar posibles confundidores. **RESULTADOS:** De 83 manometrías analizadas, 36% tuvieron MEN y 30% MEI. El principal motivo de pedido en ambos grupos fue síntomas típicos de enfermedad por reflujo gastroesofágico. Se encontraron las siguientes diferencias significativas entre MEI y MEN: presión basal del EEI (24 vs 32 mmHg; p<0,01), IC-UGE (8,3 vs 22,2 mmHg.cm; p<0,01), longitud del EEI (2,3 vs 2,6 cm; p=0,03 ajustado por sexo y edad; coef -0,4 p=0,02). La prevalencia de hernia hiatal y el IRP (8,4 y 8,5 mmHg) fueron similares en ambos grupos. No hubieron diferencias significativas entre los parámetros antes descriptos, cuando se compararon los subgrupos con y sin reserva muscular esofágica. **CONCLUSIÓN:** El IRP no mostró diferencias entre ambos grupos. Sin embargo, la presión basal del EEI y el IC-UGE fue significativamente menor en los pacientes con MEI. Por lo tanto, además de tener la motilidad esofágica disminuida manejan presiones más bajas a nivel de la UGE, comparado con aquellos que presentaron MEN. Esto podría explicar, en parte, que la motilidad esofágica ineficaz sea un hallazgo frecuente en pacientes con enfermedad por reflujo gastroesofágico. Características demográficas en ambos grupos

	MEI(n=25)	MEN (n=30)
Edad (años)	52 (DE16)	61 (DE 12)
Sexo (% femenino)	52 IC95%(31-72)	70 IC95%(50-85)

P-93

REDUCCIÓN ENDOSCÓPICA DE VOLÚLULOS COLÓNICOS: EFECTIVIDAD Y PRONÓSTICO

Mora Núñez, A^{1, 2}; Mella, J^{1, 2}; Bentolila, F^{1, 2}; Gómez, E^{1, 2}; Pereyra, L^{1, 2}; Gonzalez, R^{1, 2}; Roel, M^{1, 2}; Panigadi, N^{1, 2}; Fischer, C^{1, 2}; Pedreira, S^{1, 2}; Cimmino, D^{1, 2}; Boerr, L^{1, 2}

(1)Endoscopia Digestiva, Hospital Alemán. Buenos Aires, Argentina. (2)Gastroenterología, Hospital Alemán. Buenos Aires, Argentina.

Introducción: Los vólvulos colónicos son una causa relativamente poco frecuente de obstrucción intestinal. Las terapias disponibles implican la reducción endoscópica (RE) y/o quirúrgica. La efectividad y el pronóstico de la RE no están bien establecidos. **Objetivos:** Evaluar el pronóstico de los pacientes que se presentaron con vólvulo de colon en el servicio de urgencias y en los que inicialmente se trató con RE, y evaluar los factores predictivos de fracaso del tratamiento e indicación de la cirugía en el seguimiento. **Materiales y métodos:** Se revisaron las historias clínicas de pacientes que acudieron al servicio de urgencias con un diagnóstico de vólvulo que inicialmente fueron tratados endoscópicamente, se evaluaron estos casos desde el 2010 al 2017. Se recogieron las características de los pacientes, hallazgos endoscópicos y la efectividad de la RE. La RE se consideró eficaz cuando los síntomas y la distensión abdominal desaparecieron después del procedimiento. La recaída del vólvulo y la necesidad de un nuevo tratamiento endoscópico o quirúrgico también se recopiló durante el seguimiento. Se realizó un análisis multivariado para evaluar los predictores de recaída. El análisis de Kaplan-Meier se realizó para evaluar la probabilidad de estar libre de cirugía o de una nueva RE a lo largo del tiempo. **Resultados:** 15 pacientes (9 mujeres) se presentaron con vólvulo de colon e inicialmente fueron tratados con RE. La edad promedio fue de 71.6 ± 20 años. Todos ellos informaron dolor abdominal y distensión abdominal, y el vólvulo del colon se diagnosticó mediante una TC. La Tabla 1 muestra las características de los pacientes. La ubicación del vólvulo estaba en sigma en todos los casos. El hallazgo endoscópico más común fue el colon envuelto; 4 pacientes tenían signos de daño mucoso: erosiones y petequias (n=3) y necrosis (n=1). La RE fue exitosa en 12/15 pacientes (80% CI95 51-95); los 3 restantes requirieron cirugía y uno de ellos murió de peritonitis abdominal y shock séptico. El seguimiento medio fue de 34,6 meses. 3 de 12 pacientes tratados con éxito con RE tuvieron una recaída de vólvulo después de 6, 24 y 156 meses; 2 de ellos fueron tratados con éxito con una nueva RE y uno requirió cirugía. La Figura 1 muestra la probabilidad de estar libre de nuevo vólvulo colónico a lo largo del tiempo después del primer intento exitoso de RE; el 75% de los pacientes que inicialmente se trataron con éxito con una RE permanecieron libres de enfermedad en el último seguimiento. Aunque no fue estadísticamente significativa, la historia de megacolon se asoció con un OR 2.62 (0.29-64) para cirugía y un OR 3.5 (0.40-80) para una necesidad de nueva RE, y la presencia de daño a la mucosa se asoció con un OR 2.75 (0.30-17) para cirugía. **Conclusiones:** La RE para el vólvulo del colon es una opción terapéutica efectiva. Sin embargo, la probabilidad de recaída sigue presente y solo el 75% de los pacientes estaría libre de enfermedad en el seguimiento.

Tabla 1: Características de los pacientes:

	Pacientes con vólvulos colónicos (n=15)
Edad - años (rango)	72 (37-96)
Historia de cirugía abdominal	4 (26.66% IC 7-55)
Historia de constipación crónica	8 (53.33% IC 26-78)
Historia de megacolon crónico	8 (53.33% IC 26-78)
Historia de uso de medicamentos opioides	10 (66.66% IC 38-88)

VARIACION DE LA PRESIÓN DEL ESFÍNTER ESOFÁGICO INFERIOR LUEGO DE LA GASTRECTOMÍA EN MANGA. RESULTADOS PARCIALES

Pascual, JM⁽¹⁾; Carbone, P⁽¹⁾; Muñoz, L⁽¹⁾; Ferrari, A⁽¹⁾; Piñero, G⁽¹⁾; Trevizan, V⁽¹⁾; Galimberti, A⁽¹⁾; Bulaty, S⁽¹⁾; Jaureguizar, F⁽¹⁾; Yocco, G⁽²⁾; Dominguez, MJ⁽²⁾; Nasurdi, A⁽²⁾; Berli, D⁽²⁾; Tanno, M⁽²⁾; Tanno, F⁽²⁾; Vorobioff, J⁽¹⁾; Ruffinengo, O⁽¹⁾; Bessone, F⁽¹⁾

(1)Gastroenterología, Hospital Centenario. Rosario, Argentina. (2)Unidad Interhospitalaria de Obesidad Mórbida, Hospital Centenario. Rosario, Argentina.

Introducción: La gastrectomía en manga es una técnica quirúrgica ampliamente utilizada en la actualidad para en tratamiento de la obesidad. Con este método se modifica la anatomía de la unión esófago-gástrica y en consecuencia algunos pacientes pueden experimentar síntomas de reflujo gastro-esofágico. Los datos disponibles en la actualidad sobre este tópico son limitados y contradictorios. **Objetivos:** determinar si existen variaciones significativas en la presión de esfínter esofágico inferior (EEI) a los 6 meses de realizada la gastrectomía en manga y su correlación con síntomas de reflujo. **Materiales y métodos:** Estudio prospectivo, observacional. Se incluyeron pacientes obesos sometidos a gastrectomía en manga en el Hospital Provincial del Centenario de la ciudad de Rosario entre enero de 2016 y diciembre de 2017. Se les realizó manometría esofágica convencional la semana previa a la cirugía y a los 6 meses de la misma. A todos se les realizó el cuestionario GERD Q para valorar de forma estandarizada los síntomas de reflujo, antes y 6 meses después de la intervención quirúrgica. Las variables cuantitativas se resumen a través de los valores mediana, mínimo y máximo y las variables cualitativas a través de frecuencias absolutas y relativas. La comparación de las medianas de la presión del esfínter esofágico inferior previo a la cirugía y a los 6 meses de esta, se realizó a través de la prueba de los rangos con signo de Wilcoxon. La correlación entre el descenso de la presión del esfínter esofágico inferior y de GERD Q se analizó a través del coeficiente de Spearman. Los valores $p < 0.05$ fueron considerados estadísticamente significativos. **Resultados:** Se analizaron hasta el momento los datos obtenidos de 10 pacientes operados en nuestra institución, 9 de sexo femenino. Las presiones del EEI variaron en un rango de 9 a 39mmHg en el pre operatorio y 4 a 17,3mmHg en el postoperatorio. Luego de 6 meses de la cirugía se observó un descenso en la presión del esfínter esofágico inferior. La mediana de las diferencias en la presión resultó igual a 6,35 y este valor resultó estadísticamente significativo, ($p: 0,022$) con intervalo de confianza de 95%(2,97-11, 17). El coeficiente de correlación entre las diferencias de las presiones del EEI y las diferencias del GERD Q pre y post operatorios no resultaron estadísticamente significativos ($p: 0,601$). **Conclusión:** En la pequeña muestra presentada se observó un descenso significativo en la presión del EEI luego de la gastrectomía en manga, pero dicha diferencia no se asoció con un aumento significativo en los síntomas de reflujo gastroesofágico.

P-95

USO DEL PRUCALOPRIDE EN EL ESTREÑIMIENTO CRÓNICO INDUCIDO POR EL USO DE OPIOIDES, EN UNA POBLACIÓN AMBULATORIA

Campitelli, EH^(1,2); Sivanto, M^(3,4); Cittadini, J⁽⁵⁾

(1)Gastroenterología, Aeronáutico Central. CABA, Argentina. (2)Endoscopia, Centro Privado de Cirugía y Coloproctología. CABA, Argentina. (3)Anestesia, Centro Privado de Cirugía y Coloproctología. CABA, Argentina. (4)Tratamiento de Dolor, Instituto Argentino de Diagnóstico. CABA, Argentina. (5)Coloproctología, Centro Privado de Cirugía y Coloproctología. CABA, Argentina.

El uso de opioides para el tratamiento del dolor crónico se ha incrementado. Uno de los efectos adversos más frecuentes es el estreñimiento crónico (EC). Algunos procinéticos pueden ser efectivos en su tratamiento. **Objetivo.** Evaluar el efecto del prucalopride, agonista 5 HT₄ en comparación con la lactulosa y el bisacodilo para revertir el EC. **Material y métodos.** Estudio prospectivo aleatorizado, se incluyeron 50 pacientes en el grupo prucalopride y 50 en el grupo lactulosa/bisacodilo. Se trataron por cuatro semanas y se los evaluó con escala visual de Bristol (EB) y encuesta de calidad. El objetivo primario fue lograr un movimiento intestinal completo semanal y el objetivo secundario evaluar efectos adversos y seguridad del tratamiento y más de un movimiento intestinal completo semanal. **Resultados.** Luego de 4 semanas de tratamiento, el prucalopride demostró ser seguro y eficaz. Presentó una diferencia estadísticamente significativa al grupo lactulosa/bisacodilo, ($X^2 = 4,058$ y $p < 0.05$) en el tratamiento de la EC, no hubo diferencias significativas en la respuesta por edad y sexo en ambos grupos y no hubo pacientes que hayan abandonado el tratamiento por efectos adversos. **Conclusiones.** Los resultados han mostrado al prucalopride, como seguro y eficaz en el tratamiento del EC secundario a opioides. Dado el tamaño de la muestra, estos hallazgos deberían ratificarse con nuevos estudios que incrementen el número de pacientes. **Palabras claves:** Prucalopride, bisacodilo, opioides, estreñimiento crónico, agonista 5HT₄.

P-96

INFECCIÓN POR CLOSTRIDIUM DIFFICILE. ANÁLISIS CLÍNICO-EPIDEMIOLOGÍA EN UNA POBLACIÓN HOSPITALARIA

Fugazzotto de la Cruz, JJ⁽¹⁾; Fernández, G⁽¹⁾; Martínez, I⁽²⁾; Notari, L⁽¹⁾; Trucco, A⁽¹⁾; Colombo, P⁽¹⁾

(1)Servicio de Gastroenterología, Complejo Medico Policial Churrucá Visca. CABA, Argentina. (2)Servicio de Bacteriología, Complejo Medico Policial Churrucá Visca. CABA, Argentina.

Introducción: C. difficile (CD) es una bacteria toxigénica anaeróbica que causa colitis infecciosa severa que conduce a una importante morbilidad y mortalidad. La incidencia de la infección por C. difficile a nivel mundial es variable, pero en general ha ido en aumento hasta aproximadamente 15 casos/1.000 altas hospitalarias y 20 casos/100.000 personas-año en la comunidad. **Objetivo:** Analizar los datos clínicos-epidemiológicos de los casos confirmados de infección por CD en nuestro centro. **Materiales y métodos:** Estudio retrospectivo descriptivo en la población hospitalaria durante el año 2017 del Complejo Medico Policial Churrucá Visca. Se incluyeron pacientes con infección por CD confirmada mediante la detección en materia fecal de enzima glutamato deshidrogenasa (GDH) positiva más toxinas A/B positivas o mediante la positividad de GDH e imagen endoscópica compatible con la patología. Se subdividieron a los pacientes según gravedad de la infección en leve a moderada, severa y severa complicada. Se excluyeron los pacientes que presentaron GDH positiva y toxina negativa. Los datos fueron obtenidos del registro informático de Bacteriología e historia clínica informatizada. **Resultados:** Durante el año 2017 se confirmaron 10 casos de infección por CD. El 70% (7) eran hombres, la edad media fue de 50,6 años (6 - 88 años). En el 70% (7) de los casos la infección fue adquirida durante la internación. Todos presentaban algún factor predisponente como antibioticoterapia previa (8, 80%), postoperatorio inmediato (4, 40%), enfermedad renal crónica (4, 40%) y terapia inmunosupresora (4, 40%). Los antibióticos relacionados con la infección fueron betalactámicos (50%) y glucopéptidos (40%). La signosintomatología más frecuentemente registrada fue diarrea y fiebre (80% de los pacientes). Dos pacientes (20%) presentaron enfermedad severa y 3 pacientes (30%) enfermedad severa complicada. Todos los pacientes recibieron antibioticoterapia, el 80% (8) de los casos metronidazol vía oral y el 20%(2) vancomicina vía oral. El 60% (6) de los pacientes requirió tratamiento combinado. Un paciente (10%) recibió enemas de vancomicina por íleo y luego requirió colectomía total por megacolon tóxico. La recurrencia de infección se presentó en un paciente (10%) y la mortalidad fue de 10% (1 paciente). **Conclusiones:** La infección por CD en nuestro centro tiene una incidencia de 10 casos/16000 altas hospitalarias, baja con respecto a la bibliografía. El uso de antibioticoterapia previa fue la causa de mayor predisposición. En nuestra serie encontramos una incidencia elevada en pacientes internados lo cual nos obliga a mantener una vigilancia en las poblaciones de riesgo para realizar detección, aislamiento y tratamiento oportuno. Se debe considerar descartar mediante técnica molecular para la detección del gen de toxinas A/B o cultivo en aquellos pacientes con GDH positiva aislada y toxinas A/B negativa.

P-97

PREVALENCIA DE TUBERCULOSIS GASTROINTESTINAL EN EL HOSPITAL POSADAS EN EL PERIODO 2014-2018

Castillo Preciado, HF⁽¹⁾; Milano, MC⁽¹⁾; Conlon, C⁽¹⁾; Spiazzi, R⁽¹⁾; Codd, JC⁽¹⁾; Bonfanti, M⁽²⁾; Heres, M⁽³⁾; Borda, ME⁽⁴⁾; Asquineyer, Y⁽³⁾

(1)Gastroenterología, Hospital Profesor Alejandro Posadas. El Palomar, Argentina. (2) Anatomía Patológica, Hospital Profesor Alejandro Posadas. El Palomar, Argentina. (3)Neumología, Hospital Profesor Alejandro Posadas. El Palomar, Argentina. (4)Epidemiología, Hospital Profesor Alejandro Posadas. El Palomar, Argentina.

INTRODUCCION: La Tuberculosis (TBC) Intestinal es una enfermedad que causa infecciosa producida por el Micobacterium Tuberculosis. Debido a que en ocasiones carece de manifestaciones analíticas y clínica específicas y a la presencia de características similares endoscópicas con otras entidades más frecuentes como la Enfermedad de Crohn, hace considerar que esta patología sea un reto diagnóstico. La Tuberculosis Gastrointestinal representa del 3- 5% de los casos extra pulmonares. Dentro de la localización gastrointestinal la región ileocecal representa un 85%. Las formas de presentación endoscópicas más frecuentes son: úlceras, pólipos, divertículos e hipertrofia. **OBJETIVO:** Reportar serie de casos de Tuberculosis Gastrointestinal en la población adulta inmunocompetente en un Hospital Público el cual representa el segundo lugar de denuncias en el país. **MATERIALES Y MÉTODOS:** Se realizó un estudio retrospectivo descriptivo con el objetivo de identificar la prevalencia de tuberculosis intestinal en el periodo comprendido desde junio de 2014 a mayo de 2018 en nuestro Hospital. La obtención de datos se efectuó por historia clínica y denuncia obligatoria. Se analizan variables como la distribución por edad y sexo, compromiso pulmonar, signos y síntomas más frecuentes, métodos diagnósticos utilizados, localización más afectada del tracto gastrointestinal y respuesta al tratamiento antifímico. **RESULTADOS:** En nuestro Hospital en el periodo descripto se notificaron 948 casos de Tuberculosis de los cuales el 3,4% corresponden a tuberculosis gastrointestinal, con una relación hombre/mujer 2:1, predominando el rango de edad entre 25-45 años, con mayor afectación en región ileocecal. Observamos también que dentro de la población de pacientes con TBC un 4% fue diagnosticado clínicamente y tratado como TBC intestinal sin haber realizado los estudios bacteriológicos correspondientes. Esta observación nos permitió afirmar que la afectación gastrointestinal sería superior a la denunciada. **CONCLUSIÓN:** En nuestro establecimiento demostramos que existe una prevalencia de TBC intestinal superior a la media estipulada en la literatura médica. Esto se refleja por los altos índices de migración y la precariedad de las condiciones de vida.

¿EN LOS NIÑOS CON LARINGITIS RECURRENTE CORRESPONDE TRATAMIENTO CON INHIBIDORES DE BOMBA DE PROTONES ANTES DE ESTUDIAR EL REFLUJO GASTROESOFÁGICO?

Fanjul Regueira, LA^(1,2); Rovati, N⁽¹⁾; Cohen Sabban, J⁽¹⁾; Lifschitz, C⁽¹⁾; Orsi, M⁽¹⁾

(1)Gastroenterología, Hepatología y Trasplante Hepato Intestinal Pediátrico, Hospital Italiano de Buenos Aires. Capital Federal, Argentina. (2)Capital Federal.

Introducción

Es una práctica habitual el uso de inhibidores de bomba de protones (IBP) en niños con laringitis recurrente (LR) ante la simple presencia de compromiso aritenoidal, asumiendo al reflujo gastroesofágico (RGE) como agente causal. Aunque en las guías 2009 yase remarcaba que la LR es la manifestación extradigestiva con menor relación con RGE patológicos, medicar estos pacientes sin evidencia clara de RGE aún es una práctica habitual. Objetivo: Evaluar si los hallazgos positivos en la rinofibrolaringoscopia (RFL) se correlacionan con valores patológicos de RGE en la Impedanciometría Intraluminal Multicanal -pHmetría de 24 horas. (IIM-pH). Materiales y Métodos: Se realizó revisión retrospectiva de los trazados de los IIM-pH de niños con LR (más 2 a 3 episodios por año) derivados para estudio de RGE entre 2010- 2016 por presentar RFL patológica (Clasificación de Remes-Troche JM et al 2010). En las IIM- pH se valoró: número total de episodios ácidos, no ácidos, clearance del bolo, ascenso a canales superiores y correlación sintomática (SAP/SI). Se dividió a la población en dos grupos: GI: ambos estudios patológicos (RFL e IIM-pH) y GII: RFL patológica e IIM-pH normal. Se utilizó T test como método estadístico. Resultados: Fueron evaluados los trazados de 29 pacientes (12 niñas). La media de edad fue de 6.89 años (rango 2-17). GI: 11 niños (37.9%) G II: 18 niños (62.1%). Conclusiones: En niños con compromiso laríngeo demostrado, la evidencia de reflujo gastroesofágico patológico resultó escasa. En los pocos casos positivos se observó: mayor tiempo de clearance del bolo, más episodios ácidos con ascenso a canales proximales. Según estos hallazgos, el uso tan corriente de IBP no parece responder a los mecanismos subyacentes en esta asociación. Análisis de los pacientes

	RFL y pH-IIM patológica (G1 (11))	RFL patol y pH-IIM normal GII (18)	P
Total episodios de RGE	54.73±21.25	43.78±18.84	0.159
RGE ácidos	40.18±19.54	26.76±15.6	0.051
RGE no ácidos	14.55±6.09	16.78±9.99	0.511
TCB	130.18±120.95	55.39±38.84	0.05
Canales proximales Ácidos	25.0±20.40	12.11±9.6	0.029
Canales proximales No ácidos	6.18±4.56	9.16±6.45	0.134

P-99

EVALUACION DE LA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO EN PACIENTES CON ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL EN ARGENTINA: UN ESTUDIO MULTICENTRICO

Correa, G⁽¹⁾; Fuxman, C⁽²⁾; Garbi, L⁽¹⁾; Lasa, J^(3,4); Linares, ME⁽⁵⁾; Lubrano, P⁽⁶⁾; Olivera, P⁽⁶⁾; Rausch, A⁽³⁾; Toro, MA⁽⁷⁾; Yantorno, M⁽¹⁾; Zubiaurre, I⁽³⁾

(1)Gastroenterología, (1) Hospital Interzonal General de Aguados "General José de San Martín. La Plata, Argentina. (2)Gastroenterología, Hospital Universitario Fundación Favaloro. Buenos Aires, Argentina. (3)Gastroenterología, Hospital Británico. Buenos Aires, Argentina. (4)Gastroenterología, CEMIC. Buenos Aires, Argentina. (5)Gastroenterología, Hospital de Clínicas. Buenos Aires, Argentina. (6)Gastroenterología, Sanatorio Mater Dei. Buenos Aires, Argentina. (7)Gastroenterología, Hospital Universitario de Cuyo. Mendoza, Argentina.

INTRODUCCION: La falta de adherencia al tratamiento es un problema frecuente en enfermedades crónicas como la Enfermedad Inflamatoria Intestinal. Dado que la adherencia al tratamiento puede estar vinculada al riesgo de recaída sintomática, el poder identificar factores asociados a la falta de la misma podría ser de utilidad para prevenir dichas recaídas. **OBJETIVO:** Determinar la adherencia inadecuada a medicaciones orales y parenterales en pacientes con Enfermedad Inflamatoria Intestinal e identificar variables asociadas con la falta de adherencia. **MATERIALES Y METODOS:** Se llevó a cabo un estudio de corte transversal multicéntrico en siete centros de referencia de tres ciudades de la Argentina. Se invitó a participar a pacientes con diagnóstico de Colitis Ulcerosa o Enfermedad de Crohn enviándoles un cuestionario anónimo que incluía la Escala de Adherencia a la Medicación de Morisky de 8 puntos así como una escala de tipo Likert de 5 puntos como para evaluar la adherencia a terapias biológicas parenterales. Se recopilaron en cada caso los siguientes datos: edad, género, años de evolución desde el diagnóstico, nivel de educación, tipo de cobertura médica, tabaquismo, requerimiento de cirugía, requerimiento de internación por su patología de base, número de visitas anuales al gastroenterólogo, percepción de acceso fácil a la consulta, uso de correo electrónico para consultas, satisfacción con la atención médica recibida, uso de otras medicaciones crónicas. Se evaluaron la adherencia y factores vinculados a la misma para el caso del consumo de aminosalicilatos, tiopurinas y biológicos. **RESULTADOS:** Se incluyeron 447 pacientes con Colitis Ulcerosa y 135 pacientes con Enfermedad de Crohn. La mediana de edad fue de 37 años (21-72), 39.86% fueron hombres. La mediana de tiempo desde el diagnóstico fue de 6 años (0.5-35). El 91.41% recibía tratamiento con alguna medicación oral. La mala adherencia fue más evidente en el caso del consumo de aminosalicilatos (52.21%). Factores independientes asociados a la mala adherencia a aminosalicilatos fueron el uso de otras medicaciones crónicas [OR 1.49 (1.02-2.25)] y la falta de percepción de comunicación fácil con el médico tratante [OR 1.67 (1.1-2.95)]. La mala adherencia a tiopurinas fue reportada en el 40.25% de los casos; la falta de percepción de comunicación fácil con el médico tratante [OR 1.2 (1-5.8)] y el tabaquismo [OR 3.75 (1.53-9.17)] se asociaron de manera significativa a la mala adherencia a tiopurinas. En cuanto a la terapia con biológicos, el 21.8% reportó una mala adherencia; la administración subcutánea se asoció de manera significativa a la mala adherencia a la misma [OR 4.8 (1.57-14.66)]. **CONCLUSION:** La mala adherencia al tratamiento crónico es un hallazgo frecuente entre pacientes con Enfermedad Inflamatoria Intestinal, especialmente para el caso de los tratados con aminosalicilatos.

P-100

UNIDAD DE ENFERMEDAD INFLAMATORIA: PRIMERA EXPERIENCIA EN LA PROVINCIA EN HOSPITAL PÚBLICO

koll, I⁽¹⁾; Viñuela, C⁽¹⁾; Torres, A⁽¹⁾; Victoria, R⁽¹⁾; Leiva, L⁽¹⁾; Jorge, O⁽¹⁾; Adi, J⁽¹⁾

(1)Servicio Gastroenterología, Hospital Lagomaggiore. Mendoza, Argentina.

INTRODUCCIÓN: La enfermedad inflamatoria intestinal (EII) tiene un gran impacto en los cuidados de salud de los pacientes, el desempeño social y la calidad de vida. El óptimo cuidado de estos pacientes logra la remisión y evita las complicaciones relacionadas con la enfermedad y el tratamiento permitiendo a estos pacientes reinserirse social y laboralmente. Las Unidades de EII y el trabajo interdisciplinario suponen una mejora sustancial en la calidad del servicio percibido al igual que la optimización costoefectiva de los recursos. **OBJETIVO:** Describir los resultados obtenidos como primera experiencia desde la formación de la Unidad de EII en nuestro hospital comparado con registros previos. **MATERIAL Y MÉTODO:** Estudio retrospectivo, protocolizado y observacional comprendido en dos periodos; desde Enero de 2011 a Abril de 2014 y desde Abril del 2014 hasta Abril del 2018 incluyendo a todos los pacientes con EII atendidos en el Servicio de Gastroenterología. Método estadístico: medidas de tendencia central, medidas de dispersión, χ^2 y test de student. **RESULTADOS:** Se incluyeron en el primer periodo 35 pacientes de los cuales 34 fueron colitis ulcerosa (CU) y 1 paciente Enfermedad de Crohn (EC) Del total, 20 (57%) continuaron en seguimiento en el segundo periodo, agregándose 71 casos nuevos de CU y 12 casos nuevos de EC. El número total de pacientes en seguimiento en el segundo periodo fue de 103. En el primer periodo 5 pac (14,2%) tuvieron al menos 4 consultas anuales en cambio en el segundo periodo fue de 82 pac (79,6%) $P < 0,05$. Requiriendo internación 14pac (40%) en el primer periodo y 22 pac (21,3%) en el segundo $p = 0,030$. Respecto al tratamiento quirúrgico, se realizaron en el primer periodo, 3 (8,55%) cirugías de urgencia (1 por perforación y 2 por falta de respuesta al tratamiento médico) y 1(2,8%) electiva; y en el segundo, 1 (0,975%) de urgencia por perforación en CU y 4 (3,88%) cirugías en EC (2 estenosis de intestino delgado y 2 enfermedades perianales) respectivamente PNS. Se detectó adenocarcinoma en 2(5,7%) pacientes en el primer periodo y en 1(0,97%) en el segundo. En relación al tratamiento, 1 paciente con CU, recibió ciclosporina y 2 (5,75%) pacientes terapia biológica (CU= 1 y EC=1) en el primer periodo; y en el segundo, se utilizó biológicos en 20 (19,4%) pacientes (CU=13 y EC=6)- $P = 0,056$. En el primer periodo fallecieron 2 pacientes en el posquirúrgico inmediato y en el segundo no se registró ningún óbito. **CONCLUSIÓN:** El abordaje de los pacientes con EII por la Unidad de Enfermedad Inflamatoria en nuestro hospital mostró un incremento en la detección de casos nuevos, el uso de nuevas terapéuticas con estricto monitoreo de las mismas asegurando la continuidad del tratamiento, la contención de los pacientes y la prevención de las complicaciones.

P-101

EXPERIENCIA EN EL TRATAMIENTO DE LA INCONTINENCIA ANAL CON BIOFEEDBACK

Milito, D⁽¹⁾; Facio, L⁽¹⁾; Furia, M⁽¹⁾; Pascual Russo, A⁽¹⁾

(1)Motilidad, Udaondo. CABA, Argentina.

Introducción. La incontinencia anal (IA) es la pérdida no intencional de materia fecal sólida, líquida y/o gases. La prevalencia entre hombres y mujeres es similar. Su diagnóstico es clínico y se complementa con pruebas de manometría anorrectal. El score de Wexner es una de las alternativas para medir la severidad de la IA y su puntaje se debe a la frecuencia en la presentación de los siguientes ítems: incontinencia a materia fecal sólida, líquida y gases, percepción del escape, uso de apósitos y afectación de la calidad de vida. Se clasifica en cuatro grados (leve a severo). Una de las primeras líneas de tratamiento en la IA es la indicación de biofeedback (BFK) que consiste en la realización de ejercicios que permiten reforzar los músculos del suelo pélvico y mejorar la sensorialidad rectal. **Objetivos.** A. Analizar la respuesta al tratamiento con BFK en pacientes con IA mediante la utilización del score de Wexner pre y post tratamiento. B. Identificar las variables asociadas a una respuesta eficaz al tratamiento con BFK en pacientes con IA. **Material y métodos.** Se incluyeron de manera retrospectiva pacientes con diagnóstico de IA que completaron 6 sesiones de tratamiento con BFK en la unidad de motilidad del Hospital de Gastroenterología "Dr. Carlos Bonorino Udaondo" durante el periodo comprendido entre el 1 de Marzo del 2015 al 1 de marzo del 2018. Se analizaron las características clínicas, proctológicas y funcionales de todos los pacientes. Se evaluaron las siguientes variables en relación a la respuesta al tratamiento: edad, sexo, duración de los síntomas, antecedentes quirúrgicos y de trauma obstétrico, presión del esfínter anal externo (EAE) y score de Wexner al inicio del tratamiento. Se consideró respuesta clínica eficaz a la disminución de al menos un grado en el score de Wexner post tratamiento con respecto al de inicio. **Resultados.** Un total de 41 pacientes finalizaron las 6 sesiones de BFK estipuladas para el tratamiento de la IA. 33 pacientes eran mujeres (80.5%). La mediana de la edad fue 60 años. La tasa de respuesta eficaz fue del 80.5% (33 de 41). El 92.3% de las pacientes con antecedentes de trauma obstétrico respondieron eficazmente al tratamiento. Los pacientes que iniciaron BFK con un score de Wexner grave y severo tuvieron mejor respuesta que aquellos que iniciaron con score moderado, 86.7% vs 63%. No existió diferencia significativa en la respuesta a BFK entre aquellos pacientes con EAE hipotónico de inicio vs aquellos con una presión normal del EAE. El resto de las variables estudiadas tampoco mostraron significancia estadística ($p = n/s$). **Conclusiones:** El antecedente de factores obstétricos y un score de Wexner grave-severo de inicio fueron variables que influyeron en el éxito del tratamiento con BFK en pacientes con IA. Asimismo, el BFK es un tratamiento eficaz aún en pacientes con EAE hipotónico y debería ser la primera línea de tratamiento en todos los pacientes con IA.

IMPACTO EN LA FUNCIÓN ANORRECTAL LUEGO DE LA ESTRATEGIA WATCH AND WAIT EN PACIENTES CON CÁNCER DE RECTO. ESTUDIO PILOTO

Pascual Russo, A⁽¹⁾; Milito, D⁽¹⁾; Facio, L⁽¹⁾; Furia, M⁽¹⁾; Forestier, V⁽¹⁾; Iseas, S⁽²⁾; Coraglio, M⁽³⁾; Lumi, M⁽³⁾; Mauriño, E⁽⁴⁾; Vázquez, H⁽⁴⁾

(1)Motilidad Digestiva, Hospital de Gastroenterología "Dr. Carlos Bonorino Udaondo". CABA, Argentina. (2)Oncología, Hospital de Gastroenterología "Dr. Carlos Bonorino Udaondo". CABA, Argentina. (3)Proctología, Hospital de Gastroenterología "Dr. Carlos Bonorino Udaondo". Caba, Argentina. (4)Departamento de Medicina, Hospital de Gastroenterología "Dr. Carlos Bonorino Udaondo". Caba, Argentina.

Existe una nueva estrategia no operatoria para el tratamiento del cáncer de recto denominada "watch and wait" (WW, observar y esperar) en pacientes que presentan respuesta clínica completa posterior al tratamiento neoadyuvante. Hasta el momento son pocas las publicaciones acerca de la calidad de vida y la función evacuatoria, sexual, urinaria, social y psíquica de los pacientes que están bajo esta estrategia. Objetivo: evaluar la función anorrectal y la calidad de vida en los pacientes tratados por cáncer de recto mediante la estrategia de WW. Diseño del estudio: observacional, prospectivo, de corte transversal. Material y métodos: se incluyeron pacientes mayores de 18 años tratados por cáncer de recto no metastásico mediante la estrategia de WW a partir del 1 de enero de 2013, libres de enfermedad y que hayan cumplido al menos 12 meses de finalizado el tratamiento. A todos los pacientes se les realizó: historia clínica, score de continencia anal de Wexner, cuestionario de calidad de vida de incontinencia anal (FIQL), diario de continencia de 21 días, manometría anorrectal y ecografía endoanal de 360°. Resultados: se incluyeron un total de 20 pacientes, 11 mujeres, edad mediana 60 años (rango: 41-79). El 25% de los pacientes refirió diarrea (n = 5), edad mediana 69 años (rango: 49-79) y el resto hábito evacuatorio normal (n = 15), edad mediana 60 años (rango: 41-74) (p = NS). El 40% presentó incontinencia fecal (n = 8), 45% urgencia defecatoria (n = 9), 20% escape de gases (n = 4), 15% incontinencia urinaria (n = 3), una paciente dispareunia, un paciente tenesmo rectal y otro eyaculación retrógrada. La mediana del score de Wexner fue de 6,5 puntos (rango: 3-14). La media del FIQL fue de 3,6 puntos (rango: 1,4-4), los puntajes más bajos registrados correspondieron a las preguntas referidas al estilo de vida y al comportamiento. La media de los 8 pacientes con incontinencia fecal fue de 3,4 puntos (rango: 1,45-4), sin diferencia significativa comparada con los pacientes sin incontinencia (p = NS). En la manometría anorrectal, el 50% presentó hipotonía del conducto anal (n = 10), el 40% hipersensibilidad rectal (n = 8) y el 40% disinerxia del piso pelviano (n = 9), aunque ningún paciente refirió dificultad evacuatoria. De los 8 pacientes que presentaron incontinencia fecal, en 6 se demostró hipotonía de alguno de los esfínteres anales y en 5 hipersensibilidad rectal. El 50% de los pacientes se realizó la ecografía endoanal (n = 10), el 30% de ellos presentó afinamiento de los esfínteres anales (n = 3) y solo uno refirió incontinencia fecal. Conclusión: el 50% de los pacientes tratados bajo la estrategia de WW presentaría alteraciones de la función anorrectal y no así de su calidad de vida.

P-103

EVALUACIÓN DEL RESULTADO DE TRATAMIENTO DEL HELICOBACTER PYLORI CON CUÁDRUPLE TERAPÉUTICA EN LA UNIDAD DE GASTROENTEROLOGÍA DEL HOSPITAL CARLOS G. DURAND

Kosnicki, MI^(1,2); Brodersen, C⁽¹⁾; Etchepare, S⁽¹⁾; Padin, L⁽¹⁾; Cortinez, E⁽¹⁾; Sproviero, D⁽¹⁾; Doucede, F⁽¹⁾

(1)Gastroenterología, Htal. Carlos G. Durand. CABA, Argentina. (2)CABA.

Introducción: El H. pylori es un bacilo gram negativo, cuyo hábitat natural es el estómago humano. Siempre debe considerarse como un germen patógeno, aun en individuos asintomáticos. Todos los infectados, presentará una gastritis crónica, que con el correr de los años evolucionará a una gastritis atrófica en la mitad de los casos, pudiendo asociarse a metaplasia intestinal. El 10% de los portadores del germen desarrollará una enfermedad ulcerosa péptica y un pequeño porcentaje (1%) adenocarcinoma gástrico o linfoma gástrico (MALT). La alta resistencia del H pylori a la Claritromicina en la Argentina (37%) es el factor de riesgo más importante para el éxito de los esquemas de erradicación. La triple terapia clásica (inhibidor de la bomba de protones (IBP), amoxicilina (AMO) y claritromicina (CLA). Registra en la última década tasas de erradicación inferiores al 60-70%, por lo cual no puede considerarse como tratamiento de primera línea. Objetivo: Observar el grado de erradicación de H. pylori luego de cumplir el tratamiento con cuádruple terapia sin bismuto por 14 días. Métodos: Estudio observacional, prospectivo. Diciembre 2017 a abril 2018. Se incluyeron 45 pacientes (73,3% mujeres) con una edad media de 60 años, e infección por H. pylori constatada por toma de biopsia mediante VEDA. Todos los paciente recibieron tratamiento de erradicación por catorce días con: doble dosis de IBP y dos tomas diarias de: Amoxicilina 1gr; Claritromicina 500 mg; Metronidazol 500mg. Resultados: 41/45 pacientes (91.1%) cumplió el tratamiento en forma completa. Tres pacientes (7,32%) fueron excluidos por presentar náuseas, rash-prurito y dolor abdominal. 35/41 pacientes (85,36%) realizaron el control final de erradicación mediante VEDA con toma de biopsias. Obteniendo una tasa de erradicación en 30/35 de estos pacientes (85.71%). Análisis por intención de tratar, efectividad del 66.66% (30/45). Conclusiones: Este estudio demuestra que la cuádruple terapia sin bismuto por 14 días es una terapia de primera línea efectiva para erradicar H. pylori, con una tasa de erradicación cercana al 90%, al menos en el segmento Poblacional estudiado, que debiera preferirse a esquemas con eficacia por debajo del estándar sugerido.

P-104

ESTUDIO OBSERVACIONAL SOBRE DIAGNÓSTICO Y EVOLUCIÓN DE LA ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL, EN PACIENTES DEL HOSPITAL ITALIANO DE BUENOS AIRES

Ramírez Medinaceli, VJ⁽¹⁾; Etchevers, MJ⁽²⁾; Sanchez, MB⁽²⁾; Mauro, AB⁽¹⁾; Gonzalez, ML⁽¹⁾; De Paula, JA⁽¹⁾; Marcolongo, MM⁽¹⁾

(1)Gastroenterología, Hospital Italiano de Buenos Aires. Buenos Aires, Argentina. (2)gastroenterología, Hospital Italiano de Buenos Aires. Buenos Aires, Argentina.

Introducción. Las enfermedades inflamatorias intestinales (EII), Colitis Ulcerosa (CU) y Enfermedad de Crohn (EC) son entidades de causa multifactorial, crónicas, caracterizadas por inflamación de la mucosa intestinal. En la última década con el avance en la potencia de los tratamientos se ha descrito una tendencia a una mejor evolución de los pacientes. Objetivo principal. Describir severidad y extensión de la EII al diagnóstico y en la evolución en adultos en los últimos 15 años. Diseño. Estudio observacional cohorte retrospectivo. Resultados. Entre 2012 y 2017 se registraron 723 pacientes, 262 fueron excluidos, quedando un total de 461 con EII. 369 (80%) fueron CU y 92 (20%) de EC. En cuanto a la severidad de la enfermedad, se evaluó según requerimiento de internación: 22% al debut y 34% al seguimiento para CU y 48% al debut y 50% al seguimiento para EC. En cuanto a la extensión, el 12% de los pacientes con CU progresaron en la extensión, siendo estable para los pacientes con EC. Los pacientes con EC presentaron un fenotipo benigno inflamatorio al diagnóstico (71%) y al final del seguimiento, 23% evolucionaron con estenosis y 20% con fistula. Se registró un alto índice de corticoddependencia/ corticorresistencia, 45% para CU y 40% para EC. Requiriendo, 39% de las CU y 87% de los EC uso de tiopurinas. Respecto al uso de biológicos, 73 (21%) de las CU requirieron un antiTNF, de estos 18 (29%) pacientes requirieron un segundo anti TNF y 2 (3%) pacientes recibieron tres diferentes, por falla o pérdida de respuesta. 33% de los pacientes luego de haber alcanzado la remisión completa con el biológico por al menos seis meses presentaron recaída. La mediana de tiempo entre el diagnóstico y el inicio de biológicos fue de 3.5 años (RIQ 1-9). En EC, 51 (50%) pacientes recibieron biológicos; 12 (23%) requirieron el uso de dos tipos de biológicos diferentes y 5 (10%) de pacientes requirieron de tres tipos diferentes de biológicos, con una mediana de tiempo entre el diagnóstico y el inicio de esta medicación de 5 años (RIQ 2-10). En cuanto a las cirugías, 15% de las CU y 40% de las EC presentaron intervenciones. Cabe destacar que 35 (10%) pacientes con CU y 5 (5%) con EC, presentaron diagnóstico de displasia/cáncer colo rectal durante la evolución. Conclusión. En este trabajo, vemos cómo a pesar del mayor uso de inmunosupresores y biológicos en los últimos quince años, el porcentaje de internación, corticoddependencia/ corticorresistencia y cirugías en la EII sigue siendo elevado. Se requieren datos prospectivos a fin de establecer la temporalidad entre el uso de medicación potente y las complicaciones de la enfermedad.

P-105

CÁNCER DE PRÓSTATA Y LESIONES COLONICAS AVANZADAS

Ansa, A⁽¹⁾; Lubieniecki, D⁽¹⁾; Padin, L⁽¹⁾; Brodersen, C⁽¹⁾; Graziano, C⁽²⁾; D'Angelo, CA⁽²⁾; Doucede, F⁽¹⁾; Etchepare, S⁽¹⁾

(1)Gastroenterología, Hospital Carlos G Durand. CABA, Argentina. (2)Urología, Hospital Carlos G Durand. CABA, Argentina.

El cáncer de próstata es la segunda neoplasia mas frecuencia en los Estados Unidos. Este tipo de neoplasia es más común en los hombres de edad avanzada, aumentando en la actualidad el diagnostico en pacientes jóvenes.

La supervivencia a largo plazo, la edad avanzada al diagnóstico y el aumento del riesgo de cáncer asociado con la terapéutica del cáncer prostático ha llevado a poner en foco las posibles neoplasias secundarias. Se ha informado que hasta una sexta parte de los pacientes con cáncer de próstata tienen una segunda neoplasia asociada. Surge así, nuestro interés en la relación con el cáncer colorectal y las lesiones colonicas avanzadas, cubriendo la posibilidad de que estas dos neoplasias aumenten sus riesgos entre sí. El objetivo fue determinar el riesgo de adenomas y de lesiones neoplásicas avanzadas (LNA) colo-rectales (adenomas: mayores a 1 cm, 75% de componente vellosa y/o DAG) en pacientes con cáncer prostático. Estudio descriptivo, incluyendo pacientes con diagnóstico de cáncer de próstata mayores de 18 años, a quienes se les realiza una videocolonoscopía (VCC) completa, analizando la anatomía patológica en caso de encontrar lesiones. Se dejó constancia a su vez de comorbilidades del paciente y síntomas que pudiera presentar. El objetivo principal del estudio es analizar las VCC de pacientes con cáncer de próstata para determinar si hay mayor detección de LNA en pacientes con este antecedente. El número final de pacientes que se incluyeron en el presente estudio fue de 35. Dentro de estos pacientes se encontró una relación positiva entre padecer cáncer de próstata y presentar LNA. Presentando un 57,1% de los mismos lesiones de riesgo en la colonoscopia (20 pacientes), mientras que un 42,9% (15 pacientes) no presentaron LNA. Los resultados obtenidos, muestran una relación positiva. Con un aumento del riesgo de lesiones colonicas en los pacientes con diagnostico de cancer de prostata. Al extrapolar los resultados a la bibliografía y las guías nacionales, nos encontramos con que en pacientes en quienes realizamos una VCC en forma preventiva deberíamos lograr una tasa de detección de adenomas de 25%, en este grupo de pacientes se logro una tasa de 45,7%, lo cual apoyaría la hipótesis de que este tipo de pacientes presentan un riesgo aumentado. Otro resultado significativo fue la relacion con las lesiones sesiles, pudiendo plantear que en los pacientes con cancer de prostata este tipo de lesiones tiene mayor probabilidad de ser una lesion avanzada. Otro motivo para tener en cuenta para el seguimiento de estos pacientes. En cuanto a los objetivos secundarios del mismo, no hemos podido encontrar una asociación estadísticamente significativa con las comorbilidades analizadas (HTA, DBT, TBQ, Obesidad) ni con los motivos de consulta de los pacientes al momento del estudio. Solo se pudo observar con significancia la perdida de peso como indicador de lesion colonica avanzada en este grupo de pacientes.

DERMATOSIS NEUTROFÍLICAS: MANIFESTACIÓN EXTRAINTESTINAL DE LA ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL

Giraudó, F^(1,2); Miraglia, E⁽²⁾; Perron, N⁽¹⁾; Leonart, J⁽¹⁾; Maradeo, MR⁽²⁾; Martínez, ER⁽¹⁾; Garbi, ML⁽¹⁾; Yantorno, M⁽¹⁾; Correa, GJ⁽¹⁾; Villaverde, A⁽¹⁾
(1)Servicio de Gastroenterología, HIGA San Martín. La Plata. (2)Servicio de Dermatología, HIGA San Martín. La Plata.

Introducción: el 40% de los pacientes con Enfermedad Inflamatoria Intestinal (EII) presentan manifestaciones extraintestinales. Las dermatosis neutrofilicas, Pioderma Gangrenoso (PG) y Síndrome de Sweet (SS), se consideran manifestaciones extraintestinales reactivas de la EII. El PG se presenta en el 1 al 3% de los pacientes, siendo más frecuente en la colitis ulcerosa (CU) y en mujeres. La correlación entre el PG y la actividad intestinal es aún controversial, generalmente se la considera independiente. El SS es más inusual y no existen datos de prevalencia. Objetivos: describir las distintas características clínicas, endoscópicas, y la respuesta terapéutica de los pacientes con dermatosis neutrofilicas (PG-SS) y EII. Métodos: estudio descriptivo, en serie de casos, en un centro terciario de salud, entre enero 2012 y enero 2018. Se recolectaron los datos a partir de historias clínicas del Servicio de Gastroenterología y Dermatología. Resultados: se incluyeron 8 pacientes, 7 presentaron PG (6 mujeres y 1 hombre) y 2 SS (1 hombre y 1 una mujer). La edad media fue de 41,9 años. De los pacientes con PG, 6 fueron CU (87,5%) y 1 (12,5%) enfermedad de Crohn (EC), 5 con EII establecida, y en 2 se diagnosticó concomitantemente. Las formas clínicas fueron: 1 pustulosa (14,3%), 6 (85,7%) ulcerativa, de los cuales 2 fueron postquirúrgicos (hemorroidectomía y cirugía de quiste pilonidal). Se localizaron: 4 en miembros inferiores, 1 genital (vulva), y los 2 posquirúrgicos fueron interglúteos. Los pacientes con CU estaban en tratamiento de mantenimiento con mesalazina oral. Con respecto a la actividad intestinal, 1 en remisión clínica y endoscópica, 5 (85,7%) con actividad clínica y endoscópica: 1 severa (score de Mayo 3), 4 moderados (Score de Mayo 2) y 1 leve (Score de Mayo 1). El paciente con EC presentaba compromiso colónico y perianal, estenosante y con actividad endoscópica severa. En todos los pacientes se inició tratamiento con corticoides orales de 0,5 a 1 mg/Kg/día, y terapia de inducción con mesalazina vía oral 4g/día. La respuesta cutánea fue completa en 3 pacientes, parcial en 3, y 1 no presentó seguimiento. Se indicó tratamiento con anti-TNF en 4 pacientes, en 3 por su enfermedad intestinal y cutánea y en un paciente solo por su actividad intestinal, con respuesta favorable. Presentaron SS 2 pacientes, con EC colónica con compromiso perianal y actividad clínica y endoscópica de moderada a severa. Se realizó tratamiento con corticoides 0,5 mg/kg/día con respuesta total a las 4 semanas. Se indicó tratamiento anti-TNF en ambos pacientes, por su compromiso intestinal. Conclusión: en nuestros pacientes el PG fue la dermatosis neutrofilica más frecuente, con predominio en mujeres y CU. En la mayoría de los casos se presento relacionado a la actividad de la enfermedad intestinal. Si bien el tratamiento de primera línea son los corticoides, los anti-TNF fueron beneficios en aquellos casos refractarios.

P-107

PREVALENCIA DE LESIONES SUBEPITELIALES EN EL TRACTO GASTROINTESTINAL SUPERIOR

Mora Núñez, A^(1,2); Mella, J^(1,2); Bentolila, F^(1,2); Gómez, E^(1,2); Pereira, L^(1,2); Roel, M^(1,2); Gonzalez, R^(1,2); Panigadi, N^(1,2); Fischer, C^(1,2); Pedreira, S^(1,2); Cimmino, D^(1,2); Boerr, L^(1,2)
(1)Gastroenterología, Hospital Alemán. Buenos Aires, Argentina. (2)Endoscopia Digestiva, Hospital Alemán. Buenos Aires, Argentina.

Introducción: Las lesiones subepiteliales (LSE) son lesiones de la pared intestinal, que causan una protrusión hacia la luz del órgano, con mucosa normal. Por lo general, son hallazgos incidentales en las endoscopias y pueden manifestarse con síntomas en la minoría de los casos. La mayoría de los LSE son benignas, pero se considera que en algunos tienen potencial maligno y, por lo tanto, es necesario contar con un enfoque terapéutico. Objetivos: Determinar la prevalencia de LSE en las video endoscopias digestivas altas (VEDA) realizadas durante un período de un año, analizar los hallazgos endoscópicos y determinar la tasa de tratamiento quirúrgico. Materiales y métodos: Todos los pacientes con VEDA realizadas durante un período de un año (2016) fueron analizados retrospectivamente para identificar LSE. La búsqueda se realizó utilizando las siguientes palabras clave en la base de datos de la Unidad de Endoscopia: "lesión subepitelial", "submucosa", "compresión extrínseca", "LSE", "lipoma" o "GIST". Todos los informes de VEDA con sospecha de un LSE fueron revisados. Solo se consideró un informe si los pacientes tenían más de una VEDA. Se recopilaron los siguientes datos para cada paciente: indicación, edad, sexo, presencia de LSE, tamaño, ubicación y rendimiento diagnóstico de biopsias sobre biopsias; tasa de indicación de eco endoscopia (EE), su caracterización y el rendimiento de la punción aspiración con aguja fina (PAAF) de la EE. También se recogió el tratamiento quirúrgico. La prevalencia se calculó como el número de pacientes con LSE por 100 individuos con VEDA (%). Resultados: En este período, se informaron 128 LSE en 4896 pacientes que se sometieron a una VEDA, que corresponde a una prevalencia del 2,61%. Fueron más comunes en el estómago (67,9%) vs esófago o duodeno. El tamaño promedio fue de 11,62mm (rango:5-38 mm); 5 tenían más de 20mm. Se realizaron biopsias sobre biopsias en 81 LSE, obteniéndose un diagnóstico histológico solo en 11 pacientes (13,5%). EE se ordenó en 38/128 LSE (29,6%). Los hallazgos EE más frecuentes fueron lesiones hipoecogénicas en la pared muscular compatibles con leiomioma/GIST (14 casos, 36,8%) y lesiones hiperecogénicas en la submucosa compatibles con lipomas (9 casos, 23%). EE-PAAF se realizó en 5/38 casos (13%), todas mayores de 20 mm, y fue positivo para un diagnóstico en 2/5 casos (40%): un leiomioma gástrico y un quiste de duplicación en el esófago. Todos las LSE (excepto dos casos) fueron manejados de manera conservadora. En los 2 casos (1,5%) que fueron tratados con cirugía, el diagnóstico final fue un GIST y un quiste de duplicación. Conclusión: La prevalencia de LSE en el tracto gastrointestinal superior fue del 2,61%, similar a datos publicados previamente. Se pudo obtener diagnóstico utilizando la técnica de biopsia sobre biopsia en 1 de cada 10 LSE, y utilizando la técnica EE-PAAF en 1 de cada 2-3 LSE. La mayoría de las LSE fueron manejados de manera conservadora.

PREVALENCIA DEL CANCER COLORRECTAL EN MENORES DE 50 AÑOS

Tielli, F⁽¹⁾; Orellana, D⁽¹⁾; Alsina, F⁽¹⁾; Francia, S⁽¹⁾; Bassi, D⁽¹⁾; Cuda, L⁽¹⁾; Falbo, C⁽¹⁾; Mí-mura, H⁽¹⁾; Ladux, M⁽¹⁾; Coppola, D⁽¹⁾
(1)Gastroenterología, HIGA P. Fiorito. Avellaneda, Argentina.

Introducción: El cáncer colorrectal (CCR) es el segundo cáncer más frecuente en nuestro país, representa el 11,8% del total de casos en ambos sexos. El 90% se producen en mayores de 50 años y tiene una incidencia levemente mayor en hombres que en mujeres. Se consideraba que el CCR era una enfermedad de adultos mayores, sin embargo, se ha observado en incremento paulatino e importante en la detección de CCR en personas jóvenes. La colonoscopia es el método de diagnóstico por excelencia. Objetivo: Describir la prevalencia, localización e histología del CCR en pacientes menores de 50 años en el HIGA P. Fiorito de Avellaneda, de enero de 2013 a diciembre de 2017. Material y métodos: Estudio retrospectivo y descriptivo. Se incluyó a pacientes menores de 50 años a quienes se les realizó colonoscopia y se documentó cáncer de colon con estudio histológico confirmatorio. Se excluyó a pacientes mayores de 50 años, colonoscopias incompletas, completas con escala de Boston < 6, factores genéticos predisponentes de CCR y aquellos que no cuentan con diagnóstico histológico. En el periodo de especificado se realizaron 881 colonoscopias a pacientes menores de 50 años. Se hallaron 24 casos de CCR (2,7%); 13 en hombres y 11 en mujeres siendo el principal motivo de consulta proctorragia (45,8%), seguido de anemia (12,5%). La edad promedio fue de 44, 25 años (rango: 37-49). La localización más frecuente fue colon izquierdo (50%), seguido de recto (37,5%). En cuanto al tipo histológico, el adenocarcinoma infiltrante, fue el hallazgo en el 79% de los casos. Discusión: Está bien establecido que la incidencia de CCR aumenta significativamente más allá de la 5ª década de la vida. Estudios recientes han demostrado que el porcentaje de pacientes con CCR en menores de 50 años de edad ha aumentado a aproximadamente un 12 por ciento. Muchos creen falsamente que la mayoría de los pacientes menores de 50 años que desarrolla CCR tienen una historia familiar significativa y son genéticamente predisuestos a desarrollarlo; independientemente de la edad en el momento del diagnóstico, la gran mayoría de los pacientes jóvenes con CCR son esporádicos (riesgo promedio). Los datos disponibles sugieren que los pacientes más jóvenes con CCR más a menudo se presentan con enfermedad avanzada cuando se compara con la población general. Conclusión: Consideramos de vital importancia controlar a este grupo etario de pacientes debido al aumento de la prevalencia de esta patología, a fin de lograr un diagnóstico y tratamiento oportuno.

P-109

¿ESTÁ AUMENTANDO LA TASA DE DETECCIÓN DE ADENOMAS EN PACIENTES MENORES DE 50 AÑOS?

Gutierrez Castro, BR; Cassella, F; Graciano, J; Wonaga, A; Fernandez, J; Viola, L

Introducción. Algunos datos de la literatura sugieren que con el paso de los años aumentó la tasa de detección de adenomas (TDA) en pacientes menores de 50 años, con cifras que oscilan entre 4,7% y 24,1%, dando pie a la posibilidad de iniciar la pesquisa del cáncer colorrectal en edades más tempranas. Objetivos. Nos propusimos comparar la TDA en dos poblaciones pertenecientes a períodos separados por ocho años. Pacientes y métodos. Estudiamos retrospectivamente pacientes menores de 50 años que fueron sometidos a una videocolonoscopia (VC) en nuestro centro, 204 desde mayo hasta octubre de 2009 (grupo 1) y 746 desde enero de 2016 hasta mayo de 2017 (Grupo 2). Se recabaron los siguientes datos: edad, sexo, indicación de la VC [de screening de bajo riesgo, de screening de alto riesgo (antecedentes familiares de cáncer colorrectal) y por síntomas o vigilancia], TDA y tasa de detección de adenocarcinoma (TDAC). Las tasas de detección fueron comparadas utilizando una prueba de χ^2 o de Fisher según correspondiera. Resultados. Eran hombres 96 (47,1%) pacientes del grupo 1 y 356 (47,7%) del grupo 2 (NS). La edad promedio fue 40,4+7,5 años en el grupo 1 y 39,1+7,6 años en el grupo 2 (P = 0,03). En el grupo 1 la VC fue de screening de bajo riesgo en 45 pacientes, de screening de alto riesgo en 41 y por síntomas o vigilancia en 118. En el grupo 2 la VC fue de screening de bajo riesgo en 120 pacientes, de screening de alto riesgo en 103 y por síntomas o vigilancia en 523. En el total de la población, se detectaron 20 adenomas en el grupo 1 (TDA 9,8%) y 68 en el grupo 2 (TDA 9,1%) (P = 0,87), y ningún adenocarcinoma en el grupo 1 (TDAC 0%) y 5 en el grupo 2 (TDAC 0,7%) (P = 0,59). En los pacientes sometidos a una VC de screening de bajo riesgo se detectaron 7 adenomas (TDA 15,6%) en el grupo 1 y 24 (TDA 20,0%) en el grupo 2 (P = 0,65). En los pacientes sometidos a una VC de screening de alto riesgo se detectaron 5 adenomas (TDA 12,2%) en el grupo 1 y 12 (TDA 11,7%) en el grupo 2 (P = 1,00). En los pacientes sometidos a una VC por síntomas o vigilancia, se detectaron 8 adenomas (TDA 6,8%) en el grupo 1 y 32 en el grupo 2 (TDA 6,1%) (P = 0,83). Conclusiones. No encontramos diferencias significativas en las TDA de ambos grupos, independientemente de la indicación de la VC, sugiriendo que ésta no se ha incrementado con el paso de los años. Tampoco hay diferencias en las TDAC pero no es posible sacar conclusiones debido a la muy baja prevalencia de adenocarcinomas.