

A O T A

GASTROENTEROLÓGICA LATINOAMERICANA

Supl N°1 Vol 48 año 2018



27 · 28 · 29
Septiembre

NH Gran Hotel Provincial
Mar del Plata, Bs. As.

**CONGRESO ARGENTINO
DE GASTROENTEROLOGÍA
Y ENDOSCOPIA DIGESTIVA**

Bases científicas
para la práctica diaria

**RESÚMENES
DE TRABAJOS**

www.gastro2018.com.ar



Sociedad
Argentina de
Gastroenterología

Órgano oficial

SGU | Sociedad de
Gastroenterología
del Uruguay



GASTROENTEROLÓGICA LATINOAMERICANA



Órgano oficial



Sociedad
Argentina de
Gastroenterología
SAGE

SGU | Sociedad de
Gastroenterología
del Uruguay

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

ISSN 2469-1119

EDITOR EN JEFE

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

COMITÉ EDITORIAL

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

Josefina Etchevers
Hospital Italiano de Buenos Aires, CABA.

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

María Marta Piskorz
Hospital de Clínicas General San Martín,
Universidad de Buenos Aires, CABA.

Lisandro Pereyra
Hospital Alemán, CABA.

CONSULTOR

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

SECCIÓN IMÁGENES

Roberto Mazure

PÁGINA WEB

Gabriela Longarini

SECRETARIA

Mariela García Muñoz

PRODUCCIÓN Y EDICIÓN

Raúl Groizard

DISEÑO Y ARMADO DIGITAL

Marcelo Romanello

CORRECTOR

María Nochteff Avendaño

REVISORES NACIONALES

Ana Adet

Sandra Basso

Claudia Bestani

Roman Bigliardi

Maximiliano Bun

Fernando Cairo

María Cristina Cañero Velasco

Marcela Carballido

Sebastián Augusto Carrica

Mariano Cartier

Fernando Chirido

Karina Collia

Luis Colombato

Rodolfo Corti

Alejandro Costaguta

Federico Cuenca Abente

Cecilia Curvale

Jorge Daruich

Juan Andrés De Paula

Martín De Santibañez

Judith Doweck

Luis Durand

Nora Fernández

José L. Fernández

Luis Flores

Alfredo García

Anibal Genna

Mariano Giménez

Andrea González

Nicolás González

Carlos González del Solar

Estanislao Gómez

Verónica Gorodner

Ubaldo Gualdrini

Martín Guidi

Silvia Gutiérrez

Hui Jer Hwang

Nadia Kujta

Juan Lasa

María Eugenia Linares

Carlos Miguel Lumi

Pablo Luna

Fernando Man

Mariano Marcolongo

Ricardo Mastai

Eduardo Mauriño

Alejandra Maynat

Roberto Mazure

Guillermo Mendez

Alberto Muñoz

Fabio Nachman

Alejandro Nieponice

Juan Manuel O'connor

Marina Orsi

Silvia Pedreira

Ramiro Perea

María Marta Piskorz

Margarita Ramonet

Judith Sabban

Graciela Salis

Alicia Sambuelli

Fran Schlottmann

Edgardo Smecuol

Luis Soifer

Laura Sole

Silvia Susana Soler

Gabriel Solzi

Eduardo Sosa

Hugo Tanno

María del Carmen Toca

Lucio Uranga

Carlos Vaccaro

María Inés Vaccaro

Amanda Varela

Walter Vasen

Federico Villamil

Luis Viola

Marta Wagener

Daniel Wainstein

David Zagalsky

Hugo Zandalazini

REVISORES INTERNACIONALES

Herbert Burgos

Henry Cohen

Angel Lanas

Xavier Llor

Natalie Nabon

Carolina Olano

Julio Carlos Pereira Lima

Mario Reis Alvares da Silva

José M. Remes-Troche

Roque Saenz

Asadur Jorge Tchekmedyan

Marcelo Vela

Elena Verdú

ACTA

GASTROENTEROLÓGICA LATINOAMERICANA



Sociedad
Argentina de
Gastroenterología
SAGE

**COMISIÓN DIRECTIVA
SAGE - PERÍODO 2018**

PRESIDENTE

Ubaldo Gualdrini

VICEPRESIDENTE

Jorge Olmos

SECRETARIO

Nicolás Panigadi

PROSECRETARIO

Adrián Sambresqui

TESORERO

Omar Rubén Miravalle

PROTESORERO

Fabio Nachman

VOCALES TITULARES

Claudia Fuxman

Juan Manuel Romeo

Guadalupe Rodríguez Núñez

VOCALES SUPLENTE

Daniela Milito

María Dolores Matoso

Sebastián Yasuda

CONSULTOR EX-PRESIDENTE

Silvia C. Pedreira

CONSEJO ASESOR DE SAGE

Silvia C. Pedreira

Ángel Nadales

Luis M. Bustos Fernández

Alfredo García

Claudio Bilder

SGU | Sociedad de
Gastroenterología
del Uruguay

**COMISIÓN DIRECTIVA
SGU - PERÍODO 2017-2018**

PRESIDENTE

María Rosa Cruells

1^{er} VICEPRESIDENTE

Horacio Gutiérrez Galiana

2^{do} VICEPRESIDENTE

Javier San Martín

SECRETARIA

Inés Gardill

TESORERO

Magdalena De Souza

SECRETARIA DE ACTAS

Fabiana Troncone

VOCALES

Ana Laura Rodríguez

Claudia Stefanoli

Suplentes preferenciales

Carlos Batalla

Rosario Terra

Alicia Pérez Medeiros

PROGRAMACIÓN NACIONAL

José Pedro Ibargoyen

PROGRAMACIÓN INTERNACIONAL

Eduardo Gutiérrez Galiana

COMISIÓN FISCAL

Miembros titulares

Cecilia Torres

Ethel Szafer

Leticia Pagani

Suplentes preferenciales

Leticia Suárez

Ana Brito

Guido Annuiti

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

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



GASTROENTEROLÓGICA LATINOAMERICANA



Órgano oficial



Sociedad
Argentina de
Gastroenterología

SAGE

SGU | Sociedad de
Gastroenterología
del Uruguay

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

ISSN 2469-1119

EDITOR EN JEFE

Horacio Vázquez

Hospital de Gastroenterología
Dr. Carlos Bonorino Udaondo, CABA.

COMITÉ EDITORIAL

Carolina Bolino

Gastroenterología Diagnóstica y Terapéutica
(GEDyT), CABA.

Josefina Etchevers

Hospital Italiano de Buenos Aires, CABA.

Jorge Olmos

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

María Marta Piskorz

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

Lisandro Pereyra

Hospital Alemán, CABA.

CONSULTOR

Julio César Bai

Hospital de Gastroenterología
Dr. Carlos Bonorino Udaondo, CABA.

SECCIÓN IMÁGENES

Roberto Mazure

PÁGINA WEB

Gabriela Longarini

SECRETARIA

Mariela García Muñoz

PRODUCCIÓN Y EDICIÓN

Raúl Groizard

DISEÑO Y ARMADO DIGITAL

Marcelo Romanello

CORRECTOR

María Nochteff Avendaño

REVISORES NACIONALES

Ana Adet

Sandra Basso

Claudia Bestani

Roman Bigliardi

Maximiliano Bun

Fernando Cairo

María Cristina Cañero Velasco

Marcela Carballido

Sebastián Augusto Carrica

Mariano Cartier

Fernando Chirido

Karina Collia

Luis Colombato

Rodolfo Corti

Alejandro Costaguta

Federico Cuenca Abente

Cecilia Curvale

Jorge Daruich

Juan Andrés De Paula

Martín De Santibañez

Judith Doweck

Luis Durand

Nora Fernández

José L. Fernández

Luis Flores

Alfredo García

Anibal Genna

Mariano Giménez

Andrea González

Nicolás González

Carlos González del Solar

Estanislao Gómez

Verónica Gorodner

Ubaldo Gualdrini

Martín Guidi

Silvia Gutiérrez

Hui Jer Hwang

Nadia Kujta

Juan Lasa

María Eugenia Linares

Carlos Miguel Lumi

Pablo Luna

Fernando Man

Mariano Marcolongo

Ricardo Mastai

Eduardo Mauriño

Alejandra Maynat

Roberto Mazure

Guillermo Mendez

Alberto Muñoz

Fabio Nachman

Alejandro Nieponice

Juan Manuel O'connor

Marina Orsi

Silvia Pedreira

Ramiro Perea

María Marta Piskorz

Margarita Ramonet

Judith Sabban

Graciela Salis

Alicia Sambuelli

Fran Schlottmann

Edgardo Smecuol

Luis Soifer

Laura Sole

Silvia Susana Soler

Gabriel Solzi

Eduardo Sosa

Hugo Tanno

María del Carmen Toca

Lucio Uranga

Carlos Vaccaro

María Inés Vaccaro

Amanda Varela

Walter Vasen

Federico Villamil

Luis Viola

Marta Wagener

Daniel Wainstein

David Zagalsky

Hugo Zandalazini

REVISORES INTERNACIONALES

Herbert Burgos

Henry Cohen

Angel Lanas

Xavier Llor

Natalie Nabon

Carolina Olano

Julio Carlos Pereira Lima

Mario Reis Alvares da Silva

José M. Remes-Troche

Roque Saenz

Asadur Jorge Tchekmedyan

Marcelo Vela

Elena Verdú

ACTA

GASTROENTEROLÓGICA LATINOAMERICANA



Sociedad
Argentina de
Gastroenterología
SAGE

**COMISIÓN DIRECTIVA
SAGE - PERÍODO 2018**

PRESIDENTE

Ubaldo Gualdrini

VICEPRESIDENTE

Jorge Olmos

SECRETARIO

Nicolás Panigadi

PROSECRETARIO

Adrián Sambresqui

TESORERO

Omar Rubén Miravalle

PROTESORERO

Fabio Nachman

VOCALES TITULARES

Claudia Fuxman

Juan Manuel Romeo

Guadalupe Rodríguez Núñez

VOCALES SUPLENTE

Daniela Milito

María Dolores Matoso

Sebastián Yasuda

CONSULTOR EX-PRESIDENTE

Silvia C. Pedreira

CONSEJO ASESOR DE SAGE

Silvia C. Pedreira

Ángel Nadales

Luis M. Bustos Fernández

Alfredo García

Claudio Bilder

SGU | Sociedad de
Gastroenterología
del Uruguay

**COMISIÓN DIRECTIVA
SGU - PERÍODO 2017-2018**

PRESIDENTE

María Rosa Cruells

1^{er} VICEPRESIDENTE

Horacio Gutiérrez Galiana

2^{do} VICEPRESIDENTE

Javier San Martín

SECRETARIA

Inés Gardill

TESORERO

Magdalena De Souza

SECRETARIA DE ACTAS

Fabiana Troncone

VOCALES

Ana Laura Rodríguez

Claudia Stefanoli

Suplentes preferenciales

Carlos Batalla

Rosario Terra

Alicia Pérez Medeiros

PROGRAMACIÓN NACIONAL

José Pedro Ibargoyen

PROGRAMACIÓN INTERNACIONAL

Eduardo Gutiérrez Galiana

COMISIÓN FISCAL

Miembros titulares

Cecilia Torres

Ethel Szafer

Leticia Pagani

Suplentes preferenciales

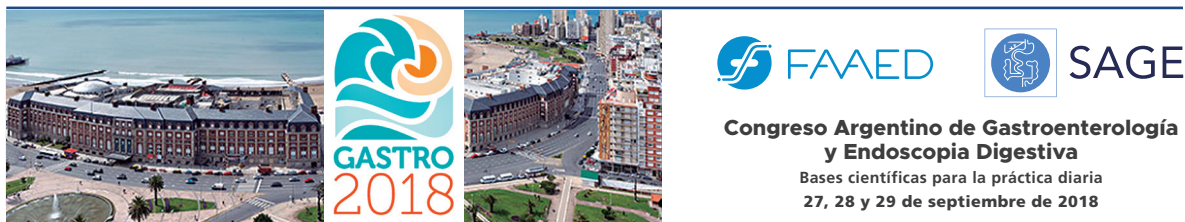
Leticia Suárez

Ana Brito

Guido Annuiti

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

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



Bienvenidos

Estimados colegas:

Este congreso organizado por la Sociedad Argentina de Gastroenterología (SAGE) y la Federación Argentina de Asociaciones de Endoscopia Digestiva (FAAED), constituye la reunión científica más importante de nuestro país en las especialidades mencionadas.

El lema del Congreso “Bases científicas para la práctica diaria” resume una intención, ofrecer al gastroenterólogo clínico, al endoscopista y al internista información científica acerca de conductas, enfoques, algoritmos, y recomendaciones actualizadas para su práctica médica.

GASTRO 2018 ha mantenido la tradición de promover y vehiculizar la producción científica nacional de todas las subespecialidades de la Gastroenterología. La misma es evaluada por un comité científico de expertos independiente, esta producción científica a su vez multiplica su difusión de conocimiento mediante la publicación de los resúmenes científicos en el órgano oficial “Acta Gastroenterológica Latinoamericana”.

Agradecemos la enorme tarea llevada a cabo por las Dras. Graciela Salis y Carolina Bolino quienes presidieron los respectivos comités de evaluación de gastroenterología y endoscopia, y en su nombre agradecemos a la legión de jurados que dieron su tiempo y experiencia para las evaluaciones y muy en especial a los autores que lograron concretar su investigación enviándola a GASTRO 2018

Dr. Luis Caro
Presidente

Comité Organizador de
Endoscopia Digestiva

Dr. Luis Colombato
Presidente

Comité Organizador de
Gastroenterología



AUTORIDADES

COMITÉ ORGANIZADOR DE GASTROENTEROLOGÍA

Presidente

Luis Colombato

Vicepresidente

Ubaldo Gualdrini

Vicepresidente

(por Congreso FAGE 2019)

Martín Toro

Vicepresidente Ejecutiva

Graciela Salis

Secretario General

Hernán Iannicillo

Secretario Científico

Edgardo Smecuol

Secretario Técnico

Alejandro Dutack

Tesorero

Rubén Miravalle

Coordinadora de Trabajos Científicos

Graciela Salis

Vocales

Analia Pasqua

Diego Berardi

CURSO INTERNACIONAL PRECONGRESO DE GASTROENTEROLOGÍA

Director

Juan Andrés De Paula

Secretaria General

Analia Pasqua

COMITÉ ORGANIZADOR DE ENDOSCOPIA DIGESTIVA

Presidente:

Luis Caro

Vicepresidente

Eduardo Rodolfo Biolchi

Secretaria General

Sandra Canseco

Secretarios Científicos

Jean Marc Dumonceau

Cecilio Cerisoli

Secretarios Técnicos

Mariano Marcolongo

Leandro Manzotti

Secretaria de Relaciones Intersociedades

Carina Sequeira

Tesorero

Ricardo Figueredo

Coordinadora de Trabajos Científicos

Carolina Bolino

Vocales

Mauricio Fuster

Pablo Hoffmann

WORKSHOP INTERNACIONAL DE ENDOSCOPIA DIGESTIVA TERAPÉUTICA

Codirectores

Augusto Villaverde

Jorge Laborda Molteni

CURSOS HANDS-ON

Codirectores

Christian Sánchez

Rudolf Buxhoeveden

CURSO DE ASISTENTES DE ENDOSCOPIA

Codirectoras

Inst. Vanesa Del Árbol

Inst. María Eugenia Griffin

Lic. Celeste Rodríguez

COMISIÓN DE PEDIATRÍA

Codirectoras

Marina Orsi

Liliana Sasson

FEDERACIÓN ARGENTINA DE ASOCIACIONES DE ENDOSCOPIA DIGESTIVA

Presidente:

Rodolfo Eduardo Biolchi

Vicepresidente

Juan Luciani

Secretaria

Rosana C. Angeloni

Prosecretario

Claudio Guerrina

Tesorero

Guillermo Lanfutti

Protesorero

Juan Bordato

Vocal 1º

Pablo Lansino

Vocal 2º

Sebastián Ferretti

Vocales suplentes

1º Carlos Chavez

2º Miguel Angel Villarroel

Revisores de cuentas

Rodrigo Román

Matías Amateis



SAGE

Congreso Argentino de Gastroenterología y Endoscopia Digestiva

Bases científicas para la práctica diaria
27, 28 y 29 de septiembre de 2018

COMISIÓN DE TRABAJOS CIENTÍFICOS

Graciela Salis
Carolina Bolino
Amanda Varela
Silvia Gutiérrez
Nora Fernández
Martín Olmos
Estanislao Olmos

PROFESIONALES QUE INTERVINIERON EN LA REVISIÓN DE LOS TRABAJOS CIENTÍFICOS

Abecia, Víctor
Adami, Paola
Améndola, Rafael
Argüero, María Julieta
Barba, Analía
Barcia, Teresa
Bauer, Irma
Benavides, Javier
Bessone, Fernando
Bori, Javier
Bosch, Jorge
Busoni, Verónica
Bustos Fernández, Luis
Caldo, Ignacio
Calzetta, Pablo
Campos, Lucía
Canseco, Sandra
Carpineta, Romina
Carri, Julio
Cerisoli, Cecilio
Chaar, Elsa
Ciottola, Franco
Cirincione, Vilma
Cohen Sabban, Judith
Contreras, Mónica

Correa, Liliana
Corti, Rodolfo
Crivelli, Adriana
Daruich, Jorge
Di Paola, Leandro
Doweck, Judith
Dumonceau, Jean Marc
Durand, Luis
Esteves, Sebastián
Etchepare, Sergio
Etchevers, Josefina
Fanjul, Ignacio
Fassio, Eduardo
Fernández, José Luis
Fernández, Nora
Fernández Porto, Susana
Figueredo, Ricardo
Filho, Gladys
Gándara, Silvina
García, María Laura
Gil, Aníbal
Giulioni, Patricia
Gómez, Estanislao
González, Raquel
González Ballerga, Esteban
González del Solar, Carlos
González Sueyro, Ramiro
Gualdrini, Ubaldo
Guma, Carlos
Gutiérrez, Sebastián
Gutiérrez, Silvia
Herrera Najum, Pablo
Huernos, Sergio
Hwang, Hui Jer
Iannicillo, Hernán
Jury, Gastón
Kohan, Gustavo
Lasa, Juan
Linares, María Eugenia
Lumi, Miguel
Macías Gómez, Carlos
Mahler, Manuel

Man, Fernando
Manazoni, Dante
Manzotti, Leandro
Marcaccio, Federico
Marcolongo, Mariano
Maruelli, Silvina
Mastai, Ricardo
Matanó, Raúl
Matoso, Dolores
Mauriño, Eduardo
Mavromatopulos, Elizabeth
Mazure, Roberto
Mella, José Manuel
Menendez, Graciela
Milano, Claudia
Miravalle, Rubén
Moreno, María Laura
Muñoz, Alberto
Nachman, Fabio
Nadales, Angel
Nieponice, Alejandro
Ninomiya, Inés
Niveloni, Sonia
Notari, Lorena
Novillo, Abel
Olivera Sendra, Pablo
Olmos, Jorge
Olmos, Martín
Omodeo, Mariana
Ongay, Rodrigo
Oria, Ines
Orsi, Marina
Panigadi, Guillermo Nicolás
Peralta, Daniel

Pereyra, Lisandro
Pérez Ravier, Roberto
Pignataro, Susana
Piskorz, María Marta
Pizzala, Pablo
Ramonet, Margarita
Ramos, Rosa
Rausch, Astrid
Rebay, Mercedes
Roca, Ana
Rodríguez, Pablo César
Sánchez, Christian
Soifer, Luis
Spallone, Liliana
Spiazzi, Renata
Steinberg, Leandro
Tanno, Hugo
Tawil, José
Thomé, Marcelo
Toca, María del Carmen
Topor, Javier
Toro, Martín
Trelles, Felix
Uranga, Lucio
Vaccaro, María Inés
Varela, Amanda
Vázquez, Horacio
Ventura, Andrea
Villamil, Federico
Villarreal, Mariano
Villaverde, Augusto
Yantorno, Martín
Zelter, Adriana
Zubiaurre, Ignacio



SECRETARÍA E INFORMES

inescalada
congresos | eventos

Arenales 3275 5º piso (1425) Buenos Aires - Argentina
Tel: (54-11) 4827-5816 - info@iescalada.com



Bienvenidos

Estimados colegas:

Este congreso organizado por la Sociedad Argentina de Gastroenterología (SAGE) y la Federación Argentina de Asociaciones de Endoscopia Digestiva (FAAED), constituye la reunión científica más importante de nuestro país en las especialidades mencionadas.

El lema del Congreso “Bases científicas para la práctica diaria” resume una intención, ofrecer al gastroenterólogo clínico, al endoscopista y al internista información científica acerca de conductas, enfoques, algoritmos, y recomendaciones actualizadas para su práctica médica.

GASTRO 2018 ha mantenido la tradición de promover y vehicular la producción científica nacional de todas las subespecialidades de la Gastroenterología. La misma es evaluada por un comité científico de expertos independiente, esta producción científica a su vez multiplica su difusión de conocimiento mediante la publicación de los resúmenes científicos en el órgano oficial “Acta Gastroenterológica Latinoamericana”.

Agradecemos la enorme tarea llevada a cabo por las Dras. Graciela Salis y Carolina Bolino quienes presidieron los respectivos comités de evaluación de gastroenterología y endoscopia, y en su nombre agradecemos a la legión de jurados que dieron su tiempo y experiencia para las evaluaciones y muy en especial a los autores que lograron concretar su investigación enviándola a GASTRO 2018

Dr. Luis Caro
Presidente

Comité Organizador de
Endoscopia Digestiva

Dr. Luis Colombato
Presidente

Comité Organizador de
Gastroenterología



AUTORIDADES

COMITÉ ORGANIZADOR DE GASTROENTEROLOGÍA

Presidente

Luis Colombato

Vicepresidente

Ubaldo Gualdrini

Vicepresidente

(por Congreso FAGE 2019)

Martín Toro

Vicepresidente Ejecutiva

Graciela Salis

Secretario General

Hernán Iannicillo

Secretario Científico

Edgardo Smecuol

Secretario Técnico

Alejandro Dutack

Tesorero

Rubén Miravalle

Coordinadora de Trabajos Científicos

Graciela Salis

Vocales

Analia Pasqua

Diego Berardi

CURSO INTERNACIONAL PRECONGRESO DE GASTROENTEROLOGÍA

Director

Juan Andrés De Paula

Secretaria General

Analia Pasqua

COMITÉ ORGANIZADOR DE ENDOSCOPIA DIGESTIVA

Presidente:

Luis Caro

Vicepresidente

Eduardo Rodolfo Biolchi

Secretaria General

Sandra Canseco

Secretarios Científicos

Jean Marc Dumonceau

Cecilio Cerisoli

Secretarios Técnicos

Mariano Marcolongo

Leandro Manzotti

Secretaria de Relaciones

Intersociedades

Carina Sequeira

Tesorero

Ricardo Figueredo

Coordinadora de Trabajos Científicos

Carolina Bolino

Vocales

Mauricio Fuster

Pablo Hoffmann

WORKSHOP INTERNACIONAL DE ENDOSCOPIA DIGESTIVA TERAPÉUTICA

Codirectores

Augusto Villaverde

Jorge Laborda Molteni

CURSOS HANDS-ON

Codirectores

Christian Sánchez

Rudolf Buxhoeveden

CURSO DE ASISTENTES DE ENDOSCOPIA

Codirectoras

Inst. Vanesa Del Árbol

Inst. María Eugenia Griffin

Lic. Celeste Rodríguez

COMISIÓN DE PEDIATRÍA

Codirectoras

Marina Orsi

Liliana Sasson

FEDERACIÓN ARGENTINA DE ASOCIACIONES DE ENDOSCOPIA DIGESTIVA

Presidente:

Rodolfo Eduardo Biolchi

Vicepresidente

Juan Luciani

Secretaria

Rosana C. Angeloni

Prosecretario

Claudio Guerrina

Tesorero

Guillermo Lanfutti

Protesorero

Juan Bordato

Vocal 1º

Pablo Lansino

Vocal 2º

Sebastián Ferretti

Vocales suplentes

1º Carlos Chavez

2º Miguel Angel Villarroel

Revisores de cuentas

Rodrigo Román

Matías Amateis



SAGE

Congreso Argentino de Gastroenterología y Endoscopia Digestiva

Bases científicas para la práctica diaria
27, 28 y 29 de septiembre de 2018

COMISIÓN DE TRABAJOS CIENTÍFICOS

Graciela Salis
Carolina Bolino
Amanda Varela
Silvia Gutiérrez
Nora Fernández
Martín Olmos
Estanislao Olmos

PROFESIONALES QUE INTERVINIERON EN LA REVISIÓN DE LOS TRABAJOS CIENTÍFICOS

Abecia, Víctor
Adami, Paola
Améndola, Rafael
Argüero, María Julieta
Barba, Analía
Barcia, Teresa
Bauer, Irma
Benavides, Javier
Bessone, Fernando
Bori, Javier
Bosch, Jorge
Busoni, Verónica
Bustos Fernández, Luis
Caldo, Ignacio
Calzetta, Pablo
Campos, Lucía
Canseco, Sandra
Carpineta, Romina
Carri, Julio
Cerisoli, Cecilio
Chaar, Elsa
Ciottola, Franco
Cirincione, Vilma
Cohen Sabban, Judith
Contreras, Mónica

Correa, Liliana
Corti, Rodolfo
Crivelli, Adriana
Daruich, Jorge
Di Paola, Leandro
Doweck, Judith
Dumonceau, Jean Marc
Durand, Luis
Esteves, Sebastián
Etchepare, Sergio
Etchevers, Josefina
Fanjul, Ignacio
Fassio, Eduardo
Fernández, José Luis
Fernández, Nora
Fernández Porto, Susana
Figueredo, Ricardo
Filho, Gladys
Gándara, Silvina
García, María Laura
Gil, Aníbal
Giulioni, Patricia
Gómez, Estanislao
González, Raquel
González Ballerga, Esteban
González del Solar, Carlos
González Sueyro, Ramiro
Gualdrini, Ubaldo
Guma, Carlos
Gutiérrez, Sebastián
Gutiérrez, Silvia
Herrera Najum, Pablo
Huernos, Sergio
Hwang, Hui Jer
Iannicillo, Hernán
Jury, Gastón
Kohan, Gustavo
Lasa, Juan
Linares, María Eugenia
Lumi, Miguel
Macías Gómez, Carlos
Mahler, Manuel

Man, Fernando
Manazoni, Dante
Manzotti, Leandro
Marcaccio, Federico
Marcolongo, Mariano
Maruelli, Silvina
Mastai, Ricardo
Matanó, Raúl
Matoso, Dolores
Mauriño, Eduardo
Mavromatopulos, Elizabeth
Mazure, Roberto
Mella, José Manuel
Menendez, Graciela
Milano, Claudia
Miravalle, Rubén
Moreno, María Laura
Muñoz, Alberto
Nachman, Fabio
Nadales, Angel
Nieponice, Alejandro
Ninomiyi, Inés
Niveloni, Sonia
Notari, Lorena
Novillo, Abel
Olivera Sendra, Pablo
Olmos, Jorge
Olmos, Martín
Omodeo, Mariana
Ongay, Rodrigo
Oria, Ines
Orsi, Marina
Panigadi, Guillermo Nicolás
Peralta, Daniel

Pereyra, Lisandro
Pérez Ravier, Roberto
Pignataro, Susana
Piskorz, María Marta
Pizzala, Pablo
Ramonet, Margarita
Ramos, Rosa
Rausch, Astrid
Rebay, Mercedes
Roca, Ana
Rodríguez, Pablo César
Sánchez, Christian
Soifer, Luis
Spallone, Liliana
Spiazzi, Renata
Steinberg, Leandro
Tanno, Hugo
Tawil, José
Thomé, Marcelo
Toca, María del Carmen
Topor, Javier
Toro, Martín
Trelles, Felix
Uranga, Lucio
Vaccaro, María Inés
Varela, Amanda
Vázquez, Horacio
Ventura, Andrea
Villamil, Federico
Villarreal, Mariano
Villaverde, Augusto
Yantorno, Martín
Zelter, Adriana
Zubiaurre, Ignacio



SECRETARÍA E INFORMES

ines
escalada
congresos | eventos

Arenales 3275 5° piso (1425) Buenos Aires - Argentina
Tel: (54-11) 4827-5816 - info@iescalada.com



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

ÍNDICE DE TRABAJOS

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

TRABAJOS ORIGINALES ORALES

TO/0-01

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

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

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

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

TO/0-02

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Concordancia y discordancia entre la IHQ y la IMS

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

TO/O-08

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

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

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

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

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

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

TO/O-10

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

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

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

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

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

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

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

TO/O-12

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

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

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

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

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

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

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

INTRODUCCIÓN: La enfermedad celíaca (EC), una intolerancia permanente al gluten, se caracteriza por una inflamación intestinal crónica, asociada a una respuesta Th1 y Th17. Existen evidencias del papel de galectinas (Gal), en el control de respuestas inmunitarias innatas y adaptativas. La galectina (Gal) se caracteriza por su afinidad por glicoconjugados cuando es enriquecida con N-acetylglucosamina. Mientras que Gal-1 se produce principalmente en la lámina propia (LP), Gal2, 3, 4, 7 y 9 se expresan en el compartimento epitelial del intestino. La Galectin-1 se expresa en los macrófagos inflamatorios, células dendríticas (DCs) tolerogénicas, Tregs y células epiteliales. A pesar del rol inmunoregulador de la Gal, no se han realizado estudios para aclarar su papel en la homeostasis inmune intestinal y la inflamación intestinal de pacientes con EC. **Objetivo:** evaluar la expresión de la Gal-1 en biopsias de pacientes con EC antes y después del retiro del gluten. **Material y Métodos:** Expresión de Gal-1 se evaluó mediante inmunohistoquímica en biopsias duodenales de pacientes con EC al diagnóstico (n = 10), EC, tratados con DLG (EC-DLG) (n = 10) y sujetos controles (n = 10). Se evaluó la expresión de Gal-1 por inmunohistoquímica, usando anticuerpos policlonales de conejo, anti-Gal-1 o anti-Gal-4 (dilución 1: 400) como se describe y un anti-IgG peroxidasa conjugado, de conejo (dilución 1: 1000; Amersham; GE Healthcare, Little Chalfont, Reino Unido) como anticuerpo secundario (kit de Vectastain ABC de Elite). Se analizaron la respuesta inflamatoria subyacente con la asociación de Gal-1 con inducción de Foxp3 + Tregs, y la expresión de este factor de transcripción en los infiltrados inflamatorios. **Resultados:** Las biopsias de controles y de pacientes con EC no tratados, demostraron una moderada coloración de Gal-1 en el estroma y células epiteliales. Las biopsias de pacientes tratados con DLG, mostraron un aumento dramático en inmunoreactividad de Gal-1, pero no de Gal-4, (p < 0.001) en el intersticio de las vellosidades recuperadas, que correlacionó positivamente con una mayor frecuencia de FoxP3 + células mononucleares, un marcador Tregs que sugiere la aparición de una red coordinada de inmunosupresión, mediada por Gal-1 y Foxp3 + Tregs en la restauración de la homeostasis mucosa. **CONCLUSIONES:** En respuesta a la exclusión del gluten, la Gal-1 presenta una regulación positiva de la respuesta inmune en LP de la mucosa intestinal, un efecto que podría favorecer la resolución del proceso inflamatorio y la recuperación de la homeostasis de la mucosa en pacientes con EC. Nuestro estudio sugiere un papel importante de esta lectina favoreciendo la resolución de la inflamación y la restauración de la homeostasis mucosa. Así, una red coordinada de galectinas y sus ligandos glucosilados pueden controlar la respuesta inflamatoria, debería ser explorada como una novedosa terapéutica alternativa en pacientes con EC.

CC/O-01

ENFERMEDAD DE MÉNÉTRIER EN PACIENTES PEDIÁTRICOS SECUNDARIO A INFECCIÓN POR CMV

Tagliaferro, GJ¹; Rovati, N⁽¹⁾; Orsi, M⁽¹⁾

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

Se presenta el caso de un paciente de 11 meses de vida, derivado de otra institución con diagnóstico de síndrome ascítico edematoso. Comienza una semana previa con deposiciones diarreas y vómitos, agregándose edema bi-palpebral y de miembros inferiores. Permaneció internado durante 48 horas, en donde se constató hipoalbuminemia e hiponatremia con orina normal, decidiéndose su traslado a nuestra institución. Examen físico: niño vigil y reactivo. Se constata edema generalizado con un abdomen globuloso y distendido, sin hepatomegalia. Peso de 10.800 kg (referido de 8.900 kg). No refiere antecedentes de importancia. Se interna en sala de pediatría presentando un laboratorio inicial con GB 16.800/mm³, PCR 20, sodio 132, proteinograma 2.9, albumina 1.7. Hepatograma y función renal dentro de los parámetros normales, orina sin proteinuria. Cargas virales EBV negativas, CMV positivas (815 copias). Se indicó balance estricto, restricción hídrica, pasaje de albumina y diuréticos. Se descartó etiología cardiovascular, renal o hepática por la clínica y los estudios realizados. Se interconsulta con servicio de gastroenterología, solicitándose anticuerpos para enfermedad celíaca por sospecha de "crisis celíaca", los cuales fueron negativos. Posteriormente clearance de alfa uno-antitripsina 13 y calprotectina en materia fecal >1000. La SEG-D reveló defecto en el llenado en la pared gástrica, hipertrofia de pliegues gástricos. Ante la sospecha de enteropatía perdedora de proteínas se realizó VEDA, observándose nodularidad de la mucosa gástrica con pliegues engrosados. La anatomía patológica informó mucosa con hiperplasia foveolar, lámina propia con edema, aisladas células fúndicas con citomegalia, sugestiva de efecto citopático por CMV. ADN para CMV en muestra endoscópica. En el sexto día de internación, presentó edema en resolución. Se asume como síndrome de Ménétrier secundario a CMV, se decide comenzar con IBP y valganciclovir. El paciente permaneció internado un total de nueve días, requiriendo pasaje de albumina en tres oportunidades, evolucionando libre de edemas. El laboratorio a su egreso fue de GB 13000, albumina 2.86 y cargas virales CMV menor a 150. Continúa el manejo ambulatorio con dieta hiposódica, IBP y valganciclovir. Persistió la buena evolución clínica, observándose niveles en ascenso de albumina sérica y negativizando las cargas virales para CMV a la semana de su egreso hospitalario.

CC/O-02

REPORTE DE CASO: PÁNCREAS ECTÓPICO DE CARACTERÍSTICAS ATÍPICAS COMO HALLAZGO EN UNA ENDOSCOPIA DIGESTIVA ALTA

Montanelli, J¹; Mahler, MA⁽¹⁾; Gimenez, FI⁽¹⁾; Oria, CI⁽¹⁾; Pizzala, JE⁽¹⁾; Villaverde, AM⁽¹⁾; Gonzalez, ML⁽¹⁾; Marcolongo, MM⁽¹⁾

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

Introducción. Se conoce como páncreas ectópico a la presencia de tejido pancreático en una ubicación aberrante, frecuentemente en estómago distal, duodeno y yeyuno proximal. En su mayoría son asintomáticos y su diagnóstico constituye un hallazgo. Típicamente se presentan como lesiones de aspecto subepitelial, cubiertas por mucosa normal, con una umbilicación central, características que cuando están presentes confirman el diagnóstico. Sin embargo en un 10% de los casos estas características no están presentes, por lo que es necesario diferenciarlas de otras lesiones subepiteliales mediante el empleo de la ecoendoscopia. Caso Clínico. Paciente de sexo femenino de 86 años que consulta por dolor abdominal en hipocondrio derecho de 1 mes de evolución, post prandial, sin distensión abdominal asociada. Su médico de cabecera, previo a derivación a gastroenterología, había solicitado un laboratorio y una tomografía de abdomen con contraste oral y endovenoso, que fueron normales. Se solicita una endoscopia alta donde se evidencia, sobre curvatura menor, inmediatamente distal a cardias, la presencia de un orificio de aproximadamente 2 mm de diámetro con descarga espontánea material líquido de aspecto seroso, situado sobre una mucosa de aspecto normal, no sobrelevada. Se toman biopsias de uno de los bordes. La anatomía patológica informa mucosa oxintina de histoarquitectura foveolar conservada. Diff. quick: Helicobacter pylori negativo. Se solicita ecoendoscopia en la que se observa, a nivel subcardial, sobre cara posterior, lesión hipoecóica levemente heterogénea de 10 mm que involucra segunda y tercera capa (mucosa y submucosa) observándose cuarta capa (muscular propia) respetada, con ducto en su interior, hallazgos compatibles con páncreas ectópico. Por tratarse de un hallazgo en paciente asintomático se decide seguimiento. Conclusión. El hallazgo de lesiones subepiteliales con características compatibles con páncreas ectópico durante la endoscopia alta es frecuente. En ocasiones los signos típicos no están presentes, en cuyo caso es necesaria la realización de una ecoendoscopia para diferenciarlo de otras entidades. Consideramos interesante presentar este caso para mostrar una imagen sin características endoscópicas típicas de páncreas ectópico, para cuyo estudio fue necesaria la realización de una ecoendoscopia que confirmara el diagnóstico.

CC/O-03

TUBERCULOSIS INTESTINAL UNA PROBLEMÁTICA REEMERGENTE: CARACTERÍSTICAS ENDOSCÓPICAS E IMAGENOLÓGICAS

Domeniconi, S¹; Tufare, F⁽¹⁾; Garavento, L⁽¹⁾; Ojeda, E⁽²⁾; Anganuzzi, MI⁽³⁾; Wallace, V⁽¹⁾; Lema, RY⁽¹⁾; Vargas Rodríguez, Y⁽¹⁾; Villaverde, A⁽¹⁾

(1)Gastroenterología, Hospital Interzonal General de Agudos General San Martín. La Plata, Argentina. (2)Gastroenterología, Hospital Interzonal Especializado de Agudos y Crónicos San Juan de Dios. La Plata, Argentina. (3)Microbiología, Hospital Interzonal Especializado de Agudos y Crónicos San Juan de Dios. La Plata, Argentina.

Introducción: la tuberculosis (TB) abdominal es una enfermedad infrecuente, causada por Mycobacterium tuberculosis. Representa el 11% de todas las formas extrapulmonares de TB, con compromiso intestinal en el 50% de los pacientes. En el 2016, en Argentina, la incidencia de TB fue 26,5 casos nuevos cada 100 mil habitantes. Las manifestaciones clínicas son inespecíficas, los cultivos tienen una sensibilidad del 20%, por lo tanto las características endoscópicas e imagenológicas, son fundamentales para el diagnóstico y el tratamiento. Objetivos: identificar las distintas características clínicas, endoscópicas, y tomográficas, en pacientes con cultivos positivos de biopsias endoscópicas para TB intestinal. Métodos: estudio observacional, en serie de casos, realizado en un centro terciario de salud, entre enero del 2014 y diciembre del 2017. Los datos se recolectaron a partir de historias clínicas digitalizadas. Se analizaron los hallazgos clínicos, endoscópicos y tomográficos encontrados. Resultados: Se analizaron 6 pacientes (5 hombres y 1 mujer) que fueron diagnosticados con TB, a partir de cultivos positivos. Con un rango etario entre 32 y 61 años, y una media de edad de 46 años. Respecto a la sintomatología, todos los pacientes presentaron fiebre, pérdida de peso y dolor abdominal, 5 diarrea crónica, 2 síndrome de fosa ilíaca derecha y 1 paciente obstrucción del tracto de salida. En sólo 1 paciente se constató, concomitantemente, diagnóstico de HIV y sífilis. Un solo paciente presentó antecedentes de tuberculosis (pulmonar y laríngea). En todos los pacientes se realizaron endoscopias, siendo patológicas en su totalidad. Las lesiones endoscópicas más frecuentes fueron las úlceras transversales, de bordes geográficos, con un tamaño de 5 a 30mm. Los sitios más frecuentes de localización fueron el colon derecho y válvula ileocecal; a nivel duodenal se observó afectación en 1 sólo paciente. La afectación intestinal fue segmentaria, excepto en 2 pacientes que presentaron compromiso pancolónico. Los hallazgos imagenológicos más frecuentes fueron engrosamiento colónico con rarefacción de la grasa mesentérica y adenomegalias con centro hipodenso. Todos los pacientes recibieron tratamiento con drogas anti-tuberculosas, en 1 solo paciente se realizó tratamiento quirúrgico al diagnóstico por abdomen agudo obstructivo. Discusión: la TB intestinal debe sospecharse en todo paciente con epidemiología compatible, síndrome de repercusión general, dolor abdominal y diarrea crónica independientemente de su estado inmunológico. En esta serie de pacientes se evidencian las características típicas endoscópicas e imagenológicas de la TB intestinal, coincidiendo con la bibliografía. Por lo tanto, conocer estas características, teniendo en cuenta el bajo rédito de sus cultivos, es de suma importancia para la sospecha diagnóstica, e incluso para el inicio del tratamiento empírico.

CC/O-04

ALTERNATIVA DE TRATAMIENTO MÍNIMAMENTE INVASIVO EN ESTENOSIS DE HEPATICOEYUNOANASTOMOSIS: ABORDAJE COMBINADO QUIRÚRGICO Y ENDOSCÓPICO

Puma, R¹; Vitcopp, G⁽²⁾; Garcés, R⁽³⁾; Potolicchio, A⁽¹⁾; Uranga, L⁽¹⁾; Herrero, I⁽²⁾

(1)Sección cirugía de hígado, vías biliares y páncreas, Hospital Dr. Carlos Bonorino Udaondo. Capital Federal, Argentina. (2)Sección cirugía mínimamente invasiva, Hospital Dr. Carlos Bonorino Udaondo. Capital Federal, Argentina. (3)Servicio de endoscopia, Hospital Dr. Carlos Bonorino Udaondo. Capital Federal, Argentina.

INTRODUCCIÓN: La hepaticoyunoanastomosis en Y de Roux es una de las técnicas quirúrgicas frecuentemente utilizada en la reconstrucción biliodigestiva. La estenosis benigna de esta anastomosis tiene una incidencia de entre 5 y 17% según series internacionales. Existen tres opciones terapéuticas para tratar esta condición: una nueva reconstrucción quirúrgica, la cual conlleva los mayores riesgos de morbilidad, el drenaje biliar transhepático percutáneo seguido de dilatación con balón y el abordaje endoscópico. OBJETIVO Presentación de CASO CLÍNICO: Paciente de 33 años con antecedente de hepaticoyunoanastomosis en Y de Roux por lesión quirúrgica de vía biliar durante colecistectomía programada, ingresa por dolor abdominal localizado en hipocondrio derecho, asociado a fiebre, ictericia, coluria y acolia. Ecografía abdominal: dilatación de vía biliar intrahepática. Colangiografía magnética: dilatación de la vía biliar intrahepática y estenosis a nivel de anastomosis biliodigestiva. Tratamiento del cuadro de colangitis aguda mediante drenaje transhepático percutáneo biliar derecho-izquierdo bilateral. Pasado el cuadro agudo, se realiza fistulografía e intentos reiterados de progresión del catéter percutáneo hacia asa intestinal sin éxito. Se decide abordaje combinado a través del asa subcutánea de Chen; localizada a nivel epigástrico y marcada con clips metálicos durante la cirugía de reconstrucción. Se accede al lumen intestinal y mediante endoscopia y técnica de "rendez-vous" se logra canular la vía biliar, con técnica Seldinger percutánea se realiza dilatación secuencial hasta 32 french. Logrando visualizar endoscópicamente la confluencia de ambos hepáticos en el asa intestinal. Se coloca drenaje biliar percutáneo interno - externo. Se realiza fistulografía de control a los 7 días, y al mes postoperatorio que muestra buena permeabilidad de la anastomosis biliodigestiva. Análisis: se objetiva descenso a la normalidad de las enzimas de colestasis. El drenaje percutáneo se retira a los 2 meses del procedimiento combinado. En seguimiento a 2 años la paciente no presenta síntomas. OBSERVACIONES: Conclusión: La variante técnica de reconstrucción biliodigestiva que utiliza un asa intestinal biliar horizontal (asa de Chen), marcada en el tejido celular subcutáneo puede ser de utilidad en el tratamiento de las estenosis benignas de vía biliar. Ésta técnica que combina el abordaje quirúrgico y endoscópico, obtiene la misma tasa de éxito que la reconstrucción quirúrgica (re-hepaticoyunoanastomosis) sin la mortalidad y morbilidad que conlleva este procedimiento.

IMPACTO DE LA ECOENDOSCOPIA CON PUNCIÓN (EUS-FNA) EN EL MANEJO DE LOS QUISTES PANCREÁTICOS. REPORTE DE 4 CASOS

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

El diagnóstico preciso de los quistes pancreáticos es fundamental, ya que algunos son lesiones benignas sin potencial neoplásico pero otros, como los quistes mucinosos, son precursores de adenocarcinoma pancreático. Muchas veces la distinción de las neoplasias quísticas mediante la clínica y la morfología es insatisfactorio. La ecoendoscopia con punción (EUS-FNA) ha revolucionado el diagnóstico de las lesiones quísticas pancreáticas. Presentamos cuatro casos en los que la EUS-FNA cambió la conducta terapéutica inicial. Caso 1: Mujer 26 años, episodio de pancreatitis aguda leve un año atrás, es derivada para tratamiento de pseudoquiste pancreático. Realiza colangiopancreatografía por resonancia (CPRMN) que muestra en cola pancreática, lesión quística unilocular de 60mm, de paredes finas, sin componente sólido en su interior, que impresiona comunicarse al conducto pancreático principal (cpp) con leve dilatación del mismo (4mm). Ante la duda diagnóstica entre un pseudoquiste pancreático y una neoplasia quística mucinosa (NQM), realiza EUS-FNA que informa antígeno carcinoembrionario (CEA) 960ng/ml y amilasa 1500 IU/l, por lo que se decide realizar pancreatocistomía distal confirmando el diagnóstico de neoplasia quística mucinosa. Caso 2: Hombre 54 años en plan de trasplante de médula por mielodisplasia. Hallazgo en tomografía (TAC) abdominal de control una lesión quística unilocular de 20mm en cabeza pancreática. Presenta paredes finas, sin componente sólido en su interior, sin comunicación con cpp, compatible con NQM vs serosa unilocular. Realiza EUS-FNA: CEA <0,5ng/ml y citología compatible con tumor neuroendocrino (TNE) quístico, por lo que se indica Cirugía: TNE quístico. Caso 3: Mujer 58 años sin antecedentes de importancia derivada para realizar duodenopancreatocistomía cefálica (DPC). CPRMN: lesión quística bilocular de 30mm en cuello pancreático comunicada con cpp que se encuentra dilatado, midiendo 9,7mm, siendo compatible con IPMN II con signos sospechosos de malignidad. Realiza EUS-FNA: CEA < 0,5ng/ml y amilasa 73 IU/l. Diagnóstico final: Neoplasia quística serosa. Control cada seis meses, a los dos años continúa sin cambios. Caso 4: Mujer 62 años, sin antecedentes de pancreatitis, con antecedentes de carcinoma mucinoso papilar ovárico en 1995 con recidiva ganglionar en 2005, actualmente libre de enfermedad. Es derivada por hallazgo incidental de lesión quística en cola pancreática de 11cm, unilocular, sin observarse clara comunicación con cpp, compatible, según CPRMN, con NQM o recidiva de su enfermedad de base. EUS-FNA: CEA<0,5ng/ml y amilasa 3105 IU/l. Con diagnóstico de pseudoquiste pancreático se realiza drenaje del mismo. A los dos meses resolución del cuadro y un año más tarde sin cambios. Conclusión: En los cuatro pacientes reportados vemos como la EUS-FNA modificó la conducta a seguir. La EUS-FNA es un método indispensable para el manejo de los quistes pancreáticos.

CC/O-06

HEMANGIOENDOTELIOMA EPITELIOIDE HEPÁTICO PRIMARIO: UN SIMULADOR DE METÁSTASIS HEPÁTICAS

Torres Sasso, DB^(1,2,3,4); Lacuadra, MP⁽¹⁾; Heredia, R⁽¹⁾; Romero, G⁽²⁾; Cartier, M⁽²⁾; Roca, I⁽²⁾; Cabanne, A⁽³⁾; Paterno, M⁽⁴⁾

(1)Clínica gastroenterológica, Hospital Gastroenterología Bonorino Udaondo. caba, Argentina. (2)Hepatología, Hospital Gastroenterología Bonorino Udaondo. caba, Argentina. (3)Anatomía patológica, Hospital Gastroenterología Bonorino Udaondo. caba, Argentina. (4)Diagnóstico por imágenes, Hospital Gastroenterología Bonorino Udaondo. caba, Argentina.

INTRODUCCIÓN: El hemangioendotelio epitelioide hepático (HEH), es un tumor de origen vascular de baja frecuencia (0.1% de los tumores hepáticos), cuya evolución clínica y pronóstico son difíciles de prever. Es considerado como un tumor de bajo grado de malignidad que afecta principalmente mujeres en la cuarta década, y en contraste con otros tumores hepáticos, no surge de unentorno de hepatopatía crónica. Habitualmente se presenta como lesiones múltiples, bilaterales y de tamaño variable que presentan características radiológicas superponibles a secundarismo, por lo que el diagnóstico definitivo lo proporciona la inmunohistoquímica con positividad para marcadores endoteliales: antígeno contra el factor VIII, CD34, CD31. La estrategia terapéutica depende del número de lesiones y del compromiso extrahepático, para lesiones múltiples incluye el trasplante hepático (44%), la quimioembolización o radioterapia (21%) siendo la resección hepática (9%) el tratamiento de elección en las lesiones únicas. OBJETIVO: presentación de un caso. CASO CLÍNICO: Femenina, 68 años, con antecedentes de colestectomía, consulta por dolor abdominal apredominio de hipocondrio derecho de un mes de evolución, sin otros síntomas agregados. Al examen físico presentaba hepatomegalia dolorosa. En los exámenes de laboratorio se evidencian hepatograma con patrón de colestasis, hipoalbuminemia, serologías virales y marcadores tumorales negativos. Se realizó ecografía abdominal: hígado con múltiples imágenes hipocóicas, bilaterales. Ante la sospecha de metástasis hepáticas se realizavideoendoscopia digestiva alta y baja sin evidencia de lesiones y tomografía de tórax, abdomen y pelvis con contraste que informa: hígado heterogéneo a expensas de múltiples imágenes redondeadas hipodensas de bordes mal definidos, que presentan refuerzo periférico luego del contraste. Dado los hallazgos negativos para tumor primario se decide realizar biopsia hepática dirigida, la anatomía patológica informa: proliferación celular constituida por estructuras vasculares derivestimiento endotelial y aspecto epitelioide inmersas en estroma fibrohistiocitario, CD34 positivo, compatible con hemangioendotelio epitelioide. Actualmente se encuentra en plan de trasplante hepático. CONCLUSIÓN: Hasta un 60% de los pacientes con HEH reciben inicialmente un diagnóstico erróneo. Entre las neoplasias malignas más frecuentemente confundidas se destacan las metástasis, colangiocarcinoma, hepatocarcinoma y angiosarcoma. Debido a la falta de características típicas en la forma de presentación y en las pruebas de imágenes, son necesarios para el diagnóstico una alta sospecha clínica y la realización de biopsia hepática dirigida.

CC/O-07

FIEBRE MEDITERRANEA FAMILIAR, UNA CAUSA POCO FRECUENTE DE DOLOR ABDOMINAL

Panizza, C⁽¹⁾; Cuda, L⁽¹⁾; Alsina, F⁽¹⁾; Gonzalez M., C⁽¹⁾; Francia, S⁽¹⁾; Fugazza, L; Mimura, H⁽¹⁾; Ladux, M⁽¹⁾; Coppola, D⁽¹⁾
(1)Gastroenterología, HIGA P. Fiorito. Avellaneda, Argentina.

Introducción: La fiebre mediterránea familiar (FMF) es una enfermedad hereditaria autosómica recesiva, que se caracteriza por episodios recurrentes y breves de fiebre y dolor por inflamación de serosas (peritoneo, pleura, pericardio). El MEFV es el gen de la FMF. La amiloidosis es su complicación más importante y suele ser la principal causa de muerte en los casos en que se presenta. Ocurre especialmente en grupos étnicos del mediterráneo, y se manifiesta principalmente en las dos primeras décadas de la vida. Objetivo: Presentar un caso atípico de dolor abdominal. Caso clínico: Paciente masculino de 32 años, sin antecedentes, que consulta por primera vez a sus 15 años por cuadro de dolor abdominal de 2 días de evolución en hemiabdomen derecho que se luego generalizó, calmando sólo en plegaria mahomentana y parcialmente con AINES, asociado a fiebre, diarrea náuseas y vómitos. Se interpretó el cuadro como abdomen agudo a foco apendicular, negándose la familia a intervención quirúrgica. Evolucionó favorablemente a las 48 hs. A los 15 días presenta nuevo episodio de dolor idéntico al primero, automedicándose con AINES, y presentando nuevamente mejoría. Estos episodios se repiten durante 15 años en forma frecuente, presentando en muchas de las oportunidades aura abdominal. Habiendo consultado numerosos especialistas de distintos centros, sin obtener un diagnóstico preciso, continuando hasta el año 2015 con cuadros de dolor, con un impacto negativo en su calidad de vida; decide recurrir a tratamientos alternativos sin resultados. Estudios realizados: Serología Chagas (-) TAC C/ Cte: incipiente hernia inguinal izq.; 2009 Angiotec., SEG y TID s/p. Lab.: Amilasa 506 ERS 46 y 94mm, Orina completa s/p., Lipasa 32 resto s/p.; VEDA. Gastritis superficial leve; CRMN y RMN abdomen: s/p. 2011: Lab Amilasa 499, lipasa 43, serología enf. Celiaca negativa, plumbemia normal. Eco y colon por enema s/p. 2013: amilasa 463 lipasa 140, Proteinuria 0.32g. 2014: Proteinuria 0.8g/24hs en 2000ml, amilasa 435; 2015 Eco Abdominal, esplenomegalia leve (124 x 60.3); Rosse Ragan (-), proteinuria 0.38g/24hs, FAN, anti DNA, negativos. Serologías virales (-). Fue diagnosticado de: Gastritis por HP, SII, Dolor abdominal funcional y pancreatitis recurrente, realizando múltiples tratamientos con IBB, ATB, espasmolíticos, hernioplastia sin respuesta. A mediados 2015, consulta al servicio de gastroenterología. Por la clínica, antecedentes personales, etnia y estudios complementarios se sospecha FMF, y ante la imposibilidad de realizar test genético, inicia prueba terapéutica con Colchicina (1 mg/día) con mejoría clínica. En mayo de 2017 se realizan estudios genéticos, detectándose Mutación p. Val726Ala en y p. Met694Val en heterocigosis en el exón 10 del gen MEFV. Conclusión: Destacamos la importancia de una correcta anamnesis y examen físico por sobre los métodos complementarios en el estudio exhaustivo del dolor abdominal.

CC/O-08

NECROSIS CUTÁNEA EXTENSA SECUNDARIA A TERLIPRESINA

Dávila Alvarez, DC⁽¹⁾; Fassio, E⁽¹⁾; Milano, MC⁽¹⁾; Gualano, G⁽¹⁾; Codd, JC⁽¹⁾
(1)Gastroenterología, Hospital Nacional Alejandro Posadas. El Palomar, Argentina.

INTRODUCCIÓN: En pacientes con cirrosis hepática y hemorragia digestiva por várices esófago-gástricas (VEG), se indica el tratamiento con drogas vasoactivas para disminuir la presión portal. No existen diferencias significativas entre terlipresina, octreótido y somatostatina en cuanto a hemostasia y seguridad cuando se la utiliza como tratamiento adyuvante al endoscópico en el sangrado por VEG. La terlipresina puede causar eventos adversos, usualmente leves como cefalea, bradicardia, cianosis acral, hiponatremia y epigastralgia. Infrecuentemente, pueden presentarse complicaciones más serias como colitis isquémica, infarto miocárdico y necrosis cutánea. En ésta, se produce un gran compromiso de la microcirculación a nivel de la dermis como efecto secundario de la acción vasoconstrictora. OBJETIVO: presentar un caso documentado sobre necrosis cutánea extensa secundaria a terlipresina. CASO CLÍNICO: Paciente masculino de 63 años, que ingresa por presentar hematemesis. Antecedentes: cirrosis alcohólica descompensada, en tratamiento con propranolol como profilaxis primaria por presencia de várices esofágicas grandes y espirolactona por ascitis. Otros antecedentes: diabetes mellitus tipo II, hipertensión arterial, obesidad mórbida, dislipidemia y psoriasis. Laboratorio: falla renal y hepática. Se inició tratamiento con terlipresina y se realizó endoscopia intrahemorrágica que informó várices esofágicas grandes, gastropatía hipertensiva y múltiples úlceras gástricas, sin sangrado activo. A las 48 horas, presentó cianosis distal y múltiples lesiones purpúricas hemorrágicas en extremidades superiores e inferiores, glúteos, dorso, abdomen y genitales. Ante sospecha de posible evento adverso, se suspendió terlipresina y se inició tratamiento con clindamicina más hidratación, con mejoría a las 48 horas. Se realizó biopsia de piel, en donde se evidencian necrosis de la epidermis y despegamiento focal, con extensión a dermis papilar, asociado a la existencia de infiltrado de linfocitos y neutrófilos. CONCLUSIÓN: La terlipresina es un análogo sintético no selectivo de los receptores de la vasopresina. La activación de estos receptores, con la consecuente liberación del factor de Von Willebrand y la agregación plaquetaria, podría contribuir a isquemia. Algunos factores que predisponen a esta complicación son obesidad, hipovolemia, insuficiencia venosa, ascitis, peritonitis bacteriana espontánea, algunas cardiopatías y el uso concomitante de otros vasoconstrictores. En los casos de necrosis isquémica cutánea está indicada la suspensión inmediata del fármaco, tratamiento con sildenafil como vasodilatador, e hidratación endovenosa adecuada. En pacientes con hemorragia digestiva por VEG y factores predisponentes a isquemia, sugerimos reemplazar el uso de terlipresina por otros tratamientos eficaces como octreótido o somatostatina.

Kindgard, C⁽¹⁾; Deleón, A⁽¹⁾; Varela, MJ⁽¹⁾; Campodónico, MP⁽¹⁾; Pinasco, R⁽¹⁾; La Vía, J⁽¹⁾; Regnasco, S⁽¹⁾; Saá, EC⁽¹⁾

(1)Gastroenterología, Hospital General de Agudos "Dr. Ignacio Pirovano". Buenos Aires, Argentina.

Introducción: El síndrome de Heyde fue descrito por primera vez en 1958 como una asociación entre estenosis aórtica y angiectasias gastrointestinales. En 1968 se demostró la asociación con un defecto cualitativo adquirido del factor VII de Von Willebrand secundario al flujo turbulento, perdiendo este la capacidad de adhesión y agregación plaquetaria en situación de daño vascular. Caso clínico: Paciente femenino de 75 años con antecedentes de tabaquismo, estenosis aórtica e hipertensión arterial. Cursó internación por síndrome anémico, con requerimiento transfusional. Laboratorio: Hematocrito: 21 %, hemoglobina: 6.6 g/dl. Al interrogatorio, niega signos de sangrado gastrointestinal; tacto rectal negativo para melena. Se realiza Videoescofopía digestiva alta (VEDA): Hasta 2ª porción duodenal distal, donde se evidencia presencia de angiectasias. Videocolonoscopía: Hasta ciego, múltiples angiectasias en fondo cecal y colon ascendente, sin sangrado activo. Se realiza tratamiento con argón-plasma. En contexto del antecedente cardiológico de la paciente y las múltiples angiectasias halladas, se inicia estudio para descartar Síndrome de Heyde. Se solicita proteinograma electroforético para estudio de factor de Von Willebrand y endocápsula. Se recibe resultado de factor de Von Willebrand positivo, confirmando la sospecha diagnóstica de síndrome de Heyde. Se difiere reemplazo valvular dado la tórpida evolución de la paciente. **Conclusión:** Es de reciente conocimiento la implicancia de la asociación entre estenosis aórtica y las angiectasias del tracto digestivo en el mal funcionamiento del factor de Von Willebrand. Es primordial el diagnóstico temprano de las angiectasias así, mediante la terapéutica endoscópica, prevenir la anemia y arribar en condiciones al reemplazo valvular precoz, resolutive en este síndrome.

CC/O-10

PROCTITIS POR ENFERMEADES DE TRANSMISIÓN SEXUAL: REPORTE DE CASOS

Dolan, M^(1,2); Barquet, MI⁽²⁾; Sayanes, MV^(1,2,4); Amieva, L^(1,2); Jury, G^(1,2); Lopez Falgale, R^(1,2); Miconi, D⁽¹⁾; Ruiz, N^(1,2); Ramaccioti, G^(1,2,3); Cano, M^(6,7); Naiderman, D^(6,7); Jury, R⁽¹⁾; Pelizzoni, M⁽¹⁾; Marini, P⁽¹⁾

(1)Gastroenterología, CED. mar del plata, Argentina. (2)Gastroenterología, Clínica 25 de mayo. mar del plata, Argentina. (3)Cirugía, CED. mar del plata, Argentina. (4)Gastroenterología, HIGA. mar del plata, Argentina. (5)Gastroenterología, HIEM. mar del plata, Argentina. (6)Coloproctología, CED. mar del plata, Argentina. (7)Coloproctología, HIGA. mar del plata, Argentina.

INTRODUCCION: La proctitis es una inflamación que se limita no más allá de los 15 cm del margen anal. Entre sus diagnósticos diferenciales se encuentra la Enfermedad inflamatoria intestinal, infecciosa, radioterapia entre otras. Los síntomas comunes son mucorrea, proctorragia, tenesmo, dolor, pudiendo ocurrir síntomas sistémicos, que incluyen fiebre, pérdida de peso y anorexia las cuales se pueden presentar en forma aguda o crónica dependiendo la causa. **OBJETIVO:** Reporte de tres casos de pacientes con diagnóstico de proctitis por Chlamydia Trachomatis que evolucionaron favorablemente con el tratamiento específico. **MATERIALES:** Caso 1: Masculino 37 años relaciones homosexuales/habito receptivo, HIV en tratamiento ARV consulta por cuadro de 7 meses de evolución, urgencia pujos y tenesmo rectal. TR: Lesión ulcerada palpable a 3 cm de MA. VCC: Presenta ulcera rectal baja profunda. PCR positiva para Chlamydia. Se indica tratamiento específico con buena evolución. Caso 2: Masculino 45 años inmunocompetente consulta por cambios en el ritmo evacuatorio, mucorrea, tenesmo y proctorragia de 1 mes de evolución. TR: Lesión mamelonada a 8 cm de MA. VCC: Recto congestión mucosa, lesiones deprimidas, centros con fibrina, bordes indurados. Biopsia con PCR positiva para Chlamydia. Buena evolución con tratamiento específico. Caso 3: Masculino 34 años homosexual habito receptivo, HIV, HBV positivo sin tratamiento por decisión propia los últimos 18 meses. Reciente tratamiento por Sífilis genital. Diagnóstico de colitis ulcerosa, sin adherencia al tratamiento. Consulta por síntomas rectales, realiza tratamiento con mesalazina tópica, sin respuesta. Se realiza vcc: Ulcera rectal de aspecto inflamatorio con PCR positiva para Chlamydia Trachomatis. Evoluciona favorablemente con tratamiento específico. **CONCLUSION:** Es de crucial importancia tener presente los diagnósticos diferenciales de la proctitis, con interrogatorios exhaustivos para poder diagnosticar en forma correcta, teniendo en cuenta las causas menos frecuentes para poder llegar a un diagnóstico preciso y tratamiento específico siendo, evidente recalcar las medidas de prevención de transmisión como parte del tratamiento.

Tapia, D⁽¹⁾; Orellana, D⁽¹⁾; Zeytuntsian, N⁽¹⁾; Carraro, C⁽¹⁾; Mauriño, E⁽¹⁾; Vazquez, H⁽¹⁾; Tirado, P⁽²⁾; Sambuelli, A⁽²⁾; Brichta, I⁽¹⁾; Kujta, N⁽¹⁾

(1)Clínica, Hospital Bonorino Udaondo. Buenos Aires, Argentina. (2)Enfermedades Infecciosas Intestinales, Hospital Bonorino Udaondo. Buenos Aires, Argentina. (3)Hematología, Hospital Bonorino Udaondo. Buenos Aires, Argentina.

INTRODUCCIÓN: La proctocolectomía con pouch ileal y anastomosis ileoanal es el tratamiento quirúrgico de elección para pacientes con antecedente de colitis ulcerosa (CU) refractaria al tratamiento médico. Sin embargo, aunque el riesgo es bajo, es una complicación posible, descrita en la literatura, y una vez diagnosticada, la mortalidad es alta. El linfoma es uno de los tipos de neoplasias más infrecuentes asociadas al pouch, se han descrito menos de 10 casos en la literatura mundial. Dentro de los factores de riesgo para desarrollar una neoplasia, se incluyen la pouchitis crónica, cuffitis refractaria, antecedentes familiares de cáncer de colon, colangitis esclerosante primaria; en el caso de los linfomas la inflamación e inmunosupresión. La edad media de presentación (Zhaoxiu liu y col 2011) es de 44 años, entre 11 y 23 años posteriores a la realización del pouch. La forma de presentación no es específica: fiebre, dolor abdominal, masa palpable, pérdida de peso, proctorragia. No hay consenso sobre cuál es el adecuado seguimiento de vigilancia, pero la endoscopia con toma de biopsias es la herramienta diagnóstica principal. **OBJETIVO:** Presentación de un caso clínico de interés docente, por infrecuente y complejo. **CASO CLÍNICO:** Paciente de 30 años con diagnóstico de CU a los 9 años, que requirió colectomía y pouch ileoanal a los 17 años por corticofructariedad, con pérdida del seguimiento. A los 30 años consultó por dolor abdominal, 15 deposiciones por día con sangre, pujo y tenesmo, fiebre nocturna y pérdida de peso. Laboratorio: HTO 26 % HB 8 gr/dl ALB 2 g/dl LDH 774 u/l VSG 24 mm/h. Rectosigmoidoscopia: A 3 cm del margen anal y hacia cara posterior del pouch, lesión elevada sésil de amplia base de implantación y superficie friable, congestiva y ápice erosionado, de 5cm de diámetro, no pasible de resección endoscópica. Rigidez a la toma biopsia. Resto del pouch, asa ciega, asa eferente e ileon pre pouch sin particularidades. Anatomía patológica: inmunohistoquímica CD 20 + BCL6 + ACL + BCL -2 + MUM-1 + KI67 alto (90%). Diagnóstico: linfoma difuso de células B grandes de tipo post centro germinal. TC: formación tumoral excéntrica del pouch ileal de 92mmx77mm de dm axiales máximos, anastomosis proximal permeable y delimitación imprecisa con plano presacro. Adenopatías locoregionales. Se realizó quimioterapia con ciclofosfamida, adriamicina, vincristina, prednisona (6 ciclos) con respuesta parcial y rápida progresión posterior. Actualmente con esquema de segunda línea etoposido, cisplatino, citarabina, metilprednisolona. **Conclusión:** Dentro de las neoplasias del pouch, el linfoma es el menos frecuente, y su desarrollo puede estar asociado a inflamación crónica, uso de biológicos o inmunomoduladores. La sospecha clínica, la anatomía patológica y la estadificación tomografía son fundamentales para realizar el tratamiento correcto, ya que de estos depende el pronóstico y evolución de la enfermedad.

CC/O-12

PSEUDOObSTRUCCIÓN INTESTINAL CRÓNICA EN UNA PACIENTE CON LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO A PROPÓSITO DE UN CASO

Vargas, Y⁽¹⁾; Carrica, S⁽¹⁾; Guzmán, M⁽¹⁾; Candel, I⁽¹⁾; Perron, N⁽¹⁾; Dulbecco, M⁽¹⁾; Arramon, M⁽¹⁾; Capaldi, I⁽¹⁾; Tufare, F⁽¹⁾; Villaverde, A⁽¹⁾

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

INTRODUCCIÓN: La Pseudoobstrucción Intestinal Crónica (POIC) ha sido descrita en el Lupus Eritematoso Sistémico (LES) como una propulsión intestinal inefectiva, causada por disfunción del músculo liso, la cual puede deberse a un proceso inflamatorio por los depósitos inmunes así como a eventos vasculares; Se caracteriza por una motilidad intestinal ineficaz, distensión abdominal con peristalsis lenta o ausente sin una lesión mecánica y se puede ver asociado a compromiso del tracto urinario. **PACIENTES Y MÉTODOS:** Paciente femenina de 24 años con diagnóstico de LES desde 2015 con compromiso renal (nefritis lúpica), vascular (fenómeno de Raynaud), cutáneo-mucoso, artralgias/artritis, hipocomplementemia y perfil inmunológico alterado (ANA + patrón homogéneo 1/1280; anti DNA +, anti SM >100 U; ANTI RO/SSA +840). Presentó internación en Enero/2017 por gastropatía hipertrófica asociada con actividad Lúpica con respuesta a pulso de corticoides (PC). En tratamiento inmunosupresor y seguimiento por reumatología. Consulta en nuestra institución por reactivación de su enfermedad de base asociado a distensión y dolor abdominal, náuseas, vómitos, deposiciones líquidas sin moco y sin sangre de 72 horas de evolución sin respuesta a tratamiento PC. Examen físico: Abdomen globoso, RHA disminuidos, doloroso a la palpación a predominio umbilical sin signos de irritación peritoneal. Laboratorio sin leucocitosis, anemia de enfermedades crónicas, función renal conservada, anticuerpos para enfermedad celiaca negativos. Se descartaron parasitosis intestinal e infección por Clostridium Difficile. La Tomografía Computada (TC) de abdomen sin contraste mostraba dilatación de asa intestinales centroabdominales con niveles hidroaéreos y engrosamiento parietal a nivel de colon ascendente y descendente con edema de la submucosa. Ecografía renal: dilatación ureteropielocalicial de riñón izquierdo. En manejo multidisciplinario se indica tratamiento con ciclofosfamida asociado a Octreotide subcutáneo e Itopride, ayuno, profilaxis antibiótica y nutrición parenteral. **RESULTADOS:** Por presunción de POIC, se inició terapéutica con análogo de la somatostatina subcutáneo y antagonista de los receptores dopaminérgicos D2 con buena respuesta, asociado al tratamiento inmunosupresor del LES con resolución clínica. **CONCLUSIONES:** El POIC es una entidad poco frecuente, que se puede presentar de forma secundaria en pacientes con LES, con importancia en un diagnóstico precoz y tratamiento oportuno, siendo la terapia con inmunosupresores la estrategia inicial y de primera línea. La etiología permanece no del todo clara, con hipótesis que sugieren afectación en la motilidad del músculo liso como mecanismo subyacente. La intervención quirúrgica es desalentadora y debe ser cuidadosamente evitada. La mayoría de la bibliografía son reportes de casos que coinciden con este enfoque diagnóstico y terapéutico.

¿TUBERCULOSIS O CROHN?: UN DESAFÍO DIAGNÓSTICO

Kohan, M⁽¹⁾; Caniggia, D⁽¹⁾; Andrada, L⁽¹⁾; Feldman, A⁽²⁾; García Tascón, G⁽³⁾
 (1)Gastroenterología, Hospital Álvarez. CABA, Argentina. (2)Neumología, Hospital Álvarez. CABA, Argentina. (3)Anatomía Patológica, Hospital Álvarez. CABA, Argentina.

Introducción: La diferenciación entre tuberculosis (TBC) y enfermedad de Crohn (EC) ileocecal es un desafío diagnóstico. Ambas cursan con diarrea y pérdida de peso, presentan úlceras e histológicamente una colitis granulomatosa. Distinguir las úlceras de una y otra entidad resulta difícil. En menos del 30% de los granulomas de la TBC se halla necrosis caseosa o bacilos. El diagnóstico diferencial es fundamental ya que la inmunosupresión para la EC puede empeorar una TBC y, a la inversa, el retraso en su empleo, puede complicar el curso de la EC. **Objetivo:** Plantear las dificultades para diagnosticar la TBC ileocecal a partir de un caso. **Caso clínico:** Mujer de 78 años, proveniente de Paraguay. Consultó por diarrea crónica, tos seca y pérdida de 8 kg. EF: Adelgazada. Auscultación pulmonar sin particularidades. Abdomen dolor en marco colónico, sin megalias. Lab: VSG 56mm, Alb 3,12 g/dl, Hemog, U, Creat, Glu y Hepatog normales. SOMF (+) Parasitológico (-). Rx torax: Opacidad nodular en vértice pulmonar izquierdo. TC torax: Imagen sólida en ápice izquierdo e imágenes micronodulillares en el resto del parénquima. No pudo efectuarse estudio bacteriológico/bacilosκόpio de esputo ni Fibrobroncoscopia. VCC: Válvula ileocecal abierta, fibrosa e infranqueable. Múltiples úlceras en ciego y en segmentos de colon ascendente y transverso. Fisura anal. Biopsia: Mucosa colónica: arquitectura conservada. Lámina propia: infiltrado linfoplasmocitario. Granulomas de células epiteloides y halo linfocitario. Esbozo de necrosis central y células gigantes multinucleadas. PAS y Ziehl Nilsen (-). PPD (-). Baciloscopia en MF (-). TC abdomen: Engrosamiento parietal de fleon distal, coecoscendente y transverso. No adenomegalias ni líquido libre. A pesar de no contarse con Fibrobroncoscopia ni con baciloscopia (+) en esputo ni en MF, de la PPD (-), de no hallarse bacilos en la biopsia, ni adenopatías abdominales ni ascitis y, por el contrario, de tener fisura anal, se jerarquizó la epidemiología, la concomitancia de patología pulmonar y el esbozo de necrosis central en los granulomas para administrar tratamiento antifímico. Tras 4 meses: franca mejoría clínica y de Rx torax. VCC sin úlceras, válvula ileocecal congestiva, fleon normal. **Conclusión:** La diferenciación entre TBC y EC ileocecal es un desafío diagnóstico con implicancias terapéuticas. Dado que no existen signos patognómicos, las decisiones deben tomarse poniendo en la balanza datos clínicos, epidemiológicos, endoscópicos, histológicos y de imágenes.

CC/O-14

COLITIS POR CITOMEGALOVIRUS: REPORTE DE UN CASO

abdala, a^(1,2); cortez, l⁽¹⁾; garrocho, g⁽¹⁾; sendin, e⁽¹⁾; alonso padilla, j⁽¹⁾; Garrocho machado, c⁽¹⁾; Aleman, m⁽¹⁾
 (1)gastroenterología, centro de salud. San Miguel De Tucumán, Argentina. (2)San Miguel De Tucumán.

Introducción: El compromiso gastrointestinal por citomegalovirus (CMV) es el segundo en frecuencia luego de la retinitis, siendo la colitis la principal forma de presentación. Es una entidad rara en adultos, que suele aparecer en pacientes con distintos grados de inmunodepresión o en pacientes inmunocompetentes con comorbilidades asociadas. Clínicamente puede manifestarse como melena, dolor abdominal o diarrea, siendo esta última la forma más común en inmunocomprometidos. **Caso clínico:** Paciente de sexo femenino de 45 años, con dolor abdominal, diarrea acuosa de 6 meses de evolución y pérdida de peso. Antecedentes patológicos: Mieloma múltiple, Amiloidosis secundaria, hipertensión arterial e hipotiroidismo primario. Múltiples internaciones por infecciones respiratorias y urinaria para las cuales realizó tratamiento antibiótico prolongado. Examen físico: Palidez cutáneo-mucosa, astenia, adinamia. Abdomen blando, depresible, levemente doloroso difuso, RHA+. Serologías HIV (-), VHB y VHC (-), CMV IgG (+), CMV IgM (-) Virus de Epstein Barr (-), Chagas (-). Hemocultivo, Coprocultivo y parasitológico seriado (-) toxina Clostridium difficile (-). Toxoplasmosis IgG (+). Videocolonoscopía: Desde colon ascendente proximal hasta recto alto se observan pseudopolipos cubiertos con pseudomenbranas blanquecinas que sangran con facilidad. Áreas de pérdida de patrón vascular en todo el trayecto del colon. Se toman biopsias escalonadas, se envían muestras para cultivo para gérmenes comunes, BAAR, CMV y micología. Sospecha diagnóstica: colitis ulcerosa vs pseudomenbranosas. Anatomía Patológica: fragmentos de mucosa colónica con ulceración focal, exocitosis leucocitaria en epitelio superficial y de las criptas. Presencia de inclusiones intranucleares citoplasmático. Corion con componente inflamatorio mixto. Focos de criptitis. Hallazgos histopatológicos compatibles con cambios asociados a infección viral: citomegalovirus. Se realiza tratamiento con ganciclovir 300 mg c/12 hs (ev) por 21 días con mejoría de los síntomas. Continúa con valganciclovir 900 mg c/12 hs (vo) por 6 semanas. **CONCLUSION:** se presenta paciente inmunocomprometida con diarrea crónica de 6 meses de evolución. Se realiza videocolonoscopia con biopsias escalonadas. Macroscópicamente mucosa compatible con infección por colitis ulcerosa vs clostridium difficile, para lo cual realizó tratamiento empírico con antibióticos. Sin embargo cultivos posteriores demostraron cambios compatibles con infección por CMV. No es raro en estos pacientes la coinfección de ambos agentes, presentando mejoría momentánea con el tratamiento para Clostridium. Por lo cual concluimos que el CMV debe ser un germen a tener en cuenta en pacientes inmunosuprimidos con compromiso gastrointestinal.

SÍNDROME DE GUILLAIN BARRÉ COMO MANIFESTACIÓN EXTRAINTestinal DE LA ENFERMEDAD DE CROHN, A PROPOSITO DE UN CASO

Dominguez, NA⁽¹⁾; Milano, MC⁽¹⁾; Conlon, C⁽¹⁾; Spiazzi, R⁽¹⁾; Codd, JC⁽¹⁾
 (1)Gastroenterología, Hospital Profesor Alejandro Posadas. El Palomar, Argentina.

INTRODUCCIÓN: La prevalencia de manifestaciones extraintestinales de la enfermedad inflamatoria intestinal (EII) varía según las series publicadas. Las manifestaciones neurológicas se presentan entre un 20 a 30%. El Síndrome de Guillain Barré (SGB) se ha visto mayormente relacionada a la Enfermedad de Crohn (EC). **OBJETIVO:** Existen pocos casos descriptos en la bibliografía sobre la asociación entre estas entidades. Por lo que se presenta este caso. **CASO CLÍNICO:** Paciente masculino de 30 años que consulta a la guardia por cuadro de 2 semanas de evolución caracterizado por debilidad en miembros inferiores que progresa a miembros superiores 72 hs antes de la consulta. El laboratorio mostró leucocitosis, serologías negativas; punción lumbar con hiperproteínoorraquia; tomografía de cerebro sin lesiones. Fue evaluado por Neurología quienes interpretan el cuadro como SGB. Tratamiento con plasmaféresis con buena evolución. Durante la internación el paciente evoluciona con episodios de hematoquecia y caída de hematocrito por lo que comienza a ser evaluado por Gastroenterología. Materia fecal: fresco con abundantes leucocitos, coprocultivo y coproparasitológico negativos, toxina para Clostridium Difficile negativa, videoendoscopia alta sin lesiones y videocolonoscopia: "Recto: múltiples úlceras serpiginosas longitudinales con fondo de fibrina, mucosa adyacente a úlceras conservada. Colon: se progresa hasta ciego, en todo el trayecto explorado se observan múltiples úlceras serpiginosas, profundas, longitudinales con restos de fibrina en el fondo, en 4 cuadrantes, confluentes, en mayor número y longitud en colon ascendente e izquierdo, áreas adyacentes a úlceras de aspecto normal. Se toman múltiples biopsias para anatomía patológica (AP) y cultivo. Diagnóstico: signos compatibles con EII"; se inicia tratamiento antibiótico con Piperacilina-Tazobactam, metronidazol y vancomicina vía oral, mesalazina y corticoides. Se recibe informe de AP: "Mucosa colónica de histoarquitectura distorsionada, presenta criptas horizontalizadas y dilatadas. Lámina propia con infiltrado inflamatorio mixto linfoplasmocitario con eosinófilos, presencia de macrófagos con hemosiderina. Formalmente se reconoce acumulo histiocitario granuloso con esbozo de granuloma." Ante dicho hallazgo se interpretó cuadro como EC con buena respuesta al tratamiento. **CONCLUSIÓN:** Según la bibliografía existe una relación definida entre la asociación de infección intestinal por Campilobacter Jejuni y el SGB, pero existen pocos casos asociados a la EC. Según la literatura dicha asociación puede deberse a que el daño intestinal generado por la EC podría permitir la presentación de antígenos habitualmente ocultos, estos podrían generar una respuesta inmunológica que ataque el sistema nervioso periférico.

CC/O-16

MEGACOLON TÓXICO. A PROPOSITO DE UN CASO

Marini, PM⁽¹⁾; Bacigaluppi, E⁽¹⁾; Stella, D⁽²⁾; Millán, A⁽²⁾; Hirsch, R⁽³⁾; Peralta, CA⁽⁴⁾
 (1)Gastroenterología, Sanatorio Belgrano. Mar del Plata, Argentina. (2)Cirugía, Sanatorio Belgrano. Mar del Plata, Argentina. (3)Diagnóstico por imágenes, Sanatorio Belgrano. Mar del Plata, Argentina. (4)Anatomía Patológica, LABPAT. Mar del Plata, Argentina.

Caso clínico: Paciente de sexo femenino de 66 años de edad que se internó por cuadro de más de 6 días de evolución, caracterizado por 10 deposiciones/día, líquidas, que no cedían con el ayuno y rara vez la despertaban por la noche, sin proctalgia ni proctorragia, acompañado de pérdida de peso no cuantificada. Fármacos: Metformina, Enalapril y AINEs (por artrosis). Examen físico: TA 90/60 mmHg, (revirtió con 500 ml de SF). FC 90 lpm. Abdomen distendido, sin dolor a la palpación y sin reacción peritoneal. Edemas blandos bimaleolares. Laboratorio de ingreso: anemia, que requirió transfusión de 2 UGR, e hipokalemia. Se realizó una video colonoscopia en la que se observó a partir de los 20 cm del margen anal hasta el fondo cecal, múltiples úlceras profundas y confluentes cubiertas de fibrina. Recto con patrón vascular conservado. Se tomaron biopsias en frascos separados. Ante la alta sospecha Enfermedad Inflamatoria Intestinal (EII) se inició tratamiento con corticoides (Hidrocortisona 300mg/día), previa toma de muestras para hemocultivos y se solicitó toxina para Clostridium difficile en materia fecal. En las primeras 72 hs de tratamiento el número de deposiciones se redujo a tres por día, sin embargo al quinto día la distensión abdominal empeoró y se le sumó dolor. En la TAC de abdomen se observó dilatación del colon transverso y presencia de neumo peritoneo. Fue evaluada por cirugía y se realizó una laparotomía exploratoria en la que identificaron tres perforaciones en un tejido colónico prácticamente desvitalizado, motivo por el cual se procedió a una colectomía con ileostomía y rectostomía. Anatomía Patológica: Pancolitis ulcerada y perforada tipo colitis fulminante. Revisión: El término megacolon tóxico hace referencia a una rara pero severa y potencialmente fatal complicación de la inflamación colónica. Es considerado una complicación de la EII, principalmente de la Colitis Ulcerosa y mucho menos de la enfermedad de Crohn. En las últimas décadas la lista de factores etiológicos abarca a una amplia gama de condiciones inflamatorias e infecciosas, tales como bacterias, virus y parásitos. La anemia y la leucocitosis con desviación a la izquierda son hallazgos comunes al igual que un aumento de la eritrosedimentación y PCR. La hipokalemia e hipoalbuminemia están asociados con diarrea severa, pérdida de volumen y un peor pronóstico. El riesgo de requerir una colectomía de urgencia es del 85% entre los pacientes que luego de 72hs de tratamiento con corticoides continúan presentando más de ocho evacuaciones/día o de tres a ocho evacuaciones/día asociado a una PCR > 45mg/l. La colectomía subtotal con ileostomía y sigmiodostomía o rectostomía, es el procedimiento quirúrgico de primera línea en la fase aguda del megacolon tóxico. **Conclusión:** Debido a la gran complejidad de este cuadro, es necesario contar y trabajar en conjunto con un equipo multidisciplinario entrenados en este tipo de patologías. Laboratorio

	Ingreso	día 1	día3	día 5
Htto	24	30	31	31
GB	4200	5889	11400	19070
Na/K	124/2,5	130/2,9	132/3,1	139/4,2
Eritr		54	63	
PCR		64	96	
Prot/Alb		4,6/1,9		

Piñero, GS⁽¹⁾; Ferrari, A⁽¹⁾; Pascual, J⁽¹⁾; Galimberti, A⁽¹⁾; Trevizan, V⁽¹⁾; Bulaty, S⁽¹⁾; Jaureguizahar, F⁽¹⁾; Ortiz, MJ⁽¹⁾; Montero, J⁽¹⁾; Ruffinengo, O⁽¹⁾; Reggiardo, MV⁽¹⁾; Tanno, M⁽¹⁾; Tanno, F⁽¹⁾; Vorobioff, J⁽¹⁾; Bessone, F⁽¹⁾

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

Introducción: La enfermedad de Crohn (EC) es una enfermedad inflamatoria intestinal crónica con manifestaciones heterogéneas. Su diagnóstico se basa en la combinación de aspectos clínicos, de laboratorio, endoscópicos e histológicos. Afecta cualquier segmento del tracto gastrointestinal; 30% intestino delgado, principalmente ileon terminal y solo 10% intestino proximal. Las estenosis son frecuentes, presentándose 30% al diagnóstico. Caso clínico: Varón de 27 años con episodios aislados de melena de 5 años de evolución y dolor abdominal difuso ocasional. Laboratorio con hemoglobina de 11 mg/dl y ferropenia. VES y PCR normal. Calprotectina fecal 158 ug/g. HCV reactivo. Presentaba VEDA y VCC con canulación de ileon sin hallazgos de jerarquía en 2 oportunidades. PUSH enteroscopia hasta 50 cm desde píloro, constatándose mucosa normal. Biopsia yeyunal normal. Enterotomografía: engrosamiento parietal circunferencial de asas yeyunales proximales y múltiples ganglios mesentéricos no megálicos. Se realiza en nuestro servicio video enteroscopia anterógrada simple balón hasta 170cm desde píloro evidenciando estenosis excéntrica infranqueable que se dilata con balón neumático y se marca con tinta china. Distal a la misma pseudopólipos, pseudodivertículos y lesiones aftoides. Anatomía patológica: proceso inflamatorio intenso con microabscesos y marcada reactividad epitelial. Se decide laparotomía exploradora constatándose dos estenosis cercanas a área marcada con tinta china. Mucosa friable con alteración de la disposición habitual de los pliegues y áreas de aspecto en empedrado. Múltiples adenopatías de rango megálico. Se realiza resección intestinal de 20 cm. En la histología se observa intenso proceso inflamatorio crónico activo, parcheado, transmural, con úlceras aftoides y formaciones granulomatosas. Ganglios con granulomas no necrotizantes. Biopsia de pieza quirúrgica compatible con EC de yeyuno con actividad moderada a severa. Evolucionó sin sangrado ni anemia y con mejoría del dolor abdominal. Se indica Metronidazol para prevención de recurrencia. Por ser HCV se trata con SOFOSBUVIR + DACLATASVIR 12 semanas; carga viral fin de tratamiento negativa. A la espera de negativización definitiva para iniciar tratamiento con anti-TNF. Conclusiones: La prevalencia de EC se ha incrementado en los últimos años. Representa el 35% del sangrado digestivo oscuro en menores de 40 años y es de sospechar ante el hallazgo de estenosis en intestino delgado. Aun así, su diagnóstico es dificultoso. La endoscopia convencional no permite explorar intestino delgado; siendo necesarias la videocápsula endoscópica y la enteroscopia. Sin embargo, considerando su naturaleza parcheada, en algunas ocasiones solo se diagnostica con la pieza quirúrgica. Ante la sospecha de EC es importante agotar todos los recursos diagnósticos.

CC/O-18

SARCOMA DE KAPOSI EN PACIENTE INMUNOCOMPETENTE DE LOCALIZACIÓN INFRECUENTE

Lubertino, MA^(1,2); Calcagno, R⁽¹⁾; Arenas Tenenbaum, J⁽¹⁾; Lucero, G⁽¹⁾; Portillo, L⁽¹⁾; Romeo, J⁽¹⁾; Marini, E⁽¹⁾; Ghirardo, A⁽¹⁾; Assensa Parissi, B⁽¹⁾

(1)Gastroenterología, Ramos Mejía. Capital Federal, Argentina. (2)Capital Federal.

El sarcoma de Kaposi (SK) es un trastorno angioproliferativo que requiere la infección con el virus del herpes humano 8 (HHV-8). El SK se clasifica en cuatro tipos: clásico (el tipo descrito originalmente por Kaposi, que generalmente se presenta en la mediana edad o en la vejez), endémico (varias formas descriptas en los africanos indígenas subsaharianos antes de la adquisición síndrome de inmunodeficiencia [SIDA] epidémico), iatrogénico (un tipo asociado con terapia inmunosupresora, típicamente visto en receptores de aloinjerto renal), y asociado con SIDA (SK epidémico). El compromiso gastrointestinal en pacientes con HIV-SIDA es frecuente, con reportes cercanos al 50 %, pero en pacientes no HIV dicho compromiso baja a menos del 10%, siendo más frecuentes las localizaciones en estómago, duodeno y yeyuno, e infrecuentemente en colon y recto. Presentamos un paciente de 77 años de edad sin antecedentes de inmunosupresión con diagnóstico de Sarcoma de Kaposi clásico de 1 año de evolución con compromiso cutáneo en el cual se observa en la colonoscopia, realizada para evaluar extensión de la enfermedad, compromiso de colon izquierdo y recto con múltiples lesiones rojo vinosas, planas, arboriformes de 0,5 a 1 cm que se biopsian, compatibles con Sarcoma de Kaposi endicha localización. Se presenta este caso por la infrecuente localización de dicha lesión en colon y recto en un paciente inmunocompetente. Y la importancia del hallazgo de dicha lesión en la estadificación de la enfermedad que modifica la terapéutica a instaurar.

LINFOGRANULOMA VENÉREO CON COMPROMISO RECTAL: REPORTE DE UN CASO

Ennis, ML⁽¹⁾; Etchevers, J⁽¹⁾; Gonzalez, ML⁽¹⁾; Marcolongo, M⁽¹⁾

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

INTRODUCCIÓN

El linfogranuloma venéreo (LGV) es una enfermedad infecciosa de transmisión sexual causada por los serotipos L1, L2 y L3 de Chlamydia trachomatis. Existe una forma de presentación genital y otra rectal, en las cuales se produce una úlcera indolora en el sitio de inoculación con posterior diseminación linfática y aparición de adenopatías. Sin tratamiento adecuado, la inflamación crónica puede generar complicaciones como estenosis y fístulas. En los últimos años se han reportado brotes de casos con compromiso rectal en países europeos y en Norteamérica en hombres que tienen sexo con hombres, y se ha identificado como factor de riesgo más importante la infección por virus de la inmunodeficiencia humana (VIH). Los hallazgos clínicos y endoscópicos no son específicos por lo cual para el diagnóstico resulta fundamental la sospecha clínica en base a hábitos y antecedentes del paciente. La confirmación diagnóstica se realiza mediante detección de ADN de C. trachomatis en muestras de tejido afectado. CASO CLÍNICO: Se trata de un paciente de sexo masculino de 47 años que consulta por hematoquecia y dolor anal de un mes de evolución. Al examen físico se constata una lesión en recto inferior a 2 centímetros del margen anal que ocupa la totalidad de la luz. Se solicita una videocolonoscopia que evidencia una lesión de aspecto infiltrativo con áreas ulceradas cubiertas de fibrina, áreas sobrelevadas y friables al roce, que abarca toda la circunferencia desde 8 centímetros hasta la línea pectínea. El estudio histopatológico revela actividad inflamatoria aguda en la lámina propia con focos de criptitis, abscesos cripticos y acúmulos linfocitos en lámina propia. Se realiza una resonancia magnética de recto en la cual se observa una lesión circunferencial desde el margen anorrectal con extensión longitudinal de 7 centímetros, con edema en lámina propia y submucosa, con úlceras lineales y transversales alcanzado el plano de la capa muscular, asociado a adenopatías en el trayecto de la vena rectal superior. Se realiza un hisopado rectal con resultado positivo para detección de ADN de C. Trachomatis por PCR. Se solicita serología para VIH que resulta negativa. Se indica tratamiento antibiótico con doxiciclina por 21 días con resolución completa de los síntomas. CONCLUSIÓN: La proctitis por LGV es una entidad poco frecuente que sin tratamiento adecuado puede implicar el desarrollo de complicaciones a largo plazo como estenosis o fístulas. Es importante el diagnóstico diferencial con otras entidades que pueden tener formas de presentación similares como la enfermedad de Crohn o las lesiones malignas de recto, a fin de poder iniciar un tratamiento específico en forma precoz.

CC/O-20

PRESENTACIÓN INUSUAL DE MYCOBACTERIUM ABSCESSUS EN COLON

Varela, MJ⁽¹⁾; Campodónico, MP⁽¹⁾; Bracone, H⁽¹⁾; Pinasco, R⁽¹⁾; Donatelli, ME⁽¹⁾; La Vía, J⁽¹⁾; Regnasco, S⁽¹⁾; Saá, EC⁽¹⁾

(1)Gastroenterología, Hospital General de Agudos "Dr. Ignacio Pirovano". Buenos Aires, Argentina.

Introducción: Presentamos una paciente inmunocompetente que presenta una infección atípica provocada por Mycobacterium Abscessus (M.A.), microorganismo no documentado previamente como patógeno de colon, que implicó un desafío al momento de realizar un diagnóstico etiológico como así tomar una conducta terapéutica. Caso clínico: Paciente femenino de 25 años, de la provincia de Buenos Aires, sin antecedentes previos. Presenta desde el 2013 cuadro de diarrea, mucorreya, hematoquecia y dolor abdominal. Laboratorio: Eritrosedimentación y PCR elevadas. Se realiza Videocolonoscopia (VCC): Úlceras y eritema con pérdida del patrón vascular en colon izquierdo, la anatomía patológica (AP) informa leve distorsión de la arquitectura de las criptas e intenso infiltrado inflamatorio linfoplasmocitario a predominio basal con presencia de PMN. Interpretándose el cuadro como Colitis Ulcerosa, inicia tratamiento con Mesalazina 3 gr/ día. Evolucionó con recaídas y remisiones nunca completas, por lo cual en Febrero del 2015 se agrega Meprednisona 40 MG /día, disminuyendo paulatinamente 10 mg cada 10 días. Persistiendo con igual patrón evolutivo, intercorre en febrero del 2017 con un brote severo, requiriendo esquema de Truelove, con pobre respuesta. VCC Febrero 2017: Desde margen anal hasta los 25 cm, mucosa granular de aspecto cicatrizal con ulceraciones y pérdida del patrón vascular, se toman muestras para cultivos AP: Mucosa rectal con arquitectura alterada, deformación de criptas, intenso infiltrado inflamatorio linfoplasmocitario con neutrófilos que se extiende hasta la submucosa, focos de criptitis. Se inicia tratamiento con Adalimumab ante la corticorrefractoriedad. Se recibe cultivo positivo para M.A. Ante la tórpida evolución clínica se optó por jerarquizar el hallazgo, se interrumpe el tratamiento con agentes biológicos, inicia antibioterapia con 4 drogas: Levofloxacina, Claritromicina, Trimetoprima-Sulfametoxazol. Evolucionó favorablemente con remisión clínica, VCC Enero 2018: Sin lesiones con patrón vascular conservado. Se suspende Mesalazina durante el tratamiento y tras haber cumplido 9 meses de antibioterapia se suspende la administración de los mismos. La paciente no presenta recurrencia de síntomas. Conclusión: M. A. es una mycobacteria patógena del sistema nervioso, piel, pulmones, sin datos de afectación del colon como única localización, y que habitualmente es considerada como contaminante de instrumental quirúrgico y endoscópico. Dada la muy buena recuperación clínica, endoscópica y anatomopatológica con antibioterapia con 4 drogas, nos encontramos ante uno de los escasísimos casos presentados en el mundo con esta etiología infecciosa sin otras localizaciones en el organismo.

ENTEROPATÍA PERDEDORA DE PROTEÍNAS SECUNDARIA A LINFANGIECTASIA INTESTINAL

Fuentes. AC⁽¹⁾; Pagliere, N; Escobar Fernandez, R; Vijoditz, J; Daca Alvarez, MdIA (1)C.A.B.A.

Introducción: La linfangiectasia intestinal (LI) es una entidad infrecuente, caracterizada por la obstrucción del flujo linfático, aumento de la presión y dilatación de los vasos linfáticos con hipoproteïnemia, hipogammaglobulinemia y linfopenia. Puede ser primaria manifestándose como un trastorno genético o secundaria a pericarditis constrictiva, tuberculosis y fibrosis retroperitoneal. Se presenta clínicamente con signos de pérdida de nutrientes, dolor abdominal, diarrea crónica, descenso de peso y desnutrición. **Objetivo:** Presentar un caso infrecuente de linfangiectasia intestinal secundaria a fibrosis retroperitoneal. **Caso clínico:** Paciente masculino de 25 años, con antecedente de HIV-SIDA diagnosticado a los 6 años de edad, en contexto de infección por micobacterias no caracterizada con tratamiento antibiótico completo y obstrucción secuelear del conducto torácico y de la vena yugular izquierda. Consulto por diarrea crónica de 6 meses de evolución con hipoalbuminemia, hipogammaglobulinemia, linfopenia y déficit nutricional. Se realizó clearance de alfa 1 antitripsina 178ml/24hs (Normal < 16 ml/24hs), elastasa y esteatocrito dentro de parámetros normales. VEDA: a nivel de DII mucosa congestiva con puntillado blanquecino compatible histológicamente con linfangiectasias. **Videocapsula:** linfangiectasias duodenales y yeyunales, angiodisplasias yeyunales y enteropatía hipertensiva portal. TAC de abdomen fibrosis retroperitoneal relacionado con antecedente de proceso infeccioso por micobacterias. Se realizó tratamiento con dieta hiperproteica y ácidos grasos de cadena media, con mejoría parcial, iniciando tratamiento con octreotida, con resolución clínica. **Discusión:** La LI es un desafío diagnóstico orientado por un cuadro clínico compatible, alteraciones características en el laboratorio y la imagen endoscópica de "copos de nieve", y confirmado histológicamente por dilatación de vasos linfáticos. En los casos de diagnóstico dudoso y sospecha de afectación segmentaria, la videocapsula es de utilidad. El tratamiento se basa en la restricción de ácidos grasos de cadena mediana y triacilglicéridos de la dieta. Los casos severos requieren aporte nutricional por vía parenteral, infusión de albumina y corticoides y administración de octreotida, el cual disminuye la absorción de las grasas e inhibe la acción de los vasopeptidos gastrointestinales. La resección segmentaria de intestino delgado se reserva para casos refractarios y afectación segmentaria. **Conclusión:** Las dificultades en el diagnóstico y la escasa respuesta terapéutica constituyen un desafío que requiere de la atención del grupo interdisciplinario integrado por nutricionistas, cirujanos, médicos clínicos y gastroenterólogos, teniendo como meta optimizar el aporte calórico proteico en una superficie absorbente intestinal con un deterioro de grado variable según el caso.

PROCTITIS POR LINFOGRANULOMA VENÉREO. REPORTE DE UN CASO

Fernández Campos, F⁽¹⁾; Cedeño Vizuete, GG⁽¹⁾; Merlin, M⁽¹⁾; Acosta, E⁽¹⁾; Weinstock, D⁽¹⁾; Gotti, R⁽¹⁾; Iruetia, MC⁽²⁾; Magdaleno, MA⁽²⁾; Acosta, A⁽³⁾; Bonfanti, M⁽³⁾
(1)Endoscopia Digestiva Adultos, Hospital Posadas. Buenos Aires, Argentina. (2)Microbiología, Hospital Posadas. Buenos Aires, Argentina. (3)Anatomía Patológica, Hospital Posadas. Buenos Aires, Argentina.

Introducción: El Linfogranuloma venéreo (LGV) es una enfermedad de transmisión sexual causada por los serotipos L1, L2 y L3 de Chlamydia Trachomatis, estos difieren de los serotipos que causan tracoma, conjuntivitis de inclusión, uretritis y cervicitis. Es endémico en zonas tropicales y subtropicales. Más frecuente en hombres que en mujeres y en aquellos con comportamiento sexual de alto riesgo como el coito anal, principalmente en hombres que tienen sexo con otros hombres. Se asocia con una alta tasa de coinfección con HIV, gonorrea, sífilis, herpes simple y hepatitis C. La proctitis es la principal manifestación clínica a pocas semanas del contacto sexual y se caracteriza por dolor anorrectal, secreción hemopurulenta, proctorragia, tenesmo, diarrea o constipación. En etapas avanzadas se observa estenosis rectal, abscesos y fistulas que puede confundirse con la Enfermedad de Crohn. Endoscópicamente se observa ulceración de la mucosa rectal, exudado purulento, friabilidad y masas tumorales. El diagnóstico se confirma mediante la detección de ADN de C. Trachomatis, prueba de amplificación de ácidos nucleídos en muestras directas de la úlcera rectal, realizadas bajo visión endoscópica. El tratamiento de elección es la Doxiciclina. **Objetivo:** Presentar un caso de Proctitis por LGV en paciente con HIV y Sífilis. **Caso clínico:** Masculino de 26 años de edad, antecedentes de hemorroidectomía y prácticas sexuales anales receptivas. Presenta cuadro de dolor anorrectal, tenesmo, proctorragia y secreción rectal purulenta de dos meses de evolución. Laboratorio: anemia, HIV positivo, CD4 919, carga viral 24077, VDRL 128 DILS. Videocolonoscopía: en recto gran úlcera superficial, de bordes bien definidos, con exudado purulento y friabilidad, que ocupa más del 50% de la circunferencia, se realiza hisopado y toma de múltiples biopsias para determinación de C. Trachomatis y otros gérmenes. Ileon y resto del colon explorado con mucosa conservada. Microbiología molecular: dos reacciones de amplificación, PCR específica del plásmido críptico que porta C. Trachomatis y otra hemi-nested PCR que amplifica el gen ompA de una proteína de la membrana externa (MOMP), ambos positivos para C. Trachomatis. Determinación del genotipo por secuenciación del gen ompA, genotipo L2. Anatomía patológica: rectitis crónica ulcerada, presencia de bacilos largos espiralados positivos con técnica de Warthin Starry, compatibles con treponemas. Tratamiento: Penicilina G Benzatínica 2400000UI y Doxiciclina. **Conclusión:** Ante el hallazgo endoscópico de úlceras rectales en pacientes con proctitis y factores de riesgo, es fundamental la toma de biopsias e hisopado para la detección de ADN de C. Trachomatis en muestras directas. La proctitis por LGV es infrecuente en nuestro medio, por lo que debe ser tenido en cuenta como diagnóstico diferencial en pacientes con alto riesgo.

RESECCIÓN ENDOSCÓPICA TRASMURAL DE COLON: A PROPÓSITO DE DOS CASOS

Caro, L⁽¹⁾; Krause, M⁽¹⁾; Canseco, S⁽¹⁾; Sanchez, C⁽¹⁾; Bolino, MC⁽¹⁾; Dumonceau, JM⁽¹⁾; Cerisoli, C⁽¹⁾

(1)Endoscopia, GEDyT. CABA, Argentina.

Introducción: La resección endoscópica transmural (Endoscopic Full-thickness Resection-EFTR) con la colocación de un clip sobre el extremo distal del endoscopio (Over the scope clip-OTSC) (Full Thickness Resection Device, FTRD; Ovesco Endoscopy, Tübingen, Alemania) combina la resección endoscópica transmural de la lesión, con el cierre de la brecha y corte de tejido, en el mismo procedimiento. Indicada principalmente en lesiones con fibrosis que no se eleven en la evaluación endoscópica, lesiones de difícil acceso con alto riesgo de complicaciones, tumores subepiteliales ó en lesiones avanzadas que se originan en capas más profundas que la submucosa sería una técnica endoscópica efectiva que permitiría evitar cirugías innecesarias. **Caso clínico:** Se presentan dos pacientes, un varón, 58 años, y una mujer, 62 años, que en VCC por vigilancia presentaban en colon ascendente, una lesión con extensión lateral de tipo granular de +/- 40 mm, no pasibles de resección endoscópica por presentar "lifting sign" negativo. Previa marcación de la lesión con argón, se procedió a la resección endoscópica transmural con la colocación de clip según técnica. La re inspección endoscópica no mostró signos de perforación o sangrado. El OTSC cerró el sitio de resección de manera eficiente observando, del lado luminal, los bordes del peritoneo sujetos con el clip. El examen histológico confirmó la resección completa de un adenoma tubulovelloso (Viena 4.1), con márgenes de resección libres de lesión, evidenciándose resección transmural. Ambos pacientes permanecieron en medio sanatorial por 24 hs. Se les realizó control clínico a la semana, al mes y en el primer caso a los 6 meses, sin evidencia de complicaciones. **Discusión:** Según los resultados de estudios realizados que incluyeron adenomas colonicos con las características mencionadas de los pacientes presentados (lifting sign negativos), entre otros, se evidenció que el tratamiento fue efectivo entre el 77 y 100%, presentando complicaciones en hasta el 9%. **Conclusión:** La EFTR es una técnica factible y efectiva que podría convertirse en una alternativa válida a la Resección Endoscópica Mucosa y Disección Endoscópica Submucosa, en el tratamiento de adenomas recurrentes, lesiones sin elevación y cicatrices de resecciones previas.

VC-01

LITOTRIPCIA ELECTROHIDRAULICA EN LITIASIS PANCREATICA

Kirschbaum, A⁽¹⁾; Málaga, I⁽¹⁾; Guidi, MA⁽¹⁾; Curvale, C⁽¹⁾; Hwang, HJ⁽¹⁾; De Maria, J⁽¹⁾; Matanó, RF⁽¹⁾

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

Caso clínico: Paciente masculino de 59 años que consulta por dolor abdominal crónico, esteatorrea y pérdida de peso. Como antecedente de relevancia es tabaquista (37 P-Y), enolista (120 gr por día). Estudios complementarios: laboratorio: TGO 155 TGP 550 FAL 866. TC abdomen: múltiples calcificaciones pancreáticas. Wirsung dilatado. CRM: coledoco de 7 mm con afinamiento distal. cabeza de páncreas heterogénea. Wirsung dilatado y arrosariado. Se realiza ecoendoscopia lineal donde se observan múltiples calcificaciones con y sin sombra acústica posterior en parénquima pancreático. wirsung dilatado y arrosariado con imagen compatible con litiasis en porción proximal de conducto pancreático de 15 mm. Se decide realizar pancreatoscopia para litotricia electrohidráulica (video) y colocación de stent pancreático. Se fragmenta el lito parcialmente y se coloca stent pancreático. El paciente evoluciona asintomático hasta la fecha.

VC-02

NUESTRA PRIMERA EXPERIENCIA EN EL DRENAJE ECOGUIADO CON STENT HOT AXIOS

Pizzala, J⁽¹⁾; Villaverde, A⁽¹⁾; Mahler, M⁽¹⁾; Manazzoni, D⁽¹⁾; Abecia, V⁽¹⁾; Marcolongo, M⁽¹⁾

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

Introducción: El drenaje endoscópico es un procedimiento cada vez más utilizado dentro del abordaje “step up” de las colecciones pancreáticas en el contexto de pancreatitis aguda. Presentamos nuestra primera experiencia en el uso del set Hot Axios disponible recientemente en nuestro país. Objetivo/s: Describir nuestra primera experiencia en la colocación del stent Hot Axios en el drenaje de colecciones pancreáticas. Material (o Pacientes) y Métodos: Presentamos un caso clínico en video con la secuencia de pasos en la colocación endoscópica del stent Hot Axios. Resultados: La colección fue drenada en forma completa y el paciente evolucionó favorablemente. Conclusiones: Nuestra experiencia en el uso de stent Hots Axios para el drenaje de colecciones pancreáticas fue exitosa. Éstas prótesis son una alternativa atractiva a los métodos tradicionales de drenaje endoscópico.

VC-03

COLANGIOSCOPIA EN LA ACTUALIDAD: DESAFIANDO DIAGNÓSTICOS PREVIOS

Sciarretta, M⁽¹⁾; Talani, A⁽¹⁾; Yantorno, M⁽¹⁾; Correa, G⁽¹⁾; Tufare, F⁽¹⁾; Baldoni, F⁽¹⁾; Villaverde, A⁽¹⁾

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

INTRODUCCION: La colangioscopia en la actualidad representa una herramienta complementaria de gran valor, tanto para el diagnóstico como el tratamiento de la patología biliopancreática. La evaluación y caracterización de las estenosis biliares constituye una de las principales indicaciones de la colangioscopia. OBJETIVO: Presentar un video científico referido a un paciente con síndrome coledociano por obstrucción biliar, en el cual la colangioscopia modificó radicalmente el diagnóstico y tratamiento de la patología biliar. PACIENTE Y METODO: Mujer de 53 años que consultó por síndrome coledociano insidioso, sin dolor abdominal, prurito ni fiebre, con pérdida de peso de 12kg. En laboratorio presentó anemia, patrón de colestasis con bilirrubina total aumentada a predominio directo y marcador tumoral positivo (CA 19-9:178,9U/ml). La CRNM evidenció marcada dilatación de la vía biliar intrahepática y stop a nivel del Carrefour. Por sospecha de tumor de Klatskin, se realizó TC de abdomen con angiografía estadificadora que evidenció enfermedad resecable. En la evaluación por cirugía hepatobiliopancreática se decidió realización de colangiografía transperitonohepática que mostró estenosis a nivel de la confluencia y dilatación de la vía biliar intrahepática, con posterior colocación de drenaje biliar percutáneo interno-externo previo a a cirugía con intención curativa. Por disponibilidad, se realizó colangioscopia por vía endoscópica con el fin de caracterizar la estenosis y precisar su extensión, la cual evidenció litiasis múltiple en la vía biliar extrahepática, cambios inflamatorios epiteliales inespecíficos y ausencia de estenosis. Se realizó colangiografía por CPRE evidenciando litiasis coledociana y litiasis intrahepática múltiple. La misma se abordó en otra sesión mediante CPRE convencional. RESULTADOS: Se realizó abordaje por CPRE convencional con extracción completa de litiasis biliar compleja. La paciente presentó evolución favorable con resolución total de la patología biliar. CONCLUSION: La colangioscopia constituye en la actualidad una herramienta complementaria de gran utilidad en los pacientes con estenosis biliares, generalmente aportando información muy valiosa en cuanto a la etiología y la extensión de la misma. En este caso permitió modificar un diagnóstico previo de patología maligna (de resolución quirúrgica) a una patología benigna (de resolución endoscópica en 1 sesión).

VC-04

ESTENOSIS BILIAR INDETERMINADA

Málaga, I⁽¹⁾; Hensel, A⁽¹⁾; Guidi, MA⁽¹⁾; De Maria, JC⁽¹⁾; Curvale, C⁽¹⁾; Matanó, RF⁽¹⁾; Hwang, HJ⁽¹⁾

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

Paciente femenina de 60 años derivada a nuestro centro con diagnóstico de estenosis biliar indeterminada. Como antecedentes de enfermedad actual presenta colecistectomía laparoscópica hace 1 año, presentando dolor abdominal, ictericia y coluria hace 3 meses. Se realiza CPRE donde se evidencia estenosis de coledoco medio de 2 cm. se realiza papilotomía y se coloca stent biliar plástico de 10 FR. Es derivado posteriormente a nuestro servicio con laboratorio donde se observa CA 19-9 370 (VN hasta 35). Se decide realizar CPRE + colangioscopia con SpyGlass donde se observa en colangiograma estenosis bismuth I y colangioscopicamente una lesión de aspecto infiltrante, friable de la cual se toman biopsias dirigidas. Por último se coloca stent autoexpandible cubierto. El diagnóstico histológico confirma el diagnóstico de colangiocarcinoma.

VC-13

TRATAMIENTO ENDOSCÓPICO DE FUGA ESOFÁGICA POSTOPERATORIA

Ferreira, RE⁽¹⁾; Melín, M⁽¹⁾; Iannicillo, H⁽¹⁾; Abramson, L⁽²⁾

(1)Endoscopia, Hospital Nacional Posadas. Buenos Aires, Argentina. (2)Cirugía General, Hospital Nacional Posadas. Buenos Aires, Argentina.

Introducción: La perforación esofágica (PE) es una complicación con alta tasa de morbimortalidad. La mayor parte son de origen iatrogénico, dado el avance en la resolución de patología esofágica a través de procedimientos endoscópicos como dilataciones, mucosectomías, extracción de cuerpos extraños, etc. El manejo tradicional de las PE torácicas ha sido la cirugía temprana. Los datos sugieren que el cierre quirúrgico temprano es la técnica de elección y hasta el 30% de las reparaciones se complican con fugas, aumentando la morbimortalidad de esta patología. En la última década, el manejo de las fugas esofágicas postoperatorias, ha tenido diferentes enfoques de manejo. El tratamiento óptimo es discutido, generando controversia entre el manejo conservador, la reintervención quirúrgica o el manejo endoscópico. Objetivo: Mostrar el tratamiento endoscópico con stent autoexpandible metálico parcialmente cubierto, en un paciente con diagnóstico de mediastinitis por fuga esofágica postoperatoria. Caso clínico: Paciente de 57 años derivado a nuestra institución por perforación esofágica con 12 hs. de evolución, posterior a intento fallido de extracción de cuerpo extraño. Al ingreso se encuentra hemodinámicamente inestable respondiendo a la primera reanimación hidroelectrolítica, por tomografía computada se constata neumomediastino más derrame pleural izquierdo. Ante el diagnóstico de traumatismo perforante iatrogénico de esófago inferior, se decide conducta quirúrgica, efectuando toracotomía lateral izquierda con extracción de cuerpo extraño (prótesis dentaria parcial) más rafia primaria de esófago inferior, con tubo de drenaje torácico. Al 7° día postoperatorio presenta débito purulento por el tubo de drenaje torácico, evolucionando con signos de sepsis (Mediastinitis). Se realiza estudio contrastado observándose fuga del contraste al mediastino dirigida hacia tubo de drenaje torácico izquierdo. Ante la evidencia de fuga esofágica por dehiscencia de cierre primario, se decide la colocación de stent autoexpandible metálico parcialmente cubierto. El paciente evoluciona mejorando los parámetros de sepsis. Se inicia dieta líquida a las 72 hs, con buena tolerancia. Al 7° día de la colocación de la endoprótesis es dado de alta. A los 28 días de la intervención endoscópica se procede a la extracción de stent metálico por vía endoscopia guiado por fluoroscopia, sin complicaciones. Control a las 4 semanas de la extracción de stent, el paciente se encuentra asintomático, a la endoscopia control se observa una deformación pseudodiverticular en la zona afectada. En esófago medio cicatriz circunferencial correspondiente al sitio de anclaje por la copa proximal. Conclusión: La colocación de stent metálico autoexpandibles parcialmente cubierto es un método seguro y eficaz en pacientes con fuga esofágicas secundaria a dehiscencia de rafia primaria de esófago por perforación iatrogénica.

VC-14

DRENAJE DE VÍA BILIAR POR ECOENDOSCOPIA: COLEDOCODUODENOSTOMÍA

Hwang, HJ⁽¹⁾; Malaga, I⁽¹⁾; Curvale, C⁽¹⁾; Guidi, M⁽¹⁾; De María, J⁽¹⁾; Matano, R⁽¹⁾

(1)Gastroenterología y endoscopia, Htal El Cruce. Florencio Varela, Argentina.

Introducción: En los pacientes con estenosis biliar distal por tumor de páncreas está indicado el drenaje por vía ecoendoscópica cuando fracasa la CPRE. El drenaje biliar por ecoendoscopia presenta menor frecuencia de complicaciones y mejor calidad de vida que el drenaje percutáneo. Las opciones de drenaje por ecoendoscopia son: coledocoduodenostomía y hepatogastrotomía, siendo la primera la más fácil de realizar técnicamente y presenta menor riesgo de complicaciones. Objetivo: presentar un caso de estenosis biliar distal en la que se realizó drenaje guiado por ecoendoscopia ante el fracaso de la CPRE. Paciente: 56 años de sexo femenino con ictericia indolora, coluria y pérdida de peso. Laboratorio: aumento de transaminasas, FAL, bilirrubina y GGT. En la ecografía y TAC abdominal: masa sólida en cabeza de páncreas de 30 mm de diámetro, vía biliar dilatada intra y extrahepática (11 mm) y nódulos hepáticos (metástasis). Se realizaron dos intentos de CPRE con falla de canulación incluso con precorte. Se decidió realizar drenaje de la vía biliar por ecoendoscopia con colocación de stent metálico cubierto autoexpandible. En el mismo procedimiento se realiza punción aspirativa con aguja fina guiado por ecoendoscopia confirmando adenocarcinoma de páncreas. Buena evolución posterior a la colocación del stent con descenso de la bilirrubina, FAL y transaminasas. Inició quimioterapia paliativa. Conclusiones: el drenaje de la vía biliar por ecoendoscopia está indicada cuando falla la CPRE y es una alternativa del drenaje percutáneo.

VC-15

¿ES EL COMPROMISO APENDICULAR ACTUALMENTE UNA CONTRAINDICACIÓN PARA LA RESECCIÓN ENDOSCÓPICA DE LESIONES MUCOSAS NO POLIPOIDES?

Barril, SG⁽¹⁾; Esteves, JS⁽¹⁾; Chiappero, AL⁽¹⁾; Lamot, J⁽²⁾; Alarcón, G⁽¹⁾

(1)Gastroenterología, CMIC. Neuquén, Argentina. (2)Endoscopia Digestiva, Cmic. Neuquén, Argentina.

La resección Mucosa Endoscópica (RME) es una técnica comprobada para el tratamiento de las lesiones no polipoides de colon y recto. El compromiso e invasión del orificio apendicular históricamente fue considerado como una contraindicación para la realización de la misma. Sin embargo -con el avance tecnológico y mejor conocimiento de la técnica- las contraindicaciones en la actualidad se han ido reduciendo o, al menos, el carácter absoluto de las mismas se ha transformado en relativo. En esta oportunidad queremos mostrar nuestra experiencia en la resección mucosa endoscópica de tres lesiones de crecimiento lateral mayores a 20 mm con compromiso apendicular, en pacientes con altas comorbilidades que implicaban un elevado riesgo quirúrgico.

EP-01

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

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

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

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

EP-02

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

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

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

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

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

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

EP-03

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

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

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

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

EP-04

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

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

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

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

EP-05

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

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

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

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

EP-06

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

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

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

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

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

EP-07

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

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

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

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

EP-08

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

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

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

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

EP-10

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

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

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

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

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

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

EP-11

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

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

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

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

EP-12

NO TODO ES LO QUE PARECE

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

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

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

EP-13

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

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

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

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

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

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

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

EP-15

ESTENOSIS ESOFÁGICA CONGÉNITA: A PROPÓSITO DE UN CASO

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

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

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

EP-16

PANCREATITIS RECURRENTE: INTERACCIONES GENES-GENES Y GENES-AMBIENTE

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

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

EP-17

NECROSIS COLÓNICA COMO COMPLICACIÓN INFRECUENTE DE PANCREATITIS AGUDA SEVERA

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

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

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

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

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

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

EP-19

RESISTENCIA PRIMARIA AL ENTECAVIR: A PROPOSITO DE UN CASO

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

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

EP-20

INMUNODEFICIENCIA EN LA ENFERMEDAD CELIACA

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

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

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

EP-21

UNA CAUSA INUSUAL DE HEMORRAGIA DIGESTIVA

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

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

SÍNDROME DE PEUTZ-JEGHERS. A PROPÓSITO DE UN CASO

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

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

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

Guía de Seguimiento para SPJ

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

EP-23

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

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

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

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

EP-24

ENFERMEDAD HEPÁTICA AUTOINMUNE INDUCIDA POR NITROFURANTOINA

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

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

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

EP-25

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

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

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

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

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

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

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

EP-27

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

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

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

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

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

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

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

EP-29

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

EP-35

TUMOR RECTAL INUSUAL

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

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

EP-36

TUMOR DEL ESTROMA GASTROINTESTINAL

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

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

Inmunohistoquímica

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

EP-37

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

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

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

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

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

EP-39

NEOPLASIA FUSOCELULAR MALIGNA DE ESÓFAGO

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

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

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

Introducción:

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

EP-41

RESECCION ENDOSCOPICA DE MALFORMACIONES ARTERIOVENOSAS POLIPOIDES DE COLON

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

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

EDEMA PULMONAR UNILATERAL POSTERIOR A VIDEOCOLONOSCOPIA BAJO ANESTESIA GENERAL

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

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

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

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

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

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 monótonas, 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 hipocócica 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 esofagografía, 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)Hepatología, 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 biliointestinal, 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 bloqueantes de absorción de cobre tales como sales de zinc, son efectivos 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, J⁽¹⁾; Tellechea, J⁽¹⁾; Mansilla, I^(2,3); Prost, E^(2,3); Molejon, M^(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 epiteloides. 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 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. 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, trombosis 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 varices esofagógicas (10,4%) y 10 varices 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 e -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 es 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⁾; Gaité, L⁽¹⁾; Paire, S⁽²⁾; Roverano, S⁽²⁾; Ortiz, A⁽²⁾; Serravallo, 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 xerofalimia 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. **Materiales 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-tabcadas 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 colédoco. 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 colédoco 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 colédoco 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 ESOFÁGICA 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 endoscopio 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 nasoendoscopio 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⁾; Mícenmacher, 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 descripto 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⁾; Lubieniecki, 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 estomacales 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 panal de abejas. Biopsia compatible con GAVE. Requiere 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 (panal 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. Comprende 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. **Videocapsula 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 COLANGIOPANCREATOGRÁFIA 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 periaimpulomas, 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 anatómico patológico de duodeno muestra abundantes organismos elongados, curvos y de extremos afinados atravesando el epitelio y la luz, vinculables a Strongiloides 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 neoplásico 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

SÍNDROME 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 Martín. 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, Giardia Lamblia 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 presento 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 Giardia 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 arb (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.Hc, 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 carcinóide. 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⁾; Zeytuntsian, 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 antibiocioterapia 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 +esofageostoma 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: lúcida, 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 abdominopelvíana 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 etiopatogenica común. CASO CLINICO: Paciente de 42 años que consulto por impactacion 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. Etiopatogenicamente 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⁾; Ghiraldino, 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 termino-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⁽²⁾; 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 antró 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 espirolactona 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 triancinolona y otro corte más inyección con triancinolona, 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. Faltan 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 canuló 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 descritos 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 anestesta 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 anestesta 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, IESS 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 (videoesoscopia 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 esofagoduodenal.

P-88

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 capecitabina) 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)Médico de Planta del Servicio de Esófago y Estomago, Bonorino Udaondo. Buenos Aires, Argentina. (3)Médico 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.

P-92

¿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 diafrágica, 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 recopilaron 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 Agudos "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, chi² 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% disineria 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.

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 hipocogénicas en la pared muscular compatibles con leiomioma/GIST (14 casos, 36,8%) y lesiones hipercogénicas 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.

P-108

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.

ÍNDICE POR AUTORES

Apellido	Trabajo N°	Apellido	Trabajo N°
Abboghlouyan, Leonella	P-16	Baltar, Mariela	P-72
Abdala, Agustina	CC/O-14	Barbaglia, Yanina	EP-25, P-23
Abecia Soria, Victor	TO/O-12, VC-02, VC-10, VC-12	Barbero, Rodolfo	P-20
Abramson, Leonardo	VC-13	Barbero, Sabrina Lucia	P-44
Acosta, Ana	CC/O-22	Barcia, Teresa	EP-05
Acosta, Elsa	CC/O-22, EP-39	Baroni, María Rosa	EP-25
Adi, José	VC-06, P-12, P-100	Barquet, Inés	P-40
Aguilar, Carla	P-15	Barquet Acuña, María Inés	CC/O-10, P-39, P-69
Aguilar, Francisco	P-30, P-33	Barril, Sergio	VC-08, VC-15
Ahumada, María Cruz	TO/O-08, TO/O-11	Barrios, Romina	EP-20, EP-35, P-58, P-64
Alach, Eduardo	P-01	Barros, Augusto Sebastián	EP-41
Alarcón, Guillermo	VC-15	Barros, Roberto Augusto	EP-41
Alegre, Nadia Soledad	EP-27, P-21	Barros, Roberto Federico	EP-41
Aleman, Marisa	CC/O-14	Bartellini, María Amelia	TO/O-07
Alessio, Analía	EP-19	Basile, Mauricio	P-61
Alexandrino, Caroline Almeida Fariás	P-55	Bassi, Débora	P-108
Almada, Felipe Alejandro	EP-42	Basso, Sandra	EP-17, P-05, P-14, P-17
Alonso, Adrián	P-78	Bayón, Paola	EP-42
Alonso, Daniel F.	TO/O-06	Baz, Placida	EP-27
Alonso, Julieta	TO/O-09	Bedini, Marianela Patricia	EP-21, P-41
Alonso Padilla, Julieta	CC/O-14	Bellini, Delfina	P-61
Alsina, Fernanda	CC/O-07, P-15, P-108	Bellizzi, Carla	EP-31
Altamirano, Josefina	EP-06, P-90	Belloni, Rodrigo	P-20
Altuna, Diana	TO/O-04	Benavides, Javier	EP-27, P-21
Álvarez, Fernando Andrés	EP-21	Bentolilla, Federico	TO/O-09, TO/O-10, EP-08, EP-11, P-25, P-86, P-93, P-107
Amé, Martín	TO/O-01	Berardi, Diego	TO/O-08, TO/O-11, P-90
Amieva, Leandro	CC/O-10, P-38, P-39, P-40, P-69	Beresten, Roberto	P-87
Andrada, Laura	CC/O-13	Berli, Daniel	P-94
Andrade, Evelyn	P-15	Berman, Saul	P-75
Andrade, Raúl J	EP-24	Bertero, Micaela	P-64
Anganuzzi, María Isabel	CC/O-03	Bertola, Silvia	TO/O-01, EP-37, P-11
Ansa, Amorina	P-105	Bessone, Fernando	CC/O-17, EP-24, EP-32, P-09, P-94
Antelo, Marina	TO/O-07	Bestani, Claudia	P-65, P-91
Antoniska, Mariela	P-28	Bigliardi, Román Néstor	EP-14, P-37
Arco, Mauricio	VC-05, P-80	Bilder, Hugo	EP-31, P-46
Arenas Tenenbaum, Judith	CC/O-18, P-68	Bilesio, Eduardo	TO/O-02
Argonz, Julio	P-56	Billordo, Luis Ariel	P-21
Argüero, María Julieta	P-06, P-92	Boerr, Luis	TO/O-09, TO/O-10, EP-08, EP-11, P-25, P-86, P-93, P-107
Arguto, J.	P-62	Bogo, Danielle	P-55
Arias, Ángel Horacio	EP-22	Boietti, Bruno Rafael	EP-03
Arramon, Marianela	CC/O-12	Boldrini, Gustavo	TO/O-04
Arrese Jimenez, Marco	EP-24	Bolino, María Carolina	CC/O-23, EP-04, P-84
Asquineyer, Yanina	P-97	Bologna, Adrián	P-20
Assenza Parisi, Beatriz	CC/O-18, P-68	Bolomo, Andrea	TO/O-01, EP-37, P-11
Ayats, María Victoria	P-73	Bonfanti, Mirian	CC/O-22, P-97
Azcurrea, Ivana Andrea	P-50	Borda, María Elena	P-97
Bacigaluppi, Eduardo	CC/O-16, EP-36, P-02	Bori, Javier	P-91
Baez, Elsa	P-46	Bosch, Jorge	EP-04
Bai, Julio C	TO/O-03, TO/O-13, EP-01	Bottero, Adriana	EP-13, P-28
Balasini, C.	P-82	Bracone, Hernán	CC/O-20
Balderramo, Domingo	TO/O-01, EP-37, P-11	Bravo Vélez, Gladys k.	P-91
Baldoni, Fernando	VC-03, VC-09, P-31, P-71, P-77	Brichta, Ignacio	CC/O-11, EP-17, P-14
Bálsamo Lozano, José Nicolás	P-08, P-59	Brodersen, Carlos	P-48, P-49, P-53, P-60, P-79, P-103, P-105

Apellido	Trabajo N°	Apellido	Trabajo N°
Bruno, Andrés	EP-19	Cerdas, Natalia	P-64
Bucci, Pamela	EP-25	Ceriani, Sergio	P-05
Buffoni, Alejandro	P-74	Cerisoli, Cecilio	CC/O-23, EP-04, P-84
Bulaty, Sofía	CC/O-17, EP-24, EP-32, P-09, P-94	Cernadas, Gustavo	P-26
Burlando, Eduardo	P-30, P-33	Chaar, Elsa Catalina	EP-05
Buscaglia, Alejandro Ubaldo	P-01, P-20	Chafloque, Augusto	EP-23
Busoni, Veronica	TO/O-04	Chavero, Paula	TO/O-05, P-01
Busquet, Laura	EP-13, P-28	Chaves, Giovanna Carvalho Corrêa	P-55
Bussetti, Belen	VC-06, P-12	Chazarreta Cifre, Maira	P-42
Butti, Abel Lázaro	EP-21	Cherñavsky, Alejandra Claudia	TO/O-03, EP-27, P-21
Caballero, Adriana	EP-05	Chiappero, Ana Laura	VC-08, VC-15
Caballero, Roberto	TO/O-08, TO/O-11	Chiaraviglio, Martin	P-31
Caballini, Pablo	EP-24	Chierichetti, Maria	EP-15, P-72
Cabanne, Ana	TO/O-07, TO/O-13, CC/O-06, P-05	Chiriano, Fabiela	P-07
Cabral, Rita María de la Merced	EP-14	Chopita, Nestor	VC-09, VC-11, P-77
Caglio, Patricia	P-37	Ciammella, Sergio	EP-41
Calafat, Patricia	P-11	Cimmino, Daniel	TO/O-09, TO/O-10, EP-08, EP-11, P-25, P-86, P-93, P-107
Calcagno, Ramiro	CC/O-18, P-68	Cioffi, Matías Alejandro	P-10
Calderon, Guillermo	P-15	Cirilo, E.	P-62
Calzetta, Pablo	EP-31, P-56	Cisterna, Daniel	TO/O-07
Campitelli, Esteban Hugo	P-95	Cittadini, Julieta	P-95
Campodónico, María Pía	CC/O-09, CC/O-20, P-82	Cocozzella, Daniel Ricardo	P-08
Campos, Lucia Mercedes	P-07, P-22	Codd, Juan Cruz	CC/O-08, CC/O-15, P-97
Camus, Guillermo	P-70	Coghlan, Eduardo	EP-10
Candel, Ivanna	CC/O-12, P-27, P-31	Cohen Sabban, Judith	P-98
Canelada, Carlos	P-78	Colombato, Luis	EP-27, P-21
Caniggia, Diego	CC/O-13, P-75	Colombo, Pablo	EP-28, P-07, P-22, P-35, P-44, P-51, P-96
Cano, Martin	CC/O-10, P-39, P-69	Condado, Nelson	P-32, P-34, P-36
Cano Busnelli, Virginia	P-06	Congedo, Antonella	P-60
Canseco, Sandra	CC/O-23, P-84	Conlon, Carolina	CC/O-15, P-97
Capaldi, Ianina	CC/O-12	Conosciuto, Juan Ignacio	VC-05, P-80
Capón Filas, S.	P-62	Contreras, Marcela	P-01
Carballido, Marcela	TO/O-07	Contreras, Mónica	EP-02
Carbone, Paula	P-94	Coppola, Daniel	CC/O-07, P-15, P-108
Carbonetti, Gladys	EP-24	Coraglio, Mariana	P-102
Carfagnini, Paula	P-48, P-49, P-53, P-60	Correa, Daniel	EP-42
Cariello, Marina	P-92	Correa, Gustavo	VC-03, P-77, P-99
Carlino, Yanina	TO/O-01, EP-37, P-11	Correa, Gustavo Javier	VC-09, VC-11, P-27, P-57, P-106
Caro, Luis	CC/O-23, EP-04, P-84	Correa, Leonardo	P-58
Carraro, Cecilia	TO/O-02, CC/O-11, P-65	Cortez, Luis	CC/O-14
Carraro, María Cecilia	EP-30	Corti, Rodolfo	EP-30, P-65, P-91
Carrera Silva, Eugenio Antonio	TO/O-05	Cortinez, Ezequiel	P-48, P-103
Carrica, Martin	P-77	Cosentino, Viviana	EP-16
Carrica, Sebastián Augusto	CC/O-12, P-27, P-31	Costa, Ana F	TO/O-13
Cartier, Mariano	CC/O-06	Costa, Ana	EP-01
Caruso, Gustavo	EP-20	Costa, Florencia	TO/O-03
Caruso, Santiago	EP-28, P-22, P-35	Couto, Juan Horacio	EP-35, P-58
Cassella, Federico	P-109	Covaro, Jorge Augusto	P-88
Castillo, Gabriela	EP-20	Crespo Quinteros, Eber Gonzalo	EP-14, P-37
Castillo Preciado, Henry Freider	P-97	Criniti, Juan	EP-08, EP-11
Castro, Lis	EP-20, EP-35, P-58, P-64	Cuda, Leonardo	CC/O-07, P-15, P-108
Cattaneo, Nicolás	P-46, P-56	Cuenca, Federico	P-65
Cavadas, Demetrio	P-06	Cura, Pablo Hernán	VC-09, EP-26, P-20, P-47, P-77
Cebolla, Ángel	EP-01	Curras, Alfredo	EP-31, P-46
Cedeño, Erick	P-65	Curvale, Cecilia	VC-01, VC-04, VC-07, VC-14, EP-23, EP-28, P-32, P-34, P-35, P-36
Cedeño Vizuet, Gustavo Gonzalo	CC/O-22		
Centro Universitario para el Estudio de las Hepato, Uba	P-16	D'Agostino, Daniel	TO/O-04

Apellido	Trabajo N°	Apellido	Trabajo N°
D'Angelo, Carlos Agustín	P-105	Fajardo Cuellar, Oscar Mauricio	P-20, P-27
D'Ercole, Vanina Noemí	P-22, P-51	Falbo, Carlos	P-108
Daca Álvarez, María de los Ángeles	CC/O-21	Fanjul, Ignacio	P-26
Daruich, Jorge Rodolfo	P-16	Fanjul, Verónica	P-80
Dávila Álvarez, Diana Carolina	CC/O-08	Fanjul Regueira, Leandro Agustín	P-98
De Elizalde, Santiago	EP-41	Fantin, Priscila	P-03
De La Iglesia, Paola	EP-07, P-42	Fassio, Eduardo	CC/O-08
de Larrañaga, Gabriela	TO/O-05	Feldman, Ana	CC/O-13
De María, Julio	VC-01, VC-07, VC-14, P-01, P-32, P-34, P-36	Fernández, D.	P-62
De María, Julio Cesar	VC-04	Fernández, Gimena	P-07, P-22, P-96
De Paula, Juan Andrés	EP-07, EP-33, P-104	Fernández, José	P-109
De Vito, Eduardo	EP-38	Fernández, José Luis	P-52
Defaveri, Marcelo	P-01	Fernández, Julián Martín	EP-14, P-37
Deleón, Aurelia	CC/O-09	Fernández Campos, Fátima	CC/O-22
Di Bartolo, Laura	P-58	Ferrari, Antonela	CC/O-17, EP-24, EP-32, P-09, P-94
Di Donato, Belén	P-48, P-53	Ferreyra, Roberto Eduardo	VC-13
Di Paola, Leandro	P-75	Figueredo, Ricardo	EP-04, P-84
Di Tommaso, Mariano Salvador	P-08, P-59	Fischer, Carolina	EP-08, EP-11, P-25, P-93, P-107
Díaz, Andrea	P-78	Flichman, Diego	EP-19
Díaz, Estefanía	P-15	Florez Bracho, Luis	TO/O-08, EP-06, P-90
Díaz, Fabio	EP-14	Forestier, Vanina	P-102
Díaz, Federico	TO/O-08, TO/O-11	Francia, Sofía	CC/O-07, P-108
Diego, Agustín José	P-08, P-59	Franco Alanis, Fabiana Andrea	P-54
Diehl, Fernando	TO/O-01, EP-37, P-11	Fuente, Patricia	P-56
Dimarco, Martín	P-20	Fuentes, Ana Clara	CC/O-21
Dolan, Martín	CC/O-10, P-38, P-39, P-40, P-69	Fuentes, Flavia Agustina	P-07
Domenicone, Brenda	P-19	Fugazza, Laura	CC/O-07
Domeniconi, Sofía	CC/O-03, VC-09, EP-12, P-81	Fugazzotto de la Cruz, Juan Jesús	P-96
Dominguez, María José	P-94	Fumo, Tomas	P-91
Dominguez, Nicolás Adriel	CC/O-15, EP-39	Furia, Marina	P-101, P-102
Dominguez, Verónica	EP-39	Fuxman, Claudia	TO/O-02, P-99
Dominguez, Remedios	EP-01	Gaite, Luis Alejandro	P-19, P-23
Don, Georgina	P-54	Gajardo Arias, Catherina	EP-04
Donatelli, Mario Emilio	CC/O-20	Galimberti, Alceo	CC/O-17, EP-24, EP-32, P-09, P-94
Doniquian, Alejandro Marcelo	EP-21	Gallo, María Julieta	EP-07, P-42
Doucede, Flavia	P-60, P-103, P-105	Gamba, Ariel	P-50
Doweck, Judith	P-65, P-91	Gambino, Ángela	EP-22
Dulbecco, Mariela	CC/O-12, P-81, P-89	Garavento, Leonardo	CC/O-03, VC-09, EP-12, P-71, P-77, P-81
Dulcich, Florencia	P-91	Garbe, Cecilia	EP-39
Dumois, Carlos	P-23	Garbi, María Laura	VC-09, VC-11, P-57, P-77, P-99, P-106
Dumonceau, Jean Marc	CC/O-23, EP-04, P-84	Garcés, Raúl	CC/O-04, P-54, P-56
Duran, Sebastián	TO/O-12, VC-10, VC-12	García, Cecilia Claudia	EP-27, P-21
Durlach, Martín	P-04	García, Daniel	EP-27, P-21
Dutack, Alejandro	P-29	García, María Laura	EP-04
Echarren, Natalia	EP-22	García Allende, Leonardo	P-61
Eleta, Martín	TO/O-06	García Bess, Pablo	P-73
Encinas, Carlos Nahuel	P-50	García Tascón, Gabriela	CC/O-13
Ennis, María Lucila	CC/O-19, EP-03	García Zigalini, Carolina Inés	EP-34
Errasti, Andrea	TO/O-05	Garona, Juan	TO/O-06
Escobar Fernández, Rafael	CC/O-21	Garrido, Mariano Eduardo	P-79
Esposito, Marisol Elizabeth	EP-14, P-37	Garrocho, Gonzalo	CC/O-14
Estepo, Claudio	EP-19	Garrocho Machado, Carlos	CC/O-14
Esteves, Javier Sebastián	VC-08, VC-15	Gazzi, Carla	EP-38
Etchepare, Sergio	P-48, P-49, P-53, P-60, P-103, P-105	Geraghty, María Alejandra	P-45
Etchevers, María Josefina	CC/O-19, EP-07, P-104	Ghiraldo, Analía	CC/O-18, P-68
Faccas, Martín	P-61	Giani, Rita	EP-25
Facio, Lucila	P-101, P-102	Gianinetti, Leonardo	P-30, P-33

Apellido	Trabajo N°	Apellido	Trabajo N°
Giergoff, Ernesto	P-20	Huerta, Lilian	P-74
Gil, Anibal	TO/O-05	Hwan, Hui	TO/O-02
Jiménez, Fernando	EP-29	Hwang, Hui Jer	VC-01, VC-04, VC-07, VC-14, EP-23, EP-28, P-17, P-35
Jiménez, Fernando Ignacio	CC/O-02, EP-03	Iannicillo, Hernán	VC-13
Jiménez Villamil, Cesar Hugo	P-66	Ibarra, Daniela	P-03
Jiménez Villamil, María Paz	P-66	Imhof, Hugo Javier	P-30, P-33
Giraud, Florencia	VC-09, VC-11, EP-12, P-57, P-77, P-106	Irurtia, María Cecilia	CC/O-22
Giusti, Antonela	EP-25	Iseas, Soledad	TO/O-06, TO/O-07, P-102
Glemon, Mariano	TO/O-02	Iturrhalde, Javier	P-65
Goldar, María Soledad	EP-22	Jaroslasky, María José	EP-41
Golub, M.	P-62	Jaureguizar, Fernanda	CC/O-17, EP-24, EP-32, P-09, P-94
Golubicki, Mariano	TO/O-07	Jiménez, Félix	EP-25, P-19, P-23
Gómez, Estanislao	TO/O-09, TO/O-10, EP-08, EP-11, P-25, P-86, P-93, P-107	Jorge, Oliver	VC-06, P-12, P-100
Gómez, Vanesa	EP-04	Juárez Avignone, Ana Soledad	EP-34
Gómez Perdiguero, Gonzalo	P-46	Jury, Gaston	CC/O-10, P-38, P-39, P-40, P-69
Goncalves, Silvina	TO/O-05, P-56	Jury, Rubén	CC/O-10, P-39, P-69
González, Claudio	TO/O-02	Kalfayan, Pablo	P-63
González, Juliana	EP-13	Keller, María Eliana	EP-15, P-72
González, María Laura	CC/O-02, CC/O-19, EP-33, P-10, P-63, P-92, P-104	Kindgard, C.	P-82
González, Raquel	TO/O-09, EP-08, EP-11, P-25, P-93, P-107	Kindgard, Catalina	CC/O-09
González Ballerga, Esteban	P-16	Kirschbaum, Agustín	VC-01, P-34, P-36
González M, Claudia	CC/O-07	Kohan, Miriam	CC/O-13, P-66
González, Andrea F	EP-01	Koll, Lucrecia	VC-06, P-100
Gorordo Ipiña, Rosa Carolina	EP-21, P-41	Korol, Rocio	P-15
Gotti, Ricardo	CC/O-22	kosnicki, Maria Ludmila	P-103
Graciano, Jorgelina	P-109	Kozima, Shigeru	EP-16
Graziano, Claudio	P-105	Koziura, Christian	P-87
Grosso, Lucrecia	P-19	Krause, Martín	CC/O-23
Gualano, Gisela	CC/O-08	Kreindell, Tamara	EP-07
Gubitosi, Analía	P-17	Kujaruk, Mirta	EP-23, EP-28
Guerrina, Claudio	P-09, P-50	Kujta, Nadia	CC/O-11, P-24
Güidi, Martín	VC-07, VC-14, P-34, P-36, P-71	La Vía, J.	P-82
Guidi, Martín Alejandro	VC-01, VC-04, P-32	La Vía, José	CC/O-09, CC/O-20
Gullino, Santiago	P-08, P-59	Laborda, Jorge	P-61
Gutiérrez, María Cielo	P-16	Laborie, María Victoria	EP-37
Gutiérrez Castro, Bleenis Risis	P-109	Lacuada, María Paz	CC/O-06, EP-17, EP-30, P-05
Guzmán, Eduardo Antonio	P-73	Ladux, Marcela	CC/O-07, P-15, P-108
Guzmán, Julio	P-03	Lafage, Matías	EP-38, P-04
Guzmán, Mauricio	CC/O-12, P-89	LaFerrere, Luis	EP-10
Hanuch, Natali	P-20, P-81, P-89	Lambertucci, Rubén	P-74
Hensel, Alejandro	VC-04, VC-07, P-34, P-36	Lamot, Juan	VC-08, VC-15
Heredía, Rocío	CC/O-06, EP-17	Lancelotti, Tomas	EP-16
Heres, Marcela	P-97	Lanciotti, Julio	P-78
Hernández, Nelía	EP-24	Landi, Pablo	P-04
Herrera, Leandro	P-92	Larsen, Melina	P-50
Herrera Babot, Guillermo	P-78	Lasa, Juan	TO/O-08, TO/O-11, EP-06, P-26, P-29, P-75, P-90, P-99
Herrera Najum, Pablo Daniel	P-83	Laudanno, Oscar	EP-38, P-04
Herrero, Ignacio	CC/O-04	Lauferman, Leandro Joel	P-45
Hidalgo, María del Pilar	EP-15, P-72	Laurini, Rocio	P-08, P-59
Higa, Mariano	TO/O-01, EP-37	Leandro, Correa	EP-35
Higa, Roberto	VC-05, P-80	Leiro, Fabio Oscar	P-88
Hinostroza Dueñas, Freddy Xavier	P-76, P-85	Leiva, Lorena	VC-06, P-12, P-100
Hirmas, Stella Maris	TO/O-07	Lema, Rocio Yanet	CC/O-03, P-89
Hirsch, Romina	CC/O-16, EP-36	Leon Moreno, Julio Francisco	P-31
Hoffman, Pablo	P-84	Leonart, Jose	VC-11, EP-12, P-57, P-106
Honda, Neli Kika	P-55	Levin, Alberto	P-50
Huernos, Sergio	TO/O-05	Leza, Agustín	P-48, P-60

Apellido	Trabajo N°	Apellido	Trabajo N°
Liberto, Daniel	P-42	Martínez, Sandra	P-71
Licciardelo, Mariana	EP-28, P-35	Maruelli, Silvina	P-07, P-44
Lifschitz, Carlos	P-98	Matano, Raúl	VC-01, VC-04, VC-07, VC-14, EP-23, EP-28, P-01, P-17, P-32, P-34, P-36
Linares, María Eugenia	P-99	Matos, Daniel O.	EP-40
Liu, Suni	P-55	Matoso, Dolores	P-10
Llamedo, Gerardo Antonio	EP-05	Maurette, María Victoria	P-49, P-79
Llanquiman, Emanuel	P-05	Mauriño, Eduardo	TO/O-03, TO/O-13, CC/O-11, EP-01, EP-17, P-14, P-17, P-65, P-102
Llaryora, Griselda	EP-35	Mauro, Ana Belén	P-104
Lobos, Pablo	TO/O-04	Mayer, Hugo	P-78
Lombardo, Claudio Daniel	EP-34	Mazure, Roberto M	TO/O-03, TO/O-13, EP-01
López, Sergio	P-73	Mc Grech, Ingrid	P-50
López Fagalde, Rafael	CC/O-10, P-38, P-39, P-40, P-69	Medina, Juan Manuel	P-54
Lorenzón, Antonella	P-19	Medina Cadiz, Inmaculada	EP-24
Lowenstein, Carlos	TO/O-02	Medrano, Carlos Andrés	P-71
Lozzi, Darío	VC-05	Melín, Marcela	VC-13
Lozzi, Rubén	P-80	Mella, José	TO/O-09, TO/O-10, EP-08, EP-11, P-25, P-86, P-93, P-107
Lubertino, Martín	P-68	Méndez, Guillermo	TO/O-07
Lubertino, Martín Alejandro	CC/O-18	Mendizábal, Manuel	EP-24
Lubieniecki, Daniela	P-48, P-105	Menéndez, Graciela	P-91
Lubrano, Pablo	P-99	Menéndez, Silvia	P-53
Lucena, María Isabel	EP-24	Mengoni, Cristian Jesús	EP-10
Lucero, Gisela	CC/O-18, P-68	Merlin, Marcela	CC/O-22
Lucero, Néstor Adrián	EP-14, P-37	Messere, Gabriela Carina	EP-14, P-37
Lumi, Miguel	P-102	Micaela, Bertero	EP-35
Luna, Pablo	EP-11	Micenmacher, Mariano Ezequiel	P-45
Luna Tirado, Lucía	P-08, P-59	Miconi, Diego	CC/O-10, P-38, P-39, P-40, P-69
Luzuriaga, María Guadalupe	P-67	Mikolaitis, Vanesa	EP-17
Magdaleno, María Alejandra	CC/O-22	Milano, María Claudia	CC/O-08, CC/O-15, P-97
Mahler, Manuel	TO/O-12, CC/O-02, VC-02, VC-10, VC-12	Milito, Daniela	P-101, P-102
Mahler Spinelli, Manuel Alejandro	EP-03	Millán, Aníbal	CC/O-16
Makiya, Mónica	TO/O-04	Mimura, Humberto	CC/O-07, P-108
Málaga, Ignacio	VC-01, VC-04, VC-07, VC-14, EP-23, EP-28, P-32, P-34, P-36	Miraglia, Eugenia	P-106
Maldonado, Cristina	TO/O-13	Miranda, Juan Manuel	EP-33
Manazzoni, Dante	VC-02, VC-10, VC-12	Molejon, María Inés	P-13
Mansilla, Iara	P-13	Monestes, Jorge	EP-17
Manzotti, Leandro	P-84	Montanelli, Julieta	CC/O-02, EP-03, EP-29
Maradeo, María Roxana	P-106	Montero, Joaquín	CC/O-17, EP-32, P-09
Marceno, Florencia	P-49, P-79	Monteverde, María José	EP-41
Marcolongo, Mariano	TO/O-12, CC/O-05, CC/O-19, VC-02, VC-10, VC-12, EP-18, EP-29, EP-33, P-06, P-92	Monti, Cecilia	EP-28, P-35
Marcolongo, Mariano Martín	CC/O-02, EP-03, P-10, P-63, P-104	Moore, Rafael	EP-16, P-26
Marini, Eduardo	CC/O-18, P-68	Mora Núñez, Andrés	TO/O-09, TO/O-10, EP-08, EP-11, P-25, P-86, P-93, P-107
Marini, Juan Manuel	EP-10	Moreno, Fernando	VC-05, P-80
Marini, Pablo	CC/O-10, P-39, P-69	Moreno, María Laura	TO/O-03, TO/O-13, EP-01
Marini, Pablo Martín	CC/O-16, EP-36, P-02, P-38	Morise, Silvia	P-37
Marino, Mónica	P-24	Morosi, Luciano	TO/O-13
Mariño, Karina	TO/O-13	Mortarini, María Alejandra	EP-02
Marta, Edgardo	P-54	Mulqui, María Victoria	TO/O-01
Martínez, Ana	EP-31	Muñoz, Juan	P-41
Martínez, Emiliana Rocío	EP-26, P-47, P-106	Muñoz, Lucas	P-94
Martínez, Horacio Héctor	VC-09, EP-12, P-74	Muñoz-Suano, Alba	EP-01
Martínez, Iliana	P-96	Musso, Cynthia	P-16
Martínez, María Agustina	P-08, P-59	Nachman, Fabio	TO/O-02, EP-28, P-35
Martínez, María Eugenia	P-74	Nadales, Ángel	EP-10
Martínez, Monica Gladys	P-45	Naiderman, Diego	CC/O-10, P-39, P-69

Apellido	Trabajo N°	Apellido	Trabajo N°
Nasurdi, Alejandro	P-94	Patrón Costas, Gustavo	P-73
Navarro, Alberto Alexander	EP-34	Paz, Silvina	EP-06
Navarro, Yuranis	P-79	Paz, Sofía	EP-14, P-37
Nazar, Cristina	P-17	Pedreira, Silvia	TO/O-09, TO/O-10, EP-08, EP-11, P-25, P-86, P-93, P-107
Neder, Daniela	EP-02, P-28	Pellizzoni, Mónica	CC/O-10, P-39, P-69
Negreira, Silvia	TO/O-05	Pepe, Luis	TO/O-07
Nieva Gómez, Martín	P-73	Peralta, Carlos Alberto	CC/O-16, EP-36
Niveloni, Sonia I	TO/O-13, EP-01	Peré, Flavio	P-03
Niveyro, Silvia	TO/O-02	Pereira, Lisandro	P-25, P-107
Notari, Lorena	P-22, P-96	Peres, Silvia	TO/O-05
Novillo, Abel	P-78	Pereyra, Cristela Ayelén	P-08, P-59
O'Connor, Juan	TO/O-06	Pereyra, Lisandro	TO/O-09, TO/O-10, EP-08, EP-11, P-93
Obeid, Jorge	P-30	Pérez Esteban, Natalia	P-44
Oddi, Ricardo	EP-16	Perli, Gabriela	EP-28
Oillataguerre, Lorena	P-88	Perron, Nadia Soledad	CC/O-12, VC-09, VC-11, EP-12, EP-26, P-20, P-47, P-57, P-106
Ojeda, Estefanía	CC/O-03, P-71	Pest, Érica	EP-39
Ojeda, Sonia	EP-17, P-05	Petruzzi, María Lucila	TO/O-02
Olivera, Oscar Alejandro	EP-42	Pffafen, Guillermo	P-52
Olivera, Pablo	P-26, P-99	Picardo, Jorge Daniel	EP-36
Olivieri, Luciana Soledad	EP-03, EP-33	Picardo, Josefina	EP-36
Omodeo, Mariana	EP-08, P-78	Pierini, Ángel	P-30
Orbe, Guido	P-66	Pierini, Ángel Lino	P-33
Orce, Guillermo	TO/O-02	Pierini, Leandro	P-30, P-33
Orellana, Daniel	CC/O-11	Pifano, Marina	TO/O-06
Orellana, Daniela	P-108	Pinasco, Rosalba	CC/O-09, CC/O-20
Orellana, Luis	EP-20	Piñero, Gisela Soledad	CC/O-17, EP-24, EP-32, P-09, P-94
Oria, Cecilia Inés	CC/O-02	Pizzala, Juan Eduardo	CC/O-05, VC-02, VC-10, VC-12, EP-18, EP-29 TO/O-12, CC/O-02
Oría, Inés	CC/O-05, EP-18, EP-29		
Orruma, Pedro	P-08, P-59	Poggio, Juan	EP-40
Orsi, Marina	TO/O-04, CC/O-01, EP-07, P-42, P-98	Poles, Natalia	P-50
Ortiz, Alberto	P-23	Ponce, Carla Sofía	EP-30
Ortiz, Gonzalo Javier	EP-14, P-37	Poncino, Daniel	EP-27, P-21
Ortiz, Lucia	EP-40, P-31	Porfilio Gularte, María Giovanna	P-67
Ortiz, Ma. Jimena	CC/O-17	Portillo, Lucia	CC/O-18, P-68
Ortiz, Nicolás	P-52	Potolicchio, Analía	CC/O-04
Oviedo, Adriana	P-37	Prost, Elias	P-13
Oviedo, Rosa Adriana	EP-14	Pucci, Betiana	EP-38, P-04
Oviedo Delgado, Gladis	EP-19	Puma, Rolando	CC/O-04
Oxenghendler, Gabriel	P-66	Quines, Solange	P-61
Padin, Lorenzo	P-48, P-49, P-53, P-60, P-103, P-105	Quintana Lazópulos, Cecilia	TO/O-01, EP-37, P-11
Paéz, Walter Fabián	EP-21	Quintar, Amado A	TO/O-13
Paganelli, Romina	P-50	Quiñones, Sabrina	P-60
Pagliari, Nicolás	CC/O-21	Rabinovich, Gabriel	TO/O-13
Paira, Sergio	P-23	Rainero, German	EP-10
Panigadi, Nicolás	EP-08, P-25, P-86, P-93, P-107	Rainero, German Luis	EP-41
Panizza, Carla	CC/O-07	Ramacciotti, Gonzalo	CC/O-10, EP-15, P-38, P-39, P-40, P-69, P-72
Panunto, Marta Lucia	P-66	Ramírez Medinaceli, Verónica Jéscia	P-104
Paraná, Raymundo	EP-24	Rausch, Astrid	P-90, P-99
Parra Wirth, Estela Verónica	P-67	Rausch, Silvia	P-04
Pascual, Juana María	CC/O-17, EP-24, EP-32, P-09, P-94	Redondo, Agustina	VC-09, EP-12, EP-26, P-27, P-47, P-81
Pascual Baistrocchi, Ana	P-70	Reggiardo, María Virginia	CC/O-17, EP-24, EP-32, P-09
Pascual Russo, Agostina	P-101, P-102	Regnasco, S. J	P-82
Paskiewich, Alicia	P-03	Regnasco, Santiago	CC/O-09, CC/O-20
Pasqua, Analía Verónica	CC/O-05, EP-16, EP-18, EP-29	Rey, Alejandro	EP-03, P-26
Pastorino, Martín	VC-05, P-80	Rey, Enzo	P-16
Paterno, Mauricio	CC/O-06, EP-17, P-05		

Apellido	Trabajo N°	Apellido	Trabajo N°
Rey, Juan	TO/O-02	Sánchez, María Camila	TO/O-04
Reyes, Hugo	P-65	Sánchez, Roberto	P-74
Reynoso, Ricardo Pedro	EP-14, P-37	Sánchez-Luceros, Analía	TO/O-06
Richardi, ana	VC-06, P-12	Santino, Juan Pablo	TO/O-04, EP-33, P-63
Ridruejo, Ezequiel	EP-24	Santos, Claudio	P-01
Riggi, María Cecilia	P-63	Sartori, Diego	TO/O-02
Rinaudo, Santiago	TO/O-12, VC-10, VC-12	Sasson, Liliana	EP-02, EP-13, P-28
Rinaudo, Santiago Gustavo	EP-03	Sayanes, María Victoria	CC/O-10, P-39, P-69
Ripoll, Giselle	TO/O-06	Sayanes, Victoria	P-40
Riu, Paula	P-66	Scalerandi, Analuz	P-83
Rizzo, Franco	P-52	Scarafoni, Sandra	EP-15, P-72
Rizzolo, Mariela	EP-30	Scarponi, María Alicia	EP-12, P-20, P-81
Roblez Díaz, Mercedes	EP-24	Sciarretta, Martin	VC-03, P-20, P-31, P-71, P-77, P-81
Roca, Enrique	TO/O-06, TO/O-07	Sendin, Elías	CC/O-14
Roca, I	CC/O-06	Seoane, María del Carmen	EP-34
Rocca, Ana	EP-02	Serafini, Víctor	P-52
Rocca, Andrés	P-56	Serravalle, Priscila	P-23
Rodríguez, Carolina	P-49	Sierra, Yesica	P-71
Rodríguez, Daniela	TO/O-03	Silva, Nadia	EP-20, EP-35, P-58, P-64
Rodríguez, Pablo Cesar	P-83	Silvestri, Georgia	EP-14, P-37
Rodríguez Núñez, María Guadalupe	EP-39	Sivanto, María	P-95
Roel, Mariela	EP-08, EP-11, P-25, P-86, P-93, P-107	Smecoul, Edgardo	TO/O-03, TO/O-13, EP-01
Rohwain, María José	EP-17	Socas, Maximiliano Nicolás	EP-39
Roldan Cisneros, Nery Judith	P-24	Soccini, Cecilia	TO/O-08, TO/O-11
Romagnoli, Natalia Soledad	P-87	Sorda, Juan Antonio	P-16
Román, Héctor	VC-05, P-80	Soruco, Mathiu	TO/O-01
Romeo, Juan	CC/O-18, P-68	Sotelo, José Carlos	P-52
Romero, G	CC/O-06	Souhille, Marianela	P-73
Romero, Goría	P-20	Spaletti, Leandro	P-01
Rosenfeld, Jennifer	P-87	Spallone, Liliana	EP-04
Rossi, Lucas	VC-08	Spera, Marina	P-87
Rothlin, Carla Vanina	TO/O-05	Spiazzi, Renata	CC/O-15, P-97
Rovati, Nicolás	TO/O-04, CC/O-01, P-98	Spina, Juan	CC/O-05
Roverano, Susana	P-23	Sproviero, Daniela	P-53, P-103
Royg Jara, Diego	P-67	Stach, Lucía	P-46
Rubianes, Javier	P-66	Stella, Diego	CC/O-16
Ruda, Verónica	EP-28	Stephens, Camila	EP-24
Ruffinengo, Orlando	CC/O-17, EP-32, P-09, P-94	Stupnik, S.	P-62
Ruiz, Juan Ignacio	TO/O-10	Suarez, Gustavo	EP-23
Ruiz, Nicolás	CC/O-10, P-38, P-39, P-40, P-69	Suárez, María Eugenia	P-45
Ruiz Soria, José Facundo	P-73	Sued, Mariela	TO/O-03
Saá, Emilia Cristina	CC/O-09, CC/O-20, P-82	Sugai, Emilia	TO/O-03, EP-01
Salazar, Guillermo	P-84	Sundblad, Victoria	TO/O-13
Salgado, Roberto (h)	EP-16	Szretter, María Eugenia	TO/O-03
Saller, María Eugenia	EP-39	Tagliaferro, Gustavo Javier	TO/O-04, CC/O-01
Salvadores, Rubén	P-73	Talani, Alejandro	VC-03, P-31
Salvatierra, Emiliano	P-23	Tambella, Josefina	P-08, P-59
Salvi, Jorge H.	EP-40	Tanno, Federico	CC/O-17, EP-24, EP-32, P-09, P-94
Sambresqui, Adrián	EP-38, P-04, P-52	Tanno, Mario	CC/O-17, EP-24, EP-32, P-09, P-94
Sambuelli, Alicia	TO/O-05, CC/O-11	Tapia, Doris	CC/O-11
Sambuelli, Rubén Horacio	EP-21	Tassi, Viviana	EP-23, EP-28
Samer, Rojano	P-52	Tedeschi, Fabian	EP-25
Sánchez, Andres	P-27, P-77, P-89	Tellechea, Juan	P-13
Sánchez, Belén	P-10	Tellechea, Juan Ignacio	P-13
Sánchez, Christian	CC/O-23	Tellechea, Romina Paola	P-14
Sánchez, María Belén	EP-03, P-104	Temprano, Ma. de la Paz	EP-01

Apellido	Trabajo N°	Apellido	Trabajo N°
Tessone, Lisina	TO/O-05	Villaverde, Augusto Mario	CC/O-02
Tevez, S.	P-62	Viñuela, Carolina	VC-06, P-100
Tielli, Federico	P-108	Viola, Luis	P-52, P-109
Tirado, Pablo	TO/O-05, CC/O-11	Viscardi, Juan	P-49
Toca, María del Carmen	P-37	Viscardi, Juan Pablo	P-79
Tonn, Federico	P-61	Viscido, Germán Rodrigo	EP-21
Torella, Constanza	TO/O-11, P-75	Vitcopp, Gerardo	CC/O-04
Toro, Martín A	P-99	Vorobioff, Julio	CC/O-17, EP-24, EP-32, P-09, P-94
Torres, Alfredo	VC-06, P-12, P-100	Wallace, Virginia	CC/O-03, P-27, P-77
Torres Sasso, Daiana Benicia	CC/O-06	Wedde, Gabriela	EP-13, P-28
Torrice Paz, O.	P-82	Weinstock, Diana	CC/O-22
Torrieri, Cristina	EP-04	Weyersberg, Christian	EP-02
Torsiglieri, Amilcar	EP-19	Wonaga, Andrés	P-109
Tosti, Romina	P-51	Yamahachi, Claudio	P-72
Trakál, Esteban	EP-21	Yantorno, Martín	VC-03, VC-09, VC-11, EP-12, P-31, P-57, P-77, P-99, P-106
Trakál, Juan José	EP-21, P-41	Yocco, Gabriel	P-94
Travieso, Lucas	P-54	Yonamine, Karina	P-34, P-36
Travieso, Lucas Sebastián	P-88	Yusti, Viviana	P-42
Trevizan, Victoria	CC/O-17, EP-24, EP-32, P-09, P-94	Yusti Caicedo, Viviana	EP-07
Trucco, Agustina	P-07, P-44, P-51, P-96	Zagalsky, David	P-75
Tsariktsian, Guillermo	EP-19	Zalazar, Fabian	EP-25
Tufare, Francisco	CC/O-03, CC/O-12, VC-03, VC-09, VC-11, EP-12, EP-26, P-20, P-27, P-31, P-77, P-81, P-89	Zarate, Fabian	EP-20, EP-35, P-64
Uranga, Lucio	CC/O-04	Zárate, Fabián Eduardo	EP-21
Urgiles Guaman, Dalila Cleopatra	EP-03	Zavalla, Juan Cruz	P-22
Vaccaro, Carlos	P-63	Zelarayan, Daniela	TO/O-09
Valdivia, María Cecilia	EP-34	Zelarayan, Norma Daniela	EP-34
Valdiviezo, Érica	P-73	Zelaya, Sandra	P-02
Valentini, Javier	EP-39	Zenon, María Elisa	EP-10
Valenzuela, María Laura	EP-14, P-37	Zerbo, Oscar	EP-30
Varela, David	EP-20, EP-35	Zerbo, Osvaldo	P-91
Varela, M. J	P-82	Zeytuntsian, Natalia	CC/O-11, EP-17, P-14, P-65
Varela, María Julia	CC/O-09, CC/O-20	Zubiaurre, Ignacio	TO/O-08, TO/O-11, EP-06, P-29, P-90, P-99
Varela, Sergio David	P-58, P-64		
Vargas, Yolanda	CC/O-12, P-77		
Vargas Rodríguez, Yolanda	CC/O-03		
Vasen, Walter	P-05		
Vásquez Mansilla, Felisa	P-16		
Vázquez, Horacio	TO/O-03, TO/O-13, CC/O-11, EP-01, EP-17, P-14, P-17, P-65, P-102		
Vecchio, Gabriela	P-15		
Vélez Ocampo, Fernando	P-53		
Vera Intriago, Josselyn Mariana	P-76, P-85		
Verdi, Florencia	P-37		
Verdi, María Florencia	EP-14		
Verdu, Elena F	EP-01		
Victoria, Romina	VC-06, P-12, P-100		
Vidal, Jorge	P-37		
Vidal, Jorge Héctor	EP-14		
Vidart Vidal, Guillermina	P-51		
Vijoditz, Javier	CC/O-21		
Villalba, Néstor Javier	P-44		
Villarroel, Mariano	TO/O-08, TO/O-11		
Villaverde, Augusto	CC/O-03, CC/O-05, CC/O-12, VC-02, VC-03, VC-09, VC-11, EP-12, EP-18, EP-26, EP-29, P-20, P-27, P-31, P-47, P-57, P-77, P-81, P-89, P-106		