

TI - TRABAJOS CIENTÍFICOS

Código: 1483

EVALUACIÓN DEL TIPO DE PARTO, LACTANCIA, INTRODUCCIÓN DEL GLUTEN E INCIDENCIA DE INFECCIONES EN EL PRIMER AÑO DE VIDA, COMO FACTORES POTENCIALMENTE PREDISPONENTES EN PACIENTES CELÍACOS

María Laura Daruich; María Alejandra Maidana; Mariana Laquis; Raquel Angélica Furnes.

Gastroenterología, Hepatología y Nutrición Pediátrica. Hospital Privado Universitario de Córdoba. Escuela de Nutrición. Facultad de Ciencias Médicas. UNC. Argentina - Córdoba - Argentina

Área Temática: Trabajos Científicos

Introducción: La Enfermedad Celíaca (EC) es un trastorno sistémico de base inmunológica causado por la ingesta de gluten y otras proteínas afines que afecta a individuos genéticamente susceptibles. La EC resulta de interacción entre factores genéticos y el gluten, interviniendo factores ambientales predisponentes provocando cambios epigenéticos. El Objetivo de éste estudio fue evaluar la presencia de factores que pudieran favorecer el desarrollo de la EC. **MyM:** Se estudió en forma retrospectiva 85 historias clínicas pacientes con EC, entre 1 y 16 años de edad, diagnosticados mediante biopsia duodenal entre los años 2013 a 2018 en nuestro S de GEHP del Hospital Privado Universitario de Córdoba. Se evaluó el tipo de parto, lactancia, edad de introducción al gluten e infecciones en el primer año de vida, en pacientes celíacos. Los datos fueron procesados estadísticamente con el software SPSS (v.20) y agrupados en categorías según las distintas variables. Para las variables continuas se calcularon las medidas de resumen: media (de posición) y desvío estándar (de dispersión). Para las variables categóricas se calcularon las frecuencias porcentuales. **Resultados:** Un total de 30 pacientes cumplieron el criterio de inclusión. Sexo femenino fue el 73,3%. La edad del diagnóstico de EC tuvo una dispersión entre 1 y 12 años de edad. En el 2/3 de la población se estudió EC por síntomas gastrointestinales. En el 70% de la muestra, el parto fue por vía vaginal. La distribución de LM exclusiva y LM mixta fue casi igual en el primer semestre de vida. La edad de introducción del gluten en la dieta fue principalmente después de los 6 meses de edad. Más del 60% de nuestros pacientes no tuvieron procesos infecciosos en el primer año de vida. **Conclusiones:** En nuestro estudio no se presentó predominio de factores de riesgo en relación al tipo de parto, de lactancia, edad de introducción del gluten e infecciones en el primer año de vida, para desarrollar EC. Consideramos de gran utilidad continuar con este tipo de estudio, a los fines de ampliar el número de casos con resultados más representativos. Y poder hacer acciones preventivas y de educación entre los profesionales de la salud y la comunidad.

TI - TRABAJOS CIENTÍFICOS

Código: 1490

UNA DÉCADA DE GASTROSTOMÍA ENDOSCÓPICA PERCUTÁNEA. ¿CÓMO NOS HA IDO?

Sandra Isabel Scarafoni; María Eliana Keller; María del Pilar Hialgo; María Chierchetti; Gonzalo Ramacciotti; Andrés Kogan; Claudio Yamahachi.

HIEMI - Buenos Aires - Argentina

Área Temática: Trabajos Científicos

Introducción: el advenimiento de la gastrostomía ha constituido un aporte esencial en el soporte nutricional y terapéutica de enfermedades crónicas. En las últimas tres décadas la gastrostomía endoscópica percutánea (GEP) ha ganado amplia aceptación como método sencillo, eficaz y con menor riesgo de complicaciones en comparación con la gastrostomía quirúrgica. **Objetivo:** evaluar las características demográficas, indicaciones y complicaciones en niños de 0-14 años que se sometieron a una GEP. **Materiales y métodos:** estudio descriptivo retrospectivo de las GEP realizadas en nuestro servicio desde

2007 a 2018 en niños de 0-14 años. Los datos fueron recabados a través de la revisión de historias clínicas. **Resultados:** se analizaron 50 pacientes de 0 a 14 años desde enero de 2007 a diciembre de 2018. La edad media fue de 5.6 años siendo el 44 % menor de 3 años, con relación varón-mujer 1.5 .EL 56 % (n28) de los pacientes estaban distróficos. La patología de base más frecuente fue neurológica (60%) seguido por síndromes genéticos en un 10 %. La indicación en un 62% fue por trastorno deglutorio de los cuales el 30 % asociaban desnutrición. El set de gastrostomía más utilizado fue one step en un 96 % y un 75% recibieron profilaxis antibiótica. El 60 % de las anestésias fue general con intubación y un 40% con sedación. La alimentación se inició en un 52 % en los pacientes antes de las 24 hs. Solo 7 pacientes (14 %) presentaron complicaciones tempranas, siendo estas migración del set e infección peristoma. Dentro de las complicaciones tardías (18%) el 70% fue por extrusión del botón. Solo un paciente requirió Nissen post GEP. No se registraron muertes relacionadas con la técnica. **Conclusión:** la gastrostomía endoscópica percutánea es un método efectivo y con mínimas complicaciones para el soporte nutricional, clave en el manejo de pacientes pediátricos.

TI - TRABAJOS CIENTÍFICOS

Código: 1533

CORRELACIÓN ENTRE LOS SÍNTOMAS DIGESTIVOS INTRA-PRUEBA Y EL RESULTADO DEL TEST DE AIRE ESPIRADO PARA SOBRECRECIMIENTO BACTERIANO EN PACIENTES CON SÍNDROME DE INTESTINO IRRITABLE

Gisela Lucero; Judith Arenas; Lucia Portillo; Virginia Jensen; Beatriz Parisi; Ramiro Calcagno; Ana Lia Ghirardo; Eduardo Marini.

Hospital de Agudos J.M.Ramos Mejia - BUENOS AIRES - Argentina

Área Temática: Trabajos Científicos

Introducción: El Sobrecrecimiento bacteriano (SIBO) se define por convención como un aumento mayor a 105UFC/ml de un aspirado yeyunal. El test de aire espirado (TAE) es una alternativa sencilla, no invasiva, de costo accesible y con aceptable confiabilidad diagnóstica para esta entidad clínica. Se estima una sensibilidad del 31% al 77% y especificidad del 44% al 100%. A pesar de la aceptable sensibilidad y especificidad de la prueba para el diagnóstico de SIBO no siempre va aunado a un cuadro sintomático. Contrariamente, también se han reportado pruebas con resultados negativos, pero con cuadro sintomático. Se plantea el interés de analizar si existe relación entre los síntomas reportados durante el estudio y los resultados obtenidos, de modo de determinar si existe algún factor predictor del resultado del TAE. **Objetivos:** Evaluar la asociación entre los síntomas experimentados por el paciente durante el estudio y el resultado del TAE para SIBO. Analizar la sensibilidad, especificidad, valor predictivo positivo (VPP), valor predictivo negativo (VPN) de los síntomas gastrointestinales individuales desarrollados durante el TAE. **Materiales y métodos:** Estudio de corte transversal, en el cual se revisaron las historias clínicas de 51 pacientes adultos con diagnóstico de SII según Roma IV que realizaron el TAE para SIBO. Se tomaron muestras de H2 cada 20 min luego de la ingesta de 10grs de Lactulosa utilizando el equipo Gastrolyzer (Bedfont). En conjunto se documentó la presencia de síntomas durante el estudio. **Resultados:** Se revisaron 51 pruebas de H2 para SIBO (74,5% mujeres); de los cuales 24 pacientes fueron asintomáticos durante el estudio, el 67% de ellos tuvo un resultado negativo. 27 pacientes presentaron síntomas como dolor abdominal (14), distensión abdominal (12) y diarrea (1). El 56% de ellos tuvo una prueba positiva para SIBO. Observamos una tendencia a favor de la asociación entre los síntomas referidos por los pacientes durante la prueba y el resultado positivo para SIBO (OR 2,5 IC95% 0,8-7,8), pero esta no fue estadísticamente significativa (p= 0,09). El síntoma más sensible fue la distensión abdominal (58,3%) y también el más específico (61,54%). El síntoma con VPN más relevante fue la distensión abdominal (85,71%). **Conclusiones:** Se observó una tendencia a favor de que los pacientes con síntomas intra-test presentaron un resultado positivo y los asintomáticos un resultado negativo. El síntoma con mayor correlación estadística fue la distensión abdominal, que presentó un elevado VPN, que permite inferir que los pacientes del estudio que no presentaron dicho síntoma intra-test obtuvieron un resultado negativo para SIBO. Una limitante del estudio fue el tamaño de la muestra, ya que no fue posible establecer si existía una posible asociación estadísticamente significativa entre los síntomas presentados y resultado del test. Se requieren más estudios que evalúen esta probable relación en una población mayor y así determinar conceptos concluyentes sobre el tema.

TI - TRABAJOS CIENTÍFICOS

Código: 1551**COMPROMISO GASTROINTESTINAL Y HEPÁTICO EN NIÑOS TRASPLANTADOS DE MÉDULA ÓSEA. EXPERIENCIA EN UN CENTRO UNIVERSITARIO DE REFERENCIA**

María Eugenia MICHELETTI; Judith Cohen Sabban; María Camila Sanchez; Gustavo Tagliaferrero; Gustavo Boldrini; Daniel D'Agostino; Diana Pinzon; Paola De La Iglesia; Marina Orsi.

HOSPITAL ITALIANO DE BUENOS AIRES - BUENOS AIRES - ARGENTINA

Área Temática: Trabajos Científicos

Introducción: La enfermedad injerto contra huésped (EICH) aguda sigue siendo un desafío clínico y una causa importante de morbilidad y mortalidad posterior al trasplante alogénico de células hematopoyéticas. Afecta principalmente a la piel, el tracto gastrointestinal y es menos frecuente en el hígado. **Objetivo:** Describir el compromiso, la relación entre el acondicionamiento/profilaxis y la respuesta al tratamiento, en el seguimiento de los niños con EICH gastrointestinal y hepáticos. **Materiales y Métodos:** Se realizó un análisis retrospectivo y descriptivo de pacientes pediátricos con EICH gastrointestinal y hepática, definido según los síntomas (vómitos, diarrea secretora o sanguinolenta y dolor abdominal) y resultados de anatomía patológica de biopsias realizadas por videoendoscopia digestiva alta y/o baja. Se sometieron a biopsia hepática transyugular, aquellos pacientes con EICH con función hepática alterada cuyos valores fueron 3 veces superior al normal. El compromiso de EICH hepática y gastrointestinal fueron confirmados histológicamente. Se excluyeron las infecciones intestinales. **Resultados:** Entre 2006 y 2018, 81 pacientes pediátricos se sometieron a un trasplante alogénico de células hematopoyéticas. La EICH aguda se diagnosticó en un 43,2 % (35/81) con una mediana de 85,7 días postrasplante. La edad media de los pacientes a la presentación de la EICH aguda fue de 12,5 años (1,1-18 años), 63% fueron niños. El compromiso tisular confirmado por biopsia fue: piel en 85,7% (30/33), gastrointestinal en 51,4% (18/23) e hígado en 42,8% (9/12). Los criterios clínicos, identificaron correctamente el 78% de los casos sospechosos de EICH. En el 55,5 % de los casos, la mucosa tenía un aspecto normal en la endoscopia. Veinte pacientes tuvieron función hepática anormal, pero la biopsia hepática se realizó sólo en 12/20 pacientes y EICH aguda se confirmó en 9/12. Ocho pacientes tenían EICH de piel concomitante y por lo tanto no se sometieron a biopsia. En relación con el acondicionamiento, la mayoría de los pacientes con EICH recibieron Busulfán/Ciclofosfamida y Tacrolimus como profilaxis. El tratamiento estándar inicial fueron las dosis altas de esteroides. Sin embargo, 11/18 pacientes con EICH gastrointestinal fueron considerados refractarios a los esteroides y se agregó Infliximab. La media de supervivencia luego del inicio del tratamiento con Infliximab fue de 83 días (rango 25-209). Siete pacientes (7/11) en tratamiento con esteroides e Infliximab murieron. Las causas de muerte fueron infección en 5 pacientes (71%), paro cardíaco en 1 paciente (14,2%) y recaída en 1 paciente (14,2%). **Conclusiones:** Los signos y síntomas clínicos compatibles con la EICH habrían sobrediagnosticado el 22% de los pacientes estudiados. Por lo tanto, incluso siendo una técnica invasiva, las biopsias de tejido son necesarias para el diagnóstico correcto de la EICH.

TI - TRABAJOS CIENTÍFICOS

Código: 1553**EL IMPACTO DE LA FUNDUPPLICATURA EN LOS TRAZADOS DE PH/IM DE 24 HS DE PACIENTE PEDIÁTRICOS CON ATRESIA ESOFÁGICA**

MARÍA JUDITH MENDOZA; Judith Cohen Sabban; Verónica Busoni; Pablo Lobos; Florencia Ursino; Paola De La Iglesia; Marina Orsi.

HOSPITAL ITALIANO DE BUENOS AIRES - BUENOS AIRES - ARGENTINA

Área Temática: Trabajos Científicos

Introducción: La enfermedad por reflujo gastroesofágico (ERGE) es la complicación más frecuente a largo plazo en pacientes con atresia esofágica (AE). La funduplicatura en la AE es controvertida, pero puede ser una opción en los pacientes con: tratamiento refractario del reflujo gastroesofágico (RGE), evento de aparente amenaza de la vida, retraso en el desarrollo, esofagitis por reflujo persistente y recurrentes estenosis a nivel de la anastomosis. **Objetivo:** Comparar las características de la ERGE según los parámetros de pH-IIM en pacientes con AE con y sin funduplicatura. **Materiales y métodos:** Se realizó revisión retrospectiva de trazados de pH-IIM

de 24 hs realizados en el Servicio de Gastroenterología Infantil entre 2011 y 2018. **Criterios de inclusión:** Niños menores de 18 años con antecedente de AE, con y sin funduplicatura. Todos los pacientes se realizaron pH-IIM 24 hs y videoendoscopia digestiva alta con toma de biopsias esofágicas y resultado de anatomía patológica de las mismas. Las medicaciones antirreflujo se suspendieron una semana previa al momento del estudio. El tratamiento refractario de RGE y la persistencia de esofagitis por reflujo en la anatomía patológica de las biopsias fue la indicación para la cirugía de funduplicatura. Se evaluaron el número total de episodios de reflujo (ácido, no ácido), bolo y tiempo de aclaramiento ácido (ACT) y valores de referencia en canales distales (5-6). Se dividió a la población en: Grupo 1 (G1): pacientes con AE y funduplicatura. Grupo 2 (G2): pacientes con AE sin funduplicatura. Se realizó prueba de T test para comparar los resultados entre G1 y G2. **Resultados:** Se evaluaron 15 trazados en pacientes con AE. 8/15 (53%) se sometieron a funduplicatura (G1) con una mediana de edad de 7,4 años. 87.5% con AE tipo C, 12.5% tipo A (brecha larga). La esofagitis se observó en el 100% después de la funduplicatura: 2 esofagitis macroscópica, 1 eosinofílica, 5 microscópica. 7/15 (47%) fueron AE sin funduplicatura (G2), con una mediana de edad de 3.25 años. 57% AE tipo C y 43% tipo A-B. Se observó esofagitis en el 85% en el G2, todos ellos microscópica. No se observaron diferencias estadísticas en los parámetros de pH-IIM entre ambos grupos. El número de reflujos, ACT y canales distales (Canal 6) fueron patológicos en ambos grupos. Sin embargo, observamos una mejor depuración ácida con más daño en la mucosa del G1. **Conclusión:** En esta serie pediátrica de pacientes con AE, los datos de pH-IIM 24hs muestran la persistencia de ERGE incluso después de la funduplicatura. Esta observación podría deberse a una severa dismotilidad esofágica. Por lo tanto, en pacientes asintomáticos con AE deben someterse a una monitorización de RGE con pH-IIM 24 hs y videoendoscopia digestiva alta con toma de biopsias.

TI - TRABAJOS CIENTÍFICOS

CÓDIGO: 1591**ATRESIA DE ESÓFAGO: TRATAMIENTO Y SEGUIMIENTO EN SIETE AÑOS**

Maximiliano Fernandez Rivas; Cristina Soledad Lorenzo; María Florencia Recalde; Carmen Otegui Banno; Viviana Bernedo; Paula Borobia; Veronica Garrido; Gabriela Rios; Teresita Gonzalez.

Hospital Sor María Ludovica - Buenos Aires - Argentina

Área Temática: Trabajos Científicos

Introducción La Atresia de esófago (AE) es la falta de continuidad del lumen del esófago combinada, en la mayoría de los casos con la existencia de una comunicación, a través de una fistula, con la tráquea. Es un defecto congénito incompatible con la vida, que con tratamiento quirúrgico eficaz y oportuno se logra su sobrevida. Su frecuencia es de 1/3500 recién nacidos vivos y afecta por igual a ambos sexos siendo la supervivencia del 90%. La forma más frecuente de presentación es la tipo III. **Objetivos:** exponer el seguimiento de los pacientes con atresia de esófago, y mostrar los datos obtenidos en estos últimos 7 años. **Materiales:** base de datos creado por el comité de atresia de esófago del HIAEP Sor María Ludovica. **Métodos resultados y conclusiones:** Se presenta estudio retrospectivo observacional de 77 pacientes con atresia de esófago, tratados y seguidos por el comité de atresia de esófago, conformado por servicio de gastroenterología, cirugía, nutrición, endoscopia respiratoria y otorrinolaringología, en el Hospital Sor María Ludovica de La Plata, en el periodo comprendido entre enero de 2012 hasta junio del 2019. El objetivo de nuestro estudio es revisar las características clínico quirúrgicas de los pacientes con este diagnóstico, en los últimos 7 años. Evaluamos los factores predictivos del pronóstico como la edad gestacional, peso al nacer, malformaciones asociadas y clasificación de spitz. Estudiamos el seguimiento postoperatorio con sus complicaciones inmediatas (esofágica y traqueal) y alejadas como la estenosis y re fistula. Dentro del seguimiento constatamos la presencia de las complicaciones digestivas con necesidad de dilatación. El 92.2% de los pacientes presentaron atresia tipo III. 49.35% fueron de sexo femenino y el 50.65% masculinos. La media en el seguimiento fue de 33.5 meses con un rango de 81 meses. La complicación más frecuente fue estenosis esofágica, se presentó en el 24.67%. La malformación más frecuente asociada fue la cardiopatía congénita en un 49.35%. El 40.2% fue tipo dos (2) en la clasificación de spitz. **MATERIAL Y MÉTODOS** Se llevó a cabo revisión retrospectiva de las hc de los pacientes con atresia de esofago asistidos en el Hospital Interzonal de Agudos Especializado en Pediatría Sor María Ludovica de La Plata, en el periodo comprendido entre enero de 2012 y hasta junio del 2019. Un total de 77 pacientes. Se tomaron en cuenta para la realización de éste trabajo: género, peso al nacimiento, edad gestacional, malformaciones asociadas, tipo de atresia, clasificación pronóstica (Spitz), porcentaje de óbitos, tratamiento instaurado y las complicaciones inmediatas y tardías.

TI - TRABAJOS CIENTÍFICOS

CÓDIGO: 1664**DISFUNCIÓN CRICOFARÍNGEA PRIMARIA. TRATAMIENTO CON DILATACIÓN NEUMÁTICA ESTÁTICA CON BALÓN**

Jorge Eduardo Alach; Marcela Contreras; Mariano Di Tommaso; Rocío Laurini; José Bálamo Lozano; Agustín Diego; Cristela Pereyra; Lucía Luna Tirado.

HIGA San Roque Gonnet - Buenos Aires - Argentina

Área Temática: Trabajos Científicos

INTRODUCCION: la disfunción cricofaríngea primaria (DCP) se presenta por degeneración fibroadiposa del músculo cricofaríngeo, que reduce la capacidad elástica del músculo y su compliance, con consecuencias variables sobre el clearance faríngeo, pudiendo provocar clínicamente, severa disfagia orofaríngea con deshidratación, desnutrición, neumopatía y la muerte si no se interviene oportunamente. El tratamiento puede ser endoscópico o quirúrgico. **OBJETIVO:** mostrar la experiencia obtenida con dilatación neumática estática endoscópica de la DCP, en el área de motilidad digestiva de un hospital interzonal de la provincia de Bs As. **MATERIAL Y METODOS:** desde diciembre de 1998 hasta Diciembre 2018, fueron enrolados en este estudio observacional descriptivo, 98 pacientes con DCP, diagnosticados por video deglución dinámica. Los criterios de inclusión fueron: pacientes de ambos sexos, mayores de 15 años, con disfagia orofaríngea y diagnóstico de disfunción cricofaríngea primaria. Se excluyen, pacientes con ACV previo, enfermedad neuromuscular y/o reumatológica. Se realizó tratamiento endoscópico con balón de 18 mm de diámetro, insuflado a durante 1 minuto en la región cricofaríngea, identificada por endoscopia. Se realizó videodeglución de control dentro de las 8 semanas. Se utilizó en nuestro servicio, una encuesta de satisfacción sintomática, de 0 a 10 al realizar la videodeglución de control. **RESULTADOS:** la prevalencia de la disfunción cricofaríngea primaria fue de 5,7%. La relación hombre/mujer: 1/2,2. Edad promedio: 62 años. Fueron dilatados 98 pacientes portadores de DCP, sin presentar complicaciones inmediatas en ningún caso. En 1 paciente no se franqueó la estenosis cricofaríngea, aunque se retomó en 1 semana siendo posible la dilatación con éxito. En 19 pacientes, se necesitó más de una sesión, existiendo respuesta clínica radiológica en todos ellos. La encuesta de satisfacción 0 a 10 se realizó a 87 pacientes, detectando 7 pacientes con 6 y 7 puntos (8,0%), 12 pacientes con 7 puntos (13,7%) y 68 pacientes restantes, con 8 a 10 puntos (78,1%). Ningún paciente requirió cirugía. Con menos de 8 puntos, fueron sometidos a una segunda dilatación con balón de 20 mm, respondiendo satisfactoriamente en todos ellos, llegando al score deseado de 8 a 10 puntos. Tres pacientes requirieron dilataciones repetidas, dos de ellos del grupo inicial (más de 8 puntos) luego de 14 meses el primero y 22 meses de evolución el segundo, y el tercer paciente del grupo dilatado por segunda vez con 20 mm, 52 meses después, consiguiendo alivio sintomático en todos ellos. **CONCLUSIONES:** la dilatación neumática con balón de 18 mm de diámetro, es un método seguro, sencillo y eficaz, que permite mejorar en forma considerable los síntomas de disfagia orofaríngea que presentan los pacientes con DCP sin divertículo. Según nuestra experiencia no se presentaron complicaciones mayores como la perforación, hemorragia o el compromiso de la vía aérea.

CC - CASOS CLÍNICOS

CÓDIGO: 1338**ESOFAGITIS HERPÉTICA EN EL DEBUT DE UNA ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL**

Manuela Manterola; María Victoria García Mercader; Julio Di María; Cecilia Curvale; Raul Matano.

Hospital El Cruce - Buenos Aires - Argentina

Área Temática: Casos Clínicos

INTRODUCCION: Las enfermedades inflamatorias del intestino (EII) hasta el 25% de los casos comienzan en la infancia. Se caracterizan por la inflamación crónica de la mucosa y resulta de una respuesta inmune desregulada a la microbiota intestinal en huéspedes genéticamente susceptibles. Esto puede predisponer a complicaciones infecciosas, exacerbándose por el tratamiento inmunosupresor. La esofagitis por herpes simple (HSE) rara vez ocurre en inmunocompetentes y se presenta como una enfermedad aguda y autolimitada. En los pacientes inmunodeprimidos cursa de manera más severa y pueden generar complicaciones. El objetivo es presentar un caso poco frecuente de esofagitis herpética en el contexto del diagnóstico de una EII en un paciente pediátrico. **PRESENTACION DE CASO:** Paciente de 13 años, previamente sana, consulta por presentar fiebre, dolor abdominal y diarrea con sangre de 48 horas de evolución, por lo que se interna. Se constata leucocitosis, anemia, hiperplaquetosis, ERS elevada. Se solicita coprocultivo, el cual es negativo, y el virológico informa adenovirus. Por mala evolución,

se indica tratamiento antibiótico empírico, requiere transfusión de GR, y se decide derivación a un centro de mayor complejidad. Al ingreso en nuestro hospital, se encontraba en mal estado general, febril, abdomen doloroso, distendido, diarrea con sangre y pérdida de 8 kg. Se descarta megacolon tóxico. Comienza con disfagia, lesiones en la mucosa oral de tipo aftoides y una úlcera más profunda en paladar duro, con bordes elevados y fondo con sangrado espontáneo. En el laboratorio evidencia Hb 6; Hto 20; GB 13800; ERS 120; PCR 96; Albumina 2,67. Función renal y hepática dentro de parámetros normales. Anticuerpos para enfermedad celíaca, ANCA- P, ASCA, serologías para Hepatitis virales y HIV negativas. PPD negativa. Presento epiescleritis izquierda. Se realiza VEDA: múltiples úlceras a lo largo de todo el esófago de 3 a 10 mm. Resto sin lesiones. Se informa PCR positivo para herpes simple. La VCC colitis moderada-severa. Anatomía patológica: cuadro compatible con EII en actividad. Inicia aciclovir EV y NET exclusiva por 48 horas. Por empeoramiento del cuadro se decide comenzar corticoterapia EV, ayuno y NPT. La paciente evoluciona de forma favorable. Inicia nutrición con SNG. Las deposiciones descienden a una diaria, sin sangre. Se externa con tratamiento vía oral. A los seis meses, la paciente se encuentra en buen estado general. **CONCLUSIONES:** Múltiples son las complicaciones que aparecen asociada a la EII o al tratamiento. Las complicaciones infecciosas son potencialmente mortales. En nuestro caso, el herpes esofágico fue una infección en el debut de la enfermedad. Por la evolución clínica de la paciente nos hace interpretar que se debe a la inmunosupresión que genera el inicio de la enfermedad, en contraposición con lo descrito en los casos reportados, que sucede como consecuencia del tratamiento inmunosupresor.

CC - CASOS CLÍNICOS

CÓDIGO: 1479**TUBERCULOSIS INTESTINAL EN UN PACIENTE CON DOLOR ABDOMINAL RECURRENTE**

Maité Miguens; Leandro Fanjul Regueira; Lucio González; María Marcó del Pont; Paola De La Iglesia; Ines Ninomiya; Marina Orsi.

Servicio de Gastroenterología y Hepatología Pediátrica - Hospital Italiano de San Justo "Agustín Rocca" - CABA - Argentina

Área Temática: Casos Clínicos

Introducción La tuberculosis (TB) es una enfermedad infectocontagiosa crónica. La localización pulmonar es la más frecuente (85%) y dentro de las formas extrapulmonares la abdominal ocupa el sexto lugar (50% intestino). La TB intestinal (TBI) afecta principalmente ileon terminal, generalmente por diseminación hematogénea durante el curso de una TB pulmonar activa. **Objetivos -** Describir a la TBI como un diagnóstico diferencial infrecuente de dolor abdominal recurrente (DAR). - Reconocer a la TB como un problema vigente de salud pública en la Argentina. **Caso clínico** Varón de 10 años con 8 meses de DAR, hábito catártico irregular y pérdida de peso. Se interna por dolor abdominal intenso que no calma con analgesia. Aspecto regular, pálido, abdomen doloroso en flanco derecho. Laboratorio con reactantes de fase aguda aumentados, anticuerpos para celiacía y coproparasitológico negativos, calprotectina fecal 278, ecografía abdominal con engrosamiento parietal en asa de intestino, enteroRM con engrosamiento mural circunferencial del ileon terminal, VEDA normal, VCC evidencia en ciego lesión mucosa de aspecto irregular de 5x3 cm que protruye hacia la luz estenosándola y en colon transversal lesión ulcerada de 2 cm, TAC toracoabdominal con ausencia de progresión de contraste a ileon distal, pulmón focos de vidrio esmerilado con áreas de consolidación y lesión cavitada en lóbulo superior derecho (LSD), ganglios en mediastino y mesenterio, prueba de Mantoux negativa, HIV negativo, lavados gástricos con baciloscopia positiva y GeneXpert positivo para M. Tuberculosis, biopsias intestinales con granulomas y bacilos ácido alcohol resistentes. **Catastro** contactos: madre TB, resto negativos. **Diagnóstico:** TB pulmonar con diseminación a intestino. **Inicia** tratamiento antituberculoso con buena respuesta y evolución clínica. **Discusión** y conclusiones Ante un paciente con DAR que se presenta con signos de alarma debemos realizar la búsqueda de patología orgánica. La TBI se manifiesta con síntomas inespecíficos, entre ellos el DAR; el diagnóstico se realiza por biopsia endoscópica de las lesiones intestinales con anatomía patológica y cultivo o PCR para M. Tuberculosis. En la Argentina se notifican más de 10.000 casos/año de TB (18% en menores de 20 años). Si bien es una enfermedad prevenible y curable, anualmente se registran entre 5 y 10 muertes en niños y entre 10 y 15 muertes en adolescentes, lo que denota la gravedad de la situación en nuestro país, debiendo reforzar al máximo las medidas sanitarias. Debido a su clínica inespecífica la TBI continúa siendo un desafío para el pediatra, más aún en el caso de nuestro paciente quien en ningún momento manifestó síntomas respiratorios asociados. **Teniendo en cuenta la situación epidemiológica en la Argentina, resulta de importancia considerar a la TBI como un posible diagnóstico diferencial ante un DAR con signos de alarma.**

CC - CASOS CLÍNICOS

CÓDIGO: 1481

OBSTRUCCIÓN AL TRACTO DE SALIDA ADQUIRIDA DE INICIO TARDÍO

Mariana Allende; Viviana Bernedo; Paula Borobia; Lorena Menendez; Luciana Guzman; Teresita Gonzalez.

HIAEP Superiora Sor María Ludovica - Buenos Aires - Argentina

Área Temática: Casos Clínicos

Obstrucción al tracto de salida adquirida de inicio tardío *Introducción* La obstrucción al tracto de salida (OTS) incluye condiciones que impiden el paso del contenido gástrico hacia el duodeno. De causas: congénitas: membrana gastro-duodenal, duplicación/ vólvulo gástrico y adquiridas: estenosis hipertrófica del píloro, enfermedad ulcerosa péptica, gastritis crónica/eosinofílica, caustico, tuberculosis (TBC), estenosis por AINE, pólipos, citomegalovirus (CMV), y OTS de inicio tardío o enfermedad de Jodhpur, como causa adquirida y primaria, idiopática, descrita en el año 1997 con 18 pacientes reportados a la fecha. El cuadro clínico consta de vómitos no biliosos, distensión posprandial y pérdida de peso. En la seriadaesofagogastroduodenal (SEGD): estómago aumentado y dilatado con retardo del vaciado gástrico y en la endoscopia digestiva alta (VEDA) se observa estenosis pilórica, sin obstrucción intrínseca o extrínseca. El tratamiento puede ser quirúrgico o endoscópico con dilatación con balón. Caso n° 1: Niño de 5 años con vómitos posprandiales no biliosos, deshidratación, dolor abdominal y estancamiento ponderal. SEG: estómago dilatado, con retardo del pasaje de contraste a duodeno. VEDA: estenosis pilórica, se dilata con balón 10-11-12. Histopatología: mucosa gástrica antral: hiperplasia foveolar. Sin H. Pylori. Cultivos negativos para CMV y TBC. En su evolución el paciente requirió de 2 dilataciones más con balón. Caso n° 2: Niña de 5 años con clínica de OTS. Ecografía abdominal: abundante residuo gástrico e intestinal. Radiografía de abdomen: estómago aumentado de tamaño. VEDA: orificio pilórico puntiforme, se dilata con balón n 12-13.5-15. Histopatología: mucosa de bulbo: glándulas de Brunner hipertrófica. H Pylori negativo Luego requirió de 2 dilataciones más con buena evolución. Caso n° 3: Niño de 9 años con clínica de OTS. Ecografía abdominal normal. SEG: estómago dilatado con retraso del vaciamiento gástrico y lento pasaje del contraste a duodeno. VEDA: estenosis pilórica. Se dilata con balón 12-13.5-15. Histopatología: hiperplasia de células parietales y moderada congestión. Sin H. pylori. En su evolución se realizó otra VEDA con dilatación con mejoría clínica. Conclusión: La estenosis pilórica no hipertrofica más allá de la infancia debe ser incluido en el diagnóstico diferencial de niños mayores con vómitos no biliosos y falta de crecimiento como causa de OTS. La SEG: estómago dilatado, retraso en la evacuación gástrica y el entorno sin compresión externa. VEDA: orificio pilórico infranqueable, se dilata con balón sin evidenciar cicatrización, inflamación o tumor en y alrededor del píloro, con biopsias normales. El tratamiento realizado fue endoscópico con dilatación con balón obteniendo buen resultado sin necesidad de cirugía.

CC - CASOS CLÍNICOS

CÓDIGO: 1528

DUPLICACIÓN DUODENAL: CAUSA POCO FRECUENTE DE DOLOR ABDOMINAL RECURRENTE

Cristina Soledad Lorenzo; Maximiliano Fernandez Rivas; Viviana Vernedo; Paula Borobia; Teresita Gonzalez.

Hospital Interzonal agudo especializado en pediatría Sor María Ludovica - Buenos Aires - Argentina

Área Temática: Casos Clínicos

a) *Introducción:* Las duplicaciones intestinales son anomalías poco frecuentes. La duplicación duodenal representa el 4-5% del total. Se encuentran habitualmente por detrás del duodeno normal. La mayoría son quísticos y no se comunican con la luz. La presentación clínica es variable, puede ser asintomática o presentar vómitos biliodigestivos por obstrucción parcial o completa del duodeno. Asimismo puede ocasionar hemorragia digestiva por perforación o presencia de mucosa gástrica ectópica (15%). La obstrucción de la vía biliar puede ocasionar pancreatitis. b) *Objetivo:* reporte de caso clínico de patología poco frecuente. c) *Materiales:* presentación de caso clínico. d) *Métodos, Resultados y Conclusiones.* Reportamos el caso clínico de una niña de 13 años de edad con duplicación de la segunda porción del duodeno. Describimos las características clínicas, hallazgos radiológicos y endoscópicos del caso clínico. En nuestro caso la niña presentó dolor abdominal recurrente de seis meses de evolución. Se realizó diagnóstico mediante tomografía y tránsito intestinal, confirmando relaciones anatómicas por endoscopia y resonancia magnética. Es presentado el caso clínico al servicio de cirugía donde se programa cirugía electiva de exéresis. e) *Observaciones:* se destaca el caso clínico por el desafío clínico que supone su diagnóstico y la dificultad técnica de su abordaje quirúrgico.

CC - CASOS CLÍNICOS

CÓDIGO: 1562

ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL. CADA VEZ MAS PEQUEÑOS?

Sandra Isabel Scarafoni; María Eliana Keller; María del Pilar Hidalgo; María Chierichetti; Ignacio Uriarte; Martín Sabas.

Hospital Materno Infantil de Mar del Plata - Buenos Aires - Argentina

Área Temática: Casos Clínicos

Introducción: La enfermedad inflamatoria de comienzo muy temprano (VEO-IBD) se define como aquella que inicia antes de los 6 años de edad con un subtipo infantil en menores de 2 años. La VEO IBD constituye el 4 al 10 % de la EII pediátrica con una incidencia en aumento. Es genotípica y fenotípicamente diferente de la EII de comienzo en la adolescencia y adultez, con un curso más severo con escasa respuesta a la terapéutica habitual. En un alto porcentaje se presenta como una manifestación de una inmunodeficiencia primaria. A la fecha se conocen más de 60 defectos monogénicos causantes de la enfermedad. *Objetivo:* describir el caso clínico de una paciente se sexo femenino que comenzó a los 15 días de vida con enfermedad perianal severa y revisión de la bibliografía. *Resumen de caso clínico:* Neonato de 15 días de vida que se presentó con úlceras orales profundas, afebril que en los días siguientes agrego severo compromiso perianal con úlceras y fistulas recto vulvares y a piel. Cultivos y serologías negativos, sin signos de linfoproliferación al examen físico. Con sospecha de VEO-IBD se realiza biopsia de las lesiones oral (reacción inflamatoria crónica inespecífica), VEDA (normal) y rectosigmoideoscopia (acentuado reacción inflamatoria con polimorfonucleares y linfocitos, focos de criptitis y cuerpos apoptóticos), calprotectina en MF 190 mcgr/gr, RNM de pelvis que informa trayecto fistuloso sin colecciones. *Evaluación por inmunología:* DHR, poblaciones linfocitarias y respuesta a IL-10 (fosforilación de STAT3) normal, se envió muestra para secuenciación de exoma, pendiente resultado. Se indico fórmula con aminoácidos, corticoides y azatioprina mostrando respuesta parcial con mejoría de las lesiones orales y perianales pero escaso aumento ponderal y diarrea. Actualmente cursa internación por enterorragia severa con infección por C. Difficile. Se plantea escalar estrategia terapéutica hasta contar con resultado genético. *Conclusión:* La prevalencia de las VEO-IBD está en aumento, y constituye una enfermedad diferente a la EII de comienzo más tardío, con mayor morbi-mortalidad requiriendo estrategias terapéuticas diferentes. Es importante como gastroenterólogo infantil tener un alto índice de sospecha para el diagnóstico oportuno y el manejo adecuado en conjunto con inmunología debido su alta asociación a inmunodeficiencias primarias. Los avances en las técnicas de secuenciación para diagnóstico genético son una pieza fundamental en este grupo de pacientes ya que la identificación del defecto genético permite lograr una terapéutica dirigida. *Observaciones:* consideramos importante presentar este paciente debido a la infrecuencia de la patología a esta edad, su compromiso más severo y su difícil manejo.

CC - CASOS CLÍNICOS

CÓDIGO: 1590

EPIDERMOLISIS AMPOLLAR DISTRÓFICA ESTENOSIS ESOFÁGICA

Maximiliano Fernández Rivas; Cristina Soledad Lorenzo; María Florencia Recalde; Viviana Bernedo; Veronica Garrido; Paula Borobia; Juana Goitia; Teresita Gonzalez.

Hospital Sor María Ludovica - Buenos Aires - Argentina

Área Temática: Casos Clínicos

Introducción Grupo de enfermedades hereditarias caracterizadas por fragilidad excesiva de la piel a las fuerzas de fricción con formación de ampollas, también denominada dermolítica porque el nivel de separación se produce por debajo de la lámina densa de la unión dermoepidérmica. La incidencia en la población mundial es del 6-8%. *Objetivo:* reporte de un caso clínico de patología poco frecuente. *Materiales:* presentación de caso clínico, y estudio endoscópico realizado (VEDA) *Métodos* resultados y conclusiones: Reporte de caso clínico de un niño de 10 años de edad con diagnóstico de epidermolisis ampollar distrófica, que consulta al servicio de gastroenterología y nutrición del HIAEP Sor María Ludovica por disfagia a sólidos, semisólidos y desnutrición crónica. Se realiza una seriada esofagogastroduodenal donde se diagnostica estenosis esofágica en tercio superior, posteriormente se programa la exploración vía endoscópica y tratamiento de dicha estenosis. Se realiza VEDA donde se observa lesiones ampollares y se procede a la dilatación con balón de la estenosis esofágica. El niño hasta el día de la fecha requirió dos dilataciones por la reparación de la sintomatología. Se sigue en conjunto con los servicios de nutrición y dermatología evidenciándose una notable mejoría de su enfermedad de base a expensas de la recuperación nutricional. *Observaciones:* Se intentará mostrar el seguimiento y tratamiento paliativo de un paciente con una enfermedad poco frecuente.

CC - CASOS CLÍNICOS

CÓDIGO: 1589

HIPERTRANSAMINASEMIA COMO MANIFESTACION DE ENFERMEDAD METABOLICA

María Florencia Recalde; Cristina Lorenzo; Maximiliano Fernandez Rivas; Cristina Arregui; Andrea Besga; Teresita Gonzalez.

Hospital Sor María Ludovica - Buenos Aires - Argentina

Área Temática: Casos Clínicos

Introducción: Las enfermedades metabólicas constituyen un grupo de patologías raras en notable expansión, de difícil diagnóstico y manejo. Están causados por mutaciones del ADN que generan proteínas anómalas, interfiriendo en los procesos de síntesis, catabolismo o transporte de aminoácidos, ácidos grasos, hidratos de carbono o en las reacciones de producción de energía. Son causa frecuente de mortalidad y morbilidad. Clínicamente pueden tener expresión en múltiples órganos y sistemas (hígado, miocardio, músculo esquelético, retina y sistema nervioso central), manifestándose las crisis metabólicas con hipoglucemia, aumento de carnitina, hipertransaminasemia e hiperamonemia, en algunos casos. **Objetivo:** Describir caso clínico de patología metabólica con hipertransaminasemia como presentación clínica inicial. **Caso clínico:** Paciente de 2 años y 10 meses que es derivado en el 2018 a nuestro servicio por presentar valores de transaminasas elevados. Como antecedentes, requirió internación a las 48 hs de vida en neonatología por hipoglucemia adjudicado a hipogalactia materna. En nuestro estudio inicial por hipertransaminasemia se descarta causa infecciosa, tóxica, autoinmune y se interconsulta a Servicio de Metabolopatías dado el aumento aislado de CPK concomitante al momento de la consulta. Dada normalización de valores de transaminasas y ausencia de hallazgos vinculables con enfermedades metabólicas, se da alta transitoria al paciente. Evolutivamente, en su ciudad de origen, el paciente requirió dos internaciones en terapia intensiva por hipoglucemias severas, ambas interpretadas secundarias a sepsis a S. Aureus y a diarrea aguda, episodios en los que no se evidencian reactantes de fase aguda elevados ni leucocitosis, pero sí enzimas hepáticas. En junio de 2019, el paciente requiere nueva internación en contexto de hipoglucemia, se realiza analítica sanguínea durante el episodio, realizando diagnóstico de trastorno de la beta oxidación de los ácidos grasos. Se resalta que el paciente presenta examen físico sin particularidades y neurodesarrollo acorde a su edad. **Comentario:** dos semanas posteriores al diagnóstico, su hermano de una semana de vida fallece a raíz de hipoglucemia severa. **Conclusión:** Los trastornos de la β -Oxidación de ácidos grasos son un grupo complejo de enfermedades en el que se incluyen en la actualidad más de 25 entidades diferentes. La incidencia probablemente está subestimada y su espectro clínico y pronóstico son muy variables. Debe ser sospechado ante crisis de hipoglucemia de origen desconocido, hepatopatía, síndrome Reye-like, miocardiopatía, y/o miopatía sin otras causas evidentes. Una dieta estricta con bajo contenido en ácidos grasos de cadena larga, es el tratamiento principal. Es esencial el diagnóstico oportuno ya que algunas manifestaciones graves de la enfermedad, como la miocardiopatía y la hepatopatía, son reversibles con esta terapia, y permite prevenir otras como la encefalopatía.

CC - CASOS CLÍNICOS

CÓDIGO: 1604

HEPATITIS AGUDA SEVERA ASOCIADA A INTOXICACIÓN CON TÉ VERDE EN UN NIÑO. PRESENTACIÓN DE UN CASO

María Lorena Cavalieri; María Judith Mendoza Mantilla; María Soledad Arcucci; Daniel D Agostino.

Hospital Italiano de Buenos Aires - Buenos Aires - Argentina

Área Temática: Casos Clínicos

INTRODUCCIÓN: El daño hepático por drogas, hierbas y sustancias es internacionalmente conocida con las siglas en inglés DILI (Drug Induced Liver Injury). El uso terapéutico de hierbas medicinales es muy frecuente, ya que son popularmente considerados seguros. Sin embargo existe evidencia de hepatotoxicidad pudiendo ocasionar 10 - 20 % de hepatitis aguda severa y trasplante hepático. El té verde (TV) deriva de hojas no fermentadas del árbol *Camellia sinensis*, que contiene la epigallocatequina gallate (EGCG). La dosis hepatotóxica estimada de EGCG en humanos es muy elevada, 10-32 tazas de TV aproximadamente, sugiriendo que la lesión podría ser idiosincrática, generando un patrón de necrosis hepatocelular. **OBJETIVO:** Presentación de un caso de hepatitis aguda severa asociada al consumo de té verde (TV) en un niño de 2 años de edad. **CASO CLÍNICO:** Varón de 29 meses, previamente sano, es derivado por hepatitis severa. **Antecedentes personales:** nacido de término, gemelar, a los 6 meses se diagnostica alergia a la proteína de la leche de

vaca, por lo cual realizó dieta de exclusión de lácteos hasta el año de vida. A partir de ese momento presentó aversión a la leche, siendo reemplazada por otras infusiones. Un mes previo a la consulta presentó otitis media aguda, exantema y diarrea por rotavirus, tratado con amoxicilina. Por fiebre persistente se realizó laboratorio evidenciando ALT 400 mg/dl con función hepática normal. Se encontraba en buen estado general, eutrófico, anictérico, hígado palpable a 2 cm de reborde costal, sin esplenomegalia, coluria ni acolia. Al interrogatorio surge que había consumido TV los últimos 5 meses, 2/ 3 tazas por día (1 saquito: 0.8 gr de TV, 36-47.7 gr acumulado). Se indicó suspenderlo. Se realizó laboratorio con proteinograma, dosaje de alfa 1 antitripsina normales, serologías virales y autoanticuerpos negativos. El Ecodoppler abdominal informó leve hepatomegalia y edema periportal. El paciente presentó valores máximos de AST 2500 y ALT1600 pero al 4° día posterior de la suspensión de TV disminuyeron significativamente, por lo cual no se realizó biopsia hepática. A los tres meses normalizó el hepatograma. **CONCLUSIÓN:** En este caso habiéndose descartado causas infecciosas, autoinmunes, metabólicas, otros hepatotóxicos y dada la rápida recuperación tras la suspensión del TV, el diagnóstico presuntivo final fue hepatitis aguda severa secundaria a consumo crónico por TV. **OBSERVACIÓN:** El uso de hierbas medicinales es cada vez más frecuente, basándose, fundamentalmente, en el hecho de que los productos naturales o hierbas son siempre seguros. Al ser el primer caso documentado en Argentina, queremos alertar sobre esta intoxicación, y realizar acciones dirigidas a la prevención y control de su administración en niños y adolescentes

CC - CASOS CLÍNICOS

CÓDIGO: 1635

COLITIS EOSINOFILICA COMO MANIFESTACION DE SINDROME DE HIPER IGE

Carmen Otegui Banno; Teresita Gonzalez; Paula Borobia; Luciana Guzman; Lorena Menendez; Carlos Muller; Fernanda Vargas; Diana Cabanillas; Lorena Regairaz; Florencia Recalde.

HIAEP SOR MARIA LUDOVICA - BUENOS AIRES - ARGENTINA

Área Temática: Casos Clínicos

Introducción: Los trastornos eosinofílicos (TE) gastrointestinales son un grupo heterogéneo e infrecuente de desórdenes caracterizados por infiltrado eosinofílico en uno o mas segmentos del tracto gastrointestinal, en ausencia de otras causas de eosinofilia, consecuencia de una respuesta inmune tipo Th2, probablemente inducida por alérgenos alimentarios. Se define Colitis eosinofílica (CE) con 60 o más eosinófilos (Eo) por campo de gran aumento (CGA) en la biopsia más sintomática gastrointestinales. Puede encontrarse aislada o como parte del Síndrome de Hiper IgE (HIES), el cual es una Inmunodeficiencia primaria combinada, de baja prevalencia. La forma autosómica recesiva (AR) por déficit de proteína DOCK8 condicióna su déficit intracelular y señalización intracelular defectuosa en diversos tejidos: células hematopoyéticas, mononucleares, de riñón, pulmón, cerebro, etc. Se sospecha por parámetros clínicos y analíticos con confirmación por biología molecular (Tabla 1). El único tratamiento curativo es el trasplante de precursores hematopoyéticos. **Objetivo:** Describir clínica y endoscópicamente un caso clínico de CE y HIES AR. **Caso clínico:** Niño de 8 años que consulta por fiebre, diarrea, dolor abdominal cólico, intenso, de 2 días de evolución. Las deposiciones eran 2-4/día, diurnas, acuosas, sin sangre moco ni pus, sin limitación de la actividad física ni deshidratación. Presentó episodio similar meses antes, con deposiciones alternantes entre ellos. **Antecedentes personales:** destacan dermatitis atópica severa desde los 2 meses de vida, aftas orales recurrentes, crisis bronco obstructivas a repetición, crisis de ausencia. **Examen físico:** abdomen distendido, doloroso, sin reacción peritoneal. **Ecema** liquenificado generalizado, pruriginoso. Estancamiento ponderal estatural desde los 6 años. **Exámenes complementarios:** destacan hemoglobina 10 g/dl, leucocitos 13500/mm3 (Eo 12%), plaquetas 374000/mm3, eritrosedimentación 39 mm/hora, proteínas totales 50 g/l, albúmina 25 g/l, IgG 1712 mg/dl, IgE 7180 mg/dl, IgA tTG, IgG DPG, p-ANCA, ASCA negativos, calprotectina fecal 400 ug/gr, coprocultivo, virológico y parasitológico negativos. Se descartan causas quirúrgicas de abdomen agudo. **Diagnóstico presuntivo:** enfermedad inflamatoria intestinal, TE. Se realizan videoendoscopia digestiva alta y baja: macroscopía s/p. **Histopatología:** gastritis granulomatosa, CE. Se completan estudios: IgE específicas pondo estatural desde los 6 años. **Tratamiento:** dieta de exclusión de 6 alérgenos y Meprednisona. Buena respuesta cutánea y gastrointestinal. Los antecedentes, hallazgos clínicos y de laboratorio orientaron a un trastorno sistémico, por lo que se realiza evaluación por Inmunología, arribando al diagnóstico de HIES AR por deficiencia de proteína DOCK8. **Observaciones:** Excluidas las causas más frecuentes de diarrea crónica en pediatría, debe descartarse la CE. Es necesario valorar integralmente al paciente y sospechar su asociación con trastornos inmuno-alérgicos sistémico.