

AOTTA

GASTROENTEROLÓGICA LATINOAMERICANA

Suplemento
ISSN: 2469-1119



ACTA

GASTROENTEROLÓGICA LATINOAMERICANA



COMITÉ EDITORIAL

**EDITOR EN JEFE****Jorge A. Olmos**

Hospital de Clínicas José de San Martín, Universidad de Buenos Aires. Programa de Efectividad Clínica. Universidad de Buenos Aires, CABA

EDITORES ASOCIADOS

**Julieta Argüero**

Hospital Italiano de Buenos Aires. Maestría en Investigación Clínica. Instituto Universitario Hospital Italiano de Buenos Aires, CABA

**María Marta Piskorz**

Hospital de Clínicas José de San Martín, Universidad de Buenos Aires. Programa de Efectividad Clínica. Universidad de Buenos Aires, CABA

**Juan Pablo Stefanolo**

Hospital de Gastroenterología Dr. Carlos Bonorino Udaondo. Programa de Efectividad Clínica. Universidad de Buenos Aires, CABA

**Rodolfo Pizarro**

Hospital Italiano de Buenos Aires. Master en Efectividad Clínica, CABA

Los integrantes del Comité Editorial acreditan formación en Edición y Corrección de Publicaciones Científicas. Universidad de Valencia, España

Para la evaluación y preparación de los manuscritos, se siguen los requerimientos del *Committee on Publication Ethics* (COPE) disponibles en <https://publicationethics.org/resources/guidelines-new/principles-transparency-and-best-practice-scholarly-publishing>.

**COORDINADOR****REVISOR IMÁGENES DEL NÚMERO****Manuel Alejandro Mahler**

Servicio de Gastroenterología Hospital Italiano de Buenos Aires, CABA

SECRETARIA

Tamara Alvarez Worobey

PRODUCCIÓN Y EDICIÓN

Raúl Groizard

DISEÑO Y ARMADO DIGITAL

Alejandro Javier Sfich

CORRECTORES

María Nochteff Avendaño / Esperanza Janeiro

PUBLICIDAD

Establecer contacto con: Secretaría Revista Acta: actasage@gmail.com o Sociedad Argentina de Gastroenterología: sagesecretaria@gmail.com
Tel.: 4816-9396/9391

SEGUINOS EN NUESTRAS REDES SOCIALES

/actagastro



/ACTA_Gastro



/actagastro

ACTA

GASTROENTEROLÓGICA LATINOAMERICANA


**COMISIÓN DIRECTIVA
SAGE - PERÍODO 2021**
PRESIDENTE
Fabio Nachman

VICEPRESIDENTE
Alfredo Currás

SECRETARIA
Dolores Matoso

PROSECRETARIA
Josefina Etchevers

TESORERA
Maricel Bellicoso

PROTESORERO
Martín Toro

VOCALES TITULARES
Claudia Bestani
María Eugenia Oregui
Josefina Sobrero

VOCALES SUPLENTES
Gustavo Fabian Benito
Juan Manuel Marini
María Lucila Petruzzi

**CONSULTOR
EXPRESIDENTE**
Edgardo Smecuol

**COMISIÓN DIRECTIVA
SGU - PERÍODO 2019-2021**
PRESIDENTE
Susana Kohen

1º VICEPRESIDENTE
Adriana Raggio

2º VICEPRESIDENTE
Andrés Taullard

SECRETARIA
Viviana Nachmann

TESORERO
Inés María Trucco

SECRETARIA DE ACTAS
Yéssica Pontet

**ENCARGADO DE ASUNTOS
INTERNACIONALES**
Carolina Olano

**ENCARGADO DE
PROGRAMACIÓN NACIONAL**
Virginia López

VOCALES
Claudia Méndez
Ximena Rodríguez

Suplentes preferenciales
María Di Pace
Juan José Arnejo
Pabla Ortega

COMISIÓN FISCAL
Miembros titulares
Cristina Dacoll
Beatriz Iade
Elena Trucco

Suplentes
Andrea Maucione
Patricia Gaggero
Ana Pose

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.



Bienvenidos

Estimados colegas:

Bienvenidos al suplemento de la Revista Acta Gastroenterológica Latinoamericana, donde se publican los resúmenes de trabajos aceptados en el Congreso Argentino de Gastroenterología y Endoscopia Digestiva GASTRO 2021, primer congreso argentino de la especialidad totalmente virtual.

Hemos recibido un total de 189 resúmenes (129 de gastroenterología y 60 de endoscopia). Luego de ser analizados por revisores, los comités evaluadores y científicos de las áreas de interés correspondientes los categorizaron en resúmenes aceptados (como presentación oral, póster oral y póster) y rechazados. Fueron aceptados 63 de Gastroenterología: 8 presentación oral, 10 póster oral, 19 póster distinguido y 26 póster. En el área de Endoscopia se aceptaron 35: 6 presentación oral, 8 póster oral, 3 póster distinguido y 18 póster.

En nombre de los Comités Organizadores de GASTRO 2021, felicitamos a todos los autores cuyos resúmenes fueron aceptados para su presentación durante el congreso. Asimismo, agradecemos a todos los revisores que colaboraron en su evaluación, y al Dr. Luis Soifer y al Dr. Leandro Manzotti, quienes asumieron la responsabilidad de analizar y comentar, junto a un panel de expertos nacionales, los resúmenes presentados en formato oral o póster oral durante el Congreso.

Sergio Etchepare
Presidente

Comité Organizador Endoscopia Digestiva
GASTRO 2021

Horacio Vázquez
Presidente

Comité Organizador Gastroenterología
GASTRO 2021



AUTORIDADES

COMITÉ ORGANIZADOR DE GASTROENTEROLOGÍA

Presidente
Horacio Vázquez

Secretario General
Sergio Huernos

Comité Científico
Josefina Etchevers
Pablo Luna†
Analia Pasqua
José Tawil

Asesor Científico
Eduardo Mauriño

Tesorera
Maricel Bellicoso

COMITÉ EVALUADOR DE RESÚMENES

Julieta Argüero
Ramiro González Sueyro
José Mella
Juan Pablo Stefanolo

CURSO PRE CONGRESO DE CAPACITACIÓN

Silvia Pedreira
Colaboración: SAGE JOVEN

CURSO DE PEDIATRÍA

Marina Orsi
Christian Boggio Marzet

II CURSO INTERDISCIPLINARIO DE TERAPÉUTICA NUTRICIONAL PARA ENFERMEDADES DIGESTO-ABSORPTIVAS

Andrea González
Marcelo Camarero

COMITÉ ORGANIZADOR DE ENDOSCOPIA DIGESTIVA

Presidente
Sergio Etchepare

Secretaria
Sandra Canseco

Secretarios Científicos
Silvina Gándara
Federico Marcaccio

Tesorero
Ricardo Federico Díaz

DIRECTOR WORKSHOP

Mariano Villarroel

COMITÉ EVALUADOR DE RESÚMENES

Leandro Di Paola
Leandro Manzotti
Marcela Merlín
Leandro Steinberg

DIRECTORAS II CONGRESO DE ASISTENTES DE ENDOSCOPIA

Vanesa del Árbol
Maria Eugenia Griffin
Maria C. Rodriguez Petela

COMISIONES

COMISIÓN DIRECTIVA SAGE 2020-2021

Presidente
Fabio Nachman

Vicepresidente
Alfredo Currás

Secretaria
Dolores Matoso

Prosecretaria
Josefina Etchevers

Tesorera
Maricel Bellicoso

Protesorero
Martín Toro

Vocales Titulares
Claudia Bestani
María Eugenia Oregui
Josefina Sobrero

Vocales Suplentes
Gustavo Fabián Benito
Juan Manuel Marini
María Lucía Petruzzi





DIRECTIVAS - SAGE - FAAED - FAGE

COMISIÓN DIRECTIVA FAAED 2019-2021

Presidente
Juan Luciani

Vicepresidente
Mauro Páez

Secretario
Claudio Guerrina

Prosecretario
Matías Ernesto Vega

Tesorero
Juan Bordato

Protesorero
Sebastián Gutiérrez

Vocales Titulares
Pablo Alasino
José Adi

Vocales Suplentes
Sergio Gabriel Barril
Nelson Condado

COMISIÓN DIRECTIVA FAGE 2021

Presidente
Juan Antonio Bordato
(Rosario)

Vicepresidente
María Giovanna Porfilio Gularte
(Misiones)

Secretario
Claudio Guerrina
(Rosario)

Prosecretaria
Estela Verónica Parra Wirth
(Chaco)

Tesorero
Matías Amateis
(Rosario)

Protesorero
Fernando Javier Barreyro
(Misiones)

Vocales Titulares
Sebastián Esteves
(Comahue)
Pablo Herrera Najúm
(Córdoba)

Vocales Suplentes
Nicolás Salim
(Salta)
Teodoro Stieben
(Entre Ríos)

PROFESIONALES QUE INTERVINIERON EN LA REVISIÓN DE LOS RESÚMENES CIENTÍFICOS

Abecia Víctor	Leta Karina
Ahumarán Gabriel	Linares María Eugenia
Antoniska Mariela	Lumi Carlos Miguel
Argüero María Julieta	Mahler Manuel
Berman Saúl	Manazzoni Dante
Bestani Claudia	Manzotti Leandro
Bosch Jorge	Marchi Laura
Cairo Fernando	Matano Raúl
Carballido Marcela	Maynat Alejandra
Carfagnini Paula	Mella José
Cerisoli Cecilio	Merlin Marcela
Chirido Fernando	Orsi Marina
Coghlan Eduardo	Quinones Sabrina
Collia Karina	Rebay Mercedes
Colombato Luis	Redondo Agustina
Corti Rodolfo	Rodríguez Pablo
Daruich Jorge	Rodríguez Fernando
De Paula Juan Andrés	Salis Graciela
Di Paola Leandro	Sambuelli Alicia
Doweck Judith	Sanchez Christian
Durand Luis	Sánchez Belén
Dutack Alejandro	Schlottmann Fran
Escobar Rafael	Sequeira Agustín
Estévez Sebastián	Smecuol Edgardo
Félix Trelles	Soifer Luis
Fernández José L.	Spallone Liliana
Figueredo Ricardo	Stefanolo Juan Pablo
Filo Gladys	Steinberg Leandro
Fuster Mauricio	Tellechea Juan
Gallo Julieta	Uranga Lucio
García Laura	Vaccaro María Inés
Giménez Mariano	Valero Manuel
González Andrea	Varsky Carlos
González Del Solar Carlos	Villamil Federico
González Sueyro Ramiro	Villaruel Mariano
Gorodner Verónica	Viscardi Juan
Gutiérrez Silvia	Wonaga Andrés
Iannicillo Hernán	Yantorno Martin
Jury Gastón	Yañez Federico
Laudanno Oscar	Yonamine Karina
Leibovich Natalia	Zagalsky David



**UNIME
EVENTOS**

EMPRESA ORGANIZADORA

Nora Muñoz +54 9 11 5960-6509
nora@unime.com.ar

Sebastián Delgado +54 9 11 4444-0422
sebastian@unime.com.ar



Ahora sus pacientes con

ENFERMEDAD DE CROHN & COLITIS ULCEROSA

tienen una
NUEVA
Presentación

*80mg
10.8mL*

Mitad de inyecciones durante la dosis de inducción

Optimización de tratamiento durante la terapia de mantenimiento

Ahora
una
aplicación
Cada 2
semanas

Mejor
experiencia para el paciente

Misma
eficacia y seguridad que 40mf semanales

Referencias
Humira AC 20, prospecto aprobado por ANMAT N° DI-2021-965 (28Ene2021).
Humira AC 40 Prospecto aprobado por ANMAT N° DI-2021-965 (28Ene2021).
Humira AC 80 Prospecto aprobado por ANMAT N° DI-2021-965 (28Ene2021).
AbbVie Data on File.



ÍNDICE DE RESÚMENES

GASTROENTEROLOGÍA	Referencias	Pág.
	Presentaciones Orales	2
	Posters Orales	4
	Posters Distinguidos	8
	Posters	14
ENDOSCOPIA DIGESTIVA	Referencias	
	Presentaciones Orales	24
	Posters Orales	26
	Posters Distinguidos	29
	Posters	30

ÍNDICE DE AUTORES POR CATEGORÍA

Gastroenterología	36
Endoscopia digestiva	45

PRESENTACIÓN ORAL

Código: 0054

GENÓMICA COMO HERRAMIENTA EN ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL PEDIÁTRICA

Modalidad: Resúmenes Científicos – Poster Oral

Unidad Temática: GASTROENTEROLOGÍA – Colon y recto – Enfermedad Inflamatoria intestinal

FASTMAN, Anouk Lucía | DANIELIAN, Silvia | OLEASTRO, Matías | ROCCA, Ana Marcela | WEYERSBERG, Christian | ANTONISKA, Mariela | GONZÁLEZ, Juliana | RUVINSKY, Silvina | CONTRERAS, Mónica Beatriz

HOSPITAL DE PEDIATRÍA S.A.M.I.C. PROF. DR. JUAN P. GARRAHAN

Introducción: Las enfermedades inflamatorias intestinales (EII) en la edad pediátrica son un grupo de desórdenes multifactoriales crónicos de origen poligénico. Sin embargo, desórdenes monogénicos son reportados en las EII de comienzo muy temprano (VEO IBD). En este grupo el conocimiento de la expresión de genes y sus proteínas es crítico en el diagnóstico y las decisiones terapéuticas.

Objetivo/s: Describir la presencia de desórdenes monogénicos en pacientes con diagnóstico de EII menores de 6 años mediante el análisis del exoma completo (WES).

Material (pacientes) y métodos: Estudio descriptivo, de corte transversal, que incluyó pacientes de ambos sexos, con diagnóstico de EII entre los 0 y los 6 años de edad en un hospital de alta complejidad durante el período 1/2019 a 1/2021. El diagnóstico de EII se realizó según los criterios de Porto y fueron agrupados de acuerdo a la clasificación de París (edad, tipo de enfermedad, comportamiento y localización). Se excluyeron aquellos pacientes con diagnóstico de inmunodeficiencias primarias previo al diagnóstico de EII. Los datos fueron recabados en RedCap versión 8.9.2. Se realizó secuenciación del exoma completo con Kit SureSelect XT V5 (Agilent), mediante tecnología Illumina, incluyendo las regiones intrónicas flanqueantes. El análisis del archivo de variantes (VCF) se realizó con el software B-platform. Los resultados obtenidos fueron analizados en conjunto con el laboratorio de biología molecular e inmunología del hospital.

Resultados: Se incluyeron 24 pacientes de ambos sexos. Las características fenotípicas pueden observarse en la tabla 1. Del estudio del exoma ampliado se han hallado 7/24 pacientes portadores de variantes patogénicas, constituyendo un 30,4% de incidencia de enfermedad de origen monogénico en esta muestra. Las variantes halladas podrían dividirse en 2 grupos, aquellas relacionadas con genes ya reportados en la bibliografía en asociación con EII (PIK3CD, CD55, XIAP y NOD2) y aquellas identificadas en genes no directamente involucrados hasta el momento en publicaciones internacionales (SOCS1, PTPN2 y DCLRE1B). Un 42% de las mutaciones no se encontraban en los paneles genéticos que incluyen todos los genes reportados hasta el momento a nivel mundial que están asociados a EII, lo cual resalta la importancia de estudiar el exoma completo en los pacientes con alta sospecha de EII de causa enfermedad monogénica.

Conclusiones: Este es el primer trabajo realizado en un hospital público en nuestro país que analiza las variantes genómicas en niños con EII de comienzo temprano en relación al comportamiento fenotípico de la enfermedad. Los pacientes VEO IBD constituyen un desafío diagnóstico y terapéutico aún para los centros de mayor experiencia a nivel internacional. La incorporación de nuevas tecnologías de secuenciación genómica nos permitió: (i) Realizar el diagnóstico de certeza en el 30% de la población seleccionada que no habría sido posible en ausencia de estudios genómicos, (ii) Documentar y compartir los hallazgos con expertos internacionales de algunas de las mutaciones halladas y recientemente reportadas a nivel mundial. (iii) A nivel asistencial contribuir a una mejora en la caracterización diagnóstica y terapéutica de pacientes con VEOIBD, y al evitar tratamientos costosos y de alto riesgo, reducir el costo en salud pública y favorecer la seguridad del paciente, mejorando así la calidad de atención de nuestros niños y sus familias.

PRESENTACIÓN ORAL

Código: 0078

IMPACTO DE LA COLITIS ULCEROSA Y LA CARGA DE MORBILIDAD ASOCIADA EN LOS PACIENTES (ICONIC): ANÁLISIS PARA ARGENTINA Y CHILE

Modalidad: Resúmenes Científicos – Oral

Unidad Temática: GASTROENTEROLOGÍA – Colon y recto – Enfermedad Inflamatoria intestinal

DE PAULA, Juan Andrés | FUSTER SALDIAS, Francisco | SAMBUELLI, Alicia | TORO, Martín | TRAKAL, Juan José | WALSEN ARANGUA, Gustavo | YANTORNO, Martín

HOSPITAL ITALIANO DE BUENOS AIRES (1); CENTRO DE INVESTIGACIONES CLÍNICAS VIÑA DEL MAR (2); CEYTIN, CENTRO DE ESTUDIOS Y TRATAMIENTO DE ENFERMEDADES INFLAMATORIAS (3); HOSPITAL UNIVERSITARIO (4); CLÍNICA UNIVERSITARIA REINA FABIOLA (C.U.R.F.) (5); HOSPITAL DEL SALVADOR (6); HIGA SAN MARTÍN (7)

Antecedentes/objetivos: El estudio ICONIC fue un estudio observacional prospectivo de 24 meses que evaluó la carga acumulada de colitis ulcerosa (CU) utilizando la herramienta de Representación pictórica de la enfermedad y la automedida (PRISM). PRISM es una medida visual del sufrimiento, etiquetada como una "auto-separación de la enfermedad" (SIS) entre los centros de dos discos (un SIS más corto implica un mayor sufrimiento percibido asociado con la enfermedad y viceversa). PRISM fue validado previamente para medir el sufrimiento, pero no se ha utilizado en pacientes con CU.

Métodos: El estudio ICONIC principal incluyó pacientes ambulatorios no seleccionados con CU de inicio reciente (menos de 36 meses) de 33 países. Los resultados informados por el paciente y el médico (PRISM, Cuestionario corto sobre la enfermedad inflamatoria intestinal [SIBDQ], Cuestionario de salud del paciente [PHQ-9], Índices de actividad clínica simple de la colitis [pacientes: P-SCCAI; médicos: SCCAI] se recopilaron al inicio del estudio y en visitas complementarias cada 6 ± 3 meses. En este subanálisis se describen los datos de los participantes de Argentina y Chile. **Resultados:** 89 pacientes evaluables (mediana de edad: 32 [rango 18 a 63]; 52,8% mujeres; proctitis: 33,3%; CU: 50%; CU extensa: 16,7%) tuvieron ≥1 visita de seguimiento, lo cual representa el 5% de la cohorte principal y la mitad de todos los participantes latinoamericanos. Durante 24 meses (5 visitas programadas), se cuantificó la severidad media [DE] de la enfermedad por SCCAI / pSCCAI se redujo de 1,8 [2,2] a 1,4 [2,0] y de 3,3 [3,2] a 2,6 [2,8], respectivamente. Sin embargo, todos los pacientes con CU del lado izquierdo progresaron a extensivo. El sufrimiento evaluado por el paciente / médico, cuantificado por PRISM, se redujo significativamente, correlacionándose con la mejora de otras medidas de resultado (SIBDQ, PH Q-9, SCCAI). No obstante, el SIS aumentó de 3,4 [2,5] a 5,0 [2,4], en consonancia con los datos del estudio principal, lo que representa una subestimación del sufrimiento en comparación con los datos de los pacientes.

Conclusiones: Durante 24 meses, la carga de enfermedad y el sufrimiento (cuantificados por médicos y pacientes PRISM) se redujeron en pacientes argentinos y chilenos del estudio ICONIC con tratamiento de CU relativamente temprano. De acuerdo con los datos principales del estudio, PRISM se correlacionó con otras medidas de percepción de la enfermedad en pacientes con CU y el sufrimiento fue relativamente subestimado por los médicos. Nuestros datos refuerzan esta herramienta como un criterio de valoración validado que refleja el sufrimiento de los pacientes con CU.

PRESENTACIÓN ORAL

Código: 0183

COMPROMISO HEPATO-INTESTINAL EN LA ENFERMEDAD INJERTO CONTRA HUÉSPED EN PEDIÁTRICOS TRASPLANTADOS DE MEDULA ÓSEA. DIEZ AÑOS DE EXPERIENCIA EN DOS CENTROS DE LATINOAMÉRICA

Modalidad: Resúmenes Científicos – Póster Oral

Unidad Temática: GASTROENTEROLOGÍA – Enfermedades infecciosas – Miscelánea

TAGLIAFERRO, Gustavo(1) | SEPÚLVEDA, Andrea(2) | ARANCIBIA, Gabriel(2) | BARRIGA, Francisco(2) | BUSONI, Veronica(1) | ORSI, Marina(1)

HOSPITAL ITALIANO DE BUENOS AIRES (1); HOSPITAL CLÍNICO DE LA UNIVERSIDAD CATÓLICA DE CHILE (2)

Introducción: La enfermedad injerto versus huésped (EIVH) es una complicación grave en pacientes con trasplante de médula ósea (TMO) con alta morbilidad. Presenta una incidencia del 35 al 50% y compromete diferentes órganos, siendo la piel, el tracto gastrointestinal y el hígado los más frecuentes.

Objetivo/s: Describir el comportamiento de niños con diagnóstico de EIVH con afectación hepato-intestinal.

Material (pacientes) y métodos: Estudio de cohorte retrospectivo, descriptivo de pacientes pediátricos TMO con diagnóstico de EIVH gastrointestinal (GI) y/o hepático, atendidos en dos centros de referencia (Hospital Clínico de la Universidad Católica de Chile y Hospital Italiano de Buenos Aires, Argentina). Se definió EIVH por sospecha clínica y confirmación histológica.

Resultados: Entre 2007 y 2017, 57 pacientes pediátricos (0-17 años) presentaron EIVH hepato-intestinal (mediana 9 años). El 74% presentaba EIVH GI, el 11% EIVH hepático y el 15% hepato-intestinal. El 80% del compromiso GI y el 30% del hígado se diagnosticaron en los primeros 90 días del TMO. La diarrea (96%) y el dolor abdominal (55%) fueron los síntomas más frecuentes, predominando la forma secretora como debut del compromiso GI. Se realizó endoscopia en el 94% y un 35% requirió

una segunda para llegar al diagnóstico. La visión macroscópica fue normal en el 17% de las endoscopias digestivas altas (EGD) y en el 29% de las videocolonoscopias (VCC), siendo el colon el más comprometido (62%). Mayor grado de afectación colónica (Criterios de Freiburg) en aquellos con compromiso hepato-intestinal (p: 0,017). Histología sugestiva de EIVH en 80% VCC y 48% EGD en aquellos con endoscopia doble, en 3 (12%) solo compromiso alto. La correlación endoscópica-histológica fue del 76%. La afectación hepática presentó elevación de transaminasas (> 10 VN) y bilirrubina total (media 5,7 mg / dl). Complicaciones post-biopsia en 2 ocasiones (hematoma duodenal intramural y hemorragia hepática). Mortalidad global del 26%. **Conclusiones:** Según nuestros hallazgos estos procedimientos de diagnóstico pueden presentar complicaciones graves asociadas con la toma de biopsia. Sugerimos tratar de evitar las muestras duodenales debido a un mayor riesgo de hematoma, si se requiere un procedimiento doble (alta/baja). En la mayoría de los casos, las biopsias de colon pueden confirmar el diagnóstico histológico.

PRESENTACIÓN ORAL

Código: 0018

LOS TANINOS ORALES REDUCEN LOS NIVELES DE ALGUNAS CITOQUINAS PROINFLAMATORIAS ASOCIADAS CON DIARREA Y NEUMONÍA EN PACIENTES HOSPITALIZADOS CON COVID-19

Modalidad: Resúmenes Científicos – Póster Oral

Unidad Temática: GASTROENTEROLOGÍA – Enfermedades infecciosas - SARS-Cov-2

PISKORZ, Maria Marta(1) | LOPEZ MINGORANCE, Fabiana(1) | PISAREVSKY, Andrea(1) | VEGA, Patricia(1) | STEFANOLO, Juan Pablo(2) | REPETTI, Julieta(1) | LUDUEÑA, Guillermina(1) | PEPA, Pablo(1) | OLMOS, Juan Ignacio(1) | RODRIGUEZ FERMEPIN, Marcelo(1) | MOLINO, Silvia(3) | VILLAPOL, Sonia(4) | CASTAGNETTI, Andrea(5) | ELISA, Viciani(5) | UEHARA, Tatiana(1)

HOSPITAL DE CLINICAS JOSE DE SAN MARTIN (1); HOSPITAL DE GASTROENTEROLOGÍA DR. B. UDAONDO (2); UNIVERSIDAD DE GRANADA (3); HOUSTON METHODIST RESEARCH INSTITUTE (4); WELLMICRO (5)

Introducción: Existe evidencia de que la relación entre la microbiota intestinal y el sistema inmunológico podrían estar involucrados en la patogénesis del COVID-19. El SARS-CoV-2 puede causar síntomas gastrointestinales durante las primeras fases de la enfermedad. La disfunción intestinal puede inducir cambios en la microbiota intestinal y un aumento de algunas citoquinas inflamatorias. Por lo tanto, la modulación de la microbiota podría desempeñar un papel en el tratamiento del COVID-19. Por otro lado, se ha visto que los taninos tienen un efecto prebiótico sobre la microbiota intestinal. En particular, los taninos derivados del quebracho y el castaño han demostrado regular la respuesta inmune y disminuir la producción de determinadas citoquinas in vitro, a través de metabolitos secundarios como la quercetina y los ácidos grasos de cadena corta, producidos por un mecanismo de fermentación por parte de la microbiota intestinal.

Objetivo/s: Evaluar el efecto de un extracto natural específico de quebracho y castaño sobre los niveles de citoquinas en pacientes con COVID-19.

Material (pacientes) y métodos: Este estudio prospectivo, doble ciego y aleatorizado fue aprobado por el Comité de Ética y Docencia e Investigación Hospital de Clínicas José de San Martín (Buenos Aires, Argentina). Se incluyeron 124 pacientes que ingresaron a la sala de internación general por COVID-19 confirmados por RT-PCR (> 18 años). Se recolectaron muestras de sangre y materia fecal al inicio del estudio (día 0) y después del tratamiento (día 14) durante julio-octubre de 2020, con un seguimiento final en noviembre de 2020. Los participantes fueron aleatorizados a recibir extractos orales secos de taninos de quebracho y castaño (240 mg) y vitamina B12 (0,72 µg) o placebo, dos veces al día durante 14 días como tratamiento complementario a su tratamiento estándar. Se midieron 27 citoquinas pro y antiinflamatorias en los días 0 y 14 (Bio-Plex Pro™, Bio-Rad). Se esperan los resultados de la caracterización del microbioma fecal (16S, WGS) y la medición de metabolitos y permeabilidad intestinal.

Resultados: De 124 pacientes que fueron aleatorizados (edad media 55 +/- 15, 63 [50,81%] hombres), 121 (97,58%) completaron el estudio. No se observaron eventos adversos en el grupo taninos. Los pacientes que presentaron diarrea como síntoma de presentación (13%) tuvieron una tendencia a tener niveles elevados de MIP-1α en sangre, que se redujeron significativamente con el tratamiento con taninos (Tabla 1). En la línea de base, niveles elevados de MIP-1α también se asociaron con el diagnóstico de neumonía (Fig. 1), que se mantuvo después de ajustar por factores de confusión (edad, sexo, diabetes; p = 0,04). Además, al inicio del estudio hubo una correlación positiva entre MIP-1α e IL-1ra, IL-2, MIP-1b y TNF-α, y todas estas citoquinas disminuyeron principalmente con el tratamiento con taninos.

Conclusiones: Hasta donde sabemos, este estudio es el primero donde se evalúa una intervención dirigida a la modulación de la microbiota intestinal en pacientes hospitalizados con COVID-19. Los taninos orales como suplemento al tratamiento estándar en pacientes COVID-19, redujeron significativamente los niveles de citoquinas proinflamatorias que se asociaron con neumonía y diarrea. Las futuras determinaciones aportarán datos para conocer los mecanismos mediados por la microbiota que atenúan el aumento de las citoquinas evidente en los pacientes COVID-19.

PRESENTACIÓN ORAL

Código: 0211

DESEMPEÑO DE LOS ANTICUERPOS ANTITRANSGLUTAMINASA POR QUIMIOLUMINISCENCIA Y POR ELISA PARA DIAGNOSTICAR ENFERMEDAD CELÍACA EN PEDIATRÍA. ESTUDIO PILOTO EN UN CENTRO DE REFERENCIA

Modalidad: Resúmenes Científicos – Póster Oral

Unidad Temática: GASTROENTEROLOGÍA – Intestino delgado-Enfermedad celíaca

MICHELETTI, Eugenia | URSINO, Florencia | BUSONI, Verónica | ORSI, Marina

HOSPITAL ITALIANO DE BUENOS AIRES

Introducción: Las guías ESPGHAN 2020 establecen que niños con sospecha de enfermedad celíaca (EC) pueden ser diagnosticados sin biopsia cuando los valores de antitransglutaminasa (aTG) por ELISA resultan 10 veces el valor normal. Un método más rápido y automatizado para procesar la aTG, la quimioluminiscencia (QL), está disponible en varios centros desde hace algunos años.

Objetivo/s: Evaluar el desempeño y el valor predictivo de la aTG determinada por dos diferentes métodos -ELISA y QL - en relación con la histología duodenal.

Material (pacientes) y métodos: Estudio retrospectivo, observacional y analítico de una cohorte de niños menores de 19 años con sospecha de EC entre Noviembre 2015 y Diciembre 2019. Todos los pacientes con sospecha de EC se sometieron a una evaluación clínica junto con determinaciones de anticuerpos aTG en sangre -por ELISA o QL- y endoscopia digestiva alta. Las muestras (4 duodenales y 2 de bulbo) se clasificaron según la clasificación de Marsh. Se excluyeron los niños con deficiencia de IgA o que cumplieran una dieta sin gluten.

Resultados: Se incluyeron 375 pacientes; el 57,8% (n=217) eran mujeres, con una edad media de 9 años (RIC 25-75: 5-14). El 61,6% (n=231) fueron evaluados con aTG por ELISA y el 38,4% (n=144) por QL. El 22,6% (n=85) tenían confirmación diagnóstica por biopsia. 52 de ellos habían sido evaluados por ELISA y 33 por QL. De los testados por ELISA, el 97,4% con valores de aTG ≤ 20 tenían biopsias normales y el 90,6% de los que tenían valores > 200, tenían biopsia compatible con EC. Por QL, el 92% de los que tenían valores de aTG ≤ 20 no eran celíacos; sólo 1 paciente fue diagnosticado de EC con valores entre 20-200 y el 99% con valores de aTG elevados (124 veces el valor de corte del laboratorio) tenía EC. Se estimó para ELISA una sensibilidad del 100% [89,1 – 100] y una especificidad del 3,7% [1,4 – 7,8], ROC 0,52 [0,50 - 53], un valor predictivo positivo del 16,9% [11,9 – 23,1] y un valor predictivo negativo del 100%, y para quimioluminiscencia una sensibilidad del 100% [59 – 100] y una especificidad del 100% [96,1 – 100], ROC 1 [1 -1], un valor predictivo positivo del 100% [59 – 100] y un valor predictivo negativo del 100% [96,1 – 100].

Conclusiones: Los hallazgos de este estudio piloto sugieren que establecer diagnóstico de enfermedad celíaca en pediatría según el valor de corte convencional de los anticuerpos antitransglutaminasa por ELISA resultaría inadecuado si los mismos se evalúan mediante quimioluminiscencia. Esta técnica puede generar una sobreestimación de casos si se implementan las guías ESPGHAN 2020. Son necesarios estudios multicéntricos para establecer si las diferencias observadas en el desempeño de los anticuerpos antitransglutaminasa según metodología de procesamiento exige modificaciones para evitar sobre diagnósticos.

PRESENTACIÓN ORAL

Código: 0053

JÓVENES CON MEGACOLON: CARACTERÍSTICAS EPIDEMIOLÓGICAS, CLÍNICAS Y MANOMÉTRICAS

Modalidad: Resúmenes Científicos – Oral

Unidad Temática: GASTROENTEROLOGÍA – Neurogastroenterología – Megacolon

MILITO, Daniela | STEFANOLO, Juan Pablo | RICCOBENE, Irina | FORESTIER, Vanina | FURIA, Marina | PASCUAL RUSSO, Agustina | LACUADRA, Maria de La Paz | FACIO, Lucila | VAZQUEZ, Horacio

HOSPITAL DE GASTROENTEROLOGÍA DR. B. UDAONDO

Introducción: el megacolon crónico (MC) se manifiesta clínicamente como un trastorno de la motilidad que produce en la gran mayoría de los casos constipación de difícil manejo. Según su etiología puede ser congénito (enfermedad de Hirschsprung), adquirido o idiopático.

Objetivo: definir las variables epidemiológicas, clínicas y manométricas en una población menor de 40 años (<40ª) con MC y constipación crónica (CC).

Material (pacientes) y métodos: estudio observacional y de corte transversal. Fueron incluidos 23 pacientes <40ª atendidos en el Hospital de Gastroenterología "Dr. Carlos Bonorino Udaondo" desde marzo de 2019 hasta marzo de 2021. El diagnóstico de MC fue establecido a través de un colon por enema y el de CC de acuerdo a los criterios de Roma IV. Se recolectaron datos epidemiológicos y clínicos. Los resultados funcionales anorrectales fueron obtenidos a través de una manometría convencional. En todos los casos se indicó tratamiento médico para la constipación.

Resultados: 13 mujeres, edad mediana: 21 años (19-30), edad al diagnóstico del MC: 16 años (13-19). Siete pacientes (30,4%) fueron operados. Causas del MC: 14/23 idiopático (60,9%), 6/23 por probable enfermedad de Hirschsprung (dos con-

firmados con biopsia) (26,1%) y secundaria 3/23 (13%). Extensión del MC: 10/21 generalizado (47,6%), 6/21 megasigma (28,6%) y 5/21 megarrecto (23,8%). De acuerdo a los datos manométricos identificamos una alta prevalencia de disiner-gia del piso pelviano (14/23 pacientes; 60,9%) y de hiposensibilidad rectal (13/23; 56,5%). 13/23 pacientes (56,52%) presentaron hipotonía del ínter anal interno. Cinco pacientes (21,7%) presentaron reflejo rectoanal inhibitorio negativo. Complicaciones: 7/23 pacientes presentaron un vólvulo (30,4%) (a 5 pacientes le realiza-ron sigmoidectomía) y 12/23 (52,2%) presentaron al menos un fecaloma antes de ingresar al estudio. Tratamientos recibidos: 14/23 fueron tratados con polietilenglicol (66,7%), 5/23 linaclootide (23,8%), 13/23 prucalopride (61,9%), 7/23 con enemas de Murphy (31,8%) y 18/23 (81,8%) tratamientos combinados de dos o más drogas. El megarrecto se asoció al riesgo de presentar un fecaloma comparado con MC generalizado (5/5 vs 3/10 respectivamente, (p<0,03)). La hiposensibilidad y la disiner-gia no se asociaron al riesgo de fecaloma (p=NS). Al momento de este estudio, sólo una paciente deberá ser operada por no responder al tratamiento médico y con-tinuar con constipación severa. Un paciente ostomizado falleció por una complicación (peritonitis).

Conclusiones: Todos los pacientes con MC y CC presentan al menos alguna alteración en la manometría. Mas de la mitad de los pacientes presentaron al menos un episodio de fecaloma. El tratamiento médico en pacientes jóvenes con MC y CC resultaría eficaz. Solo un paciente requiere cirugía.

PRESENTACIÓN ORAL

Código: 0020

EJE CEREBRO-INTESTINAL Y SÍNDROME DE INTESTINO IRRITABLE VA-RIEDAD DIARREA DURANTE EL CONFINAMIENTO SECUNDARIO A LA PANDEMIA POR SARS COV-2. UN ESTUDIO BASADO EN UNA ENCUESTA EN UN CENTRO DE ATENCIÓN TERCERARIA

Modalidad: Resúmenes Científicos – Póster Oral

Unidad Temática: GASTROENTEROLOGÍA – Neurogastroenterología – Miscelánea

PISKORZ, María Marta(1) | STEFANOLO, Juan Pablo(2) | IBAÑEZ, Agustín(3) | HESSE, Eugenia(3) | BRAVO VELEZ, Gladys(1) | TEVEZ, Adriana(1) | GUTIERREZ, Cielo(1) | HASHIMOTO, Harumi(1) | UEHARA, Tatiana(1) | SORDA, Juan Antonio(1) | OLMOS, Jorge Atilio(1)

HOSPITAL DE CLINICAS JOSE DE SAN MARTIN (1); HOSPITAL DE GASTROEN-TEROLOGÍA DR. B. UDAONDO (2); CENTRO DE NEUROCIENCIAS COGNITI-VAS (CNC), UNIVERSIDAD DE SAN ANDRÉS, ARGENTINA. CONICET (3)

Introducción: El síndrome del intestino irritable (SII) es un trastorno funcional de alta prevalencia que afecta la calidad de vida de los pacientes. El SII se considera una entidad multifactorial, en la que los factores sociales, emocionales y el estrés social juegan un papel central en la generación y agravamiento de los síntomas. El aislamiento obligatorio en respuesta a la pandemia por SARS CoV-2, representa un escenario único y complejo de reducción de la interacción social, que podría impac-tar la evolución de los síntomas en los pacientes con SII.

Objetivos: Evaluar el impacto del aislamiento obligatorio debido a la pandemia por SARS CoV-2 en la sintomatología asociada al eje cerebro-intestinal en pacientes con SII.

Material (pacientes) y métodos: Se invitó a participar a pacientes con SII variedad diarrea de una cohorte de pacientes en seguimiento por SII en un centro universita-rio de atención terciaria, definida en base a los criterios de Roma IV. Los pacientes fueron evaluados mediante una encuesta online o una entrevista telefónica en base a escalas validadas. La encuesta incluyó la Escala de Severidad de Síndrome del Intestino Irritable (IBS-SS), una escala de Likert de seis puntos (dolor, distensión, síntomas del SII), así como la escala de Bristol para evaluar la consistencia de la materia fecal, la escala de ansiedad / depresión (HAD) y la escala de somatización (PHQ-15). Además, se preguntó a los pacientes sobre algunas comorbilidades (piro-sis y / o regurgitación, dispepsia, fatiga crónica, fibromialgia, cefalea no migrañosa, peso y hábitos alimentarios, estrés e insomnio). La mayoría de estos datos se com-pararon con los datos existentes antes de la pandemia.

Resultados: Fueron incluidos 129 pacientes, edad media 54 +/- 16, 78% mujeres. Durante el aislamiento obligatorio, hubo una disminución significativa en la proporción de pacientes con SII severo (50,39% vs 30%, p = 0,000) en comparación con el estado previo a la pandemia. Antes del aislamiento obligatorio, esta cohorte de pacientes te-nía una media de SII-SS de 278,54 (+/- 88,64) en comparación con 212,36 (+/- 117,50) durante el aislamiento (diferencia -65,9 [IC del 95%: -89,4 a - 42,4]; p = 0,000). Del mismo modo, hubo una disminución de un punto en promedio en la escala de Likert en los síntomas generales de SII, el dolor y la distensión, así como una mejoría en la consistencia de la materia fecal (disminución promedio de 2 puntos en la escala de Bristol). De manera similar, las puntuaciones de ansiedad y somatización mejoraron y hubo una disminución significativa de los síntomas de fibromialgia y fatiga crónica durante el aislamiento en comparación a la etapa prepandemia. Por el contrario, los síntomas de cefalea y piro-sis y / o regurgitación aumentaron significativamente. El efecto sobre la mejoría de los síntomas de SII se mantuvo aun cuando se ajustó por factores de confusión (edad, sexo, ansiedad y depresión), lo que evidencia que el aislamiento obligatorio representó un factor protector independiente para los síntomas graves de SII (OR 0,39; IC del 95%: 0,18 a 0,87; p = 0,02).

Conclusiones: En comparación con el período prepandemia, hubo una mejoría signi-ficativa en la severidad de los síntomas de SII, la ansiedad y la somatización durante el aislamiento obligatorio por la pandemia secundaria al SARS CoV-2. Una menor exposición a la carga de estrés externo durante el aislamiento podría haber estado involucrada en un mejor control de los factores que afectan el eje intestino-cerebro.

PRESENTACIÓN ORAL

Código: 0161

¿TENER UNA ILEOSTOMÍA INFLUYE EN EL COMPORTAMIENTO ALIMEN-TARIO Y ESTILO DE VIDA?

Modalidad: Resúmenes Científicos – Póster Oral

Unidad Temática: GASTROENTEROLOGÍA – Nutrición – Nutrición y cirugía digesto-absortiva

VEISSETES, Denise | DROZD, Verónica | SANCISI, Gabriela | GONZÁLEZ, Andrea

HOSPITAL DE GASTROENTEROLOGÍA DR. B. UDAONDO

Introducción: Los lineamientos nutricionales que se brindan en el período post operatorio de una ileostomía suelen ser restrictivos, con el objetivo de evitar compli-caciones frecuentes como ser: alto débito por el estoma, olor desagradable, flatulen-cia, bloqueo del mismo, irritación de la piel, entre otros. En la bibliografía, se hallan recomendaciones generales para evitar este tipo de complicaciones; sin embargo, no se dispone de suficiente evidencia que respalde dichas directrices. Son pocos los estudios que examinan los efectos de la dieta en función de la ostomía, por ende, las recomendaciones dietéticas son variables, llevando desde restricciones inneces-arias hasta una dieta libre. Con dicho trabajo, se pretende desarrollar herramientas que mejoren la educación alimentaria- nutricional de esta población.

Objetivo/s: Describir el comportamiento alimentario y estilo de vida de pacientes ileostomizados mayores de 16 años, atendidos en el Hospital de Gastroenterología Dr. Carlos Bonorino Udaondo.

Material (pacientes) y métodos: Se realizó una encuesta semi-estructurada en pa-cientes ileostomizados por un periodo mayor a tres meses, internados en el presente nosocomio o ambulatorios, entre Octubre de 2020 y Mayo de 2021. El muestreo fue consecutivo, por conveniencia. Los datos fueron analizados mediante el software PASW Statistics 18 y el vccSTAT_3.

Resultados: La muestra quedó conformada por 42 pacientes, 61,9% de sexo fe-menino, edad promedio 47 años (IC 95%: 37 – 62). Las causas más frecuentes de ileostomía fueron tumor de recto (31%) y enfermedad de Crohn (28,6%). El 73,8% tuvo un tiempo de ostomizado mayor a un año. El 92,8%(IC95%: 75,6-98,5) reci-bió consejería nutricional previa al alta hospitalaria; y el 76,2% (IC95%: 60,2-87,4) tuvo seguimiento nutricional limitado al post quirúrgico inmediato. El 45,2% (IC95%: 30,1-61,1) refirió realizar ayunos para concurrir a actividades sociales. El 40,5% (IC95%:26-56,6) de la muestra refirió evitar consumir alimentos en exceso. Los ali-mentos asociados a diarrea fueron: mate, bebidas azucaradas/gaseosas, consumo excesivo de líquidos, vegetales de hoja cruda, helados y dulces. Por el contrario, los alimentos que brindaron mayor consistencia al débito fueron: arroz, polenta, fi-deos, pastas, carnes, papa, pan y banana. La mediana de débito estimado fue 750ml (IC95%: 750-1000). El 50% de los encuestados refirió que la consistencia era pas-tosa; y el 50% restante la describió como líquida. El 61,9% (IC95%:45,6-76) de los pacientes necesitó vaciar su bolsa de ostomía durante la noche y el 33,3%(IC95%: 20-49,6) consideró insuficiente el tiempo de descanso nocturno desde la realiza-ción de su ostomía. El 54,7%(IC95%: 38,8-69,8) refirió tener miedo a las pérdidas/fugas por el estoma. El 80,9%(IC95%: 53,4-91,5) de los encuestados refirió a su alimenta-ción como apetitosa/gustosa. Los principales motivos por los cuales evitaron ali-mentos catalogados como críticos fueron por indicación profesional, diarrea y costumbre.

Conclusiones: En el presente estudio se observó que existe una modificación del comportamiento alimentario y del estilo de vida en estos pacientes. Fue prevalente la realización de ayunos ante eventos sociales. Además, un alto porcentaje refirió vaciar la ostomía durante la noche, lo cual interrumpió su calidad de descanso. El débito promedio se encontró dentro de los parámetros esperables. Existe una clara identificación de alimentos favorables y desfavorables en el manejo del débito; sien-do el consumo excesivo de líquidos y azúcares los mayormente asociados por los pacientes a aumento del débito. Las restricciones alimentarias no fueron una limi-tante en la aceptación y palatabilidad del plan alimentario. Sería necesario realizar estudios de intervención que evalúen el real efecto de los alimentos habitualmente restringidos sobre el débito, para poder ampliar la selección de alimentos en esta población.

PÓSTER ORAL

Código: 0043

ALTERACIONES EN LA CALIDAD DE VIDA E IMPACTO EMOCIONAL EN SUJETOS CON ENFERMEADES INFLAMATORIAS INTESTINALES EN LA ARGENTINA: UN ESTUDIO DE CORTE TRANSVERSAL

Modalidad: Resúmenes Científicos – Póster Oral

Unidad Temática: GASTROENTEROLOGÍA – Colon y recto – Enfermedad Inflama-toria intestinal

ESCATI PEÑALOZA, Luciana(1) | LASA, Juan(2) | OLIVERA SENDRA, Pablo(2) | ZUBIAURRE, Ignacio(3)

FUNDACIÓN MAS VIDA DE CROHN Y COLITIS ULCEROSA (1); CEMIC (2); HOS-PITAL BRITÁNICO DE BUENOS AIRES (3)

Introducción: Las enfermedades inflamatorias intestinales (EII) tienen un impacto profundo en la calidad de vida de quienes las padecen. El modo de evaluar dicho

impacto en la calidad de vida es heterogéneo, debido a la amplitud conceptual que se engloba en el término calidad de vida. Dicho impacto no está del todo bien estudiado en nuestro medio.

Objetivos: Describir las alteraciones en la calidad de vida descriptas por sujetos con EII en la Argentina.

Material (pacientes) y métodos: Se llevó a cabo un estudio de corte transversal basado en una encuesta desarrollada y validada por la Asociación de Crohn y Colitis Ulcerosa de España. El mismo fue evaluado y aprobado por un comité de revisión institucional. Fueron invitados a participar sujetos con edad mayor de 18 años y diagnóstico establecido de colitis ulcerosa, enfermedad de Crohn o colitis indeterminada y que tuvieran posibilidad de acceder a la encuesta a través de correo electrónico o de redes sociales. La encuesta se basa en preguntas con opciones múltiples de tipo escala de Likert con los siguientes enunciados: "nunca", "casi nunca", "algunas veces", "casi siempre" y "siempre". Se consideró como una respuesta positiva la elección de las tres últimas opciones. La encuesta evalúa la percepción por parte del sujeto encuestado de limitaciones en los siguientes aspectos: emocionales, relaciones interpersonales, vida de pareja, actividad sexual, actividad laboral, percepción de discriminación, estrés, ansiedad, desánimo, insomnio e incertidumbre sobre la evolución de su enfermedad. Dicha encuesta fue distribuida a través de la Fundación Mas Vida de Crohn & Colitis Ulcerosa.

Resultados: Durante el mes de Febrero del 2020, fueron enviadas 1380 encuestas, de las cuales fueron respondidas de manera completa 394 (28.5%). De ellos, 286 tenían diagnóstico de colitis ulcerosa/colitis indeterminada y 108, de enfermedad de Crohn. El 74.37% eran mujeres, y 37.05% se encontraban en el rango etario de 31 a 40 años. El 77.66% se seguía de manera regular en alguna centro de salud privado. El 33.74% de los encuestados reportó un tiempo entre el inicio de los síntomas y el diagnóstico de más de un año. El 77.15% refirió haber visitado al menos a 2 especialistas antes de llegar al diagnóstico. Una elevada proporción de sujetos encuestados refirieron algún tipo de limitación respecto a los elementos evaluados en la encuesta: El 59.13% refirió limitaciones en las relaciones sociales, 44.92%, limitaciones en su vida sexual, el 66.75%, limitaciones en su actividad laboral. No encontramos diferencias entre sujetos con enfermedad de Crohn y sujetos con colitis ulcerosa/colitis indeterminada, salvo en la limitación autorreportada en conseguir/mantener pareja (28.70% versus 17.48%, respectivamente, $p=0.01$). El 21.32% de los pacientes refirieron falta de satisfacción con algún componente del equipo de salud que lo sigue.

Conclusiones: Encontramos que a nivel de todo el país, tanto en pacientes con colitis ulcerosa/colitis indeterminada como con enfermedad de Crohn, la proporción de limitaciones de la esfera emocional atribuibles a su condición crónica es elevada

PÓSTER ORAL

Código: 0066

"PREVALENCIA DE EVENTOS TROMBÓTICOS EN PACIENTES CON ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL (EII) CON SEGUIMIENTO EN UN CENTRO DE REFERENCIA DE LA CIUDAD DE BUENOS AIRES" ESTUDIO DE CORTE TRANSVERSAL

Modalidad: Resúmenes Científicos – Póster Oral

Unidad Temática: GASTROENTEROLOGÍA – Colon y recto – Enfermedad Inflamatoria intestinal

PEREZ, Tomas Manuel(1) | ETCHEVERS, Maria Josefina(2) | GONZALEZ SUEYRO, Ramiro Cruz(2) | SANCHEZ, Belén(2) | SOBRERO, Josefina(2) | VAZQUEZ, Fernando Javier(2) | DE PAULA, Juan(2) | MARCOLONGO, Mariano(2)

HOSPITAL ITALIANO DE BUENOS AIRES (1); HOSPITAL ITALIANO DE BUENOS AIRES (2)

Introducción: Las Enfermedades Inflamatorias Intestinales (EII) son desórdenes sistémicos que afectan predominantemente el tracto gastrointestinal pudiendo presentar múltiples manifestaciones extraintestinales. Dentro de ellas se destacan las trombosis con una importante repercusión a nivel de la morbimortalidad de esta población.

Objetivo/s: El objetivo principal de este estudio consiste en determinar la prevalencia de eventos trombóticos en la población de pacientes con EII seguidos en el Hospital Italiano de Buenos Aires (HIBA) y secundariamente evaluar las características clínicas asociadas.

Material (pacientes) y métodos: Se realizó un estudio descriptivo de corte transversal incluyendo los pacientes con diagnóstico de EII (Enfermedad de Crohn y Colitis Ulcerosa) con seguimiento en nuestro centro que desarrollaron eventos trombóticos en el periodo de tiempo comprendido entre Enero de 2002 a Diciembre de 2020.

Resultados: Se incluyeron 1753 pacientes con EII, 1352 con diagnóstico de Colitis Ulcerosa (CU) y 401 con Enfermedad de Crohn (EC). El número de pacientes que desarrolló el evento de estudio fue de 36 dando una prevalencia de trombosis en pacientes con EII seguidos en el HIBA de un 2%. (IC 95%:1-2.8%) No se detectaron diferencias significativas en cuanto al tipo de EII (1.9% en CU y 2.1 en EC). La gran mayoría de estos eventos trombóticos, ocurrieron fuera del hospital, 77.7% (28) de los eventos en el ámbito ambulatorio y el 22.2% (8) en pacientes internados. Cabe destacar que de los pacientes con trombosis ambulatoria, un porcentaje considerable (39.2%) tenía antecedente de internación reciente y de este grupo más de la mitad lo desarrolló dentro del primer mes del alta (54%). No se encontraron diferencias significativas en la frecuencia de trombosis en cuanto a actividad de la enfermedad, tiempo de evolución y tratamientos concomitantes.

Conclusiones: La prevalencia de eventos trombóticos en esta población de pacientes con EII seguida en nuestro hospital coincide con la publicada en otros estudios

similares, siendo cercana al 2%. Las guías actuales recomiendan la tromboprofilaxis en pacientes hospitalizados exclusivamente. En este estudio, la gran mayoría de los pacientes desarrollaron la trombosis en el ámbito ambulatorio, lo que nos lleva a planteamos la necesidad de instaurar medidas profilácticas en este grupo, especialmente en los que han requerido internación reciente.

PÓSTER ORAL

Código: 0085

TROMBOSIS DE LA ARTERIA MESENTÉRICA SUPERIOR COMO CONSECUENCIA DE INFECCIÓN POR COVID-19: A PROPÓSITO DE UN CASO

Modalidad: Videos Científicos – Oral

Unidad Temática: GASTROENTEROLOGÍA – Colon y recto – Miscelánea

VILLARPANDO PLAZA, Pablo | PUGA-TEJADA, Miguel | PADILLA MARTÍNEZ, Jesús | CERESO, María Jimena | SPIAZZI, Renata Alina | CONLON, María Carolina

HOSPITAL NACIONAL PROFESOR ALEJANDRO POSADAS

Introducción: La enfermedad por el nuevo coronavirus 2019 (coronavirus disease 2019; COVID-19) es causada por el virus SARS-CoV-2. En circunstancias graves comprende complicaciones multisistémicas, incluyendo manifestaciones tromboembólicas y compromiso del aparato digestivo. El mecanismo patogénico exacto que lleva a la complicación de la isquemia mesentérica en COVID-19 aún no es bien comprendido. Entre los propuestos se incluye la invasión directa del enterocito por el virus dada la expresión de la enzima convertidora de angiotensina 2, provocando una inflamación endotelial difusa, con aumento de factores procoagulantes y/o tormenta de citocinas. Esto genera la activación de la coagulación y fibrinólisis. Se describe un caso de trombosis aguda de la arteria mesentérica superior asociada a COVID-19.

Material (pacientes) y métodos: Paciente masculino de 59 años de edad, con antecedentes de hipertensión arterial y tabaquismo. A los doce días del inicio de síntomas respiratorios, durante internación por neumonía grave por COVID-19, presentó dolor en hemiabdomen inferior de intensidad 9/10, con reacción peritoneal asociado a vómitos púrpuros. El laboratorio evidenció elevación de leucocitos en 28300/uL, ácido láctico 7 mmol/L (rango normal 0.5-2.2/uL), ferritina mayor a 1500 ng/mL (rango normal 24-336 ng/mL) y dímero D 2000 ng/mL (rango normal <100 ng/mL). En la tomografía de abdomen y pelvis, se constató distensión de yeyuno proximal, niveles hidroaéreos, sin imágenes endoluminales ni áreas de compresión extrínseca. Se observó defecto de relleno en la arteria mesentérica superior, compatible con trombosis de la misma. Se realizó laparotomía exploradora, hallándose asas de intestino delgado y colon derecho con signos de isquemia. El paciente fallece en el intraoperatorio.

Conclusiones: La isquemia mesentérica aguda es un reto diagnóstico tanto clínico como de laboratorio. En pacientes con COVID-19 grave, es importante considerarla por los diversos estados de hipercoagulabilidad que pudieren estar presentes en esta infección. Se destaca el rol de la tromboprofilaxis para reducir la morbilidad y mortalidad en estos casos.

PÓSTER ORAL

Código: 0119

GASTROENTERITIS COVID-19 Y PILEFLEBITIS: UNA MANIFESTACIÓN INFRECUENTE DE ALTO RIESGO. A PROPÓSITO DE UN CASO

Modalidad: Videos Científicos - Oral

Unidad Temática: GASTROENTEROLOGÍA - Enfermedades infecciosas - SARS-Cov-2

CEPEDA PARGA, Jéssica Stefania | AZAR, Virginia | ROMANI, Ivana | CORFIELD, Patricio | GOTTA, Daniel | CARABALLO, Dardo

HOSPITAL BICENTENARIO GUALEGUAYCHÚ

Introducción: La tromboflebitis séptica de la vena porta y sus ramas, también llamada pileflebitis, es una complicación generalmente aguda de procesos inflamatorios intraabdominales (diverticulitis, apendicitis, pancreatitis aguda necrotizante, colecistitis). Su verdadera incidencia es difícil de estimar ya que su diagnóstico puede pasar inadvertido. Se estima una mortalidad cercana al 50-80% a pesar de los antibióticos y de las técnicas intervencionistas. Entre sus complicaciones se describen: infarto isquémico intestinal, formación de abscesos hepáticos, hipertensión portal de rápida evolución con hiperesplenismo e incluso hemorragia digestiva aguda por varices esofagogástricas.

Material (pacientes) y métodos: Paciente de 41 años de edad, con antecedente de HIV: carga viral indetectable y buen estatus inmunológico, cursó gastroenteritis viral SARS COV2 (PCR positiva) sin compromiso respiratorio. Por persistencia de síntomas: diarrea, vómitos y fiebre, luego de alta epidemiológica, se interna para estudio. Al examen físico presenta pérdida de peso, abdomen distendido, doloroso a la palpación profunda en hipocondrio y fosa iliaca derecha, sin defensa ni reacción peritoneal. Febre persistente. Se realiza laboratorio que evidencia leucocitosis (21900 N:82.8%), HB:11.2, VES:120, PCR:230, BT:0.90, FAL:442, GGT:361, GOT:39, GPT:35. Estudios de materia fecal, VDRL, serologías hepatitis virales negativas, he-

multifocales x 2 y PPD negativos. Ecografía abdominal con hepatoesplenomegalia y sospecha de abscesos hepáticos. Se solicita tomografía de tórax, abdomen y pelvis con contraste oral y endovenoso (Imagen 1) que evidencia hepatoesplenomegalia, abscesos hepáticos con trombosis de la rama derecha e izquierda de la vena porta y aislados divertículos en colon sigmoideos sin signos de complicación. Con diagnóstico de pyleflebitis y abscesos hepáticos inicia tratamiento endovenoso empírico con vancomicina y piperacilina-tazobactam y terapia anticoagulante con enoxaparina de bajo peso molecular. Se completa estudio de la vía biliar con RMN de abdomen con gadolinio y colangiografía sin nuevos hallazgos de relevancia. Se realiza VEDA que evidencia gastropatía de la hipertensión portal, vórices esofágicas pequeñas sin signos rojos y candidiasis esofágica. Evolucionó favorablemente con mejoría clínica y de laboratorio. Se rotó tratamiento antibiótico a vía oral con ciprofloxacina y metronidazol, e inicia fluconazol. Se realiza tomografía de control con resolución de abscesos hepáticos, vena porta parcialmente recanalizada y presencia de líquido libre perihepático y periesplénico.

Conclusiones: la pyleflebitis es una complicación poco frecuente asociada a infecciones intraabdominales. En nuestro caso el paciente presentó una gastroenteritis por SARS COV2, virus proinflamatorio y protrombótico, sin determinarse otra causa. Hasta la actualidad, no existen en nuestro país casos reportados. Resaltamos la importancia de una alta sospecha clínica y un diagnóstico por imagen precoz para un tratamiento oportuno.

PÓSTER ORAL

Código: 0084

CARACTERÍSTICAS ASOCIADAS A LA ASPIRACIÓN POST-ACCIDENTE CEREBROVASCULAR: RESULTADOS DE UN REGISTRO PROSPECTIVO EN 250 CASOS DURANTE TRES AÑOS

Modalidad: Resúmenes Científicos - Oral

Unidad Temática: GASTROENTEROLOGÍA – Esofago – Miscelánea

MENDOZA QUINICHE, George | PUGA-TEJADA, Miguel | CODD, Juan Cruz | RODRIGUEZ NUÑEZ, Guadalupe | SALLER, María Eugenia | VALENTINI, Javier

HOSPITAL NACIONAL PROFESOR ALEJANDRO POSADAS

Introducción: Un 23-50% de quienes sufren un accidente cerebrovascular (ACV) desarrollan alteración de la deglución (con o sin síntomas), y aumento de la morbimortalidad. La video radiografía de la deglución (VRD) es el gold standard en la evaluación de los trastornos deglutorios. Uno de ellos es la aspiración, que es el pasaje del material de contraste por debajo de las cuerdas vocales. Esta evaluación dinámica aporta las herramientas necesarias para determinar la vía más segura de alimentación en cada paciente. Dado el tiempo necesario de estabilización neurológica, se recomienda la realización de este estudio entre el séptimo y décimo día post-ACV.

Objetivo/s: Establecer parámetros clínicos que permitan reconocer precozmente la presencia de aspiración post-ACV evaluada mediante VRD.

Material (pacientes) y métodos: Estudio observacional, analítico, transversal. Contó con la autorización del comité de ética en investigación (referencia No. LUP050/19). A partir de un registro prospectivo de VRD, se obtuvo aquellos casos con ACV entre Ene/2016 a Dic/2018. Se calculó una muestra de 230 casos en base a la frecuencia de aspiración descrita por Yu KJ et al. El análisis estadístico se realizó en Rv.3.6.0.

Resultados: Se realizó VRD en 250 casos, edad 65.3±12.1 años, 46.8% mujeres. El 13.6% presentó ACV hemorrágico y el 86.4% isquémico. Se vio principalmente afectado el hemisferio derecho en el 64.4%, y el izquierdo en el 35.6%. En el 67.6% la afectación fue subcortical/infratentorial, y cortical en el 32.4%. El reflejo tusígeno estuvo ausente en el 94%, apertura cricofaríngea alterada en el 2.4% y movimientos linguales incoordinados en el 90%. En el 35.2% se observó gatillado en fauces, 65.6% en valécula y 23.6% en recesos piriformes. En 161 (64.4%) se demostró aspiración; 139/161 (86.3%) correspondió a aspiración silente. Se evidenció residuos en valécula en 121/250 (48.4%) y en senos piriformes en 61/250 (24.4%) casos. Tras el análisis multivariado, la aspiración sintomática y silente estuvieron significativamente asociadas con la afectación del hemisferio derecho (OR 109.14 y OR 23.34; p<0.001) y subcortical/infratentorial (OR 22.53 y OR 4.55; p<0.001); principalmente con consistencias líquidas (p<0.001). En la figura 1 se resume los hallazgos de la VRD según la presencia de aspiración y localización de la lesión.

Conclusiones: Se recomienda la realización de VRD para determinar la vía más segura de alimentación en pacientes post-ACV, principalmente de hemisferio derecho o subcortical/infratentorial, dada la elevada frecuencia de casos con aspiración (64.4%) de los cuales el 86.3% son silentes.

PÓSTER ORAL

Código: 0108

ESOFAGITIS EOSINOFÍLICA: UNA ENFERMEDAD EMERGENTE, NUESTRA EXPERIENCIA

Modalidad: Resúmenes Científicos - Póster Oral

Unidad Temática: GASTROENTEROLOGÍA – Esofago – Miscelánea

BRIONES, America Antonella | DULCICH, Florencia | BESTANI, Claudia | DOWECK,

Judith | BORI, Javier | RIZZOLO, Mariana | OSVALDO, Zerber | CORTI, Rodolfo

HOSPITAL DE GASTROENTEROLOGÍA DR. B. UDAONDO

Introducción: La esofagitis eosinofílica (EEO) es una enfermedad inflamatoria crónica del esófago que puede inducir cambios estructurales como resultado de la infiltración eosinofílica crónica y persistente. Los síntomas dominantes son la disfagia y la impactación alimentaria, aunque se han descrito otros síntomas asociados. Su diagnóstico se basa en la videoendoscopia digestiva alta y el hallazgo de 15 o más eosinófilos/campo de alta resolución (cpo) en las biopsias que deben tomarse del esófago superior, medio e inferior. Debido a la infrecuencia de esta entidad, existen pocos casos publicados en la literatura de nuestro país, la mayoría fueron documentados como casos clínicos o series de casos por lo que no conocemos la respuesta clínica, endoscópica ni histológica al tratamiento en nuestro medio, lo cual justificaría la importancia de nuestra presentación.

Objetivo/s: Hipótesis: El tratamiento médico genera mejoría sintomática, reducción del número de eosinófilos/cpo y mejoría en los hallazgos macroscópicos de la videoendoscopia. Objetivo: Evaluar la respuesta clínica, endoscópica e histológica posterior al tratamiento en una serie de casos con EEO.

Material (pacientes) y métodos: Estudio prospectivo, abierto, no randomizado de series de casos en el que se incluyeron 21 pacientes adultos, 15 varones y 6 mujeres con edades comprendidas entre 18 – 56 años con una media (36), en el período comprendido entre diciembre de 2010 y marzo 2021, con confirmación diagnóstica de EEO, en la Unidad de Esofago y Estomago del Hospital Udaondo. Se evaluó el grado de disfagia (por la clasificación de Richter 0-3), hallazgos endoscópicos (por clasificación E. DELLON ACG 2013) y cantidad de eosinófilos/cpo, pre y post tratamiento.

Resultados: A pesar de los datos publicados donde se evidencia una relación H-M 3:1, en nuestra evaluación se observaron 16 varones (36%) y 5 mujeres (24%). Se evidenció el antecedente atópico en 14/21 pacientes (67%), luego del tratamiento los síntomas mejoraron en el 100% vs 63% observado en la literatura y el infiltrado de eosinófilos disminuyó 14/21 (67%) en relación al 68% publicado. En 6/21 (28.5%) persiste la lesión endoscópica luego del tratamiento, lo que sugiere que la alteración anatómica secundaria al proceso inflamatorio no respondería en todos los casos a pesar del tratamiento adecuado, dicha observación podría ser la responsable de acarrear trastornos estructurales a largo plazo.

Conclusiones: Nuestros resultados coinciden con lo expresado en la literatura en cuanto a la respuesta terapéutica a corticoides tópicos e ibp sistémicos mejorando la sintomatología, imagen endoscópica e histológica.

PÓSTER ORAL

Código: 0198

EXISTE ASOCIACIÓN INVERSA ENTRE ESOFAGITIS EOSINOFÍLICA (EEO) E INFECCIÓN POR HELICOBACTER PYLORI EN LA POBLACIÓN MEXICANA. ESTUDIO DE CASOS Y CONTROLES

Modalidad: Resúmenes Científicos - Oral

Unidad Temática: GASTROENTEROLOGÍA – Esofago – Miscelánea

CESSA ZANATTA, José Carlos | GARCÍA COMPEAN, Diego | DEL CUETO AGUILERA, Angel Noe | BORJAS ALMAGUER, Omar David | JIMÉNEZ RODRÍGUEZ, Alan Rafael | GONZÁLEZ GONZÁLEZ, José Alberto | MALDONADO GARZA, Héctor Jesús

GASTROENTEROLOGÍA Y ENDOSCOPIA DIGESTIVA, HOSPITAL UNIVERSITARIO “DR. JOSÉ ELEUTERIO GONZÁLEZ”, UANL

Introducción: En años recientes se ha reportado que existe asociación inversa entre la prevalencia de la esofagitis eosinofílica (EEO) y la de la infección por Helicobacter pylori (Hp) lo que ha llevado a suponer que podría haber un efecto protector. Sin embargo, la mayoría de los estudios tienen algunas deficiencias metodológicas en el diseño, los métodos utilizados en diagnóstico de Hp, la definición de EEO y los datos sobre erradicación previa de la infección. Además, todos estos estudios se han realizado en los Estados Unidos o en Europa en donde las prevalencias de EEO y Hp son muy diferentes a las de nuestro país. Por otro lado, en México y Latinoamérica la EEO es una enfermedad poco común mientras que la infección por Hp en la población general es alta. Se desconoce si en nuestra población existe una relación inversa entre ambas condiciones lo cual podría interpretarse como una posible protección a la EEO conferida por la infección por Hp.

Objetivo/s: Determinar si existe asociación entre la EEO y la infección por Hp en pacientes adultos mexicanos.

Material (pacientes) y métodos: En un estudio ambispectivo de casos y controles se incluyeron pacientes con el diagnóstico de EEO referidos a nuestro servicio en los últimos 13 años. La EEO fue definida mediante infiltrado de > 15 eosinófilos/CAP en la mucosa de esófago y la ausencia de otras causas de eosinofilia. Por cada caso se seleccionaron 3 pacientes controles sin EEO ni historia previa de Hp, los cuales fueron incluidos en forma prospectiva. A todos se les realizó endoscopia superior con biopsias esofágicas en dos niveles y en estómago con protocolo de Sydney para investigación de Hp. Se excluyeron pacientes con infección previa con Hp demostrada, causas extra esofágicas de eosinofilia, neoplasias de esófago y estómago y cirugías gástricas. El diagnóstico de infección por Hp en ambos grupos se estableció mediante la demostración de bacterias en la mucosa gástrica con la tinción H y E. Se registraron los datos demográficos, clínicos, endoscópicos e histológicos de los pa-

cientes. La atopía fue determinada mediante evaluación alergológica solicitada para el protocolo o bien por referencia de los pacientes. Las comparaciones intergrupales se analizaron mediante pruebas paramétricas y no paramétricas. Se calcularon los riesgos relativos de las variables de atopía con infección por Hp. Un valor de $p < 0.05$ bimarginal se consideró como estadísticamente significativo.

Resultados: Se incluyeron 152 pacientes, 38 con EEO y 114 sin EEO. No hubo diferencias en edad y genero entre ambos grupos. Sin embargo, los pacientes con EEO tuvieron mayor tiempo de evolución, mayor frecuencia de atopías (rinitis y alergia alimentaria); de disfagia e impactación alimentaria y de alteraciones endoscópicas típicas de EEO (exudados, surcos longitudinales, anillos y estenosis) (Tabla 1). La prevalencia de Hp en los pacientes con EEO fue significativamente menor que en los controles (36.8% vs 71.1%, $p < 0.001$) respectivamente (Figura 1). Así mismo la infección con Hp fue un factor de riesgo significativamente alto para la baja frecuencia de atopía, particularmente con rinitis alérgica y alergia alimentaria (OR 7.70, IC 95% 1.66-31.7, $p < 0.001$) no así para asma y dermatitis atópica.

Conclusiones: En este primer estudio realizado en Latinoamérica se demostró que la infección por Hp tiene una asociación inversa con la EEO en adultos. Además, se encontró también relación inversa de la Hp con rinitis alérgica y alergia alimentaria. Se desconoce si esta relación tenga un efecto causal o se trata de un epifenómeno.

PÓSTER ORAL

Código: 0218

EFICACIA Y SEGURIDAD DE LA MIOTOMÍA ENDOSCÓPICA PERORAL EN EL TRATAMIENTO DE LOS TRASTORNOS MOTORES ESOFÁGICOS: EXPERIENCIA EN EL NORDESTE ARGENTINO

Modalidad: Resúmenes Científicos - Póster Oral

Unidad Temática: GASTROENTEROLOGÍA - Esófago - Trastornos motores

PORFILIO GULARTE, Giovanna(1) | LLERA SOSA, María Milena(1) | VILLARQUIDE, María Lucrecia(2) | BARREYRO, Fernando Javier(3) | VARGAS, Edit(1) | DE OLIVERA, Sebastian(1) | RIVEROS, Ignacio(1) | LOPEZ, Gisele Salome(1) | REINECK, Rosana Paola(1) | SCIANGULA, Mariana(1)

HOSPITAL ESCUELA DE AGUDOS DR. RAMÓN MADARIAGA (1); FUNDACIÓN BARCELÓ-INSTITUTO UNIVERSITARIO DE CIENCIAS DE LA SALUD (2); UNIVERSIDAD NACIONAL DE MISIONES-CONICET-FACULTAD DE CIENCIAS EXACTAS, QUÍMICAS Y NATURALES- (3)

Introducción: La Miotomía Endoscópica Peroral (POEM) es un procedimiento endoscópico recientemente introducido en nuestro medio como alternativa terapéutica a los procedimientos quirúrgicos en los trastornos motores esofágicos (TME).

Objetivos: Determinar la efectividad y seguridad de la técnica POEM para los TME en el nordeste argentino.

Material (pacientes) y métodos: Se realizó un estudio prospectivo que incluyó 50 pacientes con diagnóstico de TME desde 2017-2020 que ingresaron en forma consecutiva a nuestro programa de POEM. Se tomaron datos basales a los 3, 6, 9 y 12 meses post-POEM que incluyeron datos clínicos, score de Eckardt, laboratorio, videogastroscoopia, tránsito esofágico baritado y manometría esofágica, aquí se describen los datos de control de los 3 meses. Todos los POEM fueron realizados por abordaje posterior. Se definió como éxito técnico a la miotomía completa hasta 2-3 cm gástricos, éxito clínico al score de Eckardt ≤ 3 a los 3 meses. Se determinaron datos manométricos del esfínter esofágico inferior (EEI) en forma cuantitativa y se determinó como disminución significativa a la de la presión del EEI < 14 mmHg. Los datos se presentan como media y desvío estándar o mediana y rango según distribución. Para evaluar diferencias de los datos cuantitativos en Score de Eckardt y la presión del EEI pre y post POEM se utilizó el test de T o de Wilcoxon pareados según distribución, considerando significativas las diferencias con un $p < 0.05$.

Resultados: De los 50 pacientes, la edad media fue de $48,8 \pm 15,8$ años, el 52% de sexo femenino (n:26), índice de masa corporal medio de $20,7 \pm 5,4$ Kg/m². En relación a la indicación del POEM, 20% (10) presentaban acalasia tipo I, 44% (22) tipo II, 30% (15) tipo III y 6% (3) con Nutcracker. La etiología de la acalasia 18% (9) presentaban serología para Chagas positiva. El 24% (12/50) no presentaban terapias previas, el 76% (38/50) contaban con terapias previas, en relación al tipo de acalasia fueron tratados con dilatación neumática n:7 (tipo I), n:8 (tipo II) y n: 5 (tipo III), n: 2 (Nutcracker), en relación al tratamiento con Heller n: 4 (tipo II), n: 1 (Nutcracker) y dilatación asociada a Heller n: 1 (tipo I), n: 4 (tipo II), n: 6 (tipo III). La tasa de efectividad técnica fue del 100%. El Score de Eckardt pre-POEM fue $7,9 \pm 1,77$ y post-POEM $0,25 \pm 0,5$ ($p < 0,0001$). En cuanto a la efectividad manométrica, se observaron diferencias significativas con una mediana basal de EEI 33,1 mmHg (17,30-47,30) y post-POEM de EEI 12,30 mmHg (10,30-29,80) ($p < 0,0001$). En realización a la seguridad, se observaron los siguientes efectos adversos en 37 pacientes (74%) e incluyeron (sangrado n:23, neumoperitoneo n:10; neumoperitoneo y sangrado n:3, perforación de la mucosa n:1). Todos fueron resueltos con tratamiento médico, endoscópico sin requerimientos de intervención quirúrgica.

Conclusiones: En nuestra serie de casos, el POEM es una herramienta eficaz en el tratamiento para TME con posibilidad de abordaje en todas las caras, miotomía extensa y selectiva, sin interrupción del hiato diafragmático, corta estancia hospitalaria, menor dolor post procedimiento y menor costo en el sistema de salud. Los eventos adversos son intraprocedimientos y autolimitados los cuales, pueden tratarse de forma conservadora sin dejar secuela.

PÓSTER ORAL

Código: 0112

IMPACTO DE LA PANDEMIA EN EL DIAGNÓSTICO PEDIÁTRICO DE ENFERMEDAD CELÍACA EN UN HOSPITAL UNIVERSITARIO: EXPERIENCIA EN UN CENTRO DE REFERENCIA

Modalidad: Resúmenes Científicos - Póster Oral

Unidad Temática: GASTROENTEROLOGÍA - Intestino delgado-Enfermedad celíaca

MICHELETTI, Eugenia | URSINO, Florencia | BUSONI, Verónica | ORSI, Marina

HOSPITAL ITALIANO DE BUENOS AIRES

Introducción: El proceso diagnóstico de la enfermedad celíaca en edad pediátrica permite obviar la biopsia duodenal en casos específicos en función de las guías del 2012 de la ESPGHAN cuyos criterios fueron ampliados en la versión 2020. Aunque este abordaje no ha sido implementado oficialmente en nuestro país, en distintos ámbitos ha sido utilizado. La pandemia por SARS COV 2 declarada por la OMS en Marzo 2020, que estableció una cuarentena estricta en el territorio nacional, favoreció un descenso global del número de endoscopias respecto a años anteriores.

Objetivos: Analizar las características clínicas de los pacientes pediátricos evaluados endoscópicamente por sospecha de enfermedad celíaca en el año previo y durante la pandemia y comparar el número de videoendoscopias (VEDA) realizadas por EC respecto al total de procedimientos durante ambos períodos.

Material (pacientes) y métodos: Estudio observacional y analítico en una cohorte retrospectiva de menores de 19 años a los que se les realizó una VEDA por sospecha de celiaquía en los siguientes periodos de tiempo: Grupo I (GI) prepandemia de Marzo 2019 a Febrero 2020 y Grupo II (GII) durante la pandemia de Marzo 2020 a Febrero 2021. Los criterios de inclusión fueron pacientes sometidos a VEDA por sospecha de EC con anticuerpos antitransglutaminasa positivos junto con muestras duodenales adecuadas para establecer la clasificación de Marsh. El diagnóstico de EC se confirmó sobre la base de los anticuerpos antitransglutaminasa positivos y la histología Marsh II o III.

Resultados: Se evaluaron 45 pacientes, 30 de GI (67%) y 15 de GII (33%). En GI, se realizaron un total de 397 VEDA, 30/397 (7,5%) por sospecha de EC, la edad media de presentación fue de 10 años, 22/30 mujeres (73%). Mientras que en GII se realizaron 215 VEDA, 15/215 (6,9%) por sospecha de EC, la edad media fue de 7 años, 9/15 eran mujeres (60%). Las formas de presentación clínica observadas varían en ambos períodos como se muestra en la Tabla 1. Respecto a la antitransglutaminasa, el 86% (n26) tenían anticuerpos positivos en GI y el 93% (n14) en GII, con valores medios de 981,18 (1,9 – 4965,5) y 1857,17 (146,4 – 4965,5) respectivamente. En cuanto a las biopsias, en ambos períodos el 80% tuvieron una biopsia compatible, mientras que 4 (13%) tuvieron una biopsia normal en GI y sólo 1 (6%) en GII, Marsh 1 en GI 0 vs GII 1, Marsh 2 GI 2 vs GII 0, Marsh 3ª GI 1 vs GII 0, Marsh 3B GI 15 vs GII 7, Marsh 3C GI 6 vs GII 5.

Conclusiones: En el estudio de esta cohorte no se registraron mayores diferencias en el número de diagnósticos de celiaquía basados en la confirmación por biopsia duodenal respecto al total de endoscopias realizadas. Durante la pandemia de COVID se observó aumento de las presentaciones atípicas, niños de menor edad, valores más altos de anticuerpos y una reducción a la mitad del número total de casos por año. Considerar el "enfoque sin biopsia" promovido por la ESPGHAN pueda ayudar a evitar demoras diagnósticas vinculadas al temor de asistir a una institución hospitalaria para realizarse una endoscopia aunque el mismo deberá ajustarse a consideraciones locales previo a su implementación.

PÓSTER ORAL

Código: 0197

ENDOSCOPIA DIGESTIVA ALTA PREOPERATORIA EN PACIENTES OBESOS ASINTOMÁTICOS PRE-CIRUGÍA BARIÁTRICA: ES MANDATORIA?

Modalidad: Resúmenes Científicos - Oral

Unidad Temática: GASTROENTEROLOGÍA - Nutrición - Nutrición y cirugía digesto-absortiva

LAUDANNO, Oscar Miguel Oreste(1) | AHUMARÁN, Gabriel(2) | GOLLO, Pablo(2) | THOME, Marcelo(3) | GONZALEZ, Patricia(4)

INSTITUTO DE INVESTIGACIONES MÉDICAS ALFREDO LANARI (1); HOSPITAL BOCALANDRO (2); HOSPITAL EVA PERON (CASTEX) (3); SANATORIO LA TRINIDAD SAN ISIDRO (4)

Introducción: La Cirugía Bariátrica es una de las mejores estrategias a largo plazo para bajar de peso en el paciente obeso mórbido. La obesidad es un factor de riesgo de muchas enfermedades digestivas las cuales pueden impactar en la cirugía bariátrica. La indicación rutinaria de Endoscopia digestiva alta (VEDA) pre cirugía bariátrica es controvertida, en particular en el paciente asintomático. Distintas guías (ASGE, ASMB) recomiendan una indicación selectiva, priorizando los pacientes sintomáticos ya que muchos de los hallazgos no cambian la estrategia de la cirugía así como los costos e invasividad asociados al procedimiento. Si bien las guías Argentinas recomiendan su realización de rutina su indicación sigue siendo controversial en parte debido a disponer de pocos estudios observacionales. Sin embargo, distintos autores han documentado una baja correlación entre los síntomas y los ha-

hallazgos endoscópicos y que hallazgos vinculados al reflujo gastroesofágico cambiarían la estrategia de la cirugía (manga gástrica vs bypass). Hay un cierto consenso en la búsqueda de rutina de *H. pylori* previo a la cirugía bariátrica pero disponemos de escasos datos sobre su prevalencia en esta población en nuestro medio.

Objetivo/s: comparar la prevalencia de alteraciones endoscópicas relevantes y de *H. pylori* entre pacientes obesos pre-cirugía bariátrica, asintomáticos y sintomáticos.

Material (pacientes) y métodos: estudio multicéntrico, retrospectivo, donde los datos fueron recolectados de una base de datos prospectiva de 212 pacientes obesos pre-cirugía bariátrica. Los pacientes fueron divididos en 2 grupos de acuerdo a la presencia de síntomas digestivos altos. Grupo 1: con síntomas digestivos altos. Grupo 2: asintomáticos. Los hallazgos endoscópicos fueron clasificados de acuerdo a su relevancia clínica: no relevantes (no cambiaron la estrategia de cirugía) o relevantes (cambiaron la estrategia de la cirugía o la pospusieron). Además se tomaron biopsias gástricas de rutina para la búsqueda de *H. pylori*.

Resultados: Grupo 1 (72 pacientes sintomáticos) 20% de los pacientes tenían una VEDA normal, 37% de los pacientes presentaron hallazgos endoscópicos relevantes (principalmente hernia hiatal, esofagitis por reflujo) que modificaron la cirugía y un 10% de los pacientes presentaron otros hallazgos relevantes (adenoma gástrico, úlcera, Barrett, enfermedad celíaca). El *H. pylori* fue positivo en el 62% de los pacientes con un 10% de metaplasia intestinal. Grupo 2 (140 pacientes asintomáticos) 25% de los pacientes tenían una VEDA normal, 32% de los pacientes presentaron hallazgos endoscópicos relevantes (hernia hiatal, esofagitis por reflujo) con un 12% de los pacientes con otros hallazgos relevantes (Barrett, úlcera, enfermedad celíaca). *H. pylori* positivo en el 68% de los pacientes con 12% de metaplasia intestinal. No hubo diferencias significativas entre ambos grupos ($P < 0.05$).

Conclusiones: nuestros resultados sugieren que en nuestro medio la VEDA pre-cirugía bariátrica en pacientes obesos asintomáticos y sintomáticos muestra hallazgos endoscópicos relevantes con una frecuencia similar en ambos grupos con una alta prevalencia de *H. pylori*. Nuestros datos apoyan la VEDA pre-cirugía bariátrica de rutina.

PÓSTER DISTINGUIDO

Código: 0195

DISECCIÓN SUBMUCOSA ENDOSCÓPICA COMO OPCIÓN TERAPÉUTICA DE LESIÓN RECTAL EN PACIENTE CON COLITIS ULCEROSA

Modalidad: Casos Clínicos - Póster Oral

Unidad Temática: GASTROENTEROLOGÍA - Colon y recto - Enfermedad Inflamatoria intestinal

CAPALDI, Ianina | GIRAUDO, Florencia | GARBI, María Laura | YANTORNO, Martin | CHUMACERO, Cecilia | CURA, Pablo | ARRAMÓN, Marianela | CAPURRO, Nicolás | MOAVRO, Damián Ezequiel | BALDONI, Fernando | TUFARE, Francisco | CORREA, Gustavo Javier

HIGA SAN MARTÍN

Introducción: La colitis ulcerosa (CU) es considerada una condición de alto riesgo para el desarrollo de cáncer colorrectal (CCR). La colonoscopia de vigilancia debe ser realizada luego de lograr la curación mucosa, por endoscopistas con experiencia en enfermedad inflamatoria intestinal (EII), utilizando técnicas de cromosondoscopia vital y con biopsias dirigidas a las lesiones detectadas. Las lesiones visibles pasibles de tratamiento endoscópico se pueden resear mediante la resección mucosa endoscópica (RME) y/o disección submucosa endoscópica (DSE). La DSE, si bien presenta mayor número de complicaciones que la RME, es una opción de tratamiento eficaz que permite la resección en bloque de lesiones de gran tamaño o con riesgo de invasión submucosa superficial, incluso en aquellas con alta probabilidad de fibrosis submucosa.

Objetivo/s: Presentación de caso clínico de lesión rectal en paciente con diagnóstico de colitis ulcerosa, tratada con técnica de DSE convencional.

Material (pacientes) y métodos: Paciente de 80 años con diagnóstico de CU extensa de 35 años de evolución. En colonoscopia de vigilancia, en topografía de recto medio sobre cara lateral izquierda, se evidencia lesión de crecimiento lateral no granular pseudopremido (tipo 0-IIa+IIc, según la clasificación de París), de 20 mm de diámetro. Se realiza semiología endoscópica con cromosondoscopia vital con índigo carmín, evidenciando patrón glandular III según la clasificación de Kudo y cromosondoscopia digital con NBI que evidencia patrón vascular tipo II según la clasificación de Sano. Dadas las características morfológicas y el riesgo de invasión submucosa superficial, se decide resección mediante técnica de DSE. Se ingresa con gastroscopio, con capuchón de mucosectomía, se posiciona la lesión en hora 6. Se realiza marcación de los márgenes de resección con knife (Flush Knife, Fujinon®), con corriente de coagulación suave, a 3 mm de distancia de lesión. Se realiza elevación de la misma, a través de la inyección submucosa con solución salina e índigo carmín evidenciándose signo del lifting positivo. Se realizó técnica de disección submucosa clásica, con incisión circunferencial y posterior disección del plano submucoso. Se realizó coagulación de los vasos de mayor calibre con pinza hemostática (Coagrasper, Olympus®) y los más pequeños con la punta del knife. Se utilizó una fuente electroquirúrgica controlada con microprocesador (ERBE VIO300®), insuflación con CO₂. Se logra la resección en bloque aproximadamente en 150 minutos. El procedimiento no presentó complicaciones inmediatas ni tardías. La anatomía patológica informó adenoma con displasia epitelial de alto grado con márgenes de resección laterales y en profundidad libres de lesión (R0).

Resultados: El procedimiento no presentó complicaciones inmediatas ni tardías.

La anatomía patológica informó adenoma con displasia epitelial de alto grado con márgenes de resección laterales y en profundidad libres de lesión (R0).

Conclusiones: El avance en los programas de vigilancia de displasia en la EII ha demostrado disminuir la incidencia de CCR y la necesidad de colectomía. La DSE es una técnica endoscópica avanzada, que permite la resección completa y en bloque de lesiones con riesgo de invasión submucosa superficial, incluso en aquellas con alta probabilidad de fibrosis submucosa. Presentamos un caso, con un CCR temprano en contexto de CU, donde pudo resolverse con éxito técnico mediante DSE. El entrenamiento continuo y su expansión de la técnica a otros segmentos colónicos permitirá tratar mayor cantidad de pacientes y evitar un número mayor de colectomías.

PÓSTER DISTINGUIDO

Código: 0205

LA PESADA CARGA DE LA ENFERMEDAD DE CROHN (EC) EN UN CENTRO DE REFERENCIA LATINOAMERICANO DE ENFERMEDADES INFLAMATORIAS INTESTINALES

Modalidad: Resúmenes Científicos - Oral

Unidad Temática: GASTROENTEROLOGÍA - Colon y recto - Enfermedad Inflamatoria intestinal

SAMBUELLI, Alicia(1) | NEGREIRA, Silvia(1) | GIL, Anibal(1) | HUERNOS, Sergio(1) | TIRADO, Pablo(1) | GONCALVES, Silvana(1) | LAKATOS, Peter(2)

SECCIÓN ENFERMEDADES INFLAMATORIAS INTESTINALES - HOSPITAL BONORINO UDAONDO (1); MCGILL UNIV HEALTH CENT, IBD C.MONTREAL G. HOSP, CANADÁ / SEMMELWEIS UNIV, 1ST DPT. MED BUDAPEST, HUNGARY (2)

Introducción: La EC es multifactorial, heterogénea e invalidante, con altas tasas quirúrgicas y complicaciones. El mejor conocimiento de las características clínicas regionales favorece la concientización, el pronóstico y los recursos sanitarios.

Objetivo/s: describir mediante un estudio retrospectivo en un centro de referencia (CR) de EII de Am. Latina, las características clínicas de la casuística de EC y el riesgo de cirugía.

Material (pacientes) y métodos: Se revisaron los datos clínicos de los pacientes asistidos desde 1990 hasta junio 2020 (evolución de la EC ≥ 1 año) registrados en una base de datos, y reclasificados por Montreal en Edad al diagnóstico (A) A1: $<=16$ años, A2: 17-40, A3: >40 , Comportamiento (B) B1 no estenosante, no penetrante, estenosante (B2), penetrante (B3), modificador perianal (p), Localización (L) L1: ileal, L2: colónica, L3: ileocolónica, L4: GI superior: aislado o combinado. Se estimaron las tasas de incidencia de progresión y cirugía mayor abdominal y/o resección intestinal (Kaplan Meier).

Resultados: Pacientes con EC disponibles para análisis=598 (M 313, F 285), T. de evolución (mediana) 13.9 años (IQR 7.1-21.2). Montreal A1: n 93 (15,6%), A2: n 335 (56,0%), A3: n 170 (28,4%). Las tasas de patrones de comportamiento dentro de 90 días posteriores al diagnóstico fueron= B1: n 523 (87,5%), B2: n 52 (8,7%), B3: n 23 (3,8%). Localización L1: n 52 (8,7%), L2: n 368 (61,5%) L3: n 176 (29,4%), L4: n 2 (0,33%) y L4 combinado con L1, L2, L3: n 47 (7,9%). Se observó comportamiento inicial complicado (o progresión a complicaciones) en 252/598 (42,1%). Las tasas de incidencia acumulada de desarrollar complicación estenosante o penetrante a 1, 3, 5, 10 años fueron: 20,9% (IC 95% 17,9-24,4), 31,4% (IC 95% 27,7-35,4), 37,0% (IC 95% 33,0-41,3), 48,4% (95% CI 43,5-53,4) respectivamente; por cada complicación fueron para B2: 15,22%, 22,9%, 27,0%, 34,1% y para B3: 6,7%, 11,1%, 14,6%, 21,9%, respectivamente. Presentación de ambas en el mismo paciente: n 54 (9%). B3 fue más prevalente en L3 (40,8%), B2 en L1 (56,3%), $p = 0,0001$ para ambos vs L2 (16,7%, 22,2% respectivamente). La enfermedad perianal (p) fue más frecuente en L2 (53,2% $p < 0,024$) frente al resto de localizaciones (L1: 39,6%, L3: 40,8%, la mitad de los L4). La progresión de la localización de la EC fue menos frecuente (5%). Considerables proporciones de pacientes necesitaron esteroides I.V. tempranos, inmunosupresores (58%), biológicos (al menos uno: 44%) y optimización. Se realizó cirugía mayor en 304/598 pacientes (50,8%), ≥ 1 en 20%; El 9,8% necesitó un ostoma permanente. Las tasas de incidencia acumulada de cirugía mayor a los 90 días, 1, 3, 5, 10 años fueron 5,7%, 11,7%, 23,4%, 29,1%, 42,0%. Los patrones B2, B3, L1, L3, L4, A2, también (inusual) A3 contribuyeron sustancialmente.

Conclusiones: Encontramos una alta carga por la EC en esta cohorte de EII latinoamericana con gran proporción de pacientes que presentan / desarrollan comportamiento complicado con alta necesidad de terapia inmunosupresora / biológica y de cirugía mayor.

PÓSTER DISTINGUIDO

Código: 0110

INFECCIÓN CUTÁNEA POR MICOBACTERIA ATÍPICA EN PACIENTE CON COLITIS ULCEROSA EN TRATAMIENTO CON ANTI-TNF, A PROPÓSITO DE UN CASO

Modalidad: Casos Clínicos - Póster Oral

Unidad Temática: GASTROENTEROLOGÍA - Colon y recto - Enfermedad Inflamatoria intestinal

MULINARIS, Ana Belen(1) | ETCHEVERS, María Josefina(2) | DE PAULA, Juan(2) | SOBRERO, Josefina(2) | GONZALEZ SUEYRO, Ramiro Cruz(2) | SÁNCHEZ, Belén(2) | MARCOLONGO, Mariano(2)

HOSPITAL ITALANO DE BUENOS AIRES (1); HOSPITAL ITALIANO DE BUENOS AIRES (2)

Introducción: El advenimiento de las nuevas terapias para el manejo de las Enfermedades Inflamatorias Intestinales (EII) ha implicado una mejora en la calidad de vida de nuestros pacientes con impacto en el pronóstico en cuanto a la disminución en el uso de esteroides, hospitalizaciones y cirugías. En paralelo a los beneficios de estos tratamientos modernos aparecen riesgos asociados a la medicación dentro de los cuales se destacan las infecciones oportunistas, sobre todo con los biológicos monoclonales inhibidores del Factor de Necrosis Tumoral (anti-TNF).

Objetivos: Reportar la presentación atípica en piel por micobacteria atípica en un paciente con colitis ulcerosa en tratamiento con Adalimumab.

Material (pacientes) y métodos: Presentamos el caso de una paciente de 84 años de edad, ex tabaquista severa, hipertensa, diabética tipo 2, dislipémica, en seguimiento por colitis ulcerosa extensa de 13 años de evolución manejada inicialmente con Azulfidina. En 2017 por corticodependencia con enfermedad activa persistente se inicia tratamiento con Adalimumab, el cual requirió optimización a 80 mg cada 14 días por respuesta parcial. En diciembre de 2019 presenta brote de actividad con videocolonoscopia que evidenciaba actividad severa (Score de Mayo 3) y se plantea rotar esquema a Infliximab. Unos días antes de la infusión intercorre con una úlcera redondeada de 5 x 5 cm de bordes violáceos de 0.5 cm de profundidad con fondo fibrinoso, localizada en cara interna del muslo izquierdo, inferior al pliegue inguinal.

Resultados: Se realiza cultivo y biopsia de piel que evidencia Micobacterias atípicas por amplificación por PCR Real Time (detecta la presencia de *M. flavescens*, *M. xenopi*, *M. terrae*, *M. phlei*, *M. scrofulaceum*, *M. chelonae*, *M. intracell*, *M. smegmatis*, *M. malmoense*, *M. fortuitum*, *M. avium*, *M. kansasii*, *M. gordona*, pero no las puede diferenciar). En seguimiento conjunto con Infectología, realiza tratamiento por 3 meses con Claritromicina, Etambutol y Levofloxacina con evolución favorable y cicatrización completa de la úlcera. Respecto a su EII, debido a la edad avanzada asociado a varias comorbilidades y el antecedente de infección por micobacteria, se decide no utilizar nuevo anti TNF e iniciar Vedolizumab. Actualmente en tratamiento de mantenimiento cada 8 semanas con remisión clínica, bioquímica y endoscópica.

Conclusiones: Con el uso de los tratamientos biológicos observamos con mayor frecuencia la aparición de infecciones oportunistas infrecuentes que conllevan un desafío diagnóstico y terapéutico. A la fecha las infecciones por micobacterias en piel han sido reportadas en su mayoría en pacientes con artritis reumatoidea y tratamiento anti TNF. El objetivo de la presentación de este caso es aumentar la sospecha diagnóstica y realizar una derivación oportuna para su correcto diagnóstico y tratamiento.

PÓSTER DISTINGUIDO

Código: 0201

SALPINGOOFORITIS GRANULOMATOSA SECUNDARIA A ENFERMEDAD DE CROHN

Modalidad: Casos Clínicos - Póster Oral

Unidad Temática: GASTROENTEROLOGÍA - Colon y recto - Enfermedad Inflamatoria Intestinal

CAPALDI, Ianina | GIRAUDO, Florencia | GARBI, María Laura | YANTORNO, Martín | MARIN, Pablo Nicolás | CAPURRO, Nicolás | MOAVRO, Damián Ezequiel | GARCÍA VAZ, María Fernanda | TUFARE, Francisco | CORREA, Gustavo Javier

HIGA SAN MARTÍN

Introducción: La enfermedad de Crohn (EC) se caracteriza por inflamación transmural y el consecuente desarrollo de estenosis, fistulas y abscesos, que en ocasiones puede simular patologías pélvicas. El compromiso genitourinario en la EC es considerado una manifestación extraintestinal poco frecuente y puede desarrollarse previo o posteriormente a la actividad intestinal. El diagnóstico de esta entidad suele ser dificultoso y resulta fundamental el análisis anatomopatológico, el cual se caracteriza por la presencia de inflamación de tipo granulomatosa no caseificante, sin embargo, existen reportes de casos, donde se presentan de forma conjunta con reacción inflamatoria de tipo supurativa.

Objetivos: Presentación de caso clínico de salpingooforitis derecha en contexto de enfermedad de Crohn ileocolónica.

Material (pacientes) y métodos: Paciente femenina de 31 años en estudio por diarrea crónica, de más de 4 años de evolución. Presenta como antecedentes personales, apendicetomía realizada 4 años previos, con complicaciones postoperatorias que requirieron salpingooforectomía derecha en el contexto de anexitis, y posteriormente hemicolectomía derecha con íleo-transverso anastomosis. Al momento de la consulta presentaba un absceso perianal, que había sido tratado previamente con antibióticos y drenaje quirúrgico. Dados los antecedentes, las manifestaciones clínicas y la afectación perianal se sospecha de enfermedad inflamatoria intestinal, por lo que se realiza ileocolonoscopia sin evidencia de lesiones macroscópicas, resonancia magnética de pelvis donde se objetivan fistula perianal compleja transesfinteriana, que compromete el tabique recto-vaginal y se extiende hasta la fosas

isquioanales, asociándose a colecciones una de ellas de 35x17 mm y la otra de 55x26 mm, esta última con trayecto a la piel, además se evidencia engrosamiento de la pared del recto y sigma con un espesor de 13 mm. Se completa estudio con enterotomografía, sin hallazgos patológicos. Se reciben resultados de biopsias escalonadas de íleo y colon que informan presencia de inflamación crónica activa con distorsión arquitectural y aislados microabscesos cripticos. Posteriormente, se decide la reevaluación anatomopatológica de las piezas quirúrgicas, reinterpretándose las muestras como salpingooforitis aguda abscedada con micro foco de inflamación granulomatosa e inflamación ileocolónica inusual, con presencia de fistula. Consecuentemente, se reinterpreta el cuadro como EC con compromiso ileocolónico, enfermedad perianal compleja y salpingooforitis como manifestación extraintestinal.

Resultados: Una vez resuelta la sepsis perianal, inicia terapia biológica infliximab combinada a azatioprina. Presenta evolución favorable, con remisión clínica y buena evolución, en remisión clínica.

Conclusiones: La salpingooforitis es una manifestación extraintestinal infrecuente de la EC, de la cual existen reportes de casos de forma excepcional. Presentamos un caso, de una paciente con EC ileocolónica y salpingooforitis granulomatosa como manifestación extraintestinal. Subrayamos la importancia de la sospecha clínica para evitar el retraso diagnóstico y del manejo multidisciplinario para su correcto abordaje.

PÓSTER DISTINGUIDO

Código: 0164

AMILOIDOSIS INTESTINAL SIMULANDO ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL

Modalidad: Casos Clínicos - Póster Oral

Unidad Temática: GASTROENTEROLOGÍA - Colon y recto - Miscelánea

ARCE, Enrique Miguel Angel | PEREZ, Patricia | HERRERA, Laura | SAYANES, Victoria | PERALTA, Eduardo | CAPRIOTTI, Andres | MORAN, Gabriela | CALVO, Sebastian

HOSPITAL INTERZONAL DR OSCAR ALENDE

Introducción: La amiloidosis puede ser adquirida o hereditaria, sistémica o localizada en un órgano. La amiloidosis primaria por depósitos de Inmunoglobulinas de cadena liviana es la forma más común y se asocia al mieloma múltiple. La amiloidosis del tracto gastrointestinal es rara y puede afectar desde la boca al ano con síntomas inespecíficos. Las características clínicas y endoscópicas son diversas y pueden mimetizar otras enfermedades digestivas. El diagnóstico se basa en la histología del órgano afectado con tinción de Rojo Congo. Existen pocos casos reportados en la literatura con sobrevida en general corta y asociada a la causa subyacente. Las alternativas terapéuticas están dirigidas a disminuir la producción de amiloide e incluyen desde quimioterapia, inmunomoduladores o trasplante de médula ósea.

Objetivos: Presentar un paciente con diagnóstico de amiloidosis colónica asociado a mieloma múltiple con sospecha inicial de enfermedad inflamatoria intestinal.

Material (pacientes) y métodos: Masculino de 47 años sin antecedentes que ingresa por dolor abdominal en hipogastrio, aumento de la frecuencia evacuatoria y proctorragia de 48 hs de evolución. Al ingreso signos vitales normales, adelgazado, abdomen blando, depresible, doloroso en hipogastrio. Laboratorio: 12.000 leucocitos con neutrofilia, 98.000 plaquetas, albumina 2.5, tiempo de coagulación 36%, VSG 111, PCR 48, HIV negativo, materia fecal con escasos leucocitos y hematies abundantes, toxina para CD y coprocultivo negativos. TAC de abdomen sin contraste evidencia engrosamiento difuso de todo el marco colónico, escaso líquido libre. Colonoscopia completa con insuflación mínima con mucosa eritematosa en forma continua, friable, sangrante al roce, con erosiones y úlceras, pérdida del patrón vascular. En colon derecho úlcera profunda de 15 mm y múltiples pseudopolipos. Se biopsia. Con sospecha de colitis ulcerosa se inicia tratamiento con mesalazina, metoprolol, enoxaparina, con mejoría inicial. Al tercer día presenta registro febril, taquicardia, hipotensión. Nuevo laboratorio con caída del hematocrito 20 puntos, leucopenia 1.800. TAC de abdomen sin signos de neumoperitoneo, líquido libre escaso. Evolución inestable por lo que se decide con servicio de cirugía laparotomía donde se constata salida de líquido purulento espontánea, dilatación de colon ascendente y transversal, colon izquierdo con paredes engrosadas de aspecto fibrótico. Se decide colectomía total con preservación de recto e ileostomía terminal.

Resultados: El paciente ingresa a terapia con evolución tórpida y pancitopenia por lo cual hematología realiza punción de médula ósea que evidencia infiltración por plasmocitos en un 50%. Laboratorio: Proteína de Bence Jones + y proteinograma electroforético característico de mieloma múltiple. Persiste con falla multiorgánica y fallece a la semana de ingreso a terapia. La anatomía patológica del colon informó ulceración transmural multifocal con hemorragia submucosa extensa y presencia de depósitos compatibles con amiloide en submucosa y en la periferia de vasos de pequeño calibre. El análisis de la médula ósea mostró hiperplasia de células plasmáticas y amiloidosis. Diagnóstico final amiloidosis colónica severa secundaria a mieloma múltiple.

Conclusiones: La amiloidosis intestinal es poco frecuente y se puede presentar con signos y síntomas inespecíficos. Las características endoscópicas pueden simular otras enfermedades más prevalentes por lo cual su diagnóstico es un desafío que requiere, ante la sospecha clínica, la confirmación histológica con tinción de Rojo Congo. La complejidad de esta enfermedad amerita un abordaje multidisciplinario con el objetivo de diagnóstico temprano, tratamiento oportuno y así mejorar la calidad y pronóstico de vida de los pacientes.

PÓSTER DISTINGUIDO

Código: 0189

BACTERIEMIA POR SHIGELLA EN UN PACIENTE ADULTO

Modalidad: Casos Clínicos - Póster Oral

Unidad Temática: GASTROENTEROLOGÍA - Enfermedades infecciosas - Miscelánea

ESPINET, María Luján | PARAJON, Juan Pablo | PONCE, Carla Sofía | CARRARO, María Cecilia | CERIANI, Sergio | RIZZOLO, Mariana Beatriz | PATERNO, Mauricio Rodrigo | VÁZQUEZ, Horacio

HOSPITAL DE GASTROENTEROLOGÍA DR. B. UDAONDO

Introducción: Shigella spp. es el microorganismo aislado con mayor frecuencia en coprocultivos de diarreas bacterianas en niños de nuestro país siendo las más identificadas S. Flexneri (74%) y S. Sonnei (26%). La Shigella spp. es un bacilo gram negativo cuya transmisión es fecal-oral. La ingesta de un bajo inóculo es suficiente para causar la enfermedad. Al comienzo el cuadro clínico se presenta como una diarrea aguda de tipo acuosa asociada a dolor abdominal, fiebre u otros síntomas sistémicos. A medida que el foco de infección se localiza en el colon puede aparecer diarrea de tipo disintérica. Los casos de bacteriemia por Shigella son poco frecuentes ya que este patógeno no suele invadir más allá de la mucosa intestinal.

Objetivo/s: Presentación de un caso con diarrea disintérica y bacteriemia por Shigella.

Material (pacientes) y métodos: Masculino, 51 años. Sin antecedentes de relevancia. Motivo de consulta: diarrea sanguinolenta, dolor abdominal y fiebre. Laboratorio: GB 11.000/mm³, Cr 3,13 mg/dl, Glu 561 mg/dl, HbA1c 13.8%, osmolaridad plasmática elevada. Directo de materia fecal (DMF): inflamatorio. Coprocultivo: flora habitual. TC de tórax-abdomen-pelvis con doble contraste: engrosamiento de la pared colónica a predominio izquierdo e imágenes vinculables con embolias sépticas pulmonares. Videocolonoscopia: mucosa de colon izquierdo con aspecto en mosaico y úlceras superficiales. Colon descendente y transversal mucosa normal que intercala con mucosa congestiva. Colon derecho mucosa normal con congestión y úlceras a nivel de la válvula ileocecal. Biopsias múltiples. Anatomía patológica: rectocolitis con cambios agudos. Hemocultivos x2: Shigella Flexneri.

Resultados: Se interpreta el cuadro clínico como el debut de un paciente diabético complicado con síndrome hiperosmolar-hiperglucémico asociado a diarrea aguda disintérica. Inicia tratamiento antibiótico empírico con ciprofloxacina y al obtener aislamiento en los hemocultivos de Shigella Flexneri (2/2) completa tratamiento con ceftriaxona por 7 días con buena evolución clínica. Se decide alta hospitalaria y continúa con seguimiento ambulatorio.

Conclusiones: La diarrea por Shigella predomina en niños sobre los adultos. Los casos de bacteriemia por Shigella son infrecuentes (< 1%). Son factores de riesgo: los estados de inmunosupresión (HIV, diabetes, desnutrición), la raza negra, el sexo masculino y hombres que tienen sexo con hombres. Se trata de una bacteria de difícil aislamiento en cultivo de materia fecal ya que es muy lábil en el ambiente, lo que explicaría que muchas veces no se logre identificar. Destacamos el caso de nuestro paciente quien presentaba dos factores predisponentes para la bacteriemia por Shigella (DBT y sexo masculino), la severidad de su cuadro clínico que requirió internación y que además presentó impacto séptico a nivel pulmonar, lo cual tampoco es frecuente. La presencia de bacteriemia aumenta el porcentaje de hospitalización y mortalidad. Es imprescindible ante un caso de diarrea aguda disintérica solicitar DMF, coprocultivo y hemocultivos.

PÓSTER DISTINGUIDO

Código: 0224

MOTILIDAD ESOFÁGICA INEFECTIVA EN PEDIATRÍA: EXPERIENCIA EN UN HOSPITAL DE ALTA COMPLEJIDAD

Modalidad: Casos Clínicos - Póster Oral

Unidad Temática: GASTROENTEROLOGÍA - Esófago - Trastornos motores

VERON, Gabriel Anibal | NEDER, María Daniela | CONTRERAS, Monica | ROCCA, Ana Marcela

HOSPITAL DE PEDIATRÍA S.A.M.I.C. PROF. DR. JUAN P. GARRAHAN

Introducción: La motilidad esofágica inefectiva (MEI) se define por la presencia de más del 70% de degluciones inefectivas (DCI = 100 mmHg•s•cm y <450 mmHg•s•cm) o al menos 50% de peristalsis fallida (DCI <100 mmHg•s•cm) o degluciones fragmentadas según la clasificación de Chicago versión 4.0 (CCv4.0) para manometría esofágica de alta resolución (MARE). Dentro de sus causas se encuentran la enfermedad por reflujo (ERGE), enfermedades del tejido conectivo, esofagitis eosinofílica aunque también puede ser un hallazgo en pacientes asintomáticos.

Objetivo/s: Describir una serie de pacientes pediátricos con diagnóstico de Motilidad esofágica inefectiva.

Material (pacientes) y métodos: Revisión retrospectiva de una serie de 7 pacientes con diagnóstico manométrico de MEI de acuerdo criterios establecidos en CC v4.0, seguidos en un hospital de alta complejidad.

Resultados: Se analizaron 7 pacientes (5 niñas) con MEI diagnosticada a partir de la realización de MARE. Enfermedad de base: enfermedad del tejido conectivo (ETC) (4 pacientes), ERGE (2 pacientes), un paciente con patología eosinofílica. 4 /

7 presentaron síntomas digestivos altos. De los pacientes con ETC, la mediana de edad fue 15 años; un paciente refería disfagia (resto asintomático). SEG-D: en 3/3 normal. Endoscopia digestiva alta (VEDA): 2/3 con esofagitis péptica. Los dos pacientes con diagnóstico de ERGE (mediana 14.5 años) manifestaron disfagia, regurgitación, pirosis y dolor torácico. SEG-D normal. En un paciente se diagnosticó Esófago de Barrett; el otro paciente con VEDA normal presentó impedanciometría con pHmetría (MIIPH) patológica. El último paciente, de 13 años, tenía antecedentes de alergia alimentaria múltiple con compromiso eosinofílico en esófago, estómago y colon desde el primer año de vida. Cumplió tratamiento con dieta de exclusión con resolución de los síntomas. A los 9 años consultó por disfagia intermitente, episodios de atascamiento, pirosis y regurgitación. Se realizó: Esófagograma normal. VEDA sin esofagitis. Anatomía patológica sin eosinófilos. MIIPH: normal. Sin respuesta a inhibidores de bomba de protones. Se efectuó MARE evidenciándose MEI.

Conclusiones: Al igual que en adultos, la motilidad esofágica inefectiva es el diagnóstico manométrico más frecuente en pediatría. Se desconoce su evolución a largo plazo. Presentamos una serie de 7 pacientes pediátricos con MEI de los cuales el 25% de los niños con ETC y todos los casos de ERGE y patología eosinofílica presentaron síntomas, siendo la disfagia el más frecuente. El tratamiento instaurado fue de acuerdo a patología de base.

PÓSTER DISTINGUIDO

Código: 0243

UNA CAUSA POCO FRECUENTE DE DISFAGIA EN PEDIATRÍA. A PROPÓSITO DE UN CASO

Modalidad: Casos Clínicos - Póster

Unidad Temática: GASTROENTEROLOGÍA - Esófago - Trastornos motores

GALLAY, Ivana Estefanía | NEDER, María Daniela | VERON, Gabriel Anibal | WEDE, Gabriela | WEYERSBERG, Christian | BOTTERO, Adriana | BUSQUET, Laura | SANCHEZ LA ROSA, Cristian | ROCCA, Ana | FIANDRINO, Fernando Luis | VARIGLIA Y PONS, Florencia | PINTO, Natalia

HOSPITAL DE PEDIATRÍA S.A.M.I.C. PROF. DR. JUAN P. GARRAHAN

Introducción: El estudio de la disfagia varía según la sospecha diagnóstica. Las causas pueden diferenciarse entre las que afectan la fase orofaríngea o la esofágica de la deglución, entre ellas se encuentran las de origen mecánico, obstructivo y neuromusculares.

Objetivo/s: Presentar el caso de un paciente con disfagia de causa poco frecuente en la población pediátrica.

Material (pacientes) y métodos: Paciente de sexo masculino de 16 años de edad con disfagia progresiva a sólidos de 1 año de evolución y episodios de atascamiento. Antecedentes de enfermedad actual: trasplante hepático al año de vida por atresia de vías biliares con cirugía de Kasai frustra. Previo al mismo presenta sangrado variceal secundario a hipertensión portal requiriendo profilaxis endoscópica secundaria con ligaduras y esclerosis. A los 13 años se diagnostica Linfoma de Hodgkin con compromiso ganglionar y torácico por lo que recibe quimioterapia. Por recaída se indica ciclo de radioterapia mediastinal, luego de la cual comienza con disfagia. Exámenes complementarios: TAC de tórax normal y PET-sc sin captación. Videodeglución con esofagograma: en tercio superior área de disminución de calibre de dos cuerpos vertebrales, con irregularidad de la pared esofágica, leve dilatación proximal, sin alteraciones en la deglución. Endoscopia digestiva alta: en tercio superior se observan tres pliegues engrosados que ocupan un cuarto de la circunferencia cubiertos por mucosa normal y en tercio inferior cicatrices por tratamiento variceal previo. Histología: esofagitis leve inespecífica. Manometría Esofágica de Alta Resolución (MARE): Esfínter esofágico superior normotensivo, relajación y coordinación faringo-esofágica normales. Cuerpo: el 90% de las degluciones presentan peristalsis fragmentada (break peristáltico mayor a 5 cm). Esfínter esofágico inferior normal. Test de deglución de sólidos patológico. Diagnóstico: motilidad esofágica inefectiva según la clasificación de Chicago versión 4.0.

Conclusiones: La disfagia asociada a radiación por cáncer de cabeza y cuello puede aparecer durante, inmediatamente después del tratamiento o en forma tardía. Existe controversia acerca del valor de radioterapia necesario para causar efectos adversos y el intervalo de tiempo esperable entre el tratamiento y el inicio de los síntomas. Los principales hallazgos manométricos son alteración en las presiones faríngeas, motilidad inefectiva y acalasia. Los casos reportados en pediatría son escasos. Relatamos un caso de disfagia tardía posterior a la radioterapia con hallazgo manométrico de peristalsis fragmentada (motilidad inefectiva según la última versión de la Clasificación de Chicago).

PÓSTER DISTINGUIDO

Código: 0010

ASOCIACION DE LA EOSINOFILIA DUODENAL CON EL FACTOR CAG-A DEL HELICOBACTER PYLORI EN LA DISPEPSIA FUNCIONAL

Modalidad: Resúmenes Científicos - Póster Oral

Unidad Temática: GASTROENTEROLOGÍA - Estómago - duodeno - Dispepsia

SANCHEZ, Nicolas 1, CARONIA, Virginia 1, ELIZONDO, Karina 2, JORDA, Graciela 3, ZAPATA, Pedro Dario 1, BARREYRO, Fernando Javier 1*

1 UNIVERSIDAD NACIONAL DE MISIONES - CONICET, FCEQYN, INBIOMIS, Misiones, Argentina. 2 FUNDACIÓN BARCELÓ- INSTITUTO UNIVERSITARIO DE CIENCIAS DE LA SALUD, CORRIENTES, ARGENTINA. 3 UNIVERSIDAD NACIONAL DE MISIONES, FCEQYN, Misiones, Argentina

Introducción: La dispepsia funcional (DF) es una entidad de elevada prevalencia. Estudios recientes enfatizan a la eosinofilia duodenal como un vínculo fisiopatológico para explicar los síntomas en un subgrupo de pacientes. Uno de los factores de riesgo asociados a la DF y eosinofilia duodenal es la infección por *Helicobacter pylori* (Hp). Sin embargo el estudio de los factores de patogenicidad del Hp en la infiltración eosinofílica en la mucosa duodenal y los síntomas de DF no está aclarado en su totalidad

Objetivo/s: Determinar la influencia de los factores de patogenicidad del Hp en la eosinofilia duodenal en la dispepsia funcional.

Material (pacientes) y métodos: Estudio prospectivo observacional multicéntrico (Posadas-Misiones: Sanatorio IOT, Instituto Medico Simes, Santo Tomé-Corrientes: Hospital Universitario San Juan Bautista) desde 01/2019 a 11/2020. Se incluyeron pacientes con dispepsia funcional basada por los criterios de Roma III e infección positiva para Hp. Se evaluaron los parámetros clínicos, endoscópicos e histológicos. En la video gastroscopia se tomaron biopsias gástricas y duodeno (D2). Las biopsias fueron evaluadas por 2 patólogos (CV y KE). Las muestras gástricas y duodenales fueron evaluadas con la tinción de Hematoxilina/Eosina (HyE) y Giemsa, en el duodeno se determinaron el recuento semicuantitativo de eosinófilos en la lámina propia (D-Eo), se expresó en (0, <10, =10-<20, ≥20 en 5 campos 40X). Se extrajo ADN de las biopsias gástricas y se analizaron los genes de patogenicidad Cag-A, Cag-E, Oip-A, VacS1-s2-m1-m2. Los datos se analizaron utilizando el software Med-Calcul y SPSS-21.0. Para todas las variables se establecieron distribuciones de frecuencia y/o relación con el total de casos. Se utilizó chi cuadrado o el test exacto de Fisher para las variables cualitativas, el test de la correlación de rango de Spearman se utilizó para correlacionar el D-Eo con frecuencia de genes de patogenicidad. El T-test de correlación y el análisis de regresión logística se utilizaron para determinar la correlación entre diferentes parámetros. El valor p de <0.05 se consideró significativo.

Resultados: Se incluyeron 134 pacientes con DF Hp positivos, edad media 48,5±13,2 años, 50% de género femenino (n: 67), el índice de masa corporal medio 27 ± 4,5 kg/m². Con respecto al subtipo de DF se observó que dolor epigástrico (DE): 98 (73%, p<0,0001) fue significativamente más frecuente comparado a distress postprandial (DPP): 23 (17%), y sobreposición (DPP/DE): 13 (10%). La Eosinofilia duodenal caracterizada por D-Eo =10 se observó en el 47% de los pacientes. No hubo diferencias significativas entre el subtipo de dispepsia y el recuento de D-Eo. El análisis de los factores de patogenicidad se realizó en 102 pacientes: Cag-A+: 47 (46%), Cag-E: 49 (48%), Oip-A: 69 (68%), Vac: s1 67 (66%), m1: 47 (46%). Se determinó la influencia de los factores de patogenicidad del Hp con D-Eo, se observó aumento en el recuento de D-Eo en el grupo Cag-A+, obteniendo una correlación lineal entre el recuento de D-Eo y el número de pacientes con Cag-A+ (Spearman Rank r: 0,370 IC 95% 0,186-0,529, p: 0,0003). La presencia de Cag-A fue significativamente asociado D-Eo=10 (OR: 2,375 IC 95% 1,09-5,14, p = 0,0283), no se observó incremento significativo del riesgo de eosinofilia duodenal con los otros factores de patogenicidad. **Conclusiones:** En esta cohorte de pacientes se observó una asociación entre la eosinofilia duodenal y la variante Cag-A del Hp. Estos resultados brindan información epidemiológica y fisiopatológica sobre el rol del Hp y la eosinofilia duodenal en nuestro medio.

PÓSTER DISTINGUIDO

Código: 0023

TASA DE ERRADICACIÓN DE HELICOBACTER PYLORI UTILIZANDO TERAPIA CUÁDRUPLE CONCOMITANTE SIN BISMUTO DURANTE 14 DIAS ENTRE JULIO 2017 Y ABRIL 2021 EN UNA LOCALIDAD DE LA PROVINCIA DE BUENOS AIRES (ARGENTINA)

Modalidad: Resúmenes Científicos - Póster

Unidad Temática: GASTROENTEROLOGÍA - Estómago - duodeno-Helicobacter pylori

CALCAGNO, Ramiro | CALCAGNO, Victor Roberto | PORTILLO, Lucia

CENTRO MEDICO SALA SALUD

Introducción: El *Helicobacter Pylori* (HP) es un bacilo gram negativo que infecta alrededor del 50% de la población mundial y es reconocido por la Organización Mundial de la Salud como un Carcinógeno tipo I implicado en el desarrollo de diversas enfermedades gástricas como la gastritis crónica, úlcera péptica, el cáncer gástrico y el linfoma MALT. A nivel mundial el cáncer gástrico es el 4to cáncer en frecuencia y la 2da causa de muerte por cáncer, constituyendo la erradicación del HP una estrategia preventiva. El aumento de la resistencia a los antibióticos, sobre todo a la claritromicina ha resultado en una pérdida de la eficacia del tratamiento durante las dos últimas décadas, transformando la erradicación del *Helicobacter Pylori* un escenario complejo si se busca esquemas que cuenten con una tasa de erradicación mayor al 90%. Además hay que tener en cuenta que la supresión ácida es fundamental para un adecuado tratamiento ya que la mayoría de los microorganismos permanecen en un estado no replicativo dentro del moco presente en la cámara gástrica anclado a las células epiteliales superficiales. Este estado fenotípicamente resistente es mucho más frecuente cuando el PH gástrico oscila entre 3 y 6, mientras que al aumentar el PH la bacteria entra en estado replicativo y se vuelve más susceptible a los antibióticos utilizados.

Objetivo/s: El objetivo primario es describir la tasa de erradicación del *Helicobacter Pylori* con el esquema cuádruple concomitante sin bismuto (Amoxicilina 1gr cada 12hs + Claritromicina 500mg cada 12hs + Metronidazol 500mg cada 12hs) por 14 días en pacientes estudiados en el centro medico sala salud en la provincia de Buenos Aires, Argentina. Como objetivo secundario se describieron las tasas de erradicación de los esquemas de 2da y 3era línea.

Material (pacientes) y métodos: Se revisaron las historias clínicas de 205 pacientes a los que se les realizó test de aire espirado para detección de Urea marcada con c14 por diferentes causas entre Julio 2017 y Abril 2021, se seleccionaron 73 pacientes en los que el motivo fue el control de erradicación de *Helicobacter Pylori* luego de los diferentes esquemas de tratamiento y contamos con datos completos del esquema de erradicación utilizado y su confirmación de erradicación.

Resultados: De los 73 pacientes de los que contamos con datos completos en cuanto al esquema de erradicación utilizado y la adherencia, 66 pacientes (90.4%) lograron la erradicación con el cuádruple esquema concomitante por 14 días utilizando Amoxicilina 1gr cada 12 horas + Claritromicina 500mg cada 12 horas + Metronidazol 500mg cada 12hs + Lansoprazol 30mg pre almuerzo y pre cena; 6 pacientes (8.2%) logro la erradicación con el esquema de segunda línea con Amoxicilina 1 gramo cada 12hs + Metronidazol 500 mg cada 12hs + Levofloxacina 500mg cada 24hs + Lansoprazol 30mg pre desayuno y pre cena; y 1 paciente (1.4%) requirió la tercer línea de tratamiento con Pylera (140mg de subcitrate de bismuto potasio + 125 mg de metronidazol y 125 mg de clorhidrato de tetraciclina) 3 capsulas cada 6hs + Lansoprazol 30mg cada 12hs durante 10 días

Conclusiones: Los hallazgos del trabajo coinciden con lo expuesto en el ultimo consenso de Maastricht donde acorde a la resistencia local a los antibióticos la terapia cuádruple concomitante sin bismuto por 14 días se logran tasas de erradicación mayores al 90%.

PÓSTER DISTINGUIDO

Código: 0036

DETECCIÓN DE HELICOBACTER PYLORI MEDIANTE EL PROTOCOLO DE SYDNEY

Modalidad: Resúmenes Científicos - Póster

Unidad Temática: GASTROENTEROLOGÍA - Estómago - duodeno-Helicobacter pylori

FERREIRA, Mariana | FISCHMAN, Romina | PARDO, Barbara | VISSO, Ana Laura | CAFFARONE, Fiorella | ESCOBAR, Rafael

SANATORIO DR. JULIO MENDEZ

Introducción: El *Helicobacter pylori* (HP) coloniza el estómago de los seres humanos y está catalogado como carcinógeno tipo I por la OMS. Se asocia a gastritis atrófica, úlceras gastroduodenales, adenocarcinoma gástrico, linfoma de tejido linfoide asociado a la mucosa y otras patologías extragástricas. En Argentina los estudios reportan una prevalencia entre el 52 y el 56%. En nuestro centro trabajos previos arrojan tasas de detección de 30.1 y 36.1% en individuos con anemia ferropénica.

Objetivo/s: Determinar la tasa de infección por HP en pacientes que realizaron videoesoendoscopia digestiva alta (VEDA) con biopsias según el protocolo de Sydney.

Material (pacientes) y métodos: Estudio retrospectivo, en un centro de salud de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires entre octubre 2016 y diciembre 2019. Se incluyeron pacientes mayores de 18 años de ambos sexos a los que se les haya realizado VEDA con toma de biopsias según protocolo de Sydney. Se excluyeron pacientes con otras biopsias además del protocolo de Sydney y a las biopsias sin técnica de Diff-Quick. Las variables fueron: edad y sexo; indicaciones de VEDA; índice de masa corporal (IMC); informe de anatomía patológica.

Resultados: Se seleccionaron 1105 pacientes. La tasa de detección de HP fue de 36.9% (n=408) con una edad promedio de 60 años. Ambos sexos presentaron tasas de infección similares. Se observó una mayor infección en mayores de 50 años. No se observó mayor riesgo por sobrepeso u obesidad. Las principales indicaciones fueron la dispepsia (n=271), ERGE (n=174), anemia ferropénica (n=148) y VEDA previa a cirugía bariátrica (n=140). El HP fue encontrado con mayor frecuencia en pacientes con dispepsia (40.9%).

Conclusiones: Actualmente está recomendada la erradicación del HP con el objetivo de evitar la progresión a metaplasia, displasia y cáncer gástrico y también para el tratamiento de otras patologías. Por este motivo es crucial conocer a la población infectada. Es alentador encontrarnos con una detección inferior a la prevalencia en el país y esto debe ser motor para continuar con la detección y erradicación de este microorganismo. En trabajos futuros, a fin de eliminar falsos negativos, debería identificarse el consumo previo de inhibidores de la bomba de protones, tratamiento antibiótico e histología de las muestras.

PÓSTER DISTINGUIDO

Código: 0083

QUE PIENSAN LOS GASTROENTERÓLOGOS DE ADULTOS SOBRE LA TRANSICIÓN DEL PACIENTE JOVEN CON ENFERMEDAD GASTROINTESTINAL, AL CUIDADO DEL ADULTO : CUAL ES LA CLAVE DEL ÉXITO

Modalidad: Resúmenes Científicos - Póster Oral

Unidad Temática: GASTROENTEROLOGÍA - Estómago - duodeno-Miscelánea

D' AGOSTINO, Daniel Eduardo(1) | SMECUOL, Edgardo(2) | LETA, Karina(3) | ORTIZ, Gonzalo(4)

HOSPITAL ITALANO DE BUENOS AIRES (1); HOSPITAL DE GASTROENTEROLOGÍA DR. B. UDAONDO (2); HOSPITAL DE CLINICAS JOSE DE SAN MARTIN (3); HOSPITAL NACIONAL PROFESOR ALEJANDRO POSADAS (4)

Introducción: La intervención de atención de la salud relacionada con la atención de transición de jóvenes a adultos es una preocupación mundial. Las pautas para este tema fueron preparadas principalmente por gastroenterólogos orientados a la pediatría. **Objetivo/s:** Objetivos: Conocer la opinión de los gastroenterólogos de adultos sobre la etapa de transición a través de una encuesta realizada por la Sociedad Argentina de Pediatría -SAP y la Sociedad Argentina de Gastroenterología (Sociedad Argentina de Gastroenterología -SAGE).

Material (pacientes) y métodos: Materiales y Métodos: Se realizó una encuesta de opinión entre gastroenterólogos orientados a adultos pertenecientes al SAGE que exploró, mediante 20 preguntas, varios aspectos y dificultades en la etapa de transición de la atención al paciente joven a la atención al paciente adulto. La encuesta fue anónima y se realizó en línea

Resultados: Se obtuvo un total de 243 respuestas. Un alto porcentaje (79,4%) correspondió a especialistas con más de 10 años de experiencia; El 55% estuvo de acuerdo en haber recibido consultas frecuentes en la etapa de transición. La mediana de edad de los pacientes pediátricos en las primeras consultas fue menor de 18 años en el 55% de los casos. El 35,7% de los gastroenterólogos encuestados opina que los pacientes en transición dificultan la consulta en general; mientras que 81 especialistas de 243 afirmaron que no se les habían proporcionado resúmenes adecuados; 132 de 243 manifestaron la necesidad de solicitar estudios para las primeras consultas. Entre el 40 y el 60% de los encuestados consideraba que algunos de los pacientes tenían mala adherencia, desconocían determinados aspectos de sus enfermedades, desconocían los efectos adversos de la medicación y eran reacios a adaptarse a los cambios. Se comprobó que, en 154 de las 243 respuestas, los pacientes, que ingresaron con sus familiares, no colaboraron mucho con la relación médico-paciente. Los equipos interdisciplinarios facilitan la transición según el 63% de los entrevistados; El 71% de ellos cree que es necesario realizar una serie de consultas con el gastroenterólogo pediátrico. 219 de 243 médicos entrevistados consideran que los gastroenterólogos adultos deben pasar por un entrenamiento de transición.

Conclusiones: El control médico y el seguimiento en el periodo de transición de los pacientes jóvenes a la atención especializada centrada en adultos es una tarea compleja; no es solo, un simple acto de transferencia, requiere de un trabajo coordinado y un tiempo apropiado para obtener un resultado exitoso. La transición temprana sin un marco adecuado conduciría a problemas futuros. Los médicos orientados al cuidado del adulto deben implementar un entrenamiento en transición de la misma manera que lo deben hacer los especialistas en pediatría.

PÓSTER DISTINGUIDO

Código: 0145

ENTERITIS LÚPICA: UNA PRESENTACIÓN POCO FRECUENTE DEL LUPUS

Modalidad: Casos Clínicos - Póster

Unidad Temática: GASTROENTEROLOGÍA - Intestino delgado - Miscelánea

BRODERSEN, Carlos | MAURETTE, María Victoria | GALVAGNO, Florencia | GARCÍA ANAPIO, Lucía Soledad | RODRÍGUEZ, Carolina

Hospital D3

Introducción: El lupus eritematoso sistémico (LES) es una enfermedad autoinmune más frecuente en mujeres de entre 20 y 40 años. Es sistémica: afecta riñón, piel, articulaciones y, raramente, tracto gastrointestinal. Esto es, en general, producto del compromiso inmunológico que lleva al desarrollo de patología infecciosa. Solo entre un 0.2% y un 14% se presenta como enteritis lúpica (EL).

Objetivo/s: Presentación de caso sobre una afección gastrointestinal poco frecuente en pacientes con antecedente de LES.

Material (pacientes) y métodos: Mujer de 19 años con diagnóstico de LES en 2015, nefropatía lúpica y síndrome antifosfolípido, que ingresa por cuadro clínico de una semana de evolución, caracterizado por diarrea líquida, vómitos de contenido alimentario y dolor abdominal de intensidad 8/10 localizado en epigastrio y región centroabdominal, que posteriormente agrega distensión abdominal, disminución de ruidos hidroaéreos, pujos, tenesmo y esputo rectal.

Resultados: Se realizó un estudio amplio de la paciente, con laboratorio, cultivos e imágenes del tracto gastrointestinal. • En el laboratorio de ingreso, como datos positivos se informan albúmina de 2.4, y complemento disminuido. • Se realizan hemocultivos, coprocultivo, coproparasitológico y detección de toxina de Clostridium Difficile, con resultados negativos. • Se realiza TC de abdomen con doble contraste que evidencia distensión de asas intestinales a predominio de intestino delgado, con engrosamiento parietal, presencia de líquido libre en cavidad abdominal e ingurgitación de vasa recta (signo del peine), también observable en enteroTC. Se punza líquido ascítico: GASA < 1.1, sin criterio de PBE, con cultivos, búsqueda de BAAR, citología y ADA negativos. • Se realizan VEDA y VCC, sin hallazgos de relevancia. • Se inicia tratamiento antibiótico empírico para Clostridium Difficile, sin mejoría. Se interpreta como posible cuadro de enteritis lúpica y se inicia tratamiento con corticoides EV (Metilprednisolona) por 5 días, con buena respuesta; luego se inicia tapering y se indica mantenimiento con Ciclofosfamida.

Conclusiones: La enteritis lúpica es producto de vasculitis e inflamación de la pared de las asas intestinales, predominantemente del intestino delgado, con mayor afección de yeyuno ileon. El síntoma más frecuente es el dolor abdominal, pero también puede existir ascitis, náuseas, vómitos, diarrea y fiebre. 88% de los casos presentan complemento bajo en el laboratorio. El diagnóstico se realiza por antecedente, clínica e imágenes compatibles en un paciente con cultivos negativos. El tratamiento consiste en la administración de corticoides EV o VO, y luego mantenimiento con corticoides o inmunosupresores, ya que tiene una tasa de recurrencia de casi un 35 %.

PÓSTER DISTINGUIDO

Código: 0094

FRECUENCIA DE COLITIS MICROSCÓPICA EN PACIENTES ADULTOS CON ENFERMEDAD CELÍACA: RESULTADOS EN UN CENTRO TERCIARIO DE ARGENTINA

Modalidad: Resúmenes Científicos - Oral

Unidad Temática: GASTROENTEROLOGÍA - Intestino delgado-Enfermedad celiaca

PADILLA MARTÍNEZ, Limbert Jesús | GISELA PAOLA, Cordeiro | PUGA-TEJADA, Miguel | CERESO, María Jimena | SPIAZZI, Renata Alina | CONLON, María Carolina

HOSPITAL NACIONAL PROFESOR ALEJANDRO POSADAS

Introducción: La asociación entre enfermedad celiaca (EC) y colitis microscópica (CM) está bien establecida en Europa y Norteamérica. Sin embargo, en Latinoamérica no hay datos al respecto. Esto es importante para un manejo individualizado en quienes pueden coexistir ambas enfermedades, impactando positivamente en su calidad de vida.

Objetivo/s: Establecer la frecuencia de CM en pacientes con EC atendidos en un hospital referente de Argentina entre enero del 2015 a diciembre del 2019.

Material (pacientes) y métodos: Estudio observacional, descriptivo, retrospectivo. Contó con la aprobación del comité de ética en investigación (referencia No. 355 LUP0S0/20). Se incluyó aquellos casos registrados como EC o CM dentro de las atenciones del sistema informático hospitalario. Tras eliminar duplicados, se seleccionó a los adultos con diagnóstico de EC según la definición de Oslo. A fin de estimar el cálculo de la muestra, se consideró la proporción de casos con CM entre pacientes con EC del 5.1% descrita por Green P. et al. Se calculó una muestra de 222 casos, con un intervalo de confianza (IC) del 95% y un error estándar del 5%. El análisis estadístico se realizó en R v.3.6.3.

Resultados: De 2364 consultas, se seleccionó 385 casos con EC, edad 43.0 ± 16.3 años, 331/385 (86%) mujeres. El principal síntoma al diagnóstico de EC fue diarrea (29.1%). Por persistencia de los síntomas, se solicitó videocolonoscopía (VCC) en 73/385 (19%) pacientes. Se identificó CM en 13 casos (2/13 colágena, 11/13 linfocítica). Durante el periodo de estudio se estimó una frecuencia de CM en EC del 3.4% (IC 95% 1.9 – 5.8). En individuos con EC y persistencia de síntomas, quienes requirieron VCC, esta frecuencia ascendió al 19.5% (IC 95% 10.6 – 28.3). En 2/13 casos el diagnóstico de CM fue sincrónico al de EC y metacrónico en 11/13 (2/11 previo al de EC y 9/11 posterior al de EC) (tabla 1). No hubo asociación estadística entre las características clínico-demográficas y el diagnóstico de CM.

Conclusiones: La frecuencia de CM en individuos con EC en un hospital argentino de tercer nivel fue del 3.4%; cifra semejante, aunque ligeramente menor a la documentada en estudios de otras localidades. Esto puede deberse a que dicha frecuencia fue estimada a partir de una muestra en donde solamente se realizó VCC al 19% de los pacientes con EC quienes desde lo asistencial requerían de la misma. En nuestro conocimiento, esta investigación representa la primera iniciativa formal respecto a la descripción epidemiológica de la CM en una población latinoamericana con EC.

PÓSTER DISTINGUIDO

Código: 0173

PRESENTACION ATÍPICA DE UN LINFOMA T ASOCIADO A ENTEROPATÍA

Modalidad: Casos Clínicos - Póster Oral

Unidad Temática: GASTROENTEROLOGÍA - Intestino delgado-Enfermedad celiaca

ANDINO DI MASI, Gustavo | PONCE, Carla Sofía | CARRARO, María Cecilia | MORENO, María Laura | NIVELONI, Sonia Isabel | RIZZOLO, Mariana Beatriz | PATERNO, Mauricio | VÁZQUEZ, Horacio

HOSPITAL DE GASTROENTEROLOGÍA DR. B. UDAONDO

Introducción: El linfoma T No-Hodgkin asociado a enteropatía (EALT) es una complicación infrecuente de la enfermedad celiaca (EC). Se desarrolla en el 60 a 80% de pacientes con EC refractaria tipo II, con expansión clonal de LIES y fenotipo aberrante, dentro de los 5 años del diagnóstico. Los factores de riesgo son: mala adherencia a la dieta libre de gluten (DLG), edad mayor a 50 años al diagnóstico de EC, retraso en el diagnóstico y la homocigocidad del HLA DQ2. La edad media de presentación es 60 años. Puede diagnosticarse junto a EC, durante su evolución, o por complicaciones: perforación, obstrucción o hemorragia. De localización más frecuente en yeyuno, puede presentar compromiso multifocal en el 25% de

los casos. Presenta mal pronóstico (sobrevive a 2 años del 15%) debido al gran compromiso del estado general, desarrollo de complicaciones y quimiorresistencia.

Objetivos: Presentación infrecuente de EALT en un paciente celiaco

Material (pacientes) y métodos: Mujer de 67 años, consulta por epigastralgia, vómitos alimentarios, diarrea crónica y pérdida de peso (PPCT 20%) de 9 meses de evolución. Primera videoendoscopia digestiva alta (VEDA) realizada el 28/12/18: se informa una lesión infiltrante estenosante de 4ta porción de duodeno. Anatomía patológica (AP): duodenitis crónica atrófica, Marsh 3b. Laboratorio: anemia, hipoalbuminemia 2.1 g/dl, PCR 4.2 mg/dl, a-tTG Ig A 7U y DGP IgG >200 U (VN hasta 20 U), HLA DQ2/8 (+). Segunda VEDA 6/5/19: lesión proliferativa, estenosante duodenal sugerente de atipia. Durante el procedimiento se produce perforación gástrica y requiere cirugía de urgencia con rafia de la misma y resección de 30 cm de yeyuno. AP: atrofia Marsh 3b y enteritis ulcerada. Sin seguimiento posterior, reingresa al año por cuadro de suboclusión intestinal. EnterotC: colección con nivel hidroaéreo, compartimentalizada en proyección de fosa iliaca derecha, de pared gruesa e irregular de 95x40mm, con aparente comunicación con asas ileales, otra similar de 68x25mm de contornos anfractuados y disposición medial en cavidad pelviana, en íntimo contacto con el techo vesical. Se decide intervención quirúrgica: plastrón de asas intestinales sobre pared de flanco derecho que conforman cavidad a 25 cm del Treitz, otro proceso similar sobre vejiga a 70cm del asa fija, resección intestinal y anastomosis latero-lateral. Macroscopía: se observan soluciones de continuidad de la pared intestinal que se continúan en una cavidad de 9x5 cm, comprometiendo mesenterio, con superficie interna de aspecto necrótico. AP: EALT. IHQ: CD3 reactivo, CD8 y CD56 no reactivo. Alta hospitalaria en seguimiento por Hematología y Gastroenterología.

Resultados: Reingresa por dolor abdominal y fiebre con el hallazgo por TC y quirúrgico de lesión de similares características. Plastrón de asas adheridas en comunicación con cavidad abscedada. Posteriormente inicia tratamiento con quimioterapia sin respuesta. Actualmente en seguimiento por servicio de cuidados paliativos.

Conclusiones: El EALT es una condición rara de mal pronóstico. En nuestro caso, el curso de la enfermedad se ve agravado por diagnóstico tardío, compromiso general de la paciente y mala adherencia a DLG. Llama la atención la presentación poco habitual, con el desarrollo de cavidades abscedadas. Resaltamos la importancia de un abordaje multidisciplinario, ante la sospecha de complicaciones en estos pacientes, para adoptar la mejor estrategia terapéutica posible.

PÓSTER DISTINGUIDO

Código: 0153

NUEVAS MUTACIONES DEL GEN NEUROG3 ASOCIADAS A LA ANENDROCRINOSIS ENTERICA: REPORTE DE UN CASO PEDIÁTRICO

Modalidad: Casos Clínicos - Póster Oral

Unidad Temática: GASTROENTEROLOGÍA - Intestino delgado - Síndrome de malabsorción

MIGUENS, Maite Beatriz 1, KLEPPE, Soledad 1, MARTÍN, Martín 2, SANTINO, Juan 1, ORSI, Marina 1, BUSONI, Veronica 1*

1 HOSPITAL ITALIANO DE BUENOS AIRES, Ciudad de Buenos Aires, Argentina

2 DAVID GEFFEN SCHOOL OF MEDICINE AT UCLA, CALIFORNIA, ESTADOS UNIDOS

Introducción: Las diarreas y enteropatías congénitas (CODEs, por su sigla en inglés) son un grupo de desórdenes poco frecuentes que se manifiestan desde las primeras semanas de vida. La anendocrinosis entérica (AE) es extremadamente rara, de herencia autosómica recesiva, caracterizada por una marcada reducción de las células enteroendocrinas intestinales, que produce diarrea crónica severa neonatal y falla intestinal con dependencia de nutrición parenteral (NP) y diabetes mellitus (DM) de aparición generalmente temprana.

Objetivos: Reportar un caso de AE en un paciente pediátrico con nuevas mutaciones en NEUROG3.

Material (pacientes) y métodos: Paciente varón, nacido a término, de peso adecuado para la edad gestacional, hijo de padres no consanguíneos, que se presenta al mes de vida con diarrea severa, deshidratación, acidosis metabólica y retraso neuromadurativo. Se interpreta inicialmente como malabsorción de glucosa-galactosa por lo que a los 3 meses inicia alimentación con fórmula a base de fructosa, con respuesta parcial. Por persistencia de la diarrea y retraso en el crecimiento inicia NP a los 16 meses de vida, y se profundizan estudios complementarios: esteatorritio 66%, sustancias reductoras positivas en heces con pH 5,5, elastasa fecal normal, hipocolesterolemia, ausencia de quilomicrones séricos postprandiales, test del sudor normal, ausencia de vacuolas lipídicas en enterocitos posterior a la sobrecarga oral de grasas. El análisis molecular descartó la enfermedad de retención de quilomicrones (gen SAR1B) y abetalipoproteinemia (gen MTPP). Se repiten biopsias de duodeno y colon con estructura normal de las vellosidades y del eje cripta-vellosidad; la tinción con Cromogranina-A en el duodeno evidenció ausencia de células enteroendocrinas, confirmando la sospecha de AE (figura 1). A los 9,5 años desarrolló una DM con requerimiento de insulina sólo durante las infusiones de NP. Actualmente el paciente con 11 años de vida persiste dependiente de NP 5 días por semana y recibe una dieta hipograsa. Presenta acidosis metabólica hiperclorémica que requiere un suplemento de bicarbonato de sodio, y su peso está en el percentil 10 y la estatura en percentil 25-50.

Resultados: Se realizó un panel genético de CODEs que reveló dos variantes heterocigotas de significado incierto en el gen NEUROG3: c.397T>G, p.(Trp133Gly) y c.643T>G, p.(*215Glyext*95), que confirmaron el diagnóstico de AE.

Conclusiones: La AE es una de las causas más infrecuentes de CODE y debe considerarse en pacientes con diarrea osmótica congénita inexplicable. La DM de presentación tardía y la persistente dependencia de NP evidencia un comportamiento clínico diferente a los casos previamente reportados, que podría estar vinculado a estas nuevas mutaciones identificadas en el gen NEUROG3. La realización del estudio molecular en la etapa inicial permitiría definir un diagnóstico precoz, establecer el pronóstico y ofrecer un adecuado asesoramiento a la familia.

PÓSTER DISTINGUIDO

Código: 0234

¿QUE SABEMOS DE MANOMETRIA ANORRECTAL EN PACIENTES PEDIÁTRICOS CON MIELOMENINGOCELE?

Modalidad: Casos Clínicos - Póster Oral

Unidad Temática: GASTROENTEROLOGÍA - Neurogastroenterología - Miscelánea

VIDAL, Jorge Hector | FERNANDEZ, Julian | MESSERE, Gabriela | ORTIZ, Gonzalo Javier | OVIEDO, Adriana Rita | BIGLIARDI, Romina N | VILTRE, Ines | UEZ PATA, Andrea

HOSPITAL NACIONAL PROFESOR ALEJANDRO POSADAS

Introducción: El mielomeningocele (MMC) es un defecto embriológico del tubo neural que afecta a la médula espinal distal, más que a la proximal, con alteración de la fusión vertebral y en la piel adyacente. En Argentina, hubo una prevalencia en el sector público en 2012 de 0,66 / 1000. Los trastornos defecatorios que pueden tener estos pacientes son estreñimiento y / o incontinencia fecal. Hay pocos informes de manometría anorrectal en pacientes con lesión medular.

Objetivo/s: Analizar la motilidad rectoanal en un grupo de pacientes con mielomeningocele previamente seleccionados

Material (pacientes) y métodos: Ensayo descriptivo y prospectivo de junio de 2004 a junio de 2019. Se realizó manometría de perfusión anorrectal con un sistema de perfusión de agua con catéter radial de 4 canales. El Reflejo Rectoanal Inhibitorio (RRAI) se obtuvo insuflando y desinflando el balón en 2 segundos con diferentes volúmenes. n: 54 pacientes con MMC e incontinencia fecal. Varones: 27. Edad mediana: 9,63 años (5 a 16 años) Criterios de inclusión: niños mayores de 6 años, con esfínter anal no complaciente, sin retraso madurativo. Nivel medular: 4 pacientes torácicos. 4 lumbar alto, 17 lumbar medio, 17 lumbar bajo, 12 sacro. ANÁLISIS ESTADÍSTICO Para la comparación de grupos se utilizó la prueba de Fisher para las variables cualitativas y la prueba de Mann-Whitney para las variables cuantitativas según distribución. Un valor de p <0,05 se considera significativo

Resultados: Hallazgos manométricos: Presión en reposo del canal anal (PR): 20 a 67 mmHg (media 30). Presión de contracción (PC): 20 a 120 mmHg (promedio 60) Pujo: 19 relajación, 20 paradójica, 3 sin respuesta. Sensación: presente en 32; ausente en 13. RRAI fue positivo en 54/54. Duración promedio: Con 20 cc. 15,21 segundos (11 a 55). Con 40 cc. 21,12 segundos Con 60 cc. 26,02 segundos Prueba de expulsión del balón: positivo 14 y negativo en 8 (sin datos en 32). La diferencia de duración del RRAI con volúmenes crecientes fue estadísticamente significativa (p: 0,0001).

Conclusiones: No hubo diferencias estadísticamente significativas en cuanto al nivel lesional para los valores de presión de reposo, presión máxima de contracción y duración del RRAI. El valor medio de presión de reposo hallado es menor a los valores normales pediátricos sin patología medular, sin embargo la presión de contracción máxima logro ser adecuada en promedio, duplicando la presión de reposo inicial. La duración del RRAI aumenta a medida que el balón se insufla con volúmenes crecientes, encontrándose conservada la dosis-respuesta, dato de interés ya que suele estar ausente en pacientes con lesión medular completa por otras patologías.

PÓSTER DISTINGUIDO

Código: 0031

EVALUACIÓN DEL CUMPLIMIENTO Y MANTENIMIENTO DE LA COMPETENCIA ADQUIRIDA EN MÉDICOS CON FORMACIÓN BÁSICA EN CPRE

Modalidad: Resúmenes Científicos - Póster Oral

Unidad Temática: GASTROENTEROLOGÍA - Vesícula y vías biliares - Miscelánea

INCHAUSPE, Nicolás | PARDO, Barbara | DI DOMENICO, Diego | SEQUEIRA, Agustín | GOGGIA, Pablo | ESCOBAR FERNÁNDEZ, Rafael

SANATORIO DR. JULIO MENDEZ

Introducción: La colangiopancreatografía retrógrada endoscópica (CPRE) es un procedimiento terapéutico imprescindible para el manejo de desórdenes biliopancreáticos. La morbilidad y mortalidad es de 5 a 10% y 0,1 a 1%, respectivamente. La competencia se alcanza posterior a una capacitación y experiencia básica extensa e intensiva. La ASGE y la ACG describieron parámetros de calidad para CPRE (pre,

intra y post procedimiento). De mayor prioridad: indicación apropiada de CPRE, tasa de canulación papila nativa (> 90%), tasa de éxito de extracción de cálculos menor a 10 mm (> 90%), tasa de éxito de inserción de stent en obstrucción no hiliar (> 90%) en endoscopistas competentes y frecuencia de pancreatitis post-CPRE como complicación (Tasa de 1 al 7%)

Objetivo/s: Determinar mediante la autoevaluación el cumplimiento y mantenimiento de la competencia adquirida CPRE por indicadores de calidad prioritarios

Material (pacientes) y métodos: Estudio retrospectivo. Autoevaluación del cumplimiento y mantenimiento de los indicadores de calidad prioritarios recomendados por ASGE y la ACG. Se evaluaron dos médicos con formación básica en CPRE luego de 12 meses de capacitación. Periodo comprendido entre julio 2019 y mayo 2020 en el servicio de Gastroenterología de un centro de salud donde continuaron con la práctica endoscópica descripta. Variables analizadas: edad y sexo, indicación apropiada de CPRE, tasa de canulación exitosa, tasa de éxito de extracción de coledocolitiasis, tasa de éxito de inserción de stent y tasa de pancreatitis post-CPRE

Resultados: Se realizaron 38 CPRE por ambos médicos. 24 pacientes mujeres (63.15%) y 14 hombres (36.84%) con edad promedio 60.9 ± 40 años. El médico A realizó 35 (92.10%) procedimientos con indicación correcta en el 100% de los casos (litiasis coledociana, colangitis y estenosis maligna). Realizó 31 (88.5%) canulaciones exitosas. 27 de los 35 estudios presentaron papila indolente con canulación exitosa en 23 (tasa éxito 85.1%). De 30 estudios con indicación de CPRE para extracción de litiasis coledociana, se intentó extracción en 17 con una tasa de éxito del 100%. En relación a la colocación de stent, se realizó en 9 estudios (25.71%) con una tasa de éxito del 100% (7 stents plásticos y 2 stents metálicos). La tasa de pancreatitis post CPRE fue de 14.28%. El médico B realizó 3 (7.89%) procedimientos con indicación correcta en el 100% de los casos (litiasis coledociana y colangitis). La canulación y extracción de litos fue exitosa en el total de los procedimientos (Tasa de 100%). No se realizó intento de colocación de stent y la tasa de pancreatitis post CPRE fue nula

Conclusiones: La tasa de canulación exitosa resultó por debajo de lo establecido para médicos competentes asociado a una elevada tasa de pancreatitis post CPRE (14.28%) en asociación a una canulación dificultosa o frustra. Una de las posibilidades de no lograr estos dos objetivos, se podría corresponder a la falta de realización de un precorte temprano. Se necesita un mayor número de procedimientos para una evaluación final adecuada. Medir la competencia mediante el número de procedimientos absolutos realizados (Según ASGE 2017: Al menos 200 CPRE, 80 esfinterotomías y 60 colocaciones de stent biliar en forma independiente) suele no ser suficiente, debido a que la curva de aprendizaje y la habilidad individual es variable. La evaluación continua mediante indicadores de calidad resulta un método más objetivo, permitiendo fortalecer aquellas habilidades (aspectos cognitivos y técnicos) que necesiten mayor capacitación. Incorporar esta forma de autoevaluación de manera constante tiene como fin último la realización de estudios de calidad y que sean efectuados por profesionales que idealmente adquirieron una competencia consciente, conduciendo a una óptima solución de los desórdenes biliopancreáticos, minimizando las complicaciones de nuestro accionar.

PÓSTER DISTINGUIDO

Código: 0186

GASTRITIS ISQUÉMICA CRÓNICA COMO SIMULADORA DE LINITIS PLÁSTICA

Modalidad: Videos Científicos - Oral

Unidad Temática: VIDEO CIENTÍFICO - Caso clínico

PUCCI, Betiana | LAFAGE, Matías | SAMBRESQUI, Adrián | FRANCO ALANIS, Fabiana | BRAYER, Santiago | RAUSCH, Silvia | HOLZER, Carolina | DURRUTY, Manuela | MONTE, Paula | LAUDANNO, Oscar

INSTITUTO DE INVESTIGACIONES MÉDICAS ALFREDO LANARI

Introducción: La gastropatía isquémica (GI) es una entidad poco frecuente, debido fundamentalmente a la doble irrigación del estómago proveniente de ramas del tronco celíaco y de la arteria mesentérica superior, que genera un amplio suministro vascular con múltiples colaterales y anastomosis intramurales. La aproximación diagnóstica inicial suele ser la videoendoscopia digestiva alta (VEDA), cuyos hallazgos son variables y poco característicos, por lo que puede simular otras patologías, tales como úlceras por *Helicobacter pylori*, lesiones por antiinflamatorios no esteroideos e incluso malignidad.

Objetivo/s: Presentar un caso clínico de una patología poco frecuente.

Material (pacientes) y métodos: Mujer de 80 años, ex tabaquista, con diagnóstico de hipertensión arterial. Consultó por dolor abdominal epigástrico que aumentaba ante la ingesta alimenticia, náuseas, vómitos postprandiales, astenia y pérdida de peso de 45 días de evolución. Se realizó de forma ambulatoria; dos VEDA que mostraron cuerpo gástrico poco distensible, con pliegues engrosados y ulcerados de forma difusa con extensión hasta el antro, sugestivo de linitis plástica, se tomaron biopsias. El estudio histológico reveló hallazgos inespecíficos. Ante la persistencia sintomática se decidió su internación. Al ingreso se constató presencia de dolor abdominal a la palpación profunda en epigastrio e hipocondrio derecho, sin defensa ni reacción peritoneal, y masa pulsátil palpable en epigastrio sin soplos audibles. Se realizó tomografía de abdomen y pelvis con contraste oral y endovenoso que evidenció aneurisma de aorta descendente supra e infra renal con trombosis mural

asociada; arteria mesentérica superior con trombosis mural y calcificaciones. Se realizó nuevamente VEDA en la cual se visualizaron múltiples lesiones deprimidas gástricas con desorganización de pliegues, se tomó macrobiopsia con ansa y técnica biopsia sobre biopsia. La histología reveló áreas focales de necrosis glandular, edema, congestión vascular y depósitos de fibrina, sugestivos de isquemia. Se realizó aortograma abdominal que confirmó el hallazgo de un aneurisma supra e infrarenal, con oclusión y marcada calcificación del tronco celíaco y de ambas arterias mesentéricas no pasible de resolución endovascular; se detectó, además, obstrucción severa proximal de arteria renal izquierda. Evolucionó con peoría clínica por lo que se procedió al abordaje quirúrgico. Durante la exploración del abdomen se observó isquemia vesicular y mesentérica asociada a perforación, de manera que se realizó colecistectomía y enterectomía con anastomosis. Presentó mala evolución falleciendo en el postoperatorio.

Resultados: Gastritis isquémica crónica.

Conclusiones: Ante el aumento de la incidencia de la enfermedad vascular, es importante en pacientes con factores de riesgo cardiovascular y sintomatología gastrointestinal inespecífica, tener en consideración la GI crónica como etiología responsable. El conocimiento de esta patología y la sospecha clínica precoz permitirá a clínicos y gastroenterólogos diagnosticar y tratar adecuadamente a los pacientes afectados, teniendo en cuenta que se puede presentar como simulador de otras patologías.

PÓSTER

Código: 0044

¿EXISTEN DIFERENCIAS REGIONALES EN EL PAÍS EN CUANTO AL TIPO DE TRATAMIENTO ADMINISTRADO A PACIENTES CON ENFERMEDADES INFLAMATORIAS INTESTINALES? RESULTADOS DE UN ESTUDIO DE CORTE TRANSVERSAL NACIONAL

Modalidad: Resúmenes Científicos - Oral

Unidad Temática: GASTROENTEROLOGÍA - Colon y recto - Enfermedad Inflamatoria intestinal

ESCATI PEÑALOZA, Luciana(1) | LASA, Juan(2) | OLIVERA SENDRA, Pablo(2) | ZUBIAURRE, Ignacio(3)

FUNDACIÓN MAS VIDA DE CROHN Y COLITIS ULCEROSA (1); CEMIC (2); HOSPITAL BRITÁNICO DE BUENOS AIRES (3)

Introducción: Las enfermedades inflamatorias intestinales (EII) son un grupo de trastornos inmunomediados con un impacto significativo en la calidad de vida. La mayoría requiere seguimiento adecuado y un tratamiento crónico con el objetivo de inducir y mantener la remisión clínica y endoscópica. El acceso a servicios de salud y tratamientos en un mismo país puede ser heterogéneo. Existe poca evidencia al respecto en nuestro país.

Objetivo/s: Describir qué tipo de tratamiento médico reciben los pacientes con EII en Argentina y comparar la proporción del tipo de tratamiento por regiones del país. **Material (pacientes) y métodos:** Se diseñó un estudio de tipo corte transversal, el cual fue aprobado por el comité de ética de nuestra institución. A través de la Fundación Mas Vida de Crohn & Colitis Ulcerosa, se envió un breve cuestionario a sujetos con diagnóstico de colitis ulcerosa/colitis indeterminada y enfermedad de Crohn en el que se preguntaba: género, edad, provincia en la que eran tratados, si el diagnóstico fue constatado por endoscopia con biopsia, años de diagnóstico, tratamiento y seguimiento en institución de salud pública o privada, tipo de tratamiento farmacológico que recibían al momento del cuestionario. Se compararon las proporciones de tratamientos reportados por regiones del país: Ciudad Autónoma de Buenos Aires, provincia de Buenos Aires, Noroeste (Misiones, Corrientes, Entre Ríos, Santa Fe, Chaco, Formosa, Santiago del Estero), Centro-Noroeste (La Pampa, Córdoba, Tucumán, Catamarca, Salta, Jujuy), Cuyo (San Luis, San Juan, Mendoza, La Rioja) y Patagonia (Neuquén, Río Negro, Chubut, Santa Cruz, Tierra del Fuego).

Resultados: Se invitaron a participar a 790 sujetos, de los que completaron el cuestionario de manera completa 369 (46.7%) – 272 sujetos con diagnóstico de colitis ulcerosa o colitis indeterminada y 97 con diagnóstico de enfermedad de Crohn; 66.66% se trataban en Ciudad Autónoma de Buenos Aires (24.93%) o provincia de Buenos Aires (41.73%). La mediana de tiempo de diagnóstico fue de 6 años (RIC 25-75% 3-9), el rango etario más frecuente fue 31-40 años (40%) y el 78.04% fueron mujeres. No encontramos diferencias significativas en cuanto estos datos entre sujetos con colitis ulcerosa/colitis indeterminada y enfermedad de Crohn. Tampoco encontramos diferencias en relación a la distribución por regiones, salvo por la mayor proporción relativa de sujetos con colitis ulcerosa/colitis indeterminada con más de 10 años de tiempo de diagnóstico en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires [OR 2.49 (1.32-4.69)]. En cuanto al tratamiento por región en sujetos con colitis ulcerosa/colitis indeterminada, el 54.06% refirió recibir tratamiento con aminosalicilatos orales y/o tópicos, el 17.62% refirió tratamiento con tiopurinas o metotrexato y el 16.34% recibe algún tipo de biológico. No se encontraron diferencias significativas regionales en dichas proporciones. En cuanto a la enfermedad de Crohn, el 21.45% recibe tiopurinas o metotrexato, mientras que una proporción significativamente mayor de sujetos reciben algún tipo de biológico [OR 1.56 (1.15-3.46)]. Tampoco encontramos diferencias significativas regionales en dichas proporciones.

Conclusiones: No se encontraron diferencias significativas regionales en el país en cuanto a los tipos de tratamientos reportados por sujetos con EII.

PÓSTER

Código: 0051

PIODERMA GANGRENOSO COMO MANIFESTACION EXTRAINTESTINAL DE COLITIS ULCEROSA

Modalidad: Casos Clínicos - Póster Oral

Unidad Temática: GASTROENTEROLOGÍA – Colon y recto - Enfermedad Inflamatoria intestinal

RIVEROS, Ignacio | PORFILIO GULARTE, Giovanna | SARTORI, Diego, Eloy | BARRERO, Fernando, Javier | DE OLIVERA, Sebastian | LLERA SOSA, María Milena | LOPEZ, Gisele Salome | SCIANGULA, Mariana | CORSI, María Jose | GONZALES CAMPOS, Gabriela | LORENZATI, María Angelica

HOSPITAL ESCUELA DE AGUDOS DR. RAMON MADARIAGA

Introducción: El piodermagangrenoso es una rara dermatosis neutrofílica que puede ser idiopática o esta relacionada con enfermedades sistémicas como enfermedad inflamatoria intestinal. Es una de las manifestaciones extraintestinales más severas de la colitis ulcerosa. Esta lesión se presenta más frecuentemente en la piel de las extremidades inferiores y el tronco. Presentamos en la que diagnóstico se realizó por la presentación clínica y la biopsia de la lesión.

Objetivo/s: Revisamos las características clínicas y patológicas de un caso de pioderma gangrenoso asociado a colitis ulcerosa en nuestra institución.

Material (pacientes) y métodos: Paciente femenina de 28 años de edad con diagnóstico de Colitis Ulcerosa en el año 2017 en contexto de aumento en el número de deposiciones, catarsis bristol 7, asociado a proctorragia y esputo rectal para lo que se realiza estudios endoscópicos donde se diagnóstica pancolitis con actividad severa Mayo 3 y anatomía patológica compatible para lo que inicia tratamiento con corticoides vía oral, evolucionando posteriormente de manera tórpida con manifestaciones extraintestinales, principalmente artralgias por lo que inicia tratamiento biológico con anti TNF (infliximab) intercurriendo en la última infusión con reacción anafiláctica con disnea clase función IV por lo que se decide suspender infusión. Actualmente inicia en mes de enero del corriente año con lesión en miembro inferior derecho con bordes regulares y eritematosos, con exudado purulento y áreas necróticas de aproximadamente 10 x 10 cm (imagen 1) dolor local para lo que consulta a servicio de gastroenterología, concomitantemente presenta aumento en el número de catarsis (6/día), proctorragia, acompañada de anemia severa y reactantes de fase aguda elevados por lo que se calcula Score True-love Witts modificado (semicuantitativo) de 14, decidiéndose su internación realizándose tratamiento con corticoides endovenosos y nueva colonoscopia que informa: colitis ulcerosa izquierda (mayo 1), pseudopolipos inflamatorios con anatomía patológica con edema, vasos congestivos, microhemorragia y denso infiltrado inflamatorio mixto. Durante la internación es valorada por servicio de dermatología quien realiza biopsia de piel compatible con pioderma gangrenoso

Resultados: Se decide iniciar tratamiento corticoides, mesalazina y Adalimumab, inducción y mantenimiento cada 15 días con franca mejoría de lesión de miembro inferior (imagen 2) y mejoría del número de las deposiciones y de los sangrados.

Conclusiones: El pioderma gangrenoso es una dermatosis neutrofílica de etiopatogenia aún no bien definida, que se asocia con padecimientos sistémicos, con un fondo inmunológico. Es de difícil manejo porque hasta el momento no hay un fármaco que lo cure. Los corticoides son el patrón de referencia en el tratamiento de esta enfermedad y una de las últimas teorías en la patogenia es la influencia del anti TNF; del que se reportan casos aislados de mejoría con biológicos dirigidos contra este factor.

PÓSTER

Código: 0148

COMPLICACIÓN CUTÁNEA DE COLITIS ULCEROSA EN UNA PACIENTE CON PROCTOCOLECTOMÍA

Modalidad: Casos Clínicos - Póster

Unidad Temática: GASTROENTEROLOGÍA – Colon y recto - Enfermedad Inflamatoria intestinal

BRODERSEN, Carlos | GEMELLI, Federico | MAURETTE, María Victoria | SALTOS, Soledad | MARTURANO, María Victoria | NAVARRO, Yuranis

Hospital Durand

Introducción: El pioderma gangrenoso (PG) es una enfermedad inflamatoria infrecuente y destructiva que pertenece al grupo de las dermatosis neutrofílicas. Entre un 30 y un 75% de los casos se encuentran asociados a una enfermedad sistémica, en su mayoría a la enfermedad inflamatoria intestinal (EII). El desarrollo de PG como una manifestación extraintestinal de colitis ulcerosa (CU) tiene una incidencia entre 0,6% y 15%. Se caracteriza por la aparición de nódulos y pústulas estériles, únicas o múltiples.

Objetivo/s: Presentar un caso de complicación extraintestinal de CU en una paciente con proctocolectomía total.

Material (pacientes) y métodos: Paciente de sexo femenino de 24 años, con antecedente de proctocolectomía total, hace 2 años, por CU refractaria al tratamiento médico, con posterior reconstrucción del tránsito intestinal con una anastomosis ileoanal con reservorio ileal en "J" que es evaluada por lesiones pustulosas de entre

0,5 y 1 cm de diámetro dispersas uniformemente por todo el cuerpo, dolorosas.

Resultados: El informe histopatológico de las lesiones reveló hiperplasia epidérmica con un denso infiltrado inflamatorio de polimorfonucleares, que se extiende hasta la dermis profunda. No desarrolló gérmenes en los cultivos de las lesiones. Se interpretó el cuadro como PG y se inició tratamiento con corticoides sistémicos en altas dosis (Metilprednisona 60 mg/día), con mejoría a las 48 horas y remisión completa de las lesiones a los 15 días.

Conclusiones: El PG es una manifestación extraintestinal de la EII, más común en la colitis ulcerosa. Las lesiones, que se presentan habitualmente en miembros inferiores y perióstoma, aparecen como ampollas que posteriormente destechan dejando una úlcera profunda y dolorosa. Puede tener curso paralelo o independiente de la actividad de la EII. El tratamiento es el mismo que el de la EII. Los corticoides en altas dosis han probado tener una buena eficacia en el manejo de ésta enfermedad, solos o en combinación con otras drogas inmunosupresoras como Azatioprina, Ciclofosfamida, o fármacos biológicos como el Infliximab.

PÓSTER

Código: 0165

¿PESQUISA DE CÁNCER COLORRECTAL A PARTIR DE LOS 50 AÑOS? ESTUDIO COMPARATIVO RETROSPECTIVO DE TASA DE DETECCIÓN DE ADENOMAS EN PACIENTES ENTRE 45-49 AÑOS Y 50-55 AÑOS

Modalidad: Resúmenes Científicos - Póster

Unidad Temática: GASTROENTEROLOGÍA – Colon y recto - Neoplasia

SALTOS, Soledad | GARCÍA ANAPIO, Lucía Soledad | CONGEDO, Antonella | DI PAOLA, Leandro | BRODERSEN, Carlos

Hospital Durand

Introducción: El cáncer colorrectal es uno de los cánceres más frecuentes a nivel mundial. Debido a su alta incidencia y mortalidad se realiza prevención secundaria a través de un programa de screening. En las últimas décadas se ha detectado un marcado incremento en la incidencia en pacientes menores de 50 años. Por tal motivo se funda la necesidad de estudiar a esta población y debatir el impacto que tendría en la salud pública incluir a estos pacientes en estudios de tamizaje.

Objetivo/s: Determinar la prevalencia de adenomas avanzados, carcinoma in situ y cáncer colorrectal en pacientes entre 45 y 49 años, comparar la tasa de detección de adenomas en la población de 45-49 años con el grupo etario de 50 a 55 años, y evaluar la indicación de colonoscopia de screening según los hallazgos.

Material (pacientes) y métodos: Se llevó a cabo un estudio de corte transversal retrospectivo, analítico en el que se incluyeron 169 pacientes de 45 a 49 años y 296 pacientes de 50 a 55 años de edad, a los que se realizó videocolonoscopia en nuestro centro entre junio 2016 y febrero 2020. Se incluyeron pacientes entre 45 y 49 años inclusive, con o sin antecedentes familiares de cáncer colorrectal y se excluyeron aquellos con antecedentes de Enfermedad Inflamatoria intestinal (Colitis ulcerosa o Enfermedad de Crohn), antecedentes de síndrome genéticos que incrementan la tasa de cáncer colorrectal (Síndrome de Lynch o Poliposis adenomatosa familiar, antecedente familiar de primer grado con diagnóstico en edad menor a 50 años, etc.), preparación colónica subóptima (Boston \leq 5), colonoscopia incompleta, excepto causa tumoral.

Resultados: La prevalencia de adenomas avanzados, carcinoma in situ y cáncer colorrectal en pacientes entre 45 y 49 años fue de 8.87% (15 de 169 colonoscopías). En el grupo de pacientes de 50-55 años, se obtuvo una prevalencia de 8.78% (26 de 296 colonoscopías). La tasa de detección de adenomas en el grupo 1 fue de 18.34% mientras que en el grupo 2 fue de 21.28%. Ambos sin diferencias estadísticamente significativas.

Conclusiones: Estos resultados evidencian que la proporción de lesiones avanzadas en ambos grupos fue similar y que, si bien se necesita un mayor tamaño muestral para poder analizar la relevancia de estos datos, debemos considerar reducir la edad de inicio de screening del cáncer colorrectal.

PÓSTER

Código: 0140

POLIANGEÍTIS MICROSCÓPICA: MANIFESTACIONES GASTROINTESTINALES. REPORTE DE UN CASO

Modalidad: Casos Clínicos - Póster

Unidad Temática: GASTROENTEROLOGÍA – Enfermedades infecciosas - Miscelánea

NAVAS, Lisandro Marcelo | TREVIZAN, Victoria | BULATY, Sofía | JAUREGUIZAHAR, Fernanda | ZITELLI, Ludmila | TAMAGNONE, Norberto Luis | RIFRANI PUYADE, Gabriel Diego | REGGIARDO, María Virginia | TANNO, Federico | TANNO, Mario | RUFFINENGO, Orlando | TANNO, Hugo | BESSONE, Fernando

HOSPITAL PROVINCIAL DEL CENTENARIO

Introducción: Las vasculitis son un grupo heterogéneo de enfermedades que se caracterizan por la inflamación de las paredes de los vasos sanguíneos. Se clasifican

según el tipo y tamaño de los vasos afectados. La poliangeítis microscópica (PAM) es una enfermedad autoinmune idiopática, que afecta predominantemente a los vasos sanguíneos de pequeño calibre y se asocia con la presencia de autoanticuerpos anticitoplasma de neutrófilos (ANCA). Afecta más frecuentemente a órganos como el pulmón y riñón y menos frecuentemente al tracto digestivo. El síntoma gastrointestinal más frecuente es el dolor abdominal, que puede ocurrir entre el 30-58%. La hemorragia digestiva ocurre en hasta el 21-29% de los pacientes y menos frecuentemente puede presentarse como hemorragia masiva, ulceraciones colónicas, isquemia intestinal y perforación intestinal. Los glucocorticoides son el tratamiento de elección. En ocasiones es necesario combinarlos con agentes inmunosupresores adicionales, incluido el metotrexato y la ciclofosfamida además de factor de necrosis antitumoral o eventualmente terapias con células B, en casos resistentes.

Material (pacientes) y métodos: CASO CLINICO: Paciente mujer de 57 años de edad, con antecedente de poliangeítis microscópica con afectación cutánea, pulmonar y renal, en hemodiálisis trisemanal que reinicia diálisis 2 meses antes de la aparición de los síntomas por reactivación de enfermedad de base. Consulta por un cuadro de 4 días de evolución caracterizado por deposiciones diarreas de características acuosa, no disenteriformes, en número de 10 por día, acompañado de dolor abdominal tipo cólico, difuso asociado a náuseas sin vómitos. Agrega varios episodios de hematoquecia y proctorragia dentro de las 12 horas previas al ingreso. Laboratorio de ingreso: hcto: 45 gb: 9460 u: 91, cr: 8.62, k+: 3.32, PCR: 32, LDH: 493. Tomografía de abdomen y pelvis con contraste: engrosamiento parietal circunferencial, regular, del marco colónico hasta la región proximal de colon descendente, a predominando en colon ascendente, asociado a reticulación de la grasa y mostrando líquido libre adyacente a la lesión VCC: mucosa edematosa, pérdida del patrón vascular, afectación parcheada de la mucosa caracterizada por eritema, friabilidad de la mucosa, úlceras con fibrina distribuidas a lo largo de todo el marco colónico, predominando en transversal, colon derecho y ciego. Anatomía patológica: Infarto mucoso necro-hemorrágico colónico secundario a etiología vascular. Se decide su ingreso a unidad de cuidados intermedios donde se indica pulso con metilprednisolona e inmunoglobulina endovenosa. Posteriormente se realiza la primera dosis de Rituximab asociado a una mejoría clínica significativa. DISCUSION: La PAM es una vasculitis sistémica, de etiología autoinmune, poco frecuente, de presentación heterogénea, donde en ocasiones, suele presentar un desafío diagnóstico. Las manifestaciones gastrointestinales varían desde síntomas leves a afectaciones potencialmente mortales, por lo cual el tratamiento inmunosupresor temprano disminuye la morbi-mortalidad.

Conclusiones: Decidimos comunicar un caso de PAM debido a su baja incidencia en la práctica gastroenterológica y asociado a una forma atípica en su presentación clínica.

PÓSTER

Código: 0233

CARCINOMA DE CELULAS PEQUEÑAS DEL TUBO DIGESTIVO. UN DIAGNOSTICO DIFICIL DE TRAGAR

Modalidad: Videos Científicos - Oral

Unidad Temática: GASTROENTEROLOGÍA – Esófago - Neoplasia

LAFAGE, Matias | PUCCI, Betiana | ADRIAN, Sambresqui | FRANCO ALANIS, Fabiana | BRAYER, Santiago | LAUDANNO, Oscar Miguel Oreste

INSTITUTO DE INVESTIGACIONES MÉDICAS ALFREDO LANARI

Introducción: El carcinoma de células pequeñas es un tumor neuroendocrino muy agresivo y pobremente diferenciado que puede comprometer prácticamente todos los sistemas. Los órganos gastro intestinales son los más afectados fuera de la localización pulmonar. Con menos frecuencia compromete el aparato genitourinario, tiroides, laringe, y glándula salival. Dentro del sistema digestivo el esófago es el lugar más afectado, seguido del estómago y el colon. Para hacer el diagnóstico de origen extrapulmonar es fundamental descartar afectación pulmonar.

Objetivo/s: Presentar dos casos clínicos de una patología poco frecuente con localización inusual.

Material (pacientes) y métodos: Caso 1: hombre de 93 años, ex tabaquista de 50 pack/year, miocardiopatía dilatada e insuficiencia renal crónica. Consulta por disfagia progresiva en contexto de anemia (Hb 10 g/dl). Endoscopia digestiva alta revela lesión esofágica estenosante, ulcerada desde los 30 a los 40 cm de ADS. Patología: carcinoma de células pequeñas con Inmunoquímica intensamente positiva para Cromogranina, Sinaptosina y CD56. TC tórax y abdomen evidencia adenomegalia de 32 mm peri Vena Cava Inferior retro hepática. Se decide colocación de prótesis esofágica como tratamiento paliativo. Fallece a los 3 meses. Caso 2: mujer de 62 años con 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 colestático, 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.

Resultados: Carcinoma de células pequeñas del tracto gastrointestinal.

Conclusiones: El carcinoma de células pequeñas del tubo digestivo es una afección infrecuente con escasa evidencia disponible. Su tratamiento se basa en la resección quirúrgica, la radio y la quimioterapia con escaso beneficio. Extrapolado de los resultados en tumores pulmonares, se esta valorando utilizar inhibidores del Checkpoint en los casos avanzados. Es importante el reporte de casos, para conocer mejor esta entidad y poder optimizar el tratamiento y mejorar la supervivencia.

PÓSTER

Código: 0179

MIOTOMÍA ENDOSCÓPICA PERORAL PARA EL TRATAMIENTO DE LOS TRASTORNOS MOTORES ESOFÁGICOS

Modalidad: Casos Clínicos - Póster Oral

Unidad Temática: GASTROENTEROLOGÍA – Esófago - Trastornos motores

LLERA SOSA, María Milena | PORFILIO GULARTE, Giovanna | DE OLIVERA, Sebastian | RIVEROS, Ignacio | LOPEZ, Gisele Salome | SCIANGULA, Mariana

HOSPITAL ESCUELA DE AGUDOS DR. RAMÓN MADARIAGA

Introducción: El esófago en cascanueces o Nut Cracker definido por manometría por la presencia de peristalsis hipertensiva, desencadenado por impulsos colinérgicos excesivos que lleva a una excitación desproporcionada y a una hipertrofia de las fibras de músculo liso generando en los pacientes que la padecen dolor torácico no cardíaco, disfagia, pirosis con importante afectación en la calidad de vida.

Objetivo/s: Evaluar la eficacia y seguridad de la miotomía endoscópica peroral (POEM) en el tratamiento de los trastornos espásticos.

Material (pacientes) y métodos: Paciente de sexo masculino de 66 años de edad, ex tabaquista de 40 paquetes/año, obesidad grado I e hipertensión arterial con regular adherencia al tratamiento. Inicia hace 6 años con dolor torácico, retroesternal, opresivo, intermitente, de intensidad moderada/severa, con irradiación a dorso que en ocasiones se presentaban postprandiales y asociados a disfagia baja. Consultó en múltiples oportunidades al servicio de Cardiología descartando patología coronaria isquémica. Posteriormente, fue evaluado por neumonología descartando patologías respiratorias y por servicio de salud mental en donde no presenta interrogatorio compatible con trastornos psiquiátricos. Ante la persistencia de la sintomatología consulta a gastroenterología en donde se le realiza: -VEDA: esófago con mucosa de tercio superior, medio e inferior de aspecto normal observándose en todo el estudio la presencia de ondas terciarias. Estómago con mucosa congestiva en cuerpo y antro con anatomía patológica que descarta helicobacter pylori. -SEGD: ondas terciarias en todo el cuerpo esofágico y reflujo gastroesofágico grado II. Inicia tratamiento con inhibidor de bomba de protones por seis semanas sin mejoría de la sintomatología -Manometría Esofágica: 100% de ondas peristálticas con una amplitud promedio de 200 mmHg en 4 secuencias con Esfínter esofágico inferior (EEI) normotónico con relajación completa. Trazado compatible con Esófago en Cascanueces. -Impedancia-PHmetría: no evidencia reflujo patológico. Score de De Meester de 13. AET (tiempo de exposición ácida): 3,6%. Número total de reflujos: 70.

Resultados: Se inicia tratamiento farmacológico en forma secuencial iniciando con medidas higiénico dietéticas, inhibidor de bomba de protones, amitriptilina y nitratos refiriendo mejoría parcial de la sintomatología con tiempo máximo asintomático de 2 meses. Por persistencia sintomática y fracaso al tratamiento farmacológico se decide realizar POEM.

Conclusiones: En el seguimiento evolutivo del paciente hasta los 12 meses, se encuentra con buena evolución clínica (ausencia del dolor torácico y disfagia baja) e imagenológica con mejoría de su calidad de vida.

PÓSTER

Código: 0011

GASTRITIS Y HELICOBACTER PYLORI EN PACIENTES CON SÍNTOMAS DISPÉPTICOS QUE ASISTEN A UN HOSPITAL PÚBLICO

Modalidad: Resúmenes Científicos – Póster

Unidad Temática: GASTROENTEROLOGÍA – Estómago – duodeno-Helicobacter pylori

BENAVIDEZ, Gonzalo(1) | CAZON, Rene(2) | MERCADO, Johana(3) | SEOANE, Maria Carmen(4) | JULIO, Lanciotti(5)

HOSPITAL PADILLA (1); SOCIEDAD ARGENTINA DE GASTROENTEROLOGIA (2); HOSPITAL PADILLA (3); HOSPITAL PADILLA (4); FEDERACION ARGENTINA DE GASTROENTEROLOGIA (5)

Introducción: Helicobacter Pylori (H. pylori) es una bacteria que crece en una estrecha asociación con el revestimiento del estómago y se asocia con diversas enfermedades gástricas humanas; causa morbilidad y mortalidad significativas en todo el mundo.

Objetivo/s: Determinar la prevalencia de gastritis crónica y H. pylori en biopsias gástricas de pacientes que consultaron por síntomas dispépticos en los últimos cuatro años que asistieron al H. Padilla.

Material (pacientes) y métodos: Se realizó un estudio descriptivo retrospectivo, la población estuvo compuesta por 1267 historias clínicas de pacientes que consultaron por dispepsia en los últimos cuatro años dentro del Hospital Ángel C padilla a los cuales se le realizó endoscopia digestiva alta y se tomó muestra de biopsia para detección de H. pylori.

Resultados: Se observa que el 97,6% de los pacientes presentaron diagnóstico de gastritis crónica en los últimos 4 años, con una mayor presencia de Gastritis Crónica en el año 2017 en una proporción del 52,6%. El 92,8% de tipo de gastritis son producidas por H. pylori. El 95,6% de los pacientes menores de 40 años presenta H. pylori, sin distinción de sexo. Dentro de los hallazgos histopatológicos se encontró que la presencia de H. pylori produce el 95% Infiltrado inflamatorio crónico difuso, el 79,2% de los de los pacientes que Presentan neutrófilos o granulocitos y el 79% formación de erosiones. No se encontraron áreas de metaplasia o displasia en este estudio

Conclusiones: La prevalencia de H. pylori en este estudio es alta, comparada con otras investigaciones, se presentó de manera inusual comparada en los diferentes grupos étnicos. La cantidad de H. pylori se correlacionó con la intensidad de la inflamación y la actividad neutrofílica.

PÓSTER

Código: 0059

EFFECTIVIDAD DEL PIRIDIN-CARBOXILATO DE ZINC. UN NUEVO TRATAMIENTO COMBINADO PARA LA GASTRITIS POR HELICOBACTER PYLORI

Modalidad: Resúmenes Científicos – Oral

Unidad Temática: GASTROENTEROLOGÍA – Estómago – duodeno-Helicobacter pylori

BEDINI, Oscar Alfredo(1) | NAVES, Ariel(2) | SAN MIGUEL, Patricia(1) | BRUNETTI, José(1)

CENTRO DE ENDOSCOPIA DIGESTIVA DE ROSARIO (.CEDIR) (1); INSTITUTO DE HISTOPATOLOGÍA DE ROSARIO (2)

Introducción: El zinc (Zinc-piridin-3-carboxilato), es un metal con propiedades regenerativas y acción vasodilatadora. Absorbido por las células intestinales muestra acción antimicrobiana; se encuentra en las células metaplásicas intestinales y en mayor concentración en las células de Paneth, de pacientes con colitis ulcerosa. Considerando su posible rol antimicrobiano, estudiamos su acción en el tratamiento de pacientes con gastritis por Helicobacter pylori (Hp). El Hp puede localizarse en los pacientes portadores, a veces solo en el antro gástrico, otras en cuerpo y también en ambos. Rara vez localiza en techo gástrico en esófago distal. Hemos incorporado a este estudio, los pacientes que mostraron positividad para el Hp siguiendo el protocolo de Sydney para biopsias (n=5) con VEGDF.

Objetivo/s: Utilizar el Zinc (Zinc-piridin-3-carboxilato), en el tratamiento de los pacientes con gastritis por Hp, evaluando la tasa de erradicación cuando es administrado conjuntamente con las drogas de uso habitual.

Material (pacientes) y métodos: Se estudiaron 7 grupos (G) de 12 pacientes, donde los G: 1,2,3 fueron controles . Se incluyeron los pacientes con biopsias con una cruz (+) o más de densidad de Hp. Fueron controlados con endoscopia y biopsia 2 meses post- tratamiento. Se utilizó en el estudio biopsico coloración Giemsa para identificación del Hp. Los fármacos utilizados fueron: Amoxicilina 875 mg (Amox), Claritromicina 500 mg (Clar.), Levofloxacina 500 mg (Levo), Metronidazol 500 mg (Metro),Esomeprazol 40 mg (Eso), P-Carboxilato Zinc (Zn). Los tt se efectuaron por 14 días salvo el tt con Zn y ESO, que se extendió por 60 días. Se estableció la tasa de erradicación para cada grupo. G 1: 12(P): Amox. 875 mg 1/12 hs – Clar. 500 mg 1/12 hs – Eso. 40 mg. 1 / 24 hs. G 2:12(P): Amox. 875 mg 1/12 hs – Levo. 500 mg 1/12 hs – Eso. 40 mg. 1 / 24 hs. G 3: 12(P): Amox. 875 mg 1/12 hs – Metro. 500 mg 1/12 hs – Eso. 40 mg. 1 / 24 hs. G 4:12(P): Amox. 875 mg – Clar. 500 mg – Eso. 40 mg. – Zn 200mg 1/24 hs. G 5:12(P): Amox. 875 mg – Levo. 500 mg – Eso. 40 mg. – Zn 200mg 1/24 hs G 6: 12(P): Amox. 875 mg – Metro. 500 mg – Eso. 40 mg. – Zn 200mg 1/24 hs G 7: 12 (P): TT secuencial. Fase 1 (7 días) + Fase 2 (7 días). Fase 1: Amox. 875 mg – Levo. 500 mg – Eso. 40 mg. – Zn 200mg 1/24 hs por 7 días. Fase 2: Amox. 875 mg – Metro. 500 mg – Eso. 40 mg. – Zn 200mg 1/24 hs por 7 días.

Resultados: Grupo 1: Persistencia Hp : 4 pacientes . Tasa de erradicación: 66.6 % Grupo 2: Persistencia Hp: 3 pacientes. Tasa de erradicación: 75 % Grupo 3: Persistencia Hp: 3 pacientes.Tasa de erradicación: 75 % Grupo 4: Persistencia Hp: 2 pacientes. Tasa de erradicación: 83.3 % Grupo 5: Persistencia Hp: 1 paciente. Tasa de erradicación: 91.6 % Grupo 6: Persistencia Hp: 1 paciente. Tasa de erradicación: 91.6 % Grupo 7: TT secuencial: Persistencia de la infección por Hp: 1 Paciente. Tasa de erradicación: 91.6%

Conclusiones: En esta serie la administración de Zinc conjuntamente con drogas de uso habitual para el tratamiento de la gastritis por Hp, aumentó la tasa de erradicación en los grupos tratados (4-5-6) y también cuando se realizó TT secuencial (grupo 7) en comparación con los grupos controles (1-2-3).

PÓSTER

Código: 0097

EFICACIA DE LA TERAPIA DUAL CON ALTAS DOSIS DE IBPS Y AMOXICILINA EN LA ERRADICACION DE LA INFECCIÓN POR HELICOBACTER PYLORI

Modalidad: Resúmenes Científicos – Póster Oral

Unidad Temática: GASTROENTEROLOGÍA – Estómago – duodeno-Helicobacter pylori

DULCICH, Florencia | MAN, Melina | BRIONES, America Antonella | DOWECK, Judith | BORI, Javier | BESTANI, Claudia | MENENDEZ, Graciela | ZERBO, Osvaldo | CORTI, Rodolfo

HOSPITAL DE GASTROENTEROLOGÍA DR. B. UDAONDO

Introducción: Helicobacter Pylori (Hp) afecta alrededor del 50% de la población mundial, con diferentes tasas de prevalencia según se trate de países desarrollados o en vías de desarrollo. .Es el agente causal de la úlcera péptica, es considerado carcinógeno en la cascada hacia el adenocarcinoma .linfoma Malt .La eficacia mínima exigida es del 90% según el consenso de Maastricht V/Florence, aunque ningún esquema es eficaz en el 100% de los casos En los inicios se utilizó la triple terapia clásica (AMOXI+CLARITRO) pero en los países con aumento de la resistencia a Claritromicina superior a 20% se deben ensayar otros tratamientos .como terapia concomitante con y sin Bismuto, o terapias duales con altas dosis de IBPs Y amoxicilina ya que el triple esquema clasico no supera el 70% de erradicación. A la fecha hay escasa bibliografía disponible en Latinoamérica sobre la Terapia Dual con altas dosis de IBPs +Amoxicilina (TDAD).

Objetivo/s: Primario: determinar la tasa de erradicación con altas dosis de IBPs y Amoxicilina en pacientes HP+, sin tratamiento previo. Secundario: Evaluar presencia de efectos adversos.

Material (pacientes) y métodos: En un estudio observacional, prospectivo abierto, se incorporaron 52 pacientes ambulatorios, 23 hombres (44%) y 29 mujeres (56%) en el período comprendido entre septiembre 2015 y mayo de 2021.El estado de infección fue evaluado por VEDA, con biopsias + Histología con técnica de Giemsa según protocolo de Sidney Houston. Se administró IBPs (OMP 80 mg/día) y Amoxicilina 4 gr/día por 14 días. Variables predictoras: presencia de HP en biopsias de mucosa gástrica, por técnica de Giemsa. Variable resultado: TAE C13 (Test aire espirado) o antígenos en materia fecal para Hp a partir de las 8 semanas de finalizado el tratamiento.

Resultados: Síntomas pretratamiento: 7 pacientes presentaron epigastralgia (13%),18 con Dispepsia(35%),6 pacientes con epigastralgia+ dispepsia (11%), 1 hemorragia digestiva alta (2%), 3 epigastralgia sin relación con la ingesta (6%), 3 epigastralgia con relación a la ingesta(6%) , 3 síndrome dispéptico + toma de aines (6%),11 pacientes asintomáticos(21%) . El resultado del TAE C13 /Antígeno en materia fecal fue NEGATIVO en 45 pacientes (87%) y POSITIVO en 7 pacientes (13%). Presentaron efectos secundarios: 19 pacientes con náuseas (36%),4 pacientes con vómitos(9%),9 pacientes con diarrea(17%),pero ninguno de ellos suspendió la Terapia.

Conclusiones: La Terapia Dual con Altas Dosis de IBPs+Amoxicilina en nuestro medio, presentó una eficacia del 87% (ITT) ,con buena tolerancia y bajo porcentaje de efectos adversos. Comparado con otros esquemas de erradicación muestra similar eficacia, compliance y produce escasos efectos adversos.

PÓSTER

Código: 0065

COINFECCIÓN HIV Y HELICOBACTER PYLORI: SINERGI O CASUALIDAD EN EL DESARROLLO DE GASTROPATIA ATRÓFICA AUTOINMUNE

Modalidad: Casos Clínicos – Póster Oral

Unidad Temática: GASTROENTEROLOGÍA – Estómago – duodeno-Helicobacter pylori

GUMA STROHMAYER, Magdalena | DELEÓN, Aurelia de Los Angeles | VARELA, María Julia | BRACONE, Hernan | GARCIA, Florencia | REGNASCO, Juan Santiago | SAA, Emilia Cristina

HOSPITAL PIROVANO

Introducción: La gastritis atrófica autoinmune (GAI) tipo A es una enfermedad autoinmune, órgano específica, caracterizada por la atrofia corpofúndica de la mucosa gástrica, presencia de anticuerpos anti-células parietales (ACCP) y/o anticuerpos anti-factor intrínseco y anemia perniciosa, megaloblástica. En pacientes que presentan ACCP, tanto el desarrollo de la GAI como la infección por Helicobacter Pylori (HP) son más frecuentes. La progresiva hipoclorhidria vinculada a la GAI crea un ambiente inhóspito para la bacteria y su eventual erradicación espontánea. El HP es causa de la infección bacteriana crónica más frecuente en humanos. La transmisión es persona a persona y el mecanismo de contagio, fecal oral. Está implicado en el desarrollo de gastritis atrófica, úlcera péptica, adenocarcinoma y linfoma gástrico.

La infección por HIV causa la destrucción de Linfocitos T CD4, acompañada de la activación aberrante del resto de los componentes del sistema inmune. La mimetización molecular entre las proteínas del HIV y los antígenos propios pueden causar reacción cruzada derivando en una enfermedad autoinmune. Esta disregulación de la homeostasis de Células T, puede derivar en el desarrollo de ACCP, por ejemplo.

Objetivos: Mostrar y reportar a la comunidad médica la inusual triple asociación del síndrome de la inmunodeficiencia humana (HIV), GAI e infección crónica por HP.

Material (pacientes) y métodos: Con el fin de estudiar dos pacientes portadores del HIV en tratamiento antirretroviral con anemia megaloblástica y ACCP se indica una videoendoscopia digestiva alta (VEDA) diagnóstica donde se evidencia macro y microscópicamente atrofia corpopilórica. En el estudio de histopatológico se halla, mediante la técnica de Giemsa, bacilos Gram Negativos correspondientes a HP. Se presentan ambos en buen estado general y semiológicamente presentan hematomas espontáneos en miembros inferiores y parestesia. En el laboratorio se constata triciteopenia, ácido fólico dentro de valores normales, LDH mayor a 6000 UI/l, vitamina B12 (VB12) indosable que se corrige con VB12 Intramuscular y se lleva a cabo el tratamiento erradicatorio del HP.

Resultados: Se interpreta el cuadro como anemia perniciosa secundaria a gastritis atrófica autoinmune con infección por HP en pacientes coinfectados con HIV. Desde el punto de vista hematológico y neurológico evolucionan favorablemente, desapareciendo los hematomas y la parestesia respectivamente. Sólo uno de ambos pacientes pudo realizarse VEDA de control con el fin de buscar la erradicación del HP, donde se evidencia gastropatía eritematosa de techo, cuerpo y antro con disminución de la distensibilidad de las paredes gástricas a la insuflación y menor número de pliegues. Histopatología: Gastritis antral y corpopilórica crónica moderada inactiva con atrofia y metaplasia pseudopilórica en el cuerpo gástrico. Negativo para HP y displasia. Seriado esófago-gastro-duodenal que informa estómago en cascada, observándose disminución de la distensibilidad a nivel del techo y cuerpo gástrico superior. Continuo control por Infectología y Gastroenterología.

Conclusiones: Si bien el HIV y la autoinmunidad pueden existir de forma independientes una de la otra, la presencia de un cofactor como en este caso el HP, puede ser suficiente y necesario para desencadenar la pérdida de la tolerancia inmunológica en paciente HIV, con el desarrollo de ACCP y luego la GAI. Aquí, en dos pacientes se observa la coinfección HIV, HP y el fenómeno autoinmune (GAI). Por el momento no se han constatado reportes de casos con esta triple asociación. Teniendo en cuenta que Argentina es zona endémica de la infección por HP, nos preguntamos si está justificado evaluar este agente endoscópicamente o por método no invasivo como el test del aire espirado a los pacientes HIV positivos, con ACCP en forma sistemática, buscando esta asociación que describimos: HIV, HP, y GAI.

PÓSTER

Código: 0045

SINDROME DE RAPUNZEL

Modalidad: Casos Clínicos - Póster

Unidad Temática: GASTROENTEROLOGÍA – Estómago – duodeno-Miscelánea

SEIGUERMAN, Juan | DELBUENO, Agustin | NAPOLI, Roxana | FABBÍ, Daniel | POMARES, Pablo | PONISIO, Florencia | ORELLANO, Mariana

HOSPITAL M.V LARRAIN

Introducción: El Tricobezoar es una patología que se caracteriza por la formación de una colección de material ingerido (cabello) en el tracto digestivo, asociado con desórdenes psiquiátricos. La localización más frecuente es gástrica y se presenta en más del 90% en pacientes femeninas con una máxima frecuencia de aparición entre los 10 y 19 años, con una incidencia total menor al 0.5%. Se presenta más frecuentemente como un síndrome pilórico, asociado a pérdida de peso, anemia e hipoproteinemia y masa palpable abdominal, en contexto de paciente con antecedentes de tricofagia. Las complicaciones que puede presentar son perforaciones en intestino delgado y estomago y úlceras asociadas.

Objetivo/s: Presentar un caso de baja incidencia. Demostrar la relación directa entre el antecedente de desorden psiquiátrico y el tricobezoar, debiendo realizar un interrogatorio dirigido, para arribar a un diagnóstico rápido. Cotejar la presentación clínica descrita en la bibliografía, con el caso propuesto.

Material (pacientes) y métodos: Paciente femenina de 16 años, sin antecedentes de importancia (no los refiere) que concurre al Servicio de Gastroenterología por saciedad precoz, epigastralgia, distensión abdominal con pérdida de peso de 3 meses de evolución, que en los últimos 10 días se asocia a halitosis, náuseas y vómitos. Al examen físico presenta dolor abdominal y masa palpable en epigastrio a la palpación profunda, sin reacción peritoneal. Se realiza química sanguínea que informa Anemia (Hto 30% y Hb 8g/l), hipoproteinemia (5.5g/dl) e hipoalbuminemia (2.8 gr/dl). Radiología simple de abdomen normal y Ecografía abdominal que informa masa intraluminal ecogénica. En la Endoscopia digestiva alta se evidencia tricobezoar color negro verdoso que genera síndrome pilórico asociado a áreas de erosiones lineales gástricas, el mismo ocupa desde el techo gástrico hasta duodeno sin poder observar su finalización, no pudiendo realizar maniobras terapéuticas por este medio. Al momento del diagnóstico no se contaba con Tomografía computada disponible en la institución.

Resultados: Debido al tamaño y extensión del cuerpo extraño, se decide realizar

laparotomía exploradora a través de la cual se extrae tricobezoar de 12 cm de largo x 8 cm de ancho, vía transgástrica. La paciente presenta evolución favorable y fue dada de alta 5 días después, previa evaluación por servicio de Salud mental para su seguimiento.

Conclusiones: Se presenta un caso infrecuente de dolor abdominal y masa palpable como son los tricobezoars. Dentro de estos se encuentra el Síndrome de Rapunzel, que se extiende más allá del píloro y puede llegar hasta la unión ileocecal. En estos casos es difícil la resolución endoscópica, requiriendo tratamiento quirúrgico. En nuestro caso la paciente presenta todas las características descritas en la literatura. Es imprescindible el seguimiento psiquiátrico por el riesgo de la recurrencia.

PÓSTER

Código: 0196

SME DE WILKIE. REPORTE DE UN CASO

Modalidad: Casos Clínicos - Póster Oral

Unidad Temática: GASTROENTEROLOGÍA – Estómago – duodeno-Miscelánea

CASTILLO ARECO, María Paula | CANTEROS, Julio Santiago | LEDESMA, Claudia Viviana | SALINAS, Lorena Soledad | LAFONT LUNA, Luis | SOTELO MORENO, Diego

HOSPITAL MILITAR CENTRAL CIRUJANO MAYOR DR. COSME ARGERICH

Introducción: El Síndrome de Wilkie o Síndrome de la Arteria Mesentérica Superior es una causa poco frecuente de obstrucción intestinal alta, resultante de la compresión de la tercera porción duodenal entre la aorta abdominal y la arteria mesentérica superior (AMS) en su origen. En los estudios angiográficos convencionales se evidencia un ángulo aortomesentérico menor a 25° y la distancia entre la aorta y la AMS es de 2 a 8 mm. Es un síndrome vascular raro cuyos síntomas más frecuentes son inespecíficos, como intolerancia a la ingesta, náuseas y vómitos, pérdida de peso, saciedad precoz, distensión abdominal y dolor epigástrico

Objetivo/s: En esta oportunidad, expondremos un caso clínico para contar nuestra experiencia respecto a la elección terapéutica de una entidad poco frecuente.

Material (pacientes) y métodos: Presentamos un paciente masculino de 18 años sin antecedentes médicos ni quirúrgicos. Al momento de la consulta en Gastroenterología, presentaba un IMC 16 y un cuadro clínico de náuseas, vómitos y saciedad precoz de 2 meses de evolución. Presenta ecografía abdominal y aortomesentérica que informa ángulo del compás aortomesentérico >18°.

Resultados: Frente a la sospecha diagnóstica, se solicita estudios complementarios: - Seriado esofagogastrosófago: evidencia dolicogastria, vaciamiento gástrico enlentecido con escasa peristalsis y pliegues acentuados. - Angiotomografía: ángulo del compás aorto-mesentérico disminuido, alcanzando los 22°. - Videoendoscopia digestiva alta: estomago verticalizado con ausencia de movimientos peristálticos; duodeno distendido y en su 3ra porción compresión extrínseca y latido aórtico, pudiendo corresponderse a la compresión por el compás aorto-mesentérico. - Centellograma de vaciamiento gástrico: estudio anormal a expensas de un vaciamiento gástrico demorado con retención del trazador en antro a las 4 hs. Basándonos en estos resultados, llegamos a la conclusión que el cuadro era compatible con el Síndrome de Wilkie. Luego de un ateneo multidisciplinario, y considerando que nuestro paciente no presentaba descenso de peso y los síntomas eran esporádicos, se decide iniciar con el tratamiento médico. El servicio de Nutrición indica una dieta hipercalórica, y por la presencia de náuseas, además requiere de metoclopramida 20 gotas/día. El control del peso mensual reveló un aumento promedio de 1.84 kg por mes y los laboratorios con perfil nutricional se encuentran dentro de los parámetros normales. Se repite estudio angiográfico, que informa normalidad en la emergencia del tronco celiaco, mesentérico superior e inferior y se mide el compás aorto-mesentérico el cual alcanza una angulación de 27° y una distancia de 6.2 mm de diámetro antero posterior. El paciente, al mes del diagnóstico y hasta la actualidad, se encuentra asintomático y sin requerimiento de medicación.

Conclusiones: El síndrome de Wilkie es un cuadro de obstrucción intestinal alta de etiología muy variada y presentación clínica inespecífica. El tratamiento inicial suele ser conservador, enfocado en aliviar los síntomas ocasionados por la obstrucción, recuperación del estado nutricional y corrección de los factores precipitantes. Ante el fracaso del tratamiento médico, se indica la cirugía. En nuestro paciente, los síntomas eran inespecíficos, pero los estudios imagenológicos nos permitieron llegar al diagnóstico etiológico. Se indica el tratamiento médico, basado en la dieta hipercalórica, las maniobras posturales y el uso de prokinéticos, y hasta la actualidad la respuesta es satisfactoria.

PÓSTER

Código: 0139

GASTROENTERITIS EOSINOFILICA CON COMPROMISO SEROSO: REPORTE DE UN CASO CLINICO

Modalidad: Casos Clínicos - Póster Oral

Unidad Temática: GASTROENTEROLOGÍA – Estómago – duodeno-Miscelánea

ZITELLI, Ludmila | TREVIZAN, Victoria | BULATY, Sofia | JAUREGUIZHAR, Fernanda | NAVAS, Lisandro Marcelo | TAMAGNONE, Norberto Luis | RIFRANI PUYA-

DE, Gabriel Diego | REGGIARDO, María Virginia | TANNO, Federico | TANNO, Mario | RUFFINENGO, Orlando | TANNO, Hugo | BESSONE, Fernando

HOSPITAL PROVINCIAL DEL CENTENARIO

Introducción: La gastroenteritis eosinofílica es una enfermedad inflamatoria rara y benigna caracterizada por eosinofilia tisular que puede afectar diferentes capas de la pared del tubo digestivo, más frecuentemente el estómago e intestino delgado. Clásicamente se presenta entre la tercera y quinta década de la vida, aunque puede afectar a cualquier grupo etario. Se desconocen los mecanismos moleculares que disparan la enfermedad, pero pareciera que un mecanismo de hipersensibilidad juega un papel importante en su patogenia. Se clasifica de acuerdo a la localización anatómica del infiltrado eosinofílico en tres subtipos: mucoso, muscular y seroso, lo cual determina su presentación clínica. El tipo seroso es el menos común, con una prevalencia estimada del 13% en EE. UU, causando irritación peritoneal que conduce a ascitis eosinofílica y eosinofilia periférica, peritonitis y perforación en los casos más graves. El número de eosinófilos periféricos marca la gravedad de la enfermedad, indicando que un número absoluto mayor a 5000 cel/mm³ representa una condición grave y asociada a mayor riesgo de recaída. Los criterios diagnósticos son: 1- presencia de síntomas gastrointestinales; 2- evidencia histológica de infiltrado eosinofílico en el tracto gastrointestinal o recuento elevado de eosinófilos en líquido ascítico; y 3- exclusión de otras causas de eosinofilia tisular. Las opciones de manejo para este trastorno incluyen terapia dietética y farmacológica, donde los corticoesteroides encabezan la lista del tratamiento médico. El curso posterior es variable, donde algunos pacientes entran en remisión por años, mientras que otros experimentan síntomas recurrentes durante o inmediatamente después de la interrupción del corticoide.

Material (pacientes) y métodos: Paciente femenina de 19 años, con antecedente de broncoespasmo en la infancia, consulta en el año 2019 por cuadro de 20 días de evolución caracterizado por dolor abdominal difuso asociado a distensión, y vómitos de tipo alimentarios. Laboratorio: Hto 46,6%, Hb 16,4%, leucocitos 15200 cel/mm³ (31% eosinófilos), plaquetas 502000 cel/mm³, VES 2 mm/hr. Tomografía de abdomen y pelvis: líquido libre peri hepático, peri esplénico, interesas, en ambas goteras parietocolicas, espacio de Morrison y FSD, sugestivo de ascitis moderada. Asas intestinales edematosas con paredes que miden hasta 10 mm de espesor. Examen cito-fisicoquímico del líquido ascítico: 829 elementos (59% eosinófilos). Examen coproparasitológico sin desarrollo bacteriano, y anticuerpos antiendomisio, anti gliadina, antitransglutaminasa e inmunoglobulina G negativos. Videoesoscopia digestiva alta: gastropatía inflamatoria, bulbo y segunda porción de duodeno con edema mucoso y eritema. Anatomía patológica: fragmentos de mucosa duodenal y yeyunal con moderado infiltrado inflamatorio crónico a nivel del corion con presencia de moderado número de eosinófilos (30 por campo de alto aumento). Confirmado el diagnóstico de gastroenteritis eosinofílica se inició tratamiento con Prednisona 40 mg/día, asociado a la desaparición completa de los síntomas y desaparición de la ascitis. Sin embargo, al reducir la dosis de corticoide hasta su suspensión la paciente presentó tres episodios de recaídas durante los dos años posteriores al diagnóstico. Actualmente se encuentra en tratamiento con Prednisona 10 mg y Azatioprina 50 mg/día con remisión clínica.

Conclusiones: La gastroenteritis eosinofílica es una enfermedad infrecuente y heterogénea, caracterizada por infiltración eosinofílica del tracto gastrointestinal. Se presenta con una variedad de manifestaciones gastrointestinales las cuales dependen del sitio afectado y la capa de la pared gastrointestinal involucrada. Hasta ahora no existe una guía estándar para el diagnóstico, y es especialmente necesario un alto grado de sospecha clínica. La progresión de la enfermedad es variable donde un número considerable de pacientes presenta un único episodio sin recaída, mientras que otros recaen con frecuencia o desarrollan una enfermedad crónica.

PÓSTER

Código: 0239

NECROSIS GÁSTRICA- REPORTE DE CASO

Modalidad: Casos Clínicos - Póster

Unidad Temática: GASTROENTEROLOGÍA – Estómago - duodeno-Miscelánea

VALLEJOS ROCABADO, Ana Mabel(1) | PARY COCA, Orlando(2)

HOSPITAL VITTA (1); HOSPITAL UNIVALLE (2)

Introducción: La necrosis gástrica una entidad poco frecuente por la gran irrigación que presenta este órgano, es resultado de una insuficiencia vascular difusa o localizada que puede responder a causas vasculares, hernias, dilatación gástrica aguda, vasculitis, vólvulo, traumas, exposición a cáusticos y complicaciones de cirugía abdominal, o causas metabólicas como la diabetes. En esta ocasión presentaremos un caso de necrosis gástrica por dilatación gástrica aguda.

Material (pacientes) y métodos: Caso clínico. Paciente femenina de 67 años ingresa al servicio de urgencias con cuadro 2 días de evolución con dolor abdominal difuso, tipo cólico, de inicio insidioso, que se exacerba 24 horas previas al ingreso con aumento de intensidad, distensión abdominal, náuseas que llegan al vómito en varias oportunidades, menciona automedicarse con bicarbonato cálcico, antiespasmódicos sin remisión de sintomatología. Ingreso con hipotensión 80/40 mmHg, bradicardia 47 latidos minuto, taquipnea de 28 respiraciones por minuto, temperatura de 37° C y diaforética; al examen físico abdomen distendido, RHA + hipoactivos aislados, defensa y rebote a predominio de epigastrio e hipocondrio

y flanco izquierdo. Paciente presentaba como factores de riesgo tabaquismo y sobre peso con índice de masa corporal de 26 Estudios realizados: Leucocitos de 12.000, resto de bioquímica sanguínea sin alteraciones; radiografía de abdomen imagen opaca que ocupa hipocondrio izquierdo "Nivel gástrico" ingresa con los diagnósticos de: - Abdomen agudo, Síndrome pilórico, pseudo-obstrucción intestinal. Por evolución clínica de paciente, sin mejoría de presión arterial con soluciones cristaloides paciente ingresa a la Unidad de cuidados intensivos donde se inicia tratamiento vasoactivo con noradrenalina, se instala sonda nasogástrica con débito gastro alimentario y biliario de 1500 ml, se solicitan estudios complementarios: - Tomografía de abdomen con reporte de estomago distendido, con paredes engrosadas y burbujas de aire en su interior de predominio en fondo y curvatura mayor, concluyendo: neumatosis gástrica (Figura 1 a). - Endoscopia alta: donde se evidencia: En mucosa de fondo, cuerpo alto, hacia curvatura mayor cambios de coloración de mucosa de aspecto violáceo eritematoso, cubierto de fibrina, que hace sospechar de probable isquemia segmentaria, concluyendo: sospecha de isquemia de cuerpo gástrico (figura 1b) - Ante los hallazgos en la endoscopia digestiva alta se solicita angio tomografía de abdomen que reporta: hipoperfusión gástrica generalizada asociada a engrosamiento de pared, secundario a edema de predominio de fondo. Arteria celiaca con pequeño trombo en su origen sin estenosis significativa, arteria gástrica izquierda, hepática, gástrica derecha y esplénica permeables. Ramas cortas gástricas y coronaria estomáquica no visualizadas (figura 1c) - Se realiza angiografía: arteria celiaca sin lesiones angiográficamente significativa y lesión oclusiva trivascular en arterias coronarias. Al no encuentra datos de obstrucción de arteria celiaca y ramas que irrigan estómago en la angiografía, debido a los hallazgos endoscópicos paciente recibe tratamiento profiláctico de heparina sódica 5000 UI, sonda nasogástrica a caída libre con disminución del débito, y tratamiento con Inhibidores de bomba de protones a dosis doble, y se inicia nutrición parenteral con mejoría de sintomatología. Se programa realizar control endoscópico posterior a 1 semana al diagnóstico con evidenciando mucosa de fondo gástrico con fibrina escasa sin datos de necrosis mucosa de fondo, cuerpo y antro (figura 1d). Posterior a resolución de cuadro de gastrointestinal, paciente fue sometida a procedimiento quirúrgico cardiaco por trombosis coronaria con evolución favorable, egresa con alta hospitalaria y actualmente se encuentra en seguimiento por el servicio de gastroenterología y cardiología.

Conclusiones: Se envía el resumen de caso clínico para la comunicación simple de un caso infrecuente.

PÓSTER

Código: 0064

LINFOMA BURKITT GÁSTRICO: UNA ENTIDAD INFRECUEnte

Modalidad: Casos Clínicos - Póster

Unidad Temática: GASTROENTEROLOGÍA – Estómago - duodeno-Neoplasia

AVEIGA CEDEÑO, Leonardo Andres | MALAGA, Ignacio | LUCIA, Andres Rodolfo | COSENTINO, Maria

HOSPITAL DE ALTA COMPLEJIDAD EL CRUCE

Introducción: El linfoma Burkitt es un subtipo de los linfomas no Hodgkin de las células B, se presenta en edad media, caracterizado por la translocación y desregulación del gen MYC en el cromosoma 8q24, es potencialmente agresivo y de rápido crecimiento. Se describen tres formas clínicas. 1) Endémico el cual representa el 50% de todos los cánceres pediátricos en África como presentación común de tumor facial, 2) Asociados a la inmunodeficiencia, mayormente en VIH y 3) Esporádico que se observa en los EE.UU y Europa Occidental, relativamente común en la población pediátrica representado el 30% de todos los linfomas pediátricos y aproximadamente 1% en población adulta, se asocia a la coinfección del virus Epstein-Barr. Si bien son histológicamente similares, la presentación clínica y la genética son diferentes. A pesar de ser un linfoma, los sitios más comunes son, médula ósea, sistema nervioso central y tracto gastrointestinal, dentro de este último, el área ileo-cecal. Su presentación clínica depende del órgano afectado y no es específica; en el aparato digestivo se manifiesta con dolor abdominal, ascitis, obstrucción y sangrado. Debido a su crecimiento acelerado el síndrome de lisis tumoral espontáneo es frecuente. El linfoma Burkitt tiene una prevalencia muy baja, estimada en 0,3 por 100.000 habitantes, siendo la presentación gástrica del mismo excepcional, desconociéndose su incidencia.

Objetivo/s: Describir la presentación clínica, endoscópica e histológica del Linfoma Burkitt gástrico.

Material (pacientes) y métodos: Paciente masculino de 17 años, sin antecedentes patológicos de importancia, se presenta a guardia con cuadro de dolor abdominal, plenitud postprandial, astenia, adinamia y pérdida de peso de 1 mes de evolución, en las últimas 72 horas se exacerba con hematemesis motivo por el cual acude a nuestro centro. Al examen físico de ingreso se evaluó, hemodinámicamente estable, palidez generalizada, abdomen blando depresible doloroso a la palpación profunda en epigastrio, tacto rectal positivo para melena.

Resultados: Se realizaron estudios complementarios: 1) Laboratorio con Hemoglobina de 8.2 g/dl y Hematocrito 26% plaquetas 539.000, VCM:72 ft, HCM:21 g/dl. 2) Endoscopia: a nivel de cuerpo alto y techo, sobre curvatura menor y cara posterior gástrica se observa una lesión depresida extensa con bordes sobreelevados e irregulares, de fondo necrótico que mide más de 5 cm de diámetro. 3) Tomografía computarizada con hallazgos sugestivos de infiltración maligna del fondo, cuerpo y antro gástrico. 4) Ecoendoscopia lesión hipocogénica, heterogénea, de bordes mal

definidos, que afecta todas las capas y se extiende hacia retroperitoneo (impresiona contactar con la cola de páncreas y tronco celiaco); múltiples adenopatías en tronco celiaco redondeadas hipoecogénicas y homogéneas, conformando conglomerados. Se toman múltiples biopsias del borde de la úlcera. 5) Anatomía patológica con inmunohistoquímica informa, cortes histológicos muestran mucosa gástrica con infiltración por proliferación de células de hábito linfocítico atípicas, un patrón de infiltración difuso. Resultado de Inmunohistoquímica: CD20: (+) positivo. BCL 6: (+) positivo. MUM 1: (+) positivo. CMYC: (+) positivo. CD43: (+) positivo. CD 10: (+) positivo. KI- 67: 100%. compatible con infiltración de mucosa gástrica por Linfoma de Burkitt.

Conclusiones: Nuestro caso destaca la necesidad de concientizar los hallazgos endoscópicos de lesiones gástricas con aspecto neoplásico en pacientes jóvenes considerando como diagnóstico diferencial el linfoma de Burkitt, es una etiología que probablemente no se notifique y se identifique erróneamente.

PÓSTER

Código: 0244

ÚLCERAS NECRÓTICAS MÚLTIPLES ESÓFAGO-GASTRO-DUODENALES COMO PRESENTACIÓN CLÍNICA DE GASTRINOMA DUODENAL

Modalidad: Videos Científicos - Oral

Unidad Temática: GASTROENTEROLOGÍA – Estómago - duodeno-Neoplasia

INCHAUSPE, Nicolás | PARDO, Barbara | VISSO, Ana Laura | DI DOMENICO, Diego | PAGLIERE, Nicolás | SEQUEIRA, Agustín | ESCOBAR FERNÁNDEZ, Rafael

SANATORIO DR. JULIO MENDEZ

Introducción: El gastrinoma es un tumor neuroendocrino (TNE) que se caracteriza por la secreción ectópica de gastrina y la consecuente hipersecreción ácida gástrica con riesgo de ulceración, necrosis y/o perforación de la mucosa esófago-gastro-duodenal. El 80% de los casos es esporádico y un 20% se asocia a la neoplasia endocrina múltiple tipo 1 (NEM 1). La localización duodenal es la más frecuente (70-90%) en el denominado "triángulo del gastrinoma"

Objetivo/s: Presentar un caso clínico de gastrinoma duodenal con afectación extensa esófago-gastro-duodenal

Material (pacientes) y métodos: Paciente femenino de 56 años de edad. Antecedente de enfermedad por reflujo gastroesofágico (ERGE). Cuadro clínico de 5 días de evolución caracterizado por epigastralgia y diarrea no disintérica. Laboratorio con leucocitosis y resto dentro de parámetros normales. Estudios complementarios: tomografía computada de abdomen y pelvis con contraste oral y endovenoso con engrosamiento parietal de tercer y cuarta porción duodenal. Videoesoscopia digestiva alta (VEDA): múltiples lesiones excavadas de aspecto necrótico y fondo de fibrina con compromiso de esófago, estómago y duodeno. Se descartó patología infecciosa y la anatomía patológica fue compatible con inflamación inespecífica y necrosis. Serologías virales no reactivas. Hipergastrinemia y elevación de cromogranina A en suero. Tratamiento con inhibidores de la bomba de protones (IBP) con mejoría del cuadro clínico. En el seguimiento: videocápsula endoscópica: duodenitis erosiva. VEDA control: en bulbo duodenal sobre cara anterior lesión de aspecto subepitelial de 12 mm con mucosa normal, duro pétreo y de centro deprimido. Resto sin lesiones. Sospecha de síndrome Zollinger-Ellison secundario a probable gastrinoma de bulbo duodenal. Tomografía por emisión de positrones (PET/TC) con galio: evidencia aumento de captación nodular en bulbo duodenal, en ganglio del hilio hepático e hígado de probable origen secundario. Ecoendoscopia con PAAF de lesión duodenal compatible con tumor neuroendocrino (TNE) de bajo grado. Sin afectación pancreática. Tratamiento con análogos de la somatostatina e intervención quirúrgica: exploración abdominal + gastrectomía subtotal + resección de ganglio del hilio hepático. Anatomía patológica quirúrgica: TNE grado I localizado en primera porción duodenal. Unifocal. Invasión hasta túnica muscular propia e infiltración linfocelular. Márgenes de resección libres. Ganglio linfático del hilio hepático: positivo para infiltración. Buena evolución clínica

Resultados: La presentación clínica habitual se caracteriza por ERGE, diarrea acuosa y dolor epigástrico. Debe sospecharse en casos de úlceras pépticas refractarias al tratamiento con IBP o de localización no habitual. El tratamiento sintomático con inhibidores de la bomba de protones es de elección. La VEDA y PET/TC nos permiten localizar el tumor y evaluar extensión. El tratamiento con intento curativo es quirúrgico, con éxito en aproximadamente el 50% de los casos. En casos avanzados se debe optar por tratamiento quimioterápico oncoespecífico. El seguimiento se realiza con la evaluación de recaída sintomática, marcadores serológicos y estudios de imagen

Conclusiones: El gastrinoma es una patología infrecuente. Su diagnóstico representa un desafío, siendo el mismo habitualmente realizado en estadios avanzados de la enfermedad por su presentación sintomática inespecífica. Este caso resulta de interés por el hallazgo de daño mucoso extenso con compromiso esófago-gastro-duodenal, forma de presentación poco habitual de estos tumores

PÓSTER

Código: 0169

PREVALENCIA DE SÍNDROME HEPATOPULMONAR EN PACIENTES CON CIRROSIS HEPÁTICA

Modalidad: Resúmenes Científicos - Póster

Unidad Temática: GASTROENTEROLOGÍA – Hígado - Cirrosis

FONTAN, María Belén | GIUDICE, María Florencia | LEZA, Agustín | CARFAGNINI, Paula | CAMPUZANO, Soledad | PADIN, Lorenzo Fernando | BRODERSEN, Carlos Eduardo

Hospital Durand

Introducción: El Síndrome Hepatopulmonar (SHP) es una complicación pulmonar frecuente en los pacientes con enfermedad hepática crónica, con una prevalencia mundial entre el 4-47%. Se define como un desorden en la oxigenación pulmonar causado principalmente por vasodilatación intrapulmonar, y en menor medida por comunicaciones arterio-venosas pleurales y pulmonares, en contexto de hipertensión portal.

Objetivo/s: Estimar la prevalencia del Síndrome Hepatopulmonar en pacientes con cirrosis hepática que acuden a consulta en el servicio

Material (pacientes) y métodos: Se realizó un estudio de corte transversal desde noviembre 2018 hasta noviembre 2019, con una muestra de 24 pacientes. Se incluyeron pacientes mayores de 18 años, con diagnóstico de cirrosis hepática de cualquier causa, estén o no en lista para trasplante hepático. Se excluyeron aquellos con antecedentes de enfermedades pulmonares crónicas, antecedentes de shunts intracardiacos o patologías cardíacas que puedan producir hipertensión pulmonar. El diagnóstico de SHP se estableció mediante ecocardiograma con pasaje de burbujas y gasometría arterial compatibles, ésta última clasifica según severidad.

Resultados: 24 pacientes de los cuales 14 (58,33%) fueron hombres y 10 (41,66%) mujeres con una edad promedio de 61,33 años. Se diagnosticó SHP en 4 pacientes, lo que significa una prevalencia del 16,6%. 2 fueron moderadas (Child-Pugh/MELD: B/12 y C/22 respectivamente) y 2 leves (Child-Pugh/MELD: B/12). De estos 4 pacientes solo uno de ellos se encontraba en seguimiento por un centro de trasplante. En cuanto a la etiología de estos pacientes, 2 fueron por alcohol, 1 autoinmune y 1 criptogénica sin relación significativa entre la causa de cirrosis y la severidad del SHP.

Conclusiones: El SHP es una complicación relativamente frecuente entre pacientes con cirrosis, y la búsqueda activa del mismo dentro del seguimiento de rutina nos permitirá identificar potenciales candidatos a trasplante, e incluso detectar aquellos en lista que tendrían prioridad según la severidad del síndrome. Es importante resaltar que el trasplante hepático continúa siendo el único tratamiento capaz de cambiar la historia natural del SHP.

PÓSTER

Código: 0098

HACIA LA ELIMINACIÓN DE LA HEPATITIS B PARA EL 2030: RELEVAMIENTO EPIDEMIOLÓGICO Y EXPERIENCIA DE TRATAMIENTO EN LA UNIDAD DE HEPATOLOGÍA DE UN HOSPITAL DE DERIVACIÓN INTERZONAL

Modalidad: Resúmenes Científicos - Póster Oral

Unidad Temática: GASTROENTEROLOGÍA – Hígado - Hepatitis

MARIN, Pablo Nicolás | LOPES, Melody | IRIARTE, Maximiliano | REPETTO, Marín | BELLONI, Rodrigo | BOLOGNA, Adrián | TUFARE, Francisco

HIGA SAN MARTÍN

Introducción: Las hepatitis virales, principalmente B y C, se encuentran entre las principales causas de enfermedad hepática siendo responsables de 1.4 millones de muertes anuales. En 2016, la Asamblea Mundial de la Salud adoptó la Estrategia Global del Sector de la Salud contra las Hepatitis Virales como solución al problema de salud pública que implican. Se establecieron cinco áreas de intervención básicas: la vacunación contra el VHB, la prevención de la transmisión materno-infantil, la seguridad en la aplicación de inyectables y hemoderivados, la reducción de daño y el diagnóstico y tratamiento de la infección del VHB, teniendo como meta proporcionar tratamiento al 80 % de los infectados que así lo requirieran.

Objetivo/s: Describir la situación epidemiológica, diagnóstico y tratamiento del VHB en una Unidad de Hepatología de un Hospital Interzonal de la Provincia de Buenos Aires, durante el periodo de Enero de 2015 hasta Mayo de 2021 y analizarla en el marco de la meta propuesta por la OMS para el 2030.

Material (pacientes) y métodos: Estudio observacional, descriptivo y retrospectivo. Los datos epidemiológicos y clínicos fueron recolectados a partir de historias clínicas. Se incluyeron pacientes a quienes se solicitó serología para VHB (HBAGS, Anti-HBc y Anti-HBs). Se excluyeron pacientes menores de 15 años y a aquellos que presentaron serología negativa para HBAGS y/o resultaron Anti-HBs positivos con Anti HBc negativos (vacunados). Se utilizaron los criterios diagnósticos y terapéuticos establecidos por la "Guía de manejo de VHB" de la Asociación Europea para el Estudio del Hígado de 2017 a fin de identificar y tratar a aquellos pacientes que presentaron cuadros de hepatitis o infección crónica por VHB y establecer el porcentaje de pacientes que recibieron tratamiento. Realizamos un análisis estadístico utilizando la media, la mediana y el rango para las variables continuas y la proporción (%) para la frecuencia de las variables categóricas.

Resultados: Se revisaron 2245 historias clínicas, identificándose 51 pacientes que cumplían con los criterios de inclusión. La edad media de presentación fue de 40 años, siendo más frecuente en el sexo masculino, 33 pacientes (64.7%). La prevalencia de HBAGS positivo fue del 2.27%. De los 51 pacientes incluidos, 26 se presentaron como un cuadro agudo (51 %). Dos de los pacientes (4%) que se presentaron de esta manera, posteriormente evolucionaron con persistencia de HBAGS y fueron considerados pacientes con infección crónica. Dentro de la población con infección crónica se consignaron 25 pacientes, 4 presentaron Ag E positivos (16.6%) y 21 Ag

E negativo y Anti Ag E positivo (83,4%). De los 4 pacientes con hepatitis B crónica Ag E positivo, 3 pacientes recibieron tratamiento y el restante se perdió durante el seguimiento. De los 21 pacientes con infección crónica Ag E negativo, se excluyeron 7 pacientes por pérdida de seguimiento. De los 14 pacientes restantes, 5 cumplían criterios de tratamiento, 4 de ellos fueron tratados y un único paciente no lo recibió por falta de adherencia al seguimiento. El grupo de pacientes que no reunió criterios de tratamiento continuó con controles semestrales.

Conclusiones: En nuestro trabajo evidenciamos que fueron tratados el 77% de los pacientes que reunieron criterios de tratamiento, valor que se aproxima a la meta propuesta por la OMS para el año 2030. Sin embargo, pudimos observar la pérdida de seguimiento en un importante porcentaje de pacientes con infección crónica (28%), sin poder definir en este grupo, la necesidad de tratamiento. Esto plantea un nuevo desafío, con la implementación de nuevas estrategias para optimizar el diagnóstico, el tratamiento oportuno y el seguimiento de las hepatitis virales en nuestro hospital.

PÓSTER

Código: 0100

HEPATITIS FULMINANTE Y ANEMIA APLÁSICA ASOCIADA A INFECCIÓN POR PARVOVIRUS B19. REPORTE DE UN CASO

Modalidad: Resúmenes Científicos - Póster

Unidad Temática: GASTROENTEROLOGÍA – Hígado - Hepatitis

BESSONE, Fernando | BULATY, Sofía | JAUREGUIZAHAR, Fernanda | NAVAS, Lisandro | REGGIARDO, María Virginia | RIFRANI, Gabriel | RUFFINENGO, Orlando | TAMAGNONE, Norberto Luis | TREVIZAN, Victoria | ZITELLI, Ludmila

HOSPITAL PROVINCIAL DEL CENTENARIO

Introducción: La infección humana por Parvovirus B19 (PB19) presenta un amplio espectro clínico que abarca desde pacientes asintomáticos hasta fallas multiorgánicas severas. Puede desarrollarse a través de brotes epidémicos o casos esporádicos. Aunque el deterioro sistémico potencialmente mortal asociado con el PB19 es un evento poco común, se ha reportado en la literatura compromiso hepático y de médula ósea. La afectación hepática suele comportarse de forma asintomática, pero también se han publicado casos de daño hepático fulminante. El diagnóstico definitivo de PB19 no es una tarea fácil y se deben descartar otras causas de insuficiencia hepática representados por otros virus, hepatotoxicidad por fármacos y afecciones autoinmunes. Aunque en la población adulta la hepatitis relacionada con PB19 a menudo muestra una remisión completa y espontánea, en ciertos casos induce un cuadro de injuria hepática que puede complicarse con una anemia aplásica de grave pronóstico, llamada anemia aplásica asociada a hepatitis (HAAA). Los mecanismos de lesión del hígado y la médula ósea inducidos por PB19 siguen siendo controvertidos. Hasta donde conocemos, presentamos aquí el primer caso de insuficiencia hepática grave asociado a anemia aplásica inducida por PB19.

Objetivos: Descripción de un caso de hepatitis fulminante y anemia aplásica asociada a infección por Parvovirus B19

Resultados: CASO CLÍNICO: paciente de sexo femenino de 29 años que ingresa con antecedentes de dolor abdominal, náuseas e ictericia de 3 días de evolución, sin otros síntomas asociados. No presentaba antecedentes patológicos personales previos ni familiares. Negó antecedentes de consumo de alcohol y drogas, así como tatuajes, transfusiones de sangre, exposición a animales y viajes al extranjero. Los parámetros de laboratorio al ingreso revelaron recuento de glóbulos rojos, glóbulos blancos y plaquetas dentro de límites normales. Las pruebas de función hepática al ingreso mostraron un alto nivel de aspartato transaminasa (AST) 2,915 U/L, alanina transaminasa (ALT) 2,815 U/L, fosfatasa alcalina (ALP) 146 UI/dL, gamma-glutamil transferasa (GGT) 108 U/L y bilirrubina total (TBL) 6,4 mg/dL. También se observó una marcada elevación de la lacto deshidrogenasa (LDH) (1546 UI/L). El panel de coagulación y el nivel de albúmina sérica fueron normales. El estudio serológico basal mostró una prueba VDRL positiva para sífilis, que fue tratada con éxito con ceftriaxona. Se descartaron causas autoinmunes o metabólicas de enfermedad hepática. Durante la hospitalización, los niveles de AST y ALT, la actividad de protrombina y el factor V disminuyeron progresivamente concomitantemente al aumento de la BLT. El día 10 de internación, un hemograma completo mostró pancitopenia. Una tomografía computarizada observó un hígado normal con superficie lisa y bordes afilados, documentando áreas aisladas de parénquima hepático heterogéneo e hipoperfundido. También se demostró un leve engrosamiento de la pared de la vesícula biliar y una cantidad mínima de líquido libre ascítico. Debido a los cuadros de insuficiencia hepática grave con coagulopatía fue evaluada para trasplante hepático a los 15 días. Se realizó biopsia de médula ósea y se informó una marcada aplasia de todas las series hematológicas. El parvovirus B19 analizado por PCR fue positivo en tejido de médula ósea. A los 23 días de ingreso, la paciente desarrolló una sepsis grave desencadenada por *Escherichia coli*, que evolucionó a un fallo multiorgánico y muerte.

Conclusiones: La HAAA secundaria a la infección por PB19 es una entidad extremadamente rara, con pocos casos reportados en la literatura; la mayoría mal documentados. Más raro aún, y como ocurrió en nuestro caso, es la presentación en una paciente inmunocompetente. Se ha documentado la participación del PB19 tanto en hígado como en médula. La presentación de este caso nos enseña el valor diagnóstico de la detección del virus en tejido hepático y médula ósea.

PÓSTER

Código: 0151

LA LINFANGIECTASIA INTESTINAL EN EL ADULTO ES UN DESAFÍO DIAGNÓSTICO. REPORTE DE CASO

Modalidad: Resúmenes Científicos - Póster Oral

Unidad Temática: GASTROENTEROLOGÍA – Intestino delgado-Síndrome de malabsorción

DOMECQ, Cintia P. | RICCOBENE, Irina | ARIAS, Carolina M. | CARRARO, María Cecilia | MORENO, María Laura | VÁZQUEZ, Horacio

HOSPITAL DE GASTROENTEROLOGÍA DR. B. UDAONDO

Introducción: La linfangiectasia intestinal (LI) primaria es un raro desorden, de prevalencia desconocida, caracterizado por la dilatación de los conductos linfáticos del intestino delgado que resulta en una enteropatía perdedora de proteínas (EPP) y conduce a linfopenia, hipoalbuminemia, hipogammaglobulinemia, anemia e hipocalcemia, entre otros. Se suele diagnosticar en la infancia, aunque se reportaron casos en adultos. Se manifiesta con edema de miembros inferiores, diarrea crónica, fatiga, dolor abdominal, pérdida de peso y déficit de vitaminas. Suele ser de difícil diagnóstico, que se confirma con la endoscopia que muestra las linfangiectasias con la correspondiente histología en la biopsia intestinal. El tratamiento se basa en una dieta baja en grasas y triglicéridos de cadena media (TCM).

Objetivo/s: Presentación de un caso de LI de difícil diagnóstico

Material (pacientes) y métodos: Mujer de 27 años con antecedentes de Síndrome de Isaac (enfermedad neurodegenerativa que afecta la neurona motora periférica). Consulta por diarrea, fatiga, edema de miembros inferiores y pérdida del 18% del peso corporal total en 6 meses y contracciones musculares de años de evolución. Laboratorio: hematocrito: 28%, hemoglobina: 8,9 gr%, potasio: 2,1 mEq/l, magnesio: 0,9 mg%, calcio: 5,7 mg/dl, TGO: 605 U/L, TGP: 240 U/L, albúmina: 1,7 g/dl, creatinquinasa: 11.339 U/L, vitamina D: 3 ng/ml, linfocitos: 12% (VN>20), CLA1-AT: 88 ml/24hs (VN<16), esteatocrito: 17% (VN<4.1%), calprotectina fecal: 120 µg/g (VN<50 µg/g), serologías para enfermedad celíaca, HIV, HBV y HCV negativas y perfil reumatoideo normal. Coproparasitológico negativo. Orina de 24 horas sin proteinuria. Videoesndoscopia digestiva alta: mucosa de cuerpo y antro con patrón en mosaico. Bulbo con mucosa granular y vasos por transparencia. Segunda y tercera porción duodenal: disminución de pliegues, con placas blanquecinas de 0,1 a 0,2 mm en todas las caras con distribución difusa. Anatomía patológica (AP): gastritis crónica y duodenitis inespecífica. Videoesndoscopia (VEC): compromiso difuso desde duodeno distal hasta íleon con puntillado en copo de nieve, vellosidades dilatadas y mucosa edematosa (Foto 1 y 2). Impresión diagnóstica: compatible con LI. Videocolonoscopia: sin lesiones. AP: colitis crónica inespecífica. Rojo congo negativo.

Resultados: Al ingreso hospitalario requiere internación en UTI por clonía generalizada debido a los trastornos electrolíticos que se corrigen con buena evolución. Ante la confirmación de la EPP se realizan múltiples estudios, que descartan causas de LI secundaria. A pesar de una histología no concluyente y no poder realizar la inmunohistoquímica específica para el endotelio vascular, se inicia tratamiento con dieta y TCM, mostrando mejoría sostenida durante la internación por 66 días y en su seguimiento ambulatorio hasta la actualidad.

Conclusiones: La LI es una causa rara de EPP, presentándose con hallazgos inespecíficos que dificultan su diagnóstico y el tratamiento precoz. La disociación histológica/endoscópica retrasa el diagnóstico y puede deberse a la ausencia de la dilatación de vasos linfáticos en las muestras o a la falta de experiencia del patólogo. En medios donde no se dispone de enteroscopia para confirmar el diagnóstico, el inicio temprano del tratamiento empírico ante la alta sospecha, puede disminuir la morbimortalidad y mejorar la calidad de vida.

PÓSTER

Código: 0223

SÍNDROME DE MALABSORCIÓN Y DIARREA CRÓNICA SECUNDARIA A INMUNODEFICIENCIA COMÚN VARIABLE

Modalidad: Casos Clínicos - Póster Oral

Unidad Temática: GASTROENTEROLOGÍA – Intestino delgado-Síndrome de malabsorción

LO CARMINE, GAMMEL, Dana | PONCE, Carla Sofía | CARRARO, María Cecilia | MORENO, María Laura | KUJARUK, Mirta Raquel | PATERNÓ, Mauricio Rodrigo | VÁZQUEZ, Horacio

HOSPITAL DE GASTROENTEROLOGÍA DR. B. UDAONDO

Introducción: Los trastornos secundarios a inmunodeficiencia común variable (IDCV) se producen por diferenciación alterada de células B con producción defectuosa de inmunoglobulinas. Las manifestaciones clínicas son heterogéneas e incluyen infecciones recurrentes, enfermedad pulmonar crónica, trastornos autoinmunes, enfermedad gastrointestinal (GI) y aumento de riesgo de malignidad.

Afecta a 1 de cada 25.000 personas, ambos sexos por igual. Las manifestaciones GI se presentan en el 10-20% de los pacientes, e incluyen infecciones, enteropatía con atrofia vellositaria (AV), enfermedad inflamatoria intestinal-like, hiperplasia nodular linfoides, cáncer gástrico y linfoma gastrointestinal.

Objetivos: IDCV como causa infrecuente de diarrea crónica y malabsorción.

Material (pacientes) y métodos: Varón, 54 años. Antecedentes: diarrea de 10 años de evolución, atopía, infecciones respiratorias a repetición y osteoporosis. Motivo de consulta: astenia, anorexia, diarrea crónica con deposiciones amarillentas Bristol 6 y pérdida de peso del 17% del PCT en el último año, IMC 17 Kg/m². Examen físico: adelgazado, abdomen distendido, timpánico. Laboratorio: HTO 24%, Hb 8.1 g/dL, VCM 123 fL, Vitamina B12 60 pg/ml, K 3 mEq/L, Mg 1.4 mg/dL, Albúmina 2.8 g/dL, a-tTG IgA 2 U y DGP IgG 4 U (VN hasta 20 U), Gammaglobulinas 0,3 g/dL (VN: 0,6), IgG 492 mg/dL (VN> 658), IgA 2 mg/dL (VN: 71), IgM <10 mg/dL (VN> 40). Inmunofenotipo normal. Complemento bajo. Videoescopía digestiva alta: bulbo duodenal con vasos por transparencia y patrón en mosaico. Anatomía patológica (AP): vellosidades acortadas y ensanchadas a expensas de infiltrado inflamatorio linfocitario disperso y en acúmulos. No se observan plasmocitos. IHQ: CD138 negativo. Gastritis crónica leve H pylori negativo. Videocolonoscopia: estudio normal. Biopsias. AP: Descartar inmunodeficiencia. Volumen de materia fecal: 869 g/24 hs, esteatocrito 25% (VN hasta 4.1), clearance de alfa 1 anti-tripsina 33 ml/24hs (VN hasta 16). Coproparasitológicos negativos. Enterotomografía sin hallazgos relevantes.

Resultados: Se interpreta diarrea crónica y síndrome de malabsorción secundario a IDCV. Se inicia tratamiento específico con inmunoglobulina endovenosa mensual, loperamida, colestiramina y corticoides, con mejoría del cuadro clínico.

Conclusiones: En el estudio de diarrea crónica con evidencia de AV y serología para enfermedad celíaca negativa se deben descartar otras patologías. La IDCV es una causa de AV no celíaca y el hallazgo histológico característico es la ausencia de plasmocitos. En nuestro paciente la histología orientó al diagnóstico. Se asocia con déficit de IgA e infección crónica por Giardia, la cual se descartó en este caso. Debido al riesgo mayor de cáncer gástrico se deben tomar biopsias gástricas y tratar infección por Helicobacter Pylori. La IDCV debe ser tratada con inmunoglobulinas; sin embargo esta estrategia no parece mejorar la diarrea, siendo necesario utilizar otras terapéuticas (corticoides/inmunosupresores).

PÓSTER

Código: 0125

"GASTROPARESIA: UN DESAFÍO INTERDISCIPLINARIO"

Modalidad: Casos Clínicos - Póster

Unidad Temática: GASTROENTEROLOGÍA – Neurogastroenterología - Gastroparesia
 BONAMICO, Agustina | GORORDO IPIÑA, Rosa Carolina | TRAKAL, Esteban | BUTTI, Abel | ZARATE, Fabian Eduardo | TRAKAL, Juan Jose | BEDINI, Mariana Patricia

CLÍNICA UNIVERSITARIA REINA FABIOLA (C.U.R.F.)

Introducción: La gastroparesia es un trastorno en el vaciado gástrico objetivamente retrasado de sólidos en ausencia de una obstrucción mecánica y síntomas cardinales como náuseas, vómitos, saciedad precoz, eructos, distensión abdominal y/o dolor abdominal superior. Tiene una incidencia de 6,3 por cada 100.000 personas-año. Las causas más frecuentes son idiopáticas, secundarias a diabetes mellitus, iatrogénicas (Inducidos por medicamentos) o posquirúrgicos. Es más frecuente en pacientes con diabetes tipo 1 y suele ocurrir en los que han tenido el trastorno durante más de cinco años

Objetivos: Abordar una enfermedad poco frecuente, con una presentación atípica, refractaria al los tratamientos realizados y con mala evolución.

Material (pacientes) y métodos: Presentamos un paciente de 42 años, con antecedente de pancreatitis de causa desconocida 10 años atrás y diabetes mellitus diagnosticada 6 meses previo al inicio de los síntomas, bajo tratamiento con gliclazida y teneligliptina con buen control de glucemias. Desde hacía un mes presentaba náuseas, saciedad precoz y distensión posprandial, progresando súbitamente a vómitos alimenticios una hora posterior a la ingesta, intolerancia oral y dolor abdominal tipo cólico, a predominio de epigastro. También refería en los últimos 3 meses cambios en el hábito catártico alternando constipación y diarrea. El paciente no presentaba disfagia, hematemesis ni pérdida de peso. Se solicitó tomografía de abdomen con contraste oral en la que no se pudo observar pasaje del mismo a través de la 1ª porción del duodeno en ausencia de compresiones extrínsecas. Se realizó videoescopía digestiva alta y se objetivó mucosa esofágica y gástrica conservada, con píloro permeable. Se inició tratamiento con omeprazol, domperidona y metoclopramida vía oral sin respuesta, por lo que se agregó itopride. El paciente presentaba al momento laboratorio dentro de parámetros normales, con una hemoglobina glicosilada de 6.1%. Se estudió perfil tiroideo y metabolismo fosfocálcico que fueron normales. Se descartaron afecciones reumatológicas y Enfermedad de Chagas. Ante la refractariedad al tratamiento farmacológico se solicitó cámara gamma que a las 4 horas presentaba un remanente gástrico del 43% pudiendo de esta manera llegar al diagnóstico de gastroparesia severa. Inició tratamiento con eritromicina y prucalopride con escasa respuesta, al poco tiempo del diagnóstico evolucionó con mal manejo de glucemias y requerimiento de insulina, presentó pérdida de peso de 10 kg con necesidad de alimentación por sonda nasoyeyunal. Se procedió a realizar

inyección de toxina botulínica tipo A 250 UI, dividida en los 4 cuadrantes del píloro presentando respuesta parcial inicialmente, objetivándose en nueva cámara gamma un remanente gástrico a las 4 horas de 31%. A los 2 meses presentó recaída de síntomas por lo que se repitió el mismo procedimiento. Seis meses después el paciente presentaba desnutrición severa por lo que se decidió realizar yeyunostomía para alimentación permanente, continuando refractario al tratamiento farmacológico y recurriendo con la sintomatología. Se realizó manometría antroduodenoyeyunal que informó cambios mínimos en el comportamiento motor basal sugestivos de su enfermedad. El paciente actualmente no presenta mejoría clínica, su permanente mal manejo de glucemias se ve reflejado en su mala calidad de vida.

Resultados: La gastroparesia fue un hallazgo inesperado en este paciente con diagnóstico reciente de diabetes mellitus de tipo 2 con buen control metabólico. Presentó muy poca respuesta al tratamiento farmacológico y a la terapéutica endoscópica.

Conclusiones: La gastroparesia diabética es una entidad poco frecuente pero conocida, en algunos casos se torna difícil su manejo con tratamiento médico, por lo que se deben contemplar otras opciones terapéuticas más avanzadas, siempre considerando que es fundamental su equilibrio metabólico con valores óptimos de glucemias. Es una enfermedad que amerita un manejo interdisciplinario entre el gastroenterólogo, endocrinólogo y nutricionista.

PÓSTER

Código: 0177

GASTROPARESIA EN PEDIATRÍA, A PROPÓSITO DE UN CASO

Modalidad: Casos Clínicos - Póster Oral

Unidad Temática: GASTROENTEROLOGÍA – Neurogastroenterología - Gastroparesia

FABBRINI, David | VERÓN, Gabriel | NEDER, Daniela | TEDESCO, Elizabeth | WEDE, Gabriela | ROCCA, Ana Marcela

HOSPITAL DE PEDIATRÍA S.A.M.I.C. PROF. DR. JUAN P. GARRAHAN

Introducción: Se define clásicamente a la Gastroparesia como un trastorno motor, caracterizado por retardo del vaciamiento gástrico hacia duodeno, en ausencia de obstrucción mecánica. Su forma de presentación clínica puede incluir síntomas similares a desórdenes funcionales, como dispepsia, retrasando aún más el diagnóstico. Poco se sabe de esta entidad en pediatría, donde podemos encontrar múltiples etiologías. Sumado a esto, no existe una secuenciación de estudios a realizar en pacientes pediátricos. Por lo antedicho, el diagnóstico de esta entidad puede llegar a ser un desafío en el consultorio de Gastroenterología Infantil.

Objetivo/s: Analizar la forma de presentación clínica de Gastroparesia en un paciente pediátrico, su metodología de estudio y respuesta a la terapéutica instaurada.

Material (pacientes) y métodos: Paciente de sexo masculino de 14 años de edad, que concurre a servicio de Gastroenterología por dolor abdominal epigástrico y descenso de peso de dos años de evolución, acompañado de sensación de plenitud postprandial y saciedad precoz. Se realizan estudios con parámetros hematimétricos y analíticos que incluyen: Hemograma, proteinograma y reactantes de fase aguda, dentro de los parámetros habituales. Anticuerpos para celiaquía y perfil tiroideo con resultados normales, ecografía abdominal normal. Seriada Esófago-gastro-duodenal sin hallazgos patológicos. Continúa estudios con Videoescopía digestiva alta, en la que no se evidencian lesiones. Se toman biopsias, con esófago, estómago y duodeno histológicamente normales. El paciente mantiene un relato consistente respecto a su sintomatología, con empeoramiento de la epigastralgia, de la saciedad precoz y la disminución del peso corporal. Por este motivo, tras sospechar trastorno motor a nivel gástrico, se solicita centellograma con vaciamiento gástrico con resultado francamente patológico: porcentaje de retención gástrica a las cuatro horas de 57% para un valor normal menor al 10%.

Resultados: Comienza con tratamiento con prokinético, eritromicina 5mg/kg/dosis, con lo cual el paciente presenta mejoría progresiva de los síntomas y mejor actitud alimentaria. Se realiza nuevo centellograma a las 6 semanas con resultado de vaciamiento gástrico normal.

Conclusiones: La prevalencia de gastroparesia en pediatría es incierta y las causas son múltiples. El Gold Estándar para el diagnóstico es el vaciamiento gástrico con centellografía, siendo adecuados los valores de referencia publicados para adultos. Dentro del esquema terapéutico se plantean cambios dietarios, prokinéticos, alimentación enteral trasplórica, inyección de toxina botulínica en píloro, dilatación pilórica o tratamiento quirúrgico. Nuestro paciente demostró adecuada respuesta al tratamiento con eritromicina, sin requerir otras alternativas terapéuticas.

PÓSTER

Código: 0225

INYECCIÓN DE TOXINA BOTULÍNICA EN PACIENTES CON ENFERMEDAD DE HIRSCHSPRUNG Y SÍNTOMAS OBSTRUCTIVOS

Modalidad: Casos Clínicos - Póster Oral

Unidad Temática: GASTROENTEROLOGÍA – Neurogastroenterología - Megacolon
 JIMENEZ, Cintya Eliana | VERON, Gabriel Anibal | NEDER, María Daniela | WEDE,

Gabriela | LAVORGNA, Silvana | BASSO, Mariana | NASTRI, Mariana | SIFFREDI, Juan | PAZ, Enrique | DIBENEDETTO, Victor | TAKEDA, Silvia | ROCCA, Ana Marcela

HOSPITAL DE PEDIATRÍA S.A.M.I.C. PROF. DR. JUAN P. GARRAHAN

Introducción: Los pacientes con Enfermedad de Hirschsprung (EH) pueden presentar síntomas obstructivos persistentes en el postoperatorio alejado (hasta 30%), con constipación o enterocolitis recurrente. Una de las causas es la hipertonia del esfínter anal interno (EAI), también llamada acalasia del EAI (5%). Presentamos una serie de 4 pacientes con síntomas obstructivos persistentes, que luego de haber sido estudiados y habiendo descartados causas orgánicas de obstrucción, recibieron toxina botulínica en EAI. De acuerdo a lo publicado por Rodríguez et al. existe consenso general respecto a la indicación de toxina botulínica (TB) en pacientes con hipertonia del esfínter.

Objetivo/s: Presentar la evolución de 4 pacientes con EH que en el postoperatorio alejado presentaron hipertonia del EAI y recibieron como tratamiento inyección de toxina botulínica en EAI.

Material (pacientes) y métodos: Se revisaron retrospectivamente las historias clínicas de 4 pacientes con síntomas obstructivos persistentes posterior a cirugía por EH. Se tuvieron en cuenta datos clínicos, estudios diagnósticos y tratamiento. Se definió manométricamente hipertonia del EAI cuando la presión de reposo fue mayor a 50 mmHg en pacientes con síntomas obstructivos. Definimos mejoría clínica del paciente cuando se logró reducir el uso de laxantes y/o irrigaciones rectales durante el primer mes post tratamiento. Definimos recaída ante reaparición de síntomas obstructivos luego de éxito terapéutico con toxina botulínica. Se evaluó si el paciente presentó complicaciones post tratamiento como escurrimiento transitorio, dolor anal o fatiga muscular en miembros inferiores.

Resultados: Se presentan 4 pacientes (3 de sexo masculino), con EH recto sigmoideo que presentaron, en su evolución posquirúrgica, enterocolitis recurrente. Luego de haber descartado causas secundarias de obstrucción mediante estudios complementarios (colon por enema, revisión de anatomía patológica o re biopsia del descenso) se efectuó manometría anorectal de alta resolución (HRAM) con diagnóstico de hipertonia del esfínter anal interno. Todos los pacientes recibieron Toxina botulínica A (100 U/MI), 0.25 U en cuatro cuadrantes del esfínter anal, bajo anestesia general y visualización directa. Dos pacientes presentaron como complicación dolor anal post tratamiento que cedió espontáneamente. Se evaluó respuesta clínica y manométrica al mes, constatándose buena respuesta en 3 pacientes. Dos requirieron retratamiento (uno a los 9 meses y otro a los 4 meses). La HRAM al mes del tratamiento inicial mostró descenso de presión de EAI (pero no por debajo de 50 mmHg) en los pacientes con buena respuesta y no se evidenció cambio de presión en el que no tuvo mejoría.

Conclusiones: En nuestra serie de 4 pacientes con EH e hipertonia del EAI, la aplicación de toxina botulínica resultó exitosa en 3 / 4. Dos pacientes requirieron nueva aplicación. La manometría al mes del tratamiento no mostró cambios significativos aún en los pacientes que respondieron. Cuando se compara con miotomía, la inyección de toxina botulínica en EAI, es menos invasiva, reversible y evitaría el riesgo de incontinencia fecal por daño iatrogénico del EAI por lo cual sugerimos su utilización en estos pacientes aunque su efecto resulte transitorio.

PÓSTER

Código: 0217

ENFERMEDAD INFLAMATORIA LIKE EN PACIENTES CON ENFERMEDAD DE HIRSCHSPRUNG. SERIE DE CASOS

Modalidad: Casos Clínicos - Póster

Unidad Temática: GASTROENTEROLOGÍA – Neurogastroenterología - Megacolon

NEDER, María Daniela(1) | VERÓN, Gabriel Anibal(1) | WEDE, Gabriela(1) | SIFFREDI, Juan(1) | PAZ, Enrique Guillermo(1) | DIBENEDETTO, Victor(1) | TAGLIAFERRO, Gustavo(2) | LAVORGNA, Silvana(1) | BASSO, Mariana(1) | NASTRI, Mariana(1) | TAKEDA, Silvia(1) | ORSI, Marina(3) | ROCCA, Ana Marcela(1)

HOSPITAL J P GARRAHAN (1); HOSPITAL ITALANO DE BUENOS AIRES (2); HOSPITAL ITALIANO DE BUENOS AIRES (3)

Introducción: Los pacientes con enfermedad de Hirschsprung (EH) tienen riesgo elevado de presentar compromiso intestinal similar a enfermedad inflamatoria intestinal (EII like), en especial aquellos con enterocolitis recurrente

Objetivo/s: Presentación de pacientes con EH y EII like, alertando sobre esta asociación poco frecuente

Material (pacientes) y métodos: Revisión retrospectiva de historias clínicas, estudios radiológicos, partes quirúrgicas, endoscópicos y biopsias de pacientes con EH y EII like

Resultados: Tres niños con EH que en el postquirúrgico presentaron inicialmente enterocolitis recurrente seguido de EII like. Caso 1. Paciente de 16 años, EH total, descenso ileoanal al año. Enterocolitis recurrente con retraso pondoestatural, anemia e hipoalbuminemia. A los 9 años, Videocolonoscopia (VCC) con ileitis moderada e histología compatible con EII. Tratamiento: budesonide tópico y mesalazina sin respuesta. Corticoides orales con mejoría pero recaída al suspender. 14 años: tumoración inflamatoria en región coccígea. RMN: trayecto fistuloso desde íleon distal hacia la región coccígea. Tratamiento: ileostomía y antibióticos. En plan de iniciar biológicos. Caso 2. Paciente de 12 años, EH total, descenso ileoanal, enterocolitis recurrente. A los 5 años, deposiciones con sangre y anemia que requiere transfusión. VCC: úlceras en íleon terminal y disminución de calibre a 5 cm de la anastomosis. Histología: compatible con EII. Laparotomía: resección de estenosis fibrosa y fístula enteroentérica. Persiste actividad inflamatoria en íleon, recibe mesalazina y corticoides con buena evolución. Caso 3 Niño de 5 años, EH total, cirugía de Duhamel a los 3 años. Evolución: enterocolitis recurrente y anemia con requerimiento transfusional y hierro parenteral. VCC congestión, edema, pérdida de patrón vascular y úlceras aftoides. Histología: histoarquitectura levemente alterada, erosión y ulceración, corion con edema e infiltrado inflamatorio linfoplasmocitario. Inicio reciente de budesonida oral y mesalazina.

Conclusiones: La prevalencia de EEI o EEI like está incrementada en pacientes con EH corregida, especialmente en casos de aganglionosis total y cirugía de Duhamel. Con mayor frecuencia los pacientes manifiestan características de Enfermedad de Crohn con fenotipo inflamatorio, estenosante o penetrante como puede verse en nuestra casuística. El tratamiento instituido es el de la Enfermedad Inflamatoria Intestinal pero se desconoce si la respuesta y evolución a largo plazo son las mismas.

PRESENTACIÓN ORAL

Código: 0087

MODELO DE INTELIGENCIA ARTIFICIAL EN LA CARACTERIZACIÓN EN TIEMPO REAL DE ESTRUCTURAS BILIARES DURANTE COLANGIOSCOPIA DIGITAL: UN ESTUDIO PILOTO

Modalidad: Resúmenes Científicos - Oral

Unidad Temática: ENDOSCOPIA DIGESTIVA - Endoscopia diagnóstica - Hígado, vías biliares y páncreas

ROBLES MEDRANDA, Carlos | OLEAS, Roberto | ALCÍVAR VÁSQUEZ, Juan | MENDEZ GUEVARA, Juan Carlos | PUGA-TEJADA, Miguel | DEL VALLE ZAVALA, Raquel | PITANGA LUKAHSOK, Hannah

INSTITUTO ECUATORIANO DE ENFERMEDADES DIGESTIVAS (IECED)

Introducción: La caracterización de las estenosis biliares sigue siendo un desafío. Se han propuesto varias características y sistemas de clasificación para la colangioscopia digital; sin embargo, el acuerdo de los endoscopistas entre los observadores varía ampliamente. La caracterización asistida por inteligencia artificial (IA) de las estenosis biliares puede mejorar el proceso de entrenamiento para la colangioscopia digital mientras se mantiene una alta precisión.

Objetivo/s: Desarrollar un modelo de inteligencia artificial para la evaluación en tiempo real durante colangioscopia digital.

Material (pacientes) y métodos: Estudio piloto unicéntrico. Se recolectó veinte y tres videos de colangioscopia digital para el entrenamiento de los modelos de IA usando un sistema de aprendizaje automático (AI Works, MD Consulting group, Ecuador). Tres parámetros fueron entrenados por dos endoscopistas expertos. La IA clasificó los hallazgos de la colangioscopia en aspecto normal, aspecto inflamatorio y sugestivo de malignidad. El diagnóstico final de estenosis biliares se basó en la impresión visual de la colangioscopia, la biopsia intraductal y los resultados de seguimiento a seis meses.

Resultados: Se utilizó 1903 muestras (1714 entrenamientos y 189 pruebas) para entrenamiento del modelo de IA. El proceso de aprendizaje automático tomó 75 horas (2000 insignias por parámetro). El modelo desarrollado alcanzó una precisión media (mean average precision, mAP) del 94,64%. El modelo desarrollado tuvo una pérdida total de 0,1988. La puntuación F1 (media armónica de sensibilidad y precisión) fue del 92%. El IoU promedio (en general entre la predicción del modelo y la calificación de expertos) fue del 81,63%. Para la detección en tiempo real, la velocidad de procesamiento del modelo que usa un procesador IntelCore17 con 16 Gb de RAM fue de 5-7 FPS (cuadros por segundo). Dos endoscopistas expertos probaron la IA con veinte videos y veinte procedimientos de colangioscopia in vivo de pacientes con colangiocarcinoma confirmado por histología (figura 1). El modelo de IA detectó con precisión el patrón de malignidad en todos los casos.

Conclusiones: El modelo de IA propuesto reconoce y clasifica con precisión las estenosis biliares durante los videos grabados y en los procedimientos de colangioscopia digital en tiempo real. Son necesarias futuras evaluaciones de la colangioscopia con IA para confirmar estos resultados.

PRESENTACIÓN ORAL

Código: 0089

COLOCACIÓN DE PRÓTESIS INTRALUMINAL METÁLICA CON ELECTROCAUTERIZACIÓN EN EL DRENAJE BILIAR Y DE VESÍCULA BILIAR GUIADO POR ECOENDOSCOPIA: EXPERIENCIA DE UN CENTRO PRIVADO DE LATINOAMÉRICA

Modalidad: Resúmenes Científicos - Oral

Unidad Temática: ENDOSCOPIA DIGESTIVA - Endoscopia diagnóstica - Hígado, vías biliares y páncreas

ROBLES MEDRANDA, Carlos | OLEAS, Roberto | ALCÍVAR VÁSQUEZ, Juan | LOPEZ, Ariana | SÁNCHEZ CARRIEL, María | PUGA-TEJADA, Miguel | PITANGA LUKASHOK, Hannah

INSTITUTO ECUATORIANO DE ENFERMEDADES DIGESTIVAS (IECED)

Introducción: La colecistectomía laparoscópica es el estándar de atención para tratar los trastornos de la vesícula biliar. Sin embargo, en pacientes de alto riesgo quirúrgico existe una alta mortalidad. El drenaje biliar endoscópico fallido seguido de drenaje percutáneo también está asociado a determinada morbilidad. La colocación de prótesis intraluminal metálica (lumen apposing metal stents, LAMS) con electrocauterización (electrocautery-enhanced, EE) y guiada por ecoendoscopia (endos-

copic ultrasound, EUS) constituye un recurso terapéutico recientemente disponible para el tratamiento de trastornos de la vesícula biliar y biliares.

Objetivo/s: Evaluar la viabilidad y seguridad de la colocación de LAMS con EE para el drenaje biliar y vesicular guiado por EUS.

Material (pacientes) y métodos: Estudio observacional, descriptivo y retrospectivo, llevado a cabo en pacientes asistentes a un centro privado de tercer nivel (junio de 2018 a agosto de 2020). Tres médicos revisaron de forma independiente las historias clínicas. El éxito técnico se definió por la finalización satisfactoria del procedimiento previsto mediante la colocación de LAMS con EE guiado por EUS en la posición prevista. La seguridad se definió como la aparición de eventos adversos relacionados con el procedimiento de acuerdo con los criterios de la American Society of Gastrointestinal Endoscopy (ASGE). Se registró el manejo de eventos adversos. El análisis estadístico se realizó en R. v.3.6.0 (R Foundation for Statistical Computing; Vienna, Austria).

Resultados: Se incluyó 77 pacientes: 40/77 fueron drenajes de vesícula biliar guiados por EUS, 17/77 drenajes biliares guiados por EUS y 20/77 pacientes recibieron drenaje biliar y de vesícula biliar en un procedimiento unívoco y guiado por EUS. En cuanto al drenaje de vesícula biliar, 34/60 (56,7%) fueron realizados como manejo de colecistitis aguda. En cuanto al drenaje biliar, 11/37 (29,7%) pacientes fueron abordados tras una endoscopia retrógrada cisto-pancreática (ERCP) fallida, frente a 26/37 (70,3%) a los que se les ofreció drenaje biliar guiado por EUS como modalidad de primera. En aquellos pacientes con drenaje biliar, el sitio de drenaje fue colédoco en 77,14%, vía intrahepática izquierda en 20% y vía intrahepática derecha en 2,8%. El nivel basal de bilirrubina total fue de 18,3 mg/dL. Después del drenaje biliar guiado por EUS se evidenció una disminución estadísticamente significativa en el nivel de bilirrubina a una semana (nivel medio 10,6 mg/dL) y cuatro semanas de seguimiento (nivel medio 2,38 mg/dL) ($p < 0,001$) (tabla 1). En general, se logró éxito técnico en 74/77 (96,1%) casos. Tres pacientes requirieron una reintervención después de un procedimiento guiado por EUS fallida: 2 de 3 LAMS se desplegaron incorrectamente, las vías se cerraron con un over-the-scope clip (OTSC) y uno se retiró con un segundo intento utilizando una prótesis biliar metálica completamente cubierta. No se informó eventos adversos clínicos durante el seguimiento.

Conclusiones: El drenaje biliar guiado por EUS utilizando LAMS con EE es un procedimiento factible, eficaz y seguro para el manejo del drenaje biliar paliativo. El drenaje de la vesícula biliar guiado por EUS es una alternativa segura y eficaz para el tratamiento de los trastornos de la vesícula biliar.

PRESENTACIÓN ORAL

Código: 0092

PREDICCIÓN DE CIRROSIS HEPÁTICA MEDIANTE ECOENDOSCOPIA SHEARWAVE DEL LÓBULO HEPÁTICO DERECHO E IZQUIERDO: UN ENSAYO CLÍNICO DIAGNÓSTICO

Modalidad: Resúmenes Científicos - Oral

Unidad Temática: ENDOSCOPIA DIGESTIVA - Ecoendoscopia - Diagnóstica

ROBLES MEDRANDA, Carlos | OLEAS, Roberto | DEL VALLE ZAVALA, Raquel | PUGA-TEJADA, Miguel | DAL BELLO, Fernanda | ALCÍVAR VÁSQUEZ, Juan | ALVARADO ESCOBAR, Haydee | CIFUENTES GORDILLO, Carlos | PITANGA LUKASHOK, Hannah

INSTITUTO ECUATORIANO DE ENFERMEDADES DIGESTIVAS (IECED)

Introducción: El estudio diagnóstico de los pacientes con enfermedad hepática crónica incluye procedimientos menos invasivos como la elastografía hepática de transición (EHT), la ecografía abdominal, la esofagogastroduodenoscopia, así como otros más invasivos, principalmente la medición de la presión del gradiente portal y la biopsia hepática (BH). La ecografía endoscópica o ecoendoscopia (endoscopic ultrasound, EUS) incluyó recientemente la elastografía ShearWave, cual consiste en la estimación de la elasticidad tisular mediante la medición de la velocidad de onda en kilopascales (kPa).

Objetivo/s: Evaluar la suficiencia diagnóstica de EUS-ShearWave en la predicción de cirrosis hepática.

Material (pacientes) y métodos: Ensayo clínico diagnóstico unicéntrico. El grupo casos estuvo conformado por pacientes con antecedente de cirrosis hepática, en quienes se evaluó tanto el lóbulo hepático derecho e izquierdo mediante EUS-ShearWave. Como grupo control se invitó a participar a individuos con características demográficas (edad/sexo) semejantes al grupo casos, sin antecedentes de ninguna afección hepatológica (incluyendo ausencia de historia de coledocolitiasis, obesidad, consumo de alcohol, uso de drogas inhalatorias o endovenosas; así como serologías para virus hepatótrofos negativas), quienes fueron encaminados a EUS a fin de descartar lesiones subepiteliales en el contexto de la discreción

asistencial. Se realizó una medición de EHT (FibroScan) en todos los casos, a fin de evaluar su correlación para con EUS-ShearWave (r de Pearson). Se calculó la suficiencia diagnóstica (sensibilidad, especificidad, valor predictivo positivo -VPP- y negativo -VPN-) de EUS-ShearWave en la predicción de cirrosis hepática, considerando como patrón oro la BH tomada por punción EUS. Por cuestiones éticas, solo se tomó BH a los pacientes del grupo casos. El análisis estadístico se realizó en R v.3.6.0.

Resultados: De los 28 pacientes incluidos, 14 tenían cirrosis hepática. Las características basales entre los dos grupos de pacientes fueron semejantes. La EUS-ShearWave del lóbulo hepático derecho tuvo una correlación directa, proporcional y significativa para con la EHT ($r=0,693$ [IC del 95%: 0,431 - 0,847; $p < 0,001$]) así como también EUS-ShearWave del lóbulo hepático izquierdo ($r=0,460$ [IC 95% 0,105 - 0,711; $p = 0,014$]). EUS-ShearWave del lóbulo hepático derecho e izquierdo mostró una curva ROC (receiver operating characteristic curve) de 0,98 y 0,96, respectivamente. Para la identificación de pacientes con cirrosis hepática, un valor de corte de EUS-ShearWave del lóbulo hepático derecho $>10,7$ kPa tuvo una sensibilidad, especificidad, VPP y VPN de 100%, 93%, 93%, 100%, respectivamente. En el lóbulo hepático izquierdo, utilizando un valor de corte $>14,0$ kPa, EUS-ShearWave tuvo una sensibilidad, especificidad, VPP y VPN de 93%, 93%, 93%, 93%, respectivamente (tabla 1).

Conclusiones: EUS-ShearWave diagnóstica con precisión a los pacientes con cirrosis hepática. EUS-ShearWave del lóbulo hepático derecho e izquierdo se correlaciona con las mediciones de EHT. Se necesita estudios más amplios para validar estos datos.

PRESENTACIÓN ORAL

Código: 0141

UTILIDAD DE LA ECOENDOSCOPIA-ELASTOGRAFÍA Y ECOENDOSCOPIA-CONTRASTE EN EL DIAGNÓSTICO DE MALIGNIDAD FRENTE A LESIONES PANCREÁTICAS SÓLIDAS

Modalidad: Resúmenes Científicos - Oral

Unidad Temática: ENDOSCOPIA DIGESTIVA - Ecoendoscopia - Diagnóstica

OSPINA ARBOLEDA, Jesenia(1) | MARTÍNEZ BALLESTEROS, Priscila(2) | AZAÑEDO BARRANTES, Claudia(1) | DEL VALLE ZAVALA, Raquel(1) | ALCÍVAR VÁSQUEZ, Juan(1) | ALVARADO ESCOBAR, Haydee(1) | CIFUENTES GORDILLO, Carlos(1) | OLEAS NAREA, Roberto(1) | PUGA-TEJADA, Miguel(1) | PITANGA LUKASHOK, Hannah(1) | ROBLES MEDRANDA, Carlos(1)

INSTITUTO ECUATORIANO DE ENFERMEDADES DIGESTIVAS (IECED) (1); HOSPITAL ABEL GILBERT PONTÓN (2)

Introducción: La ecoendoscopia (endoscopic ultrasound, EUS) es una herramienta útil en el diagnóstico de lesiones sólidas del páncreas. Sin embargo, su utilidad diagnóstica per sé es baja. La EUS-elastografía permite mediante ondas de choque, determinar el tipo de lesión sólida del páncreas mediante estimación de su firmeza a través del strain ratio (SR) y histogram (SH). También es posible evaluar las lesiones sólidas del páncreas mediante EUS-contraste (contrast enhancement, CE). En este contexto, existe evidencia disyunta respecto a la utilidad diagnóstica de EUS-SR, EUS-SH y EUS-CE.

Objetivo/s: Establecer la utilidad de la EUS-elastografía (SR/SH) y EUS-CE en el diagnóstico de malignidad frente a lesiones sólidas del páncreas.

Material (pacientes) y métodos: Estudio observacional, analítico, de corte transversal. Se seleccionó pacientes mayores de 18 años, en quienes se haya evaluado lesiones sólidas del páncreas mediante EUS-SR, EUS-SH y EUS-CE. Siguiendo lo descrito en la literatura, se interpretó como criterio de malignidad, un EUS-SR >15 kPa, un EUS-SH ≤ 49 kPa y un EUS-CE hipocaptante. La utilidad diagnóstica de dichas técnicas fue estimada mediante cálculo de la sensibilidad, especificidad, valor predictivo positivo (VPP) y negativo (VPN) y coincidencia observada. Se consideró como patrón oro la biopsia tomada por PAAF, definiéndose la presencia de malignidad en función de los criterios de Fukuoka. El análisis de datos fue realizado en R v.3.6.0.

Resultados: Se recuperó cincuenta y cinco casos, 23/55 mujeres, edad promedio de 63 (25 – 87) años. La mayoría de las lesiones se localizaron en la cabeza del páncreas (42/55), seguido del cuerpo (8/55), proceso uncinado (4/55) y cola (1/55), con un tamaño promedio de 34 (3 – 100) mm. Se estimó un EUS-SR >15 kPa en 39/55 (71%), EUS-SH ≤ 49 kPa en 47/55 (85%), y EUS-CE hipocaptante en 42/55 (76%) casos. La biopsia por PAAF determinó finalmente 40/55 (73%) casos: adenocarcinoma 25/40, carcinoma de células acinares 6/40, tumor neuroendócrino 4/40, cistoadenoma/cistoadenocarcinoma 3/40, neoplasia papilar mucinosa intraductal 2/40. EUS-SH presentó mayor sensibilidad (88%) en contraste con EUS-SR (80%) y EUS-CE (82%). Sin embargo, EUS-SR, EUS-SH y EUS-CE presentaron semejante VPN (50%, 38% y 46%) y coincidencia observada (72%, 69% y 71%), respectivamente.

Conclusiones: EUS-SR, EUS-SH y EUS-CE presentan semejante utilidad en el diagnóstico de malignidad frente a lesiones sólidas del páncreas. Son necesarios estudios prospectivos con un mayor número de casos a fin de establecer el impacto diagnóstico de dichas técnicas.

PRESENTACIÓN ORAL

Código: 0093

COMBINACIÓN DE LA RETIRADA EN ANTE Y RETROFLEXIÓN DURANTE VIDEO-COLONOSCOPIA MEDIANTE EQUIPO DE RADIO DE GIRO CORTO (SHORT-TURN) DE SEGUNDA GENERACIÓN: UN ENSAYO CLÍNICO DIAGNÓSTICO

Modalidad: Resúmenes Científicos - Oral

Unidad Temática: ENDOSCOPIA DIGESTIVA - Endoscopia diagnóstica - Colon

ROBLES MEDRANDA, Carlos | OLEAS, Roberto | ALCÍVAR VÁSQUEZ, Juan | CIFUENTES GORDILLO, Carlos | ALVARADO ESCOBAR, Haydee | DEL VALLE ZAVALA, Raquel | PUGA-TEJADA, Miguel | LÓPEZ, Ariana | PITANGA LUKASHOK, Hannah

INSTITUTO ECUATORIANO DE ENFERMEDADES DIGESTIVAS (IECED)

Introducción: La video-colonoscopía (VCC) es el método de cribado para prevenir el cáncer colorrectal. Sin embargo, algunos pólipos y adenomas pueden pasar inadvertidos, principalmente aquellos en zonas de difícil visualización: lado proximal de la válvula ileocecal, pliegues haustrales, flexiones o válvulas rectales.

Objetivo/s: Evaluar el impacto de la combinación de la retirada en ante (visión frontal) y retroflexión durante VCC empleando un equipo de radio de giro corto (short-turn) de segunda generación.

Material (pacientes) y métodos: Ensayo clínico diagnóstico, unicéntrico. Se invitó a participar de este protocolo a todo paciente >35 años con criterio asistencial de VCC, bien diagnóstica (por algún síntoma), cribado o vigilancia. Los pacientes fueron encaminados primero a una VCC de alta definición (HD) estándar. Luego, otro operador, ciego a los hallazgos de la VCC-HD estándar, realizó un segundo procedimiento en el mismo paciente, combinando la retirada en ante y retroflexión. Las lesiones detectadas durante el segundo procedimiento se consideraron como originalmente pasadas por alto durante la VCC-HD estándar. Se calculó la tasa de detección de pólipos y adenomas de ambos procedimientos. El análisis estadístico se realizó en R.4.0.3 (R Foundation for Statistical Computing; Vienna, Austria).

Resultados: Se incluyó un total de 203 pacientes. La mediana de edad fue de 57 años, el 66% eran mujeres. El motivo de la VCC-HD fue diagnóstico en 81,3%, cribado en 15,8% y 3 vigilancia en 3%. En cuanto al tamaño de las lesiones, el 74,5% aquellas detectadas detectadas en anteverción eran <5 mm. En retroflexión el 65,3% presentó un tamaño <5 mm y 34,7% entre 5-10 mm. La VCC-HD en ante y retroflexión presentó una tasa de detección de pólipos de 39.9 y 54.2, y una tasa de detección de adenomas de 21.2 y 32.0, respectivamente.

Conclusiones: La combinación de la retirada en ante (visión frontal) y retroflexión durante VCC aumenta la tasa de detección de pólipos y adenomas en comparación con la VCC-HD estándar. Se necesitan ensayos multicéntricos con mayor número de casos a fin de poder validar estos datos.

PRESENTACIÓN ORAL

Código: 0207

HALLAZGOS ENDOSCÓPICOS EN PACIENTES CON ENFERMEDAD DE INJERTO CONTRA HUÉSPED GASTROINTESTINAL

Modalidad: Resúmenes Científicos - Oral

Unidad Temática: ENDOSCOPIA DIGESTIVA - Endoscopia diagnóstica - Esófago, estómago y duodeno

GOMEZ NAVAS, María Del Pilar | BUSQUET, Laura Roxana | NEDER, María Daniela | GONZALEZ, Juliana | WEYERSBERG, Christian | ANTONISKA, Mariela Andrea | WEDE, Gabriela | JULIA, Analía | BOTTERO, Adriana Jorgelina | ROCCA, Ana Marcela

HOSPITAL DE PEDIATRÍA S.A.M.I.C. PROF. DR. JUAN P. GARRAHAN

Introducción: El trasplante alogénico de células hematopoyéticas (TACH) es el tratamiento de elección en pacientes con determinadas enfermedades hemato-oncológicas, errores congénitos e inmunodeficiencias primarias. La enfermedad de injerto contra huésped (EICH) es la principal causa de morbimortalidad en trasplantados, siendo la forma gastrointestinal (GI) muy frecuente. El diagnóstico se establece por las manifestaciones clínicas, hallazgos endoscópicos e histopatología.

Objetivo/s: Describir las características clínicas, hallazgos endoscópicos y clasificación histológica de los pacientes con EICH GI. Además, definir si existe correlación entre la gravedad del compromiso endoscópico e histológico.

Material (pacientes) y métodos: Estudio descriptivo, retrospectivo y observacional. Se analizaron los pacientes con TACH y diagnóstico de EICH GI en el periodo desde enero de 2018 a mayo de 2021 en un centro de alta complejidad. Se evaluaron manifestaciones clínicas, tiempo post trasplante, hallazgos de endoscopia digestiva superior (VEDA) y colonoscopia (VCC) junto a resultado de histología. Para las variables continuas se aplicaron medidas de resumen y dispersión según su distribución, para las variables categóricas se resumieron en proporciones o porcentajes. Para las asociaciones entre las variables se usó el test de chi-2 de Pearson.

Resultados: 49 pacientes (61% hombres), mediana de edad al diagnóstico: 10 años (rango: 2 a 18 años), ver tabla 1. Diagnósticos: leucemias (80%), inmunodeficiencias primarias (12%) y aplasias medulares (8%). Los síntomas más frecuentes fueron diarrea (47%), anorexia (27%), vómito (12%), dolor abdominal (12%) y hemorragia digestiva baja (2%). Se realizó VEDA en el 98% de los pacientes y VCC en el 53%. Los hallazgos endoscópicos en las VEDA: eritema (67%), hemorragias subepiteliales (42%), edema (21%), erosiones (8%) y úlceras (4%). Los hallazgos endoscópicos observados en las VCC: eritema (31%), edema (27%), erosiones (16%), úlceras (12%) y pérdida del patrón vascular (8%). La histología fue positiva para EICH gastrointestinal en el 81% de las VEDA y en el 92% de las VCC. 5 VEDA fueron normales con histología diagnóstica de EICH en 3 de ellas (60%). En cuanto a las VCC 14 fueron normales con histología de EICH en 12 (86%). De los 25 pacientes en quienes se realizó VEDA + VCC, 14 de los mismos (56%) presentaron compromiso extenso y 2 (8%) presentaron EICH gástrico aislado. En la tabla 2, se describen los hallazgos endoscópicos e histológicos según la gravedad. Hubo correlación entre la gravedad endoscópica e histológica para los dos estudios (VEDA-VCC) estadísticamente significativas con un p valor < 0.001. En 59% de los pacientes el EICH se diagnosticó en los primeros 100 días postrasplante (EICH agudo).

Conclusiones: Las manifestaciones clínicas de EICH GI son inespecíficas, siendo la diarrea el síntoma predominante. Se evidenció mayor rédito diagnóstico de EICH GI en la VCC comparado con la VEDA, con predilección del compromiso de colon distal. Fue inusual la afectación gástrica aislada en el EICH GI. En más del 50% de las endoscopias con mucosa de apariencia normal, la histología evidenció enfermedad, esto se relaciona con lo descrito en la literatura en donde se recomienda realizar biopsias de forma sistemática. Existió correlación entre la gravedad del EICH endoscópico e histológico. El EICH GI se presentó predominantemente en los primeros 100 días postrasplante. Esto coincide con lo descrito en la literatura mundial.

PÓSTER ORAL

Código: 0088

APLICACIÓN DE INTELIGENCIA ARTIFICIAL EN EL RECONOCIMIENTO DE ESTRUCTURAS ANATÓMICAS EN TIEMPO REAL MEDIANTE ECOENDOSCOPIA: UN ESTUDIO PILOTO

Modalidad: Resúmenes Científicos - Oral

Unidad Temática: ENDOSCOPIA DIGESTIVA - Endoscopia Diagnóstica

ROBLES MEDRANDA, Carlos | OLEAS, Roberto | DEL VALLE ZAVALA, Raquel | MENDEZ GUEVARA, Juan Carlos | ALCÍVAR VÁSQUEZ, Juan | PUGA-TEJADA, Miguel | PITANGA LUKAHSOK, Hannah

INSTITUTO ECUATORIANO DE ENFERMEDADES DIGESTIVAS (IECED)

Introducción: La ecografía endoscópica o ecoendoscopia (endoscopic ultrasound, EUS) es un procedimiento altamente sofisticado con un número limitado de instalaciones disponibles para su capacitación a nivel mundial. Es necesario un gran número de procedimientos para lograr un apropiado entrenamiento. Así mismo, el acuerdo entre observadores varía ampliamente. El reconocimiento y la caracterización asistida por inteligencia artificial (IA) de estructuras anatómicas pueden mejorar el proceso de entrenamiento al tiempo que mejora el acuerdo entre observadores.

Objetivo/s: Desarrollar un modelo de inteligencia artificial que reconozca en tiempo real las estructuras anatómicas durante las evaluaciones EUS.

Material (pacientes) y métodos: Estudio piloto unicéntrico. Se desarrolló dos redes neuronales convolucionales a partir de videos de EUS lineal y radial en pacientes sin patología alguna. Los modelos de IA se desarrollaron utilizando un software de aprendizaje automático automatizado (AI Works, MD Consulting group, Ecuador). Dos eco-endoscopistas expertos capacitaron a los dos modelos independientes. Se calculó las métricas de los algoritmos EUS lineal y radial para reconocer estructuras anatómicas durante las evaluaciones EUS.

Resultados: Se incluyó ocho estructuras anatómicas de doce videos de EUS para el desarrollo de los algoritmos por AI. Se capturó un total de 8113 muestras de los videos de EUS (6354 para EUS-radial y 1759 para EUS-lineal). Las estructuras anatómicas fueron reconocidas y etiquetadas para el entrenamiento de los modelos de IA por dos eco-endoscopistas expertos (más 300 EUS/año). El modelo radial EUS propuesto alcanzó una precisión media (mAP) de 69,67%, puntuación F1 (media armónica de sensibilidad y precisión) de 92%, IoU promedio (global entre la predicción del modelo y la calificación de expertos) de 79,08%, con un total de pérdida de 0,13. El modelo lineal EUS desarrollado alcanzó una mAP de 83,43%, una puntuación de F1 de 89%, IoU promedio de 73,48%, con una pérdida total de 0,16. Los dos eco-endoscopistas expertos evaluaron los modelos de IA para el reconocimiento de estructuras anatómicas en veinte casos en vivo que reconocieron con precisión en tiempo real todas las estructuras anatómicas entrenadas (figura 1).

Conclusiones: Los modelos de IA propuestos para EUS lineal y radial reconocen e identifican las estructuras anatómicas entrenadas durante las evaluaciones en tiempo real. El modelo propuesto podría implementarse para la formación en EUS, probablemente reduciendo el tiempo y el número de casos necesarios para lograr un entrenamiento apropiado.

PÓSTER ORAL

Código: 0194

ROL DE LA ULTRASONOGRAFÍA ENDOSCÓPICA EN PANCREATITIS AGUDA RECURRENTE: ESTUDIO RETROSPECTIVO

Modalidad: Resúmenes Científicos - Póster Oral

Unidad Temática: ENDOSCOPIA DIGESTIVA - Ecoendoscopia - Diagnóstica

IRIARTE, Maximiliano | REDONDO, Agustina | CURA, Pablo | SCIARRETA, Martín | LOPES, Melody | CAPALDI, Ianina Belén | DOMENICONI, Sofía | BALDONI, Fernando | TUFARE, Francisco

HIGA SAN MARTÍN

Introducción: La pancreatitis "idiopática" o de causa no evidente representa un 10-30% de la etiología de los pacientes con pancreatitis aguda (PA). Según publicaciones recientes la etiología biliar (microlitiasis) representa la principal causa (75%) de las pancreatitis categorizadas como idiopáticas, así como también con menor frecuencia malformaciones ductales, pancreatitis crónica, lesiones sólidas o quísticas del páncreas y disfunción del esfínter de ODDI. Es importante determinar la etiología en pacientes con PA, con el fin de aplicar terapias tempranas, prevenir su recurrencia y evitar su progresión a una pancreatitis crónica. En la actualidad, la ultrasonografía endoscópica tiene un rol importante en el estudio etiológico de la PA idiopática para la detección de lesiones ductales, parenquimatosas y biliopancreáticas (litiasis).

Objetivo/s: • Objetivo primario: Eficacia de la ultrasonografía endoscópica para diagnóstico etiológico de pancreatitis aguda recurrente sin causa evidente • Objetivo secundario: Prevalencia de alteraciones morfológicas parenquimatosas o ductales en pancreatitis recurrente

Material (pacientes) y métodos: • Se evaluaron las características por USE lineal multi-frecuencia de 5-10 MHz, en pacientes mayores de 18 años con diagnóstico de pancreatitis aguda recurrente definido como 2 o más episodios de pancreatitis aguda, de etiología desconocida, luego de realizar una exhaustiva historia clínica, sin evidencia de causa tóxica, alteración de laboratorio, sin hallazgos de litiasis biliar (ecografía abdominal/ TC abdomen) durante la internación y posterior al alta. • Método: El estudio diseñado es observacional de corte trasversal. Se recolectaron datos de pacientes mayores de 18 años que concurren a la unidad de páncreas de un centro de 3° nivel con diagnóstico de pancreatitis aguda recurrente durante el periodo 2015-2021. Se utilizó como metodología diagnóstica variable continuada que será evaluada de acuerdo a la presencia de distribución normal. Si hubiera normalidad, se expresarán como media y DS; caso contrario, como mediana y rango intercuartílico. Las variables categóricas se expresarán como porcentaje

Resultados: Se analizaron los datos en 13 pacientes de los cuales el 69% (9) eran mujeres y el 31% (4) hombres, en quienes se ha realizado USE, con una mediana de edad 49.5 años en donde el 54% habían sido colecistectomizados. El rendimiento etiológico de la EUS fue del 46%, hallándose como diagnóstico más prevalente neoplasia mucinosa intraductal (IPMN tipo 1: 23%).

Conclusiones: La EUS obtuvo un rendimiento diagnóstico del 46% de los pacientes estudiados, detectando como etiología principal la de origen neoplásico (IPMN tipo 1) y en menor frecuencia de origen biliar. El hallazgo etiológico y su posterior tratamiento resultan cruciales ya que se han asociado a una reducción en la tasa de recurrencia. Sujeto a los resultados hallados, se observan datos prometedores, a favor de la USE; por tal motivo, consideramos importante continuar recabando datos para poder realizar un análisis más crítico sobre este método complementario, comparándolo con otros estudios realizados.

PÓSTER ORAL

Código: 0214

RESECCIÓN MUCOSA ENDOSCÓPICA DE ADENOCARCINOMA INTRAMUCOSO SANGRANTE

Modalidad: Videos Científicos - Oral

Unidad Temática: ENDOSCOPIA DIGESTIVA - Endoscopia diagnóstica - Colon

ESCOBAR, Rafael | FERREIRA, Mariana | SEQUEIRA, Agustín | PARDO, Barbara | CANDEL, Ivanna | DI DOMENICO, Diego

SANATORIO DR. JULIO MENDEZ

Introducción: Las causas más frecuentes de hemorragia digestiva baja (HDB) son diverticulosis, angiodisplasias, sangrado post-poliplectomía, colitis isquémica. Causas menos frecuentes incluyen pólipos o neoplasias colónicas. El tratamiento endoscópico debe realizarse ante evidencia de sangrado activo, vaso visible o coágulo adherido. Las guías de manejo de HDB describen el tipo de terapéutica endoscópica a desarrollar solo en las patologías más frecuentes.

Objetivo/s: Presentar la resolución endoscópica de una hemorragia digestiva baja secundaria a un pólipo sangrante.

Material (pacientes) y métodos: Paciente femenina de 73 años con antecedentes de hipertensión arterial, diabetes mellitus tipo 2, marcados por bloqueo aurículo-ventricular, insuficiencia renal crónica. Sin terapia antiagregante, anticoagulante, ni antiinflamatorios no esteroideos. Consultó por síndrome anémico y hematoquecia con descomensación hemodinámica. Se realizó VEDA sin evidencia de lesiones, y

luego VCC observándose contralateral a válvula ileocecal sobre área diverticular, lesión de extensión lateral de 30 mm de superficie granular con nódulo dominante (LST-GM - Paris 0-IIa + 0-Is con patrón glandular tipo Kudo IV) con babeo hemático continuo. Se realizaron lavados enérgicos y terapia térmica con gas argón (APC) logrando el cese del mismo. Por resangrado temprano se repitió VCC, observando erosión sobre nódulo dominante con sangrado continuo. Se realizó nuevamente terapéutica con APC, y posteriormente se inyectó la lesión con solución de adrenalina 1/20000 e indigo carmín y se reseccó con ansa caliente (Endocut Q E3 D1 I6) en 3 fragmentos. Se realizó terapéutica de bordes con coagulación soft con punta de ansa, y se colocaron dos clips hemostáticos. Durante la internación se transfundieron 3 unidades de glóbulos rojos. Por buena evolución se otorgó el alta sanatorial. La anatomía patológica reveló la presencia de un adenoma túbulo veloso con displasia de alto grado con foco de adenocarcinoma intramucoso (Categoría de Viena 4.2).

Resultados: Las guías de manejo en HDB recomiendan diferentes estrategias terapéuticas según las patologías más prevalentes, pero no lo hacen para aquellas menos frecuentes. Dentro de éstas se encuentran los pólipos. El análisis retrospectivo de Gralnek en 2013 en 76.186 VCC realizadas por hematoquecia evidenció la presencia de pólipos en 30.6% y 37.2% de pacientes menores y mayores de 60 años respectivamente. Sin embargo, no aclara si éstos fueron el origen del sangrado. El trabajo prospectivo realizado en el 2011 por Arroja que incluyó a 371 pacientes con HDB evidenció la presencia de pólipos como causa de sangrado en un 4.85% de los casos. Por su parte, Hreiss evidenció que un 12% de las HDB clínicamente significativas se debían a neoplasias, y un 2.4% a pólipos mayores a 1 cm. En estos trabajos se estudió el origen del sangrado, pero no se evaluó el tipo de terapéutica utilizada. En el caso presentado se realizó hemostasia inicial con adrenalina, luego se utilizó APC, y una vez controlado el sangrado se pudo realizar la técnica de resección mucosa endoscópica.

Conclusiones: Los pólipos colónicos son causas poco frecuentes de HDB. Las guías de manejo no realizan recomendaciones respecto a su tratamiento, quedando a criterio del médico endoscopista. En este caso se utilizaron dos técnicas hemostáticas para el cese del sangrado para posteriormente realizar la resección de la lesión.

PÓSTER ORAL

Código: 0090

ENDOSCOPIA DE LUZ BLANCA DE ALTA DEFINICIÓN VS. MAGNIFICACIÓN CON REALCE ÓPTICO (OPTICAL ENHANCEMENT) EN LA EVALUACIÓN DE PACIENTES CON DISPEPSIA

Modalidad: Resúmenes Científicos - Oral

Unidad Temática: ENDOSCOPIA DIGESTIVA - Endoscopia diagnóstica - Esófago, estómago y duodeno

ROBLES MEDRANDA, Carlos | OLEAS, Roberto | ALCIVAR VASQUEZ, Juan | PUGA-TEJADA, Miguel | CIFUENTES GORDILLO, Carlos | DEL VALLE ZAVALA, Raquel | ALVARADO ESCOBAR, Haydee | ARMAS, David | LÓPEZ, Ariana | PITANGA LUKASHOK, Hannah

INSTITUTO ECUATORIANO DE ENFERMEDADES DIGESTIVAS (IECED)

Introducción: La dispepsia es uno de los motivos más comunes de consulta y derivación al gastroenterólogo para una endoscopia. La video-endoscopia de luz blanca (white light endoscopy, WLE) permite a los endoscopistas evaluar la mucosa gástrica y evaluar los hallazgos que sugieran inflamación, infección por *H. pylori* o cambios preneoplásicos. La WLE con magnificación y realce óptico (optical enhancement, OE) pueden facilitar la evaluación de la mucosa gástrica; sin embargo, este último no se ha comparado con el estándar de alta definición (high definition, HD).

Objetivo/s: Comparar la WLE-HD versus WLE-HD con magnificación y OE en la evaluación de mucosa gástrica de pacientes con dispepsia.

Material (pacientes) y métodos: Ensayo clínico observacional realizado en pacientes con síntomas de dispepsia encaminados a endoscopia digestiva alta entre marzo/2020 a octubre/2020. En un mismo paciente, un primer operador realizó WLE-HD; luego, un segundo operador ciego a los hallazgos previos realizó una WLE-HD con magnificación y OE, empleando una clasificación previamente descrita (figura 1). Se tomó biopsias siguiendo el protocolo de Sydney-Houston. El diagnóstico final se basó en los hallazgos histopatológicos: mucosa gástrica normal, gastritis crónica sin atrofia (non-atrophic gastritis, NAG) y con atrofia (chronic atrophic gastritis, CAG).

Resultados: Se incluyó 149 pacientes; la mediana de edad fue de 50 años y el 67,51% eran mujeres. 125/149 de los pacientes tenían NAG en comparación con 12/149 que tenían CAG. La WLE-HD tuvo una sensibilidad, especificidad, VPP, VPN y concordancia de 67%, 96%, 62%, 97% y 94% para definir CAG; similar a la WLE-HD con magnificación y OE, misma cual mostró una sensibilidad, especificidad, VPP, VPN y concordancia del 58%, 91%, 37%, 96% 89%, respectivamente. En cuanto a la infección por *H. pylori*, la WLE-HD tuvo una sensibilidad, especificidad, VPP, VPN y concordancia del 72%, 43%, 36%, 77%, 52%; similar a la WLE-HD con magnificación y OE, misma cual mostró una sensibilidad, especificidad, VPP, VPN y concordancia del 80%, 39%, 37%, 82%, 82%, 52%, respectivamente.

Conclusiones: No existe una diferencia significativa entre la WLE-HD y la magnificación con OE en la definición de la mucosa gástrica normal, CAG o infección por *H. pylori* en pacientes con dispepsia. Se necesitan ensayos multicéntricos más grandes y con más participantes para validar estos resultados.

PÓSTER ORAL

Código: 0118

FUGA BILIAR - VIA BILIAR TRATADA MEDIANTE COLOCACION DE PROTESIS METALICA TOTALMENTE CUBIERTA

Modalidad: Casos Clínicos - Póster Oral

Unidad Temática: ENDOSCOPIA DIGESTIVA - Endoscopia diagnóstica - Hígado, vías biliares y páncreas

ZEGARRA, Carlos(1) | FLORES CRUZ, Gonzalo(2)

INSTITUTO DE GASTROENTEROLOGIA BOLIVIANO JAPONES (1); CENTRO MEDICO FIORI (2)

Introducción: La colelitiasis es una condición que afecta al 20 % de la población a nivel mundial aproximadamente. La colecistectomía es un procedimiento rutinario en el mundo. Con el advenimiento de la colecistectomía laparoscópica y la curva de aprendizaje se presentaron nuevas variedades de lesiones. Se estima que existe una incidencia de 0.3 % a 1 % de lesiones biliares post colecistectomía

Objetivo/s: Conocer la efectividad de prótesis metálicas autoexpandibles en una lesión de vía biliar con fuga a cavidad abdominal

Material (pacientes) y métodos: Paciente de 37 años, primigesta, diagnóstico de colelitiasis durante el embarazo que a las 36 semanas de gestación presenta cuadro de colecistitis aguda. Al examen físico álgida, taquicárdica, febril, Murphy positivo y datos clínicos de inicio de trabajo de parto. Laboratorios reportan leucocitosis, perfil hepático alterado con hipertransaminasemia por 2, resto de perfil normal. Ecografía de rastreo abdominal: Colecistitis aguda con cálculo enclavado en bacinete. Se realiza valoración por el servicio de obstetricia que indica cesárea de emergencia. La misma se programa simultáneamente con colecistectomía convencional. Post operatorio inmediato sin alteraciones. A las 24 horas de cirugía la paciente presenta dolor abdominal con datos de peritonismo. Nueva ecografía reporta líquido libre con punción obteniendo débito bilioso. Es reintervenida de emergencia. Durante la cirugía se encuentra contenido biliar en cavidad, No se identifica lugar de fuga biliar por el cual se decide instalar una sonda transcística y un drenaje sub hepático con débitos biliosos > 1000 mL diarios. Se realiza CPRE a las 48 hrs de la 2da cirugía, Colangiografía muestra lesión longitudinal de colédoco proximal de 2 cm aproximadamente. Se decide instalar una prótesis metálica auto expansible totalmente cubierta con la finalidad de realizar sello hermético de la lesión y favorecer el drenaje biliar hacia duodeno. Después de 24 horas los débitos biliares remiten a < 50 ml y después de 96 horas desaparecen. Retirando la prótesis a los 90 días aproximadamente sin problemas observando el sellado de la lesión

Resultados: El uso de prótesis metálica auto expandible mostro ser una decisión adecuada con el sellado de la fuga y una opción al ser un procedimiento menos invasivo que una cirugía de exploración de vías biliares.

Conclusiones: Aunque las fugas biliares pueden ser graves y potencialmente mortales, generalmente menos del 30% de las lesiones son reconocidas en el momento de la operación, El objetivo de la intervención endoscópica es favorecer el gradiente de presión hacia el duodeno. El uso de prótesis plásticas puede no ser suficiente es por lo mismo que el apoyo y la necesidad de contar con otro tipo de prótesis como las metálicas a la mano puede significar el éxito o fracaso del tratamiento endoscópico. En nuestro caso una lesión extensa, la colocación de una prótesis o múltiples prótesis plásticas puede aumentar los costos y aun así fallar en relación a una metálica. Cabe mencionar que la colocación de prótesis biliares metálicas auto expandibles aún está en fase de estudio y las complicaciones a corto y largo plazo deben ser descritas.

PÓSTER ORAL

Código: 0142

COLOCACIÓN DE ENDOLOOP EN PÓLIPOS PEDICULADOS PARA PROFILAXIS DE SANGRADO POST POLIPECTOMÍA ¿ES UN MÉTODO EFECTIVO?

Modalidad: Resúmenes Científicos - Póster

Unidad Temática: ENDOSCOPIA DIGESTIVA - Endoscopia terapéutica - Colon

GULLINO, Lorenzo | GARAVENTO, Leonardo | GARBI, Maria Laura | CORREA, Gustavo | YANTORNO, Martin | GIRAUDO, Florencia | DOMENICONI, Sofia | CURA, Pablo | SCARPONI, Maria Alicia | REDONDO, Agustina | ARRAMÓN, Mariana | CAPALDI, Ianina Belen | BALDONI, Fernando | TUFARE, Francisco | CARRICA, Sebastián

HIGA SAN MARTÍN

Introducción: El cáncer colorrectal se desarrolla a partir de lesiones premalignas que según su morfología se pueden clasificar en lesiones polipoides y no polipoides. El tratamiento endoscópico de estas lesiones permite disminuir la incidencia y mortalidad del cáncer colorrectal. Sin embargo, estos procedimientos presentan un riesgo de complicaciones, siendo el sangrado post polipectomía la más frecuente, con una incidencia reportada del 0.3 al 6.1%, variando la misma según el centro, la experiencia del operador y las características de las lesiones. Los principales factores de riesgo para este evento son: el tamaño del pólipo, la localización en colon de-

recho, la presencia de componente vellosa o adenocarcinoma y las comorbilidades del paciente (hipertensión arterial, uso de anticoagulantes, entre otras). Los pólipos pediculados grandes, con tallo mayor a 5 mm o cabeza mayor a 20 mm, tienen indicación de profilaxis del sangrado con inyección de adrenalina y/o colocación de clip o endoloop sobre el pedículo.

Objetivo/s: el objetivo primario fue evaluar la tasa de éxito técnico y la seguridad del endoloop como método de profilaxis de sangrado post polipectomía.

Material (pacientes) y métodos: estudio observacional, retrospectivo, realizado en un centro de atención terciaria, en el periodo de tiempo comprendido entre enero de 2011 hasta enero de 2021. Todos los pacientes mayores de 18 años, que firmaron el consentimiento informado y en los que se reseccó al menos un pólipo pediculado (con diámetro del tallo > 5 mm y/o diámetro de la cabeza > 20 mm) previa colocación de endoloop fueron incluidos en este estudio. Todos los datos fueron recolectados de las historias clínicas digitalizadas (Cuspyde®). Se definió éxito técnico a la colocación del endoloop en la base del pedículo del pólipo, sin deslizamiento del mismo posterior a la colocación/resección. Se definió sangrado post polipectomía inmediata a la presencia de sangrado por más de un minuto posterior a la resección, con necesidad de tratamiento endoscópico o quirúrgico.

Resultados: se incluyeron 42 pólipos pediculados que se trataron con endoloop para profilaxis del sangrado post polipectomía, en 41 pacientes. Del total, a 20 pólipos se le realizó tratamiento de profilaxis combinado (endoloop más inyección de adrenalina 1:10000) y a los 22 restantes monoterapia con endoloop. El tamaño promedio del diámetro del pedículo fue de 12.8 mm (5-20 mm) y la cabeza de 24.7 mm (10-45 mm). El sigmoides fue la localización más frecuente (32/42). El éxito técnico se logró en 35 (83.3%) polipectomías. La falla de la colocación se evidenció en 7 casos, uno de ellos por colocación parcial sobre la cabeza del pólipo con remanente del lazo. En los 6 restantes, el endoloop se deslizó tras la resección, uno por tensión insuficiente en el pedículo y el resto por colocarse en cercanía de la cabeza del pólipo, presentando sangrado como complicación en 4 de ellos. En ningún paciente se reportó transección del pedículo en frío, dificultad en la liberación, ni perforaciones. La tasa de sangrado inmediato en el grupo de pacientes que se logró la correcta colocación del endoloop fue del 2.3% (1/35).

Conclusiones: en nuestro estudio pudimos evidenciar una tasa de éxito técnico mayor al 80% con una tasa de sangrado inmediato del 2.3%. En el 16% (7/42) de los pacientes no se logró una correcta colocación del endoloop y de ellos el 57% (4/7) presentó sangrado inmediato como complicación. Con estos resultados podemos inferir que la correcta colocación del endoloop es fundamental para lograr la efectividad del método, por lo que es necesario fortalecer el entrenamiento de los endoscopistas y asistentes en esta técnica. Es necesario realizar estudios prospectivos randomizados con mayor número de pacientes para confirmar los resultados.

PÓSTER ORAL

Código: 0206
CIERRE ENDOSCÓPICO DE GRAN FÍSTULA ESÓFAGO - PLEURAL POS-QUIRÚRGICA

Modalidad: Casos Clínicos - Póster

Unidad Temática: ENDOSCOPIA DIGESTIVA - Endoscopia terapéutica - Esófago, estómago y duodeno

DUTTO, Carolina | ADI, Jose | TORRES, Alfredo | MONDINI, Mauricio

HOSPITAL L.C. LAGOMAGGIORE

Introducción: Las fugas esofágicas como complicación a una anastomosis posquirúrgica puede ocurrir en el 4-35% de los pacientes y es un evento con riesgo significativo de infección respiratoria recurrente, sepsis, desnutrición y muerte. Debido a que la incidencia de un cierre espontáneo de una fístula esofágica respiratoria es extremadamente bajo, la evidencia enfatiza en la necesidad de un abordaje activo para lograr un cierre definitivo, siendo un desafío el manejo de estos pacientes.

Objetivo/s: Presentación de caso clínico que se logró de forma exitosa el cierre endoscópico de fístula esofago-pleural (FEP) postquirúrgica con un diámetro mayor a 20 mm.

Material (pacientes) y métodos: Paciente masculino de 65 años con antecedentes de adenocarcinoma infiltrante de unión esofago gástrica T2N1M0 que se realizó esofagectomía con esofagogastronastomosis latero-lateral y colocación de drenaje pleural derecho. Quince días luego de la cirugía presenta fiebre, tos y disnea, leucocitosis, aumento de reactantes de fase aguda, insuficiencia renal aguda e hipoxemia. Se evidencia en tomografía con contraste oral trayecto fistuloso a nivel de tercio medio de esófago que comunica con cavidad pleural derecha, derrame pleural bilateral e hidroneumotorax derecho. Se colocó drenaje pleural derecho aspirativo, antibióticoterapia de amplio espectro y alimentación enteral por yeyunostoma. Endoscopia digestiva alta, a 28 cm en anastomosis esofago-gástrica presencia de orificio fistuloso de 22 mm de diámetro máximo con bordes con fibrina y tejido necrótico en contacto con grampas de sutura, se accede a cavidad pleural con abundante contenido purulento y restos alimentarios semisólidos que se extraen con asa red, se realizó coagulación argón plasma sobre los bordes y colocación de sonda k11 naso-pleural aspirativa (FIGURA 1). Se realizaron sucesivamente un total de 4 sesiones endoscópicas de coagulación con argón sobre los bordes evidenciando una disminución del defecto hasta un diámetro de 8 mm y lograr la colocación de dos endoclips.

Resultados: Presenta buena evolución, seguimiento por imágenes y endoscopia con cierre de orificio fistuloso a los

Conclusiones: A pesar de los recientes avances técnicos en la cirugía del cáncer gastrosesofágico, las fugas anastomóticas posoperatorias siguen siendo una de las principales causas de morbilidad y mortalidad. Las complicaciones respiratorias e infecciosas son importantes y, con frecuencia requieren cuidados intensivos y hospitalización prolongada, con tasa de morbilidad de hasta el 50-60%. Históricamente, estas fugas se han tratado con una combinación de reparación quirúrgica, antibióticoterapia, dieta cero y nutrición parenteral total. Sin embargo el manejo quirúrgico abierto presenta tasas de morbimortalidad significativa, siendo el abordaje mínimamente invasivo o endoscópico la opción elegida para lograr el cierre de la fuga. Las opciones endoscópicas van a depender de la localización, bordes y tamaño del defecto. Se establece que el éxito terapéutico está relacionado con el diámetro de la fuga, siendo este un umbral de 2 cm como se informó en un gran estudio monocéntrico que describe los resultados del uso endoscópico de pegamento biológico, clips hemostáticos y stents con una tasa de éxito del 73,1% para defectos <2 cm vs. 14,3% por encima de 2 cm. Nuevas dispositivos han superado este inconveniente, como over the scope clips (OTSC), sin embargo, el cierre rara vez es factible si los bordes se encuentran necróticos e inflamados debido a la dificultad para atrapar el espesor total de la pared esofágica. Se presenta caso de paciente con gran orificio fistuloso esofago pleural que se logra el cierre del mismo tras reiteradas sesiones de coagulación con argón plasma produciendo inflamación local y reducción del defecto hasta hacer posible el cierre definitivo con endoclips.

PÓSTER ORAL

Código: 0091
PRUEBA DE DETECCIÓN RÁPIDA DE ANTICUERPOS COVID-19 COMBINADA CON EVALUACIÓN CLÍNICA EN LA REANUDACIÓN DE LAS ACTIVIDADES DE UNA UNIDAD DE ENDOSCOPIA: EXPERIENCIA EN UN CENTRO PRIVADO DE LATINOAMÉRICA

Modalidad: Resúmenes Científicos - Oral

Unidad Temática: ENDOSCOPIA DIGESTIVA - Misceláneas

ROBLES MEDRANDA, Carlos | OLEAS, Roberto | ALCÍVAR VÁSQUEZ, Juan | PUGA-TEJADA, Miguel | SÁNCHEZ ANGARITA, Efrain | DEL VALLE ZAVALA, Raquel | CIFUENTES GORDILLO, Carlos | ALVARADO ESCOBAR, Haydee | PITANGA LUKASHOK, Hannah

INSTITUTO ECUATORIANO DE ENFERMEDADES DIGESTIVAS (IECED)

Introducción: La pandemia del COVID-19 afectó el normal funcionamiento de las unidades de Endoscopia en todo el mundo. Reanudar las actividades en entornos con recursos limitados donde la prueba de PCR con hisopado no está ampliamente disponible es un desafío muy costoso. La combinación de detección clínica, pruebas rápidas y un protocolo estricto puede permitir reanudar el funcionamiento de las unidades de Endoscopia.

Objetivo/s: Evaluar la combinación de la consulta de telemedicina y el cribado serológico de rutina a fin de reanudar las actividades de una unidad de Endoscopia.

Material (pacientes) y métodos: Estudio de cohorte, unicéntrico (del 15 de abril al 22 de mayo). Los pacientes fueron evaluados a través de una consulta de telemedicina por un neumólogo en busca de antecedentes de síntomas agudos, contactos cercanos o exposición a COVID-19. Se realizó un cribado serológico dentro de las 24 horas previo al procedimiento endoscópico. El personal de Endoscopia fue examinado para detectar síntomas e infección por COVID-19 mediante un hisopado de PCR antes y después de la instauración de este protocolo previo a la reanudación de las actividades. El protocolo también incluyó políticas de distanciamiento social en la sala de preparación, endoscopia y recuperación; así como equipo de protección personal (mascarilla facial acrílica o facemask, mascarilla N95, bata, guantes) y protector de caja de aerosol para intubación en aquellos casos que requieran anestesia general. Se realizó un seguimiento de los pacientes durante cuatro semanas y se les realizó un cribado para detectar síntomas de COVID-19.

Resultados: Se incluyó 127 pacientes en el periodo de estudio. 9/127 exhibieron anticuerpos IgM positivos contra COVID-19 (7/9 pacientes tuvieron una presentación clínica leve mientras que 2/9 fueron asintomáticos). Sus procedimientos endoscópicos fueron diferidos hasta obtenerse una prueba PCR negativa. 118 pacientes fueron sometidos a procedimientos endoscópicos siguiendo este protocolo. La mediana de edad fue de 45 años, el 64,4% eran mujeres. La temperatura corporal media de 37 C. El 13,6% fueron pacientes hospitalizados. De los 118 pacientes tratados, el 53,4% fueron para procedimientos terapéuticos mientras que el 46,6% fueron diagnósticos. El 85,6% de los procedimientos se clasificaron como no urgentes y el 14,4% como urgentes. Las frecuencias de los procedimientos endoscópicos se describieron de la siguiente manera: esofagogastrroduodenoscopia 45,8%, video-colonoscopia 2,5%, endoscopia retrógrada cisto-pancreática (ERCP) 22,0%, colangioscopia 15,3% y ecoendoscopia 14,4%. Cualquiera infección nosocomial por COVID-19 entre el personal de endoscopia o los pacientes ya atendidos fue comunicada durante el protocolo del estudio y el seguimiento a un mes de la realización del procedimiento endoscópico en cuestión.

Conclusiones: Una consulta combinada de telemedicina seguida de un cribado serológico permitió la apropiada y segura reanudación de las actividades de una unidad de endoscopia a un bajo costo. El distanciamiento social durante la sala de preparación y recuperación, así como el equipo de protección personal juegan un papel en el manejo de la propagación del COVID-19.

PÓSTER DISTINGUIDO

Código: 0021

ENDOMICROSCOPIA CONFOCAL EN LA MUCOSA COLÓNICA DE PACIENTES CON ENFERMEDAD DIVERTICULAR: RESULTADOS PROVISIONALES

Modalidad: Resúmenes Científicos - Oral

Unidad Temática: ENDOSCOPIA DIGESTIVA - Endoscopia diagnóstica - Colon

ROBLES MEDRANDA, Carlos | OLEAS, Roberto | CIFUENTES GORDILLO, Carlos | PUGA-TEJADA, Miguel | ALCIVAR VASQUEZ, Juan | ALVARADO ESCOBAR, Haidee | DEL VALLE ZAVALA, Raquel | PITANGA LUKASHOK, Hannah

INSTITUTO ECUATORIANO DE ENFERMEDADES DIGESTIVAS (IECED)

Introducción: La enfermedad diverticular colónica es una condición prevalente en occidente. La endomicroscopia confocal basada en sonda (confocal laser endomicroscopy, pCLE) detecta cambios inflamatorios indetectables durante la video-colonoscopía de alta definición (HD-VCC). Sin embargo, no hay datos sobre el papel de la inflamación de la mucosa peri-diverticular y colónica en pacientes con enfermedad diverticular colónica.

Objetivos: Describir el papel de la mucosa peri-diverticular y colónica en pacientes con enfermedad diverticular colónica mediante pCLE.

Material (pacientes) y métodos: Estudio observacional, prospectivo, unicéntrico. Se invitó a participar a pacientes >35 años con indicación de VCC diagnóstica, cribado de cáncer colorrectal o seguimiento de pólipos. Se excluyó casos con hematoquezia o diverticulitis. Se realizó HD-VCC evaluando la presencia de inflamación y complicación diverticular mediante la escala Diverticular Inflammation and Complication Assessment (DICA score). A mayor DICA, mayor inflamación/complicación diverticular. La mucosa peri-diverticular y colónica fue evaluada mediante pCLE, considerándose: a) fusión y distorsión de las criptas; b) presencia de epitelio brillante; y c) dilatación y tortuosidad vascular. El contraste de los hallazgos endoscópicos iniciales vs. del desarrollo de enfermedad diverticular complicada se evaluará en un seguimiento de 24 meses. El análisis estadístico se realizó en R v3.6.0.

Resultados: Se incluyó sesenta y tres pacientes. La mediana de edad fue de 64 años. El 50,8% eran mujeres. En 53/63 (84,1%) se puntuó un DICA I, y DICA II en otros 15,9%. El 47/63 (74,6%) de los pacientes presentaron cuando menos un criterio de inflamación peridiverticular a la pCLE en comparación con 16/63 (25,9%) en los que no se detectó inflamación. La inflamación peri-diverticular de pCLE predijo mayor enfermedad diverticular complicada (DICA II) con una sensibilidad >80% en el colon ascendente, transversal, descendente y sigmoide; y un valor predictivo negativo (VPN) del 100% en todos los segmentos colónicos. En cuanto a la inflamación de la mucosa colónica, los criterios de inflamación pCLE tienen un VPN >80% en todos los segmentos colónicos. El 56/63 de los pacientes presentaron inflamación de la mucosa colónica según pCLE, lo que demuestra un aumento significativo en la detección de hallazgos inflamatorios en pacientes con enfermedad diverticular (tabla 1). En la siguiente fase de esta investigación se hará un seguimiento de los pacientes hasta los 12 y 24 meses, a fin de constatar desarrollo de enfermedad diverticular complicada (NCT04173182).

Conclusiones: La pCLE es un marcador prometedor en la detección de inflamación en la mucosa peri-diverticular y colónica de pacientes con enfermedad diverticular. La inflamación peri-diverticular puede desempeñar un papel en la predicción de enfermedad diverticular complicada.

PÓSTER DISTINGUIDO

Código: 0026

"ESTENOSIS BENIGNA RECURRENTE"

Modalidad: Casos Clínicos - Póster

Unidad Temática: ENDOSCOPIA DIGESTIVA - Endoscopia terapéutica - Colon

BONAMICO, Agustina | TRAKAL, Juan Jose | TRAKAL, Esteban | BUTTI, Abel | ZARATE, Fabian Eduardo | GORORDO IPIÑA, Rosa Carolina | BEDINI, Marianela Patricia | PARODI, Matias

CLÍNICA UNIVERSITARIA REINA FABIOLA (C.U.R.F.)

Introducción: La estenosis benigna colorrectal es la formación de una membrana secundaria a la inflamación y fibrosis provocada por radiación, diverticulitis, enfermedad inflamatoria intestinal, isquemia o una combinación de estos factores que impide el tránsito intestinal normal. También es una complicación de la anastomosis colorrectal, los factores de riesgo para desarrollar una estenosis en este caso son sexo femenino, enfermedad inflamatoria, sutura mecánica y anastomosis entre los 8 y 12 cm del margen anal. El riesgo se incrementa cuando se realiza una desviación del tránsito intestinal con una ileostomía de protección.

Objetivos: Conocer sobre estenosis benigna y la mejor opción terapéutica endoscópica en casos de recurrencia.

Material (pacientes) y métodos: Presentamos el caso de una paciente de 29 años de edad con antecedente de dismenorrea, dispareunia y enterorragia premenstrual, con diagnóstico de endometriosis profunda por resonancia magnética de abdomen y pelvis, que requirió intervención quirúrgica en dos oportunidades. En la primera se

realizó resección del recto superior y anastomosis del sigmoides con el recto medio e ileostomía de protección; y a los 5 meses por desarrollo de nuevos focos de endometriosis se amplió a resección anterior baja de recto con anastomosis colorrectal término terminal. Se realizó colonoscopia control a los 4 meses posquirúrgicos para programar cierre de ileostomía y retranstitución, se observó a los 4-5 cm por encima de la sutura mecánica un fondo de saco sin posibilidad de progresar hacia proximal. Se realizó técnica combinada de rendez vous con el servicio de cirugía general. Se progresó el colonoscopia por ileostomía hacia distal hasta alcanzar el recto, guiado por trans iluminación del rectoscopio del equipo quirúrgico. A través de un mono-puerto anal el cirujano realizó con maniobras romas la ruptura de la membrana con instrumento de aspiración y se pasó por el mismo desde proximal una guía hidrofílica que fue recibida y exteriorizada a través del ano; se retiró el colonoscopia e ingresó por vía rectal, se colocó el balón de dilatación neumático sobre la guía y se expandió progresivamente hasta lograr 20 mm, logrando trasponer el colonoscopia por sobre la estenosis y sin evidencia de complicaciones inmediatas. A los 20 días se programó nueva dilatación y al ingresar con el colonoscopia se observó reestenosis. Se repitió la técnica de rendez vous y esta vez se dejó una sonda rectal siliconada para impedir el cierre de la misma. Se realizó nuevamente dilatación neumática a los 15 y 21 días sin necesidad de colocar el sondaje rectal. A los 28 días en control endoscópico se observó anastomosis permeable y en simultáneo se realizó la retranstitución. Un año después el paciente presenta hábito intestinal normal.

Resultados: Una técnica combinada guiada por trans iluminación para lograr la ruptura de la membrana y la dilatación neumática repetida fueron las elegidas con éxito para este tipo estenosis benigna recurrente, utilizando una sonda rectal transitoria para impedir el cierre de la misma.

Conclusiones: La estenosis benigna es una frecuente complicación posquirúrgica de la anastomosis colorrectal, una condición que impide la retranstitución y genera mala calidad de vida en los pacientes. Existen muchas técnicas endoscópicas y vías de abordaje pero la dilatación neumática es la de elección, sin embargo hay casos refractarios que necesitan repetidas maniobras en corto tiempo. La dilatación puede ser guiada por radioscopia, o mediante rendez vous con el equipo de cirugía general como se describió en este caso.

PÓSTER DISTINGUIDO

Código: 0188

BALÓN INTRAGÁSTRICO EN EL PACIENTE CON OBESIDAD MÓRBIDA O SUPER-OBESIDAD EN UN HOSPITAL PÚBLICO

Modalidad: Casos Clínicos - Póster Oral

Unidad Temática: ENDOSCOPIA DIGESTIVA - Misceláneas

PEST, Erika

HOSPITAL NACIONAL PROFESOR ALEJANDRO POSADAS

Introducción: El balón intragástrico está indicado en pacientes con BMI entre 30 a 40 kg/m². Se han realizado experiencias previas con resultados dispares en pacientes con BMI > 40 (obesidad mórbida), incluso BMI > 50 (super obesidad), tanto como único método, o como puente hacia la cirugía bariátrica.

Objetivo: evaluar la pérdida de peso y disminución de BMI en el tiempo en los pacientes con obesidad mórbida y super obesidad a los que se les colocó un balón intragástrico en nuestra institución.

Material (pacientes) y métodos: Materiales: desde el año 2015 hasta el año 2019 se colocaron 27 balones en nuestra institución, de los que se tomaron como criterios de inclusión todos los pacientes con BMI > 0 = 40 kg/m², con al menos 6 meses de seguimiento y 2 o más registros de peso a los 3, 6 o 12 meses. 16 pacientes fueron incluidos en el análisis, se les colocó a 15 pacientes balones Spatz tipo 3, y 1 paciente recibió balón Orbera. 5 pacientes tenían un BMI <40 por lo que no se incluyeron en el estudio. 6 pacientes se excluyeron: 2 pacientes por intolerancia, 1 paciente falleció por causa no relacionada al balón, 2 pacientes se perdieron en el seguimiento y 1 paciente pidió la extracción del balón por lograr el objetivo previo al periodo de los 6 meses. Método: estudio analítico de cohorte retrospectivo. Se registraron los controles de peso realizado por el personal del equipo multidisciplinario (endoscopia, cirugía bariátrica, nutrición, psicología y psiquiatría).

Resultados: se analizaron 16 pacientes, 10 de sexo masculino (62,5%). Con una edad media 45,8 años (±9,69 años). Se compararon los resultados de las variables medidas al inicio y a la extracción usando un test de Student apareado y se consideró una p válida <0.05. Se encontraron diferencias significativas tanto en peso, BMI y exceso de peso. Peso inicial 208 kg (±39,83) y peso a la extracción 173±34,9 kg, p=0.002. BMI inicial 72,68 (±18, 66) con un BMI a la extracción 59,25 (±11,3) con una p=0.004. El exceso de peso inicial fue de 134 kg (±38,6 kg) siendo de 98,9 (±31 kg) a la extracción p= 0.002. La extracción se realizó con una media de 14,7 meses (±3,9 meses). También se analizó un grupo de 11 pacientes con registros 3-6 y extracción, con test Anova de medida repetidas tomando como significativo una p<0.05. Las medias de peso resultaron con diferencias significativas del registro basal con los 3 meses, 6 meses y extracción, dependiendo intensidad paulatinamente hasta la extracción. Lo mismo sucedió con BMI y exceso de peso.

Conclusiones: el balón intragástrico en pacientes con obesidad mórbida y super obesidad es útil para lograr una pérdida de peso efectiva, ya sea como único método de elección o como puente a la cirugía bariátrica.

PÓSTER

Código: 0133

ECOENDOSCOPIA EN EL DIAGNOSTICO DE INSULINOMA PANCREATICO

Modalidad: Videos Científicos - Oral

Unidad Temática: ENDOSCOPIA DIGESTIVA - Ecoendoscopia - Diagnóstica

HERRERA, Laura(1) | ARCE, Migue(1) | PÉREZ, Patricio(1) | MEDINA BARRIENTOS, Alberto(1) | SAYANES, María Victoria(1) | PERALTA, Eduardo(1) | MORAN FAIENZO, Gabriela(1) | CAPRIOTTI, Andrés(1) | CALVO, Sebastián(1) | WANG, Hui Jer(2)

HOSPITAL INTERZONAL DE AGUDOS "DR OSCAR ALENDE"- MAR DEL PLATA (1); HOSPITAL DE ALTA COMPLEJIDAD EL CRUCE (2)

Introducción: Las neoplasias neuroendócrinas pancreáticas son raras y constituyen un 2-3% de todos los tumores pancreáticos. El insulinoma, es el mas frecuente y su diagnóstico se basa en la sospecha clínica y localización de la lesión por imágenes. La mayoría son solitarios, benignos y menores de 2 cm. Con los métodos tradicionales de Tac y RMN en un 30-40% de los casos no se encuentra la lesión. La ecoendoscopia ha surgido como método diagnóstico, que también permite confirmar histología a través de la punción aspiración con aguja fina.

Objetivos: Presentar un paciente con sospecha clínica de insulinoma pancreático con TAC y RMN normales, por lo que se realiza ecoendoscopia que localiza la lesión y permite planificar la cirugía.

Material (pacientes) y métodos: Varón de 36 años de edad con antecedentes de trastorno de la conducta y ansiedad de 5 años de evolución, evaluado inicialmente por salud mental, siendo medicado con clonazepam y lamotrigina, sin seguimiento médico. Se interna por episodio de convulsiones con hallazgo en laboratorio de glucemia de 34 mg/dl. Hemograma, ionograma, hepatograma, función renal normal. Tac cerebral sin lesiones. Niega consumo de medicamentos hipoglucemiantes, estupefacientes u otros antecedentes relevantes. Se inicia perfusión continua de glucosa al 5% presentando en la evolución de la internación episodios reiterados de hipoglucemias con síntomas asociados y restitución al normalizar la glucemia (tríada de Whipple). Insulina plasmática 3 U/ml. Ante la sospecha de un tumor productor de insulina se realizaron imágenes de TAC y RNM de abdomen con contraste que fueron normales.

Resultados: Se solicita ecoendoscopia que informa: en el cuerpo pancreático, cerca del cuello, una lesión sólida, hipocogénica, ovalada, homogénea, con borde bien definido, doppler positivo, que mide 16 x 11.2 mm de diámetro sin compromiso de vasos importantes. Se realiza punción con aguja fina de 22G. El resto del parénquima pancreático de aspecto normal, conducto de wirsung fino. Evaluado de manera multidisciplinaria se decide derivación a centro con disponibilidad de ecografía intraoperatoria para evaluar posibilidad de enucleación con preservación del parénquima. Se realiza laparoscopia con eco intraoperatoria, donde se observó la lesión muy cercana al Wirsung, por lo cual se desistió de la enucleación y se realizó pancreatocetomía corporocaudal. Posteriormente el paciente fue dado de alta hospitalaria sin registros de hipoglucemia en los controles.

Conclusiones: En la sospecha clínica de insulinoma pancreático, cuando la TAC y RMN no muestran lesión, el próximo método sugerido es la ecoendoscopia por su alta sensibilidad (80-90%), que solo disminuye en las lesiones pequeñas localizadas en la cola del páncreas. Es un método operador dependiente y la limitación está dada en la disponibilidad del recurso. La localización es fundamental para planificar la cirugía con el objetivo de preservar parénquima pancreático sin dejar lesión.

PÓSTER

Código: 0252

¿ES LA TUBERCULOSIS UN DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DE LESIONES SÓLIDAS PANCREÁTICAS?

Modalidad: Casos Clínicos - Póster Oral

Unidad Temática: ENDOSCOPIA DIGESTIVA - Ecoendoscopia - Diagnóstica

ARRAMON, Mariana | ARRAMON, Mariana | REDONDO, Agustina | PAGES, Mariana | CORREA, Gustavo | CURA, Pablo | SCIARRETTA, Martin | GULLINO, Lorenzo | MARIANO, Jimena | FERRIGNO, Agustín | DELEO, Sabino | FRAPICINI, Gabriela | BALDONI, Fernando | TUFARE, Francisco

HIGA SAN MARTÍN

Introducción: La tuberculosis es una infección bacteriana causada por Mycobacterium tuberculosis. El compromiso gastrointestinal representa del 11% al 16% de los pacientes con tuberculosis extrapulmonar. La afectación pancreática es extremadamente inusual. La misma puede manifestarse como lesión focal pancreática quística, sólida o mixta, representando un desafío en el diagnóstico diferencial con lesiones focales de origen neoplásico. La ultrasonografía endoscópica (USE) con punción representa el método inicial de estudio para el diagnóstico diferencial de lesiones focales pancreáticas. El diagnóstico correcto de

esta entidad, es crucial para el tratamiento adecuado y así evitar la elevada morbimortalidad de una resección pancreática innecesaria.

Objetivos: presentación de caso clínico de patología pancreática infrecuente
Material (pacientes) y métodos: Paciente femenina de 39 años en estudio por dolor abdominal epigástrico de 3 meses de evolución asociada a síndrome de repercusión general. Como antecedentes personales presenta diagnóstico de insuficiencia renal crónica en hemodiálisis.

Resultados: Se realizó tomografía computada observando en topografía de proceso uncinado formación sólida de 22 mm condicionando dilatación del conducto pancreático. Además, se observó engrosamiento de la pared duodenal, adenopatías locorreccionales y retroperitoneales múltiples de 10 a 20 mm de diámetro, algunas de ellas necrosadas y dos formaciones sólidas adyacentes al omento mayor sugestivos de implantes. Para complementar estudio por imágenes se decide colangiopancreático resonancia con contraste que confirma el diagnóstico tomográfico. Se realizó estudio bioquímico que evidenció anemia, insuficiencia renal con elevación de la fosfatasa alcalina. Se complementó el estudio con USE lineal multifrecuencia para la evaluación de dicha formación. Se observó en topografía de proceso uncinado formación isoecóica heterogénea de 37 mm de bordes irregulares. Se realizó elastografía cualitativa, mostrando patrón heterogéneo a predominio verde mientras que la elastografía cuantitativa (Strain ratio 8 y Strain Histo 50) no fue concluyente. Además, se observan adenopatías peripancreáticas en rango adenomegálico de aspecto infiltrativo. Se realizó punción con aguja de 22 gauge con técnica de fanning y aspiración seca obteniendo material para estudio citológico (extendidos). Se recibió informe de dicha muestra negativo para atipia. Se repite USE con PAAF sin rédito diagnóstico (muestra insuficiente para solicitar cultivo). Por duda diagnóstica se decidió realizar laparoscopia exploradora observándose en semiología quirúrgica formación de aspecto inflamatoria en proceso uncinado pancreático, con biopsias por congelación intraquirúrgicas negativas para atipia. Además, se toman biopsias de implantes peritoneales y ganglios perigástricos para estudio histopatológico, cuyo resultado informa proceso inflamatorio crónico granulomatoso con necrosis caseosa central rodeada de abundantes histiocitos y presencia de células gigantes multinucleadas. Se realiza técnica ácido peryódico de Schiff (PAS), Grocott, Zeilh - Neelsen y Kinyou negativas para microorganismos específicos. No se observan hallazgos característicos de atipia. Ante la alta sospecha de tuberculosis pancreática se inicia tratamiento empírico con tuberculostático (rifampicina, isoniazida, etambutol y pirazinamida). Al mes de tratamiento la paciente presenta notable mejoría clínica (asintomática). Se realiza TC control a los nueve meses de tratamiento observando notable reducción de formación pancreática (mayor a 50%). Ausencia de adenopatías visualizadas en estudio previo.

Conclusiones: La tuberculosis pancreática es una causa inusual de lesión focal pancreática y debido a su presentación clínica inespecífica y signos radiológicos atípicos, en ocasiones el diagnóstico es posible mediante laparotomía o resección pancreática. Es fundamental el rol de los estudios complementarios y el trabajo multidisciplinario para el diagnóstico oportuno y de esta manera evitar resección pancreáticas innecesarias.

PÓSTER

Código: 0176

TASA DE DETECCIÓN DE ADENOMAS COLÓNICOS EN PACIENTES SOMETIDOS A COLONOSCOPIA. ANÁLISIS RETROSPECTIVO

Modalidad: Resúmenes Científicos - Oral

Unidad Temática: ENDOSCOPIA DIGESTIVA - Endoscopia diagnóstica - Colon

GIGENA, Ricardo Agustín | RODRIGUEZ, Laura | GOBELET, Jaqueline

SANATORIO ALLENDE

Introducción: Para realizar una correcta colonoscopia las diversas sociedades de endoscopia han elaborado recomendaciones y guías clínicas para que estas exploraciones sean consideradas de calidad. Así, uno de los indicadores de calidad prioritarios en las colonoscopias es la tasa de detección de adenomas (TDA). Se considera aceptable una tasa global de detección de adenomas $\geq 25\%$ en colonoscopias de cribado de CCR; no obstante, en las exploraciones realizadas con base en la determinación de sangre oculta en heces positiva (SOH+), las tasas aceptadas son más altas: $\geq 40\%$.

Objetivos: El objetivo de este estudio fue evaluar la tasa de detección de adenoma colónicos y determinar sitio de localización más frecuente.

Material (pacientes) y métodos: Estudio retrospectivo, descriptivo de todos los pacientes adultos (mayores a 18 años) que se sometieron a una colonoscopia. Grupo compuesto por 7 endoscopistas, tiempo de estudio desde el 1 de marzo de 2019 hasta el 28 de febrero de 2020.

Resultados: Se analizaron 1763 colonoscopias en el período estudiado, se excluyeron 254 Colonoscopias, quedando un número final de 1509 procedimientos. 821 pacientes (54,4%) fueron hombres y 688 (45,6%) fueron mujeres. Con una edad media de 54 años. La causa más frecuente fueron procedimientos diagnósticos por Screening (41%). La tasa de detección de adenomas fue del 32,4%, ubicados más frecuentemente en colon sigmoideos. La tasa de detección de pólipos serrados fue del 2,8%, y para los pólipos hiperplásicos fue del 18%. No hubo diferencias significativas en la tasa de detección de adenomas por endoscopistas.

Conclusiones: La tasa de detección de adenomas en nuestro centro es satisfactoria y cumple con los estándares recomendados por las guías internacionales. Es importante continuar con la medición de este índice en el tiempo, para conservar los estándares de calidad dentro del servicio.

PÓSTER

Código: 0095

CASO CLÍNICO: PSEUDOLIPOMATOSIS DE COLON, UN HALLAZGO INESPERADO

Modalidad: Casos Clínicos - Póster Oral

Unidad Temática: ENDOSCOPIA DIGESTIVA - Endoscopia diagnóstica - Colon

PERAL, Franco | MILONE, Elena | GONZALEZ, Mauro | PEREZ, Daniel | GOMEZ, Veronica | BORGONOVO, Lucas | GARRIDO, María Laura | INTERLANDI, Johana | PAREDES, María Victoria | CHULIA, Victor | SALGADO, Yamila

HOSPITAL SAN LUIS

Introducción: La pseudolipomatosis del colon (PLC) es una entidad benigna poco descrita que se caracteriza histológicamente por la presencia de múltiples vesículas que contienen aire, en la pared del intestino grueso. Se cree que tiene un origen iatrogénico, causado por la infiltración de aire a través de la mucosa del colon durante los procedimientos endoscópicos.

Objetivo/s: Presentar una asociación poco frecuente de pseudolipomatosis de colon que fue confirmado por estudios histopatológicos.

Material (pacientes) y métodos: Se trata del reporte de un caso clínico sobre una paciente de 41 años. Realiza su consulta por pirosis y distensión abdominal de larga data y medicada con pantoprazol, trimebutina y mosaprida. Trae un examen parasitológico negativo y un laboratorio general dentro de parámetros normales con anticuerpos negativos para enfermedad celíaca. Se solicita endoscopia digestiva alta y videocolonoscopía porque refirió que le resecaron pólipos de colon años atrás, sin informe patológico al momento de la visita.

Resultados: Video endoscopia digestiva alta: Gastropatía congestiva y pólipo diminuto de fundus gástrico. Biopsias gástricas: Gastritis crónica, Hp negativo (-) Videocolonoscopía: Hasta ciego. Preparación adecuada (Escala de Boston 9/9). A 100 cm del margen anal (colon ascendente) se observan áreas de mucosa blanquecina, con visualización de criptas, y que no desaparecen al lavado profuso. Se toman múltiples biopsias y se espera resultado de AP. Resto de mucosa sin hallazgos característicos. Diagnóstico Anatomopatológico: Pseudolipomatosis Estromal Colónica

Conclusiones: La PLC fue descrita por primera vez por Snover et al, En 1985, quienes la caracterizaron. La enfermedad fue nombrada por su aspecto histológico similar al de la lipomatosis intestinal, ya que las vacuolas gaseosas encontradas en la mucosa rectal imitan, bajo examen microscópico, los adipocitos presentes en la submucosa de pacientes con lipomatosis colónica. Es una entidad rara y se estima que hay aproximadamente unos 70 casos publicados. Los estudios que revisan series grandes revelan que puede ocurrir en aproximadamente el 0.02% al 1.7% de los pacientes sometidos a endoscopia, ocurriendo mayormente entre la sexta y la séptima década de la vida. En cuanto al sexo, algunos autores encuentran una mayor participación en las mujeres y otros describen mayor prevalencia en los hombres. La etiopatogenia de la PLC sigue sin estar clara y parece ser más una complicación del examen endoscópico que una enfermedad en sí. En la actualidad, la teoría etiopatogénica más aceptada es que la enfermedad tiene un origen iatrogénico, resultante de barotrauma causado por la penetración de gas en la mucosa intestinal durante los exámenes endoscópicos. El aspecto endoscópico de la PLC es característico. Macroscópicamente, hay placas mucosas de color amarillo-blanco, elevadas, únicas o múltiples, segmentadas o localizadas; y con un diámetro que varía de 0,2 cm a 5 cm, ubicándose con mayor frecuencia en el colon sigmoide y recto. El examen microscópico presenta vacuolas ópticamente vacías, a veces coalescentes, generalmente ubicadas en el corion entre las criptas mucosas. En la mayoría de los casos descritos, las vacuolas miden entre 50 y 600 mm en sus diámetros mayores y suelen estar rodeadas de un infiltrado inflamatorio mononuclear. Ocasionalmente es posible identificar soluciones de continuidad en la superficie epitelial de la mucosa colónica cercana a la lesión. En la paciente del presente informe el estudio inmunohistoquímico, con anticuerpos primarios anti-proteína S-100, anti-CD68 y anti-CD34, pudo confirmar que las vesículas no estaban llenas de tejido graso y no representaban dilataciones vasculares. El tratamiento de la PLC es conservador, ya que es una lesión benigna que desaparece en la mayoría de los casos en un plazo de dos a tres semanas sin dejar secuelas.

PÓSTER

Código: 0220

RESOLUCIÓN ENDOSCÓPICA DE UN DIVERTÍCULO DE ZENKER

Modalidad: Videos Científicos - Oral

Unidad Temática: ENDOSCOPIA DIGESTIVA - Endoscopia diagnóstica - Esófago, estómago y duodeno

FERREIRA, Mariana | SEQUEIRA, Agustin | PARDO, Barbara | VISSO, Ana Laura | ESCOBAR, Rafael

SANATORIO DR. JULIO MENDEZ

Introducción: El divertículo de Zenker (DZ) es una herniación de la mucosa y sub-

mucosa esofágicas que se produce por aumento de la presión endoluminal sobre un área de debilidad de la hipofaringe denominada triángulo de Killian. Se presenta predominantemente en hombres de edad avanzada y afecta 0.01 a 0.11% de la población. El síntoma más frecuente es la disfagia. El diagnóstico se realiza con un estudio radioscópico contrastado y con videoendoscopia digestiva alta (VEDA). El tratamiento puede ser endoscópico o quirúrgico.

Objetivo/s: Presentar la resolución endoscópica de un divertículo de Zenker.

Material (pacientes) y métodos: Paciente femenina de 87 años que consultó por disfagia progresiva de menos de un año de evolución. En la tomografía se evidenció engrosamiento de la pared posterolateral izquierda del esófago con nivel hidroaéreo y en la VEDA diagnóstica un divertículo de 1 cm de profundidad. Se indicó diverticulotomía endoscópica que se realizó bajo anestesia general e intubación orotraqueal. Se utilizó un gastroscopio con cap y se colocó una sonda K108. Con papilótomo aguja se realizó la incisión en la línea media del septum hasta los 5 mm del fondo. Se colocaron 3 clips hemostáticos profilácticos. El procedimiento no presentó complicaciones. La paciente se externó a las 24 horas tolerando dieta procesada.

Resultados: La posibilidad de evitar la diverticulotomía transcervical abierta e incluso realizar los procedimientos endoscópicos en pacientes vigiles han sido dos hitos que cambiaron el enfoque en cuanto al manejo del DZ. El metanálisis realizado por Ishaq et al concluyó que la diverticulotomía con endoscopio flexible presenta una tasa de éxito de 91%, una recurrencia de 11% y 11.6% de eventos adversos, siendo los más frecuentes la hemorragia y la perforación. En ninguno de los trabajos analizados fue necesaria la intervención quirúrgica salvo para el drenaje de abscesos.

Conclusiones: El tratamiento endoscópico es de elección en el manejo del DZ. Este presenta alta efectividad, corta duración de procedimiento y de internación, baja tasa de complicaciones y rápido inicio de la vía oral y las complicaciones son pasibles de resolución endoscópica. La resolución del DZ es excepcionalmente quirúrgica cuando falla la terapéutica endoscópica por imposibilidad de exposición del septum diverticular o por recurrencia de los síntomas.

PÓSTER

Código: 0055

"HALLAZGOS POSTQUIRÚRGICOS ENDOSCÓPICOS ANUALES EN PACIENTES BARIÁTRICOS"

Modalidad: Resúmenes Científicos - Póster

Unidad Temática: ENDOSCOPIA DIGESTIVA - Endoscopia diagnóstica - Esófago, estómago y duodeno

FUGAZZOTTO DE LA CRUZ, Juan Jesus | NOTARI, Lorena | HERMIDA, Raquel

HOSPITAL CHURRUCA-VISCA

Introducción: La cirugía bariátrica es el tratamiento de elección en pacientes obesos severos cuando las terapias dietéticas y de ejercicio han fallado. La gastrectomía en manga laparoscópica (MG) y el bypass gástrico: en Y de Roux laparoscópico (RYGB) y Mini bypass gástrico (BAGUA) son los dos procedimientos bariátricos más comúnmente indicados. En la literatura los hallazgos en la VEDA (videoendoscopia digestiva alta) postquirúrgica control realizada al año posterior al procedimiento varían según el tipo de intervención realizada. La Manga Gástrica, es la que presenta mayor frecuencia de complicaciones asociadas al reflujo. EL bypass en Y de Roux, presenta úlceras y estenosis en la anastomosis, dilatación de la anastomosis gastroyeyunal y fístula-gastro-gástrica. El Mini bypass gástrico presenta úlceras gástricas, úlceras marginales, reflujo duodeno-gastro-gástrico y estenosis de la anastomosis.

Objetivo/s: Describir los hallazgos endoscópicos encontrados al año de la cirugía y compararlos con los hallazgos endoscópicos prequirúrgicos en pacientes sometidos a manga gástrica (MG), bypass gástrico en Y de Roux (RYGB) o mini bypass gástrico (BAGUA).

Material (pacientes) y métodos: Estudio retrospectivo, observacional de 51 pacientes obesos mayores de 18 años incluidos en el Programa de Cirugía Bariátrica del Servicio de Gastroenterología del Hospital Churrucá entre el 1 de enero de 2017 al 31 de diciembre de 2018. Se analizaron comorbilidades, protocolos quirúrgicos, complicaciones inmediatas y tardías de la cirugía bariátrica, VEDA pre y post quirúrgica con biopsias gástrica con su respectivo informe de anatomía patológica.

Resultados: La muestra presentó predominio de mujeres en edad media de la vida. Con respecto a la técnica quirúrgica bariátrica, 37 pacientes (72,54%) fueron intervenidos con MG laparoscópica, 10 (19,6%) con BAGUA laparoscópica y 4 (7,84%) con RYGB laparoscópico. Los hallazgos prequirúrgicos endoscópicos, no mostraron diferencias significativas entre los grupos MG y bypass gástrico (BAGUA más RYGB). Los hallazgos anatomopatológicos en las biopsias de rutina prequirúrgicas mostraron *Helicobacter pylori* en 4 (10,81%) pacientes con MG y en ningún paciente del grupo bypass gástrico, se diagnosticó metaplasia intestinal gástrica en 2 (5,41%) pacientes con MG y en ningún paciente del grupo bypass gástrico. Hallazgos no significativos.

Conclusiones: En los hallazgos endoscópicos prequirúrgicos observamos 76,4% de estudios normales, en el resto de los pacientes, las lesiones más frecuentes fueron gastropatía crónica y esofagitis. Se observó un aumento de estas alteraciones endoscópicas en el grupo que se implementó la MG como tratamiento quirúrgico. Comparando los diagnósticos histológicos de las biopsias endoscópicas pre y postquirúrgicas se registró aumento de metaplasia intestinal gástrica y *H. pylori*. De los datos obtenidos en la comparación de los hallazgos endoscópicos pre y post bariátricos en nuestra muestra poblacional, no se encuentran diferencias significativas con lo publicado hasta el momento en trabajos de otros centros.

PÓSTER

Código: 0063

AFAGIA SECUNDARIA A ESOFAGITIS NECROTIZANTE POR COMPRESIÓN TUMORAL. REPORTE DE UN CASO

Modalidad: Casos Clínicos - Póster

Unidad Temática: ENDOSCOPIA DIGESTIVA - Endoscopia diagnóstica - Esófago, estómago y duodeno

ICAZA CARDENAS, Jahaira Fabiola | HURTADO GONZALEZ, Nicole Samantha | GARCIA, Florencia Nadia | VARELA, Maria Julia | BRACONE, Hernan | LA VIA, Jose | REGNASCO, Santiago Juan | TORRICO PAZ, Oscar | SAA, Emilia Cristina

HOSPITAL PIRAVANO

Introducción: La esofagitis necrotizante aguda es una entidad infrecuente, prevalente a edades avanzadas con predominio en el sexo masculino. La incidencia es del 0.01 al 0.28%. Su etiología es multifactorial. Se produce una alteración de la microvasculatura, con hipoflujo vascular e isquemia que puede llevar a necrosis con tinción negruzca de la mucosa, denominado esófago negro. Como patologías de base más frecuentemente asociadas se encuentran: Diabetes Mellitus 38%, Hipertensión arterial 37%, Alcoholismo 25%, Enfermedad renal crónica 16% y Malignidad 10%. Clínicamente la hemorragia digestiva alta es la forma de presentación más frecuente, habiendo pocos casos de disfagia. El diagnóstico es endoscópico. La mayoría se ubica en el tercio esofágico inferior, seguido por el medio y en menor medida el superior, variando los hallazgos desde mucosa pálida hasta la coloración negruzca con tejido friable, con afectación circunferencial, respetando la unión gastroesofágica. No son necesarias las biopsias. Se requiere descartar otras etiologías que producen alteraciones similares, como la ingestión de cáusticos, carbón, infecciones, radioterapia o melanoma, entre otros.

Objetivo/s: Presentar un caso clínico infrecuente de afagia aguda secundaria a esofagitis necrotizante por compresión extrínseca de origen oncológico.

Material (pacientes) y métodos: Mujer de 54 años, con antecedentes de Tabaquismo, Hipotiroidismo, Depresión, Bipolaridad. Medicación Habitual: Risperidona, Quetiapina, Clonazepam, Lamotrigina y Levotiroxina. Motivo de internación: Afagia. Examen físico: Adelgazada. Laboratorio: Anemia y leucocitosis. Marcadores tumorales negativos. Videoesofagoscopia digestiva alta: Esófago, desde los 18 a los 23 centímetros de arcada dentaria mucosa lacerada, con fondo de fibrina y tejido necrótico que compromete el 75% de la circunferencia. Techo y cuerpo gástrico con mucosa eritematosa con patrón en mosaico. En curvatura mayor hacia pared anterior y posterior dos úlceras de bordes irregulares de 10 mm. de diámetro con fondo de fibrina. Impresión diagnóstica: Laceración de la mucosa de tercio superior esofágico y úlceras gástricas Forrest III. PanTomografía: Múltiples adenopatías en cuello y tórax de 25x58 mm. que comprimen y desplazan esófago y tráquea. Masa pulmonar en lóbulo superior derecho 70x52mm y nódulos irregulares espiculados. Abdomen: En flanco derecho imagen nodular de 31 mm. hipodensa con realce. Evolución: Estable en tratamiento con inhibidores de la bomba de protones. Se plantea yeyunostomía. La paciente se niega. Se realiza nueva VEDA para colocación de sonda de alimentación enteral, tomándose biopsias de úlceras gástricas siendo negativas para malignidad. Se realiza punción con aguja fina de masa de flanco derecho con resultado anatomopatológico carcinoma escamoso pobremente diferenciado. Por estabilidad clínica se otorga alta hospitalaria con seguimiento por Oncología y Cuidados Paliativos. Reingresa con insuficiencia respiratoria con óbito a la brevedad.

Resultados: Se interpreta como afagia secundaria a esofagitis necrotizante aguda por compresión extrínseca de causa oncológica a partir de adenopatías de origen pulmonar que comprimían y desplazaban el esófago.

Conclusiones: La Esofagitis necrotizante aguda es una entidad poco frecuente, subdiagnosticada, que se presenta en pacientes críticos, muchas veces sin manifestaciones clínicas evidentes. En nuestro caso la forma de presentación, la localización de la lesión y su factor gatillante son infrecuentes. En cuanto a la causa oncológica, la Diabetes Mellitus y las comorbilidades cardiovasculares fueron las más reportadas. La causa oncológica se reportó en un 10 %, mencionando entre ellos al carcinoma escamoso de pulmón. Hay un solo caso reportado de esta entidad sometido a lobectomía. Considerar este diagnóstico en el contexto de pacientes críticos es clave para disminuir la morbimortalidad, principalmente en pacientes mayores con comorbilidades.

cripta por primera vez por Sames en 1949. Es un hallazgo endoscópico infrecuente, que se describe como un septo circunferencial de 2 a 4mm de espesor, localizado entre 1 y 7cm del píloro, con un tamaño de apertura que varía entre 2 y 30mm. Esta rara causa de obstrucción al tracto de salida gástrico, tiene una incidencia de 0.14 en reportes de series numerosas de videoesofagogastroduodenoscopias, correspondiendo la mayoría de los casos a la población pediátrica, donde muchas veces es de origen congénito.

Objetivo/s: Presentar un caso clínico endoscópico de una paciente adulta con diagnóstico de diafragma antral, por ser un hallazgo infrecuente.

Material (pacientes) y métodos: Paciente de 59 años que consulta por epigastralgia, distensión abdominal y pirosis de 4 meses de evolución. Tiene antecedentes de hipotiroidismo, hipertensión arterial y diabetes tipo II, en tratamiento. Se realiza videoendoscopia digestiva alta, donde se evidencian signos endoscópicos de gastropatía atrófica. Se toman biopsias con protocolo de Sidney, que demuestran intensa gastritis crónica en actividad, con presencia de helicobacter pylori, así como Metaplasia intestinal completa en cuerpo. La videocolonoscopía solicitada como screening de carcinoma colorrectal no presentó hallazgos patológicos. La paciente completa tratamiento erradicador con terapia cuádruple concomitante, controlándose respuesta por endoscopia alta, con similares características a la previa. Por muestras de biopsia se constata la persistencia de la bacteria, por lo que se indica segunda línea de tratamiento con levofloxacina. Agrega a las 6 semanas del tratamiento, saciedad precoz, plenitud postprandial e hiporexia, con disminución de la ingesta, sin pérdida significativa de peso. Se repite la videoendoscopia alta en la que se objetiva estenosis antral concéntrica y simétrica, perpendicular al eje del estómago, de unos 15mm de espesor y una luz central de 10mm, con erosiones mucosas, localizada a 3cm proximalmente al píloro. Las muestras de anatomía patológica revelan gastritis crónica intensa, sin presencia de Helicobacter Pylori. Se realiza tránsito gástrico con contraste baritado al 33% en posición de pie y decúbito dorsal, observando estenosis mesoantral simétrica de aproximadamente 10mm de espesor, que no determina obstrucción a la salida de contraste. Por su morfología endoscópica y radiológica, con apariencia típica de "doble bulbo", se interpreta hallazgo como diafragma antral. La paciente recibe actualmente tratamiento médico, sin síntomas que justifiquen la necesidad de progresar a terapéutica endoscópica al momento.

Resultados: Se comunica caso clínico endoscópico de una paciente adulta con diagnóstico de diafragma antral, por ser un hallazgo infrecuente

Conclusiones: El diafragma antral es una entidad rara, que puede ser causa de obstrucción al trato de salida gástrico. Es por ello, que creemos de suma relevancia reportar un caso ilustrativo, en el que se demuestra la alteración tanto endoscópicamente como radiológicamente, siendo estos los métodos de elección para el diagnóstico.

PÓSTER

Código: 0249

INGESTIÓN DE CUERPOS EXTRAÑOS EN PEDIATRÍA EN PANDEMIA COVID-19

Modalidad: Casos Clínicos - Póster Oral

Unidad Temática: ENDOSCOPIA DIGESTIVA - Endoscopia diagnóstica - Esófago, estómago y duodeno

VIDAL, Jorge Hector | MESSERE, Gabriela Carina | ORTIZ, Gonzalo Javier | ESPOSITO, Marisol | SILVESTRI, Georgina | PAZ, Sofia | LUCERO, Nestor | VIALE, Maria Ines | FERNANDEZ, Julian | CRESPO, Eber | ARCUCCI, Soledad | BILGIARDI, Roman Nestor | MERCADO GOMEZ, Keisy

HOSPITAL NACIONAL PROFESOR ALEJANDRO POSADAS

Introducción: Los niños pequeños conocen su entorno probando o tragando objetos vistosos o nuevos. El 90% de los objetos ingeridos se expulsan del aparato digestivo y el resto requiere endoscopia o cirugía. La pandemia COVID 19 altera la vida familiar suspendiendo actividad laboral y escolar.

Objetivo/s: Comparar la casuística sobre la ingestión de cuerpos extraños de la guardia de Endoscopia Digestiva Pediátrica, entre el año de pandemia por COVID-19 con el año anterior.

Material (pacientes) y métodos: Estudio descriptivo, retrospectivo de pacientes atendidos en la guardia de Endoscopia Digestiva Pediátrica del Hospital N. A. Posadas, por ingestión de cuerpos extraños, en el periodo comprendido entre Marzo 2019 y Marzo 2021. Se realizó videoendoscopia digestiva alta, con anestesia general dentro de las 24 horas siguientes a la ingestión.

Resultados: n: 438 pacientes entre 9-172 meses (X: 44 meses). masculino 52 %. Los cuerpos extraños fueron: monedas n: 356, pilas botón n: 30, puntas-tornillos n: 22, otros (canicas, medallas, hebillas, anillos) n: 17, 2 o más cuerpos extraños n: 5, no encontrados durante el procedimiento n: 8. Tiempo desde la ingestión: desconocido n: 210, menor de 6 horas n: 150; entre 6-12 hs n: 54; entre 12-24 hs n: 4, más de 24 hs n: 20. Durante el periodo comprendido entre marzo de 2019 y marzo 2020 se incluyeron 225 pacientes, mientras en el periodo comprendido entre marzo de 2020 y marzo 2021 correspondientes a pandemia por COVID-19 fueron incluidos 213 pacientes. No hubo diferencias significativas entre ambos periodos analizados en forma comparativa en cuanto a la cantidad de consultas, asimismo es importante resaltar que en los dos primeros meses de confinamiento estricto decretado por el gobierno nacional (Marzo y Abril del 2020) descendieron considerablemente el número de casos con posterior aumento progresivo, manteniendo un número estable y similar comparado al mes del año anterior pre-pandémico.

PÓSTER

Código: 0114

DIAFRAGMA ANTRAL EN ADULTO: UN HALLAZGO ENDOSCÓPICO INFRECUENTE

Modalidad: Casos Clínicos - Póster Oral

Unidad Temática: ENDOSCOPIA DIGESTIVA - Endoscopia diagnóstica - Esófago, estómago y duodeno

HIDALGO, Melissa | SPALLETTI, Leandro | DIEGO, Agustín | ALACH, Jorge Eduardo

SERVICIO DE GASTROENTEROLOGÍA. HOSPITAL SAN ROQUE DE GONNET

Introducción: El diafragma antral del adulto es una estenosis gástrica distal, des-

Conclusiones: En otros centros de referencia (ámbito privado de CABA) se ha referido un aumento en el número de consultas de este tipo. En contraste, en nuestro servicio, se observó inicialmente una disminución en el número de consultas por ingestión de cuerpo extraño.

PÓSTER

Código: 0123

PRESENTACIÓN DE UN CASO: PRESENTACIÓN ATÍPICA DE UN GIST GÁSTRICO

Modalidad: Casos Clínicos - Póster

Unidad Temática: ENDOSCOPIA DIGESTIVA - Endoscopia diagnóstica - Esófago, estómago y duodeno

VALDEZ, David | OSSO, Brenda | ONETO, Natalia | PEREZ ESPARZA, Carlos | RIU, María Cecilia | DEL PEDRO, María Virginia | LOPEZ, María Belen | FUENTES, Flavia | FUGAZZOTTO DE LA CRUZ, Juan Jesus | CAMPOS, Lucia Mercedes | HERMIDA, Raquel

HOSPITAL CHURRUCA-VISCA

Introducción: Los tumores del estroma gastrointestinal (GIST) son las neoplasias mesenquimatosas más comunes del tracto gastrointestinal, tienen una incidencia estimada de alrededor de 1/100.000/ año. El síntoma más común es la hemorragia gastrointestinal y hasta un 30% de los casos pueden ser asintomáticos. En general, los GIST varían mucho en tamaño. Suelen ser sólidos, pero se han descritos casos en los que adquieren aspecto quístico debido al gran volumen y la necrosis con degeneración quística que ello conlleva.

Objetivo/s: Presentar un caso clínico de un paciente con GIST gástrico gigante cavitado.

Material (pacientes) y métodos: Mujer de 61 años con antecedentes de colecistectomía, tabaquismo activo y consumo de antiinflamatorios no esteroideos en los últimos meses por cervicalgia. Consulta en la Unidad de Emergencias por presentar vómitos borrañosos de 24 h de evolución y distensión abdominal. Signos vitales dentro de parámetros normales. En el laboratorio de ingreso se constata anemia severa (Hto 7.6% hb 2.4 mg/dl) con recuento plaquetario y coagulograma dentro de parámetros normales. Se decide internación y soporte transfusional previo a estudio endoscópico. Mediante tomografía axial computada (TAC) de urgencia de abdomen se reconoce una estructura voluminosa de aspecto expansivo con características de viscera hueca en comunicación con la porción inferior del cuerpo gástrico con trayecto fistuloso entre ambas y pasaje de contraste oral. Dicha estructura alcanza los 166 x 131 mm, presenta paredes engrosadas, heterogeneidad de sus márgenes y calcificaciones parietales (imagen A). Se realizó endoscopia digestiva alta de urgencia que evidenció orificio de 30 mm que impresiona fistuloso y comunica con una cavidad revestida por mucosa necrótica en su interior (imagen B). Se toman biopsias de la pared de la cavidad, arrojando su análisis con técnicas de inmunohistoquímica el siguiente perfil: CD34 positivo intenso, CD117 positivo de leve a moderado, DOG1 positivo, KI67 positivo entre un 15-20%. El cuadro morfológico y el perfil inmunofenotípico apoyan en primera instancia a un tumor del estroma gastrointestinal. Se decide conducta quirúrgica. En cavidad abdominal se halla formación móvil que depende de la curvatura mayor sobre cara posterior a nivel del cuerpo gástrico y se extiende por mesocolon transversario. Se realiza gastrectomía atípica en cuña más colectomía segmentaria de transversario. El informe anatomopatológico de la pieza quirúrgica confirma el diagnóstico de GIST ulcerado con un tamaño tumoral de 14,5 x 13 cm, con márgenes de resección libres. Necrosis presente en un 15%, alto grado histológico (G2), riesgo de progresión de enfermedad alto 86%, se reconocen 9 mitosis en 10 campos de gran aumento. Se aíslan dos ganglios linfáticos libres de compromiso neoplásico. Segmento colónico sano. Se completa estadificación con PET TC. Con el diagnóstico de GIST gástrico estadio TNM IIIC T4N0M0, inició adyuvancia con Imatinib 400 mg/día, con buena tolerancia.

Resultados: Se realiza control a los 6 meses de la cirugía mediante TAC de tórax, abdomen y pelvis con doble contraste que visualiza cambios anatómicos postquirúrgicos en cavidad gástrica, sin engrosamientos parietales ni realces anómalos tras administrar de contraste endovenoso, ausencia de secundarismo o adenopatías. Durante el seguimiento, a once meses del diagnóstico, continúa con Imatinib con buena tolerancia sin evidenciarse recaída de enfermedad.

Conclusiones: Los GIST gigantes de estómago con necrosis central y posterior cavitación son raros y pueden desafiar el diagnóstico preoperatorio. Nuestro caso ilustra que los GIST cavitados deben ser considerados en los diagnósticos diferenciales de lesiones retroperitoneales, hepáticas y pancreáticas. Para facilitar el diagnóstico, es fundamental un abordaje multidisciplinario con endoscopia, diagnóstico por imágenes e inmunohistoquímica lo que facilita la optimización del tratamiento.

PÓSTER

Código: 0208

UNA CAUSA POCO FRECUENTE DE HEMORRAGIA DIGESTIVA EN PEDIATRÍA

Modalidad: Casos Clínicos - Póster Oral

Unidad Temática: ENDOSCOPIA DIGESTIVA - Endoscopia diagnóstica - Hígado, vías biliares y páncreas

ZAPATA MARTINEZ, Adrian Mauricio | GOMEZ NAVAS, Maria Del Pilar | WEYERSBERG, Christian | BUSQUET, Laura | BOTTERO, Adriana | ROCCA, Ana Marcela

HOSPITAL DE PEDIATRÍA S.A.M.I.C. PROF. DR. JUAN P. GARRAHAN

Introducción: Los tumores gástricos secundarios son infrecuentes en la edad pediátrica, asociándose a mal pronóstico. Su forma de presentación es variable. El diagnóstico se basa en los hallazgos histológicos con inmunomarcación.

Objetivo/s: Presentamos un caso inusual de un paciente con Rbdomiosarcoma Alveolar diseminado, que presenta hemorragia digestiva alta (HDA) producto de un secundarismo gástrico.

Material (pacientes) y métodos:

Resultados: Paciente de 8 años de edad con Rbdomiosarcoma Alveolar (FOXO1+) en antebrazo derecho, con metástasis a ganglios linfáticos, médula ósea, hígado y páncreas. Recibió tratamiento de quimioterapia de tercera línea con Pazopanib asociado a radioterapia. Al año del diagnóstico oncológico presenta episodio de hematemesis con requerimiento transfusional. Se realiza evaluación endoscópica donde se observa en cuerpo y antro mucosa edematosa, hemorragias subepiteliales y múltiples ulceraciones antrales (0.2-0.3 cm). A nivel de fondo gástrico próximo al cardias, lesión protruyente de bordes definidos sobre elevados de 2 cm de diámetro con ulceración central y coágulo adherido. Se realiza técnica hemostática combinada, infiltrando la lesión en sus 4 cuadrantes con adrenalina 1/20000 asociado a 2 clips hemostáticos, sin sangrado posterior. La biopsia de la lesión mostró inmunomarcación (Myf4 y Desmina) positivas, compatible con infiltración local por Rbdomiosarcoma Alveolar.

Conclusiones: Las lesiones metastásicas de la mucosa gástrica son infrecuentes en pediatría, aunque el compromiso pancreático puede hacer sospechar su presencia tal como se describen en la bibliografía. El aspecto endoscópico es muy variable pero se manifiesta generalmente como una lesión submucosa. Ante el hallazgo de la aparición de complicaciones como ulceración y sangrado el tratamiento endoscópico no difiere del convencional para otras causas de HDA.

PÓSTER

Código: 0156

PRESENTACIÓN DE CASO CLÍNICO: GASTROSTOMIA ENDOSCOPICA PERCUTEANEA CON URETEROSCOPIO FLEXIBLE Y DESECHABLE EN PACIENTE CON ENFERMEDAD DE CREUTZFELDT-JAKOB

Modalidad: Casos Clínicos - Póster Oral

Unidad Temática: ENDOSCOPIA DIGESTIVA - Endoscopia terapéutica - Esófago, estómago y duodeno

ORTIZ APARICIO, Freddy(1) | ÁVILA SEPULVEDA, Ruben Darío(1) | CATAN GOUHANEH, Felipe(2) | LEÓN MEJIA, Carlos(1) | TAPIA NANCUVILU, Carlos(1)

CLINICA VESPUICIO (1); CLINICA VESPUICIO (2)

Introducción: La enfermedad de Creutzfeldt-Jakob (ECJ), es una patología neurodegenerativa secundaria a un Prion, con una incidencia de 1/1000000 de habitantes a nivel mundial. Chile registra hasta 0,23/1.000.000 habitantes. ECJ produce trastornos de conducta, cognitivo y motor. La World Endoscopy Organization recomienda evitar los procedimientos endoscópicos en este tipo de pacientes.

Objetivo/s: Realizar de forma segura una gastrostomía endoscópica percutánea sin la necesidad de desechar un equipo endoscópico completo, optando por un Ureteroscopia flexible el cual posee características similares a un endoscopio básico, pero siendo desechable y de bajo costo.

Material (pacientes) y métodos: Paciente femenino, 62 años con antecedente de enfermedad de Creutzfeldt-Jakob, cursando complicaciones deglutorias. Por técnica tradicional "Pull Through" se instala sonda gastrostomía 18fr. Guiada por Ureteroscopia flexible 7,4fr diámetro y 905mm longitud.

Resultados: Procedimiento se realiza sin incidentes. Recuperación post operatoria dentro del tiempo esperado. Gastrostomía permeable al alta.

Conclusiones: Si bien no se dispone de estudios adecuados que demuestren el uso de este tipo de instrumentos de forma directa en la realización de gastrostomía endoscópica, es útil ampliar el abanico terapéutico para situaciones puntuales, sin dejar el objetivo principal de ofrecer seguridad y éxito terapéutico para el paciente.

PÓSTER

Código: 0122

"PIROSIS Y TOS CRÓNICA: NO TODO ES LO QUE PARECE"

Modalidad: Casos Clínicos - Póster

Unidad Temática: ENDOSCOPIA DIGESTIVA - Endoscopia terapéutica - Esófago, estómago y duodeno

BONAMICO, Agustina | TRAKAL, Juan Jose | TRAKAL, Esteban | BUTTI, Abel |

ENDOSCOPIA

ZARATE, Fabian Eduardo | GORORDO IPIÑA, Rosa Carolina | BEDINI, Mariana Patricia | MUÑOZ, Juan Antonio | INSAURRALDE, Diego German | CURA, Melisa Belen | SAMBUELLI, Gabriela

CLÍNICA UNIVERSITARIA REINA FABIOLA (C.U.R.F.)

Introducción: Los pólipos fibrovasculares son lesiones esofágicas benignas, contienen una mezcla de tejido fibroso, vascular y adiposo cubierto por epitelio escamoso. Generalmente son asintomáticos, o se presentan simulando afecciones más frecuentes con disfagia, tos crónica, náuseas, y/o vómitos. También existen reportes de casos que describen el prolapsos del pólipo en la laringe que provoca asfixia.

Objetivo/s: Conocer sobre una patología poco frecuente, con una forma de presentación clínica que simula a la enfermedad por reflujo gastroesofágico, muchas veces de diagnóstico tardío y la opción terapéutica menos invasiva y cuenta para el paciente.

Material (pacientes) y métodos: Describimos a una paciente de 86 años con pirois, regurgitación, eructos y disfagia intermitente asociados a tos crónica. Acudió a la primera consulta con estudios complementarios realizados en otra institución: endoscopia digestiva alta y fibrolaringoscopia que informaban signos a favor de esofagitis y gastritis crónica. Había recibido tratamiento con inhibidores de la bomba de protones a dosis plena con persistencia de síntomas. Se solicitó en primera instancia radiografía seriada esofagogastroduodenal que informó en esófago proximal imágenes de defecto redondeadas, además se repitió la fibroscopia que en esta oportunidad observó una lesión polipoide que basculaba hacia la luz laríngea sin poder precisar el pedículo de inserción. Se complementó con resonancia magnética que a nivel del tercio superior del esófago describió una imagen endoluminal, nodular, de márgenes netos, sugestiva de pólipo. Se realizó video endoscopia digestiva alta y en conjunto con cirugía torácica se resecaron por vía per oral 3 pólipos con implantación esofágica y 3 laríngeos. Inmediatamente a la intervención se realizó control endoscópico donde se pudieron observar las cicatrices de las lesiones sin restos de las mismas. La histopatología describió la lesión como pólipo fibrovascular. Seis meses después la paciente se encuentra asintomática.

Resultados: Por la manera de presentación clínica de a paciente se llevo a cabo un algoritmo diagnóstico que resultó en un tumor fibrovascular esofágico. La resección per oral fue la técnica elegida.

Conclusiones: Estamos ante un paciente con una patología infrecuente, con demora en el diagnóstico pero en el que se logró realizar una terapéutica novedosa, combinada y mínimamente invasiva con buenos resultados.

PÓSTER

Código: 0076

“NECROSECTOMÍA PANCREÁTICA CON UN STENT ESOFÁGICO PERCUTÁNEO”

Modalidad: Casos Clínicos - Póster Oral

Unidad Temática: ENDOSCOPIA DIGESTIVA - Endoscopia terapéutica - Hígado, vías biliares y páncreas

MOLFESO, Florencia | REDONDO, Agustina | BUTIERREZ, Federico | DI PALMA, Guillermo | ROJAS, German | WALDBAUM, Carlos

HOSPITAL DE CLINICAS JOSE DE SAN MARTIN

Introducción: Las pancreatitis agudas pueden evolucionar con una necrosis complicada (10- 20%) y enfrentar un curso clínico complejo, con una elevada morbimortalidad. Cuando existe indicación de su drenaje, el abordaje multidisciplinario combinado (step up) es ampliamente recomendado. El manejo endoscópico de las colecciones pancreáticas ha demostrado ser una de las mejores opciones, ya que reduce la morbilidad y la estadía hospitalaria; el drenaje percutáneo, solo o combinado con otros enfoques mínimamente invasivos son la modalidad de tratamiento de elección, como alternativa cuando existe una limitación para el tratamiento endoscópico único. Presentaremos un caso donde realizamos un abordaje retroperitoneal de un WON con stent esofágico percutáneo.

Objetivo/s: Compartir un caso resuelto con la necrosectomía endoscópica realizada a través de un stent esofágico percutáneo.

Material (pacientes) y métodos: Mujer de 67 años internada en la Unidad de Cuidados Intensivos de nuestro Hospital por una pancreatitis aguda necrotizante severa de probable etiología biliar. A los 15 días de internación intercorre con síndrome febril con leucocitosis persistente y una TAC de abdomen con contraste endovenoso evidencia una colección que alcanza diámetros 170x16Mm. con una extensión cefalocaudal de 190 mm aproximadamente. Una punción percutánea obtiene material purulento (cultivos con aislamiento) por lo que se le colocan catéteres de drenaje multipropósito. Por su desfavorable evolución (persistencia de parámetros de sepsis) y la limitación de un abordaje endoscópico por vía transmural, se realiza un abordaje percutáneo con prótesis esofágica metálica autoexpandible totalmente cubierta de 230 x 24 Mm., reemplazando uno de los catéteres. Se ingresa con gastroscopio a través de la prótesis, efectuándose lavados energéticos con solución salina estéril y H₂O 2 al 10%. Los desechos necróticos se eliminaron mediante el lavado, canastillas de dormia y ansas. Las necrosectomías se realizaron secuencialmente cada 48/72 Hs., sin necesidad de sedación, y se realizó un lavado continuo con un catéter colocado a través de la prótesis.

Resultados: La paciente evoluciona favorablemente, con mejoría clínica y de las

imágenes, sin complicaciones por lo que se recambio la prótesis por catéter de drenaje durante 10 días. Se confirmó respuesta completa y se le otorgó el alta hospitalaria.

Conclusiones: El acceso percutáneo amplio con prótesis esofágica, puede ser una alternativa segura y eficaz para el tratamiento de la necrosis pancreática complicada en pacientes seleccionados.

PÓSTER

Código: 0221

RESOLUCION DE LA LITIASIS COLEDOCIANA COMPLEJA EN UN PACIENTE CON ANTECEDENTES DE BY PASS GASTRICO

Modalidad: Casos Clínicos - Póster Oral

Unidad Temática: ENDOSCOPIA DIGESTIVA - Endoscopia terapéutica - Hígado, vías biliares y páncreas

LOZZI, Ruben Dario | STALTARI, Juan Carlos | CARDENAS VILLA, Roberto Dario | ROMAN, Hector Osvaldo

CLINICA COLON

Introducción: Los pacientes con antecedentes de By Pass Gástrico pueden desarrollar patología biliar y requieren un procedimiento alternativo que asegure el acceso a la misma.- El acceso de la papila para realizar una Colangiografía y Esfinterotomía Endoscópica puede realizarse entre otras técnicas descriptas, progresando el duodenoscopia a través de un trócar colocado en el antro gástrico asistido por laparoscopia (CPRE-AL)

Objetivo/s: Comunicar un caso de resolución en un tiempo por CPRE-AL en una paciente con litiasis coledociana compleja, sometida previamente a un By Pass Gástrico.

Material (pacientes) y métodos: Paciente de 83 años con historia de cirugía bariátrica 14 años atrás (By pass gástrico), fue internada con diagnóstico de litiasis coledociana múltiple por colangio-resonancia magnética. Con antecedentes de Colecistectomía Laparoscópica 10 años atrás y posteriormente se le realizó una Coledocoduodenostomosis Laparoscópica. Como síntomas presentó fiebre intermitente, ictericia, coluria, y pérdida de peso de 3 semanas de evolución. En el laboratorio el hemograma era normal y el hepatograma mostró aumento significativo de la FAL (>1000U/l). Se decidió realizar una CPRE-AL con el objetivo de extraer los cálculos y drenar la vía biliar.

Resultados: Bajo anestesia general y visión laparoscópica se identificó el antro, se tracciona la cara anterior con puntos, se realiza gastrostomía y se progresa un trocar de 15mm, a través del cual se progresa hacia el duodeno con un duodenoscopia con canal operador 4.2mm. No se visualizó la coledocoduodenostomosis (probablemente ocluida). Se identifica la papila (yuxtadiverticular), se realiza fistulotomía luego de lo cual se contrasta la vía biliar principal que presenta marcada dilatación (20mm), con múltiples imágenes compatibles con litiasis de 20mm. Se realiza dilatación con balón de 15mm y se extraen todos los cálculos con canastilla de Dormia helicoidal y balón extractor.

Conclusiones: El paciente tuvo una excelente evolución y fue dada de alta a las 72 hs de la admisión sin complicaciones inmediatas. El acceso de la vía biliar por CPRE-LA, es una opción terapéutica segura que permite resolver patología biliopancreática en pacientes con antecedentes de By Pass Gástrico.

PÓSTER

Código: 0237

¿QUÉ SABEMOS DE ENTEROSCOPIA?: EXPERIENCIA DE UN CENTRO DE DERIVACIÓN

Modalidad: Casos Clínicos - Póster Oral

Unidad Temática: ENDOSCOPIA DIGESTIVA - Endoscopia terapéutica - Intestino delgado

CAPALDI, Ianina | GIRAUDO, Florencia | YANTORNO, Martin | CORREA, Gustavo Javier | ARRAMÓN, Mariana | BALDONI, Fernando | TUFARE, Francisco | GARBI, María Laura

HIGA SAN MARTÍN

Introducción: La evaluación diagnóstica del intestino delgado (ID) puede ser llevada a cabo mediante estudios no invasivos, entre ellos, tomografía computarizada, resonancia magnética nuclear o video cápsula endoscópica y mediante estudios invasivos como la enteroscopia. La enteroscopia comprende el examen endoscópico del ID y se considera una herramienta tanto diagnóstica como terapéutica. Así, la enteroscopia asistida por dispositivo, permite una evaluación en profundidad del ID, el cual puede ser abordado mediante vía anterógrada o retrógrada. Dentro de las múltiples indicaciones actuales, la enteroscopia se destaca como el principal método de estudio y tratamiento de la hemorragia digestiva de intestino medio. Por otro lado, se consideran la evaluación de anomalías por imágenes en el territorio del ID (estenosis, masas o pólipos) y el estudio de patologías inflamatorias o infiltrativas como otras posibles indicaciones. Esta herramienta presenta una tasa de éxito glo-

bal según la literatura, que varía entre 61-86%. Así mismo, presenta una tasa baja de complicaciones mayores, las cuales se encuentran en relación principalmente con el tiempo del procedimiento y el pasaje del endoscopio por segmentos del tracto gastrointestinal fijos o estenóticos.

Objetivo/s: Describir las indicaciones, rédito diagnóstico, manejo terapéutico y complicaciones asociadas a la enteroscopia en el servicio de Gastroenterología del HIGA San Martín de La Plata entre los años 2010 al 2021.

Material (pacientes) y métodos: Estudio observacional, descriptivo y retrospectivo. Se incluyeron todos los pacientes con edad mayor o igual a 18 años, a los cuales se les realizó una enteroscopia en nuestro centro en los últimos 10 años.

Resultados: Se analizaron un total de 237 enteroscopias realizadas en 192 pacientes. Se utilizó la vía anterógrada y la vía retrógrada como vía de acceso en 87,76% y 12,24% de los casos, respectivamente. La indicación más frecuente fue la hemorragia de intestino medio (evidente u oculta) en 113 de los estudios (47,68%). Del total de enteroscopias realizadas, se objetivó por lo menos una lesión en 163 (68,78%). Dentro de las lesiones visualizadas por este método, las lesiones vasculares fueron el hallazgo más frecuente, describiéndose al menos una angiodisplasia en 87 estudios (53,37% del total de estudios positivos). Más aún, se realizó tratamiento a 83 de ellas, fue la principal herramienta terapéutica el argón plasma, siendo en 4 ocasiones necesaria la colocación de un clip e inyección de polidocanol al 1% en 1 caso (hemangioma de ID). Así mismo, en las 4 enteroscopias restantes con lesiones vasculares, no se realizó tratamiento endoscópico por el compromiso difuso. La presencia de pólipos correspondió al segundo hallazgo en frecuencia, siendo observado en 27 estudios (16,56%). De estas lesiones, 20 fueron reseadas mediante polipectomía, en 4 de ellas por su tamaño diminuto se realizó fulguración con argón plasma, 1 de ellas fue reprogramada para resección posterior y 2 de ellas no fueron pasibles de tratamiento endoscópico por su tamaño y por signos concomitantes de isquemia, respectivamente. Se puede observar el resto de lesiones halladas en la Tabla 1. Por otro lado, se constató la presencia de complicaciones asociadas al procedimiento en 3 casos (1,27% del total de enteroscopias), entre ellas se describen: 2 hemorragias post-polipectomía y 1 desgarro a nivel de la unión esófago-gástrica en un paciente con hernia hiatal, todos ellos, manejados endoscópicamente.

Conclusiones: La enteroscopia es un estudio con baja tasa de complicaciones y un buen rédito tanto diagnóstico como terapéutico. En concordancia con estudios previos, nuestro trabajo arrojó una tasa de complicaciones asociadas al procedimiento menor al 2% y un rédito diagnóstico del 70% aproximadamente.

PÓSTER

Código: 0157

DIVERTÍCULO DE ZENKER COMO CAUSA POCO COMÚN DE HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA

Modalidad: Casos Clínicos - Póster

Unidad Temática: ENDOSCOPIA DIGESTIVA - Misceláneas

CHIARELLA, Daniela Nair | ERRAMUSPE, María Elina | ZAVALLA YALJ, Juan Cruz | NOTARI, Lorena | PEREZ ESTEBAN, Natalia

HOSPITAL CHURRUCA-VISCA

Introducción: El Divertículo de Zenker es una enfermedad poco común que afecta frecuentemente a pacientes de edad avanzada. Los síntomas más frecuentes de presentación son disfagia, halitosis, tos y broncoaspiración. El sangrado ocurre raramente, pero puede presentarse de forma masiva e incluso mortal. Dado que los casos documentados en la literatura son muy pocos, no existen pautas para el manejo de esta condición. Por dicha razón se decide presentar el siguiente caso de hemorragia digestiva alta en divertículo de Zenker.

Objetivo/s: presentar un caso clínico de una patología poco común y de baja prevalencia con el objetivo de evaluar el tratamiento endoscópico adecuado.

Material (pacientes) y métodos: describimos el caso de una paciente de sexo femenino de 87 años con antecedentes de hipertensión arterial, marcapaso por BAV 2° Mobitz II, cardiomiopatía isquémica con colocación de 3 stent, con doble antiagregación con aspirina y clopidogrel. Consulta a unidad de emergencias por presentar hemoptisis de 12 horas de evolución, asociado a accesos de tos previo a dichos episodios. Al ingreso se encontraba lúcida, hemodinámicamente estable, con tos productiva con coágulos hemáticos. Tacto rectal con materia fecal normocoloreada. Al interrogatorio dirigido niega hematemesis, vómitos, melena, proctorragia. Se realizan estudios complementarios: Hisopado nasofaríngeo para COVID-19: negativo; Tomografía de tórax que no arroja hallazgos patológicos; Laboratorio: HTO 30,8 % HB 9.5g/dl GB 10.820 mm3 PLAQ 149600 mm3, TP 100%, KPTT 25 seg, UREA 29mg/dl, CR 0.91mg/dl. Es evaluada inicialmente por servicio de otorrinolaringología con realización de rinofibrolaringoscopia sin evidencia de sangrado activo en vía aérea. Cavum y valéculas libres. Se evidencia sangrado activo proveniente de la luz esofágica. Se indica omeprazol endovenoso en bolo, nada vía oral, se coloca sonda nasogástrica con escaso débito hemático, se suspenden AINES y se solicita evaluación por gastroenterología de guardia.

Resultados: se realiza videoendoscopia alta de urgencia evidenciándose mucosa de esófago cubierta de sangre roja rutilante y en tercio superior, saco diverticular de

boca ancha de aproximadamente 20mm y en el fondo del mismo, se observa vaso visible con sangrado en napa. Se realiza inyección con adrenalina diluida en solución fisiológica en 4 cuadrantes con cese del sangrado. Se decide internación, se presenta paciente a servicio de cirugía general quienes deciden no tomar conducta activa en ese momento. A continuación es evaluada por servicio de cardiología quienes indican suspender aspirina y continuar con clopidogrel. La paciente evoluciona hemodinámicamente estable, sin repetir episodio y es dada de alta por mejoría de su sintomatología con omeprazol vía oral. Se cita a control y se solicita Seriado esófago-gastro-duodenal, pero la paciente en contexto de situación actual se niega a volver al nosocomio.

Conclusiones: debido a que se han reportado pocos casos en la bibliografía y además con incertidumbres en cuanto a la terapéutica más apropiada, se presenta dicho paciente. En este caso se prefirió utilización de monoterapia inyectable con vasoconstrictor, con buena respuesta. El sangrado del divertículo de Zenker, aunque raro, debe ser sospechado en pacientes ancianos que se presenten con sangrado gastrointestinal alto atípico. El uso de antiagregantes plaquetarios se ha asociado con sangrado de divertículo de Zenker y puede provocar sangrado incluso en ausencia de úlceras. La terapia endoscópica es una opción terapéutica viable en un paciente con sangrado de un divertículo de Zenker si se puede identificar la fuente de sangrado. No hay una terapéutica endoscópica establecida por lo inusual de estos casos. Sin embargo, en distintos reportes de la literatura se observó utilización de vasoconstrictores y/o hemoclips. En otros casos conducta expectante o cirugía diferida si el sangrado cede espontáneamente. Siendo la cirugía de emergencia el tratamiento de elección en hemorragia activa que no responde a la terapéutica endoscópica.

PÓSTER

Código: 0113

PÓLIPO COLÓNICO CON PEDÍCULO GRANDE: PASOS PARA UNA RESECCIÓN SEGURA CON ENDOLOOP "CASERO"

Modalidad: Videos Científicos - Oral

Unidad Temática: VIDEO CIENTÍFICO - Endoscópico

BILDER, Hugo German | COTUREL, Adelina | PÉREZ, Verónica Mariana | YAZYI, Federico

HOSPITAL A. BALESTRINI

Introducción: La polipectomía endoscópica de neoplasias superficiales colorectales ha demostrado reducir la incidencia y mortalidad por cáncer de colon y recto. Sin embargo, este procedimiento no está exento de complicaciones como perforación, síndrome postpolipectomía y sangrado, siendo este último el más frecuente con una incidencia de entre 0.3% y 6.1%, aumentando aún más en los pólipos pediculados. En estos casos, la utilización de un endoloop asociado a la polipectomía ha demostrado reducir el sangrado post resección.

Objetivo/s: Presentar un caso clínico utilizando un método atípico y económico para disminuir el riesgo de sangrado postpolipectomía en pólipos de pedículo ancho.

Material (pacientes) y métodos: Paciente masculino de 65 años de edad, sin antecedentes de relevancia. Consulta con VCC previa reciente, derivado de otro centro para resolución endoscópica de pólipo pediculado de 5 cm localizado en colon descendente. Adjunta colon por enema y RNM abdominal donde se observa imagen luminal compatible con pólipo pediculado de colon descendente y VCC donde informa pólipo (0-1p) de 5 cm, con gran pedículo al cual se le realiza tatuaje en su base y toma de biopsia (adenoma tubular con displasia de alto grado).

Resultados: Se realiza VCC (BBPS: 8) bajo sedoanalgesia, en sala de endoscopia con colonoscopia de luz blanca (EC 530 WL; Fujifilm, Tokyo, Japón). Al ingreso se constata, a 60 cm de MA, pólipo descrito en VCC previa con úlcera en área proximal de pedículo y sector necrótico vinculado a inyección de tinta china. Se realiza resección de quiste necrótico con ansa de diatermia, se inyecta adrenalina (1:20000) en cabeza y cuello de pólipo y se prosigue ingreso a ciego. Se extrae el colonoscopia y se monta, en la punta del mismo, endoloop casero con nudo deslizando realizado con hilo de sutura Prolene1® enlazado a un ansa, la cual se desarma en su sector proximal para permitir mayor tracción de la misma. Se reingresa con dispositivo montado, se enlaza el pólipo y se cierra el endoloop en el sector más proximal del pedículo. A continuación, se realiza sección del mismo, distal al endoloop, con ansa multifilamento oval de 30 mm (Sensation, Boston Scientific, USA) con coagulación pura - 30 W- (electrobisturí Kairos 400W-mx1) y se coloca hemoclip (Resolution clip; Boston Scientific, USA) en lecho de resección. Se extrae la pieza con ansa Roth Net® y anoscopio en canal anal, debido a la dificultad para su pasaje por dicho sector. A su egreso, el paciente no presenta complicaciones asociadas al procedimiento. El estudio anatomopatológico informa Adenoma Tubular con Displasia de Alto grado

Conclusiones: La resección de pólipos pediculados con pedículo ancho está asociada a un aumento significativo del riesgo de hemorragia postpolipectomía. La utilización de un endoloop asociado ha demostrado una franca reducción del mismo. Debido a su alto costo y escasa disponibilidad, la utilización de un análogo de fabricación artesanal se presenta como una alternativa válida, accesible y económica para implementar en su resección.

GASTROENTEROLOGÍA - ÍNDICE POR AUTORES

Apellido y Nombres	Trabajos Nº	Nº Página
AHUMARÁN GABRIEL	197	7
ANDINO DI MASI GUSTAVO	173	12
ANTONISKA MARIELA	54	2
ARANCIBIA GABRIEL	183	2
ARCE ENRIQUE MIGUEL ANGEL	164	8
ARIAS CAROLINA M.	151	21
ARRAMÓN MARIANELA	195	8
AVEIGA CEDEÑO LEONARDO ANDRES	64	19
AZAR VIRGINIA	119	5
BALDONI FERNANDO	195	8
BARREYRO FERNANDO JAVIER	10; 51; 218	10; 15; 7
BARRIGA FRANCISCO	183	2
BASSO MARIANA	217; 225	23; 22
BEDINI MARIANELA PATRICIA	125	22
BEDINI OSCAR ALFREDO	59	17
BELLONI RODRIGO	98	20
BELLONI RODRIGO	98	20
BENAVIDEZ GONZALO	11	16
BESSONE FERNANDO	100; 139; 140	21; 18; 15
BESTANI CLAUDIA	97; 108	17; 6
BIGLIARDI ROMINA N	234	13
BOLOGNA ADRIÁN	98	20
BONAMICO AGUSTINA	125	21
BORI JAVIER	97; 108	17; 6
BORJAS ALMAGUER OMAR DAVID	198	6
BOTTERO ADRIANA	243	10
BRACONE HERNAN	65	17
BRAVO VELEZ GLADYS	20	4
BRAYER SANTIAGO	186; 233	14; 16
BRIONES AMERICA ANTONELLA	97; 108	17; 6
BRODERSEN CARLOS EDUARDO	145; 148; 165; 169	12; 15; 15; 20
BRUNETTI JOSÉ	59	17
BULATY SOFIA	100; 139; 140	21; 18; 15
BUSONI VERÓNICA	112; 153; 183; 211	7; 13; 2; 3
BUSQUET LAURA	243	10

Apellido y Nombres	Trabajos N°	N° Página
BUTTI ABEL	125	22
CAFFARONE FIORELA	36	11
CALCAGNO RAMIRO	23	11
CALCAGNO VICTOR ROBERTO	23	11
CALVO SEBASTIAN	164	9
CAMPUZANO SOLEDAD	169	20
CANTEROS JULIO SANTIAGO	196	20
CAPALDI IANINA	195; 201	8; 9
CAPRIOTTI ANDRES	164	9
CAPURRO NICOLÁS	195; 201	8; 9
CARABALLO DARDO	119	5
CARFAGNINI PAULA	169	20
CARONIA VIRGINIA	10	10
CARRARO MARÍA CECILIA	151; 173; 189; 223	21; 12; 10; 21
CASTAGNETTI ANDREA	18	3
CASTILLO ARECO MARIA PAULA	196	18
CAZON RENE	11	16
CEPEDA PARGA JÉSICA STEFANÍA	119	5
CEREZO MARÍA JIMENA	85; 94	5; 12
CERIANI SERGIO	189	10
CESSA ZANATTA JOSÉ CARLOS	198	6
CHUMACERO CECILIA	195	8
CODD JUAN CRUZ	84	6
CONGEDO ANTONELLA	165	15
CONLON MARÍA CAROLINA	85; 94	5; 12
CONTRERAS MÓNICA BEATRIZ	54; 224	2; 10
CORFIELD PATRICIO	119	5
CORREA GUSTAVO JAVIER	195; 201	8; 9
CORSI MARIA JOSE	51	15
CORTI RODOLFO	97; 108	17; 6
COSENTINO MARIA	64	19
CURA PABLO	195	8
D ' AGOSTINO DANIEL EDUARDO	83	11
DANIELIAN SILVIA	54	2
DE OLIVERA SEBASTIAN	51; 179; 218	15; 16; 7
DE PAULA JUAN	66; 78; 110	5; 2; 8
DEL CUETO AGUILERA ANGEL NOE	198	5
DELBUENO AGUSTIN	45	18

Apellido y Nombres	Trabajos N°	N° Página
DELEÓN AURELIA DE LOS ÁNGELES	65	17
DI DOMENICO DIEGO	31; 244	13; 20
DI PAOLA LEANDRO	165	15
DIBENEDETTO VICTOR	217; 225	23; 22
DOMECQ CINTIA P.	151	21
DOWECKJUDITH	97; 108	17; 6
DROZD VERÓNICA	161	4
DULCICH FLORENCIA	97; 108	17; 6
DURRUTY MANUELA	186	14
ELISA VICIANI	18	3
ELIZONDO KARINA	10	10
ESCATI PEÑALOZA LUCIANA	44; 43	14; 4
ESCOBAR FERNÁNDEZ RAFAEL	31; 244	31; 20
ESCOBAR RAFAEL	36	11
ESPINET MARÍA LUJÁN	189	10
ETCHEVERS MARÍA JOSEFINA	66; 110	5; 8
FABBI DANIEL	45	18
FABBRINI DAVID	177	21
FACIO LUCILA	53	3
FASTMAN ANOUK LUCÍA	54	2
FERNANDEZ JULIAN	234	13
FERREIRA MARIANA	36	10
FIANDRINO FERNANDO LUIS	243	10
FISCHMAN ROMINA	36	11
FONTAN MARÍA BELÉN	169	19
FORESTIER VANINA	53	3
FRANCO ALANIS FABIANA	186, 233	14; 16
FURIA MARINA	53	3
FUSTER SALDÍAS FRANCISCO	78	2
GALLAY IVANA ESTEFANÍA	243	10
GALVAGNO FLORENCIA	145	12
GARBI MARÍA LAURA	195; 201	8; 9
GARCÍA ANAPIOS LUCÍA SOLEDAD	145; 165	12; 15
GARCÍA COMPEAN DIEGO	198	6
GARCIA VAZ MARÍA FERNANDA	201	9
GARCIA FLORENCIA	65	17
GEMELLI FEDERICO	148	15
GIL ANIBAL	205	8

Apellido y Nombres	Trabajos N°	N° Página
GIRAUDO FLORENCIA	195; 201	8; 9
GISELA PAOLA CORDEIRO	94	12
GIUDICE MARIA FLORENCIA	169	20
GOGGIA PABLO	31	13
GOLLO PABLO	197	7
GONCALVES SILVINA	205	8
GONZALES CAMPOS GABRIELA	51	15
GONZÁLEZ GONZÁLEZ JOSÉ ALBERTO	198	6
GONZALEZ SUEYRO RAMIRO CRUZ	66; 110	5; 8
GONZÁLEZ ANDREA	161	4
GONZÁLEZ JULIANA	54	2
GONZALEZ PATRICIA	197	7
GORORDO IPIÑA ROSA CAROLINA	125	22
GOTTA DANIEL	119	5
GUMA STROHMAYER MAGDALENA	65	17
GUTIERREZ CIELO	20	4
HASHIMOTO HARUMI	20	4
HERRERA LAURA	164	9
HESSE EUGENIA	20	4
HOLZER CAROLINA	186	14
HUERNOS SERGIO	205	8
IBAÑEZ AGUSTIN	20	4
INCHAUSPE NICOLÁS	31; 244	13; 20
IRIARTE MAXIMILIANO	98	20
JAUREGUIZHAR FERNANDA	100; 139; 140	21; 18; 15
JIMÉNEZ RODRÍGUEZ ALAN RAFAEL	198	6
JIMENEZ CINTYA ELIANA	225	22
JORDA GRACIELA	10	10
JULIO LANCIOTTI	11	16
KLEPPE SOLEDAD	153	13
KUJARUK MIRTA RAQUEL	223	21
LACUADRA MARIA DE LA PAZ	53	3
LAFAGE MATIAS	186; 233	14; 16
LAFONT LUNA LUIS	196	18
LAKATOS PETER	205	8
LASA JUAN	43; 44	4; 14
LAUDANNO OSCAR MIGUEL ORESTE	186; 197; 233	14; 7; 16
LAVORGNA SILVANA	217; 225	23; 22

Apellido y Nombres	Trabajos N°	N° Página
LEDESMA CLAUDIA VIVIANA	196	18
LETA KARINA	83	11
LEZA AGUSTIN	169	20
LLERA SOSA MARÍA MILENA	51; 179; 218	15; 16; 7
LO CARMINE GAMMEL DANA	223	20
LOPES MELODY	98	20
LOPEZ MINGORANCE FABIANA	18	3
LOPEZ GISELE SALOME	51; 179; 218	15; 16; 7
LORENZATI MARIA ANGELICA	51	15
LUCIA ANDRES RODOLFO	64	19
LUDUEÑA GUILLERMINA	18	3
MALAGA IGNACIO	64	19
MALDONADO GARZA HÉCTOR JESÚS	198	6
MAN MELINA	97	17
MARCOLONGO MARIANO	66; 110	5; 8
MARIN PABLO NICOLAS	98; 201	20; 9
MARTÍN MARTÍN	153	13
MARTURANO MARÍA VICTORIA	148	15
MAURETTE MARÍA VICTORIA	145; 148	12; 15
MENDOZA QUINCHE GEORGE	84	6
MENENDEZ GRACIELA	97	17
MERCADO JOHANA	11	16
MESSERE GABRIELA	234	13
MICHELETTI EUGENIA	112; 211	7; 3
MIGUENS MAITE BEATRIZ	153	13
MILITO DANIELA	53	3
MOAVRO DAMIÁN EZEQUIEL	195; 201	8; 9
MOLINO SILVIA	18	3
MONTI PAULA	186	14
MORAN GABRIELA	164	9
MORENO MARÍA LAURA	151; 173; 223	21; 12; 21
MULINARIS ANA BELEN	110	8
NAPOLI ROXANA	45	18
NASTRI MARIANA	217; 225	23; 22
NAVARRO YURANIS	148	15
NAVAS LISANDRO MARCELO	100; 140; 139	21; 15; 18
NAVES ARIEL	59	17
NEDER MARÍA DANIELA	177; 217; 224; 225; 243	22; 23; 10; 22; 10

Apellido y Nombres	Trabajos N°	N° Página
NEGREIRA SILVIA	205	8
NIVELONI SONIA ISABEL	173	12
OLEASTRO MATÍAS	54	2
OLIVERA SENDRA PABLO	43; 44	4; 14
OLMOS JORGE ATILIO	20	4
OLMOS JUAN IGNACIO	18	3
ORELLANO MARIANA	45	18
ORSI MARINA	112; 153; 183; 211; 217	7; 13; 2; 3; 23
ORTIZ GONZALO JAVIER	83; 234	11; 13
OSVALDO ZERBO	108	6
OVIEDO ADRIANA RITA	234	13
PADILLA MARTÍNEZ LIMBERT JESÚS	85; 94	5; 12
PADIN LORENZO FERNANDO	169	20
PAGLIERE NICOLÁS	244	20
PARAJON JUAN PABLO	189	10
PARDO BARBARA	31; 36; 244	13; 11; 20
PARY COCA ORLANDO	239	19
PASCUAL RUSSO AGOSTINA	53	3
PATERNOMAURICIO RODRIGO	173; 189; 223	12; 10; 21
PAZ ENRIQUE GUILLERMO	217; 225	23; 22
PEPA PABLO	18	3
PERALTA EDUARDO	164	9
PEREZ PATRICIO	164	9
PEREZ TOMAS MANUEL	66	5
PEREZ TOMAS MANUEL	66	5
PINTO NATALIA	243	10
PISAREVSKY ANDREA	18	3
PISKORZ MARIA MARTA	18; 20	3; 4
POMARES PABLO	45	18
PONCE CARLA SOFÍA	173; 189; 223	12; 10; 21
PONISIO FLORENCIA	45	18
PORFILIO GULARTE GIOVANNA	51; 179; 218	15; 16; 7
PORTILLO LUCIA	23	11
PUCCI BETIANA	186; 233	14; 16
PUGA-TEJADA MIGUEL	84; 85; 94	6; 4; 11
RAUSCH SILVIA	186	14
REGGIARDO MARÍA VIRGINIA	100; 139; 140	21; 18; 15
REGNASCO JUAN SANTIAGO	65	17

Apellido y Nombres	Trabajos N°	N° Página
REINECK ROSANA PAOLA	218	7
REPETTI JULIETA	18	3
REPETTO MARIN	98	20
RICCOBENE IRINA	53; 151	3; 21
RIFRANI PUYADE GABRIEL DIEGO	139; 140	18; 15
RIFRANI GABRIEL	100	21
RIVEROS IGNACIO	51; 179; 218	15; 16; 7
RIZZOLO MARIANA BEATRIZ	108; 173; 189	6; 12; 10
ROCCA ANA	243	10
ROCCA ANA MARCELA	54; 177; 217; 224; 225; 243	2; 22; 23; 10; 22; 10
RODRIGUEZ FERMEPIN MARCELO	18	3
RODRIGUEZ NUÑEZ GUADALUPE	84	6
RODRÍGUEZ CAROLINA	145	12
ROMANI IVANA	119	5
RUFFINENGO ORLANDO	100; 139; 140	21; 18; 15
RUVINSKY SILVINA	54	2
SAA EMILIA CRISTINA	65	17
SALINAS LORENA SOLEDAD	196	18
SALLER MARÍA EUGENIA	84	6
SALTOS SOLEDAD	148; 165	15; 15
SAMBRESQUI ADRIÁN	186; 233	14; 16
SAMBUELLI ALICIA	78; 205	2; 8
SAN MIGUEL PATRICIA	59	17
SANCHEZ LA ROSA CRISTIAN	243	10
SÁNCHEZ BELÉN	66; 110	5; 8
SANCHEZ NICOLAS	10	10
SANCISI GABRIELA	161	4
SANTINO JUAN	153	13
SARTORI DIEGO	51	15
SAYANES VICTORIA	164	9
SCIANGULA MARIANA	51; 179; 218	15; 16; 7
SEIGUERMAN JUAN	45	18
SEOANE MARIA CARMEN	11	16
SEPÚLVEDA ANDREA	183	2
SEQUEIRA AGUSTÍN	31; 244	13; 20
SIFFREDI JUAN	217; 225	23; 22
SMECUOL EDGARDO	83	11
SOBRERO JOSEFINA	66; 110	5; 8

Apellido y Nombres	Trabajos N°	N° Página
SORDA JUAN ANTONIO	20	4
SOTELO MORENO DIEGO	196	18
SPIAZZI RENATA ALINA	85; 94	5; 12
STEFANOLO JUAN PABLO	18; 20; 53	3; 4; 3
TAGLIAFERRO GUSTAVO	183; 217	2; 23
TAKEDA SILVIA	217; 225	23; 22
TAMAGNONE NORBERTO LUIS	100; 139; 140	21; 18; 15
TANNO FEDERICO	139; 140	18; 15
TANNO HUGO	139; 140	18; 15
TANNO MARIO	139; 140	18; 15
TEDESCO ELIZABETH	177	22
TEVEZ ADRIANA	20	4
THOME MARCELO	197	7
TIRADO PABLO	205	8
TORO MARTÍN	78	2
TRAKAL ESTEBAN	125	22
TRAKAL JUAN JOSÉ	78; 125	2; 22
TREVIZAN VICTORIA	100; 139; 140	21; 18; 15
TUFARE FRANCISCO	98; 195; 201	20; 8; 9
UEHARA TATIANA	18; 20	3; 4
UEZ PATA ANDREA	234	13
URSINO FLORENCIA	112; 211	7; 3
VALENTINI JAVIER	84	6
VALLEJOS ROCABADO ANA MABEL	239	19
VARELA MARÍA JULIA	65	17
VARGAS EDIT	218	7
VARIGLIA Y PONS FLORENCIA	243	10
VAZQUEZ FERNANDO JAVIER	66	5
VÁZQUEZ HORACIO	53; 151; 173; 189; 223	3; 21; 12; 10; 21
VEGA PATRICIA	18	3
VEISSETES DENISE	161	4
VERON GABRIEL ANIBAL	177; 217; 224; 225; 243	22; 23; 10; 22; 10
VIDAL JORGE HÉCTOR	234	13
VILLAPOL SONIA	18	3
VILLARPANDO PLAZA PABLO	85	5
VILLARQUIDE MARÍA LUCRECIA	218	7
VILTRE INÉS	234	13
VISSO ANA LAURA	36; 244	11; 20

Apellido y Nombres	Trabajos N°	N° Página
WALSEN ARANGUA GUSTAVO ADOLFO	78	2
WEDE GABRIELA	177; 217; 225; 243	22; 23; 22; 10
WEYERSBERG CHRISTIAN	54; 243	2; 10
YANTORNO MARTÍN	78; 195; 201	2; 8; 9
ZAPATA PEDRO DARÍO	10	10
ZARATE FABIÁN EDUARDO	125	22
ZERBO OSVALDO	97	17
ZITELLI LUDMILA	100; 139; 140	21; 18; 15

ENDOSCOPIA - ÍNDICE POR AUTORES

Apellido y Nombres	Trabajos Nº	Nº Página
ADI JOSÉ	206	28
ALACH JORGE EDUARDO	114	32
ALCÍVAR VÁSQUEZ JUAN	21; 87; 88; 89; 90; 91; 92; 93; 141	29; 24; 26; 24; 27; 28; 24; 25; 25
ALVARADO ESCOBAR HAYDEE	21; 90; 91; 92; 93; 141	29; 27; 28; 24; 25; 25
ANTONISKA MARIELA ANDREA	207	25
ARCE MIGUEL	133	30
ARCUCCI SOLEDAD	249	32
ARMAS DAVID	90	27
ARRAMON MARIANELA	142; 237; 252	27; 34; 30
ÁVILA SEPULVEDA RUBEN DARÍO	156	33
AZAÑEDO BARRANTES CLAUDIA	141	25
BALDONI FERNANDO	142; 194; 237; 252	27; 26; 34; 30
BEDINI MARIANELA PATRICIA	26; 122	29; 33
BIGLIARDI ROMAN NÉSTOR	249	32
BILDER HUGO GERMÁN	113	35
BONAMICO AGUSTINA	26; 122	29; 33
BORGONOVO LUCAS	95	31
BOTTERO ADRIANA JORGELINA	207; 208	25; 33
BRACONE HERNÁN	63	32
BUSQUET LAURA ROXANA	207; 208	25; 33
BUTIERREZ FEDERICO	76	34
BUTTI ABEL	26; 122	29; 33
CALVO SEBASTIÁN	133	30
CAMPOS LUCÍA MERCEDES	123	33
CANDEL IVANNA	214	26
CAPALDI IANINA BELÉN	142; 194; 237	27; 26; 34
CAPRIOTTI ANDRÉS	133	30
CARDENAS VILLA ROBERTO DARIO	221	34
CARRICA SEBASTIÁN	142	27
CATAN GOUHANEH FELIPE	156	33
CHIARELLA DANIELA NAIR	157	35
CHULIA VÍCTOR	95	31
CIFUENTES GORDILLO CARLOS	21; 90; 91; 92; 93; 141	29; 27; 28; 24; 25; 25
CORREA GUSTAVO JAVIER	142; 237; 252	27; 33; 30
COTUREL ADELINA	113	35

Apellido y Nombres	Trabajos N°	N° Página
CRESPO EBER	249	32
CURA MELISA BELÉN	122	33
CURA PABLO	142; 194; 252	27; 26; 30
DAL BELLO FERNANDA	92	24
DEL PEDRO MARÍA VIRGINIA	123	33
DEL VALLE ZAVALA RAQUEL	21; 87; 88; 90; 91; 92; 93; 141	29; 24; 26; 27; 0; 24; 25; 25
DELEO SABINO	252	30
DI DOMENICO DIEGO	214	26
DI PALMA GUILLERMO	76	34
DIEGO AGUSTÍN	114	32
DOMENICONI SOFÍA	142; 194	27; 26
DUTTO CAROLINA	206	28
ERRAMUSPE MARÍA ELINA	157	35
ESPOSITO MARISOL	249	32
FERNANDEZ JULIÁN	249	32
FERREIRA MARIANA	214; 220	26; 31
FERRIGNO AGUSTÍN	252	30
FLORES CRUZ GONZALO	118	27
FRAPICCINI GABRIELA	252	30
FUENTES FLAVIA	123	33
FUGAZZOTTO DE LA CRUZ JUAN JESÚS	55; 123	31; 33
GARAVENTO LEONARDO	142	27
GARBI MARÍA LAURA	142; 237	27; 34
GARCIA FLORENCIA NADIA	63	32
GARRIDO MARÍA LAURA	95	31
GIGENA RICARDO AGUSTÍN	176	30
GIRAUDO FLORENCIA	142; 237	27; 34
GOBELET JAQUELINA	176	30
GOMEZ VERÓNICA	95	31
GOMEZ NAVAS MARIA DEL PILAR	207; 208	25; 33
GONZALEZ JULIANA	207	25
GONZALEZ MAURO	95	31
GORORDO IPIÑA ROSA CAROLINA	26; 122	29; 33
GULLINO LORENZO	142; 252	27; 30
HERMIDA RAQUEL	55	31
HERRERA LAURA	133	30
HIDALGO MELISSA	114	32
HURTADO GONZALEZ NICOLE SAMANTHA	63	32

Apellido y Nombres	Trabajos N°	N° Página
ICAZA GARDENAS JAHAIRA FABIOLA	63	32
INSAURRALDE DIEGO GERMÁN	122	33
INTERLANDI JOHANA	95	31
IRIARTE MAXIMILIANO	194	25
JULIA ANALÍA	207	25
LA VIA JOSÉ	63	32
LEÓN MEJIA CARLOS	156	33
LÓPES MELODY	194	26
LÓPEZ ARIANA	89; 90; 93	24; 27; 25
LÓPEZ MARÍA BELÉN	123	33
LOZZI RUBÉN DARÍO	221	34
LUCERO NÉSTOR	249	32
MARIANO JIMENA	252	30
MARTÍNEZ BALLESTEROS PRISCILA	141	25
MEDINA BARRIENTOS ALBERTO	133	30
MENDEZ GUEVARA JUAN CARLOS	87; 88	24; 26
MERCADO GOMEZ KEISY	249	32
MESSERE GABRIELA CARINA	249	32
MILONE ELENA	95	31
MOLFESO FLORENCIA	76	34
MONDINI MAURICIO	206	28
MORAN FAIENZO GABRIELA	133	30
MUÑOZ JUAN ANTONIO	122	33
NEDER MARÍA DANIELA	207	25
NOTARI LORENA	55; 157	31; 35
OLEAS NAREA ROBERTO	21; 87; 88; 89; 90; 91; 92; 93; 141	29; 24; 26; 24; 27; 28; 24; 25; 25
ONETO NATALIA	123	33
ORTIZ GONZALO JAVIER	249	32
ORTIZ APARICIO FREDDY	156	33
OSPINA ARBOLEDA JESENIA	141	25
OSSO BRENDA	123	33
PAGES MARIANA	252	30
PARDO BARBARA	214; 220	26; 31
PAREDES MARÍA VICTORIA	95	31
PARODI MATÍAS	26	29
PAZ SOFÍA	249	32
PERAL FRANCO	95	31
PERALTA EDUARDO	133	30

Apellido y Nombres	Trabajos N°	N° Página
PEREZ DANIEL	95	31
PÉREZ PATRICIO	133	30
PÉREZ VERÓNICA MARIANA	113	35
PEREZ ESPARZA CARLOS	123	33
PEREZ ESTEBAN NATALIA	157	35
PEST ERIKA	188	29
PITANGA LUKASHOK HANNAH	21; 87; 88; 89; 90; 91; 92; 93; 141	29; 24; 26; 24; 27; 28; 24; 25; 25
PUGA-TEJADA MIGUEL	21; 87; 88; 89; 90; 91; 92; 93; 141	29; 24; 26; 24; 27; 28; 24; 25; 25
REDONDO AGUSTINA	76; 142; 194; 252	34; 27; 26; 30
REGNASCO SANTIAGO JUAN	63	32
RIU MARÍA CECILIA	123	33
ROBLES MEDRANDA CARLOS	21; 87; 88; 89; 90; 91; 92; 93; 141	29; 24; 26; 24; 27; 28; 24; 25; 25
ROCCA ANA MARCELA	207; 208	25; 33
RODRIGUEZ LAURA	176	30
ROJAS GERMÁN	76	34
ROMAN HÉCTOR OSVALDO	221	34
SAA EMILIA CRISTINA	63	32
SALGADO YAMILA	95	31
SAMBUELLI GABRIELA	122	33
SÁNCHEZ ANGARITA EFRAÍN	91	28
SÁNCHEZ CARRIEL MARÍA	89	24
SAYANES MARÍA VICTORIA	133	30
SCARPONI MARÍA ALICIA	142	27
SCIARRETTA MARTÍN	194; 252	26; 30
SEQUEIRA AGUSTÍN	214; 220	26; 31
SILVESTRI GEORGINA	249	32
SPALLETI LEANDRO	114	32
STALTARI JUAN CARLOS	221	34
TAPIA ÑANCUVILU CARLOS	156	33
TORRES ALFREDO	206	28
TORRICO PAZ OSCAR	63	32
TRAKAL ESTEBAN	26; 122	29; 33
TRAKAL JUAN JOSÉ	26; 122	29; 33
TUFARE FRANCISCO	142; 194; 237; 252	27; 26; 34; 30
VALDEZ DAVID	123	33
VARELA MARÍA JULIA	63	32
VIALE MARÍA INÉS	249	32
VIDAL JORGE HÉCTOR	249	32

Apellido y Nombres	Trabajos N°	N° Página
VISSO ANA LAURA	220	31
WALDBAUM CARLOS	76	34
WANG HUI JER	133	30
WEDE GABRIELA	207	25
WEYERSBERG CHRISTIAN	207, 208	25, 33
YANTORNO MARTÍN	142, 237	27; 34
YAZYI FEDERICO	113	35
ZAPATA MARTINEZ ADRIAN MAURICIO	208	33
ZARATE FABIÁN EDUARDO	26, 122	29; 33
ZAVALLA YALJ JUAN CRUZ	157	35
ZEGARRA CARLOS	118	27

ACTA
GASTROENTEROLÓGICA LATINOAMERICANA

GASTRO 2021