

A O T A

GASTROENTEROLÓGICA LATINOAMERICANA Suplemento Vol 53 año 2023



GASTRO
ENDO
2023 MDQ

**Congreso Argentino de Gastroenterología
y Endoscopia Digestiva**

DEL 7 AL 9 SEPTIEMBRE

NH Gran Hotel Provincial, Mar del Plata

RESÚMENES DE TRABAJOS

www.gastroendo2023.org



Gastroendo2023 | #Gastroendo2023



Órgano oficial

SGU | Sociedad de
Gastroenterología
del Uruguay

**Patrocinado
por**



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

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

EDITORES ASOCIADOS**Mercedes Manresa** 

Instituto de Gastroenterología Salim, Salta Capital. Curso de investigación, bioinformática y bioestadística. Hospital de Clínicas José de San Martín. Universidad de Buenos Aires, CABA

**María Marta Piskorz** 

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

**Juan Pablo Stefanolo** 

Hospital de Gastroenterología Dr. Carlos Bonorino Udaondo. Programa en 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 [COPE](#) y el [ICMJE](#).

SECRETARIA

Tamara Alvarez Worobey

PRODUCCIÓN Y EDICIÓN

Raúl Groizard

DISEÑO Y ARMADO DIGITAL

Carlos Daniel Casuscelli

CORRECTORES

María Nochteff Avendaño / Esperanza Janeiro / Gabriela Churla

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 2023**
PRESIDENTE

Oscar Laudanno

VICEPRESIDENTE

Marcelo Thomé

SECRETARIA

Josefina Sobrero

PROSECRETARIA

Silvina Gonvalves

TESORERO

Alejandro Nieponice

PROTESORERO

Gabriel Ahumarán

VOCALES TITULARES

Florencia Dulcich

Betiana Pucci

Astrid Rausch

VOCALES SUPLENTE

Marina Cariello

Cecilia Carraro

Walter Insaurralde

**CONSULTOR
EXPRESIDENTE**

Alfredo E. Currás


**COMISIÓN DIRECTIVA
SGU - PERÍODO 2022-2024**
PRESIDENTE

Virginia López

1^{er} VICEPRESIDENTE

Ximena Rodríguez

2^{er} VICEPRESIDENTE

Alberto Sanguinetti

SECRETARIA

Yéssica Pontet

TESORERO

Sergio Vázquez

SECRETARIA DE ACTAS

Inés Trucco

**ENCARGADO DE ASUNTOS
INTERNACIONALES**

Carolina Olano

**ENCARGADO DE
PROGRAMACIÓN NACIONAL**

Susana Kohen

VOCALES

Ana Brito

Marie Howe

Suplentes preferenciales

Adriana Raggio

Viviana Nachmann

Laura Reyes

COMISIÓN FISCAL
Miembros titulares

Daniel Taullard

José Pedro Ibargoyen

Andrea Maucione

Suplentes

Beatriz Iade

María Cristina Dacoll

Elena Trucco

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 GASTROENDO 2023.

Hemos recibido un total de 191 resúmenes (132 de gastroenterología y 59 de endoscopia). Luego de ser revisado por pares, los comités evaluadores de las áreas de interés correspondientes los categorizaron en resúmenes “aceptados” (presentación oral, trabajo distinguido y póster) y “no aceptados”. De este modo, se aceptaron 116 resúmenes de gastroenterología para su presentación oral (12), como trabajos distinguidos (10) y como pósters (94). En el área de endoscopia digestiva se aceptaron 44 resúmenes, 10 de ellos para presentación oral, tres como trabajos distinguidos y 31 como pósters.

En nombre de los Comités Organizadores de GASTROENDO 2023, agradecemos a todos los autores el envío de sus resúmenes, fruto del intenso trabajo realizado en diferentes centros especializados.

Asimismo, agradecemos a todos los revisores que colaboraron en su evaluación, y al Dr. Domingo Balderramo, Dr. Fernando Barreyro, Dra. Gabriela Castillo, Dr. Guillermo Dottavio, Dr. Pablo Lubrano y Dr. Dante Manazzoni, quienes asumieron la responsabilidad de dirigir el análisis y valoración de los trabajos recibidos.

Jaquelina Gobelet
Presidenta

Comité Organizador Endoscopia Digestiva
GASTROENDO 2023

Edgardo Smecuol
Presidente

Comité Organizador Gastroenterología
GASTROENDO 2023



AUTORIDADES

COMITÉ ORGANIZADOR GASTROENTEROLOGÍA

Presidente
Edgardo Smecuol

Secretaria General
Maricel Bellicoso

Comité Científico
Claudia Fuxman
Fernando Gruz
Maricel Bellicoso
Astrid Rausch

Asesor Científico
Julio C. Bai

Tesorero
Alejandro Nieponice

SAGE Joven
Betiana Pucci

Director Curso de Posgrado 2023
Martín Toro

Directora Curso Pediatría
Marina Orsis
Cecilla Zubiri

Directora Curso Nutrición
Andrea González

Coordinadores Olimpiadas 2023
Yanina Meresman
Federico Casella
Sebastián de Federico

Comité Evaluador de Resúmenes
Domingo Balderramo
Fernando Barreyro
Pablo Lubrano

Asesoramiento Pedagógico
Mónica Gardey

COMITÉ ORGANIZADOR ENDOSCOPIA DIGESTIVA

Presidenta
Jaquelina Gobelet

Secretario General
José María Sanguinetti

Comité Científico
Federico Yáñez
Rafael Escobar
Mariana Omodeo

Tesorero
Andrés Germán

Director del Workshop
Sebastián Paredes

Co-Directores del Workshop
José Cerdán
Julio de María
Martín Guidi

Comité evaluador
de Resúmenes
Gabriela Castillo
Dante Manazzoni
Guillermo Dottavio

Directores Hands On
Nelson Condado
Leticia Baroni

Directora del Congreso
de Asistentes en Endoscopia
Nadia Poczter

Coordinadoras Campeonato
de Videos
Ana Laura Visso
Bárbara Pardo



COMISIONES DIRECTIVAS - FAAED - SAGE

COMISIÓN DIRECTIVA FAAED 2023

Presidente
Mauro Páez

Vicepresidente
Pablo C. Rodríguez

Secretario
Matías E. Vega

Prosecretario
Pablo H. Najum

Tesorero
Sebastián Gutiérrez

Protesorero
Andrés Germán

Vocal 1°
José Adi

Vocal 2°
Gabriela Castillo

Vocal Suplente 1°
Sergio Barril

Vocal Suplente 2°
Nelson J. Conrado

COMISIÓN DIRECTIVA SAGE 2023

Presidente
Oscar Laudanno

Vicepresidente
Marcelo Thomé

Secretaria
María Josefina Etchevers

Prosecretaria
Silvina Gonvalves

Tesorero
Alejandro Nieponice

Protesorero
Gabriel Ahumarán

Vocales Titulares
Florencia Dulcich
Betiana Pucci
Astrid Rausch

Vocales Suplentes
Marina Cariello
Cecilia Carraro
Walter Insaurralde

PROFESIONALES QUE INTERVINIERON EN LA REVISIÓN DE LOS RESÚMENES CIENTÍFICOS

Abecia, Víctor
Adami, Paola Andrea
Alasino, Pablo
Amateis, Matías
Andrenacci, Paola
Antoniska, Mariela
Bai, Julio C.
Balderramo, Domingo
Barreyro, Fernando Javier
Barril, Sergio
Bellicoso, Maricel Ivana
Belloni, Rodrigo
Berman, Saúl
Bolomo, Bolomo
Bosch, Jorge
Canseco, Sandra
Carfagnini, Paula
Carlino, Yanina
Carnevalle, Guillermo
Carrica, Sebastián Augusto
Cartier, Mariano
Castillo, Gabriela
Chiaraviglio, Martín
Chiriano, Fabiela
Cimmino, Daniel Gustavo
Collia, Karina
Colombato, Luis
Córdoba, Claudia
Cuenca Abente, Federico
Curia, Andrea
Curvale, Cecilia
Daffra, Pamela
Daino, Diego
De María, Julio
De Paula, Juan Andrés
Defago, María Rosa
Di Bartolo, Laura
Dottavio, Guillermo
Doweck, Judith
Ferreti, Sebastián
Figueredo, Ricardo
Filo, Gladys L.
Fuster, Mauricio
Fuxman, Claudia Griselda
Gadano, Adrián
González Sueyro, Ramiro
González, Andrea
Gotti, Ricardo
Gruz, Fernando
Guma, Carlos
Gutiérrez, Silvia
Herrera Najum, Pablo
Higa, Mariano
Iriarte, Sonia Mariel
Kirschbaum, Fernando
Linares, María Eugenia
Loteri Polesel, Julio César
Lubrano, Pablo
Mahler, Manuel
Manazzoni, Dante
Marini, Juan
Matano, Raúl
Maynat, Alejandra
Mazure, Roberto
Merlin, Marcela
Montero, Joaquín
Olmos, Jorge Atilio
Orbe, Guido
Oropeza, Gabriela
Orsi, Marina
Paredes, Sebastián
Piskorz, María Marta
Rausch, Astrid
Rebay, Mercedes
Redondo, Agustina
Rinaudo, Santiago
Rodríguez, Fernando
Salim, Nicolás
Salis, Graciela
Sánchez, Christian
Schlottmann, Fran
Sequeira, Agustín
Smecuol, Edgardo Gustavo
Spallone, Lilita
Stefanolo, Juan Pablo
Steinberg, Leandro
Trelles, Félix
Uranga, Lucio
Ustares, Fernando
Vaccaro, María Inés
Valdiviezo, Érica
Valero, Manuel
Van Domsellaar, Manuel
Villamil, Federico
Waldbaum, Carlos
Wonaga, Andrés
Wulfson, Adolfo
Yañez, Federico
Yonamine, Karina
Zagalsky, David Horacio
Zandalazini, Hugo
Zanoni, Gerardo
Zarate, Fabián



**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

**Patrocinado
por**





ÍNDICE DE RESÚMENES

GASTROENTEROLOGÍA	Referencias	Pág.
	Presentación Oral	8
	Trabajos Distinguidos	12
	Póster	15
ENDOSCOPIA DIGESTIVA	Referencias	
	Presentación Oral	47
	Trabajos Distinguidos	50
	Póster	51

ÍNDICE DE AUTORES POR CATEGORÍA

Gastroenterología	62
Endoscopia digestiva	69

PRESENTACIÓN ORAL

Código: 0021

PANEL MULTIGENÉTICO EN JÓVENES CON CÁNCER DIGESTIVO: BÚSQUEDA DE SÍNDROMES HEREDITARIOS SUBYACENTES. PRIMER EXPERIENCIA EN UN HOSPITAL PÚBLICO DE ARGENTINA

Modalidad: Resúmenes Científicos - G

Unidad Temática: a) GASTROENTEROLOGÍA 4. Colon y recto 4.2. Neoplasia

ANTELO, Marina (1) | TESTA, Giuliana(2) | ROBBIO, Juan(2) | PIOVAROLI, Florencia(2) | CARBALLIDO, Marcela(3) | MENDEZ, Guillermo(3) | MAQUIEIRA, Julian(3) | OVIEDO, Ana (3) | KUJARUK, Mirta(3) | CISTERNA, Daniel(3) | ROCA, Enrique(2) | GOLUBICKI, Mariano(3)

ISCO, UNLA, CONICET; HOSPITAL DE GASTROENTEROLOGÍA DR. B. UDAONDO (1); INTERGRUPO ARGENTINO PARA EL TRATAMIENTO DE TUMORES GASTROINTESTINALES (IATG) (2); HOSPITAL DE GASTROENTEROLOGÍA DR. B. UDAONDO (3)

Introducción: Los síndromes hereditarios de cáncer (SHC) infieren altos riesgos de desarrollar cáncer a lo largo de la vida. Su identificación tiene enormes implicancias para los afectados, ya que aportan valiosa información para el pronóstico de la enfermedad y para la predicción de respuesta al tratamiento, y también para sus familiares, ya que permite detectar los familiares en riesgo portadores asintomáticos, en quienes la aplicación de medidas de vigilancia desde edades tempranas e intervalos reducidos, y cirugías reductoras de riesgo, han demostrado disminuir la mortalidad por cáncer hasta en un 60%.

Objetivo/s: Identificar el porcentaje de SHC subyacente en individuos jóvenes con cáncer digestivo. Evaluar la asociación entre estudios genéticos positivos y características clínicas y/o histológicas.

Material (pacientes) y métodos: Entre el 19/1/21 y 30/5/22, atendimos 500 pacientes en el consultorio de Asesoramiento Genético Oncológico (AGO) de la Sección Oncología del Hospital Udaondo (HU). De ellos, 140 presentaban cáncer colorrectal (CCR), cáncer gástrico (CG), o cáncer de páncreas (CP) <50^o; 72 aceptaron participar (edad promedio de 37.2^o): cincuenta y siete (79%) tenían CCR, 10 (14%) tenían CG, y 5 (7%) tenían CP. Se obtuvo una muestra de ADN germinal de todos y se realizó la Secuenciación de Nueva Generación (SNG) del panel de 30 genes de SHC en la plataforma de SNG MiniSeq instalada en el Laboratorio de Biología Molecular del HU.

Resultados: Diecinueve de los 72 (26%) pacientes presentó un estudio genético positivo en genes de SHC: 11 (15%) en genes del síndrome de Lynch (SL), 4 (5,5%) en el gen de PAF, y 4 (5,5%) en genes tradicionalmente asociados a cáncer de mama (BRCA1, BRCA2 y ATM). Al disgregar los hallazgos por órgano, 18/57 pacientes con CCR (31,5%) tenían tumores con déficit del Sistema Reparador del ADN (dSRA), y de ellos, 11 (61%) tuvieron variantes patogénicas en algún gen del SL; 33/57 (58%) tenían CCR con SRA proficiente (SRAP) y 3 (9%) de ellos tuvieron estudios positivos: 1 en BRCA1, 1 en BRCA2, y uno en ATM; por último, 6/57 (10,5%) tenían un diagnóstico clínico de PAF, y 4 (67%) de ellos presentaron estudio positivo del gen APC. Solamente 1/5 (20%) pacientes con CP tuvo estudio positivo en el gen BRCA1, y ninguno de los 10 con CG tuvo estudio positivo, a pesar de que 3/10 (33%) eran carcinomas poco cohesivos, con sospecha clínica de Cáncer Gástrico Difuso Hereditario. Al analizar la asociación entre los estudios genéticos positivos con: la edad al diagnóstico del cáncer, la presencia de historia familiar de cáncer, el órgano afectado, la presencia de PAF, y el estado del SRA tumoral en los CCR, se observó que la única característica que predijo significativamente un resultado genético positivo fue la presencia de dSRA en los CCR (p<0.0002).

Conclusiones: Debido a que uno de cada cuatro jóvenes con cáncer digestivo son portadores de SHC, el AGO asociado a un panel multigenético debería ser considerado en todos ellos, independientemente de la edad al diagnóstico, de la historia familiar de cáncer, y del fenotipo tumoral. Hemos demostrado que es factible realizar dichos estudios en una institución pública en nuestro país, y creemos imprescindible aunar los recursos para democratizar las nuevas formas de diagnóstico molecular en estos pacientes.

PRESENTACIÓN ORAL

Código: 0176

EFECTO DE ASPERGILLUS NIGER PROLYL ENDOPROTEASA EN LA INGESTA INVOLUNTARIA DE GLUTEN Y ASPECTOS CLÍNICOS DE LA VIDA REAL DE CELÍACOS TRATADOS A LARGO PLAZO

Modalidad: Resúmenes Científicos - G

Unidad Temática: a) GASTROENTEROLOGÍA 3. Intestino delgado 3.2. Enfermedad celíaca

GRIZZUTI, Martina Emilia(1) | SEGURA, Verónica(2) | STEFANOLO, Juan Pablo(1) | BARROSO, Abel(2) | COMINO MONTILLA, Isabel(2) | COSTA, Ana Florencia(1) | ESPINET, María Luján(1) | PUEBLA, Roberto(1) | TEMPRANO, María de La Paz(1) | NIVELONI, Sonia(1) | OREGUI, María Eugenia(1) | SMECUOL, Edgardo Gustavo(1) | VERDÚ, Elena(3) | SOUSA, Carolina(2) | BAI, Julio C. (1)

HOSPITAL DE GASTROENTEROLOGÍA DR. B. UDAONDO (1); FACULTAD DE FARMACIA, UNIVERSIDAD DE SEVILLA (2); MC MASTER UNIVERSITY (3)

Introducción: El único tratamiento para la enfermedad celíaca (EC) es la estricta adherencia a una dieta libre de gluten (DLG). En este contexto, se están investigando actualmente nuevas terapias adyuvantes. Se ha demostrado que la enzima proil-endoproteasa (AN-PEP) de *Aspergillus niger* degrada el gluten luminal en un modelo preclínico.

Objetivo/s: Explorar si la administración oral de AN-PEP puede afectar la exposición involuntaria al gluten y prevenir los síntomas en pacientes adultos con EC que se encontraban cumpliendo su DLG habitual en un contexto que imita el escenario de la vida real.

Material (pacientes) y métodos: ensayo exploratorio, doble ciego, aleatorizado y controlado con placebo que incluyó a pacientes con EC cumpliendo una DLG por más de dos años. Después de un período de pre-inclusión de cuatro semanas, los pacientes fueron aleatorizados a un tratamiento de 4 semanas con 2 cápsulas de AN-PEP en cada una de las 3 comidas/día o placebo. La cápsula de AN-PEP contenía 70 % de proteasa (325 mg), 30 % de maltodextrina y ácido cítrico (GliadinX, AVI Research, LLC, USA). Fueron investigados al inicio y al final del ensayo, los siguientes criterios de valoración: 1- Promedio semanal de péptidos inmunogénicos del gluten (GIP) en heces entre los períodos de inicio y tratamiento, así como entre AN-PEP y placebo; 2- Índice de síntomas celíacos (CSI) (> 38 puntos es indicativo de mayor nivel de síntomas), 3- Serología específica de EC (a-tTG IgA y a-DGP IgG). Los pacientes que retornaron + de 30% de las cápsulas al final del ensayo fueron excluidos del análisis por intención de tratar (IPT). Se recolectaron muestras de heces para la medición de GIP por ELISA (Biomedal S.L., Sevilla, España) todos los martes y viernes durante los períodos de pre-inclusión y tratamiento.

Resultados: 40 pacientes fueron aleatorizados al análisis de IPT. Tres pacientes (1 placebo y 2 AN-PEP) fueron excluidos por incumplimiento del protocolo. Globalmente, se obtuvieron 645 de 656 (98.1%) muestras de heces en el ensayo completo. El GIP fue indetectable (<0.08 µg/g) en 65.6% de las muestras sin diferencias entre ramas. Solamente el 0.5% de las muestras tuvo concentraciones aisladas de GIP en heces lo suficientemente altas (>0.32µg/g) como para generar daño de la mucosa intestinal. En comparación con el período inicial, la concentración media de GIP en el grupo AN-PEP fue un 44,7 % más baja después del tratamiento. Además, el 35,6 % de los pacientes en la rama que recibió AN-PEP con un GIP fecal promedio >0,180 µg/g tuvo un GIP fecal reducido (>50 % de las concentraciones iniciales) o no detectable después del tratamiento. El AN-PEP redujo significativamente la proporción de pacientes con un CSI >38 en comparación con el período de pre-inclusión para los análisis por intención de tratar y por protocolo (McNemar: p <0.03 para ambos análisis). El tratamiento con AN-PEP no produjo cambios significativos en la serología específica comparando con el placebo.

Conclusiones: Este estudio exploratorio conducido en el contexto de la vida real de los pacientes reveló que los pacientes enrolados exhibieron una alta adherencia a la DLG. Los pacientes tratados con AN-PEP y mayor excreción fecal de GIP redujeron la exposición mucosa al gluten respecto al período basal. Más aún, en la rama tratada con AN-PEP, observamos, por primera vez, una reducción significativa en el número de pacientes con mayor intensidad de síntomas.

PRESENTACIÓN ORAL

Código: 0228

LA DETECCIÓN CONCOMITANTE DE ANTICUERPOS ANTI-TRANSGLUTAMINASA IG-A (A-TTG IGA) Y DE ANTICUERPOS ANTI-PÉPTIDOS DEAMINADOS DE GLIADINA IG-G (A-DGP IGG) ES UNA EXCELENTE ESTRATEGIA PARA EL DIAGNÓSTICO SEROLÓGICO DE LA ENFERMEDAD CELÍACA. ESTUDIO MULTICÉNTRICO PROSPECTIVO BASADO EN BIOPSIA

Modalidad: Resúmenes Científicos - G

Unidad Temática: a) GASTROENTEROLOGÍA 3. Intestino delgado 3.2. Enfermedad celíaca

ZINGONE, Fabiana(1) | SMECUOL, Edgardo Gustavo(2) | MANIERO, Daria(1) | CARROCCIO, Antonio(3) | BIAGI, Federico(4) | STEFANOLO, Juan Pablo(2) | NIVELONI, Sonia Isabel(2) | NORMAN, Gary(5) | CIACCI, Carolina(6) | BAI, Julio C. (2)

UNIVERSITY OF PADUA (1); HOSPITAL DE GASTROENTEROLOGÍA DR. B. UDAONDO (2); UNIVERSITY OF PALERMO (3); IRCCS (4); WERFEN SAN DIEGO (5); UNIVERSITY OF SALERNO (6)

Introducción: La biopsia intestinal es estándar de oro para el diagnóstico de la enfermedad celíaca (EC). Diferentes estudios han propuesto el diagnóstico serológico basado en el uso secuencial de a-tTG IgA y autoanticuerpos antiendomysiales IgA. Sin embargo, sigue siendo difícil concluir sobre su idoneidad para el diagnóstico de EC sin biopsia confirmatoria.

Objetivo/s: Investigar el rendimiento de dos pruebas serológicas realizadas simultáneamente que identifican anticuerpos dirigidos a dos antígenos independientes (anti-tTG y anti-DGP), como un enfoque eficaz para el diagnóstico de EC.

Material (pacientes) y métodos: Este estudio prospectivo, multicéntrico y binacional incluyó una serie de pacientes consecutivos con una alta probabilidad de presentar EC entre 2018 y 2021, de cuatro centros italianos y uno argentino que fueron evaluados por serología y biopsia duodenal. La serología también fue analizada a ciegas por un laboratorio central (Werfen, San Diego, EE. UU.) para a-tTG IgA y para anticuerpos antipeptidos deamidados de gliadina IgG (a-DGP IgG) mediante ensayos Aptiva PMAT (Particle Multi-Analyte Technology) (Werfen, San Diego, CA). El diagnóstico de EC requirió la confirmación histológica considerando a pacientes con atrofia vellositaria Grado Marsh 3.

Resultados: Se incluyeron 187 pacientes (edad media: 39,2±13,7; 70,6% mujeres) entre los cuales 138 tuvieron diagnóstico histológico de EC y en 49 la enfermedad no pudo ser confirmada. La sensibilidad y la especificidad fueron ligeramente más altas para a-tTG IgA que para a-DGP IgG considerando el punto de corte del fabricante de 5 unidades (Tabla 1). La sensibilidad de esta determinación disminuyó a medida que se incrementó el valor límite superior normal (LSN), informado como el número de veces por encima del límite superior de lo normal [xLSN]), mientras que la especificidad aumentó en estas circunstancias. Las pruebas positivas de ambos anticuerpos fueron predictivas de EC en el 98,4 % de los pacientes en >1x LSN. Ocho pacientes con EC tuvieron concentraciones bajas de a-DGP IgG (<1x LSN) con a-tTG IgA y Marsh 3 positivos, mientras que un paciente con EC tuvo serología doblemente negativa. Por el contrario, dos sujetos sin EC fueron doblemente positivos por serología (Figura 1). Un caso con enteropatía Marsh 3 fue solamente positivo para a-DGP IgG. 61/138 (44,2 %) pacientes con EC tuvieron resultados doblemente positivos >10x LSN y un VPP del 100 %.

Conclusiones: La determinación simultánea de a-tTG IgA + a-DGP IgG podría evitar la biopsia duodenal en adultos. En los pacientes con serologías doblemente positivas a concentraciones >10x LSN, estos hallazgos fueron absolutamente predictivos de EC lo que indica que, este subgrupo de pacientes (44,2 %) podría omitir con seguridad el requisito de biopsia. Los casos con serología discordante deberían continuar sometidos a una biopsia intestinal.

PRESENTACIÓN ORAL

Código: 0114

INFLAMACIÓN DEL POUCH SIMIL CROHN (CDLPI, POR SUS SIGLAS EN INGLÉS "CROHN'S DISEASE LIKE POUCH INFLAMMATION"), EN POUCH ILEAL (IPAA) POR COLITIS ULCEROSA (CU) EN UN CENTRO DE REFERENCIA LATINO AMERICANO

Modalidad: Resúmenes Científicos - G

Unidad Temática: a) GASTROENTEROLOGÍA 4. Colon y recto 4.1. Enfermedad Inflamatoria intestinal

SAMBUELLI, Alicia | BALABAN, Ezequiel | TIRADO, Pablo Ricardo | NEGREIRA, Silvia Mónica | ROHWAIN, Maria Jose | CANDEL, Ivanna | HUERNOS, Sergio | GIL, Anibal Héctor

HOSPITAL DE GASTROENTEROLOGÍA DR. B. UDAONDO

Introducción: El IPAA en CU puede asociarse a diversas condiciones inflamatorias, pouchitis aguda, pouchitis crónica ATB-dependiente, ATB-refractaria, o a una inflamación del pouch simil Crohn (CDLPI), especialmente preocupante. La patogenia probablemente sea multifactorial y el medio ambiente puede desempeñar un papel. Si bien la CU es más frecuente en Lat. Am., la localización colónica localmente es muy frecuente en casuísticas de Crohn (Córdoba, Hosp. Udaondo, Uruguay), epidemiología que podría impactar en la evolución de estos pacientes. Además las complicaciones de CDLPI presentan una secuencia no bien caracterizada, y es relevante investigarla.

Objetivo/s: Describir las características clínicas y evolución de CDLPI en nuestra casuística.

Material (pacientes) y métodos: Coloproctología del Hosp. Udaondo fue pionero en IPAA en Argentina. Como Sección de EII clínica, revisamos la base de datos electrónica (pac. atendidos de En-1990 a Dic-2022) y archivos complementarios. Criterios diagnósticos de CDLPI: Shen B, Clin. Gastroenterol hepatol 2008, 6:145-58. Estudiamos en CDLPI: la prevalencia global, las diferentes complicaciones, la prevalencia de manif. extraintestinales (MEIs), los tratamientos requeridos y la falla del pouch. Se estimaron (Kaplan Meier) las probabilidades acumuladas de desarrollar las siguientes complicaciones "típicas" del "Behavior Montreal", en CDLPI: 1- Penetrante (B3), 2- Compl. perianales (CP), 3- Patrón Estenosante (B2) en asa aferente (E-a-AF) y las probabilidades acumuladas de requerir tratamiento biológico.

Resultados: Entre 437 pac. atendidos con IPAA por CU, detectamos 46 casos de CDLPI (prevalencia 10,5%), H=27(58,7%) / M=19, edad media±DE a la presentación de CDLPI 33,8±13,8 años, tiempos (años) = mediana (IQR), desde el IPAA 1,34 (2,9), de seguimiento 20,1 (10,9). Se observó patrón B3 en 16 casos (34,8%), CP en 20 (43,5%). Las probabilidades acumuladas a 1, 5, 10, 20 años para desarrollar patrón B3 fueron: 8,6%, 20,0%, 25,3%, 34,1% y para CP: 10,9%, 28,6%, 34,3%,

34,3%. Se documentaron fistulas pouch-vaginal, entero-o-pouch/cutáneas, pouch-vesical en 20 %, 11 % y 4 %, respectivamente. Los patrones antes mencionados fueron más frecuentes y tempranos que la Est-a-AF (patrón B2) en 9 (19,5%) pac., con probabilidades acumuladas de desarrollarla a los 10, 20, 25 años del 2,7%, 11,7%, 27,6%, precedidas en varios años por ileítis pre-pouch (patrón B1) detectada en 26 (56,52%) pac. con CDLPI. Las diferentes complicaciones se superpusieron en 23,9% de casos. Porcentaje de MEIs: 56,2%: articulares 37,5%, dermatológicas 10,9%, aftas/orales 6,5%, urológicas 6,5%, oftalmológicas 4,4 %, hepáticas 3,4 %, (las limitantes > : Artritis, P.gangrenoso, CEP). Falla del pouch (defuncionalización permanente=30%, excisión=13%). Modalidades de tratamiento: antibióticos frecuentes, esteroides (sistémicos-y-budesonida) especialmente en Est-a-AF + suboclusión (y posible dilatación/balón E.), IMM tiopurinas en 70%, Biológicos en 67,4% (principal=Anti-TNFs, >=2 biológicos: 11%); probabilidades acumuladas a 1, 5, 10, 20 años: 2,2%, 20,5%, 25,8%, 48,5%.

Conclusiones: CDLPI es una complicación del IPAA, con evolución potencialmente severa. La IPAA revolucionó la cirugía de la CU, pero se requiere una estrecha monitorización multidisciplinaria y nuevas investigaciones, para detectar y seguir a estos pacientes, con la esperanza de actuar proactivamente en el futuro.

PRESENTACIÓN ORAL

Código: 0256

CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS Y ENDOSCÓPICAS EN ADULTOS CON ESOFAGITIS EOSINOFÍLICA: UN ESTUDIO OBSERVACIONAL DE 14 AÑOS EN UN HOSPITAL DE LA CIUDAD AUTÓNOMA DE BUENOS AIRES

Modalidad: Resúmenes Científicos - G

Unidad Temática: a) GASTROENTEROLOGÍA 1. Esófago 1.4. Miscelánea

CONDE SERRA, Belén | NAVAR, Sofía | SMOLARCZUK, Astrid D. | PEREYRA, Lisandro | GOMEZ, Estanislao J. | BENTOLILA, Federico | PEDREIRA, Silvia Cecilia

Hospital Alemán de Buenos Aires

Introducción: La esofagitis eosinofílica (EoE) es una enfermedad crónica e inmuno-mediada del esófago que se caracteriza por la presencia de un número elevado de eosinófilos en la mucosa esofágica. Se manifiesta con síntomas como disfagia, dolor torácico y episodios de atascamiento. Su prevalencia e incidencia parecería estar en aumento a nivel global, variando según regiones geográficas y grupo étnicos analizados. Sin embargo existen pocos datos sobre esta patología en América Latina.

Objetivo/s: Evaluar la prevalencia de EoE en una población de pacientes adultos de un hospital de la comunidad de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Describir las características epidemiológicas, clínicas y endoscópicas de la EoE en la población estudiada.

Material (pacientes) y métodos: Se realizó un estudio observacional, descriptivo y analítico, de cohorte retrospectiva a partir de una base de datos obtenida de la historia clínica informatizada. Se incluyeron pacientes adultos (>= 18 años) que consultaron al Hospital Alemán de CABA entre mayo 2009 y marzo 2023, en los que se confirmó el diagnóstico histológico de EoE. Se estimó la prevalencia de EoE en pacientes a los que se les realizó una endoscopia alta por disfagia y atascamiento en el mismo período. Se utilizó una hoja de Excel ad hoc en la que se registraron datos epidemiológicos como edad y sexo, síntomas gastrointestinales asociados, antecedentes de enfermedad atópica, resultados de laboratorio como la presencia concomitante de eosinofilia periférica, y hallazgos endoscópicos de las videoendoscopías altas. También se describieron los tratamientos indicados en cada paciente.

Resultados: Se obtuvo información de 56 pacientes con diagnóstico histopatológico de EoE, de los cuales 48 eran pacientes adultos (>= 18 años). Durante el período analizado, se estimó una prevalencia del 0.02% en pacientes estudiados por disfagia o atascamiento. Un 91% eran hombres y la edad media al diagnóstico fue de 36 años. La mitad de los pacientes presentaban antecedentes de atopía, y de estos, la mayoría presentaban asma (66.6%). El 100% de los pacientes presentaba al menos un síntoma al momento del diagnóstico, siendo los más frecuentes disfagia (79%) y episodios de atascamiento (56%). En cuanto a los hallazgos endoscópicos, los surcos longitudinales y la traquealización fueron los más frecuentes estando presentes en un 37% y 33% de los estudios respectivamente. Sin embargo, un 29% de los pacientes no presentaban alteraciones endoscópicas. Se identificó al menos una indicación terapéutica en la mayoría de los pacientes (79%), de los cuales, el 100% recibió IBP como tratamiento de primera línea, y 4 pacientes, corticoides tópicos de forma concomitante (10.5%).

Conclusiones: En este estudio se observó una baja prevalencia de EoE en adultos estudiados por disfagia o atascamiento. Un porcentaje no despreciable de pacientes presentó estudios endoscópicos normales, por lo que resulta importante para llegar al diagnóstico tener una alta sospecha clínica en pacientes que presentan síntomas compatibles, especialmente si se acompañan de antecedentes de atopía.

PRESENTACIÓN ORAL

Código: 0022

TENDENCIA TEMPORAL DE LAS TASAS DE MORTALIDAD POR CÁNCER COLORRECTAL EN ARGENTINA, 1997-2020. ¿ES MOMENTO DE BAJAR LA EDAD DE INICIO DE CRIBADO DE ESTA ENFERMEDAD?

Modalidad: Resúmenes Científicos - G

Unidad Temática: a) GASTROENTEROLOGÍA 4. Colon y recto 4.2. Neoplasia

ANTELO, Marina (1) | GOLUBICKI, Mariano(2) | ALAZRAQUI, Marcio(3)

ISCO, UNLA, CONICET; HOSPITAL DE GASTROENTEROLOGÍA DR. B. UDAONDO (1); HOSPITAL DE GASTROENTEROLOGÍA DR. B. UDAONDO (2); ISCO, UNLA (3)

Introducción: Las tasas de incidencia del cáncer colorectal (CCR) y su respectiva mortalidad han aumentado en adultos jóvenes menores a 50 años (<50^a) en varios países del mundo desde mediados de los años '90, motivo por el cual las guías norteamericanas recomiendan desde el 2021 iniciar su cribado a partir de los 45^a en la población general. En 6/2022, el Programa Nacional de Prevención y Detección Temprana de CCR del INC publicó una Guía de Práctica Clínica con recomendaciones para el tamizaje organizado del CCR en población de riesgo promedio en Argentina, en la cual sugirió no realizar cribado programático de CCR en población de 45-49^a.

Objetivos: Describir la tendencia temporal (TT) de las tasas de mortalidad por CCR (TM CCR) por edad y sexo en Argentina durante el período 1997-2020, según grupos de edad: 20-54^a, 55-74^a, y >=75^a. Comparar las TM CCR en individuos 20-54^a versus >=55^a de edad durante ese período.

Material (pacientes) y métodos: Realizamos un estudio descriptivo de la TT de las TM CCR por edad y sexo en Argentina en el período 1997-2020. Utilizando registros de defunciones y estimaciones de población, construimos las TT de las TM. Primero analizamos las TM CCR cada 100.000 habitantes (CCH) en individuos 20-54^a, en individuos 55-74^a, y en individuos >=75^a, y su evolución en el período. Luego analizamos las TM CCR en individuos 20-54^a según sexo y grupos de edad en decenios, y por último, comparamos las TM CCR en individuos 20-54^a vs. >=55^a mediante una razón de tasas.

Resultados: Las TM CCR durante 1997-2020 en individuos 20-54^a aumentaron en forma constante, virando de 3,16 en 1997 a 3,95 CCH en 2020, con un aumento de la variación porcentual (VP) del 25% en el período. Al analizarlos por decenio y por sexo, el mayor aumento de las TM CCR se observó en mujeres y en hombres de 30-39^a (VP positiva del 72% y del 58%, respectivamente). En individuos entre 55-74^a se observó una muy leve disminución de las TM CCR CCH entre 1997 y 2020: de 46,11 a 45,25, con una VP negativa del 1,86%, y en aquellos >=75^a se observó una disminución más acentuada: de 154,72 a 128,01, con una VP negativa del 17%. Por último, al comparar la evolución en el tiempo de las TM CCR en individuos >55^a vs. 20-54^a, observamos que la razón de tasas descendió de 20,81 en 1997 a 15,01 en 2020, evidenciando así que las TM CCR en individuos 20-54^a aumentó un 27,87% en comparación con las TM CCR en individuos >=55^a en los últimos 24 años.

Conclusiones: El aumento de las TM CCR en individuos jóvenes en Argentina durante los últimos casi 25 años subraya la necesidad imperiosa de detectar la enfermedad en estadios tempranos. A pesar de que bajar la edad de inicio de cribado en nuestro país podría colaborar en este objetivo, generaría una enorme carga para el sistema de salud y aumentaría la disparidad actual; además, individuos <45^a (en quienes se vieron los mayores aumentos) quedarían por fuera de estas guías. Por lo tanto, creemos que además de discutir cual es la edad ideal para iniciar el cribado, debemos educar a la población general y a la comunidad médica sobre los síntomas de bandera roja para el CCR en jóvenes, y sobre la importancia de conocer los antecedentes familiares de cáncer. Así, podremos generar estrategias personalizadas más costo-efectivas para identificar aquellos individuos <50^a que deberían estudiarse antes de la edad indicada por nuestras guías.

PRESENTACIÓN ORAL

Código: 0055

SÍNDROME DE RUMIACIÓN Y REFLUJO GASTROESOFÁGICO: IMPORTA DIFERENCIARLOS

Modalidad: Resúmenes Científicos - G

Unidad Temática: a) GASTROENTEROLOGÍA 10. Neurogastroenterología 10.4. Miscelánea

MARCENO, Florencia Agustina | BOGA, Norberto Alfredo | DITARANTO, Andrés | VARELA, Amanda | AGOTEGARAY, Joaquín | DI YELSI, Sergio | BILDER, Claudio Rubén

HOSPITAL UNIVERSITARIO FUNDACION FAVALORO

Introducción: El Síndrome de rumiación (SR) es un trastorno funcional esófago gastroduodenal definido por ROMA IV como regurgitación de alimento ingerido a la boca que puede ser expulsado o nuevamente masticado y deglutido. Es un hábito adquirido que afecta la calidad de vida. Es más frecuente en niños y adolescentes. El diagnóstico diferencial con reflujo gastroesofágico (RGE) persistente conlleva cierta dificultad con retrasos diagnósticos y tratamientos inefectivos.

Objetivos: Objetivo primario: Describir el aporte de la manometría de alta resolución esofágica en pacientes con sospecha de Síndrome de Rumiación y su relación con la clínica. Objetivo secundario: Evaluar la utilidad del score de rumiación mediante pHmetría e impedanciometría en pacientes con sospecha de Síndrome de Rumiación y reflujo gastroesofágico persistente.

Material (pacientes) y métodos: Análisis retrospectivo (2017- 2022) de 20 registros

de manometría de alta resolución esofágica (MARE) de pacientes con criterios clínicos de SR. La MARE se realizó según protocolo de la Clasificación de Chicago v4.0. El período basal se continuó con período intraprandial y postprandial, de 15 y 30 minutos respectivamente (protocolo de rumiación). Se utilizó un catéter de 36 sensores de estado sólido y 12 sensores de impedancia Medtronic®, o, un catéter de 24 canales de perfusión de alta resolución ALACER®. Se determinaron variables usuales de la MARE y ondas "R" en cada período del trazado. La presencia de ondas "R" confirma el diagnóstico de SR. Onda "R" es un aumento abrupto de presión, que se inscribe en una isobara de 30 mmHg, desde topografía gastro-duodenal a esófago proximal. No debe coincidir con movimientos corporales que incrementen la presión tóraco-abdominal. A un subgrupo de pacientes (n=12, 60%) se le realizó pHmetría e impedanciometría (pHz) (Medtronic Digitrapp) durante 20 a 24hs, sin protección gástrica y con la técnica habitual. Además de la lectura estándar de las variables de RGE (tiempo de exposición ácida patológica (AET%), para el score de rumiación se evaluó el reflujo GE no ácido postprandial (RGE NA) (valor de corte: mayor a 3 episodios/hora) y el índice de síntomas de reflujo (IS%) (valor de corte: mayor a 60%). Cada ítem tiene un valor de 1 y la rumiación se considera con un valor >=1.

Resultados: 20 pacientes con sospecha clínica de SR: 11 hombres (55 %) y 9 mujeres (45%). Mediana de edad: 17 años (16 - 76). Siete tratados por sospecha clínica de reflujo (regurgitación y pirosis), con respuesta parcial al tratamiento (35%), dos con "vómitos" (10%) y uno eructos. MARE: n=20. Cinco pacientes con EEL hipotensivo y tres peristalsis inefectiva. El resto fueron normales. En todos se registraron ondas "R". Número total= 236 ondas "R", 34 durante y 202 posteriores a la ingesta (85%, p<0.0001). Tiempo promedio de presentación postingesta: 16.5 minutos. Se empleó el "Test de proporciones a una cola" (cola derecha (p<0.05=significativa). Ph/Impedancia: n=12. La media de AET fue de 8.38% y la media del Score de Rumiación: 1. Este surge de un valor promedio de RGE NA de 3,00 (1 punto) y de IS de 34,27% (0 puntos). En 8 de 12 pacientes el score de rumiación resultó positivo (>=1) (4 con RGE NA > a 3 episodios/hora, 2 con RGE NA > 3 episodios/hora más IS > a 60% y 2 con IS > a 60%).

Conclusiones: Los criterios clínicos de SR y la MARE, con su valor confirmatorio, poseen una elevada concordancia diagnóstica. Identificar y distinguir la asociación (ó la ausencia de ella) entre SR y RGE tiene un claro impacto sobre las decisiones terapéuticas apropiadas. El score de rumiación puede considerarse una contribución de valor al diagnóstico de SR en pacientes con RGE persistente.

PRESENTACIÓN ORAL

Código: 0139

CALPROTECTINA FECAL EN PACIENTES CON ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL EN REMISIÓN PROFUNDA CON PÓLIPOS POST INFLAMATORIOS

Modalidad: Resúmenes Científicos - G

Unidad Temática: a) GASTROENTEROLOGÍA 4. Colon y recto 4.1. Enfermedad Inflamatoria intestinal

AVNAIM, Lucila Belén | ETCHEVERS, María | GONZALEZ, María Laura | SOBREGRO, María Josefina | SÁNCHEZ, Belén | DE PAULA, Juan | MULINARIS, Ana Belén | MARTÍNEZ ELHELOU, Solange | MANDUCA, Pamela | MARCOLONGO, Mariano
HOSPITAL ITALIANO DE BUENOS AIRES

Introducción: El objetivo terapéutico en la enfermedad inflamatoria intestinal (EII) es alcanzar la remisión profunda (clínica, endoscópica e histológica), sin embargo es posible detectar pólipos post inflamatorios (PPI) como secuela cicatrizal sin que esto signifique enfermedad activa. La calprotectina fecal (CF) es un indicador útil y no invasivo de actividad en la EII. Existen otras entidades que elevan la CF, como el uso de antiinflamatorios, antibióticos, inhibidores de la bomba de protones, infecciones entéricas, presencia de pólipos y otros. Poco se sabe respecto a la utilidad de la CF como predictor de actividad en pacientes con EII en remisión y PPI.

Objetivos: Describir los valores de CF en pacientes con EII en remisión profunda con PPI.

Material (pacientes) y métodos: Estudio descriptivo transversal de pacientes con EII incluidos en el registro institucional de un centro de tercer nivel. Se seleccionaron pacientes con colonoscopia realizada en el año 2021 sin evidencia de actividad histológica con PPI y dosaje de CF dentro de los tres meses previos y posteriores al estudio endoscópico. En todos los casos se descartaron otras causas de CF elevada. De acuerdo a lo publicado se consideró CF <100 µg/g enfermedad inactiva, entre 100-250 µg/g indeterminada y >250 µg/g enfermedad activa.

Resultados: Se detectaron ocho casos que cumplieron los criterios de inclusión. En cinco casos (62.5%) el valor de CF fue < 100 correlacionando con la remisión profunda a pesar de la presencia de PPI. En tres casos (37,5%) la CF fue elevada a pesar de la remisión endoscópica e histológica sin que exista otra causa detectada que lo explique más allá de la presencia de PPIs.

Conclusiones: En nuestra serie de casos un tercio de los pacientes presentaron CF elevada en contexto de remisión profunda y PPI habiéndose descartado otros motivos que justifiquen su aumento. Por otro lado, no existen escalas para cuantificar la implicancia de la presencia de PPI por lo que no es posible determinar la utilidad de la CF ante la presencia de los mismos como indicador de remisión profunda. Considerando que la presencia de PPI podría elevar la CF por mecanismos aún desconocidos se requieren estudios prospectivos que contribuyan a determinar el valor de la misma en este escenario.

PRESENTACIÓN ORAL

Código: 0019

VALOR DEL ESTÍMULO CON OCTREOTIDE DURANTE MANOMETRÍAS PROLONGADAS EN UNA SERIE DE PACIENTES CON PSEUDOOBSTRUCCIÓN INTESTINAL CRÓNICA

Modalidad: Resúmenes Científicos - G

Unidad Temática: a) GASTROENTEROLOGÍA 10. Neurogastroenterología 10.4. Miscelánea

DITARANTO, Andrés | AGOTEGARAY, Joaquín | VARELA, Amanda | RUMBO, Carolina | SOLAR MUÑOZ, Hector | MAURIÑO, Eduardo | KLIN, Pablo | GONDOLESI, Gabriel | NACHMAN, Fabio Damián | BILDER, Claudio Rubén

HOSPITAL UNIVERSITARIO FUNDACION FAVALORO

Introducción: El intestino delgado, sitio donde ocurren los procesos de digestión y de absorción de nutrientes, es el órgano más afectado en los pacientes portadores de pseudoobstrucción intestinal crónica [POIC]. La coordinación entre la actividad motora gastrointestinal y la secreción de agua, electrolitos, bilis y enzimas, resulta crucial para que aquella función se cumpla normalmente. La fase III del ciclo motor inter-digestivo, es un programa que reside en el sistema nervioso entérico y recibe influencias que modulan su acción: SNC, el sistema nervioso extrínseco, neurotransmisores y distintas hormonas. A nivel del intestino delgado, la somatostatina, es capaz de inducir una fase III-simil que excluye al estómago. Estudiar el efecto del octreotide, análogo de la somatostatina, en una serie de pacientes POIC, de diferentes causas y fenotipos, puede contribuir al conocimiento de ésta heterogénea entidad.

Objetivos: Evaluar el comportamiento de la actividad motora gastro-intestinal en condiciones basales y después de un estímulo con octreotide en una serie de pacientes con sospecha de POIC.

Material (pacientes) y métodos: Se realizó un análisis retrospectivo observacional de 17 pacientes derivados con sospecha de POIC. Todos cumplieron los criterios establecidos en el "Consenso del American Neurogastroenterology and Motility Society". Se realizó manometría antra duodeno yeyunal (MADY) con las normas y guías del Consenso citado. MADY: realizada con sistema de perfusión, con sonda de 24 (veinticuatro) catéteres. Se analizaron dos variables de la actividad motora en duodeno y yeyuno: -1 velocidad de propagación [VP] de la fase III y, -2- índice de motilidad de fase III (IM) (máxima amplitud x número de contracciones de la fase III); y esas variables se compararon en: condición basal y en respuesta al octreotide (50 mcg subcutáneo (SC)).

Resultados: Edad media 42 años (28 - 59), índice de masa corporal de 22,6 (16 - 27). 14 mujeres (82%). 1 paciente no toleró el catéter y fue excluido. Intolerancia alimentaria y vómitos (12 pacientes - 70%) fueron causas más frecuentes de admisión. Síntomas inespecíficos "dispepsia" en 5 pacientes y 4 constipación; 3 diagnóstico de diabetes tipo I, una hipotiroidismo y otra esclerosis sistémica progresiva. Siete con antecedentes quirúrgicos: 3 colecistectomías y 2 colectomías totales, una con laparotomías exploratorias "por bridas". Análisis trazados: duración promedio de registros fue 20hs38min, período basal promedio 9 horas, sucedido de ingesta de 30 min, el patrón de ingesta-post-ingesta retornó al patrón basal, con una duración media de 3hs33min; 4 pacientes no hicieron el cambio al patrón ingesta y 1 no toleró el estímulo alimentario (fenotipo neuropático). N total: 16, - 11 pacientes (68%) mostraron signos de daño neuropático y - 1 signos miopáticos. 8 (50%) asociaron hipomotilidad antral y 4 tuvieron registros normales. En todos, la respuesta al octreotide se documentó antes de los 5 minutos de finalizada la aplicación SC. La VP basal promedio 4 cm/min, y bajo el estímulo con octreotide fue 12 cm/min (< p 0,006). El IM también tuvo diferencias significativas (913 vs. 2595), el valor elevado correspondió a octreotide, el valor inferior al período basal (< p 0,001), test Wilcoxon.

Conclusiones: En todos los pacientes, independientemente del origen y fenotipo de la POIC, se obtuvo una fase III-simil que propagó desde duodeno a yeyuno. Las fases III-simil fueron uniformemente inmediatas, significativamente más veloces y más vigorosas que las fases III/s basales. Por su naturaleza, este hallazgo puede interpretarse como la expresión de una capacidad de reserva funcional contráctil (motora) del intestino delgado.

PRESENTACIÓN ORAL

Código: 0145

REGISTRO ARGENTINO HELICOBACTER PYLORI: EFECTIVIDAD DE LAS TERAPIAS DE PRIMERA LÍNEA

Modalidad: Resúmenes Científicos - G

Unidad Temática: a) GASTROENTEROLOGÍA 2. Estómago - duodeno 2.1. Helicobacter pylori

LAUDANNO, Oscar Miguel Oreste (1) | AHUMARÁN, Gabriel(2) | THOME, Marcelo(3) | ADAMI, Paola Andrea(4) | BEDINI, Oscar Alfredo(5) | USTARES, Fernando(6) | FILO, Gladys(1) | GOLLO, Pablo(2) | RODRIGUEZ, Pablo(7) | AHUALLI, Julián Gastón(8) | ASTUTTI, Bruno Alberto(4) | DULCICH, Florencia(9) | FERNÁNDEZ, Guillermo Rubén(10) | PUCCI, Betiana(1)

INSTITUTO DE INVESTIGACIONES MÉDICAS ALFREDO LANARI (1); HOSPITAL BOCALANDRO (2); HOSPITAL ESCUELA EVA PERON (3); INSTITUTO MODELO QUILMES (4); CENTRO DE ENDOSCOPIA DIGESTIVA DE ROSARIO (CE-

DIR) (5); SANATORIO LAVALLE (6); INSTITUTO MODELO DE CARDIOLOGIA DE CORDOBA (7); CLINICA MONTE GRANDE (8); HOSPITAL DE GASTROENTEROLOGÍA DR. B. UDAONDO (9); GAHEEND (10); HOSPITAL BRITÁNICO DE BUENOS AIRES (11)

Introducción: La infección por Helicobacter pylori (H pylori) afecta al 50% de la población Argentina. Es la principal causa de úlcera gastroduodenal y cáncer gástrico (carcinógeno Tipo I). La efectividad de los tratamientos dependen principalmente de la adherencia a los mismos y de la resistencia local a los antibióticos prescriptos para su erradicación. Conocer los datos locales de la efectividad de los tratamientos permite no solo mejorar su erradicación sino también contribuir a la implementación de un programa de optimización de antibióticos para reducir la resistencia antimicrobiana.

Objetivo/s: Evaluar la efectividad de las terapias de primera línea de erradicación H pylori en Argentina donde la prescripción habitual es empírica.

Material (pacientes) y métodos: Se analizaron los datos de los pacientes incluidos en el Registro Argentino para el manejo de la infección H pylori (Hp-ArReg) de Mayo 2021 a Junio 2023. El Registro es prospectivo, descriptivo, de no intervención de la práctica clínica de los Gastroenterólogos argentinos en el manejo habitual de la infección H pylori. Todos los datos se encuentran recolectados en una base de datos diseñada para ello. Las variables que se incluyen son los datos demográficos de los pacientes, indicación de erradicación, intentos de erradicación previos, tratamiento prescripto, resultados del tratamiento de erradicación, adherencia al tratamiento y eventos adversos. Todos los centros participantes están aprobados por los Comité de Docencia e Investigación Institucionales.

Resultados: Se analizaron los datos de 14 Centros de Argentina, distribuidos en 5 Provincias de los cuales 614 pacientes recibieron tratamientos de primera línea (Naïve). Los tratamientos empíricos más prescriptos fueron el cuádruple con bismuto (n=214, 34.8%), cuádruple concomitante (n=141, 22.9%), triple clásica (n=109, 17.7%), triple con levofloxacina (n=77, 12.5%), secuencial con Zinc (n=39, 6.3%), triple con metronidazol (n=20, 3.2%), Dual (n=14, 2.2%). La efectividad de los tratamientos se muestra en la Tabla I. Los esquemas cuádruples con o sin bismuto y con Zinc alcanzaron tasas de erradicación mayor al 90% con una diferencia significativa con las terapias triples (P < 0.05). La tasa de eventos adversos fueron muy similares entre los esquemas, del 25-30%.

Conclusiones: Las terapias empíricas cuádruples con o sin bismuto tienen tasas de erradicación > 90% en Argentina alcanzando las metas propuestas por los distintos consensos internacionales. La terapia basada en Zinc muestra resultados promisorios.

PRESENTACIÓN ORAL

Código: 0232

RÉBITO DIAGNÓSTICO CON EL USO DE LA CÁPSULA ENDOSCÓPICA EN EL MANEJO DE PACIENTES PEDIÁTRICOS CON ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL

Modalidad: Resúmenes Científicos - G

Unidad Temática: a) GASTROENTEROLOGÍA 4. Colon y recto 4.1. Enfermedad Inflamatoria intestinal

TENEMBAUM, Paula | KULAY, Katia | BUSONI, Verónica | ARCUCCI, M. Soledad | GALLO, M. Julieta | ORSI, Marina

HOSPITAL ITALIANO DE BUENOS AIRES

Introducción: La cápsula endoscópica (CE) es una herramienta de utilidad para el manejo de pacientes con Enfermedad Inflamatoria Intestinal (EII). A través de la evaluación del intestino medio, permite reclasificar y/o realizar cambios en estrategias terapéuticas. A la fecha son escasas las publicaciones que evalúan el rendimiento diagnóstico de la CE en la EII pediátrica.

Objetivo/s: Analizar los hallazgos observados en pacientes pediátricos en quienes se realizó CE al debut y en aquellos con diagnóstico confirmado para evaluar respuesta al tratamiento.

Material (pacientes) y métodos: Estudio retrospectivo, descriptivo y observacional mediante la revisión de historias clínicas de pacientes de 2-18 años con diagnóstico confirmado o al debut de EII en quienes se realizó CE con dispositivo PillCam™ SB3 entre 2019 y 2023 en un Hospital Universitario. Se describe la población estudiada, la indicación y vía de colocación de la CE, los resultados y cambios de estrategias terapéuticas.

Resultados: Se realizaron 56 CE en 48 pacientes (53% de sexo femenino), con una mediana de edad de 13,05 años (r 2,7-18,3). En 22 pacientes se realizó al debut y en 35 con EII establecida para control post tratamiento, de los cuales 16 eran Colitis Ulcerosa y 23 Enfermedad de Crohn (EC). En 35/56 (61%) la CE fue ingerida por vía oral. La colocación fue endoscópica en el 39% restante, con una edad mediana 8,1 (r 2,7-18,1). En 27/56 procedimientos (47%) se observaron úlceras (múltiples, algunas profundas, otras de tipo aftoides cubiertas por fibrina) en intestino medio de las cuales 8/27 (29%) fueron en yeyuno, 9/27 (33%) en íleon y en 10/27 (37%) en yeyuno-íleon. En 26/56 se encontraron hallazgos inespecíficos como edema y microulceraciones aisladas. El estudio fue completo en 54/56 procedimientos, presentando en 2/56 pacientes (3.5%) retención de la CE, requiriendo en ambos casos de uso de corticoides y finalmente resección por endoscopia para eliminación de la misma. A partir de la realización de la CE en los pacientes con el diagnóstico ya

establecido, 6/35 (17,1%) se reclasificaron a EC y en 14/35 (40%) se modificó la estrategia terapéutica (optimización del tratamiento en 3/35 (8,5%), cambio de anti-TNF en 4/35 (11,4%) y de diana terapéutica en 2/35 (5,7%) e inicio de tratamiento biológico en 5/35 (14,3%).

Conclusiones: En esta cohorte pediátrica el uso de CE resultó de gran rédito impactando en el manejo clínico de estos pacientes. Nuestra experiencia nos permite recomendar y estimular el uso de esta herramienta no invasiva en la edad pediátrica por la gran información brindada con baja tasa de complicaciones.

PRESENTACIÓN ORAL

Código: 0258

REVALUACIÓN DE LA PRECISION DE CHATGPT EN ASISTENCIA A MÉDICOS PARA PREVENCIÓN DE CÁNCER COLORRECTAL (CCR): COMPARACIÓN CON ESPECIALISTAS Y USO DE LA HERRAMIENTA CAPTYVA

Modalidad: Resúmenes Científicos - G

Unidad Temática: a) GASTROENTEROLOGÍA 4. Colon y recto 4.2. Neoplasia

STEINBERG, Leandro(1) | PEREYRA, Lisandro(2) | JUAN, Lasa (3)

Hospital Durand (1); Hospital Alemán de Buenos Aires (2); CEMIC (3)

Introducción: La adherencia y conocimiento de los médicos sobre pautas de detección y vigilancia del CCR aún no son óptimos. La creciente cantidad de información científica hace compleja la toma de decisiones para los médicos en este tema. Las herramientas de Procesamiento del Lenguaje Natural (NLP), como chatGPT, podrían ayudar a los médicos a tomar decisiones oportunas mejorando la calidad y eficiencia general de la atención médica.

Objetivos: Evaluar la performance de ChatGPT en asistir a los médicos en resolver situaciones clínicas de pesquisa y vigilancia de cáncer de colon y compararlo con la de médicos especialistas con y sin la utilización de la herramienta Captyva.

Material (pacientes) y métodos: Se construyeron 10 escenarios clínicos relacionados con la indicación de estudios de prevención de CCR (5 de pesquisa y 5 de vigilancia postpolipectomía). El desenlace primario fue la precisión de las respuestas (porcentaje de respuestas correctas) en cada uno de los 3 grupos evaluados. Las respuestas correctas fueron discutidas y definidas por un board de expertos gastroenterólogos y Endoscopistas basándose en las guías locales del INC. En el primer grupo, ChatGPT, un médico gastroenterólogo con experiencia en ChatGPT ingresó todos los escenarios clínicos de pesquisa y vigilancia en el NLP ChatGPT y se recogieron las recomendaciones emitidas. En el segundo grupo, el grupo médico, se invitó a especialistas en Gastroenterología y Endoscopia a participar enviándoles por vía mail los escenarios clínicos y solicitándoles que los resuelvan con su conocimiento habitual. En el tercero, Captyva, se invitó también a especialistas a resolver los escenarios invitándolos a utilizar la aplicación Captyva. Se aplicó una metodología estadística que incluyó un análisis de promedios y una prueba de hipótesis utilizando ANOVA para comparar los resultados entre los grupos.

Resultados: Un médico especialista participó en el grupo ChatGPT, 123 especialistas aceptaron y participaron en el grupo médico y un total de 115 en el grupo Captyva. No encontramos diferencias significativas entre ambos grupos en relación a edad, años y tipo de especialidad y ámbito laboral. El grupo Chat GPT resolvió correctamente 6 de las 10 preguntas planteadas. La performance del grupo médico fue similar a la de chatGPT con un promedio de 5.6 preguntas correctas (p NS vs chat GPT). El grupo Captyva presentó la mejor performance de los 3 grupos con un total de 7.7 respuestas correctas, que fue significativamente mejor que el grupo ChatGPT y que el grupo médico (< p 0.001).

Conclusiones: La performance de ChatGPT en resolver escenarios de pesquisa de cáncer de colon es similar a la de los médicos especialistas, pero aún es subóptima. La performance más alta se obtuvo en los especialistas que utilizaron la herramienta Captyva.

TRABAJOS DISTINGUIDOS

Código: 0035

¿ES LA EVALUACION ANTROPOMÉTRICA UN INDICADOR ESENCIAL DE SOSPECHA AL MOMENTO DEL DIAGNÓSTICO DE LA ENFERMEDAD CELIACA?

Modalidad: Resúmenes Científicos - G

Unidad Temática: a) GASTROENTEROLOGÍA 3. Intestino delgado 3.2. Enfermedad celiaca

MAYORGA, Denisse | RIBOT, Maria Candela | PLANTE, Verónica | BOGGIO MARZET, Christian

HOSPITAL PIROVANO

Introducción: La enfermedad celiaca (EC), es una patología autoinmune mediada por linfocitos T en individuos genéticamente predispuestos, que origina un daño mucoso por la ingesta de gluten y otras prolaminas tóxicas, revirtiendo con la supresión del mismo y recayendo con la reintroducción. Las manifestaciones clínicas son heterogéneas siendo el estado nutricional un factor importante en la evaluación. La presencia de normopeso se ha detectado en varios estudios poblacionales, siendo

este un factor no vinculante directamente para la sospecha de EC. La detección temprana de la enfermedad, sumado a un menor grado de atrofia vellositaria o la presencia de atrofia en parches podría ser condicionantes para esta observación. **Objetivo/s:** Describir el estado nutricional al momento del diagnóstico de los niños con EC, así como sus características sociodemográficas.

Material (pacientes) y métodos: Estudio observacional, retrospectivo transversal y descriptivo. Muestra consecutiva de 70 niños de ambos sexos, de 1 a 18 años con diagnóstico de EC, atendidos en un Centro Gastroenterológico de la Ciudad de Buenos Aires. Periodo de tiempo: 1/1/2010 al 31/12/2019. Las variables de peso, talla e IMC, fueron evaluadas según tablas de crecimiento de las guías SAP. Las medidas de asociación y significancia estadística se realizaron por Chi 2 y Test exacto de Fisher.

Resultados: Muestra analizada: 70 pacientes. Sexo: 51,4% mujeres, 48,6 % hombres. Edad x: 8,45 ± SD 3,68 años (Rango: 2,55-17,8). El 74,3% de los pacientes presentaron normo peso al momento del diagnóstico de EC, peso bajo (10%), sobrepeso (6%) y obesidad (5%). Las medias nutricionales al momento del diagnóstico fueron: Peso 27,52 ± SD 12 kg (rango 24,65-30,38), Talla 125,97 ± SD 21,13 cm (rango 120,93-131) e IMC 16,83 ± SD 2,97 (rango 16,12- 17,53). Los hombres presentaron el 8,57% peso elevado y mujeres 7,14%. Los hombres registraron un mayor incremento de peso Fisher p = 0,23 no estadísticamente significativo. No se registró asociación de sexo con peso chi2 1.07 valores no estadísticamente significativo p=0.29.

Conclusiones: Las alteraciones antropométricas no parecerían ser un factor condicionante en el diagnóstico de EC en la población estudiada dado que el 74,3% presentaron IMC normal, sin embargo, es importante continuar con dicha evaluación ya que los estados de exceso o déficit nutricional pueden estar presentes en estos pacientes.

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.

TRABAJOS DISTINGUIDOS

Código: 0111

USO DEL PANEL MOLECULAR FECAL EN PACIENTES INTERNADOS CON DIARREA. EXPERIENCIA EN CENTRO DE TERCER NIVEL

Modalidad: Resúmenes Científicos - G

Unidad Temática: a) GASTROENTEROLOGÍA 7. Enfermedades infecciosas 7.4. Miscelánea

CIMMINO, Nicolás | ETCHEVERS, Maria | SMUD, Astrid | ANDRADE PINO, Yollett Patricia | GONZALEZ, Maria Laura | MARCOLONGO, Mariano

HOSPITAL ITALIANO DE BUENOS AIRES

Introducción: Las técnicas convencionales y escalonadas de diagnóstico etiológico en pacientes con diarrea (cultivo, microscopía o detección de antígenos) son laboriosas y requieren mucho tiempo. Existen pruebas moleculares rápidas y sensibles capaces de detectar de manera simultánea material genético de múltiples patógenos (panel gastrointestinal de 22 microorganismos). Si bien existen recomendaciones para su indicación especialmente en pacientes internados, su uso aún no está ampliamente difundido.

Objetivo/s: Describir los resultados obtenidos de la Reacción en cadena de la polimerasa (PCR) multiplex en pacientes adultos internados con diarrea. Analizar las conductas médicas posteriormente tomadas y describir el uso de la endoscopia en el camino diagnóstico de estos pacientes.

Material (pacientes) y métodos: Se realizó un estudio de corte transversal que incluyó una muestra consecutiva de adultos internados en un centro de tercer nivel entre el 01/01/2020 hasta el 01/05/2023 que presentaron diarrea y requirieron uso de técnicas moleculares en materia fecal. Se incluyeron pacientes inmunocomprometidos con diarrea y pacientes inmunocompetentes con diarrea prolongada y/o estudios convencionales negativos. Los datos fueron recabados de la historia clínica electrónica.

Resultados: Se incluyeron 79 muestras de 73 pacientes. El 43% eran mujeres y la mediana de edad fue de 53 años (RIC 32-65). La diarrea se presentó en forma aguda en el 64,5% (n=51) de los casos. En el 52% (n=41) se detectó algún microorganismo por PCR y de ellos el 97,6% (n=40) tenían al menos una técnica convencional negativa. Los principales patógenos fueron Clostridium Difficile (n=13), Escherichia coli enteropatogénica (n=11), Norovirus (n=11) y Campylobacter (n=8). El 75% (n=59) de las muestras correspondían a pacientes inmunosuprimidos (IS) y los positivos en ellos fue del 47% (n=28). Los motivos principales de IS fueron trasplante de órgano sólido (n=24) y trasplante de médula ósea (n=14). En los inmunocompetentes la positividad fue del 65% (n=13). La prueba contribuyó en un cambio de conducta terapéutica en el 58% (n=46) de los pacientes. El 42% (16/38) de los pacientes con resultado negativo continuaron su estudio con colonoscopia y biopsias, de ellos 87,5% (14/16) tuvieron hallazgos patológicos: enfermedad injerto contra huésped (n=5), enfermedad inflamatoria intestinal (n=4), colitis microscópica (n=3) y citomegalovirus (n=2).

Conclusiones: Las técnicas moleculares en materia fecal contribuyeron al diagnóstico y cambio de conducta médica en forma significativa independientemente del estado inmunológico en pacientes internados con diarrea. Este método permite un diagnóstico rápido y certero, sin embargo debido al costo de la técnica, el desafío radica en establecer predictores que determinen la población que se beneficiaría con este estudio en primera instancia.

TRABAJOS DISTINGUIDOS

Código: 0196**INCIDENCIA Y PREVALENCIA DE LAS ENFERMEDADES INFLAMATORIAS INTESTINALES EN UNA POBLACION ARGENTINA ESTIMADAS POR METODOLOGIA DE CAPTURA-RECAPTURA***Modalidad: Resúmenes Científicos - G**Unidad Temática: a) GASTROENTEROLOGÍA 4. Colon y recto 4.1. Enfermedad Inflamatoria Intestinal**LASA, Juan(1) | PARKS, María Laura (2) | ZUBIAURRE, Ignacio(2) | OLIVERA, Pablo(3)***CEMIC (1); HOSPITAL BRITÁNICO DE BUENOS AIRES (2); ZANE COHEN CENTRE FOR DIGESTIVE DISEASES, LUNENFELD-TANENBAUM RESEARCH INSTITUTE, SINAI HEALTH SYST (3)****Introducción:** La incidencia y prevalencia de las enfermedades inflamatorias intestinales presentan una dinámica heterogénea entre países. Existe evidencia a nivel de América del Sur que sugiere un incremento en ambas sostenido en los últimos años. Existe poca evidencia a nivel local.**Objetivos:** Describir la incidencia y prevalencia de las enfermedades inflamatorias intestinales en una población argentina en los últimos 5 años**Material (pacientes) y métodos:** Se realizó un estudio observacional retrospectivo sobre dos poblaciones de dos sistemas de prepagas derivadas de hospitales de comunidad (CEMIC y Hospital Británico) entre los años 2018 y 2022. Dichas poblaciones se mantuvieron estables durante ese período de tiempo y son comparables desde el punto de vista de su composición. A través del método de captura y recaptura, se buscó identificar aquellos sujetos pertenecientes a dichas poblaciones que tuviesen diagnóstico de enfermedades inflamatorias intestinales. Para ello, se revisaron los registros de las unidades de enfermedades inflamatorias intestinales de ambos hospitales, los diagnósticos de enfermedad de Crohn, colitis ulcerosa, enfermedad inflamatoria intestinal o colitis indeterminada (por código ICD-10) de las bases de datos de las historias clínicas electrónicas, las bases de datos de anatomía patológica, las bases de datos de estudios de calprotectina en materia fecal de los departamentos de análisis clínicos y las bases de datos de farmacia para identificar a sujetos con prescripción de salicilatos y/o biológicos/moléculas pequeñas. Los casos potenciales identificados fueron confirmados mediante revisión manual de las historias clínicas. Se calcularon las prevalencias de enfermedades inflamatorias intestinales, enfermedad de Crohn y colitis ulcerosa y las incidencias de las mismas por 100000 habitantes, ajustada por edad.**Resultados:** Durante el período del estudio, se identificaron 197 potenciales casos, de los cuales fueron verdaderos positivos 82. La prevalencia al 31 de diciembre de 2022 de colitis ulcerosa fue de 98/100000 (IC95% 78-119), la de enfermedad de Crohn, 36/100000 (IC95% 25-51), siendo la de enfermedades inflamatorias intestinales de 134/100000 (IC95% 112-153). La relación colitis ulcerosa/enfermedad de Crohn fue de 2.73. El 52.43% fueron hombres, y el 44.24% se encuentran incluidos dentro de la franja etaria de 30-39 años. La incidencia ajustada por edad promedio durante el período de estudio fue de 1.55/100000 en el caso de la enfermedad de Crohn y 3.71/100000 en el caso de la colitis ulcerosa.**Conclusiones:** Utilizando una metodología rigurosa de identificación de sujetos con enfermedades inflamatorias intestinales, reportamos una incidencia y prevalencia de las mismas mayores a las previamente reportadas. Esto coincide con lo identificado en otros países del continente.

TRABAJOS DISTINGUIDOS

Código: 0010**ACTIVACIÓN DE UN CENTRO DE ENDOSCOPIA DIGESTIVA AMBULATORIA DURANTE LA SEGUNDA OLA COVID-19. IMPACTO DE UN PROTOCOLO EN LA SEGURIDAD Y RIESGO DE INFECCIÓN***Modalidad: Resúmenes Científicos - G**Unidad Temática: a) GASTROENTEROLOGÍA 7. Enfermedades infecciosas 7.4. Miscelánea**PRATTO, Daniel***(CEMAR CENTRO DE ESPECIALIDADES MEDICAS AMBULATORIAS ROSARIO)****Introducción:** Desde el comienzo de la pandemia por coronavirus (COVID-19), una de las principales preocupaciones fue el riesgo de infección del personal sanitario y de los pacientes durante la endoscopia gastrointestinal. Relacionada con el procedimiento de endoscopia, así como contaminación del instrumental, lo que genera preocupaciones y representa un riesgo significativo de infección tanto para el personal de salud como para el paciente.**Objetivos:** Evaluar un protocolo en términos de la seguridad del paciente y del personal sanitario en la activación de una unidad de endoscopia ambulatoria en plena segunda ola COVID-19.**Material (pacientes) y métodos:** Mediante un estudio de cohorte prospectivo y analítico, se aplicó el esquema de trabajo a la totalidad de pacientes en un centro de endoscopia ambulatoria nivel I de complejidad activado durante la segunda ola COVID-19 (1 de abril- 31 de agosto 2021); de un protocolo de prevención de COVID-19 en 162 pacientes: consulta preanestésica 5 días pre-estudio y Triage Triple (hisopado (PCR) 48 horas antes, control telefónico 24 h antes y valoración clínica el

día del estudio). Todo ello seguido de otro control telefónico a las 48 h, 7 y 14 días post-estudio. Al personal del servicio de endoscopia se le efectuó un Triage, centralizado en equipo de protección personal y acondicionamiento de la sala.

Resultados: En los 162 pacientes incluidos (79 varones y 83 mujeres; edad: 50,7 ± xx años (media ± DS) y en el personal de salud (tres endoscopistas, tres asistentes, tres anestesiistas, dos recuperadores y dos administrativos). No presentaron evidencia clínica post-procedimiento compatible con COVID-19 (días 2, 7 y 14 post-estudio). No hubo complicaciones destacables intra o pos-procedimiento.**Conclusiones:** Las múltiples medidas protocolizadas mostraron alta efectividad en términos de protección para el paciente y el personal ante la infección por COVID-19; en una unidad de endoscopia ambulatoria.

TRABAJOS DISTINGUIDOS

Código: 0135**TRATAMIENTO DEL SÍNDROME DE INTESTINO IRRITABLE VARIEDAD DIARREA CON UN SUPLEMENTO A BASE DE TANINOS: EFECTOS CLÍNICOS Y FISIOPATOLÓGICOS. ENSAYO CLÍNICO EXPLORATORIO DE TIPO ANTES-DESPUÉS***Modalidad: Resúmenes Científicos - G**Unidad Temática: a) GASTROENTEROLOGÍA 10. Neurogastroenterología 10.4. Miscelánea**PISKORZ, María Marta (1) | MOLINO, Silvia(2) | LÓPEZ MINGORANCE, Fabiana(1) | GUTIERREZ, María Cielo(1) | MONTERO, Juan Manuel(1) | MARTÍNEZ REUTMAN, Liria Salome(1) | UEHARA, Tatiana Noemi(1) | HASHIMOTO FUNADA, Mónica Giselle Harumi(1) | TÉVEZ, Adriana Elizabeth(1) | GONZÁLEZ BALLERGA, Esteban(1) | OLMOS, Jorge Atilio(1)***HOSPITAL DE CLINICAS JOSE DE SAN MARTIN (1); UNIVERSIDAD DE GRANADA (2)****Introducción:** El síndrome del intestino irritable variedad diarrea (SII-D) es una entidad multifactorial, cuya fisiopatología incluye la alteración de la motilidad y de la microbiota intestinal, la activación inmune de bajo grado y el aumento de la permeabilidad intestinal. Los tratamientos se han centrado principalmente en aliviar los síntomas y menos sobre sus mecanismos. Los taninos son prebióticos que podrían tener efectos sobre la microbiota intestinal y la homeostasis inmune sistémica.**Objetivos:** Evaluar si una mezcla especial de extractos de taninos podría inducir efectos en los síntomas y mecanismos fisiopatológicos en pacientes con SII-D.**Material (pacientes) y métodos:** Ensayo clínico exploratorio de tipo antes-después, en 31 pacientes ambulatorios (> 18 años), que cumplieron con los criterios de Roma IV para SII-D. Recibieron 2 cápsulas/día de un suplemento a base de taninos (240 mg de castaño y quebracho + 0,72 µg de vitamina B12), durante 60 días. Los pacientes fueron evaluados antes del inicio del suplemento, a los 30 y 60 días. Se utilizaron la Escala de Severidad de Intestino Irritable (IBSS), una escala de Likert para síntomas generales de SII, dolor y distensión, la Escala de Bristol de consistencia de las heces, el número de deposiciones por día, la Escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria y la Escala de Somatización (PHQ-15). Se recogieron muestras de suero y heces al inicio del estudio y en el día 60, para examinar 27 citoquinas pro y antiinflamatorias (Bio-Plex Pro™, Bio-Rad), zonulina (Kit ELISA, Immundiagnostik AG) y niveles de ácidos grasos de cadena corta (AGCC) (cromatografía/UJV (@210 nm) (acetato, propionato, butirato y formiato) y se realizó el test de hidrógeno espirado con glucosa. El análisis estadístico se realizó mediante el test de Wilcoxon para muestras pareadas.**Resultados:** La media de edad fue de 49±17 años, 74% mujeres. Tres pacientes fueron eliminados por violación de protocolo. Se observó mejoría significativa en casi todas las variables clínicas examinadas después de 30 días: IBSS (p<0,001), escala Likert global (p<0,01) y distensión abdominal (p<0,01). La frecuencia de las deposiciones se modificó de 3,4 a 2,4/día (p<0,05) después de 4 semanas, acompañado de la mejora en la consistencia de las heces (p<0,01). Esto se acompañó de una mejoría del PHQ-15 (p<0,01). En el día 60 hubo una disminución significativa en los niveles de zonulina (p<0,0001). El test de aire espirado fue positivo en 3 pacientes al inicio (10%) y negativizado el día 60 después del tratamiento. Hubo un aumento significativo en los niveles de butirato (p<0,05) y una disminución en los niveles de formiato (p<0,001) y propionato (p<0,005). No se observaron cambios en los niveles de las citoquinas. No se informaron eventos adversos.**Conclusiones:** Los taninos podrían ser un tratamiento prometedor para los pacientes con SII-D dado que mostraron una mejoría de los síntomas clínicos y del eje cerebro intestinal, actuando sobre los mecanismos fisiopatológicos como la permeabilidad intestinal y la producción de AGCC.

TRABAJOS DISTINGUIDOS

Código: 0158**ENFERMEDAD DE WHIPPLE: PRESENTACIÓN INFRECUENTE CON SUBOCCLUSIÓN INTESTINAL***Modalidad: Casos Clínicos - G**Unidad Temática: a) GASTROENTEROLOGÍA 3. Intestino delgado 3.1. Síndrome de malabsorción*

ANDRADA CORONA, Yamila Nair | MARTÍNEZ FLOREZ, Laura | BUSTOS, Ricardo Enrique | BALABAN, Ezequiel | CARRARO, María Cecilia | MORENO, María Laura | BRICHTA, Jorge Ignacio | CASTRO, Lilian | PATERNO, Mauricio Rodrigo | GARAVAGLIA, Gustavo | KUJARUK, Mirta | CERIANI, Sergio

HOSPITAL DE GASTROENTEROLOGÍA DR. B. UDAONDO

Introducción: La enfermedad de Whipple (EW) es una patología infecciosa infrecuente, sistémica, crónica y potencialmente mortal causada por la bacteria *Tropheryma whipplei*. Su prevalencia es de 3/1.000.000 habitantes en Occidente, con predominio en hombres. Cursa con una fase temprana caracterizada por artralgias intermitentes, linfadenopatías, fiebre y posterior desarrollo de diarrea crónica, dolor abdominal y pérdida de peso. Puede presentarse con síntomas de suboclusión intestinal (SOI) en el 3% de los casos. Las manifestaciones extraintestinales incluyen síntomas cardíacos, oculares y neurológicos. El diagnóstico consiste en la demostración histológica en biopsias duodenales de macrófagos espumosos cargados con acúmulos PAS+ en la lámina propia o la detección del ADN específico de la bacteria por PCR. Se debe diferenciar de *Mycobacterium avium* (PAS+), Histoplasmosis y Enfermedad Celíaca.

Objetivo/s: Presentación infrecuente de EW en paciente con SOI.

Material (pacientes) y métodos: Paciente femenina de 60 años consulta por cuadro de 4 meses de evolución caracterizado por distensión y dolor abdominal difuso asociado a vómitos, astenia, adinamia y pérdida de peso de 10 kg (PPCT 20%). Refiere además poliartralgias migratorias de larga data. Laboratorio: anemia ferropénica, hipoalbuminemia (1,2 g%); LDH 123, a-tTG IgA 1, IgA total 403; serologías virales negativas. Ecografía y Tomografía abdominal: dilatación de asas de delgado aperistálticas con dos áreas de estenosis en íleon distal. Edema mesentérico difuso y conglomerados adenopáticos mesentéricos y retroperitoneales. (Figura 1) VCC normal. VEDA: bulbo duodenal: vasos por transparencia y segunda porción normal. AP: relación V/C normal, vellosidades irregulares y ensanchadas por la presencia de agregados subepiteliales de histiocitos espumosos PAS+. Técnicas de ZN, Gram y Grocott negativas. Leve infiltrado linfoplasmocitario en lámina propia, sugestivo de EW. Se reevalúa biopsia duodenal: examen en fresco, Giemsa y cultivo negativo para *Coccidioides* spp, *Paracoccidioides* spp e *Histoplasma capsulatum*; PCR negativa para *Histoplasma capsulatum* y positiva para DNA de *Tropheryma whipplei*. Microscopía electrónica que evidencia imagen del bacilo típica con pared trilaminar. (Figura 2) Se inició soporte nutricional con NPT y tratamiento con ceftriaxona 2g/d por 14 días y trimetoprima sulfametoxazol por 1 año. Evolucionó favorablemente, continúa con nutrición enteral. Buena tolerancia y recuperación de peso.

Conclusiones: La EW es una enfermedad rara. El uso generalizado y frecuente de antibióticos ha llevado a reducir su incidencia y las manifestaciones clínicas resultan más insidiosas, dificultando su reconocimiento clínico. El diagnóstico precoz y el tratamiento oportuno mejora el pronóstico de la enfermedad. Remarcamos la importancia de la sospecha clínica de la EW ante la presencia de patologías reumatológicas, adenopatías mesentéricas, dolor abdominal y diarrea crónica.

TRABAJOS DISTINGUIDOS

Código: 0251

GRANULOMA PIÓGENO INTESTINAL: CAUSA INFRECIENTE DE ANEMIA FERROPÉNICA. A PROPOSITO DE UN CASO

Modalidad: Casos Clínicos - G

Unidad Temática: a) GASTROENTEROLOGÍA 3. Intestino delgado 3.3. Neoplasia

JERVES, Saúl | CATTANEO, Nicolás Guillermo | MASSA, Sergio Claudio | BAEZ, Elsa | CURRÁS, Alfredo Eduardo

HOSPITAL GENERAL DE AGUDOS DR JUAN A. FERNANDEZ

Introducción: El sangrado gastrointestinal en el intestino delgado es una entidad poco común y es responsable del 4% de todos los casos. Las etiologías más frecuentes del sangrado del intestino delgado son las angiodisplasias y los tumores, responsables de aproximadamente el 70% y el 10% de los casos, respectivamente. El granuloma piógeno (GP) es una forma polipóide de un hemangioma que con frecuencia afecta la piel, a la cavidad oral y también puede afectar el tracto gastrointestinal (GI), aunque este último caso es poco frecuente.

Objetivo/s: Presentar un caso de granuloma piógeno en yeyuno proximal.

Material (pacientes) y métodos: Mujer de 76 años se presenta con anemia ferropénica severa en tratamiento con hierro parenteral. Antecedentes: hipertensión arterial, hipertiroidismo y antecedentes familiares de cáncer colorrectal. Se realiza endoscopia digestiva alta y videocolonoscopia de calidad sin hallazgos patológicos. Por lo que se lleva a cabo capsula endoscópica que informa lesión elevada de 1 cm rojiza cubierta de fibrina en yeyuno proximal (Fig. 1). Posteriormente se decide realizar Enteroscopia con doble balón en la cual no se evidencia lesión mucosa antes descrita. Ante la sospecha presuntiva de tumor de intestino delgado, tumor del estroma gastrointestinal, linfoma maligno o cáncer se realiza resección segmentaria de yeyuno por laparotomía. La histología reveló lesión polipóide 20 x 15 mm de diámetro y la presencia de proliferación de capilares sanguíneos y tejido de granulación, lo que era compatible con GP (Fig. 2). El paciente fue dado de alta al día 9 postoperatorio sin complicaciones y su anemia mejoró gradualmente sin necesidad de hierro oral después de la cirugía.

Resultados: Solo se han descrito 16 casos de GP en el intestino delgado. El tamaño

del tumor suele ser menor de 20 mm. De los 16 casos informados, 11 involucraron al íleon y 5 al yeyuno. La mayoría de los tumores tenían una forma irregular sin ulceración superficial y eran de color rojizo. La etiología aun es incierta. Algunos autores creen que se desarrollan como consecuencia de traumatismos o lesiones repetitivas, con una posible asociación con hemofilia, trastornos endocrinológicos o debido a influencias hormonales durante el embarazo. Clínicamente, pueden ser desde asintomáticos, presentar anemia ferropénica e incluso hasta sangrado macroscópico. Los tratamientos para el granuloma piógeno gastrointestinal incluyen polipectomía endoscópica, resección quirúrgica, coagulación con plasma argón y embolización angiográfica.

Conclusiones: El GP del tracto GI es una entidad clínica poco frecuente. Sin embargo, la incidencia real se desconoce ya que suele ser subdiagnosticado debido a la dificultad para su detección o al diagnóstico incorrecto como un póliplo inflamatorio o hiperplásico. Es importante que el médico reconozca correctamente el GP como fuente de anemia.

TRABAJOS DISTINGUIDOS

Código: 0018

SINDROME DE SWEET EN PACIENTE CON ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL: REPORTE DE UN CASO

Modalidad: Casos Clínicos - G

Unidad Temática: a) GASTROENTEROLOGÍA 4. Colon y recto 4.1. Enfermedad Inflamatoria intestinal

BARSI, María | BARRERA, John | MARELLI, Ana Paula | LEÓN, Tomás | ARISIO VILLENA, Sandra Gabriela | MOLINARI, Estefanía | JENSEN, María Virginia | CALCAGNO, Ramiro | ROMEO, Juan Manuel | PRECETTI, Fabian | MARINI, Eduardo | FUENTES, Micaela | KUPERMAN WILDER, Lola | CHIAPPE, Cesar | POPPI, Griselda María

HOSPITAL GENERAL DE AGUDOS JOSÉ MARÍA RAMOS MEJÍA

Introducción: Los pacientes con enfermedad inflamatoria intestinal (EII) pueden desarrollar diversas manifestaciones extraintestinales (EIM). Ocurren hasta en un 50% de los pacientes con enfermedad de Crohn (EC) y colitis ulcerosa (CU) y afecta con mayor frecuencia ojos, piel y articulaciones. Un 15% de los pacientes presentan afectaciones cutáneas, el pioderma gangrenoso y el eritema nodoso son los más comunes. El Síndrome de Sweet (SS), o dermatosis neutrofilia febril, afecta sobre todo a mujeres de 30 a 50 años. Aparece en 1% de los casos, sin predilección por EC o CU. Se presenta temprano en el curso de la EII y por lo general en paralelo con la actividad de la misma. Por lo tanto, se recomienda la evaluación de EII cuando se presenta SS, especialmente con evidencia de síntomas GI. Se justifica la reevaluación de la actividad en la EII conocida una vez que se presenta el SS. Existen criterios diagnósticos para el SS. Los mayores incluyen: 1) inicio abrupto de nódulos o placas eritematosos y dolorosos, 2) evidencia histopatológica de infiltrado neutrofilico sin vasculitis leucocitoclástica; los menores son: 1) fiebre mayor a 38°C, 2) asociación con neoplasias, EII o embarazo, o precedido por una infección del TRS, GI o antecedente de vacunación, 3) buena respuesta al tratamiento con corticosteroides sistémicos 4) anomalías en laboratorio (3 de 4: elevación de velocidad de eritrosedimentación (VSG) y proteína C reactiva (PCR), leucocitos > 8000, neutrofilia > 70%). Los corticoides son el pilar del tratamiento del SS, pero la terapia biológica puede ser igualmente eficaz para controlar el SS y la EII, si ambos están activos simultáneamente.

Objetivo/s: Se presenta el caso de un paciente con colitis ulcerosa y su asociación inusual con el Síndrome de Sweet.

Material (pacientes) y métodos: Paciente varón de 48 años, ex tabaquista, con diagnóstico reciente de CU en el servicio de Gastroenterología del Hospital Ramos Mejía. Refiere presentar lesiones eritematosas en miembros superiores y cara, de aparición brusca, sin prurito, asociado a fiebre y artralgias. Al examen físico presenta placas eritematoescamosas en tronco, miembros superiores y cara, no dolorosas a la palpación. Laboratorio PCR: 125 mg/L, VSG 140 mm, leucocitosis 11210/L, neutrofilia 89%. Se realiza biopsia por servicio de Dermatología y en contexto concomitante de colitis severa recibe tratamiento con corticoides ev. por 7 días. El paciente evolucionó favorablemente de las lesiones cutáneas. Anatomía patológica: hallazgos vinculables con dermatitis neutrofilica.

Conclusiones: El paciente presentado cumplió los 2 criterios mayores y los 4 menores de diagnóstico. La importancia del diagnóstico SS radica en investigar la etiología subyacente ya que podría ser la primera manifestación de un proceso maligno o de una EII.

TRABAJOS DISTINGUIDOS

Código: 0198

VEDOLIZUMAB EN COLITIS GRAVE INDUCIDA POR INMUNOTERAPIA

Modalidad: Casos Clínicos - G

Unidad Temática: a) GASTROENTEROLOGÍA 4. Colon y recto 4.1. Enfermedad Inflamatoria intestinal

SÁNCHEZ, Belén | ETCHEVERS, María | DE PAULA, Juan | MULINARI, Ana Be-

len | MARTÍNEZ ELHELOU, Solange | MANDUCA, Pamela | SOBRERO, Josefina | MARCOLONGO, Mariano

HOSPITAL ITALIANO DE BUENOS AIRES

Introducción: Los "Inhibidores del punto de control inmunitario" (ICI) son un grupo de fármacos modernos dirigidos a potenciar la respuesta inmune que han cambiado el paradigma de tratamiento (TTO) en tumores avanzados. Paradójicamente pueden ocasionar eventos adversos inmuno-relacionados (irEAs), siendo los gastrointestinales segundos en frecuencia luego de los dermatológicos, con importante morbilidad y requerimiento de la suspensión de la droga. La colitis por inmunoterapia suele presentarse con diarrea, dolor abdominal, fiebre y sangrado intestinal llegando a casos fulminantes. El rol del gastroenterólogo y la videocolonoscopia (VCC) cobran relevancia en confirmar el diagnóstico y clasificar la severidad. El TTO depende de la gravedad del cuadro, desde antiinflamatorios hasta corticoides (GCC) sistémicos y tratamiento biológico en caso de dependencia-refractariedad a los mismos. Infilximab y más recientemente vedolizumab, son los descriptos para esta entidad, adaptando un uso similar al manejo de la enfermedad inflamatoria intestinal, sin existir consenso formal sobre los esquemas y duración del tratamiento.

Objetivo/s: Presentamos el caso de una colitis grave por durvalumab (ICI del tipo inhibidor de PD-L1) tratada con vedolizumab con mantenimiento subcutáneo.

Material (pacientes) y métodos: Varón de 76 años con múltiples comorbilidades y adenocarcinoma de pulmón avanzado que realizó TTO con quimio-radioterapia seguido de durvalumab. A las 2 semanas del inicio del ICI comenzó con diarrea progresiva sin respuesta a loperamida, llegando a 15 deposiciones/día con sangre, moco, dolor abdominal y descenso de peso. Se interrumpió el TTO oncológico e indicó internación. Se constató Hto 23%, ESD 119 (mm/H), PCR 67 mg/L y calprotectina fecal (CF) 809 ug/g. El coprocultivo, toxina de Clostridioides difficile y parasitológico resultaron negativos. Se realizó VCC que evidenció pancolitis con congestión, úlceras y friabilidad difusa (imagen, VCC 1). Las biopsias mostraron distorsión histoarquitectural, linfoplasmocitosis basal y abscesos cripticos y focos de criptitis. Por la relación temporal, rápida progresión y presentación se interpretó como colitis severa por ICI. Inició GCC endovenosos (EV) con respuesta clínica y bioquímica a las 24hs. Se otorgó egreso con meprednisona vía oral 40mg/día y descenso paulatino presentando recaída al descender la dosis por debajo de 20 mg/día. Se repitió VCC que mostró similar afectación a la previa (imagen, VCC 2), requiriendo nuevo ciclo de GCC. Por corticodependencia, se indicó inducción con vedolizumab EV (300 mg en semanas 0, 2 y 6) y luego mantenimiento subcutáneo (108 mg cada 2 semanas). El paciente presentó mejoría clínica y bioquímica a la semana 4 que se mantuvo durante el seguimiento, permitiendo la suspensión de los GCC. Se realizó VCC control a las 24 semanas que constató mucosa de aspecto normal en todo el trayecto colónico (imagen VCC 3).

Conclusiones: La toxicidad gastrointestinal inmunomediada por ICI es una condición emergente con frecuencia en ascenso debido al continuo desarrollo de estas moléculas. La sospecha y el diagnóstico temprano de este evento adverso son importantes para un adecuado manejo ya que pueden tener una evolución progresiva y desfavorable. El vedolizumab debido a su mecanismo de acción específico intestinal representa una opción atractiva de tratamiento en esta población de riesgo ya que carece de efectos sistémicos inmunosupresores. Cabe destacar que no existen reportes de mantenimiento subcutáneo como el caso presentado, siendo una opción funcional y efectiva en este difícil escenario.

TRABAJOS DISTINGUIDOS

Código: 0263

VIUELA DEL SIMIO: REPORTE DE UN CASO POCO FRECUENTE DE UNA PATOLOGÍA EMERGENTE

Modalidad: Casos Clínicos - G

Unidad Temática: a) GASTROENTEROLOGÍA 7. Enfermedades infecciosas 7.4. Miscelánea

SPALLETI, Leandro Andrés | GARCIA MERCADER, Maria Victoria | DE FAVERI, Marcelo | MATANO, Raul | DE MARIA, Julio

HOSPITAL ITALIANO LA PLATA

Introducción: La viruela del simio es una enfermedad causada por el mpox, un virus transmitido a humanos por animales. Es endémico de África Occidental y el Congo, desde donde se extendió a Europa y América. Según la OMS, se registraron en 2022 más de 73437 casos, siendo 29 letales. El contagio puede producirse por contacto directo con lesiones cutáneas o mucosas de una persona enferma, por contacto sexual o por objetos contaminados. La presentación clínica tiene un período de incubación de 4 a 21 días y posterior dos formas de presentación: la forma típica, caracterizada por síndrome febril seguido de una erupción cutánea; y la atípica con lesiones en piel (genitales, anal, perianal, perineal u oral) sin período prodromático. Se han reportado casos que han cursado con dolor anorectal, tenesmo, sangrado rectal y proctitis asociados con lesiones cutáneas perianales. Las lesiones fueron mayormente vesiculopustulosas, úlceras múltiples o únicas y maculares El diagnóstico diferencial es con Sífilis y EII entre otros. El diagnóstico de certeza se realiza por PCR. La muestra recomendada es material de lesión cutánea con hisopado del contenido vesicular o del lecho de una úlcera y, en caso de proctitis, con hisopado rectal con anoscopio. El tratamiento es sintomático; y los antivirales específicos (tecovirimat) pueden considerarse en protocolos de investigación o uso compasivo

Objetivo/s: Presentar un caso confirmado de Viruela del simio con compromiso rectal y perianal.

Material (pacientes) y métodos: El método es el reporte de caso. Se presenta el caso de un hombre de 29 años que consulta en Octubre 2022 por fiebre de 72 horas asociado a dolor abdominal y exudado periamigdalino, en contexto de paciente con OMSB24 con reciente inicio de antivirales. Se indicó amoxicilina y manejo ambulatorio. 48 horas después, presenta exantema eritematosovesiculopustuloso pruriginoso en tórax, brazos, región retroauricular y perianal, asociado a hematoquecia, pujos, tenesmo, proctalgia y diarrea. Se interna y se solicita laboratorio destacándose una ligera leucocitosis. Se realiza Tomografía de abdomen, en la que destaca aumento del espesor de la pared rectal asociado a alteraciones de los planos grasos perirectales y múltiples adenomegalias. Se realiza RSC donde se evidencia en recto inferior, en los 5cm caudales, mucosa edematosa y friable, sin úlceras, sin compromiso simétrico ni continuo. Se realiza toma de muestra con hisopo de dacrón. El diagnóstico se confirma por PCR. La evolución clínica es favorable.

Resultados: Reportamos caso confirmado de viruela simica con compromiso rectal y perianal confirmado por PCR

Conclusiones: Creemos importante reportarlo por ser una enfermedad emergente cuyo caso sospechoso se define por la presencia de proctitis, aun sin exantema clásico, por lo que debe ser incluido dentro de nuestros diagnósticos diferenciales. Además, la importancia de respetar las medidas de bioseguridad al momento de realizar examen físico y procedimientos endoscópicos.

PÓSTER

Código: 0237

RENDIMIENTO DIAGNÓSTICO DE UNA PRUEBA EN EL PUNTO DE ATENCIÓN (POCT) BASADA EN ANTICUERPOS ANTI-TRANSGLUTAMINASA-2 IGA PARA LA DETECCIÓN DE LA ENFERMEDAD CELÍACA EN POBLACIONES CON DIFERENTES RIESGOS PREVIOS A LA PRUEBA

Modalidad: Resúmenes Científicos - G

Unidad Temática: a) GASTROENTEROLOGÍA 3. Intestino delgado 3.2. Enfermedad celíaca

SMECUOL, Edgardo Gustavo (1) | STEFANOLO, Juan Pablo(1) | PUEBLA, Roberto(1) | DODDS, Samanta(1) | MORENO, María Laura(1) | ESPINET, María Luján(1) | NIVELONI, Sonia(1) | OREGUI, María Eugenia(1) | BAI, Julio C.(2)

HOSPITAL DE GASTROENTEROLOGÍA DR. B. UDAONDO (1); INSTITUTOS DE INVESTIGACIÓN; UNIVERSIDAD DEL SALVADOR (2)

Introducción: Las pruebas en el punto de atención (PoCT) son procedimientos útiles y rápidos que se han empleado en los últimos años frente a la sospecha en el diagnóstico de enfermedades, incluida la enfermedad celíaca (EC). Las pruebas se pueden efectuar de manera inmediata y sin utilizar un laboratorio centralizado. Mediante el empleo de anticuerpos monoclonales contra antígenos específicos de EC, diferentes estudios han demostrado buen rendimiento, ahorro de costos y adaptabilidad.

Objetivo/s: El objetivo de este estudio prospectivo fue evaluar el rendimiento diagnóstico de una nueva prueba PoCT en comparación con el diagnóstico histológico/serológico como estándar de oro, en sujetos con riesgo variable de EC previo a la prueba.

Material (pacientes) y métodos: Este estudio prospectivo estuvo basado en las biopsias de pacientes con alto y bajo riesgo de EC. Los pacientes de alto riesgo fueron casos consecutivos que acudieron a la Clínica de Enfermedad Celíaca de nuestra institución por síntomas y/o signos sugestivos de la enfermedad. Los casos de bajo riesgo fueron sujetos sintomáticos (sin sospecha de EC) que acudieron a la unidad de endoscopia. En todos los casos se obtuvo un consentimiento informado por escrito. Antes de la endoscopia digestiva alta y la biopsia, se obtuvo una prueba de punción cutánea en uno de los dedos de la mano y muestras venosas convencionales anticubitales en todos los pacientes para realizar pruebas de serología específicas de PoCT y EC, respectivamente. Para la evaluación ciega de PoCT, empleamos un inmunoensayo de flujo lateral que detecta anticuerpos anti-transglutaminasa2 de IgA (CeliacDetect). Los anticuerpos séricos de transglutaminasa tisular IgA (IgA tTG) utilizados para el diagnóstico y las comparaciones se detectaron mediante un ensayo ELISA (Werfen; San Diego, CA) utilizando el límite del fabricante (20 U/mL). Se obtuvieron dos biopsias del bulbo duodenal y 4 de la segunda porción duodenal en el momento de la endoscopia digestiva alta. El diagnóstico de EC se basó en la combinación de una enteropatía Marsh 3 y una prueba IgA tTG positiva. Los casos seronegativos de IgA se investigaron utilizando anticuerpos anti-peptidos deamidados de gliadina IgG (a-DGP IgG).

Resultados: Ingresaron en el estudio 288 pacientes (186 mujeres) (edad mediana: 53 años; IQR 25%-75%: 40-64). Veintiocho de 90 pacientes (31,1 %) de la población de alto riesgo tuvieron un diagnóstico definitivo de EC. Dos de 198 casos (1,0 %) de la población de bajo riesgo fueron celíacos. El PoCT tuvo sensibilidad, especificidad y valores positivos y predictivos para el grupo de alto riesgo de 96,4%, 95,2%, 90,0% y 98,3%, respectivamente, observándose tres PoCT falsos positivos en esta población. En la población de bajo riesgo el desempeño del PoCT fue 100% sensible, específico y predictivo. Según el kappa de Cohen, la concordancia entre la IgA sérica tTG y PoCT fue excelente (0,90; p<0,0001). No se detectaron casos que presentaran solamente a-DGP IgG positivos.

Conclusiones: Nuestros hallazgos sugieren que un PoCT basado en a-tTG IgA tTG

podría emplearse frente a la sospecha de EC en poblaciones de alto y bajo riesgo. El PoCT utilizado en este estudio podría usarse para detectar EC, particularmente en áreas donde las pruebas de laboratorio son limitadas, lo que podría aumentar las tasas de diagnóstico de EC, facilitar el diagnóstico temprano y reducir los costos.

PÓSTER

Código: 0236**NECROSIS ESOFÁGICA AGUDA: "ESÓFAGO NEGRO", SERIE DE CASOS***Modalidad: Resúmenes Científicos - G**Unidad Temática: a) GASTROENTEROLOGÍA 1. Esófago 1.4. Miscelánea**FIRVIDA, Sofía | DI DOMÉNICO, Diego Salvador | LO CARMINE GAMMEL, Dana | ASPREA ALFANO, Leonardo | ESCOBAR, Rafael***SANATORIO DR. JULIO MENDEZ**

Introducción: La necrosis esofágica aguda (NEA) es una entidad clínica caracterizada por la apariencia negra de la mucosa esofágica, con compromiso circunferencial y predominio distal, deteniéndose abruptamente a nivel de la unión gastroesofágica (UEG). Las patologías isquémica y tromboembólica son los factores de riesgo de mayor importancia para el desarrollo del cuadro clínico.

Objetivo/s: Reportar 5 casos clínicos de necrosis esofágica aguda.

Material (pacientes) y métodos: Caso 1 Masculino de 76 años, antecedentes de miocardiopatía dilatada, diabetes (DBT), insuficiencia renal crónica (IRC). Presenta cuadro manifestado por hemorragia digestiva alta (HDA) con vómitos porráceos, anemia, leucocitosis y alteración de la función renal. Videoendoscopia digestiva alta (VEDA): a 30 cm de la arcada dentaria superior (ADS) hasta la UEG mucosa de aspecto necrótico y en cara anterior del bulbo duodenal áreas de ulceración con necrosis. Caso 2 Femenina de 76 años, antecedentes de HTA, DBT II, IRC, enfermedad coronaria, fibrilación auricular crónica. Internada por sepsis presenta HDA con vómitos porráceos, anemia, alteración de la función renal e hipoalbuminemia. VEDA: a 20 cm de la ADS hasta la UEG mucosa de aspecto necrótico. Tratamiento con inhibidores de la bomba de protones (IBP) y reposo digestivo. VEDA control: tercio medio e inferior, esófago mucosa congestiva cubierta por fibrina. Caso 3 Femenina de 81 años, antecedentes de HTA y DBT II. Internada por sepsis asociado a insuficiencia renal aguda presenta HDA manifestado por melena, anemia y leucocitosis. VEDA: a 25 cm de la ADS erosiones lineales con fibrina que ocupan 75% de la circunferencia asociado a bulbopatía y duodenopatía congestivo-erosiva. Realizó tratamiento con IBP y sucralfato. VEDA control mucosa esofágica con trazos de fibrina en toda la circunferencia. Caso 4 Femenina de 90 años, antecedentes de HTA, enfermedad por reflujo gastroesofágico. Internada por oclusión intestinal mecánica presenta HDA con hematemesis. VEDA: a 20 cm de la ADS hasta la UEG, áreas longitudinales de mucosa necrótica. Caso 5 Masculino de 85 años, antecedentes de HTA, IRC. Internado por IRC reagudizada presenta HDA manifestado por melena. VEDA: a 25 cm de la ADS hasta la UEG y segunda porción duodenal mucosa isquémico-necrótica. Tratamiento con IBP y sucralfato.

Resultados: El esófago negro es una entidad clínica con baja prevalencia. Se presenta en pacientes con múltiples comorbilidades tales como DBT, HTA, IRC y enfermedad coronaria. Los hombres se ven mayormente afectados y su incidencia aumenta con la edad. En nuestra serie de casos fue más prevalente en mujeres, el promedio de edad fue de 76 años, todos los pacientes presentaban uno o más factores de riesgo. La presentación clínica, factores de riesgo asociados y hallazgos endoscópicos característicos fueron coincidentes con la bibliografía existente.

Conclusiones: La NEA resulta de una combinación de hipoperfusión tisular, disminución de barreras de defensa local, y daño químico por reflujo gastroesofágico. Debemos considerar a la NEA como diagnóstico diferencial de HDA en pacientes críticos con factores de riesgo cardiológico y de hipoperfusión. Su diagnóstico es principalmente endoscópico. El tratamiento inicial es la hidratación endovenosa, la supresión ácida gástrica con IBP y tratamiento de la enfermedad de base.

PÓSTER

Código: 0267**ALTA VALIDACIÓN EXTERNA DE UNA NUEVA APLICACIÓN MÓVIL DE TELEMEDICINA DIRIGIDA A HISPANOABLANTES CON ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL: DAMASCO Y DAMASCO-DOCTOR***Modalidad: Resúmenes Científicos - G**Unidad Temática: a) GASTROENTEROLOGÍA 4. Colon y recto 4.1. Enfermedad Inflamatoria intestinal*

PUGA-TEJADA, Miguel (1) | SANCHEZ-CEPEDA, María Jose(2) | CHILAN-PINCA, Anthony(2) | CONLON, María Carolina(1) | SPIAZZI, Renata Alina(1) | CEREZO, María Jimena(1) | OMONTE ZAMBRANA, Ana María(1) | MILANO, María Claudia(1) | IADE, Beatriz(3) | ROBLES-MEDRANDA, Carlos(4) | AREVALO-MORA, Martha(4) | VALERO, Manue(5) | KOLL, Lucrecia Sofía(6) | RAINERO, Germán Luis(7) | FAIA MANHAES-TOLENTINO, Yolanda(8)

HOSPITAL NACIONAL PROFESOR ALEJANDRO POSADAS (1); MDCONS-GROUP (2); CENTRO DE ASISTENCIA DEL SINDICATO MÉDICO DEL URUGUAY (CASMU) (3); INSTITUTO ECUATORIANO DE ENFERMEDADES DIGES-

TIVAS (IECED) (4); INSTITUTO DE ENDOSCOPIA Y GASTROENTEROLOGIA DE AVANZADA (IGEA) (5); Instituto de Gastroenterología y Endoscopia de Avanzada (IGEA) (6); HOSPITAL UNIVERSITARIO AUSTRAL (HUA) (7); HOSPITAL UNIVERSITÁRIO CLEMENTINO FRAGA FILHO, UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO (8)

Introducción: Damasco es una app de telemedicina dirigida a hispanohablantes con enfermedad inflamatoria intestinal (EII). El prototipo de esta app, evaluado de forma unicéntrica, demostró ser intuitiva y específica de EII. Sin embargo, algunos usuarios-pacientes sugirieron la participación de profesionales sanitarios en la app. A diferencia de otras semejantes, Damasco no está vinculada a una casa de salud, pues busca ser de libre acceso. Desde junio/2023 está disponible en iOS y Google Play tanto Damasco como Damasco-Doctor, un usuario de solo lectura dirigido a profesionales sanitarios para monitorizar la información de quienes les siguen en la app.

Objetivo/s: Validar externamente Damasco mediante una prueba de aceptación usuario-paciente (PAU) a través de redes sociales.

Material (pacientes) y métodos: En esta etapa se busca realizar una PAU de Damasco y su interacción con Damasco-Doctor, contactando anónimamente usuarios-pacientes con EII mediante cadenas de redes sociales (grupos de Facebook y WhatsApp). Damasco ha sido desarrollada en JavaScript a través del Framework React Native, y cuenta con las siguientes funciones: recordatorio de medicación, bitácora de hábito evacuatorio, fotodocumentación de comidas, localizador GPS de baños y módulo de e-Learning. El usuario-paciente a través de un enlace autoriza a un usuario de Damasco-doctor a visualizar su información. La PAU se realizó mediante el Mobile Application Rating Score (MARS). Se tomó como referente un Likert (L) 4-5 (muy bueno – excelente) >80% (figura 1, barras en azul). La encuesta fue enviada mediante un enlace de SurveyMonkey.

Resultados: Durante junio/2023 se recuperaron 53 encuestas, 40/53 contestaron >70% del MARS: mediana de edad 34.5 (32-49), 33/40 mujeres (82.5%); 29/40 afirmaron residir en Argentina (72.5%); 23/40 afirmaron atenderse por su EII en un hospital público (57.5%), 13/40 privado (32.5%) y 4/40 de seguridad social (10%); 22/40 colitis ulcerativa (55%), 17/40 (42.5%) enfermedad de Crohn y 1/40 colitis in clasificable (2.5%). Hubo mayor ponderación entre aquellas preguntas sobre funcionalidad (L4-5 92.5%), contenido (L4-5 89.2%), diseño (L4-5 84.2%) y adherencia a app (L4-5 66.5%) (figura 1). En comparación al prototipo, hubo una mejoría significativa en la ponderación del contenido (76.5%; p<.05) y diseño (68.7%; p<.05). La evaluación como app específica en EII obtuvo una ponderación de muy bueno-excelente del 94%. Damasco fue ponderada con cuatro y cinco estrellas por 31/40 (77.5%) y 9/40 (22.5%), respectivamente.

Conclusiones: Damasco y Damasco-Doctor son herramientas con muy alta aceptación entre usuarios-pacientes hispanohablantes con EII. Una bitácora de síntomas articulares y una alarma-agenda de estudios como videocolonoscopia o calprotectina son funciones pendientes para una próxima versión. Estas actualizaciones deben contribuir también a mejorar la adherencia a la app. Esta validación externa debe completarse a escala global.

PÓSTER

Código: 0133**DGP IGG: ¿ES ÚTIL EN EL DIAGNÓSTICO DE ENFERMEDAD CELÍACA?***Modalidad: Resúmenes Científicos - G**Unidad Temática: a) GASTROENTEROLOGIA 3. Intestino delgado 3.2. Enfermedad celíaca*

MARIANI VILCNIK, Priscila Brenda | TORRES TASLAKOFF, Alfredo Gustavo | FERNÁNDEZ, Gonzalo | BURRELO, María Antonella | SENÁ, Daniela Paula | VICTORIA, Romina Raquel | LEIVA SERSING, Lorena | VIÑUELA, Andrea Carolina | OLIVER, Jorge | DUTTO, Carolina | ADI, José Cristian

HOSPITAL L.C. LAGOMAGGIORE

Introducción: La enfermedad celíaca (EC) es una enteropatía inmunomediada producida en individuos genéticamente predisuestos inducida por ingesta de gluten. Su prevalencia mundial es del 0.7% y del 1.26% en Argentina. Su diagnóstico se realiza con la combinación de clínica, anticuerpos y biopsia duodenal. El anticuerpo antitransglutaminasa tisular (a-tTG) IgA es el más sensible, por lo que se solicita en forma inicial, mientras que el anticuerpo péptido deaminado de gliadina (DGP) IgG se utiliza en combinación con a-tTG IgA ante un déficit de IgA total o como segundo test diagnóstico. Sin embargo, hay pocos estudios reportados en la literatura científica sobre la utilidad de DGP IgG positivo en forma aislada, lo cual resulta un desafío en la práctica clínica.

Objetivo/s: Evaluar la utilidad en el diagnóstico de EC de DGP IgG positivo en contexto de a-tTG IgA negativo en pacientes (pac.) sometidos a biopsia duodenal.

Material (pacientes) y métodos: Estudio protocolizado, retrospectivo, descriptivo, de corte transversal. Periodo enero de 2020 a mayo de 2023. Se incluyeron pac. con serología positiva para DGP IgG y negativa para a-tTG IgA, con biopsia duodenal, mayores a 15 años. Se excluyeron pac. con diagnóstico previo de EC, a-tTG IgA y/o DGP IgA positivos y con dieta libre de gluten (DLG) al momento de la biopsia duodenal. No se solicitó IgA total. Se consideró a-tTG IgA negativo <10 U/ml y DGP IgG positivo >10 U/ml. Se definió como síntoma clásico la presencia de diarrea y/o pérdida de peso. Se utilizó como criterio diagnóstico confirmatorio de EC la pre-

sencia de atrofia vellositaria en biopsia duodenal (Marsh 3). Análisis estadístico: se aplicaron medidas de tendencia central y de dispersión, Chi cuadrado y t-Student. Software SPSS v25.

Resultados: 916 pac. con serologías para EC. 136 tenían combinación a-tTG IgA negativo y DGP IgG positivo, de los cuales 40 tenían biopsias duodenales: 79% mujeres, edad promedio 39,55±13 años (entre 15 y 66 años), 70% histología normal, 12,5% Marsh 1, 5% Marsh 2 y 12,5% Marsh 3. 37,5% tenían síntomas clásicos, 60% aquellos con Marsh 3 y 33% con biopsia normal, sin encontrar significancia estadística ($p=0.233$). 82,5% tenían otros síntomas como constipación, epigastralgia, pirosis, dolor y/o distensión abdominal y 12,5% anemia. Los títulos de DGP IgG positivos tanto en pac. con biopsias normales (25,7±17,841 U/ml) y en pac. con Marsh 3 (28,2±12,795 U/ml) no mostraron significancia estadística ($p=0.769$). La combinación a-tTG IgA negativo con DGP IgG positivo tiene un valor predictivo positivo (VPP) del 15,2% (CI 95% 11,035% - 20,451%) en el diagnóstico de EC.

Conclusiones: Dado el bajo rendimiento de DGP IgG en el diagnóstico de EC tras encontrar un VPP 15,2% podemos concluir que la mayoría de los pac. con elevaciones aisladas de DGP IgG no tienen EC, y una biopsia duodenal es necesaria para identificar una minoría de pac. celíacos en este contexto y prescribir DLG. Sin embargo, se replantea la utilidad de este anticuerpo en el algoritmo diagnóstico de EC.

PÓSTER

Código: 0193

PREVALENCIA DE SÍNTOMAS DE ALARMA PARA CÁNCER DE COLON EN SUJETOS MENORES DE 50 AÑOS - UN ESTUDIO DE VIDA REAL

Modalidad: Resúmenes Científicos - G

Unidad Temática: a) GASTROENTEROLOGÍA 4. Colon y recto 4.2. Neoplasia

PEREYRA, Lisandro (1) | STEINBERG, Leandro(2) | LASA, Juan(3)

Hospital Alemán de Buenos Aires (1); HOSPITAL UNIVERSITARIO FUNDACION FAVALORO (2); CEMIC (3)

Introducción: El cáncer colorrectal es una de las causas más frecuentes de mortalidad por cáncer en Argentina. Existe evidencia que sugiere que la incidencia de sujetos menores de 50 años ha aumentado en los últimos años. Asimismo, evidencia reciente sugiere que entre personas jóvenes con diagnóstico de cáncer colorrectal, una proporción no despreciable presenta síntomas de alarma previo al diagnóstico.

Objetivo/s: Describir la prevalencia de síntomas de alarma en sujetos menores de 50 años que consultan sobre la necesidad de iniciar pesquisa para cáncer colorrectal

Material (pacientes) y métodos: Se realizó un estudio observacional retrospectivo de tipo corte transversal utilizando la base de datos de la página web de "Chequeá Tu Colon" (CTC). CTC es una página web de acceso gratuito dirigida a la población general en la que, a través de un cuestionario interactivo, el usuario puede conocer, de acuerdo a la presencia o no de factores de riesgo, si debería realizar una consulta médica para llevar a cabo algún procedimiento de pesquisa para prevenir el cáncer colorrectal. La misma es completamente anónima. Por cada sujeto, se consignaron los siguientes datos: edad, sexo, provincia de residencia, historia familiar de cáncer colorrectal y la presencia de los siguientes síntomas de alarma: melena, hematoquezia, dolor abdominal, anemia, diarrea. Se describieron las prevalencias de dichos síntomas de alarma en aquellos sujetos menores de 50 años; en forma secundaria, se compararon dichas prevalencias con las propias de sujetos con edades entre 50 y 75 años y mayores de 75 años. Se describieron a las variables numéricas como media con su desvío estándar, a las categóricas como porcentajes. Para la comparación de las proporciones, se utilizó el test de chi cuadrado. Se estimaron los Odds Ratio con sus correspondientes intervalos de confianza del 95%. Se realizó un análisis multivariado siguiendo un modelo de regresión logística. Se consideró como significativa una p menor de 0.05.

Resultados: Durante el período de Marzo de 2022 a Junio de 2023, se identificaron 33279 sujetos que completaron el cuestionario de CTC. La edad promedio fue de 47.04±12.32 años y 52.89% eran hombres. El 60.76% de las consultas fueron hechas por sujetos menores de 50 años (edad promedio 39±7.04 años, 51.04% hombres); 23.5% presentaron historia familiar de cáncer colorrectal. El 56.03% de los sujetos menores de 50 años presentó al menos un síntoma de alarma: 13.5% melena, 10.21% hematoquezia, 19.05% dolor abdominal, 8.65% anemia y 4.6% diarrea. La prevalencia de síntomas de alarma fue del 34.57% en sujetos entre 50 y 75 años y 25.97% en sujetos mayores de 75 años [OR 2.45 (2.34-2.57) $p<0.0001$]. Dicha proporción se mantuvo significativamente más alta luego de ajustar por edad, sexo y antecedentes familiares de cáncer colorrectal [OR 1.55 (1.37-1.74), $p=0.0001$].

Conclusiones: Identificamos que una proporción significativamente elevada de sujetos menores de 50 años presentan algún síntoma de alarma por el que ameritaría realizar algún procedimiento de pesquisa de cáncer colorrectal.

PÓSTER

Código: 0152

LA PHMETRIA INALÁMBRICA PROLONGADA MEJORA EL RENDIMIENTO DIAGNÓSTICO EN LOS PACIENTES CON SÍNTOMAS DE REFLUJO CON PH IMPEDANCIOMETRÍA DE 24HS EN EL ÁREA GRIS

Modalidad: Resúmenes Científicos - G

Unidad Temática: a) GASTROENTEROLOGÍA 1. Esófago 1.1. Enfermedad por reflujo

HASHIMOTO FUNADA, Mónica Giselle Harumi(1) | PISKORZ, María Marta(1) | WONAGA, Andres(1) | OLMOS, Juan Ignacio (1) | ARGÜERO, María Julieta(2) | GUZMAN, Mauricio(3) | TÉVEZ, Adriana Elizabeth(1) | GONZÁLEZ BALLERGA, Esteban(1) | OLMOS, Jorge Atilio(1)

HOSPITAL DE CLINICAS JOSE DE SAN MARTIN (1); HOSPITAL ITALIANO DE BUENOS AIRES (2); HOSPITAL SAN MARTIN (3)

Introducción: El tiempo de exposición ácida (TEA) <4 % en la monitorización ambulatoria del reflujo descarta definitivamente el reflujo gastroesofágico ácido patológico, mientras que el TEA >6 % indica reflujo patológico según el Consenso de Lyon, dejando el TEA entre el 4 y el 6 % en el área gris. Se cree que la monitorización del pH con cápsula inalámbrica prolongada (cápsula Bravo) aumenta el rendimiento diagnóstico de la enfermedad por reflujo gastroesofágico (ERGE), al superar la variabilidad diaria y correlacionarse con el resultado clínico después del tratamiento, según el fenotipo.

Objetivo/s: -Estimar la proporción de pacientes categorizados como ERGE o no ERGE en la población área gris de TEA medida por cápsula Bravo. -Evaluar la respuesta al tratamiento según el fenotipo. -Evaluar la tolerancia y la interferencia en las actividades diarias de la monitorización de pH con cápsula inalámbrica en comparación con la impedanciometría/pH de 24 horas.

Material (pacientes) y métodos: Incluimos prospectivamente a 19 pacientes ≥ 18 años años, con síntomas típicos de reflujo persistentes a pesar de la supresión ácida, a los que se les realizó un estudio de pH impedanciometría de 24 horas sin inhibidores de la bomba de protones (IBP) y cuyo TEA estaba entre 4-6%. Se excluyeron los pacientes con cirugía previa del intestino, trastorno mayor de la motilidad esofágica o pruebas de impedanciometría incompletas. Se realizó la cápsula de pHmetría inalámbrica Bravo sin IBP de 96 hs. Los pacientes fueron categorizados en ERGE (2 ó más días con TEA > 6%) y sin ERGE (4 días con TEA <4%). Se estableció un tratamiento en base a estas categorías y se realizó el cuestionario GERDq al inicio y a las 8 semanas de tratamiento.

Resultados: La edad media fue de 52 años (RIC 38-61), (F=63%). Un paciente (5%) fue excluido por registro incompleto (sólo 48hs). De los 18 pacientes restantes, 9 (50%) fueron categorizados como ERGE, 4 (22%) como no ERGE y 5 (28%) continuaron siendo indeterminados. Tabla 1. En total, la cápsula Bravo pudo categorizar al 72 % de los pacientes en el área gris. Los pacientes con ERGE mostraron una respuesta adecuada tras la optimización del tratamiento con IBP. Los pacientes sin ERGE presentaron respuesta adecuada tras la terapia de neuromodulación. El 53% (n=10) de los pacientes reportaron síntomas de incomodidad la mayor parte del tiempo durante la prueba de impedanciometría/pH de 24 horas y el 42% (n=8) reportaron interferencia de moderada a severa en sus actividades diarias. Por otro lado, durante el monitoreo con cápsula Bravo, el 89% (n=17) reportó síntomas leves o no molestos, y el 68% (n=13) no reportó interferencia en sus actividades diarias, y sólo el 26% (n=5) informó una leve interferencia.

Conclusiones: La cápsula Bravo pudo categorizar a más del 70% de los pacientes en una población con TEA en el área gris. El cambio fenotípico del paciente se correlacionó con una mejora en la respuesta al tratamiento. La cápsula Bravo mostró una buena tolerancia en la mayoría de los pacientes.

PÓSTER

Código: 0201

EVALUACION DE FACTORES DE RIESGO ATEROGENICO EN PACIENTES CON ENFERMEDAD CELIACA ANTES Y DESPUES DE UNA DIETA LIBRE DE GLUTEN

Modalidad: Resúmenes Científicos - G

Unidad Temática: a) GASTROENTEROLOGÍA 3. Intestino delgado 3.2. Enfermedad celíaca

CERNADAS, Gustavo(1) | TETZLAFF, Walter F.(2) | DEVOTO, Anabela Y. (1) | LASA, Juan(1) | DAVICO, Belen(2) | LOZANO CHIAPPE, Ezequiel(2) | MARTIN, Maximiliano(2) | BALLERINI, María Gabriela(2) | GÓMEZ ROSSO, Leonardo(2) | BRITES, Fernando(2) | BOERO, Laura(2)

CENTRO DE EDUCACIÓN MÉDICA E INVESTIGACIONES CLÍNICAS "NORBERTO QUIRNO" (CEMIC) (1); DEPTO. BIOQUÍMICA CLÍNICA INSTITUTO DE FISIOPATOLOGÍA Y BIOQUÍMICA CLÍNICA (INFIBIOC)-FFYB-UBA (2)

Introducción: La enfermedad celíaca (EC) es una patología autoinmune crónica desencadenada por la ingesta de gluten en individuos genéticamente predispuestos. Aunque afecta principalmente al intestino delgado, la EC también se asocia con un amplio espectro de manifestaciones extraintestinales, incluida la enfermedad cardiovascular (ECV). Una dieta libre de gluten (DLG) es actualmente el único tratamiento médico disponible.

Objetivo/s: En pacientes adultos con EC: 1) evaluar la presencia de factores de riesgo y biomarcadores de aterosclerosis en comparación con sujetos controles, y 2) evaluar el efecto de la DLG luego de 12 meses de tratamiento de los mismos.

Material (pacientes) y métodos: Se incluyeron 10 pacientes con EC de reciente diagnóstico, entre 19 y 65 años, y un grupo control pareado por sexo y edad. El diagnóstico de EC se realizó por serología específica positiva y biopsia del intestino delgado. Luego de efectuado el diagnóstico, los pacientes iniciaron un tratamiento con DLG durante 12 meses. Antes y después del tratamiento, se evaluaron parámetros bioquímicos generales, actividad de enzimas hepáticas, niveles de ácido fólico,

e indicadores de resistencia insulínica, del metabolismo del hierro y del proceso inflamatorio general (proteínas C reactiva ultrasensible, PCRus) y específico vascular (fosfolipasa A2 asociada a lipoproteínas, Lp-PLA2). También, se determinaron el perfil lipoproteico y los niveles de ácidos grasos no esterificados.

Resultados: Los adultos con EC mostraron mayor actividad de las enzimas aspartato aminotransferasa (ASAT) y alanina aminotransferasa (ALAT) ($p < 0,05$), mayor concentración de insulina y mayor índice HOMA ($p < 0,05$), niveles más elevados de PCRus y de ácidos grasos no esterificados ($p < 0,05$), menores concentraciones de transferrina, de ferritina ($p < 0,01$) y de ácido fólico ($p < 0,001$), no observándose diferencias en el perfil lipoproteico en comparación con los controles. Luego de 12 meses de DLG, los pacientes presentaron menor actividad de ASAT y ALAT, niveles de insulina más bajos y menor índice HOMA ($p < 0,05$), menores niveles de ácidos grasos no esterificados y de PCRus, ($p < 0,05$), mayores niveles plasmáticos de hierro, transferrina, ferritina ($p < 0,001$), triglicéridos, C-HDL y apo B ($p < 0,05$), y un aumento en la actividad de Lp-PLA2 ($p < 0,05$) con respecto al estado basal.

Conclusiones: Los pacientes con EC mostraron resultados compatibles con compromiso hepático, presencia de resistencia insulínica, inflamación sistémica y alteraciones del metabolismo del hierro asociado a disminución de ácido fólico, atribuible a la malabsorción de nutrientes. La DLG durante 12 meses corrigió las alteraciones detectadas en el estado basal y generó cambios en el perfil lipoproteico y en la enzima Lp-PLA2, alguno de los cuales resultan proaterogénicos y otros cardioprotectores, probablemente como resultado de la composición de la dieta, más allá de la ausencia de gluten.

PÓSTER

Código: 0054

EXPERIENCIA EN EL MANEJO CON BIOLÓGICOS EN ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL EN UN CENTRO MONOVALENTE DE MAR DEL PLATA

Modalidad: Resúmenes Científicos - G

Unidad Temática: a) GASTROENTEROLOGÍA 4. Colon y recto 4.1. Enfermedad Inflamatoria Intestinal

QUINES, Solange | DOLAN, Martin | MICONI, Diego Gabriel | JURY, Gaston | RAMACIOTTI, Gonzalo | MANZOTTI, Leandro Nicolás | AMIEVA, Leandro | NALDERMAN, Diego | SAYANES, Victoria | LOPEZ FAGALDE, Rafael | RUIZ, Nicolas

CENTRO DE ESTUDIOS DIGESTIVOS

Introducción: Las terapias biológicas son una herramienta esencial en el tratamiento de la Colitis ulcerosa (CU) y Enfermedad de Crohn (EC), teniendo como objetivos principales lograr la remisión clínica, endoscópica y libre de esteroides, reduciendo hospitalizaciones, cirugías, traduciéndose en una mejora significativa en la calidad de vida.

Objetivo/s: Describir nuestra experiencia en el tratamiento biológico en CU y EC, evaluando indicaciones, evolución, respuesta y eventos adversos graves con el objetivo de contribuir al conocimiento del tratamiento de las Enfermedades Inflamatorias Intestinales (EII).

Material (pacientes) y métodos: Estudio observacional descriptivo, retrospectivo realizado en el Centro de Estudios Digestivos, utilizando como fuente la base de datos de pacientes adultos con EII, desde 2014 hasta la actualidad. Se evaluaron distintas variables, como edad, sexo, tipo de enfermedad, características clínicas y fenotípicas, indicaciones, respuestas y eventos adversos graves a los distintos tratamientos.

Resultados: De un total de 350 pacientes, 18% recibieron biológicos. 54% sexo femenino, edad promedio 43.5 años. El 36,5% EC, 62% CU y 0,5% Colitis indeterminada. Promedio de años con diagnóstico de la enfermedad fue de 7,2 y de utilización de biológicos de 3 años. La principal indicación fue el fallo al corticoide e inmunomodulador. En lo que respecta al fenotipo en la CU el 64% era Mayo 2. En la EC, el 56% presentaban una localización L2, y el patrón B1 en el 74%, 14% presentaba enfermedad perianal. El 39% de los pacientes con EC tenían factores predictivos de mal pronóstico al diagnóstico. Con respecto al tratamiento, el 74,4% con CU y el 95,7% con EC, uso de primera línea anti TNF. El 70% con CU y el 65% en EC lograron respuesta clínica y endoscópica después de recibir el primer tratamiento biológico. Sin embargo, el 23% de los pacientes con CU y el 39% de los pacientes con EC requirieron un segundo biológico con distinto mecanismo de acción. El segundo agente más utilizado en CU y en EC fue el ustekinumab. El 3% requirió tercera línea de tratamiento. Referente a la indicación de cirugía, el 12,7% requirió intervención. El 62% en EC, y la principal indicación fue la falta de respuesta al tratamiento (40%).

Conclusiones: Los biológicos son una herramienta efectiva en la EII, en distintos escenarios. Los anti TNF- α fueron los más utilizados con una tasa de respuesta adecuada en la mayoría de los pacientes. Sin embargo, un porcentaje significativo requirieron estrategias diferentes por falta o pérdida de respuesta. Es importante destacar la necesidad de profundizar la investigación en factores predictivos de respuesta para seleccionar las estrategias de tratamiento acorde a las características individuales para optimizar las respuestas.

PÓSTER

Código: 0265

TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DEL LINFOMA GÁSTRICO PRIMARIO

Modalidad: Resúmenes Científicos - G

Unidad Temática: a) GASTROENTEROLOGÍA 2. Estómago - duodeno 2.3. Neoplasia CUENCA ABENTE, Federico | ITHURRALDE ARGERICH, Javier | KUJTA, Nadia | PUMA CHOQUE, Rolando Sebastián | ROSNER, María Laura

HOSPITAL DE GASTROENTEROLOGÍA DR. B. UDAONDO

Introducción: El linfoma gástrico primario es un tumor poco frecuente que representa el 5% de las neoplasias gástricas. Su agresividad varía según el tipo histológico, desde linfomas indolentes de bajo grado, como el linfoma de tejido linfoide asociado a mucosas (MALT), hasta linfomas muchos más agresivos, como los linfomas difusos de células B grandes de alto grado.

Objetivo/s: Evaluar características clínicas de los pacientes operados por linfoma gástrico primario en nuestra institución.

Material (pacientes) y métodos: Se evaluaron retrospectivamente las historias clínicas de todos los pacientes tratados quirúrgicamente por linfoma gástrico primario en nuestra institución desde 2009 al 2021. Se revisaron datos epidemiológicos (edad al diagnóstico, sexo), datos morfológicos de la pieza quirúrgica (localización, tamaño del tumor, presencia de gastritis crónica, úlcera, Helicobacter pylori) y las características clínicas de los pacientes (síntomas, nivel de LDH). Además, se recopilaron datos de estudios complementarios (VEDA y TC) así como datos del tipo de tratamiento empleado y datos de seguimiento. Se utilizó la clasificación de Lugano para determinar el estadio de la enfermedad.

Resultados: Del 2009 al 2021 fueron tratados en nuestra institución 79 pacientes por linfoma gástrico primario. Sólo 7 pacientes requirieron un tipo de intervención quirúrgica (9%). La edad media al momento del diagnóstico fue de 60 años. Predominó el sexo masculino (6/7). Según la clasificación de Lugano, el estadio I fue el más frecuente (43%), seguido por el estadio IIE (28%). En cuanto a los síntomas, el dolor abdominal y el descenso de peso estuvo presente en todos los pacientes (100%), otros síntomas fueron los vómitos (57%) y el sangrado gastrointestinal (43%). Se realizó videoendoscopia alta (VEDA) preoperatoria en todos los pacientes (100%). En 3 pacientes la lesión ocupó todos los segmentos del estómago (linitis), en otros 3 pacientes la lesión ocupó dos segmentos del estómago (cuerpo y antro) y en sólo 1 paciente se localizó en 1 segmento del estómago (cuerpo). En todos los pacientes se tomó biopsia para la detección de H. Pylori, en 4 fue positiva y recibieron tratamiento erradicador. El linfoma difuso de células B grandes (LDCBG) fue el subtipo más frecuente (85%), 1 paciente (15%) presentó linfoma de Burkitt.

Conclusiones: El tratamiento quirúrgico del linfoma gástrico primario posterior a la quimioterapia es poco frecuente. La indicación más común en nuestro grupo de pacientes fue el síndrome pilórico. La respuesta patológica completa se observó en el 80% de los pacientes tratados con quimioterapia seguida de cirugía.

PÓSTER

Código: 0074

EL DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DE LA ILEITIS COMO DESAFÍO CLÍNICO

Modalidad: Casos Clínicos - G

Unidad Temática: a) GASTROENTEROLOGÍA 3. Intestino delgado 3.5. Miscelánea

MARTÍNEZ FLOREZ, Laura | ITURRALDE, Omar | MORENO, María Laura | BABABAN, Ezequiel | BOGLIETTI, Carlo | PORTILLO, Matías Joaquín | CARRARO, María Cecilia | CERIANI, Sergio | PATERNO, Mauricio | SPEISKY, Daniela | FLEITAS RUMAK, Walter

HOSPITAL DE GASTROENTEROLOGÍA DR. B. UDAONDO

Introducción: La Enfermedad de Crohn (EC) es causa de ileítis. Debe diferenciarse de patologías de origen infeccioso (TBC/MAl/histoplasmosis), infiltrativo (sarcoidosis/amiloidosis) y neoplásico. El diagnóstico diferencial entre la EC y la TBC abdominal (TA) es un desafío. En la TBC intestinal las lesiones pueden ser ulcerativas, hiperróficadas o mixtas. La inflamación crónica lleva a la fibrosis, estenosis o formación de masas (tuberculomas) dando lugar a obstrucción intestinal (OI) o perforación. Se presenta con fiebre, sudoración nocturna, dolor abdominal, masa palpable, diarrea, y/o sangrado. Son hallazgos a favor de la EC: lesión perianal, úlceras longitudinales/afoides, apariencia en empedrado, afectación de segmento largo, signo del peine, lesiones salteadas, engrosamiento simétrico y concéntrico de la pared con proliferación fibroadiposa del mesenterio y microgranulomas. A favor de TA: ascitis, úlceras transversales, válvula ileocecal (VIC) entreabierta, granulomas grandes, confluentes y múltiples, en la submucosa con necrosis de caseificación central, compromiso de segmento corto y ganglios linfáticos grandes necróticos. La típica caseificación, los granulomas y los BAAR están presentes en menos de 30% de los casos. La PCR proporciona un diagnóstico rápido con sensibilidad de 40 a 75%. El cultivo sigue siendo la prueba de oro.

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

Material (pacientes) y métodos: Se presenta una paciente femenina de 16 años que ingresa por distensión abdominal, fiebre y pérdida de peso de 12 kg en 2 meses. Antecedentes de Síndrome de Down y enfermedad celíaca desde la infancia. Al ingreso afebril, adelgazada, palidez cutáneo mucosa, abdomen distendido, blando, depresible no doloroso, sin defensa ni reacción peritoneal. Laboratorio: Hto 26%; Hb 8 g%, albumina 1.6 g/dl, VSG 130 mm3, PCR 15 mg/dl y leucocitosis. Se inicia nutrición enteral (NE). La enteroTC informó plastrón inflamatorio que involucraba íleon terminal y ciego con engrosamiento, deformación parietal y estenosis segmentaria, adenopatías mesentéricas y líquido intersticial (1) La VEDA y biopsia duodenal fueron normales. La VCC mostró la región proximal a la VIC friable con úlceras superficiales. En el ciego disminución del calibre de la luz, pérdida del patrón vascular,

congestión y úlceras superficiales con fibrina, algunas transversales con rigidez a la toma de biopsias. AP: ileocolitis crónica ulcerada con granuloma no necrotizante mal conformado. La punción percutánea guiada por ecografía de adenomegalia superficial necrosada mostró tejido inflamatorio e imagen sugestiva de fibra vegetal, que hizo sospechar perforación intestinal. Se decide cirugía con resección ileocolónica e ileostomía. Hallazgos: serosa con múltiples formaciones micronodulares, adenopatías mesentéricas e íleon acodado con adherencia firme interesas y áreas abscedadas. Engrosamiento parietal difuso de 2 cm de espesor que estenosa colon y VIC. AP: proceso inflamatorio crónico granulomatoso necrotizante con compromiso transmural, del tejido adiposo, ganglios linfáticos y epiplón con aislados BAAR+, técnicas de PAS y Grocott negativas. Se concluye: TA intestinal, peritoneal y ganglionar sin compromiso pulmonar. Se indican tuberculostáticos y se otorga alta con NE.

Resultados: La clínica, las imágenes, endoscopia, histología y cultivos, en su conjunto, son necesarios para el diagnóstico de las ileítis. En nuestro caso se requirió una cirugía y la pieza quirúrgica, permitió llegar al diagnóstico.

Conclusiones: Conocer la causa específica de las ileítis es de importancia para establecer el tratamiento. Se requieren nuevos biomarcadores para diferenciar EC y TA.

PÓSTER

Código: 0028

IMPACTO DE LA TELEMEDICINA EN EL MANEJO DE LA ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL EN UN CENTRO DE REFERENCIA

Modalidad: Resúmenes Científicos - G

Unidad Temática: a) GASTROENTEROLOGÍA 4. Colon y recto 4.1. Enfermedad Inflamatoria intestinal

CANDEL, Ivanna | ROHWAIN, María José | TIRADO, Pablo Ricardo | HUERNOS, Sergio | NEGREIRA, Silvia Mónica | GIL, Anibal Héctor | SAMBUELLI, Alicia

HOSPITAL DE GASTROENTEROLOGÍA DR. B. UDAONDO

Introducción: Las enfermedades inflamatorias intestinales (EII) implican una importante repercusión médica, social y económica, ya que requieren un seguimiento continuo y personalizado. Para afrontar la creciente demanda disponemos de tecnologías de la información y comunicación (TICs) que favorece el cumplimiento terapéutico y la educación de los pacientes, lo que mejora su empoderamiento y reduce las visitas a consultas externas. Suponen una opción prometedora que podría colaborar con el sistema sanitario actual, dando mayor accesibilidad a aquellos pacientes que requieren controles periódicos.

Objetivos: Primario: evaluar evolución clínica de pacientes en remisión, cuantificada con los índices clínicos no invasivos, por TICs vs seguimiento presencial (GrP) estratificados según el diagnóstico y categorizados por la Clasificación de Montreal comparando la proporción de pacientes que presentan recaída clínica.

Material (pacientes) y métodos: Estudio clínico controlado con asignación aleatoria respecto al seguimiento según sea predominantemente presencial o por telemedicina.

Resultados: Se incluyeron 37 pacientes (28 mujeres y 9 varones), se realizaron 199 consultas (resultados parciales) en 20 meses, momento del deadline del congreso. 20 pacientes corresponden al GrP y 17 al grupo telemedicina (GrT). 18 de los 37 pacientes tienen Colitis Ulcerosa (CU) (48,6%) y 19 pacientes tienen Enfermedad de Crohn (EC) (51,3%). Las comparaciones del score de satisfacción evidenciaron una tendencia hacia la diferencia significativa al final del seguimiento, en la semana 52 ($p=0.0881$), en la atención por GrT vs semana 0 del mismo grupo. Los demás test no detectaron diferencias significativas entre el inicio del protocolo y semanas 12, 24, 52 como entre las dos modalidades. Los pacientes que abandonaron el protocolo (4/20 grupo presencial, 20%, y 2/17 en el grupo TICs, 11.7%), fue numéricamente mayor en GrP, aunque no significativa.

Conclusiones: El score de satisfacción en el GrT fue mayor al final del seguimiento (semana 52) vs el inicio, sugiriendo que los pacientes seguidos por TICs presentaban una mayor satisfacción de atención al finalizar el seguimiento. El resto de las variables no presentaron diferencias significativas lo que nos lleva a concluir que las TICs suponen una opción prometedora que podría colaborar con el sistema sanitario actual, dando mayor accesibilidad a aquellos pacientes que requieren controles periódicos.

PÓSTER

Código: 0185

NUESTRA EXPERIENCIA EN ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL PEDIÁTRICA

Modalidad: Resúmenes Científicos - G

Unidad Temática: a) GASTROENTEROLOGÍA 4. Colon y recto 4.1. Enfermedad Inflamatoria intestinal

KELLER, María Eliana | HIDALGO, Pilar | RAMACCIOTTI, Gonzalo | CHERI-CHETTI, María | SCARAFONI, Sandra Isabel

HOSPITAL INTERZONAL ESPECIALIZADO MATERNO INFANTIL TETAMANTI DE MAR DEL PLATA

Introducción: La enfermedad inflamatoria intestinal (EII) comprende: enfermedad de Crohn (EC), colitis ulcerosa (CU) y EII no clasificada. Todas ellas afectan crónicamente al tracto gastrointestinal. Puede presentarse a lo largo de toda la edad pediátrica, siendo más frecuente en la segunda década de la vida. Los pacientes diagnosticados se verán enfrentados de por vida a los efectos y consecuencias de una enfermedad crónica.

Objetivos: Analizar los pacientes diagnosticados con Enfermedad Inflamatoria Intestinal en dos centros gastroenterológicos pediátricos de la ciudad de Mar del Plata.

Material (pacientes) y métodos: Estudio retrospectivo, descriptivo y observacional de pacientes de 0 a 15 años con diagnóstico de EII, basado en los Criterios de Porto, entre 2011 y 2022. Se realizó la revisión de historia clínicas para describir formas de presentación, edad al diagnóstico, caracterización, severidad, endoscopia, imágenes y estrategias terapéuticas.

Resultados: Incluimos 27 pacientes con una relación mujer-varón de 1.4. El 74 % tuvieron diagnóstico de colitis ulcerosa (CU), el 11 % de Enfermedad de Crohn (EC) y el 15% de EII no clasificada. Uno de estos pacientes evolucionó a EC. Al diagnóstico el 74 % tenía más de 10 años y 2 pacientes (7.4%) se presentaron como VEO IBD. El tiempo medio de demora diagnóstica fue de 6 meses, sin embargo en el 33% se arribó al diagnóstico antes de los 3 meses. El 75% de las CU debutaron con colitis extensa con un índice de actividad leve o moderado. Más del 60% se presentó con dolor abdominal y deposiciones con sangre. La triada clásica de diarrea crónica, pérdida de peso y dolor abdominal se presentó en un 37 %. De nuestros pacientes con EC la totalidad presentó alteración del crecimiento y 2 debutaron con enfermedad perianal. La manifestación extra intestinal más frecuente, siempre asociada a CU, fue la enfermedad hepática (18.5 %). Se realizó Endoscopia alta y baja en el 100 % de los pacientes con biopsias escalonadas, Enterorresonancia en el 70 % y resonancia de pelvis en los pacientes con enfermedad perianal. El 100% de las calprotectinas solicitadas al diagnóstico fueron patológicas, siendo el 70% mayor a 1000 ug/g. Todos los pacientes con CU recibieron salicilatos y el 70% recibió corticoterapia. El 65.6% requirieron escalar tratamiento. Todos los pacientes con EC recibieron Anti Factor de Necrosis tumoral y tiopurinas. Ningún paciente requirió cirugía y no se registró mortalidad.

Conclusiones: En concordancia con la bibliografía de nuestra región, encontramos predominio del diagnóstico durante la adolescencia, mayor frecuencia de CU, coincidiendo además la extensión y forma de presentación. Con respecto a EC, debido a escasa casuística, solo podemos resaltar que todos los pacientes tuvieron retraso en el crecimiento con necesidad de optimización y combinación de estrategias terapéuticas para una mejor respuesta.

PÓSTER

Código: 0229

ENFERMEDAD DE CROHN CON COMPROMISO EXTENSO Y MANIFESTACIONES EXTRAINTESTINAL: CASO CLINICO POCO FRECUENTE

Modalidad: Casos Clínicos - G

Unidad Temática: a) GASTROENTEROLOGÍA 4. Colon y recto 4.1. Enfermedad Inflamatoria intestinal

LASA, Juan | MARTINEZ, Soledad | DEVOTO, Anabela | MOORE, Rafael | CER-NADAS, Gustavo

CENTRO DE EDUCACIÓN MÉDICA E INVESTIGACIONES CLÍNICAS "NORBERTO QUIRNO" (CEMIC)

Introducción: La enfermedad de Crohn (EC) es una enfermedad inflamatoria intestinal (EII) crónica de etiología desconocida asociada a una respuesta inmunológica alterada que cursa con períodos de actividad y remisión. Puede afectar a cualquier tramo del tracto gastrointestinal y caracterizada por presentar compromiso transmural y segmentario. La localización puede ser ileal (40%), colon (30%), ileocolónica (20%) y menos frecuente tracto digestivo superior (4%). Las manifestaciones extra-intestinales (MEI) son menos frecuentes aún en estos pacientes.

Objetivos: Se presenta el caso de un paciente con un compromiso extenso de tracto gastrointestinal asociado a pioderma gangrenoso y epiescleritis como manifestación intestinal.

Material (pacientes) y métodos: Paciente femenina de 73 años con antecedentes de EC ileocolónica con 5 años de evolución desde debut diagnóstico y sin tratamiento por mala adherencia al mismo. Ingresó por cuadro de disfgia progresiva asociado a lesión nodular eritematosa, ulcerada en miembro inferior izquierdo y ardor ocular bilateral. Presentaba diarrea asociada con mucorrea, dolor abdominal; en los análisis, leucocitosis (12500 GB/mm³), proteína C reactiva de 1,2 mg/dl y calprotectina en materia fecal >1000 ug/gr. Se realiza Videoescopia digestiva alta (VEDA) evidenciando compromiso esofágico en toda su extensión con mucosa erosiva asociada a múltiples úlceras profundas con fondo de fibrina, puentes mucosos y escasos islotes de mucosa conservada interpuestos. También se realiza videocolonoscopia (VCC) observando compromiso de íleon terminal con erosiones y úlceras en sacabocado, deformación de válvula ileocecal, ciego y colon ascendente con mucosa congestiva y erosiones compatible con reactivación de su enfermedad de base (Score SES-CD: 20). Se toman biopsias escalonadas en ambas endoscopias obteniendo los siguientes resultados, VEDA y VCC: proceso inflamatorio crónico en actividad con infiltrado linfoplasmocitario, polimorfonucleares y ausencia de displasia. También se realiza cultivo y PCR-CMV de las biopsias obteniendo resultado negativos. A su vez, se realizan biopsias de la lesión ulcerada de miembro inferior informando tejido de granulación, inflamatorio, inespecífico abundantes neutrófilos compatible Pioderma Gangrenoso.

Resultados: Se inicia tratamiento corticoideo sistémico con meprednisona 40 mg/d asociado a Infliximab. Luego de 2 semanas de internación, evoluciona con mejoría clínico-sintomática y reversión tanto de las lesiones del tracto intestinal evaluado por endoscopías control. Así mismo, se evidencia adecuada respuesta y curación de compromiso cutáneo y ocular.

Conclusiones: A pesar de que la EC se reconoce como una entidad que puede afectar cualquier parte del tracto digestivo, su compromiso gastrointestinal extenso y multiorgánico es poco frecuente. Por ello, existe poca evidencia en relación al seguimiento y tratamiento de estos pacientes. Se realizaron estudios complementarios que descartaron otros diagnósticos diferenciales tales como las infecciones del tubo digestivo como así también las lesiones granuloso-ulcerativas como las de origen infeccioso y/o vascular. En un primer momento, se inició tratamiento antibiótico empírico asociado a corticoides, pero se observó una respuesta clínica parcial. Sin embargo, evolucionó favorablemente cuando comenzó el tratamiento con esteroides asociados a un inmunomodulador luego del correcto diagnóstico. El caso presentado es un ejemplo de respuesta a tratamiento con Infliximab, de acuerdo con su buena eficacia ya demostrada para el tratamiento de manifestaciones extraintestinales, principalmente cuando el compromiso es musculoesquelético, cutáneo u ocular.

PÓSTER

Código: 0182

COLECISTITIS RELACIONADA A IGG4 AISLADA

Modalidad: Casos Clínicos - G

Unidad Temática: a) GASTROENTEROLOGÍA 5. Vesícula y vías biliares 5.4. Miscelánea

SCIGLIANO, Facundo Nahuel | PASQUA, Analía Verónica | MAZZA, Oscar | ORTIZ SUÁREZ, Paula Gimena | GONZALEZ, María Laura | MARCOLONGO, Mariano

HOSPITAL ITALIANO DE BUENOS AIRES

Introducción: Si bien en la amplia mayoría de los pacientes con colecistitis se identifica una etiología litiasica, es posible observar otras formas particulares de colecistitis, como la xantogranulomatosa, la eosinofílica, la folicular o la relacionada a IgG4.

Objetivo/s: Comunicar el caso de una paciente con una colecistitis alitiásica de etiología inmunomediada y con una presentación particular.

Material (pacientes) y métodos: Paciente mujer de 56 años, sin antecedentes de relevancia, consultó por cólico biliar recurrente. El laboratorio mostró leucocitosis 11.164 /mm³ y alteración del hepatograma con elevación de transaminasa glutámico pirúvica 124 UI/L, aspartato aminotransferasa 68 UI/L y fosfatasa alcalina 141 UI/L, sin elevación de bilirrubina. La ecografía abdominal reveló engrosamiento de la pared vesicular en forma homogénea, sin litos, compatible con colecistitis alitiásica. Se programó resolución quirúrgica por vía laparoscópica. Durante el procedimiento se constató un importante proceso inflamatorio con adherencia de la pared vesicular al estómago y al duodeno no pudiendo descartarse un proceso neoforativo, por lo que se realizó colecistectomía por laparotomía. El estudio anatomopatológico mostró inflamación con predominio de plasmocitos, patrón de fibrosis aremolinado, endotelitis, endoflebitis y endarteritis obliterante. La inmunohistoquímica reveló la presencia de más de 50 plasmocitos IgG4 positivos por campo de alto aumento y una relación IgG4/IgG mayor de 40%. La paciente evolucionó favorablemente y fue externada. Aunque no presentaba signos o síntomas sugestivos de compromiso de otros órganos, se investigó el compromiso de otros parénquimas. Laboratorio específico dirigido: IgG4 normal, IgG1 e IgE elevadas. PET-TC: sin alteraciones sugerentes de cambios inflamatorios por IgG4. Se interpretó el caso como una colecistitis relacionada a IgG4 aislada. Durante el seguimiento de dos años, la paciente evolucionó sin nuevas evidencias de enfermedad relacionada a IgG4.

Conclusiones: La enfermedad asociada a IgG4 es una condición inflamatoria multisistémica caracterizada por la infiltración de células plasmáticas IgG4 positivas y fibrosis en los órganos afectados. En el sistema digestivo, el páncreas y las vías biliares son los parénquimas más frecuentemente comprometidos en forma de pancreatitis esclerosante linfoplasmocitaria y colangiopatía relacionada a IgG4, respectivamente. El esófago, estómago e intestino pueden verse eventualmente involucrados. La colecistitis relacionada a IgG4 aislada, sin compromiso de otros órganos, es extremadamente infrecuente y, hasta donde conocemos, existen sólo siete casos publicados. Teniendo en cuenta que la enfermedad vinculada a IgG4 puede potencialmente afectar, de manera sincrónica o metacrónica, a cualquier parénquima, será necesario realizar un estudio exhaustivo y un seguimiento de por vida.

PÓSTER

Código: 0220

PREVALENCIA, CARACTERÍSTICAS Y EVOLUCIÓN DE LAS LESIONES QUISTICAS INCIDENTALES EN PÁNCREAS: DATOS DE UN HOSPITAL DE NIVEL TERCIARIO

Modalidad: Resúmenes Científicos - G

Unidad Temática: a) GASTROENTEROLOGÍA 6. Páncreas 6.2. Patología neoplásica

MARTÍNEZ ELHELOU, Solange | TERRASA, Sergio Adrian | PASQUA, Analía Verónica | MARCOLONGO, Mariano

HOSPITAL ITALIANO DE BUENOS AIRES

Introducción: La detección incidental de lesiones quísticas en el páncreas (LQP) está en constante aumento como consecuencia, en parte, del uso masivo de los estudios por imágenes. La prevalencia reportada de las LQP es muy variada. La neoplasia serosa, la mucinosa y la papilar intraductal mucinosa (IPMN) son las más estudiadas y cada una presenta distintos potenciales evolutivos. Mientras algunas son benignas, otras son precursoras de cáncer, por lo cual su correcta caracterización y seguimiento son fundamentales. Teniendo en cuenta este escenario clínico, nos planteamos conocer la prevalencia local y el comportamiento de estas lesiones en nuestro medio.

Objetivos: -Documentar el número absoluto de afiliados adultos en nuestro centro a quienes, entre 2010 y 2020, se les detectó incidentalmente, al menos, una LQP y estimar la prevalencia local de éstas. -Describir las particularidades poblacionales de los pacientes con LQP y las características morfológicas de esas lesiones estudiadas por resonancia de abdomen, colangiografía y ecoendoscopia. -Analizar el seguimiento y el comportamiento de las LQP sometidas a una estrategia de vigilancia.

Material (pacientes) y métodos: Se realizó un estudio descriptivo de cohorte a través de una estricta y anonimizada revisión de historias clínicas.

Resultados: Identificamos un total de 433 pacientes con lesiones quísticas pancreáticas incidentales. De estos, 341 continuaban afiliados al Hospital al 31 de diciembre de 2020, que a esa fecha contaba con 147.708 afiliados activos mayores de 18 años. La prevalencia global de LQP incidentales en adultos era de 2.30 cada 1000 afiliados a finales de 2020. La mayoría de los pacientes eran mujeres y no presentaban antecedentes familiares de cáncer de páncreas. La amplia mayoría de los pacientes presentaron lesiones caracterizadas como IPMN de tipo II. La ecoendoscopia se realizó en situaciones de duda diagnóstica y permitió establecer el tipo de quiste en un mayor número de pacientes comparada con la resonancia. La dilatación del conducto principal y la presencia de nódulo mural fueron los signos morfológicos de alarma más frecuentes. El 71% de los pacientes realizaron vigilancia activa de la LQP y el 4,39% del total fueron operados. La mediana del seguimiento fue de 4,52 años. La cantidad de estudios de seguimiento fue de una mediana de 2 (IIC 0 a 4) para las resonancias (n=425) y de 0 (IIC de 0 a 1) para las ecoendoscopias (n=418). La anatomía patológica de los operados mostró 44% de IPMN con compromiso del conducto principal (mixtos o tipo 1).

Conclusiones: En nuestra cohorte la prevalencia de quistes incidentales en páncreas fue de 2,3%, similar a la publicada en otros estudios. La amplia mayoría de los pacientes presentaron lesiones caracterizadas como IPMN de tipo II. Conocer la historia natural de las distintas LQP permite adoptar las conductas apropiadas.

PÓSTER

Código: 0118

¡NO ES UN GIST!: REPORTE DE CASO Y REVISIÓN DE LITERATURA

Modalidad: Casos Clínicos - G

Unidad Temática: a) GASTROENTEROLOGÍA 2. Estómago - duodeno 2.3. Neoplasia

PORTELLO, Matías Joaquín | DULCICH, Florencia | SPEISKY, Lorena | BALABAN, Ezequiel | GUTIÉRREZ, Ana María | CARRARO, María Cecilia | PUMA CHOQUE, Rolando Sebastián | MARTÍNEZ FLOREZ, Laura | COLQUE, Lorena Vanesa | ACOSTA, Andrea

HOSPITAL DE GASTROENTEROLOGÍA DR. B. UDAONDO

Introducción: Los sarcomas son un grupo heterogéneo de tumores que se diferencian por sus características morfológicas, inmunohistoquímicas (IHQ) y moleculares. La mayoría de las neoplasias mesenquimales del tracto gastrointestinal son tumores del estroma (GIST) siendo marcadores diagnósticos la positividad para CD117 (c-Kit), CD34 y DOG1 en la IHQ. Los leiomiomas (LMS) gastrointestinales son infrecuentes y ocurren en 1.4 casos por cada 100 000 pacientes. Desde el advenimiento de la inmunohistoquímica (IHQ), la incidencia de los LMS ha disminuido significativamente. Se asemejan macroscópicamente e histológicamente a los GIST. Se originan a partir de las células del músculo liso de la muscularis propia o mucosa. Generalmente son de curso insidioso ya que tienen un componente predominante extraluminal. Pueden presentarse por dolor abdominal, pérdida de peso o hemorragia digestiva. Según su localización pueden ocasionar obstrucción al tracto de salida gástrico. Se caracterizan por la presencia de células fusiformes atípicas generalmente con altas tasas de proliferación y positividad para desmina, actina específica de músculo liso (SMA) y vimentina. Aunque la etiología no está clara, la inmunosupresión, el virus de Epstein-Barr y la exposición a sustancias químicas y radiación pueden desempeñar un papel en su patogenia. La endoscopia puede presentar una mucosa superficial normal o ulcerada. La ecoendoscopia, por su parte, ha demostrado tener una alta sensibilidad diagnóstica (97%) y permite obtener biopsias profundas

Objetivo/s: Presentar un caso de LMS gástrico, un tumor extremadamente raro, con escasas publicaciones y dar a conocer su manejo en nuestra institución

Material (pacientes) y métodos: Paciente de sexo femenino de 63 años de edad, con antecedentes de esquizofrenia. Refiere cuadro clínico de 4 meses de evolución caracterizado por anemia, epigastralgia y pérdida de peso (20% del peso corporal total). VEDA: lesión ulcerada, infiltrante, de 15 cm de diámetro en cuerpo gástrico con extensión a techo. TC tórax, abdomen y pelvis: engrosamiento tumoral de la pared gástrica que afecta cuerpo y techo, ocupa la convexidad subfrénica y contacta y desplaza ampliamente al parénquima pancreático. Se ajusta plan de alimentación. En ateneo multidisciplinario se decide conducta quirúrgica. Se realiza gastrectomía

total con esplenopancreatectomía distal (imagen 1). Anatomía patológica: leiomiomas gástrico ulcerado con infiltración de todo el espesor parietal incluyendo la serosa, sin invasión linfocelular. IHQ: SMA y Desmina + (imagen 2), siendo negativa para CD34, CD 117, DOG1 y S100; Ki67 80%, interpretándose como LMS gástrico de alto grado (estadificación patológica: pT3; pN0; estadificación histológica: grado 2), con márgenes quirúrgicos libres.

Resultados: Los LMS presentan mal pronóstico con una sobrevida baja. El tipo de cirugía depende del tamaño y la localización del tumor, y comprende desde una resección en cuña hasta una gastrectomía total con resección en bloque en caso de invasión de órganos adyacentes. Los márgenes de resección afectan directamente el pronóstico. No se recomienda la linfadenectomía sistemática ya que la afectación ganglionar es rara (<1%) debido a la predilección por la diseminación hematogena

Conclusiones: El LMS gástrico es un tumor raro. El diagnóstico se basa en el examen histológico y la IHQ, por se recomienda la validación por un patólogo experto. Es necesario diferenciarlos con precisión de los GIST debido a su diferente tratamiento. Es fundamental contar con un equipo multidisciplinario para la toma de decisiones. La cirugía en bloque continúa siendo el tratamiento estándar y la única opción curativa para los LMS localizados.

PÓSTER

Código: 0085

ISQUEMIA GÁSTRICA AGUDA COMO CAUSA INFRECUENTE DE HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA: REPORTE DE UN CASO

Modalidad: Casos Clínicos - G

Unidad Temática: a) GASTROENTEROLOGÍA 2. Estómago - duodeno 2.6. Miscelánea

PALMA, Agustina | MARIN, Pablo Nicolas | MARLETTA, Emilia | TUFARE, Francisco Mario

HIGA SAN MARTÍN LA PLATA

Introducción: La isquemia gástrica es una patología poco frecuente debido al abundante suministro vascular que posee el estómago. Esta entidad presenta múltiples agentes causantes: insuficiencia vascular, causas mecánicas o como complicación de procedimientos terapéuticos. Se debe sospechar en pacientes con inestabilidad hemodinámica asociado a hemorragia digestiva alta y, en forma crónica, en pacientes que se presentan con dolor en hemiabdomen superior, distensión abdominal, pérdida de peso, náuseas y vómitos. La tomografía computarizada, la angiografía y la endoscopia digestiva alta son las principales herramientas diagnósticas. Los hallazgos sugestivos de isquemia gástrica en la tomografía son la neumatosis gástrica y gas en la vena porta. La endoscopia digestiva alta permite confirmar el diagnóstico, evaluar la gravedad y extensión de la isquemia como así también descartar otras patologías. Dentro de los hallazgos podemos encontrar mucosa gástrica congestiva, eritematosa o pálida con pérdida del patrón vascular, erosiones o ulceraciones superficiales difusas y/o necrosis franca. Menos frecuente, se han descrito casos de gastritis hemorrágica de origen isquémico que da a la mucosa aspecto en "piel de leopardo". El papel del estudio histológico es muy limitado, encontrándose frecuentemente gastritis inespecífica. El tratamiento consiste en reanimación con líquidos, colocación de sonda nasogástrica para descompresión gástrica, reposo enteral, antibiotioterapia endovenosa de amplio espectro e inhibidores de la bomba de protones. Si es necesaria la cirugía, ya sea por hemorragia digestiva refractaria a tratamiento médico y/o endoscópico o perforación por necrosis de la pared gástrica, la técnica utilizada es la gastrectomía total o subtotal con reconstrucción de la continuidad gastrointestinal.

Objetivo/s: presentación de un caso clínico de isquemia gástrica aguda asociada a hipoperfusión sistémica por shock séptico

Material (pacientes) y métodos: Masculino de 16 años de edad cursando internación en sala de clínica médica para tratamiento de leucemia mieloide aguda de reciente diagnóstico en esquema de inducción con citarabina más antraciclina y antibiotioterapia por bacteriemia por SAMS. Durante su internación intercorre con deterioro del sensorio, hematoquecia y caída del hematocrito de diez puntos asociado a plaquetopenia, neutropenia e inestabilidad hemodinámica con requerimientos de vasopresores, por lo que se realiza endoscopia digestiva alta donde se evidencia en fondo y cuerpo gástrico compromiso extenso de la mucosa con áreas petequiales y esfacelo epitelial, con leve sangrado al roce. En antro se observa mucosa pálida con escasas petequias (Fig. 1). Mucosa esofágica y duodenal sin lesiones ni sangrado. Se interpreta dicho cuadro como isquemia gástrica secundaria a hipoperfusión por probable shock séptico en contexto de paciente inmunocomprometido por tratamiento de su enfermedad de base, por lo que se comienza terapia con bomba de infusión continua de inhibidores de la bomba de protones, colocación de sonda nasogástrica, se amplía esquema antibiótico y se realiza transfusión de hemoderivados. El paciente evoluciona desfavorablemente con posterior deceso

Conclusiones: La isquemia gástrica es una entidad infrecuente, con muy pocos casos reportados en la literatura. Se asocia a una gran variedad de factores causales que conllevan a disminución del flujo sanguíneo de dicho órgano. El espectro clínico de la enfermedad es muy variable, siendo uno de ellos la hemorragia digestiva. Las imágenes transversales y la endoscopia juegan un papel importante en el diagnóstico y evaluación de la gravedad. A pesar del manejo agresivo y la atención óptima, la isquemia gástrica tiene un mal pronóstico en general.

PÓSTER

Código: 0226

TRASTORNO EOSINOFÍLICO: FORMA INUSUAL DE PRESENTACIÓN

Modalidad: Casos Clínicos - G

Unidad Temática: a) GASTROENTEROLOGÍA 2. Estómago - duodeno 2.6. Miscelánea

KELLER, María Eliana | HIDALGO, Pilar | GOÑI, Luciana | FERNANDEZ, Nadia | CLAUDIA, De Agostino | MAURI, Luciana

CLÍNICA DEL NIÑO Y LA MADRE . MAR DEL PLATA

Material (pacientes) y métodos: Paciente de sexo femenino de 22 meses que comienza 10 días previos al ingreso con vómitos, agrega diarrea, empeoramiento del estado general y edemas generalizados por lo cual se interna en UTIP. Antecedentes personales y familiares sin relevancia. A los 8 m inicia cruce de Pc de peso sin síntomas digestivos. Niega antecedentes de patología respiratoria u otra infecciones. Recibe alimentación con pecho materno y dieta general para edad. Al ingreso se presenta afebril, en mal estado general, desnutrida, con edemas generalizados, ascitis y derrame pleural. En la analítica de laboratorio presento anemia leve, sin detectar linfopenia ni eosinofilia, proteinuria negativa, función hepática y renal normal. Serología para EC negativa. Hipoalbuminemia severa. Hipocalcemia, hipokalemia. Coproparasitológico, coprocultivo y toxina para Clostridium difficile negativa. PPD normal. IgE específica para PLV y trigo clase 0. Clearance de a1 AT elevado. Serologías virales negativas. Evaluación por cardiología, inmunología y hematología normal. Con sospecha de APLV severa inicia NEC con formula elemental. Presenta regular evolución, con persistencia de la diarrea, intolerancia oral, distensión abdominal y presencia de niveles hidroaéreos. Se indica ayuno, nutrición parenteral, VEDA y VCC. VEDA: esófago normal, cuerpo, antro gástrico y bulbo con mucosa de aspecto nodular y microerosiones cubiertas por fibrina. Duodeno normal. VCC: se progresa hasta ciego observando mucosa de aspecto normal. Biopsias Esófago: sin alteraciones. Estómago: Incremento del número de eosinófilos en lamina propia (más de 20 x CGA) Bulbo y duodeno: superficie erosionada y recubierta por material fibrino leucocitario con marcada atrofia vellositaria y lámina propia con eosinófilos más de 20 x CGA. Colon derecho, izquierdo, recto: incremento de eosinófilos más de 60 x CGA en lamina propia, erosión focal y edema. Diagnóstico: Gastroenterocolitis eosinofílica. Inicia tratamiento con corticoides 1 mg / k día y NEC con formula de aminoácidos. Presenta en el transcurso de pocos días excelente respuesta con normalización de las deposiciones, del laboratorio y buen progreso ponderal logrando suspender NP.

Conclusiones: La GEEo es un desorden que se caracteriza por la inflamación con infiltración de eosinófilos. La presentación clínica varía acorde al órgano afectado y la profundidad de la infiltración. Más del 50% de los pacientes no presenta eosinofilia ni niveles elevados de IgE. Los síntomas mas frecuentes son la diarrea, los vómitos, el dolor y la distensión abdominal. Las formas severas pueden presentar anemia, enteropatía perdedora de proteínas y pérdida de peso como en el caso presentado. El gold estándar para el diagnóstico es la biopsia. Hay un porcentaje de pacientes que no responden a la dieta elemental y requieren tratamiento con corticoides sistémicos.

PÓSTER

Código: 0144

¿ES PREVALENTE LA ENFERMEDAD CELÍACA EN ADULTOS CON ANEMIA POR DÉFICIT DE HIERRO?

Modalidad: Resúmenes Científicos - G

Unidad Temática: a) GASTROENTEROLOGÍA 3. Intestino delgado 3.2. Enfermedad celíaca

LOMBARDI, Giuliana Gisele | LO CARMINE GAMMEL, Dana | ASPREA ALFANO, Leonardo | ESCOBAR, Rafael

SANATORIO DR. JULIO MENDEZ

Introducción: La enfermedad celíaca (EC) es un trastorno autoinmune caracterizado por la respuesta inflamatoria intestinal crónica debido a la ingesta de gluten en individuos genéticamente susceptibles. Presenta diferentes grados de atrofia vellositaria del intestino delgado (AV). El diagnóstico se basa en el dosaje anticuerpos (ACEC) contra objetivos específicos y la presencia de signos histológicos de AV en las biopsias duodenales.

Objetivo/s: Describir la prevalencia de enfermedad celíaca en pacientes adultos con anemia por déficit de hierro como único signo.

Material (pacientes) y métodos: El estudio se llevó a cabo en el servicio de gastroenterología del Sanatorio Dr. Julio Méndez (CABA). A todos aquellos pacientes que consultan ambulatoriamente o se encuentran internados por ADH se les solicita: IgA total, IgA anti tTG y antiDGP. Se toman como positivos valores por encima de 20 U/ml. Además, se les realizan estudios endoscópicos. Una videoendoscopia digestiva alta (VEDA) con toma de biopsias de duodeno y también se les realiza una video-colonoscopy (VCC). En caso de AV, los hallazgos histopatológicos se describen de acuerdo con la clasificación de Marsh-Oberhuber. A fin de evaluar la prevalencia de EC en pacientes con ADH, se analizó la base de datos de endoscopia desde octubre de 2016 hasta febrero de 2021. Se hallaron 304 pacientes con indicación de estudios endoscópicos por ADH. Se revisaron las historias clínicas correspondientes, y

se incluyeron: mayores de 18 años con diagnóstico reciente ADH. Solo se tomó en cuenta el componente ferropénico excluyendo otros tipos de anemia. Además, se excluyeron pacientes que presentaron síntomas tales como: diarrea, constipación, pérdida de peso no asociada a dieta, dispepsia, dolor abdominal, distensión abdominal, hemorragia digestiva, hemorragia de otra, pacientes con historial previo de EC o antecedentes de familiares de EC. En mujeres en edad fértil se excluyeron causas ginecológicas asociadas a ADH y/o embarazadas. Posterior al análisis de historias clínicas se seleccionaron 107 pacientes. A todos ellos se les había solicitado IgA total e IgA anti-TG. Se registraron las siguientes variables: edad, sexo, valor de hemoglobina, requerimiento de transfusiones, internaciones, antecedentes personales de potenciales factores de riesgo de otras patologías causantes de ADH en adultos. **Resultados:** De los 107 pacientes, ninguno presentó déficit de IgA. Cinco presentaron anti-TG IgA elevada. Solo un paciente presentó AV en las biopsias duodenales, confirmándose el diagnóstico de EC, y fue la única causa de ADH. Se observó un rango de edad variable (21-89) siendo en su mayoría (96%) mayores de 50 años. Distribución del sexo, con una relación 8 a 1 M/H. La mayoría de los pacientes presentaron comorbilidades asociadas y se diagnosticaron de forma ambulatoria sin requerimiento transfusional. De los 5 pacientes con ACEC positivos, se diagnosticó EC en un paciente, el cual presentaba hallazgos endoscópicos compatibles con AV y anatomía patológica acompañante con un grado de AV de Marsh-Oberhuber IIB. **Conclusiones:** Estimamos que la prevalencia de EC en pacientes con ADH como único signo en adultos mayores es cercano al 1%. Similar a la prevalencia global de EC, aunque menor a lo publicado con respecto a EC en ADH, cuyos valores oscilan entre 3 a 40% en adultos. Las grandes diferencias entre los resultados observados se debe probablemente a que se tuvieron en cuenta otros signos y síntomas asociados además de ADH y que la población de nuestro estudio predominan mayores de 50 años de edad con comorbilidades asociadas justifican por otras causas la ADH.

PÓSTER

Código: 0180

TUBERCULOSIS EN PACIENTES CON ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL EN TRATAMIENTO BIOLÓGICO: EXPERIENCIA EN UN CENTRO DE TERCER NIVEL

Modalidad: Resúmenes Científicos - G

Unidad Temática: a) GASTROENTEROLOGÍA 4. Colon y recto 4.1. Enfermedad Inflamatoria intestinal

ABARCA, Lucía | ETCHEVERS, María | SMUD, Astrid | ZULJEVIC, Nicolás | SOBRERO, Josefina | SÁNCHEZ, Belén | DE PAULA, Juan | GONZALEZ, María Laura | PEREZ, Tomas Manuel | SOLDANO MALVAR, Florencia | TOPOR, Iván Nicolás | MARCOLONGO, Mariano

HOSPITAL ITALIANO DE BUENOS AIRES

Introducción: El tratamiento de las Enfermedades Inflamatorias Intestinales (EII) fue evolucionando, siendo cada vez más frecuente el uso de terapias biológicas incluídos los anti-TNF. La infección por Mycobacterium tuberculosis (TBC) es un evento adverso serio relacionado, por lo que pre tratamiento inmunomodulador se recomienda su screening. Esta estrategia es relevante en áreas endémicas de TBC como nuestro país, donde la incidencia es de 27,4 x 100 mil habitantes. En caso de TBC latente se debe realizar profilaxis con isoniazida y en TBC activa (tanto primoinfección como reactivación), debe realizarse tratamiento completo, contraindicando el anti-TNF. Si bien hay reportes en otras enfermedades autoinmunes, no existen datos en nuestro país de TBC asociada al tratamiento biológico en EII.

Objetivo/s: Describir la asociación de tuberculosis (latente o activa) en pacientes con EII y uso de tratamiento biológico en un centro de referencia.

Material (pacientes) y métodos: Se revisaron en forma retrospectiva las historias clínicas electrónicas de pacientes con EII y tratamiento biológico entre enero de 2008 y diciembre de 2022. Los biológicos incluídos fueron Adalimumab (ADA), Infliximab (IFX), Certolizumab (CTZ), Vedolizumab (VDZ) y Ustekinumab (UST). Se analizaron las características clínicas de los pacientes, biológicos utilizados, métodos de screening de TBC (PPD, imagen de tórax, epidemiología) y estrategias terapéuticas en caso de infección asociada.

Resultados: Se incluyeron 189 pacientes, 96 con Enfermedad de Crohn (EC) y 93 con Colitis Ulcerosa (CU). El 54% fueron hombres con una mediana de edad al inicio del biológico de 35 años (RIC 48-24). Un 78% recibió ADA, 42% IFX, 24% UST, 17% VDZ y 3% CTZ. De ellos el 55% (n=105) recibieron un biológico y el 45% restante 2 o más. Se detectaron 16 pacientes (8,5%) con evento por Mycobacterium (TBC latente o enfermedad activa) [Tabla 1], 12 presentaron PPD positiva. Cuatro desarrollaron enfermedad activa, todos intra el biológico de primera línea (3 ADA 1-IFX), 3 eran CU y 1 EC. El tiempo transcurrido entre el inicio del biológico y la TBC fue de 348 días para el paciente con IFX y 724, 676 y 57 días para los pacientes con ADA. En todos los casos se suspendió el tratamiento anti-TNF y tuvieron evolución favorable con la terapéutica antifúngica. Dos pacientes reiniciaron biológico con otro mecanismo de acción (1 UST y 1 VDZ) mientras que los restantes continuaron en remisión con mesalazina.

Conclusiones: En nuestro trabajo detectamos una asociación de TBC y anti TNF en EII similar a lo reportado en otras zonas de Latinoamérica. A diferencia de lo descrito previamente, la interconurrencia con TBC activa se presentó tardíamente durante el tratamiento biológico. Llamativamente un paciente desarrolló TBC activa a pesar de profilaxis previa por PPD +, por lo tanto es discutible la seguridad absoluta de este método de screening. Se requieren estudios multicéntricos nacionales para determinar la realidad epidemiológica en Argentina y establecer guías propias de manejo.

PÓSTER

Código: 0233

REVISIÓN SISTEMÁTICA: SEGURIDAD DE TERAPIAS AVANZADAS EN PACIENTES CON COLITIS ULCEROSA MAYORES DE 65 AÑOS

Modalidad: Resúmenes Científicos - G

Unidad Temática: a) GASTROENTEROLOGÍA 4. Colon y recto 4.1. Enfermedad Inflamatoria intestinal

NOVILLO, Abel | OMODEO, Mariana | PICCINETTI, Matias | CABBAD, Sofia | DIAZ, Andrea Judith

SANATORIO 9 DE JULIO

Introducción: La colitis ulcerosa es una enfermedad inflamatoria intestinal crónica que afecta el colon y el recto. Las terapias avanzadas como los inhibidores de TNF, los inhibidores de integrina, los inhibidores de interleucina y los inhibidores de JAK han revolucionado el tratamiento de la colitis ulcerosa en los últimos años. A pesar de su eficacia, la seguridad de estas terapias en pacientes mayores de 65 años sigue siendo motivo de preocupación, ya que esta población puede ser más susceptible a los efectos secundarios.

Objetivo/s: El objetivo de esta revisión es proporcionar una evaluación completa y actualizada de la seguridad de terapias avanzadas en pacientes mayores de 65 años con colitis ulcerosa, con el fin de ayudar a los médicos a tomar decisiones clínicas informadas y mejorar la calidad de vida de los pacientes.

Material (pacientes) y métodos: Para llevar a cabo esta revisión sistemática, se realizará una búsqueda en los siguientes bases de datos: PubMed, Embase, Cochrane Library y Scopus. Los criterios de inclusión fueron: Estudios originales (ensayos prospectivos, retrospectivos, observacionales, clínicos) que investigan la seguridad de las terapias avanzadas (anti-TNF, anti-integrina, anti-interleucina y anti-JAK) en pacientes con colitis ulcerosa mayores de 65 años; Estudios que informan eventos adversos relacionados con el tratamiento, complicaciones y/o seguridad de terapias avanzadas en pacientes con colitis ulcerosa mayores de 65 años; Estudios publicados en inglés o español entre enero de 2000 y abril de 2023; Estudios con una muestra de pacientes con colitis ulcerosa mayores de 65 años.

Resultados: Tras aplicar los criterios de elegibilidad y realizar una búsqueda en las bases de datos, se obtuvieron un total de 1572 artículos. Se aplicaron criterios de inclusión y exclusión, resultando en la selección de 34 artículos para revisión detallada. Solo quedaron 16 artículos para el análisis final. a mayoría de los estudios evaluaron la seguridad de las terapias anti-TNF, como infliximab, adalimumab y golimumab, en 65 años con colitis ulcerosa. Los resultados indicaron que estos tratamientos fueron seguros y efectivos en esta población de pacientes, con una tasa de eventos adversos similar a la observada en pacientes más jóvenes.

Conclusiones: Esta revisión sistemática sugiere que las terapias avanzadas, que incluyen infliximab, adalimumab, vedolizumab, ustekinumab y tofacitinib, son generalmente seguras y bien toleradas para el tratamiento de la colitis ulcerosa en pacientes mayores de 65 años. Es importante que más estudios evalúen la seguridad de estas terapias en pacientes mayores de 65 años, especialmente aquellos con comorbilidades; se debe tener precaución al considerar la combinación de terapias avanzadas con otros medicamentos, y se deben considerar las limitaciones de los estudios incluidos en esta revisión.

PÓSTER

Código: 0123

METÁSTASIS COLÓNICA DE TUMOR PRIMARIO PULMONAR

Modalidad: Casos Clínicos - G

Unidad Temática: a) GASTROENTEROLOGÍA 4. Colon y recto 4.2. Neoplasia

BACIGALUPO, Delfina Maria | LO CARMINE GAMMEL, Dana | ASPREA ALFANO, Leonardo | ESCOBAR, Rafael

SANATORIO DR. JULIO MENDEZ

Introducción: El cáncer de pulmón es una de las neoplasias malignas más frecuentes, representando la principal causa de muerte en el sexo masculino y la segunda en el femenino. Aproximadamente el 50% tienen metástasis a distancia al momento del diagnóstico. Las metástasis al tracto gastrointestinal (MTGI) son inusuales, siendo los sitios más frecuentes de secundarismo el hígado, cerebro, huesos, ganglios linfáticos y glándulas suprarrenales. La incidencia de MTGI del cáncer pulmonar oscila entre 0,3 y 1,7%, y en estudios post-mortem entre 4,6 y 14%, indicando que la mayoría de los pacientes tienen MTGI asintomáticas. El adenocarcinoma se encuentra dentro de los tipos histológicos de mayor prevalencia de cáncer de pulmón. A pesar de ello es de los que menos frecuentemente presenta MTGI, siendo el principal tipo histológico en desarrollarlas, el carcinoma de células grandes.

Objetivo/s: Presentación de un caso de secundarismo colónico de adenocarcinoma primario de pulmón.

Material (pacientes) y métodos: Masculino de 64 años con antecedentes de tabaquismo severo (40 paquetes/año), enolista de 60 gr/día. Consulta por cuadro clínico de 1 mes de evolución caracterizado por astenia, adinamia, hiporexia, pérdida de peso, y un episodio de suboclusión intestinal por impactación de bolo fecal. Examen físico: adelgazado, múltiples adenomegalias cervicales y supraclaviculares palpa-

bles. Laboratorio: Hto 41%, Hb 14 g/dL, PCR 11 mg/dL, VSG 55 mm/h. Tomografía computarizada (TC) de tórax, abdomen y pelvis: granuloma calcificado en lóbulo inferior izquierdo y múltiples adenomegalias mediastinales, retroesplénicas e hiliares con centro necrótico. Se descarta tuberculosis con espuntos seriados y prueba de tuberculina. Videocolonoscopia: a 40 cm del margen anal lesión de aspecto subepitelial con infiltración hacia la mucosa y pequeña ulceración central que abarca el 60% de la luz, cuya biopsia informa morfología e inmunohistoquímica (IHQ) vinculable con infiltración metastásica de adenocarcinoma pobremente diferenciado de probable origen pulmonar (CK7+ TTF-1+ PAX8- CK20- CDX2-). Se recibe citológico de punción aspiración con aguja fina de ganglio supraclavicular con igual IHQ. Tomografía por emisión de positrones (PET-TC): captación tiroidea, suprarrenal, columna ósea, peritoneal, renal, hepática y nodal supra e infra diafragmática. Se optimizó aporte nutricional y tratamiento oncológico paliativo.

Resultados: La localización más frecuente de las MTGI del adenocarcinoma de pulmón es en primer lugar el intestino delgado (59,6%), seguido por el colon y el recto (25,6%). Las MTGI suelen presentarse de forma solitaria, en su mayoría asintomáticas, y diagnosticarse luego del tumor primario pulmonar en un estadio avanzado. Es una entidad de baja incidencia con escasa literatura disponible. Dentro de las complicaciones reportadas se encuentran la obstrucción intestinal, perforación o hemorragia digestiva. La TC, sangre oculta en materia fecal y PET-TC pueden ser útiles para la detección de las MTGI. En la práctica clínica, la histología e IHQ son los estudios específicos que permiten distinguir un tumor primario del colon de una lesión metastásica ya que no hay características radiológicas o endoscópicas que los diferencien. La inmunomarcación del adenocarcinoma pulmonar y sus metástasis es positiva para TTF-1 y CK7 y negativa para CDX2 y CK20.

Conclusiones: El hallazgo de metástasis colónicas de tumores pulmonares primarios es infrecuente y está poco descrito en la literatura disponible. Ante la presencia de 2 tumores sincrónicos, la única herramienta para diferenciar un cáncer colorrectal de una MTGI de origen pulmonar es la IHQ.

PÓSTER

Código: 0164

REGISTRO ARGENTINO HELICOBACTER PYLORI: EFECTIVIDAD DE LOS TRATAMIENTOS DE SEGUNDA Y TERCERA LÍNEA

Modalidad: Resúmenes Científicos - G

Unidad Temática: a) GASTROENTEROLOGÍA 2. Estómago - duodeno 2.1. Helicobacter pylori

LAUDANNO, Oscar Miguel Oreste (1) | AHUMARÁN, Gabriel(2) | ADAMI, Paola Andrea(3) | USTARES, Fernando(4) | LOPEZ VILLA, Sarah(5) | THOME, Marcelo(6) | BEDINI, Oscar Alfredo(7) | BORI, Javier(8) | ASTUTTI, Bruno Alberto(3) | LAFAGE, Matias(1) | DULCICH, Florencia(9) | MARTÍN, Aldana Florencia(6) | FILO, Gladys(1) | MARTÍNEZ REJTMAN, Liria Salome(10) |

INSTITUTO DE INVESTIGACIONES MÉDICAS ALFREDO LANARI (1); HOSPITAL BOCALANDRO (2); INSTITUTO MODELO QUILMES (3); SANATORIO LAVALLÉ (4); INSTITUTO MODELO DE CARDIOLOGIA DE CORDOBA (5); HOSPITAL EVA PERON (CASTEX) (6); CENTRO DE ENDOSCOPIA DIGESTIVA DE ROSARIO (CEDIR) (7); HOSPITAL BRITÁNICO DE BUENOS AIRES (8); HOSPITAL DE GASTROENTEROLOGÍA DR. B. UDAONDO (9); GAHEEND (10); CLINICA MONTE GRANDE (11)

Introducción: La efectividad de los tratamientos de erradicación para Helicobacter pylori (H pylori) dependen principalmente de la adherencia a los mismos y de la resistencia local a los antibióticos prescritos para su erradicación. Conocer los datos locales de la efectividad de los tratamientos permite no sólo mejorar su erradicación sino también contribuir a la implementación de un programa de optimización de antibióticos para reducir la resistencia antimicrobiana. En Argentina disponemos de muy escasos datos de la efectividad de los esquemas de erradicación en aquellos pacientes que no han respondido a tratamientos previos.

Objetivos: Evaluar la efectividad de las terapias de segunda y tercera línea de erradicación H pylori en Argentina donde la prescripción habitual es empírica.

Material (pacientes) y métodos: Se analizaron los datos de los pacientes incluidos en el Registro Argentino para el manejo de la infección H pylori (Hp-ArReg) de Mayo 2021 a Junio 2023. El Registro es prospectivo, descriptivo, de no intervención de la práctica clínica de los Gastroenterólogos argentinos en el manejo habitual de la infección H pylori. Todos los datos se encuentran recolectados en una base de datos diseñada para ello. Las variables que se incluyen son los datos demográficos de los pacientes, indicación de erradicación, intentos de erradicación previos, tratamiento prescripto, resultados del tratamiento de erradicación, adherencia al tratamiento y eventos adversos. Todos los centros participantes están aprobados por los Comités de Docencia e Investigación Institucionales.

Resultados: Se analizaron los datos de 14 Centros de Argentina, distribuidos en 5 Provincias de los cuales 79 (11,4%) de 689 pacientes recibieron esquemas de segunda o tercera línea debido a que habían fallado a tratamientos previos. Los tratamientos empíricos de segunda línea (1 fallo previo) más prescritos fueron el cuádruple concomitante (n=25, efectividad 92%), cuádruple con bismuto (n=21, efectividad 90%), triple con levofloxacina (n=11, efectividad 91%). Escasos datos con triple clásica(n=4), con Zinc (n=2) y rifabutina (n=1). Los tratamientos empíricos de tercera línea o más (2 o más fallos previos) más prescritos fueron el cuádruple concomitante (n=7, efectividad 71%) y el cuádruple con bismuto (n=3,

efectividad 75%). Escasos datos con triple levofloxacina (n=2), con Zinc (n=1) y Dual (n=1)

Conclusiones: En Argentina las terapias cuádruples con o sin bismuto conservan una efectividad mayor al 90% como segunda línea de tratamiento. Si bien los datos son escasos, en tercera línea o más su efectividad disminuye.

PÓSTER

Código: 0121

TRIADA DE CARNEY: A PROPÓSITO DE UN CASO

Modalidad: Casos Clínicos - G

Unidad Temática: a) GASTROENTEROLOGÍA 4. Colon y recto 4.2. Neoplasia

FERNÁNDEZ VERÓN, Paula Valeria | BONSERGENT, Camila | ARAYA, María Valentina | MASSA, Sergio Claudio | SANTANA, Mauro Martin | AIRA, Oscar Daniel | BÁEZ, Elsa Victoria | CURRÁS, Alfredo Eduardo

HOSPITAL GENERAL DE AGUDOS DR JUAN A. FERNANDEZ

Introducción: La tríada de Carney es una rara asociación de 3 tumores infrecuentes: tumor del estroma gastrointestinal (GIST), condromas pulmonares y paragangliomas extra-adrenales. La presentación más frecuente es la tríada incompleta, siendo el GIST gástrico el componente más observado. Los GIST colónicos esporádicos son raros y representan sólo el 0.1% de los tumores malignos colorrectales, pudiendo manifestarse con hemorragia digestiva. La aparición de GIST colónicos dentro de la tríada de Carney es una presentación aún más infrecuente.

Objetivo/s: Presentar un caso clínico de hemorragia digestiva baja secundaria a GIST colónico en contexto de entidad sumamente infrecuente.

Material (pacientes) y métodos: Femenina de 40 años con antecedentes de tríada de Carney incompleta por múltiples GIST gástricos de riesgo intermedio y paraganglioma extra-adrenal izquierdo con gastrectomía total y esófago-yeyuno anastomosis en Y de Roux término-lateral junto con exéresis completa de paraganglioma, sin adición de terapia dirigida. Evoluciona libre de enfermedad por 2 décadas. En 2020 intercorre con proctorragia. Videocolonoscopia: lesión subepitelial estenosante de 3.5 cm ulcerada en colon transverso. Histopatología: GIST tipo epiteliode CD117 (+), DOG1 (+) y Ki67 30%. Se clasifica como GIST colónico de alto grado. Resonancia abdominal con contraste: formaciones sólidas confluentes de 12 cm en hipocondrio izquierdo que contactan con cola de páncreas, sin plano de clivaje, y con estructuras vasculares adyacentes, siendo restrictivas en difusión. Se interpreta como masa retroperitoneal y lesión colónica irrecesables, y se inicia tratamiento con inhibidor del receptor tirosina-quinasa (imatinib). Actualmente asintomática, en terapia oncológica con imatinib 400 mg/día y presentando pobre respuesta al tratamiento por escasa reducción de masa retroperitoneal.

Resultados: La tríada de Carney es una rara asociación de 3 tumores infrecuentes. Su etiología es desconocida y afecta mayormente a mujeres antes de los 30 años. La presentación más frecuente es la tríada incompleta con 2 de los 3 tumores, siendo GIST gástrico el elemento más observado seguido de los condromas pulmonares. La presentación clínica es muy variada: desde anemia ferropénica, hemorragia digestiva o dolor abdominal hasta pacientes asintomáticos con masa palpable e hipertensión arterial maligna. El diagnóstico de GIST es histopatológico e inmunohistoquímico: el patrón característico dentro de esta tríada es el tipo epiteliode, en contraposición al tipo fusiforme predominante en GIST esporádico. Los marcadores más relevantes son el CD117 y DOG-1. Si bien el pronóstico en GIST esporádico depende del tamaño tumoral, histología, potencial mitótico (Ki67) e invasión local, esto no puede aplicarse al tumor estromal asociado a tríada de Carney por su comportamiento impredecible. El tratamiento del GIST gástrico en Carney es la gastrectomía total y adyuvancia con imatinib por su alta tasa de recurrencia. En el caso de GIST colónico en Tríada de Carney, hay muy poca evidencia que aporte información respecto a la conducta a seguir debido a la infrecuencia de esta presentación.

Conclusiones: La Tríada de Carney es una entidad rara que asocia tumores infrecuentes, hasta el momento han sido reportados poco más de 100 casos en la literatura mundial. La aparición de GIST colónico aumenta el interés en este caso por su escasa frecuencia. A pesar de la poca bibliografía disponible, en pacientes con antecedentes de Tríada de Carney y gastrectomía total que presentan proctorragia sugerimos descartar la presencia de GIST colorrectales mediante colonoscopia dada su posible asociación.

PÓSTER

Código: 0076

COLITIS COMO FORMA DE PRESENTACION DE UNA GRANULOMATOSIS EOSINOFILICA CON POLIANGEITIS

Modalidad: Casos Clínicos - G

Unidad Temática: a) GASTROENTEROLOGÍA 4. Colon y recto 4.4. Miscelánea

CAMPOMENOSI, Federico | HIDALGO, Melissa | MICHELENA, Leandro Daniel | MUNGUÍA, Andrés | PERLO, María Natividad | SALMON, María Carla | SOLIS, Malena

HOSPITAL SAN ROQUE DE GONNET

Introducción: Previamente conocida como síndrome de Churg-Strauss es una enfermedad rara multisistémica con presencia de asma, eosinofilia y vasculitis de

vasos de pequeño y mediano tamaño. Si bien la afectación gastrointestinal se puede dar hasta en la mitad de los casos, es infrecuente que presenten síntomas y el diagnóstico suele ser tardío

Objetivos: Describir por su carácter inusual un caso de granulomatosis eosinofílica con poliangeítis como causa infrecuente de diarrea crónica

Material (pacientes) y métodos: Mujer de 36 años que consulta tras dos meses de diarrea con 5 a 6 deposiciones por día Bristol 6, sin sangre moco o pus, incrementada tras ingestas, asociada a dolor abdominal y en ocasiones despierta por la noche. Además, vómitos intermitentes y descenso de peso aproximado de 8 kg sumado a cuadro de astenia. En últimas semanas añade síntomas neurológicos como vértigo periférico y parestesias. Antecedentes Personales: Asma Bronquial desde adultez. Examen Físico: Afebril, adelgazada con mucosas hipocoloreadas, sin otro hallazgo relevante

Resultados: Laboratorio: Anemia normocítica normocrómica (Hb 10.2), Leucocitosis con 59% Eosinófilos corroborado por frotis. PCR elevada (367 mg/dL) y Factor reumatoideo 275. Resto de parámetros incluidos TSH, B12, IgA total, IgA TTG/IgG DPG, ANA, ANCAc-p normales. La determinación de parásitos en materia fecal demostró presencia de Blastocystis spp y quistes de Giardia con posterior tratamiento. En imágenes de tomografía de tórax se evidenció patrón vidrio esmerilado en localización subpleural a nivel de ambas bases, tenue infiltrado micronodular subpleural en ambos lóbulos superiores; en cabeza ocupación de senos maxilares y sin hallazgos de importancia en abdomen y pelvis. Se realizó videoendoscopia digestiva alta normal con biopsias duodenales y una Colonoscopia apreciando mucosa de colon transverso, descendente, sigmoideas y recto con úlceras y erosiones, algunas de ellas cubiertas por fibrina, que asientan sobre mucosa de aspecto edematosa, con patrón vascular conservado. Compromiso mucoso parcheado y asimétrico, se toman biopsias. El análisis histopatológico informó mucosa colónica que muestra úlcera con criptitis, absceso críptico, cúmulos linfoides con más de 30 eosinófilos/cga y microabscesos eosinofílicos en superficie asociado a trombo vascular fibrinoide con edema e isquemia leve. Ante estos hallazgos se interpreta cuadro como una granulomatosis eosinofílica con poliangeítis. En seguimiento reumatológico inició tratamiento con prednisona, pulsos ciclofosfamida y posterior descenso corticoideo con buena respuesta y resolución de la mayoría de los síntomas. Actualmente finalizando tapering y terapia de mantenimiento con azatioprina en forma ambulatoria

Conclusiones: La granulomatosis eosinofílica con poliangeítis es una vasculitis sistémica rara que puede afectar cualquier sector del tracto digestivo, siendo más frecuente el colon, pudiéndose presentar como diarrea crónica asociada a dolor abdominal o sangrados. Es de suma importancia la alta sospecha clínica basada en los antecedentes, síntomas preexistentes y hallazgo de eosinofilia periférica en estudios de rutina para poder diagnosticarla. Se persigue difundir una causa infrecuente de diarrea crónica cuya sospecha clínica reside en la anamnesis detallada y análisis de estudios complementarios habituales

PÓSTER

Código: 0004

RECORDALGIA ATÍPICA POR LESIONES GÁSTRICAS ÚLCERO NECRÓTICAS SECUNDARIAS A CÁNDIDA INVASORA EN INMUNOCOMPETENTE

Modalidad: Casos Clínicos - G

Unidad Temática: a) GASTROENTEROLOGÍA 7. Enfermedades infecciosas 7.4. Miscelánea

LLERENA VALDIVIA, Frederick Greg | CABANA, Clara Elizabeth | VASSALLO, Mauricio | DE LUCA, Verónica | BERTORELLO, Mariela | GIL, Gustavo | GODOY, Ramon Héctor | BERTOLETTI, Fernando

CLÍNICA SAN JORGE

Introducción: La Cándida spp es un hongo ubicuo y el patógeno oportunista más común en el ser humano, su prevalencia asociada a invasión ha aumentado en las últimas décadas y ocasiona un amplio espectro de enfermedades que van desde una enfermedad superficial hasta la candidiasis sistémica grave. La infección por Cándida y la formación de la úlcera gastroduodenal dependen de la relación entre el huésped y el germen. Las infecciones fúngicas suelen producirse en enfermos diabéticos con un mal control metabólico, pacientes inmunodeprimidos, especialmente con virus de la inmunodeficiencia humana (VIH), pacientes estilizas, de edad avanzada o malnutridos, enfermos oncológicos o con enfermedades sistémicas, pacientes con una disminución de la acidez del estómago debido a la ingesta de antiácidos o inhibidores de la bomba de protones, pacientes en tratamiento con corticoides o antibióticos de amplio espectro. Otro factor que influye en la formación de la úlcera gastroduodenal es la virulencia de Cándida.

Objetivos: Presentar un caso clínico sobre presentación atípica de precordalgia en paciente inmunocompetente secundaria a úlceras esofagagástricas necróticas por Cándida Spp.

Material (pacientes) y métodos: Paciente de sexo masculino de 55 años de origen Indonés que desembarca de un crucero por cuadro de dolor precordial atípico, focalizado en epigastrio con irradiación a dorso con enzimas cardíacas positiva sin cambios en electrocardiograma (ECG), en el estudio del paciente se evidencia en Tomografía Axial Computada(TAC) engrosamiento gástrico por lo que se interconsulta a nuestro servicio para realización de Videoendoscopia digestiva alta donde se evidencia lesiones ulcerosas en tercio inferior de esófago, en cavidad gástrica se observa la superficie mucosa con varias úlceras profundas e irregulares con una mas extensa en región pre pilórica con fondo necro-hemorrágico. (figura 1, 2 y 3) y

otras lesiones más pequeñas en bulbo y segunda porción duodenal. (figura 4). Se realizaron biopsias de las lesiones y se comenzó con tratamiento con Inhibidores de la Bomba de Protones (IBP), interpretando como lesiones ulcerosas malignas vs infecciosas. El paciente evoluciono estable y retorno a país de origen a continuar tratamiento. En el informe de anatomía Patológica de las lesiones se informa úlceras por Candidiasis Spp. Sin evidencia de malignidad. (Figura 5 y 6).

Resultados: Se realizó en este paciente un abordaje inicial de los síntomas como de origen cardíaco por la presentación y hallazgos iniciales de laboratorio, pero ante la presentación atípica y la complementación de estudios diagnósticos se termino llegando a la conclusión de la presentación de úlceras esofagagástricas por Candida Spp. en contexto de paciente inmunocompetente siendo una presentación atípica en este contexto.

Conclusiones: La C. albicans suele causar con mayor frecuencia la infección y, con menor frecuencia, C. tropicalis, C. glabrata y C. krusei; en un 13,5% pueden verse implicadas varias cepas fúngicas. La infección esofágica es la más común y se manifiesta con un cuadro de odinofagia, disfagia o hemorragia digestiva. Menos frecuente es la infección de úlceras gástricas por Cándida, que provoca en raras ocasiones hemorragia o perforación. Las lesiones gástricas primarias asociadas a invasión por Cándida Spp. son úlceras y gastritis, sin embargo, no suelen complicarse, la perforación gástrica es muy rara e implica una peritonitis secundaria y potencial sepsis abdominal difíciles de erradicar si no se sospecha y se trata la presencia de Cándida spp.

PÓSTER

Código: 0151

COLITIS POR SHIGELLA EN PACIENTE INMUNOCOMPROMETIDO

Modalidad: Casos Clínicos - G

Unidad Temática: a) GASTROENTEROLOGÍA 7. Enfermedades infecciosas 7.4. Miscelánea

VALDEZ, Sergio David | CABRAL, Tania Vanesa | SUÁREZ, Daniela Celeste | SCACCHI, María Agustina | NOTARI, Lorena | HERMIDA, Cristina Raquel | CARUSO, Santiago

HOSPITAL CHURRUCA-VISCA

Introducción: La colitis infecciosa es aquella en la cual se asume o se ha demostrado la presencia de un microorganismo asociado al cuadro clínico, el cual incluye fiebre, dolor abdominal y disentería. Presenta diferentes etiologías. La diferenciación patológica es importante, pues permite hacer diagnóstico diferencial con otras causas de colitis, incluida la enfermedad inflamatoria intestinal (EII). Endoscópica y clínicamente no existe un patrón definido, el 90% de los agentes producen daños inespecíficos en la mucosa

Objetivo/s: Presentamos un caso de colitis por Shigella como diagnóstico diferencial de enfermedad inflamatoria intestinal.

Material (pacientes) y métodos: Paciente masculino de 35 años con antecedentes de virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) diagnosticado en 2021, con buena adherencia al tratamiento antirretroviral (TARV), absceso perianal, fístula compleja con resolución quirúrgica y posterior recidiva, angiosarcoma de Kaposi. Consulta por diarrea sanguinolenta asociada a dolor abdominal, registros febriles intermitentes, leucocitosis y elevación de reactantes de fase aguda sin respuesta al tratamiento antibiótico. Endoscopia digestiva alta sin lesiones. Colonoscopia, ileon terminal sin lesiones. Fondo cecal, colon ascendente y recto, con úlceras superficiales de 3 mm, cubiertas con fibrina. En colon transverso y colon descendente parches de mucosa eritematosa con múltiples úlceras profundas de entre 3 y 7 mm cubiertas con fibrina. Patrón vascular conservado en todo el trayecto colónico. Se tomaron biopsias para anatomía patológica, inmunohistoquímica y cultivos.

Resultados: La histología mostró sectores de mucosa colónica con infiltrado linfoplasmocitario de moderada densidad en la lámina propia, pérdida de la mucosidad, distorsión de la histoarquitectura, focos de criptitis y edema. El cultivo de mucosa colónica, revela la presencia de Shigella. El paciente recibió tratamiento antibiótico con trimetoprima/sulfametoxazol ajustado a antibiograma, con buena respuesta clínica. Se realizó colonoscopia control, la cual mostró curación de la mucosa.

Conclusiones: El diagnóstico diferencial entre colitis por Shigella y Enfermedad Inflamatoria Intestinal (parámetros clínicos, endoscópicos, histológicos similares), en el contexto de un paciente con antecedentes de enfermedad perianal, es de suma importancia para dirigir el tratamiento. La identificación de Shigella como agente causal de diarrea puede conducir a un tratamiento adecuado y a la implementación de medidas de control lo cual es esencial para prevenir la propagación de la infección y mejorar la salud pública.

PÓSTER

Código: 0125

MEGACOLON CRÓNICO: DIFERENCIAS EN LA FUNCIÓN ANORRECTAL Y LA CALIDAD DE VIDA ENTRE INDIVIDUOS OPERADOS VS NO OPERADOS

Modalidad: Resúmenes Científicos - G

Unidad Temática: a) GASTROENTEROLOGÍA 10. Neurogastroenterología 10.3. Megacolon

MILITO, Daniela | STEFANOLO, Juan Pablo | FURIA, Marina Soledad | LACUADRA, María Paz | COLLIA ÁVILA, Karina Andrea | PASCUAL RUSSO, Agustina | FACIO ÁLVAREZ, Lucila

HOSPITAL DE GASTROENTEROLOGÍA DR. B. UDAONDO

Introducción: El megacolon crónico (MC) genera un severo trastorno de la motilidad, produce muy frecuentemente constipación y afecta considerablemente la calidad de vida. En la actualidad, se opta por la cirugía en casos de vólvulo, fecalomas a repetición o refractariedad al tratamiento médico. De lo contrario, su manejo es clínico. Existe poca evidencia sobre el impacto de la cirugía en el curso clínico de la enfermedad.

Objetivo/s: Comparar variables clínicas y calidad de vida (CV) en pacientes con MC operados (G1) y no operados (G2).

Material (pacientes) y métodos: Se incluyeron en forma consecutiva pacientes con MC atendidos en el hospital de gastroenterología "Dr. C. B. Udaondo" desde marzo de 2019 a marzo de 2023. El diagnóstico fue establecido a través de un colon por enema. La cirugía de elección fue la de Duhamel. Las variables clínicas: constipación (Roma IV), escala de Wexner, necesidad de tratamiento y parámetros manométricos fueron obtenidas de la historia clínica; y la calidad de vida fue evaluada con el cuestionario de calidad de vida para pacientes con constipación (CVE-20), en donde a mayor puntaje obtenido, mejor calidad de vida. El análisis estadístico se realizó utilizando el software Stata (v.16.1). Las variables categóricas se expresaron en frecuencias y porcentajes y las numéricas con mediana y rangos (25-75). Las comparaciones se realizaron utilizando el test de Chi2 y Mann-Whitney.

Resultados: Se incluyeron 32 pacientes (G1: n=13 y G2: n=19), 22 (68.75%) son mujeres con edad mediana de 31.5 (21-44). Del total, 23 pacientes (72%) presentaron criterios de Roma IV para constipación (G1: 30.8% vs. G2: 100%; p<0.0001). De acuerdo con los datos manométricos identificamos una alta prevalencia de disinerгия del piso pélvico (24/32 pacientes; 75%) en toda la población, sin diferencias entre los dos grupos. La presión esfíntérica (EA: esfínter anal interno y EAE: esfínter anal externo) resultó significativamente más alta en pacientes operados (p=0.01). En el G1, sólo en 3/13 pacientes (23%) presentaron hipotonía del EAI y EAE vs 14/19 pacientes (73%) en el G2 (p<0.0001). Se desconoce el rol de la cirugía en los trastornos de la inervación asociados al megacolon. En cuanto al tratamiento recibido, las diferencias entre los dos grupos son notables: Polietilenglicol (PEG): G1: 3/13 (23%) vs G2: 15/19 (79%) (p=0.002); Prucalopride: G1: 1/13 (8%) vs G2: 13/19 (68%) (p<0.001); Linacotide: G1: 1/13 (8%) vs G2: 5/19 (26%) (p=0.19) y Enemas: G1: 2/13 (15%) vs G2: 6/19 (31%) (p=0.3). El 100% de los individuos no operados reciben al menos una droga como tratamiento vs 5/13 (38%) en el grupo de los operados (p<0.001). En cuanto a la CV, si bien el G1 presentó mejores valores, éstos no fueron estadísticamente significativos (G1: 49 [28-64] vs G2: 42 [26-64], p=0.49). Tampoco se encontraron diferencias en la escala de Wexner entre los grupos. En el G1, los pacientes no presentaron complicaciones asociadas al MC, en cambio, en el G2, 11/19 (58%) presentaron fecalomas.

Conclusiones: Los pacientes con megacolon crónico operados presentan mejores variables clínicas y manométricas en comparación a los no operados; sin embargo, no se encontraron diferencias en la calidad de vida. Probablemente, este hecho se debe a que la manera de evaluar la calidad de vida se realiza mediante variables subjetivas. Todos los pacientes con MC no operados utilizan al menos una droga para evitar la constipación y más de la mitad presentó complicaciones. Repensar las indicaciones quirúrgicas podría resultar beneficioso en esta población.

PÓSTER

Código: 0216

LOS VALORES DE LA ONDA PERISTÁLTICA INDUCIDA POST-REFLUJO Y LA IMPEDANCIA BASAL NOCTURNA MEDIA PERMITEN DIFERENCIAR LA ESOFAGITIS EROSIVA DE LA NO EROSIVA EN LA EDAD PEDIÁTRICA ?

Modalidad: Resúmenes Científicos - G

Unidad Temática: a) GASTROENTEROLOGÍA 1. Esófago 1.1. Enfermedad por reflujo

COHEN SABBAN, Judith | TAGLIAFERRO, Gustavo | BUSONI, Verónica | ORSI, Marina

HOSPITAL ITALIANO DE BUENOS AIRES

Introducción: El diagnóstico diferencial entre la enfermedad por reflujo no erosiva (ERNE) y la erosiva (ERGE) se basa en los hallazgos de la endoscopia digestiva alta (VEDA) junto con los parámetros convencionales de la pH/impedanciometría (pH/IIM). La endoscopia es costosa, invasiva y no se encuentra disponible en todos los centros del país. Hay pocas referencias en relación a si la evaluación de la onda peristáltica inducida por la deglución posterior al reflujo (PSPW), que indica el aclaramiento químico así como la impedancia media basal nocturna (MNBI), que refleja el daño de la mucosa y los trastornos de la motilidad pueden resultar de utilidad para discernir si estamos ante un niño con esofagitis erosiva o no.

Objetivo/s: Evaluar el PSPW y la MNBI en niño/as y adolescentes y analizar si estas variables nos permiten diferenciar ERNE de ERGE.

Material (pacientes) y métodos: Se revisaron los trazados de pH/IIM realizados a pacientes entre 2018 y 2022, con edades comprendidas entre 10 y 18 años, con sospecha de RGE que no reciben al momento del estudio medicación antirreflujo. A todos se les realizó una VEDA, según la cual se agruparon en ERNE y ERGE y además pH/IIM de 24 hs para evaluar los parámetros de PSPW y MNBI, Índice de reflujo, reflujo ácido y no ácido. Se evaluaron la media y el rango intercuartil para

los datos cuantitativos y las frecuencias absolutas (n) y relativas (%) para los datos categóricos. Se realizó la prueba de Wilcoxon para la comparación de media y chi2 o Fisher para proporciones.

Resultados: Fueron analizados 30 trazados. De los parámetros pH/IIM, Ver resultados en Tabla 1.

Conclusiones: En este serie de pacientes pediátricos la determinación del PSPW y la línea basal nocturna no permitieron diferenciar entre ERGE y ERNE. Estos hallazgos difieren de publicaciones internacionales efectuadas en adultos.

PÓSTER

Código: 0047

EVALUACIÓN DEL TEST RÁPIDO INMUNOCROMATOGRÁFICO PARA DETECCIÓN DE HELICOBACTER PYLORI EN MATERIA FECAL

Modalidad: Resúmenes Científicos - G

Unidad Temática: a) GASTROENTEROLOGÍA 2. Estómago - duodeno 2.1. Helicobacter pylori

PERAL, Franco | GOMEZ, Veronica | MILOCCO, Marcelo | CAFURE, Rosario | OJEDA, Santiago | PEREZ, Daniel | BORGONOVO, Lucas | GONZALEZ, Mauro | PAREDES, Victoria | CUELLO, Fatima | ZACHARONOK, Sergio | BRENE, Marcos | PALACIO SOLER, Arantxa

HOSPITAL CENTRAL RAMON CARRILLO

Introducción: La infección por Helicobacter pylori se relaciona con patologías gastrointestinales y con el cáncer gástrico. Se considera una de las afecciones emergentes más importantes del presente siglo y para su diagnóstico se han usado pruebas invasivas y no invasivas, entre estas últimas la inmunocromatografía en materia fecal que detecta cualitativamente antígenos de éste patógeno.

Objetivo/s: Comparar la eficacia del test rápido para detección No Invasiva de Helicobacter pylori en materia fecal respecto del gold standard para realizar este diagnóstico que son las biopsias histológicas con técnica Hematoxilina-Eosina o Giemsa, en pacientes que consultan por dispepsia o anemia ferropénica no investigada, sin signos de alarma, y que justifiquen la realización de una endoscopia alta.

Material (pacientes) y métodos: Estudio prospectivo y doble ciego, realizado en 18 pacientes, que presentaban síntomas de dispepsia no investigada (pirosis/epigastralgia/distensión abdominal/ saciedad precoz/plenitud postprandial) y que realizaron una endoscopia digestiva alta con toma de biopsias de antro y cuerpo gástrico y realizaron además un test rápido inmunocromatográfico SD Bio Line H. pylori Ag™, que determinó la presencia de antígenos en las muestras fecales para diagnóstico no invasivo de infección por Helicobacter pylori. Criterios de inclusión: Todo paciente al que se le realizan biopsias histológicas para Helicobacter pylori durante una endoscopia digestiva alta. Criterios de exclusión: Pacientes que consumieron antibióticos antes de los 30 días de la endoscopia; Pacientes con sangrado digestivo activo al momento de la endoscopia; Pacientes que consumieron IBP 15 días antes de la endoscopia

Resultados: Se realizaron 18 test fecales y endoscopia con biopsias y se encontró concordancia en 13 (72.22%), además de 4 resultados discordantes (22.22%), negativos en test fecal y positivos en biopsias y 1 resultado no Informativo (error de conservación de muestra o técnica de realización del test). Se interpretaron las discordancias como falsos negativo. Además se contabilizaron 6 verdaderos positivo (tanto en test fecal como en biopsias) y 7 verdaderos negativo (también negativo en ambos métodos). (S:60% E:100% VPP 1 VPN 0,63). Si bien 5 pacientes no suspendieron previamente el IBP, de éstos 4 tuvieron concordancia en ambos test y 1 fue negativo al test y positivo en las biopsias (posiblemente 1 falso negativo por IBP)

Conclusiones: Podemos concluir que el test fecal posee una alta especificidad (100%) pero una baja sensibilidad (60%). Además posee un valor predictivo positivo (VPP) de 1 lo que da una alta probabilidad de que un paciente con diagnóstico positivo por test fecal posea la infección por Hp. Esto permitiría, en lugares con recursos endoscópicos acabables, utilizarlos como primera aproximación diagnóstica en pacientes jóvenes, sintomáticos y sin signos de alarma, en quienes un resultado positivo confirma el diagnóstico de la infección y en quienes un resultado negativo no descarta la infección y se deberá realizar otro método eficaz aprobado si aun hay sospecha (histología, test aire espirado, test fecal ELISA validado). También concluimos que no es un buen método para comprobar erradicación luego del tratamiento (por alto porcentaje de falsos negativo). Si bien sabemos que obtuvimos solo una pequeña muestra y puede haber errores por esta, y también que es una primera aproximación y se necesitan más estudios para confirmar estos resultados, son similares a los publicados hasta la actualidad.

PÓSTER

Código: 0166

COMPLICACIÓN DE ANEURISMA DE AORTA ABDOMINAL MANIFESTADA POR HEMORRAGIA DIGESTIVA

Modalidad: Casos Clínicos - G

Unidad Temática: a) GASTROENTEROLOGÍA 2. Estómago - duodeno 2.6. Miscelánea

LASCANO, Ernesto | PAGLIERE, Nicolás | ESCOBAR, Rafael | LO CARMINE GAMMEL, Dana

SANATORIO DR. JULIO MENDEZ

Introducción: La hemorragia digestiva secundaria a complicaciones de un aneurisma aórtico presenta una baja incidencia de 0,02 a 0,07%, con una presentación clínica variable, lo que representa un desafío diagnóstico. Las fistulas entéricas se dividen en primarias, como consecuencia de aterosclerosis, procesos inflamatorios o infecciosos, y secundarias a cirugía de reparación aórtica con o sin colocación de prótesis vasculares (0,5-2,3% de los casos, siendo 10 veces más frecuentes que las primarias). Dentro de las complicaciones se incluyen: ruptura, infecciones, isquemia intestinal, fistulas, trombosis, hematoma retroperitoneal y compresión de estructuras adyacentes.

Objetivo/s: Presentar una causa infrecuente de hemorragia digestiva por aneurisma de aorta abdominal complicada.

Material (pacientes) y métodos: Femenina de 74 años con antecedente de endoprótesis aorto bi-iliaca por aneurisma en 2014. Consulta por cuadro clínico de 1 semana de evolución de dolor abdominal asociado a deposiciones melánicas. Laboratorio: Hto 26%, Hb 8 g/dL, Gb 8500 mm³, plaquetas 315.000 mm³, urea 41 mg/dL, creatinina 1 mg/dL. Videoesoscopia digestiva alta (VEDA) de urgencia: sin hallazgos. 48 horas posteriores presentó hemorragia digestiva baja con descompensación hemodinámica manifestada por hematoquecia, dolor abdominal generalizado de intensidad 9/10 con defensa muscular asociado a registros febriles y bacteriemia. Se realizaron hemocultivos y se inició antibioterapia. Por sospecha de ruptura aneurismática se solicitó angiografía (AngioTC) abdominopélvica: saco aneurismático con signos de ruptura y hemoretroperitoneo. Fistula aorto-duodenal. Se decidió conducta quirúrgica observando isquemia intestinal con compromiso cecal, de colon ascendente y una fistula aorto-duodenal con hematoma crónico. Se realizó cierre del trayecto fistuloso y colectomía derecha. Posterior al procedimiento evolucionó con falla multiorgánica, falleciendo a las 12 horas del postoperatorio.

Resultados: El diagnóstico y tratamiento de las complicaciones del aneurisma de aorta abdominal tratado con colocación de endoprótesis continúa siendo un desafío, ya que la detección tardía e intento de resolución diferido conlleva a resultados negativos con alta mortalidad. La sospecha se hace aún más compleja debido a la presentación inespecífica y variable. La clásica tríada de hemorragia digestiva, intenso dolor abdominal y masa pulsátil se encuentra solo en 11% de los casos. El rendimiento de la VEDA es inferior al 25% debido a que la fistula se localiza habitualmente en duodeno distal. El diagnóstico se basa en el antecedente específico, la sospecha clínica, siendo útiles para la confirmación la AngioTC abdominopélvica y la ecografía doppler.

Conclusiones: Las complicaciones de los aneurismas aórticos como las fistulas aorto-entéricas o la isquemia intestinal son una causa rara de hemorragia digestiva con alta tasa de mortalidad. El diagnóstico y tratamiento precoz permite mejorar el pronóstico, y su etiología debe sospecharse en pacientes con historia conocida de aneurisma de aorta abdominal que presentan un cuadro de hemorragia digestiva de etiología incierta asociado a importante repercusión sistémica y dolor abdominal de comienzo reciente.

PÓSTER

Código: 0242

IMPACTO DEL CONFINAMIENTO POR COVID-19 EN LA ADHERENCIA A DIETA LIBRE DE GLUTEN EN NIÑOS CON ENFERMEDAD CELÍACA

Modalidad: Resúmenes Científicos - G

Unidad Temática: a) GASTROENTEROLOGÍA 3. Intestino delgado 3.2. Enfermedad celíaca

PEREZ AMADOR, Zoe Kohler | BOGGIO MARZET, Christian

GRUPO DE TRABAJO EN GASTROENTEROLOGÍA Y NUTRICIÓN PEDIÁTRICA. HTAL GRAL. DE AGUDOS "DR. I. PIROVANO"

Introducción: Durante la pandemia ocasionada por el Sars-Cov-2 nuestras vidas sufrieron un impacto en varios aspectos, desde el cierre de escuelas, hasta restricciones de movilidad, implementadas como estrategias para frenar la propagación del virus. Uno de los grupos que más se vio afectado fue el de los niños con EC, una condición crónica que se caracteriza por una intolerancia permanente y de por vida a las proteínas del gluten. En pacientes genéticamente predispuestos. Esta condición provoca una atrofia severa de la mucosa del intestino delgado llevando a una disfunción en la absorción de nutrientes, que mejora con la dieta sin TACC y recae con la reintroducción. La manifestación clínica y el impacto funcional de esta enfermedad varían dependiendo de la edad y la situación fisiopatológica del paciente, siendo el tratamiento la exclusión del gluten en la dieta de por vida. Reconocer la importancia y poder comprender y abordar el impacto específico del confinamiento en los niños con EC nos permitió proporcionarles el apoyo necesario para mantener una dieta libre de gluten y garantizar su salud en medio de estos desafiantes escenarios.

Objetivo/s: Conocer el impacto percibido tras el confinamiento por COVID-19 en pacientes pediátricos con EC.

Material (pacientes) y métodos: Se implementó un cuestionario estructurado cerrado por plataforma de SurveyMonkey en una cohorte de padres con niños con EC. Resultados: De 87 encuestas realizadas 78 concluyeron la misma. Tasa de respuesta 93%. 62.8% sexo femenino. 88.4% con diagnóstico antes del 2020. 72.6% con buena adherencia, sin hacer transgresiones. De los diagnosticados en pandemia 50% recibieron su diagnóstico mediante panel de anticuerpos más estudio genético.

El 67.1% no presentó dificultades para encontrar los productos sin gluten. 53.2% probó recetas caseras naturales muy frecuentemente. 68.1% manifestó que no comió fuera de casa lo que mejoró la adherencia a la dieta. El 53.8% utilizó la herramienta de telemedicina para realizar controles. 57.4% lo hizo a través de plataformas digitales destinadas para tal fin (zoom, Google meet). 65.1% se sintió conforme con las consultas realizadas. 66.2% se pudo realizar los controles de laboratorios estipulados para el seguimiento de la enfermedad. El 88.3% no sintió que su hijo fuera más vulnerable al COVID-19 debido a la enfermedad celíaca.

Conclusiones: El impacto del confinamiento por COVID-19 generó un desafío para toda la población, que llevo a realizar cambios obligatorios en el estilo de vida sobre todo en los pacientes con EC, sin embargo, más de la mitad de la población encuestada utilizó herramientas digitales para seguir en contacto con su profesional tratante, adhiriendo a la dieta libre de gluten más del 70%, con pocas dificultades para conseguir productos aptos.

PÓSTER

Código: 0253

LA MEDICIÓN SIMULTÁNEA DE HIDRÓGENO Y METANO MEJORA EL RÉDITO DIAGNÓSTICO DEL TEST DE AIRE ESPIRADO EN EL SOBRECRECIMIENTO MICROBIANO INTESTINAL (SIMO)

Modalidad: Resúmenes Científicos - G

Unidad Temática: a) GASTROENTEROLOGÍA 3. Intestino delgado 3.4. Microbiota

SOIFER, Luis (1) | MAN, Fernando(2) | MAN, Melina(2)

CENTRO DE EDUCACIÓN MÉDICA E INVESTIGACIONES CLÍNICAS "NORBERTO QUIRNO" (CEMIC) (1); CONSULTORIOS GASTRO (2)

Introducción: Se ha generalizado el empleo de los test del aire espirado (TAE) para el diagnóstico de sobrecrecimiento microbiano del intestino delgado (SMI). Algunos equipos empleados actualmente para la medición de gases suelen tener limitaciones, los más simples equipos portátiles miden solamente hidrógeno (H₂), mientras que los más completos permiten la medición simultánea de Hidrógeno, Metano (CH₄), CO₂ y recientemente el sulfuro de H₂. La presencia de valores elevados de Metano suele coincidir con una disminuida excreción de Hidrógeno y por lo tanto, al medir solamente los niveles de Hidrógeno espirado, se informa el estudio como normal, cuando en realidad no lo es.

Objetivo/s: Analizar el rédito diagnóstico comparativo entre la medición aislada de Hidrógeno con la simultánea de Hidrogeno y Metano.

Material (pacientes) y métodos: Material y métodos: Estudio observacional mediante el análisis de las concentraciones de Hidrógeno y Metano en el aire espirado, empleándose Lactulosa como sustrato (LBT) en 353 pacientes (78% mujeres), rango de edades 18/75, por presentar uno o más de los siguientes síntomas: dolor abdominal, distensión, flatulencia y cambios evacuatorios crónicos, con el objetivo de confirmar si presentaban o no SMI. Se consideraron como positivos valores ≥ 20 ppm para Hidrogeno dentro de los 90 minutos posteriores a la ingesta de Lactulosa y para el Metano valores ≥ 10 ppm en cualquier momento del estudio. En los casos en que los valores de Hidrógeno se encontraran muy bajos (curva plana) y los de Metano normales, se consideró la posible existencia de un sobrecrecimiento sulfurógeno (ISO). Se calculó el Rédito Diagnóstico usando la fórmula: número de estudios positivos, dividido por el total efectuados. En base a los valores normales de referencia, fueron calculados el número y % de diagnósticos de SIBO, Sobrecrecimiento metanógeno intestinal (IMO), sobrecrecimiento bacteriano del intestino delgado (SIBO) mixto, SIBO+IMO e ISO.

Resultados: 111 sujetos (31,44%) se consideraron TAE positivos para microbiota mixta, (SIBO +IMO); 78 (22,09%) para IMO; 54 (15,29%) compatibles con ISO; 55 (15,62%) SIBO y 55 (15,62%) fueron negativos. EL RD mediante la medición exclusiva de Hidrogeno, fue de 0,15. En cambio la medición simultanea de Hidrogeno y Metano, permitió un RD de 0,85 OR: 29,9 IC95% 19,9-44,9.

Conclusiones: La medición simultanea de H₂ y CH₄ disminuye la posibilidad de falsos negativos en comparación con la medición aislada de H₂.

PÓSTER

Código: 0192

DEBATE EPIDEMIOLÓGICO EN EL NORTE ARGENTINO, ENFERMEDAD DE CROHN VS TUBERCULOSIS INTESTINAL: REPORTE DE UN CASO

Modalidad: Casos Clínicos - G

Unidad Temática: a) GASTROENTEROLOGÍA 4. Colon y recto 4.1. Enfermedad Inflamatoria intestinal

GALVAN CLAROS, Mariana Elizabeth | PATRÓN COSTAS, Lucas | CASTILLO, Mario Ariel | SANTILLÁN MÁRQUEZ, María Eugenia | MILICH, Mayra Melina | VALDIVIEZO, Erica Micaela | PATRÓN COSTAS, Gustavo

HOSPITAL SAN BERNARDO

Introducción: El diagnóstico diferencial entre la enfermedad de Crohn (EC) y la tuberculosis intestinal (TBI) presenta desafíos en áreas endémicas de TB con el aumento de la incidencia de enfermedad inflamatoria intestinal. En nuestro país en

el año 2021 se notificaron 12.569 casos de TB con una tasa incidencia de 27,4 /100 mil hab, siendo la más alta en Salta (49,2 casos /100 mil/hab). La EC aumentó su incidencia en los países en desarrollo probablemente asociado a la adopción de costumbres occidentales y mejoras en las técnicas diagnósticas. Las tasas de diagnóstico erróneo de EC y TBI oscilan entre el 50 % y el 70 % debido a sus manifestaciones inespecíficas.

Objetivos: Presentar un caso que representó un reto diagnóstico de EC en el contexto epidemiológico local y remarcar el desafío que representa en la práctica clínica diaria diferenciando estas patologías.

Material (pacientes) y métodos: Paciente masculino de 40 años, procedente de Bolivia sin antecedentes patológicos. Refiere presentar desde hace 6 meses, diarrea 6 a 8 episodios por día, con sangre y moco, acompañado de pujo y tenesmo, pérdida de peso y sensación febril. El examen físico reveló dolor hipogástrico y múltiples fístulas perianales. El laboratorio informó anemia, aumento de reactantes de fase aguda y leucocitosis. Las pruebas serológicas y radiografías fueron normales. Se inició tratamiento con metronidazol y ciprofloxacina. Se realizó una VCC que informa fístulas perianales complejas, se progresa hasta colon transverso presentando múltiples úlceras, longitudinales, serpiginosas, profundas, con fondo de fibrina, afectación asimétrica, con áreas de mucosa respetada. Se tomó biopsias para cultivos, anatomía patológica (AP) y estudio de TB. La PCR TB resultó negativa y el BAAR positivo. La AP describió inflamación mixta, con criptitis y pericriptitis. Se realiza TAC que informó engrosamiento parietal de aspecto inflamatorio en colon sigmoides y recto. En conjunto con infectología se decide iniciar tratamiento antituberculoso empírico y seguimiento ambulatorio hasta el resultado del cultivo. Ante la persistencia de la sintomatología, se realiza nueva VCC hasta íleon terminal que informa idéntico compromiso que VCC previa con mucosa ileal sin lesiones. Finalmente, el cultivo para TB resultó negativo, y se asumió como EC, se suspendió el tratamiento antituberculoso e inició corticoide presentando luego importante mejoría clínica, bioquímica y endoscópica.

Conclusiones: La EC y la TBI presentan manifestaciones similares en la clínica, pero sus cursos naturales, así como los tratamientos, están lejos de ser iguales. Destacamos las dificultades y la importancia de un correcto diagnóstico diferencial, apoyado en hallazgos endoscópicos e histológicos. En este caso, a pesar de un resultado negativo en los cultivos para TB, se inició el tratamiento antituberculoso debido al contexto epidemiológico. Sin embargo, los resultados posteriores confirmaron la EC, lo que llevó a un cambio en el enfoque terapéutico.

PÓSTER

Código: 0212

HISTOPLASMOSIS DISEMINADA SECUNDARIA A INMUNOSUPRESIÓN CON ADALIMUMAB EN PACIENTE CON ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL

Modalidad: Casos Clínicos - G

Unidad Temática: a) GASTROENTEROLOGÍA 4. Colon y recto 4.1. Enfermedad Inflamatoria intestinal

MARTÍNEZ ELHELOU, Solange | SOBRERO, Josefina | MANDUCA, Pamela | SÁNCHEZ, Belén | ETCHEVERS, María | DE PAULA, Juan | MULINARIS, Ana Belen | MARCOLONGO, Mariano

HOSPITAL ITALIANO DE BUENOS AIRES

Introducción: El tratamiento de la enfermedad inflamatoria intestinal ha evolucionado a gran escala desde la era de los biológicos. Una de las desventajas de su uso es la predisposición a infecciones oportunistas. La histoplasmosis se considera la infección fúngica invasiva más frecuente en pacientes en tratamiento anti-TNF. La tasa de mortalidad asciende al 20%. La manifestaciones clínicas dependen de la virulencia de la cepa infectante, la carga fúngica inhalada y del estado inmunológico del paciente.

Objetivos: Presentamos a continuación el caso de un paciente con histoplasmosis diseminada como complicación del tratamiento anti-TNF.

Material (pacientes) y métodos: Paciente masculino de 53 años en tratamiento con Adalimumab por colitis ulcerosa corticoides dependiente. A dos años de iniciar terapia biológica presenta episodios de febrícula, sudoración nocturna y lesiones cutáneas nodulares en rostro, brazos y muslos más lesión ulcerada de 1 cm en glándula. Se descarta HIV y sífilis. Se realizó tomografía de tórax que evidenció infiltrados con densidad en "vidrio esmerilado". Se deriva a dermatología para toma de biopsia. La anatomía patológica mostró un proceso inflamatorio granulomatoso formado por histiocitos, células gigantes multinucleadas y aislados linfocitos. Las técnicas de PAS y Ziehl Nielsen fueron negativas. Se descartó herpes simple y CMV mediante hisopado de úlcera en glándula. En cultivo micológico se observó Histoplasma Capsulatum. Se inicia tratamiento con itraconazol, suspendiéndose la inmunosupresión. El paciente presentó buena evolución. Con mesalazina se mantuvo asintomático desde lo intestinal aunque con calprotectina en ascenso. Se planea una vez finalizado el tratamiento con itraconazol reevaluar inicio de inmunosupresión.

Conclusiones: Es frecuente que los pacientes inmunosuprimidos cursen con infección diseminada, ya que el factor de necrosis tumoral es imprescindible para la formación y mantenimiento de los granulomas, que participan en la defensa del huésped. Su sospecha diagnóstica es fundamental para realizar un tratamiento oportuno y evitar complicaciones que pueden resultar fatales. En caso de necesitar reanudar el anti TNF tras al menos 12 meses de terapia antifúngica debe ser bajo un estricto monitoreo. El rol de la terapia antimicótica de mantenimiento para prevenir la recurrencia aún es incierto.

PÓSTER

Código: 0075

LINFOMA MALT DE COLON RECIDIVANTE Y PROGRESIVO: REPORTE DE UN CASO

Modalidad: Casos Clínicos - G

Unidad Temática: a) GASTROENTEROLOGÍA 4. Colon y recto 4.2. Neoplasia

SEMRIK, Nadia Mileva | ZÁRATE, Fabián Eduardo | BEDINI, Mariana Patricia | TRAKÁL, Juan José | TRAKÁL, Esteban | BUTTI, Abel | GORORDO IPIÑA, Rosa Carolina | BENAVIDEZ, Analía Claudia | BONAMICO, Agustina

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

Introducción: Los linfomas MALT son poco comunes y representan el 5% de los Linfomas No Hodgkin. El tracto gastrointestinal es el sitio extraganglionar comúnmente afectado, siendo más frecuente en estómago, luego en intestino delgado y región ileocecal (1). En el MALT gástrico, el Helicobacter Pylori (HP) presenta un rol fuerte en su fisiopatología mientras que en el linfoma MALT de colon y recto es infrecuente (2) y presenta una etiología y tratamiento aún no del todo esclarecidos (3). Sin embargo, la creciente evidencia sugiere que estaría relacionado con reacciones inmunitarias crónicas secundarias a estímulos bacterianos, virales o auto-inmunes (2). Las manifestaciones clínicas difieren según el sitio afectado; siendo el linfoma MALT de colon un hallazgo endoscópico en pacientes frecuentemente asintomáticos.

Objetivos: Revisión clínica-endoscópica y abordaje terapéutico de una entidad atípica con evolución inusual.

Material (pacientes) y métodos: Paciente de 63 años, sin antecedentes de relevancia, consultó por dolor abdominal generalizado de un año de evolución acompañado por cuadro de constipación reciente. Se realizó videocolonoscopía (VCC) observando sobre recto múltiples lesiones polipoideas sésiles erosionadas, de 10 a 15 mm de diámetro. Las biopsias tomadas arrojaron como resultado un Linfoma MALT folicular CD 20 (+). En la videoendoscopia digestiva alta (VEDA) se observó una gastropatía congestiva y erosiva con Helicobacter Pylori (HP) negativo. Comenzó con 4 ciclos de Bendamustina y Rituximab, con regresión completa de la enfermedad.

Resultados: Ocho años después consultó por dolor abdominal tipo cólico de 2 meses de evolución. En VCC se evidenció desde colon transverso hasta recto mucosa sobrelevada de aspecto nodular con múltiples lesiones pseudopolipoideas. En sigma y recto algunas ulceradas y erosionadas con reducción de la luz intestinal. Por tomografía con emisión de positrones (PET) con captación gástrica, se solicitó VEDA con lesión sésil en cardias ocupando mitad de circunferencia, con ulceración central. En bulbo duodenal se observó lesión de 8 mm, de aspecto similar. Las biopsias de colon y gastroduodenales confirmaron MALT HP negativo, progresivo y recidivante.

Conclusiones: A pesar de que en las últimas décadas ha habido un gran desarrollo en el diagnóstico, la estadificación y el manejo del linfoma gastrointestinal, aún representan un verdadero desafío terapéutico (1). El tratamiento de primera línea del MALT gástrico, es la erradicación del HP, con una tasa de sobrevida del 82 al 96% de los casos. Sin embargo, en el linfoma de colon la fisiopatología aún no está esclarecida, por lo que no existe una terapia estandarizada. Algunas teorías revelan una asociación con ciertos procesos inflamatorios crónicos, como parasitosis y tuberculosis intestinal. Existen reportes de casos, que pese a no tener infección con HP consideran que su erradicación sería una estrategia terapéutica adecuada. Debido a ello, en este caso MALT de colon recaído con progresión de enfermedad hacia estómago y duodeno se decidió realizar tratamiento erradicador, ya que este podría cambiar la evolución de la enfermedad sin implicar mayores riesgos para el paciente.

PÓSTER

Código: 0137

ANGIOSARCOMA EPITELIOIDE: UNA CAUSA INFRECUENTE DE HEMORRAGIA DIGESTIVA

Modalidad: Casos Clínicos - G

Unidad Temática: a) GASTROENTEROLOGÍA 4. Colon y recto 4.2. Neoplasia

TOPOR, Iván Nicolás | ETCHEVERS, María | PEREZ, Tomas Manuel | ABARCA, Lucía | GONZALEZ, María Laura | MARCOLONGO, Mariano

HOSPITAL ITALIANO DE BUENOS AIRES

Introducción: El angiosarcoma epitelioides es un subtipo raro de sarcoma de los tejidos blandos, que representa alrededor del 1% de todos los sarcomas. Su diagnóstico suele ser un desafío y se sustenta en los hallazgos histopatológicos e inmunohistoquímicos de las lesiones afectadas. En relación a la afectación intestinal, la misma es extremadamente infrecuente, habiendo reportados muy pocos casos en la literatura a la fecha.

Objetivo: El angiosarcoma epitelioides primario de tracto digestivo es una patología extremadamente infrecuente que debe ser reportada para poder obtener mayor información para futuros casos y mejorar el abordaje de dicha patología

Material (pacientes) y métodos: Reporte de caso: Presentamos el caso de un hombre de 87 años, panvascular, antiagregado y anticoagulado, con múltiples stents en miembros inferiores que ingresó a la guardia con relato de melena de 1 semana de evolución en contexto de RIN suprarango. En la endoscopia alta no hubo

hallazgos relevantes y en la colonoscopia, se hallaron lesiones nodulares de aspecto vascular con centro necrótico, friables al tacto, a lo largo de todo el marco colónico, no plausibles de tratamiento endoscópico debido a la cantidad y extensión de las mismas. Se tomaron biopsias obteniéndose fragmentos de mucosa colónica con proliferación de células epiteloides atípicas en lámina propia, las mismas se disponen en estructuras o canales vasculares irregulares, datos histopatología compatibles con angiosarcoma epitelioide. El paciente continuó presentando hemorragias digestivas masivas, con descompensación hemodinámica. Para completar el estudio y estadificar la extensión afectada en vistas de un probable requerimiento de colectomía, se realizó una video cápsula endoscópica que reveló compromiso agregado extenso de lesiones en intestino delgado. Este hallazgo alejó la posibilidad de realizar una resección quirúrgica como tratamiento resolutivo. El paciente evolucionó tórpida durante el resto de su internación y debido a la fragilidad clínica y la futilidad de los tratamientos disponibles, se consensuó la adecuación del mismo, con posterior obito.

Resultados:

Conclusiones: Para concluir, aquí se presenta un caso más de una patología extremadamente rara y de la cual hay pocos reportes en la literatura. Debido a esto y a la agresividad de la misma y su mal pronóstico a corto y mediano plazo, es poca la evidencia que tenemos respecto al tratamiento óptimo y la evolución a esperarse en caso de poder realizarse. Es necesario mantener una vigilancia activa para el reporte de nuevos casos para poder establecer una mejor base de evidencia científica para el tratamiento de esta enfermedad

PÓSTER**Código: 0183****DIAGNÓSTICOS DIFERENCIALES EN PACIENTES CON MASAS PANCREÁTICAS: PANCREATITIS FOLICULAR**

Modalidad: Casos Clínicos - G

Unidad Temática: a) GASTROENTEROLOGÍA 6. Páncreas 6.1. Patología inflamatoria
ABARCA, Lucía | PASQUA, Analía Verónica

HOSPITAL ITALIANO DE BUENOS AIRES

Introducción: Ante la presencia de una masa pancreática es necesario considerar varios diagnósticos diferenciales: el adenocarcinoma ductal o acinar, los linfomas y las pancreatitis focales (del surco, xantogranulomatosa, autoinmune, folicular). La pancreatitis folicular (PF) es una pancreatopatía particular, infrecuente, que afecta mayormente a hombres de 40-50 años. Puede cursar asintomática o causar dolor o ictericia obstructiva. Inicialmente fue descrita como "pseudolinfoma pancreático". Histológicamente se caracteriza por numerosos folículos linfoides con centros germinales reactivos Bcl2 (-). A diferencia de la pancreatitis autoinmune tipo 1, la PF no presenta fibrosis estoriforme, flebitis obliterante ni una relación IgG4:IgG alta. Además, la PF no presenta los abscesos neutrofilicos observados en la pancreatitis autoinmune tipo 2. Las características evolutivas de la PF están parcialmente definidas y no existe un consenso sobre su manejo.

Objetivos: Comunicar un caso de PF ya que es un diagnóstico a considerar en pacientes con una masa pancreática y existen sólo 15 casos reportados.

Material (pacientes) y métodos: Paciente de 59 años con antecedentes de DM, rinitis crónica y tabaquismo. VCC (pesquisa): disminución del patrón vascular en ciego (biopsia: hipereosinofilia). Consultó por ictericia indolora. Colangiografía: Imagen focal en la cabeza pancreática levemente hiperintensa en T2 y DWI, sin clara restricción en ADC, hipointensa en T1 y con escaso realce. Dilatación de la VB con abrupto cambio de calibre a nivel intrapancreático. EUS: área hipoeoica de 34 mm, pseudolobulaciones y estrías en la cabeza y adenopatía en el hilio hepático. Histología: sin atipia. Laboratorio: bilirrubina 11 mg/dL (directa 6) FAL 188 U/L TGO 105 TGP 206 PCR 126 IgE 2200 CA 19-9 126 U/mL. Eosinófilos, IgG y subclases y FAN normales. PET: Aumento del metabolismo en la lesión pancreática y ganglios regionales. Ante la imposibilidad de descartar categóricamente un cáncer, se sugirió una DPC. AP: Folículos linfoides con centros germinales prominentes perineurales y en relación a los conductos. Áreas de fibrosis periductal e interlobulillar y acinos atroficos. Ganglios con hiperplasia folicular reactiva. IHQ: Bcl2: (-) en centro germinales. Bcl6: (+) en centros germinales. CD20 y CD3: (+) en ambas determinaciones con predominio de CD3 (T). Cadenas livianas K y L: (+) en ambas determinaciones (policlonal). El diagnóstico definitivo fue PF. El paciente evolucionó con episodios de colangitis ascendente y requirió una re-hepaticoyeyunoanastomosis. Está recibiendo pancreatina y en seguimiento desde hace 5 años.

Conclusiones: Como la mayoría de los casos de PF reportados, el de este paciente se diagnosticó luego de la resección quirúrgica realizada por signos radiológicos sospechosos de malignidad. El seguimiento es mandatorio para identificar eventuales recaídas, complicaciones y asociaciones con otras entidades.

PÓSTER**Código: 0259****PANCREATITIS AUTOINMUNE - ENFERMEDAD RELACIONADA A IGG4**

Modalidad: Casos Clínicos - G

Unidad Temática: a) GASTROENTEROLOGÍA 6. Páncreas 6.1. Patología inflamatoria
GUERRERO BUSTAMANTE, María de Jesús

HOSPITAL MILITAR CENTRAL CIRUJANO MAYOR DR. COSME ARGERICH

Introducción: Femenina, 46 años. Consulta por Síndrome Ictérico, realizan CPRE + Colocación de Stent Biliar. Ant. DM2 IR (Dx 2009). Niega consumo de Tabaco y/o Alcohol. Junio 03/2021 diagnostican síndrome Coleocidiano. Realizan CPRE con colocación de Stent Biliar. En Julio 31/2022, Internada HMC con Dxco Síndrome coleocidiano en contexto de sospecha de Pancreatitis Autoinmune en estudio. Realizan CPRE con recambio de Stent Biliar.

Objetivo/s: Presentación de un caso de Pancreatitis Autoinmune relacionada a IgG4, forma poco común pero bien establecida de inflamación pancreática.

Material (pacientes) y métodos: Laboratorio: Hto 39.5% Leucocitos 12000 plaquetas 305000 Glucemia 231 mg/dl Urea 26 mg/dl Creatinina 0.7 mg/dl BT 0.81 BD 0.20 GOT 11 GPT 30 GGT 314/L FAL 568 U/L VSG 40/mm PCR +++++ Serologías: TSH: 2.38 T4 Libre 0,88 ng/dl- LATEX (AR) 256 U/L - Anti CCP Negativo C3 - C4 - Complemento (CH50) - Anti RO(Ssa) - Anti LA (Ssb) - Anti SM - Anti RNP - Anti Scl-70 - FAN - Anti DNA - Anti centrómero: Negativos. IgA - IgM - IgE: Normales. IgG ligeramente elevado: 1829 mg/dl (hasta 1822). IgG 4: 6,38 g/l (0,03 -2,01) AMA - Anti Músculo Liso: Negativo - Anti Mieloperoxidasa: 0,60 U/ml - Anti Proteinasa 3 (PR3): 1,60 - ANCA negativo. Serologías virales: Negativas Ca 19 - 9: menor de 2,10 U/ml.

Resultados: Sospecha de Pancreatitis Autoinmune, se realiza Eco endoscopia + Biopsia: informa una glándula hipoeoica con un agrandamiento difuso de todo el parénquima. conducto pancreático principal calibre normal, su pared engrosada e hipereoica, se observa engrosamiento de la pared de la vía biliar principal y la vesícula biliar con el típico "patrón en sándwich", hallazgos compatibles con pancreatitis autoinmune vs Enfermedad por IgG4. Biopsia: Las secciones histológicas muestran pequeños fragmentos de estroma con fibrosis e infiltrado linfoplasmocitario que engloba aislada luz glandular. No se observa parénquima pancreático preservado. Acompañan fragmentos de epitelio cilindro con escasas células calciformes. Inmunomarcación: IGG/IgG4: 40% aprox. Dxco: Los hallazgos histológicos, inmunohistoquímicos junto a los datos clínicos y de laboratorio favorecen el diagnóstico de Enfermedad por IgG4. Dosaje de IgG4 elevada. Se indicó Meprednisona 40 mg/día. Con adecuada respuesta al tratamiento. Dado los hallazgos en imágenes a nivel de glándulas submaxilares difusamente heterogénea, se biopsia. AP: Glándulas salivales menores constituidas por acinos atroficos a predominio mucoso con dilatación ductal, observándose signos de congestión y denso infiltrado de células linfoides con presencia de centros germinales. INMUNOMARCACIÓN: IgG POSITIVA - IgG4 POSITIVA (<50 por CGA) - Relación IgG4/IgG: >40%. Se consideró durante el proceso diagnóstico la Pancreatitis autoinmune como manifestación inicial ante una Enfermedad asociada a IgG4, descartándose otras causas.

Conclusiones: La pancreatitis autoinmune (PAI) es una entidad manifiesta por ictericia indolora y/o dolor abdominal, un páncreas difusamente agrandado o una masa pancreática en las imágenes. La sospecha de AIP debe aumentar aún más en aquellos con otras condiciones autoinmunes. La IgG4-RD es una afección fibroinflamatoria inmunomediada. Se caracteriza por afectación multiorgánica, elevación de IgG4 sérica e infiltración de los órganos con células plasmáticas positivas para IgG4. La PAI es una forma poco común, si no se trata, puede provocar insuficiencia pancreática, fibrosis y otras complicaciones. El descubrimiento de inmunoglobulina G4 (IgG4) elevada como biomarcador de PAI ayudó a diferenciar el trastorno de otras formas de pancreatitis crónica.

PÓSTER**Código: 0112****HEMOSUCCUS PANCREÁTICO SECUNDARIO A ANEURISMA DE ARTERIA GASTRODUODENAL A CONDUCTO PANCREÁTICO MENOR (SANTORINI): COMPLICACIÓN INFRECUENTE DE PANCREATITIS CRÓNICA**

Modalidad: Casos Clínicos - G

Unidad Temática: a) GASTROENTEROLOGÍA 6. Páncreas 6.4. Miscelánea

PALMA, Agustina | REDONDO, Agustina | BALDONI, Fernando | MARLETTA, Emilia | TUFARE, Francisco Mario

HIGA SAN MARTÍN LA PLATA

Introducción: El hemosuccus pancreático (HP) es una causa infrecuente de hemorragia digestiva alta que presenta una mortalidad mayor al 90% en pacientes que no reciben tratamiento. Se define como sangrado dentro del conducto pancreático principal o accesorio. Debe sospecharse en pacientes con la triada diagnóstica de pancreatitis aguda (PA) o crónica (PC) establecida con hemorragia digestiva aguda o intermitente asociada a dolor abdominal. Además, puede encontrarse hiperamilasemia o aumento de la lipasa sérica durante el episodio agudo, un factor de confusión que retrasa el diagnóstico de HP. La angiografía computarizada es esencial para el diagnóstico y para identificar la ubicación del pseudoaneurisma cuando está presente. La embolización endovascular por radiología intervencionista es actualmente el abordaje terapéutico de elección en pacientes estables. Actualmente, la información de esta entidad se limita a reportes de casos, la gran mayoría de los cuales están relacionados con la afectación del Wirsung o conducto pancreático principal.

Objetivo/s: Presentación de un caso clínico de hemosuccus pancreático de conducto accesorio o Santorini en un paciente con pseudoaneurisma crónico de la arteria gastroduodenal

Material (pacientes) y métodos: Varón de 65 años que acudió al servicio de urgencias por dolor abdominal epigástrico intenso y episodios de hematoquecia asociados

a descompensación hemodinámica. Como antecedentes clínicos de interés presentaba diagnóstico de pancreatitis crónica difusa no calcificante de etiología tóxica (enolismo de riesgo 50 y tabaquismo severo de 80 py), en tratamiento por insuficiencia pancreática exocrina y endocrina. Al encontrarse hemodinámicamente inestable se inició reanimación hídrica y transfusión de dos unidades de sedimento globular con respuesta favorable. Sonda nasogástrica con débito biliar y el tacto rectal positivo para melena. En el examen de laboratorio se constata anemia y amilasa de 230 U/dl. Se realizó una videoendoscopia digestiva alta, observándose restos hemáticos en la segunda porción duodenal. Se decide realizar una duodenoscopia con visión lateral en la que se observa exudación sanguínea de la papila menor asociada a lacto pulsátil de dicha región (Fig. 2). Una tomografía computarizada (TC) abdominal con contraste intravenoso y angio-TC identificó una formación compatible con un pseudoaneurisma de probable origen en arteria gastroduodenal en la región anterior de la porción cefálica del páncreas (Fig. 1). La resonancia magnética de abdomen con contraste endovenoso confirmó un pseudoaneurisma. Se observó dilatación ductal distal a dicha formación sugestiva de compresión. Se realiza ecodoppler del eje esplenoportal el cual confirma trombosis vascular del tronco esplenomesaraico. Se realizó como tratamiento una angiografía selectiva de la arteria gastroduodenal, donde se visualizó el sitio de sangrado. El procedimiento se realizó con éxito técnico y clínico, sin evidencia de resangrado temprano. Se realizó control angiográfico a los 14 días sin lesión sangrante visible (Fig. 4). El paciente continúa en seguimiento en nuestra unidad de enfermedades biliopancreáticas en vigilancia y tratamiento con suplementos enzimáticos por su insuficiencia pancreática exocrina. Sin recurrencia del sangrado (12 meses).

Conclusiones: En conclusión, el hemossuccus pancreático es una causa poco frecuente de hemorragia digestiva y debe sospecharse en pacientes diagnosticados de PA o PC con sangrado intermitente sin causa aparente. El método diagnóstico de elección ante la sospecha clínica es la angio-TC. Entre las opciones terapéuticas, la embolización arterial selectiva mediante angiografía es el procedimiento de elección por su eficacia y seguridad.

PÓSTER

Código: 0197

LOS SINTOMAS EXTRA-DIGESTIVOS SON MAS FRECUENTES EN PACIENTES CON SINDROME DE INTESTINO IRRITABLE CON SINTOMAS SEVEROS

Modalidad: Resúmenes Científicos - G

Unidad Temática: a) GASTROENTEROLOGÍA 10. Neurogastroenterología 10.4. Miscalánea

PEREYRA, Facundo (1) | PEREYRA, Lisandro(2) | LASA, Juan(1) | STEINBERG, Leandro(3)

HOSPITAL DE CIPOLETTI "DR MOGUILVSKY" (1); Hospital Alemán de Buenos Aires (2); Hospital Durand (3)

Introducción: El síndrome de intestino irritable es un trastorno funcional digestivo frecuentemente asociado a condiciones extra-digestivas. La caracterización de dicha asociación no ha sido del todo bien estudiada.

Objetivo/s: Comparar la prevalencia de trastornos somáticos extra-digestivos en pacientes con síndrome de intestino irritable de acuerdo a la severidad de sus síntomas digestivos

Material (pacientes) y métodos: MBD15 es un programa de redes sociales que provee recomendaciones de hábitos saludables, y intervención dietaria guiada en grupo de pares con monitorio de síntomas digestivos y extradigestivos. Durante la participación en el programa, los pacientes mayores de 18 años que cumplieran con criterios diagnósticos de síndrome de intestino irritable de acuerdo a los criterios de Roma IV fueron invitados a completar una encuesta anónima. La misma incluía cuestionarios validados en español como el IBS-SSS (irritable bowel syndrome symptom severity scale) y el GSRS (gastrointestinal symptom rating scale) para evaluar la severidad de sus síntomas digestivos. La encuesta evaluó para cada caso la presencia de los siguientes síntomas o trastornos extra-digestivos: cefalea crónica, fibromialgia, fatiga crónica, síndrome de piernas inquietas, cistitis intersticial, fascitis plantar, candidiasis recurrente, síndrome pre-menstrual, artralgias crónicas, dermatitis atópica, contracturas cervicales. Los pacientes fueron clasificados según los resultados del IBS-SSS en pacientes con síntomas leves (<175), moderados (175-300) o severos (>300). Se utilizó el test de chi cuadrado para la comparación de variables categóricas y el test de Kruskal Wallis o ANOVA para la comparación de variables numéricas, según correspondiera.

Resultados: Entre julio de 2022 y abril de 2023, 24859 pacientes completaron los cuestionarios del programa MBD15, de los cuales se incluyeron 4832 pacientes que cumplieron con los criterios de inclusión. La edad promedio fue de 44.87±10.96 años y el 91.94% fueron mujeres. El 20.69%, 51.91% y 27.4% presentaban síntomas de síndrome intestino irritable leves, moderados o severos, respectivamente. La mediana de síntomas extra-digestivos reportados por paciente fue de 5 (3-6). Los pacientes con síntomas de síndrome de intestino irritable severos presentaron una prevalencia significativamente mayor de síntomas extra-digestivos [mediana de 6 (4-7), p=0.01]. La presencia de más de 5 síntomas extra-digestivos fue más frecuente en sujetos con síntomas de síndrome de intestino irritable severos [62.72%, 54.99% y 41.99% respectivamente, p=0.001]. Los síntomas extra-digestivos más

frecuentemente reportados en pacientes con síntomas severos de síndrome de intestino irritable fueron las contracturas cervicales (81.74%), fatiga crónica (74.4%) y las artralgias crónicas (62.13%).

Conclusiones: Los pacientes con síntomas severos de síndrome de intestino irritable presentan una prevalencia mayor de síntomas extra-digestivos respecto de aquellos con síntomas leves o moderados. La ocurrencia de estos síntomas extra-digestivos debería ser monitoreada con el fin de mejorar la calidad de vida de estos pacientes.

PÓSTER

Código: 0124

10 AÑOS DIAGNOSTICANDO ENFERMEDAD CELIACA EN UN CENTRO DE DERIVACIÓN PEDIÁTRICO; CARACTERÍSTICAS EPIDEMIOLÓGICAS Y CLÍNICAS

Modalidad: Resúmenes Científicos - G

Unidad Temática: a) GASTROENTEROLOGÍA 3. Intestino delgado 3.2. Enfermedad celiaca

HIDALGO, Pilar | KELLER, Maria Eliana | CHIERICHETTI, Maria | RAMACCIOTTI, Gonzalo | SCARAFONI, Sandra

HOSPITAL INTERZONAL ESPECIALIZADO MATERNO INFANTIL TETAMANTI DE MAR DEL PLATA

Introducción: Introducción: la Enfermedad celiaca (EC) es una enfermedad crónica, inmunomediada, sistémica, en sujetos genéticamente predisuestos; precipitada por la ingesta de gluten. Frecuentemente presenta síntomas en la edad pediátrica. Se caracteriza por la combinación variable de manifestaciones clínicas, anticuerpos específicos y enteropatía.

Objetivo/s: **Objetivos:** describir las características epidemiológicas y clínicas de los pacientes diagnosticados con EC en un Hospital Interzonal Especializado Infantil de alta complejidad.

Material (pacientes) y métodos: Material y métodos: estudio retrospectivo, descriptivo y observacional realizado en el servicio de gastroenterología del Hospital Infantil de Mar del Plata, durante un periodo de 10 años comprendido entre enero 2012 a diciembre 2021. Fueron incluidos 229 pacientes de 0 a 15 años con serología específica positiva. Se realizó en la totalidad de ellos videoendoscopia digestiva alta bajo anestesia con biopsia de bulbo y duodeno, demostrando atrofia vellositaria.

Resultados: Resultados: El 58% de los pacientes diagnosticados son oriundos de nuestra ciudad y el 42% de los 16 municipios que son derivados a nuestro hospital. Predominó el sexo femenino (58%), la edad media del diagnóstico fue de 7 años y un mes. La forma de presentación más frecuente fueron los síntomas digestivos. En menores de 3 años fue la triada clásica y en niños mayores, si bien predominó la diarrea crónica, también se observó distensión, dolor abdominal, vómitos y constipación. Las manifestaciones extra digestivas más comunes, fueron la anemia ferropénica (12%) y la baja talla (4%). El 73% de los niños estaban eutróficos al momento de diagnóstico, 21% con bajo peso y 6% con sobrepeso. El 21% tenía condiciones predisponentes, presentándose la DBT tipo 1 como la más común, seguido de Síndrome de Down y el hipotiroidismo. El 18.5% tenía antecedentes familiares de primer grado de EC y el 11% de segundo grado.

Conclusiones: Conclusión: Los resultados encontrados concuerdan con las series presentadas por otros países de América. La prevalencia es mayor en mujeres y la forma más frecuente de presentación en menores de 3 años continúa siendo la triada clásica. En niños mayores la diarrea crónica es el síntoma que prevalece, sin embargo el espectro clínico es más amplio, por lo que la EC debe ser considerada como diagnóstico diferencial en pacientes pediátricos con diversos síntomas gastrointestinales y extradigestivos.

PÓSTER

Código: 0170

ENCEFALITIS AUTOINMUNE EN UN PACIENTE CON COLITIS ULCEROSA ASOCIADA AL USO DE TERAPIA ANTI-TNF

Modalidad: Casos Clínicos - G

Unidad Temática: a) GASTROENTEROLOGÍA 4. Colon y recto 4.1. Enfermedad Inflamatoria intestinal

MANDUCA, Pamela | DE PAULA, Juan | VARELA, Lucia | MARTÍNEZ ELHELOU, Solange | SOBRERO, Josefina | ETCHEVERS, Maria | SÁNCHEZ, Belén | MULINARIS, Ana Belen | MARCOLONGO, Mariano

HOSPITAL ITALIANO DE BUENOS AIRES

Introducción: La enfermedad inflamatoria intestinal es un proceso inflamatorio crónico, inmunomediado. En su patogenia intervienen diferentes citoquinas, entre las cuales se destaca el factor de necrosis tumoral alfa. La terapia Anti-TNF es eficaz y segura, sin embargo no está exenta de efectos adversos; entre ellos se mencionan los neurológicos. La encefalitis autoinmune es una enfermedad inflamatoria del sistema nervioso central mediada por anticuerpos. Las manifestaciones clínicas

cas incluyen alteraciones cognitivas y del comportamiento, crisis epilépticas, déficit focales y alteración del sensorio. Entre los diagnósticos diferenciales se destacan infecciones, trastornos tóxico-metabólicos, vasculares, neoplasias, enfermedades desmielinizantes, alteraciones psiquiátricas, y demencias neurodegenerativas.

Objetivo/s: Presentamos a continuación el caso de un paciente con encefalitis inmunomediada secundaria al uso de Infiximab.

Material (pacientes) y métodos: Varón de 74 años con diagnóstico de colitis ulcerosa. Recibió dos series de tratamiento con infliximab entre el año 2014 y 2019 que luego discontinuó. Por brote severo realizó reinducción con infliximab en 2023. A los 10 días de la segunda infusión de reinducción a dosis de 10 mg/kg con infliximab consultó por síndrome confusional fluctuante y episodios de apraxia de cinco días de evolución. Examen físico sin foco neurológico, Montreal Cognitive Assessment (MoCA) test 15/30, Confusion Assessment Method for the ICU (CAM-ICU) positivo. Evolucionó con síndrome confusional hiperactivo con agitación psicomotriz. Se realizó tomografía de cerebro sin hallazgos de relevancia. No se realiza resonancia magnética de cerebro por marcapasos no resonable. Electroencefalograma normal. Punción lumbar con hiperproteinorraquia de 93 mg/dl, sin leucorraquia. PCR para virus de la familia herpes y tuberculosis negativas, cultivo bacteriológico y micológico negativos. TSH normal. Panel onconeural y para encefalitis autoinmunes en suero y líquido cefalorraquídeo negativos. Por sospecha de encefalitis inmunomediada secundaria a infliximab realizó tratamiento con pulsos de metilprednisolona por 3 días sin respuesta clínica por lo cual realizó 5 ciclos de plasmáferesis con mejoría clínica. MoCA test control al mes de 25/30. Por su enfermedad de base se decide rotar terapia biológica a Ustekinumab.

Conclusiones: La literatura reportada hasta la actualidad de encefalitis autoinmune secundaria a uso de infliximab es muy escasa. Es importante destacar que es un diagnóstico complejo de realizar. En nuestro caso se realizó mediante criterios clínicos, ya que si bien la positividad de los anticuerpos contribuye al diagnóstico, estos no son excluyentes. Se descartaron posibles diagnósticos diferenciales. Dado que nuestro paciente tuvo como único antecedente de relevancia la reinducción con Infiximab previo al desarrollo de síntomas y buena respuesta al tratamiento con plasmáferesis se atribuyó al anti-TNF como causa de encefalitis.

PÓSTER

Código: 0245

INFLUENCIA DE LA MODALIDAD DE PREPARACIÓN COLÓNICA EN LA TASA DE DETECCIÓN DE ADENOMAS

Modalidad: Resúmenes Científicos - G

Unidad Temática: a) GASTROENTEROLOGÍA 4. Colon y recto 4.2. Neoplasia

FIRVIDA, Sofía | PARDO, Bárbara Eugenia | LO CARMINE GAMMEL, Dana | ASPREA ALFANO, Leonardo | ESCOBAR, Rafael

SANATORIO DR. JULIO MENDEZ

Introducción: El carcinoma colorrectal (CCR) es uno de los tumores malignos más prevalentes a nivel mundial. Para reducir la incidencia y mejorar el estadio al diagnóstico, se recomiendan estudios específicos de detección a partir de los 50 años en pacientes con riesgo promedio. La videocolonoscopia (VCC) demostró ser efectiva en el diagnóstico y en la prevención del CCR, mediante la resección de las lesiones precursoras, los adenomas. La tasa de detección de adenomas (TDA) es considerada el principal indicador de calidad de dicho estudio y se correlaciona inversamente con la incidencia del cáncer de intervalo. La calidad de la preparación colónica es un factor importante que afecta la capacidad para detectar lesiones y realizar un correcto examen de la mucosa. Una preparación colónica inadecuada se relaciona con un aumento de los costos de la atención médica. La adecuada limpieza colónica se vincula con una mejoría en la TDA. La dosis dividida ha demostrado mejoría de los parámetros de limpieza y hallazgo de lesiones.

Objetivo/s: Comparar la tasa de detección de adenomas con preparación colónica como única dosis y en dosis dividida.

Material (pacientes) y métodos: Estudio retrospectivo, de corte transversal. Se incluyeron pacientes ≥ 50 años con riesgo promedio que realizaron VCC de pesquisa con preparación colónica con única dosis (bisacodilo + 2 litros polietilenglicol 12 hs. antes del estudio) y dosis dividida (bisacodilo + 1 litro polietilenglicol 12 hs. antes del estudio y 1 litro 4 hs. antes del estudio) en los años 2022 a 2023. Se determinaron las variables demográficas: edad y sexo; anatomía patológica; calidad de la preparación según escala validada de Boston.

Resultados: Se incluyeron 257 pacientes. Se observó homogeneidad entre ambos grupos. 113 del grupo única dosis, edad promedio 63 años, masculinos n=36 (32%), femeninos n=77 (68%) y 144 con dosis dividida, edad promedio 62 años, masculinos n=58 (40%), femeninos n=86 (60%). La TDA global fue 26,7% vs 34,4% (OR 1.46 IC 0.84 - 2.54; p = 0.1766), TDA sexo masculino 38,8% vs 46,5% (OR 1.15 IC 0.52 - 2.54; p 0.7167) y TDA sexo femenino 20,7% vs 26,7% (OR 0.86 IC 0.39 - 1,88 p=0.7109), respectivamente. Preparación colónica: inadecuada 26 pacientes, 21 (80%) vs 5 (20%) grupo dosis única vs dosis dividida respectivamente y adecuada 231 pacientes, 92 (40%) vs 139 (60%) grupo única dosis vs dosis dividida (p=0.0003).

Conclusiones: El grupo que recibió la preparación colónica en dosis dividida presentó cifras significativamente superiores de limpieza colónica al grupo tratado con única dosis. Datos que se correlacionaron con un aumento concomitante en la TDA pero que no alcanzaron significancia estadística, probablemente debido al tamaño de la muestra analizado. Nuestros resultados confirman la necesidad de implemen-

tar diferentes estrategias en la indicación de la preparación colónica en los pacientes sometidos a VCC de pesquisa. Y además, ponen de manifiesto que realizar la evaluación sistemática de los resultados de dichas intervenciones brinda una herramienta útil en la toma de decisiones que mejoran la efectividad en la prevención del CCR en la población objetivo.

PÓSTER

Código: 0231

ENFERMEDAD RELACIONADA A IGG4: UNA ENTIDAD NO BIEN RECONOCIDA Y TARDIAMENTE DIAGNOSTICADA

Modalidad: Casos Clínicos - G

Unidad Temática: a) GASTROENTEROLOGÍA 6. Páncreas 6.4. Miscelánea

ANDRUETTO, Jesica | SORDÁ, Juan Antonio | DE ROSA, Marcelo | VOLPACCHIO, Mariano | ROJAS, Germán | BORTOT GASTÓN, Lorena | GONZÁLEZ BALLERGA, Esteban

HOSPITAL DE CLINICAS JOSE DE SAN MARTIN

Introducción: La enfermedad relacionada con IgG4 (ER-IgG4) es considerada una entidad inmunomediada, caracterizada por lesiones inflamatorias difusas o pseudotumorales, infiltrado linfoplasmocítico, flebitis obliterativa, fibrosis estoriforme y asociada frecuentemente con niveles séricos elevados de IgG4. El compromiso sistémico puede ser sincrónico o metacrónico afectando principalmente el páncreas, vía biliar y riñón. También puede afectar otros órganos o tejidos como las glándulas salivales, ganglios linfáticos, retroperitoneo y pulmón. El tratamiento de primera línea es la inmunosupresión.

Objetivo/s: Describir el compromiso pancreático, biliar y renal de ER-IgG4.

Material (pacientes) y métodos: Paciente masculino de 72 años con antecedentes de diabetes mellitus tipo 2 diagnosticado en 2018, colecistectomizado en 2014 y múltiples consultas previas en otras instituciones por hipertransaminasemia y pérdida de peso. Acude a nuestro hospital por presentar diarrea de características esteatorreicas de tres meses de evolución. Al examen físico presentaba signos de desnutrición (IMC 20 kg/m²), icterico y hepatomegalia sin esplenomegalia. Laboratorio de ingreso: hemograma normal, glucemia 197 mg/dL (VN 110 mg/dL), creatinina 1.48 mg/dL (VN 1.3 mg/dL), urea 96 mg/dL (VN 50 mg/dL), bilirrubina total 6.4 mg/dL (VN 1 mg/dL), bilirrubina directa 5.3mg/dL (VN 0.5 mg/dL), AST 467 U/L (VN 31 U/L), ALT 416 U/L (VN 42 U/L), FAL 1367 U/L (VN 270 U/L), GGT 1950 U/L (VN 71 U/L). El Ca 19-9 354 U/ml (VN 20 U/ml) y la elastasa fecal fue menor a 50 mcg/g (VN > 200 mcg/g). En la tomografía de abdomen se evidenciaba atrofia pancreática severa y dilatación de la vía biliar. Resultaron negativas las serologías virales, anticuerpos antitransglutaminasa, coprocultivo y parasitológico. Tanto la endoscopia digestiva alta y videocolonoscopia fueron normales. Se realizó resonancia de abdomen y colangiografía con alteración difusa del patrón acinar del páncreas, estenosis con dilatación distal del colédoco y riñón sin hallazgo patológico. El resultado IgG4 fue de 3.5 g/L (VN hasta 0.5 g/L). Con los hallazgos clínicos, bioquímicos e imagenológicos se interpreta como probable ER-IgG4. Inició tratamiento con enzimas pancreáticas 150.000 UI y meprednisona 40 mg por día. Al cabo de un mes presentó deposiciones normales y mejoría del aspecto nutricional. El laboratorio control: glucemia 83 mg/dL, albúmina sérica 4.7 g/dl, creatinina 1.5 mg/dl, urea de 102 mg/dl, bilirrubina directa 0.32 mg/dL, AST 27 U/L, ALT 68 U/L, FAL 80 U/L, GGT 164 U/L y Ca 19-9 26.5 U/ml. La colangiografía control evidenció ausencia de la estenosis del conducto biliar. La evaluación de la función renal presentó proteinuria 400 mg/dl (VN hasta 150 mg/día). Se realizó biopsia renal la cual objetiva infiltrado linfoplasmocitario, fibrosis estoriforme y depósitos de IgG4 en las membranas basales.

Conclusiones: La ER-IgG4 es una entidad descrita en los últimos años, de etiología y fisiopatología aún no bien definidas. En el 39% de los casos la diabetes mellitus puede acompañar o preceder el diagnóstico. El diagnóstico se establece mediante criterios histológicos, imagenológicos, serológicos, existencia de compromiso de otros órganos y respuesta a corticoides (HISORT). El retraso en el diagnóstico ha sido establecido de 4 años, con el consiguiente daño irreversible y la asociación de neoplasias. Tiene una alta respuesta a la inmunosupresión por lo que es indispensable que el diagnóstico sea precoz. La presentación más frecuente es multiorgánica, es excepcional el compromiso de un solo órgano por lo que, siempre debe hacerse un estudio sistemático guiado por la clínica y alteraciones de laboratorio.

PÓSTER

Código: 0039

HEPATITIS SIFILÍTICA: LA GRAN SIMULADORA

Modalidad: Casos Clínicos - G

Unidad Temática: a) GASTROENTEROLOGÍA 7. Enfermedades infecciosas 7.3. HIV
BONSERAGENT, Camila | FERNÁNDEZ VERÓN, Paula Valeria | CALZETTA, Pablo Anibal | MARTÍNEZ, Ana Alicia | CURRÁS, Alfredo Eduardo

HOSPITAL GENERAL DE AGUDOS DR JUAN A. FERNANDEZ

Introducción: La sífilis es una infección de transmisión sexual cuya incidencia se encuentra en aumento. El Treponema Pallidum puede comprometer el hígado gene-

rando la llamada hepatitis sifilítica (HS) de tipo colestásica. Aunque es infrecuente, ésta asociación aumenta con la coinfección del virus de la inmunodeficiencia humana (HIV).

Objetivos: Presentación de un caso clínico con alteración del hepatograma secundario a infección por sífilis en un paciente con enfermedad por HIV.

Material (pacientes) y métodos: Masculino de 26 años con diagnóstico de HIV en buen estatus inmunológico (carga viral indetectable y recuento de CD4 562 cel/mm³) derivado por servicio de Dermatología por presentar alteración del hepatograma asociado a lesiones maculopapulares en piel. Al interrogatorio el paciente refiere astenia y conductas sexuales sin protección. El examen físico revela ictericia de piel y mucosas, hepatomegalia y lesiones maculopapulares en forma generalizada. En el laboratorio se evidencia Bilirrubina total 8.1 mg/dl, Bilirrubina directa 6.9 mg/dl, Transaminasa Glutámico Oxalacética 194 U/l, Transaminasa Glutámico Pirúvica 304 U/l, Fosfatasa Alcalina 1273 U/l. Ecografía abdominal con hepatomegalia como único hallazgo y Resonancia Magnética Nuclear de abdomen y colangiografía que evidenció hepatomegalia leve a expensas del lóbulo derecho y vía biliar normal. Se solicitan serologías para virus hepatotropos y autoanticuerpos (ASMA - ANA - AMA - Anti LKM-1) cuyos resultados fueron negativos y prueba no treponémica (VDRL) con resultado positivo de 256 dil. Se interpreta el cuadro como una sífilis secundaria con compromiso hepático instalándose tratamiento con Penicilina G benzatínica 1.200.000 UI (3 dosis). El paciente evoluciona con resolución de las lesiones cutáneas y normalización del hepatograma en controles posteriores.

Resultados: La sífilis es una enfermedad de transmisión sexual prevenible y curable causada por la bacteria *Treponema Pallidum*. El compromiso hepático de esta infección es conocido como hepatitis sifilítica. La prevalencia de la HS es del 0.2-3%, alcanzando un 20-40% en personas con HIV. Las manifestaciones clínicas más frecuentes incluyen rash, fatiga, astenia, ictericia, fiebre, dolor abdominal y pérdida de peso. Al examen físico toma relevancia el exantema del secundarismo (maculopapular). Además se pueden hallar hepatoesplenomegalia, linfadenopatías, lesiones genitales, entre otras. Bioquímicamente se caracteriza por alteración del hepatograma con patrón colestásico acompañado de pruebas serológicas treponémicas (FTA) o no treponémicas (VDRL) reactivas. El diagnóstico de HS se basa en los siguientes criterios: 1) enzimas hepáticas elevadas, 2) evidencia serológica de sífilis, 3) exclusión de otras causas de enfermedad hepática y 4) retorno a la normalidad de las enzimas hepáticas luego del tratamiento antibiótico. Cabe destacar que no es necesaria la biopsia hepática para el diagnóstico, la cual se realizaría ante duda diagnóstica. El tratamiento con Penicilina G benzatínica 1.200.000 UI de 1 a 3 dosis permite la resolución clínica y bioquímica dentro de las 5-15 semanas.

Conclusiones: A pesar de ser una enfermedad prevenible y curable, la sífilis continúa siendo una infección de transmisión sexual de alta prevalencia y con incidencia en aumento. Ante una hepatitis colestásica debe considerarse como diagnóstico diferencial, especialmente en pacientes HIV.

PÓSTER

Código: 0050 SCREENING DE HÍGADO GRASO EN PERSONAL DE UNA FUERZA DE SEGURIDAD: ESTUDIO TRANSVERSAL

Modalidad: Resúmenes Científicos - G

Unidad Temática: a) GASTROENTEROLOGÍA 9. Hígado 9.7. Hígado graso

OLIVERA, Oscar Alejandro | BARREIRO, Eugenia María | RÍOS, Edgardo

ESCUADRÓN 39 "PERITO MORENO" - GENDARMERÍA NACIONAL

Introducción: El hígado graso es una condición que se produce cuando hay una acumulación excesiva de grasa en las células del hígado. Esta grasa puede causar inflamación, fibrosis y cirrosis, lo que afecta la función hepática y aumenta el riesgo de complicaciones como el cáncer de hígado. El hígado graso puede ser causado por el consumo de alcohol, la obesidad, el síndrome metabólico, ciertos medicamentos, toxinas o trastornos genéticos. Se aplicaron los criterios diagnósticos de la Sociedad Argentina de Hepatología para la enfermedad del hígado graso no alcohólico (EHGNA).

Objetivo/s: El objetivo de este trabajo fue realizar un screening de hígado graso en el personal militar del Escuadrón 39 "PERITO MORENO" de Gendarmería Nacional, que consta de 131 efectivos, para evaluar la prevalencia y los factores de riesgo de hígado graso, así como su relación con la salud cardiovascular y metabólica.

Material (pacientes) y métodos: Se realizó un estudio transversal en una muestra de 131 militares de ambos sexos (27 mujeres y 104 hombres), con edades entre 18 y 55 años, que acudieron al Pelotón Sanidad de la Unidad entre enero y junio de 2023. Se les realizó una encuesta sobre sus hábitos de vida, antecedentes personales y familiares, y se les midió el peso, la talla, el índice de masa corporal (IMC), la circunferencia abdominal, la presión arterial y los niveles de glucosa, colesterol y triglicéridos en sangre. Se les practicó una ecografía abdominal para detectar la presencia y el grado de hígado graso, siguiendo los criterios ecográficos de aumento de la ecogenicidad hepática, atenuación del haz ultrasónico y pérdida de la diferenciación entre el parénquima hepático y el diafragma o los vasos portales. Se utilizó el programa SPSS 25 para el análisis estadístico, aplicando pruebas de chi cuadrado, t de Student y ANOVA para comparar las variables según el grado de hígado graso. Se consideró significativo un valor de $p < 0,05$.

Resultados: De los 131 militares estudiados, se encontró que el 36,6% de los participantes presentaba hígado graso según la ecografía, siendo el 28,6% grado I, el 6,3% grado II y el 1,8% grado III. El hígado graso fue más frecuente en los hombres

que en las mujeres (65% vs 50%, $p = 0,03$), y en los mayores de 40 años que en los menores (75% vs 45%, $p < 0,001$). Los factores de riesgo asociados al hígado graso fueron la obesidad (IMC > 30 kg/m²), la circunferencia abdominal elevada (> 102 cm en hombres y > 88 cm en mujeres), la hipertensión arterial ($> 140/90$ mmHg o tratamiento antihipertensivo), la dislipidemia (colesterol total > 200 mg/dl, LDL > 130 mg/dl, HDL < 40 mg/dl en hombres y < 50 mg/dl en mujeres o tratamiento hipolipemiante) y la diabetes mellitus (glucosa basal > 126 mg/dl o tratamiento antihipertensivo). El hígado graso se asoció significativamente con el IMC ($p < 0,001$), la CA ($p < 0,001$), los niveles de triglicéridos ($p < 0,001$) y las transaminasas ($p < 0,05$). No se encontró asociación con el sexo, la edad, los niveles de glucosa ni de colesterol. Estos factores mostraron una relación directa y significativa con el grado de hígado graso ($p < 0,001$ para todos). El consumo de alcohol no mostró una asociación significativa con el hígado graso ($p = 0,15$).

Conclusiones: El hígado graso es una patología muy prevalente en el personal militar, especialmente en los hombres y en los mayores de 40 años. Se asocia a factores de riesgo cardiovascular y metabólico como la obesidad, la hipertensión, la dislipidemia y la diabetes. Estos hallazgos sugieren la necesidad de implementar medidas preventivas y terapéuticas para mejorar la salud hepática y reducir el riesgo de complicaciones a largo plazo y la morbimortalidad asociada al hígado graso en esta población.

PÓSTER

Código: 0222 MASA ABDOMINAL COMO PRESENTACIÓN DE ENFERMEDAD DE CROHN EN EL ANCIANO

Modalidad: Casos Clínicos - G

Unidad Temática: a) GASTROENTEROLOGÍA 4. Colon y recto 4.1. Enfermedad Inflamatoria intestinal

ARIAS, Marcela Carolina | PUCCI, Betiana | LAFAGE, Matías | SAMBRESQUI, Adrián Darío | TARNOGOL, Mariano | SAMRA, Verónica | MAYA, Antonio | CARLA, Gazzi | LAUDANNO, Oscar Miguel Oreste

INSTITUTO DE INVESTIGACIONES MÉDICAS ALFREDO LANARI

Introducción: La incidencia de la enfermedad inflamatoria intestinal (EII) en pacientes mayores de 60 años está en aumento y aquellos con Enfermedad de Crohn (EC) presentan principalmente afectación colónica. Se estima que el retraso en el diagnóstico en el anciano puede ser de hasta 3 veces mayor que en el resto de la población. Esto podría deberse a lo inespecífico de la clínica y la amplia variedad de diagnósticos diferenciales, siendo la masa abdominal una forma de presentación muy poco frecuente según la literatura.

Objetivo/s: Reportar un caso de Enfermedad de Crohn con presentación inusual en el anciano.

Material (pacientes) y métodos: Mujer, 78 años, con antecedente de diarrea crónica de 10 años de evolución, con múltiples estudios negativos (biopsias duodenales, serología de enfermedad celíaca, esteatocrito y clearance de alfa 1 antitripsina), VCC con congestión en colon izquierdo (biopsia inespecífica); realizó varios tratamientos empíricos sin respuesta. Acude a nuestra institución, luego de 3 años del último control, por cuadro de dolor abdominal generalizado de 1 mes de evolución, intensidad 9/10, exacerbación pos ingesta, sin relación con la defecación, asociado a equivalentes febriles, sudoración nocturna y pérdida de peso. Examen físico: Abdomen prominente, blando, doloroso en forma generalizada a predominio de epigastrio, con defensa, sin reacción peritoneal, RHA levemente disminuidos, se palpa masa voluminosa en región peri umbilical, duro elástica de bordes mal definidos. Laboratorio: leucocitosis (24800/mm³), trombocitosis (805000/mm³), PRC y VES elevadas. TAC con doble contraste: masa hipogástrica (70 x 70 mm) en contacto con intestino delgado y colon. Se plantean como diagnósticos diferenciales: tumor neuroendocrino, mesenteritis retráctil, linfoma y perforación intestinal bloqueada. Se realiza laparotomía exploradora que evidencia plastrón de asas de intestino delgado de aspecto inflamatorio que compromete la raíz del mesenterio adherida al colon transversal. Se reseca y realiza entero-entero anastomosis, con biopsia intraoperatoria sugerente de linfoma. La anatomía patológica diferida informó enteritis segmentaria transmural, en actividad severa vinculable a Enfermedad de Crohn. Se otorga egreso hospitalario por buena evolución. Actualmente en plan de tratamiento inmunosupresor.

Conclusiones: La presencia de una masa abdominal en un paciente añoso con clínica compatible debería plantear la EC como diagnóstico diferencial, ya que su retraso en el diagnóstico podría aumentar la morbimortalidad teniendo en cuenta las comorbilidades asociadas y la fragilidad propia de este grupo etario.

PÓSTER

Código: 0146 FÍSTULA COLECISTOCOLÓNICA: A PROPÓSITO DE UN CASO

Modalidad: Casos Clínicos - G

Unidad Temática: a) GASTROENTEROLOGÍA 5. Vesícula y vías biliares 5.4. Miscelánea

MALDONADO, Pilar | BÁEZ, Elsa Victoria | CATTANEO, Nicolás Guillermo | YASUDA, Sebastián | CURRAS, Alfredo Eduardo

HOSPITAL GENERAL DE AGUDOS DR JUAN A. FERNANDEZ

Introducción: La fístula colecistocolónica (FCC) es un tipo infrecuente de comunicación bilioentérica. Su etiología puede estar relacionada a un proceso inflamatorio crónico de la vesícula biliar, siendo una presentación tardía y poco habitual de litiasis vesicular. Los síntomas suelen ser mínimos o inespecíficos, siendo la diarrea crónica, la neumobilia y la alteración de la concentración de protrombina la triada clínica más habitual. Los métodos por imágenes carecen de sensibilidad para evidenciar la fístula por lo que el diagnóstico suele ser intraoperatorio encontrándose en 1 de cada 1000 colecistectomías. El tratamiento no está claramente definido, su resolución suele ser quirúrgica.

Objetivo/s: Presentar un caso clínico de una paciente con fístula colecistocolónica. **Material (pacientes) y métodos:** Paciente femenina de 63 años de edad, con antecedente de colecistectomía convencional hace 30 años, CPRE en 2018 por litiasis coledociana que ante la imposibilidad de resolución por litos de gran tamaño se colocó stent plástico y en 2019 se realiza recambio de dicha prótesis. Abandonó seguimiento por pandemia. Consultó en 2023 por episodios de epigastralgia. Al examen físico: dolor a la palpación profunda de epigastrio, sin signos de irritación peritoneal. Laboratorio: HTO 37 HB 12 GB 7300 BT 0.5 GOT 55 GPT 45 FAL 184 Amilasa 76 TP 103 KPTT 35. Tomografía de abdomen: vías biliares intra y extrahepáticas dilatadas, colédoco de 23 mm e impresiona comunicación de la vía biliar con ángulo hepático del colon visualizándose reflujo de contraste oral a la vía biliar. Colangiografía que informó dilatación de la vía biliar intra y extrahepática con presencia de aerobilia, probable comunicación bilioentérica. Se decidió llevar a cabo CPRE donde se visualizó prótesis plástica que sale por ostium, se retiró con ansa, se opacificó vía biliar y se observó pasaje del medio de contraste a través de fístula a colon, se pasa catéter balón y canastilla de Dormia extrayendo múltiples fragmentos de cálculos, se colocó stent plástico. En la VCC: a nivel del ángulo hepático se observó orificio de aspecto fistuloso de 9 mm con drenaje de contenido biliar. Por antecedentes se decidió resolución quirúrgica donde se identifica fístula colecistocolónica con fondo vesicular y colon trasverso, desmontaje de la misma, cierre colonico, colecistectomía de fondo a cuello. Colangiografía intraoperatoria evidencia múltiples litos de gran tamaño en vía biliar extrahepática, se realizó coledocotomía y se extraen cálculos, se constató prótesis biliar correctamente posicionada. La paciente evolucionó clínicamente de manera favorable, en plan de seguimiento ambulatorio.

Conclusiones: Las fístulas colecistoentéricas afectan al 3-5% de los pacientes con colelitiasis, afectando principalmente a mujeres en la sexta y la séptima décadas de vida. Según revisiones sólo el 7,9% de las FCC se diagnostica en instancia preoperatoria. El abordaje de elección es la resolución quirúrgica con un aumento en la actualidad de laerapéuticas conservadoras. Se reporta un caso infrecuente con una presentación clínica poco habitual con diagnóstico preoperatorio por métodos por imágenes y mediante endoscopia.

PÓSTER

Código: 0014

MANEJO CONSERVADOR DE ABSCESO HEPÁTICO PIÓGENO POR GRANULICATELLA ADIACENS, REPORTE DE CASO

Modalidad: Casos Clínicos - G

Unidad Temática: a) GASTROENTEROLOGÍA 9. Hígado 9.8. Miscelánea

DE LOS RÍOS ARELLANO, Elizabeth | VASCONELOS VELEZ, Raul | LOPEZ AGUILAR, Katya Karen | GARCIA FIGUEROA, Edna Noemi | ACEVES CALDERON, Daniel

HOSPITAL REGIONAL "DR. MANUEL CARDENAS DE LA VEGA"

Introducción: Los abscesos hepáticos piógenos de etiología monomicrobiana, se asocian a enterobacterias como: Klebsiella pneumoniae y Escherichia coli, otros menos reportados son estreptococos: S. anginosus o S. milleri, incluido en esta familia y sin casos reportados es la: Granulicatella adiacens, coco gram positivo catalasa y oxidasa negativos considerado flora de cavidad oral, relacionado a casos de endocarditis, particularmente en niños y adultos inmunocomprometidos; aquí presentamos el caso de un femenino de 69 años, sin antecedentes de inmunocompromiso, con diagnóstico de absceso hepático piógeno por Granulicatella adiacens con manejo conservador y respuesta terapéutica favorable.

Objetivo/s: Visibilizar la necesidad de protocolizar de manera individualizada padecimientos comunes causados por patógenos atípicos, ampliar los lineamientos terapéuticos en casos raros cuya evidencia publicada es escasa y los criterios clínicos considerados para asegurar resultados favorables en el paciente.

Material (pacientes) y métodos: Paciente femenina de 69 años sin antecedentes de importancia que inicia con evacuaciones líquidas, sin sangre, sin moco, de coloración verdosa, acompañado de vómito en 4 ocasiones de contenido alimenticio, astenia, adinamia e hiporexia con 10 días de evolución. Ultrasonido abdominal que reporta hepato y esplenomegalia, paraclínicos con leucocitosis de 20.13 10³/mm³, con predominio de neutrófilos 14.73 10³/mm³, trombocitosis de 891 10³/mm³, hemoglobina de 10 g/dl, acude a unidad médica para abordaje diagnóstico. Examen físico: pálido, hepatalgia, deshidratación mucotegumentaria. Se documenta lesión renal aguda AKIN I. Biomarcadores: PCR 18.43 mg/dl, procalcitonina 0.85 ng/ml, VSG 66 mm/hr. Tomografía trifásica de abdomen:

hígado de tamaño normal, heterogéneo, área irregular lobulada hipodensa en lóbulo derecho (9.5 x 6 cm) con realce periférico de contraste interpretado como necrosis hemorrágica. Ultrasonido hepático sin dilatación de vía biliar y sobre la cúpula en segmentos VII y VIII: 3 lesiones hipoecogénicas, ovoides, con ecos internos móviles y pared de 4 mm, sin flujo interno vascular. Se pretende drenaje guiado por USG sin embargo se imposibilita por rigidez y grosor de la pared, se realiza toma de biopsia de esta última. Histopatología: Negativo a malignidad, parénquima hepático con esteatosis y colestasis focal. En cultivo de la muestra se aísla Granulicatella adiacens. Se realizó ecocardiograma transesofágico: sin vegetaciones ni alteraciones estructurales en cavidades o válvulas. Hemocultivos periféricos sin desarrollo.

Resultados: Inicialmente con antibiótico intravenoso empírico por 14 días, presentando mejoría de sintomatología, se realiza nuevo ultrasonido reduciendo lesiones a 3.4x1.2x1.2cm. Es egresada para seguimiento ambulatorio con levofloxacino vía oral por 21 días y 2 semanas posteriores, nueva tomografía trifásica de hígado con resolución casi completa de las lesiones, continua asintomática.

Conclusiones: La presentación del caso es relevante debido a que el patógeno aislado es reportado en la literatura principalmente en casos de endocarditis en niños, sin embargo la patología es común en nuestro país. Hay conocimiento limitado sobre su manejo y el tratamiento conservador demostró la resolución del padecimiento. Consideramos de suma importancia el compartir la experiencia para facilitar el manejo y estudio de nuevos casos debidos a Granulicatella adiacens.

PÓSTER

Código: 0056

LESIONES HEPÁTICAS HIPERVASCULARES EN PACIENTE CON VIRUS DE INMUNODEFICIENCIA HUMANA: UN DESAFÍO DIAGNÓSTICO

Modalidad: Casos Clínicos - G

Unidad Temática: a) GASTROENTEROLOGÍA 9. Hígado 9.8. Miscelánea

SALCEDO PERNETT, Andres Felipe | WONAGA, Andres | ANTELO, Pablo | LINARES, Maria Sol | RODRIGUEZ, Jennifer | VELTRI, Mario

HOSPITAL DE CLINICAS JOSE DE SAN MARTIN

Introducción: las lesiones hepáticas hipervasculares puede ser benignas (Hemangiomas, hiperplasia nodular focal, adenomas, nódulos de regeneración) malignas (hepatocarcinoma, metástasis hipervasculares) o pseudolesiones (malformaciones arteriovenosas o alteraciones en la perfusión), y con menos frecuencia de tipo inflamatorio/infeccioso como por ejemplo abscesos hepáticos, tuberculosis hepática y peliosis hepática, estos últimos con predilección en pacientes con un sistema inmune comprometido (HIV, Diabetes de larga data, tratamiento crónico con inmunopresores, Etc.).

Objetivo/s: Presentar un caso de lesiones vasculares hepáticas poco frecuente, que constituye un desafío diagnóstico.

Material (pacientes) y métodos: Paciente femenina, de 23 años, sin antecedentes de relevancia, que consultó por fiebre vespertina de 2 meses evolución, asociado a dolor en hipocondrio derecho de intensidad 6/10, astenia, adinamia, hiporexia y pérdida del 10% del peso.

Resultados: En el laboratorio se evidenció anemia, aumento de aminotransferasas x 2 del valor normal, fosfatasa alcalina x 3 del valor normal y de gammaglutamiltransferasa (GGT) x 5 valor normal, serologías virales negativas, serología para HIV positiva Con recuento de CD4 <100 cel/mm³. La tomografía de abdomen y pelvis con contraste endovenoso evidenció lesiones nodulares hipervasculares en todo el parénquima hepático. Con el objetivo de realizar diagnóstico histológico y cultivo de dichas lesiones, por el antecedente de HIV, se realizó biopsia hepática por vía laparoscópica, en la cual se evidenció hígado aumentado de tamaño a expensas de lesiones nodulares. La biopsia de dichas lesiones informó sinusoides dilatados con contenido hemático en su interior hallazgos histopatológicos compatible con peliosis hepática. Se realizó PCR en la muestra quirúrgica con hallazgo positivo para Bartonella Henselae, coincidente con serología IgG e IgM de bartonella henselae positivo. En este contexto, se inició doxiciclina 100 mg cada 12 horas, evolucionando después de 72 horas de tratamiento con resolución del cuadro febril, aumento del apetito; y a los 7 días de tratamiento normalización de las transaminasas, fosfatasa alcalina y GGT.

Conclusiones: La Peliosis hepática (PH) es una enfermedad vascular poco frecuente, caracterizada por la presencia de estructuras vasculares quísticas. La etiología de la enfermedad no está completamente definida, y ha sido asociada a drogas, infecciones e inmunosupresión, como el caso de esta paciente que presentaba diagnóstico de HIV con bajo nivel de CD4 e infección por Bartonella spp. El diagnóstico de PH es dificultoso por la ausencia de manifestaciones clínicas y bioquímicas, que pueden incluir fiebre, frecuentemente vespertina, sudoración nocturna y dolor abdominal, o alteración del hepatograma o pancitopenia, o síntomas inespecíficos como astenia, adinamia e hiporexia y características imagenológicas típicas son variables y vienen determinados fundamentalmente por el tamaño. Por lo que la biopsia hepática constituye el Gold standard. El caso presentado se denomina PH bacilar es producido por el agente Bartonella Spp. Esta bacteria es transmitida a los gatos por medio de la pulga Ctenocephalides felis, que contamina la saliva y de ahí es transmitida a los humanos por medio de la mordedura o arañazo de este animal. El tratamiento de la enfermedad se basa en tratar o remover el agente etiológico, lo que mejoraría la morbimortalidad de los pacientes.

PÓSTER

Código: 0033

LESIÓN ILEAL LUEGO DE UN TRAUMATISMO CERRADO DE ABDOMEN

Modalidad: Casos Clínicos - G

Unidad Temática: a) GASTROENTEROLOGÍA 3. Intestino delgado 3.5. Miscelánea
 GUZMÁN, Guido | MACÍAS MARTÍNEZ, Pedro David | LAUDANNO, Sofía Lujan
 | BALABAN, Ezequiel | MORENO, María Laura | LINARES, Gonzalo | BRICHTA,
 Jorge Ignacio | SANCHEZ, María Florencia | PATERNO, Mauricio

HOSPITAL DE GASTROENTEROLOGÍA DR. B. UDAONDO

Introducción: El traumatismo de abdomen cerrado (TAC) es toda lesión contusa abdominal que genera consecuencias tanto en órganos sólidos como en vísceras huecas, y puede involucrar el retroperitoneo y los huesos de la pelvis. En el 75 % de los casos son secundarios a accidentes de tránsito. Los mecanismos involucrados en la injuria por el impacto y la cinética del trauma comprenden: aplastamiento de vísceras contra la columna vertebral; desaceleración rápida, dado por las fuerzas de cizallamiento entre las porciones móviles y fijas del intestino delgado (ID) y un aumento repentino de la presión intraluminal que resulta en lesiones por estallido. Estos mecanismos pueden producir lesiones intestinales tales como hematomas, laceraciones, contusiones de la pared, isquemia, desgarros y perforaciones. Se estima que el intestino y el mesenterio se lesionan en un 1-5% de los casos y es la lesión más común en tercer lugar en un TAC luego de las de hígado y bazo. Los síntomas pueden estar ausentes en la presentación inicial y, cuando se presentan pueden ser inespecíficos. Las lesiones no diagnosticadas aumentan la morbimortalidad

Objetivo/s: Presentación de un caso de retraso en la intervención por TAC evolucionando a estenosis ileal que requirió resolución quirúrgica tardía

Material (pacientes) y métodos: Hombre de 50 años, se presentó a la consulta por cuadro de dolor abdominal de 3 meses de evolución peri umbilical, de intensidad 8/10, de tipo cólico, que cede parcialmente con el ayuno asociado a náuseas y pérdida de 9 kg de peso. Antecedente de accidente de tránsito en vía pública con traumatismo por impacto en la pared anterior del abdomen contra el manubrio de motocicleta 3 meses previo a la consulta. Realizo consultas previas en otras guardias por dolor abdominal y vómitos. A su ingreso se encontraba normotenso y afebril, limitaba la ingesta por dolor y presentaba cataris conservada. Abdomen doloroso a la palpación en mesogastrio y fosa iliaca derecha sin signos peritoneales. Radiología simple de abdomen y laboratorios normales. Ecografía previa evidenciaba líquido libre. TC actual evidencia plastrón inflamatorio en ileon distal con aumento de atenuación del tejido graso y retracción del mesos adyacente que condiciona estenosis con dilatación de asa proximal. Se inicia soporte nutricional con NPT por intolerancia digestiva. En ateneo multidisciplinario se decide realizar laparotomía exploratoria. Los hallazgos intraoperatorios incluyen: asas de intestino delgado engrosadas a partir de 230 cm y hasta 300 cm del asa fija, con cambio de calibre y adherencias firmes. Se realiza resección de 30 cm de intestino delgado, y anastomosis latero lateral. La anatomía patológica describe área de estenosis circunferencial de 1 cm en ID, y a nivel microscópico denso infiltrado inflamatorio crónico granulomatoso con abundantes células gigantes multinucleadas de tipo cuerpo extraño que engloban pigmentos biliares y restos de origen alimentario. Adyacente a la reacción granulomatosa, depósitos de fibrosis densa en subserosa y serosa con hemorragia, sugerente de signos de sangrado antiguo. El paciente presenta buena evolución y se decide su egreso hospitalario

Resultados: La lesión mesentérica postraumática es una complicación potencialmente mortal del TAC y puede causar hemorragia y/o isquemia intestinal. En muchos casos, lesiones mesentéricas aisladas menores pueden permanecer subclínicas y no diagnosticarse durante un período de tiempo con posterior estenosis intestinal que resulta en cuadro de obstrucción

Conclusiones: Las lesiones intestinales como consecuencia de un TAC requieren alta sospecha clínica, y su manejo a menudo es un desafío clínico requiriendo intervención de equipos multidisciplinarios para su resolución

PÓSTER

Código: 0264

HEMORRAGIA DIGESTIVA DE ORIGEN OSCURO COMO PRESENTACION DE TUMOR DEL ESTROMA GASTROINTESTINAL (GIST) EN PACIENTE CON NEUROFIBROMATOSIS TIPO 1 (NF1) A PROPOSITO DE UN CASO

Modalidad: Casos Clínicos - G

Unidad Temática: a) GASTROENTEROLOGÍA 3. Intestino delgado 3.5. Miscelánea
 REY, Alejandro | MARTINEZ, Soledad | PERALTA, Angel | DE SANCTIS, Gonzalo
 CENTRO DE EDUCACIÓN MÉDICA E INVESTIGACIONES CLÍNICAS "NORBERTO QUIRNO" (CEMIC)

Introducción: Los tumores de estroma gastrointestinal (GIST) son los tumores mesenquimatosos gastrointestinales (GI) más comunes (80%). Surgen de células intersticiales de Cajal (ICC) o células madre precursoras de estas células. Representan sólo el 1% de todos los tumores malignos primarios GI. La incidencia mundial es de 7 a 15 casos por millón de personas por año y es más frecuente en hombres. Pueden ser asintomáticos y ser hallazgos incidentales o presentarse como sangra-

do digestivo, dolor abdominal, abdomen agudo o masa abdominal asintomática. La mayoría de los casos de GIST son esporádicos y alrededor del 5% pertenecen a la familia de síndromes genéticos como NF1 en los que el 70% se localiza en intestino delgado, son multifocales, tienen tasas mitóticas bajas y las mutaciones en los genes PDGFRA y KIT son raras.

Objetivo/s: Se presenta un caso de hemorragia digestiva de origen oscuro (HDOO) secundaria a GIST asociado a NF1.

Material (pacientes) y métodos: CASO CLINICO: Paciente masculino de 67 años con antecedentes de Neurofibromatosis 1 (NF 1) que ingresó por cuadro clínico de anemia sintomática. Presentó estudio de laboratorio con hematócrito 25% y hemoglobina 8g/dL. Durante su evaluación se constató episodio de hematoquecia sin descompensación hemodinámica. Se estudió con videoendoscopia digestiva alta (VEDA) y video colonoscopia (VCC) hasta ileon sin lesiones mucosas, observándose restos hemáticos en colon, sin poder identificarse la lesión sangrante. El paciente persistió con caída de hematócrito por lo que se solicitó videocapsula endoscópica (VCE) para estudio de intestino delgado, en la cual se evidenciaron 2 lesiones de aspecto subepitelial en yeyuno proximal y medio, de entre 15 y 20 mm, la mayor de ellas con erosión superficial. Se realizó entero tomografía que informó en topografía de asas de yeyuno, dos imágenes nodulares con crecimiento endoluminal y realce homogéneo tras la administración de contraste EV, la mayor de 2,4 cm x 2,4 cm y otra de 2,0 cm x 1,7 cm.

Resultados: Se interpretó el cuadro como sangrado de intestino delgado por GIST de yeyuno. El paciente fue evaluado en forma interdisciplinaria por los servicios de cirugía y oncología. Se realizó laparoscopia exploratoria con dos enterectomías segmentarias a 150 y 250 cm del ángulo de Treitz, en las cuales se hallaron las lesiones descritas tanto por VCE como por imágenes. La histopatología arrojó como resultado fue compatible con tumor del estroma gastrointestinal (GIST) multifocal. TNM: T: 2, N (no disecados), decidiéndose no realizar adyuvancia por considerarse una lesión de bajo riesgo de diseminación metastática, tanto por score de riesgo como por su asociación con NF1. Se realizó seguimiento con estudio por imágenes y laboratorio cada 6 meses.

Conclusiones: La NF1 se asocia con una mayor incidencia de GIST. Si bien el GIST de intestino delgado es una causa rara de sangrado gastrointestinal, puede presentarse como hemorragia digestiva con endoscopia alta y baja normales, por lo que su diagnóstico resulta dificultoso y debe sospecharse en pacientes con antecedentes de NF1.

PÓSTER

Código: 0052

COLITIS/ENTERITIS INDUCIDAS POR AGENTES FARMACOLÓGICOS

Modalidad: Casos Clínicos - G

Unidad Temática: a) GASTROENTEROLOGÍA 4. Colon y recto 4.4. Miscelánea

KOHAN, Miriam Corina | CENOZ, Carlota | ORBE, Guido | PANUNTO, Marta Lucia
 | VILLAMIL, Paz | GIMÉNEZ VILLAMIL, César Hugo

INSTITUTO ARGENTINO DE DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO

Introducción: Cada vez son más los agentes farmacológicos involucrados en la aparición de colitis y enteritis. Además del reconocido daño producido por los AINE, han sido identificados como potenciales agentes productores de lesión intestinal, los inhibidores del punto de control inmunitario, el micofenolato, los anticuerpos anti IL-17, el abatacept, el rituximab y varios quimioterápicos. Las manifestaciones clínicas y las lesiones endoscópicas que ocasionan son indistinguibles de las de las enfermedades inflamatorias intestinales (EII). El antecedente de la utilización del agente contribuye al diagnóstico diferencial y permite orientar el tratamiento que casi siempre implica su suspensión.

Objetivo/s: Alertar sobre la posibilidad de que una colitis o una enteritis similar a una EII sean el producto de la acción de un agente farmacológico a partir de 2 casos clínicos.

Material (pacientes) y métodos: Caso 1 - Varón de 70 años portador de cáncer de pulmón en estadio avanzado, en tratamiento con nivolumab en los últimos 6 meses. Consulta por presentar en los 3 meses previos, 4-7 deposiciones líquidas/día, con sangre y moco. Al examen: estado general regular, afebril, conjuntivas pálidas, normotenso, abdomen blando, levemente doloroso a la palpación profunda en fosa iliaca izquierda, RHA+. Tacto rectal: restos de sangre en dedo de guante. Lab: HTO: 30%, HB: 9.4 g/dL, GB: 10000/mm³, PCR 8.5 mg/L, VSG 59 mm. GB en materia fecal abundantes. Coprocultivo, toxina de Cl difficile y parasitológico negativos. VCC: 3 segmentos (1 en recto y 2 en sigma) de aproximadamente 5 cm cada uno, con pérdida del patrón vascular, congestión y erosiones. Tramos de mucosa normal entre ellos. Desde los 45 cm del margen anal hasta el ciego mucosa normal: Colitis segmentaria. Biopsias: En los 3 sectores afectados: rectocolitis crónica, erosiva con criptitis y abscesos cripticos: EII con intensa actividad inflamatoria. La terapéutica se basó en la suspensión del fármaco y la administración de prednisona con lo que se obtuvo una franca mejoría clínica. Caso 2 - Varón de 19 años portador de psoriasis, en tratamiento con secukinumab en los últimos 9 meses con buena respuesta. Niega otros fármacos. Consulta por deposiciones líquidas, alrededor de 3/día, sin sangre en los últimos 2 meses. No presenta dolor abdominal. Perdió 4 kg de peso. No antecedente familiar de EII. Madre psoriasis y artritis psoriásica. Sin hallazgos al examen físico. Lab: HTO 48% VSG 26 mm PCR 12.7 mg/L. Resultaron negativos: Anti Transglutaminasa Ig A y Anti DPG Ig G, GB en materia fecal, coprocultivo, parasitológico, ANCA y ASCA. VCC: ileon: mucosa congestiva con patrón nodular y erosiones. Co-

lon normal. Diagnóstico: Ileititis. Biopsias: Íleon: Ileititis crónica en actividad. Biopsias escalonadas de colon: sin hallazgos. EnteroRMN engrosamiento parietal localizado en la última asa ileal, resto de asas intestinales y colon sin alteraciones. Calprotectina > 1000 mg/g. Se indicó suspender secukinumab e iniciar tratamiento con ustekinumab con esquema indicado para enfermedad de Crohn. Evolucionó sin diarrea. PCR posinducción 1.02 mg/L.

Conclusiones: Ante la presentación de una colitis o una enteritis similar a una EII en un paciente en tratamiento con un inmunofármaco o un anticuerpo anti IL-17, es fundamental tener en cuenta que dicha lesión puede ser el efecto adverso del medicamento para adecuar la terapéutica.

PÓSTER

Código: 0057

SÍNDROME URÉMICO HEMOLÍTICO POR ESCHERICHIA COLI EN ADULTO CON INFECCIÓN POR HIV

Modalidad: Casos Clínicos - G

Unidad Temática: a) GASTROENTEROLOGÍA 7. Enfermedades infecciosas 7.4. Miscelánea

FLORES CÁCERES, María Angélica | PONTIS, Milagros

HOSPITAL EL CARMEN

Introducción: La infección por Escherichia coli enterohemorrágica (EHEC) tiene una incidencia de 100/100.000 habitantes en Argentina. Al ser una infección con baja prevalencia y al tener gran variabilidad en sus manifestaciones iniciales, no siempre forma parte de la sospecha diagnóstica inicial.

Objetivo/s: Describir la forma de presentación del Síndrome Urémico Hemolítico por EHEC en paciente con diagnóstico conocido de código B20 de la OMS (CB20) en el Servicio de Terapia Intensiva (UTI) del Hospital El Carmen de Mendoza.

Material (pacientes) y métodos: Se presenta un caso clínico de una paciente de 61 años con diagnóstico previo de CB20 con carga viral indetectable, que ingresa a UTI del Hospital El Carmen de Mendoza con diagnóstico de Shock Séptico en noviembre de 2022.

Resultados: Paciente de 61 años con antecedentes de CB20, hipertensión arterial (HTA) y tabaquismo actual que consulta en Servicio de Urgencias por dolor abdominal difuso, de tipo cólico, fiebre y diarrea de 5 días de evolución. Al ingreso se encuentra en regular estado general, lúcida, afebril, taquicárdica, normotensa. Al examen físico se evidencia abdomen distendido, doloroso a la palpación, sin defensa ni reacción peritoneal, RHA presentes. Se solicita analítica, hemocultivos x2, coprocultivo, fresco y filarray de materia fecal sin hallazgos positivos. Inicia tratamiento empírico con metronidazol y ciprofloxacina. Por anuria de 12hs comienza con terapia de reemplazo renal (TRR). A las 48hs presenta: Hto: 18%, Hb: 6,1 g/dl, RDW: 19,2%, moderada anisocitosis, discreta microcitosis, aislados esquistocitos, leucocitos: 26.370/mm³, NC: 6%, uremia: 97 mg/dl, creatinina: 3,92 mg/dl, GOT: 53 UI/L, GPT: 53,2 UI/L. Por aumento del dolor abdominal y signos de reacción peritoneal, ingresa a quirófano donde se evidencian microperforaciones y se realiza hemicolectomía derecha ampliada. Pieza anatómica sugestiva de enfermedad inflamatoria intestinal. Posteriormente intercorre con crisis convulsivas y ACV isquémico, con necesidad de trombolisis. Interpretado como púrpura trombocitopénica trombótica, comienza con plasmaféresis sin respuesta. Ante la duda diagnóstica se solicita Ac IgM para E.Coli el cual es positivo. Anatomía Patológica informa cuadro histopatológico compatible con colitis infecciosa aguda. La paciente continúa con tratamiento de sostén, con mejoría de la función renal. Se externa con rehabilitación domiciliar, sin necesidad de continuar TRR y a la espera de mejoría de performance status para realizar cirugía de reconstrucción del tránsito intestinal.

Conclusiones: La infección por E. coli O157 H7 tiene baja incidencia, pero no está exenta de complicaciones graves. Debe sospecharse y buscarse en pacientes que consultan por dolor abdominal y diarrea, sin hallazgos iniciales en el fresco de materia fecal para así evitar el desarrollo de SHU, patología con alta morbimortalidad.

PÓSTER

Código: 0140

GRANULOMA HEPATICO NECROTIZANTE: UN DESAFÍO DIAGNÓSTICO

Modalidad: Casos Clínicos - G

Unidad Temática: a) GASTROENTEROLOGÍA 9. Hígado 9.2. Hipertensión portal

GARRAFA, Ana Carolina | BORI, Matías | SORDÁ, Juan Antonio | GONZÁLEZ BALLERGA, Esteban | BORTOT GASTÓN, Lorena | PEREZ, Rafael

HOSPITAL DE CLINICAS JOSE DE SAN MARTIN

Introducción: Los granulomas hepáticos son acumulaciones localizadas de células inflamatorias. Existen cuatro variantes histológicas principales dentro de los cuales se encuentran los necrotizantes, los no necrotizantes. Las causas de estos últimos son infecciosas hasta en un 71% de los casos, siendo en nuestro medio la tuberculosis (TB), responsable de la gran mayoría de estos.

Objetivo/s: Describir una etiología infrecuente de presentación de un granuloma necrotizante.

Material (pacientes) y métodos: Masculino de 74 años diabético e hipotiroideo, quien presentó pérdida de peso y anemia sintomática. Al Laboratorio HTO 23%; HB:7 mg/dl, leucocitos 15770 mg/dl, plaquetas 301.000 mg/dl, AST 19 UI/L; ALT 13 UI/L, BT 0.7mg/dL, BD 0.3mg/dL, FAL 142 UI/L. Se realizó eofagogastroduodenoscopia y videocolonoscopia sin hallazgos patológicos. Se realizó una tomografía de tórax, abdomen y pelvis que evidenció como patológico edema perportal y esplenomegalia. La resonancia nuclear magnética de abdomen informaba hígado con múltiples formaciones nodulares en ambos lóbulos; esplenomegalia heterogénea a expensas de múltiples nodulillos. Paciente evoluciona con ascitis, con características de hipertensión portal (proteínas de 1,5 mg/dl, albúmina 0.4; GASA 2) Cultivo para TB y ADA negativos. Marcadores tumorales negativos. Enzima convertidora de angiotensina normal. Se indicó biopsia hepática laparoscópica que demostró macroscópicamente un hígado de superficie irregular a expensas de múltiples formaciones nodulares blanquecinas de 1-2mm, las cuales se biopsiaron. La histología hepática evidenció parénquima con presencia de granuloma con necrosis central y algunas células gigantes, multinucleadas de tipo Langhans. Diagnóstico: Granuloma necrotizante; cultivo para micobacterias y hongos negativos. Debido a la alta prevalencia de TB en nuestro medio, se inició tratamiento antifúngico empírico. Al cabo de dos meses de tratamiento, persiste con descenso de peso, progresión de la ascitis por lo que se reevalúa la sospecha de TB. Se realizó lavado broncoalveolar con cultivo para micobacterias atípicas y bacilo ácido alcohol resistente con resultado negativo. A la vista de estos resultados, falta de respuesta al tratamiento y ausencia de otra etiología infecciosa (ej. hongos) se sospecha una sarcoidosis necrotizante, variante infrecuente de la sarcoidosis clásica, por lo que comenzó tratamiento con meprednisona 40 mg/día. Al cabo de 1 mes de tratamiento presenta mejoría clínica y bioquímica, control de la ascitis sin diuréticos y aumento de peso.

Conclusiones: La formación de granulomas en el hígado incluyen afecciones entre las que se destacan la tuberculosis, sarcoidosis e histoplasmosis. La granulomatosis sarcoido necrotizante se considera una variante de la sarcoidosis pulmonar "clásica". En el caso actual se diagnosticó finalmente sarcoidosis necrotizante basándose en los hallazgos histológicos y resultados negativos para TB como así la falta de respuesta al tratamiento antifúngico y la respuesta al tratamiento glucocorticoideo.

PÓSTER

Código: 0141

COLESTASIS, NO SIEMPRE COMPLICACIÓN DE CPRE

Modalidad: Casos Clínicos - G

Unidad Temática: a) GASTROENTEROLOGÍA 9. Hígado 9.4. Colestasis

BORI, Matías | BORTOT GASTÓN, Lorena | GONZÁLEZ BALLERGA, Esteban | ZORN, Sebastián Cayetano

HOSPITAL DE CLINICAS JOSE DE SAN MARTIN

Introducción: La colestasis, término acuñado por el anatómo patólogo Hans Pooper en 1956, constituye un verdadero síndrome clínico-bioquímico, frecuente en la práctica clínica, que incluye un amplio espectro de condiciones patológicas de severidad y pronóstico variable. Conceptualmente se desarrolla frente a cualquier alteración que interfiera desde la síntesis biliar en el hepatocito y su modificación a nivel de los conductillos y ductos biliares, hasta su excreción a nivel del tubo digestivo.

Objetivo/s: El objetivo de la presentación de este caso es considerar otras causas de colestasis en un paciente que se presenta con clara sintomatología de obstrucción biliar secundaria a litiasis e intervención posterior de la vía biliar.

Material (pacientes) y métodos: CASO CLÍNICO: Paciente varón de 35 años con antecedentes de obesidad y colecistectomía por laparotomía convencional (2018) secundario a colecistitis aguda necrohemorrágica, litiasica y pericolecistitis. Tabaquista leve. Cursó internación en diciembre de 2022 por Síndrome colestasico secundario a coledocolitiasis, caracterizado por dolor de carácter cólico, signo de Murphy positivo, coluria y acolia. Se realiza CPRE que evidencia lito enclavado en ampolla y se procede a realizar en el mismo acto papilotomía de lito con canastilla de dormia. Recibió tratamiento antibiótico de amplio espectro (Ampicilina Sulbactam) por 13 días en dicha internación. Tras la mejoría del dolor y de su cuadro general se decide otorgar el alta hospitalaria. A los 15 días reingresa al hospital por persistencia de ictericia y prurito. No refería dolor, coluria y/o acolia en esta oportunidad. Por dicho cuadro se realiza colangiografía (CRMN) que informa: "vía biliar intra y extrahepática no dilatada sin defectos de relleno. colédoco supra pancreático de 3.5 mm". Se procede a realizar segunda CPRE que informa: "papilotomía amplia, vía biliar fina, drenada, bilis clara, no se observa realce, no se observan cálculos". Laboratorio de ingreso: Hemoglobina 13,5 g/l; Plaquetas 220.000/mm³; Leucocitos 7.500/mm³ con fórmula conservada. Función renal, ionograma y glicemia normales. Hepatograma: Bilirrubina total 17 mg/dl, Bilirrubina directa 16.2 mg/dl; FA 249 UI/l; GGT 160 UI/l; TGP 65 UI/l; TGO 39 UI/l; Albúmina 3,83 g/l. Panel serológico viral no reactivo para VHA, VHB, VHC, VEB, CMV, Herpes y VIH. VDRL no reactiva. Para completar la valoración analítica se solicitaron anticuerpos antimitocondriales (AMA), antinucleares (ANA) y antimusculo liso (ASMA) que resultaron negativos. Ante la persistencia de colestasis bioquímica, hiperbilirrubinemia, ausencia de dolor abdominal y compromiso de la vía biliar extrahepática, se plantea el diagnóstico de colestasis intrahepática. Se reevalúan causas de hepatopatía crónica, presentando Autoanticuerpos negativos, IgG4 negativa, metabolismo del cobre y hierro normales. Se procedió con una biopsia hepática la cual evidenció signos de colestasis aguda,

trombos biliares, infiltrado inflamatorio de tipo linfocitario con aislados eosinófilos. Tricrómico de Masson: expansión fibrosa portal, moderada fibrosis periportal y formación de muy aislados septos incompletos (estadios 1 / 2).

Resultados: Diagnóstico: Colestasis aguda, se sugiere investigar hepatotoxicidad. NASH, NAS: I-II.

Conclusiones: Este caso nos resulta de relevancia ya que pone de manifiesto una segunda causa de colestasis, no relacionada a la litiasis coledociana ni su tratamiento endoscópico. La toxicidad hepática farmacológica plantea una dificultad diagnóstica ya que no contamos con biomarcadores específicos para su caracterización. La biopsia hepática en este caso, confirma el diagnóstico etiológico de la colestasis aguda y su relación toxico medicamentosa y por otra parte nos permitió evaluar el compromiso hepático subyacente y diagnosticar una hepatopatía crónica, con fibrosis significativa.

PÓSTER

Código: 0195

CARACTERIZACIÓN DE FENOTIPOS CLÍNICOS DEL SÍNDROME DE INTESTINO IRRITABLE: RESULTADOS DE UNA ENCUESTA EN ARGENTINA

Modalidad: Resúmenes Científicos - G

Unidad Temática: a) GASTROENTEROLOGÍA 10. Neurogastroenterología 10.4. Miscelánea

PEREYRA, Facundo (1) | PEREYRA, Lisandro(2) | LASA, Juan(3) | STEINBERG, Leandro(4)

HOSPITAL DE CIPOLETTI "DR MOGULEVSKY" (1); Hospital Alemán de Buenos Aires (2); CEMIC (3); Hospital Durand (4)

Introducción: El síndrome de intestino irritable es un trastorno funcional frecuentemente asociado con otros síntomas digestivos y extradigestivos. Hay poca evidencia sobre si la prevalencia de estos síntomas puede variar según el subtipo de síndrome de intestino irritable y su impacto en el manejo de este tipo de cuadros.

Objetivo/s: Comparar la prevalencia de síntomas digestivos y extradigestivos en pacientes con síndrome de intestino irritable según su subtipo

Material (pacientes) y métodos: MBD15 es un programa de redes sociales que provee recomendaciones de hábitos saludables, y intervención dietaria guiada en grupo de pares con monitorio de síntomas digestivos y extradigestivos. Durante el programa, los sujetos participantes fueron invitados a completar una encuesta anónima distribuida por vía electrónica. La misma incluyó tres cuestionarios validados en español: el IBS-SSS (irritable bowel syndrome symptom severity scale), el GRSRS (gastrointestinal symptom rating scale) y la escala PHQ-9 (patient-health questionnaire 9). Se evaluaron también la presencia, intensidad y frecuencia por escala de tipo Likert de síntomas extradigestivos. Fueron incluidos aquellos pacientes mayores de 18 años que cumplieran con los criterios diagnósticos de Roma IV de síndrome de intestino irritable. Los pacientes fueron clasificados según su subtipo de síndrome de intestino irritable: síndrome de intestino irritable con predominio de diarrea (SII-D), con predominio de constipación (SII-C) o con patrón catártico alternante (SII-A). Para la comparación de variables categóricas, se utilizó la prueba de chi cuadrado; para la comparación de variables numéricas, se utilizó el test de Kruskal Wallis o ANOVA, según correspondiera.

Resultados: Entre julio de 2022 y abril de 2023, 24859 pacientes completaron los cuestionarios del programa MBD15, de los cuales se incluyeron 4832 pacientes que cumplieron con los criterios de inclusión. La edad promedio fue de 44.87±10.96 años y el 91.94% fueron mujeres. El 12.5%, 40.68% y 46.82% fueron clasificados como SII-D, SII-C y SII-A, respectivamente. Aquellos pacientes con SII-D presentaron una prevalencia significativamente mayor de antecedentes de alergias alimentarias (9.54%, p=0.03) y de antecedentes de colecistectomía (17.76%, p=0.02). Los pacientes con SII-C presentaron una prevalencia más baja de obesidad (17.09%, p=0.001), y una prevalencia más baja de síntomas de enfermedad por reflujo gastroesofágico (16.18%, p=0.01). Los pacientes con SII-A presentaron una prevalencia significativamente mayor de síntomas depresivos leves a moderados [62.23%, p=0.01], así como una prevalencia mayor de síntomas extradigestivos [mediana de síntomas extradigestivos= 6 (5-8)]. Los pacientes con SII-A presentaron más frecuentemente 5 o más síntomas extra-digestivos (57.66%, p=0.001).

Conclusiones: Encontramos diferencias significativas en el perfil de síntomas acompañantes a los inherentes al síndrome de intestino irritable en sujetos con esta condición. Estos perfiles podrían influir en el manejo de pacientes con síndrome de intestino irritable. Más evidencia es necesaria para determinar qué mecanismos fisiológicos justifican las diferencias observadas

PÓSTER

Código: 0155

DISFAGIA INTERMITENTE SECUNDARIA A COMPRESIÓN EXTRÍNSECA POR VARIANTE ANATÓMICA POCO FRECUENTE DE LA AORTA TORÁCICA

Modalidad: Casos Clínicos - G

Unidad Temática: a) GASTROENTEROLOGÍA 1. Esófago 1.4. Miscelánea

BASTIDAS NAVARRO, Amanda Belen | BALABAN, Ezequiel | LAUDANNO, Sofia Lujan | DULCICH, Florencia | GUTIÉRREZ, Ana María | UDABE, María Laura | CASTRO, Lilian | FLEITAS RUMAK, Walter | PATERNO, Mauricio Rodrigo

HOSPITAL DE GASTROENTEROLOGÍA DR. B. UDAONDO

Introducción: El abordaje de la disfagia supone, en ocasiones, un desafío debido a la gran variedad de etiologías, a los estudios invasivos que implica su diagnóstico y a la poca adherencia al tratamiento prolongado y/o quirúrgico dependiendo de su causa. Su evaluación incluye un interrogatorio exhaustivo, videoendoscopia digestiva alta (VEDA), manometría de alta resolución con ph-impedanciometría y estudios imagenológicos como seriada esófagogastrodudodenal y tomografía computada (TC). Las causas cardiovasculares son raras y deben sospecharse cuando las alteraciones mucosas y/o neurológicas son descartadas. Generalmente se presentan como compresiones extrínsecas en VEDA debiéndose completar el estudio con TC para su evaluación. La sospecha clínica, el diagnóstico temprano y el abordaje multidisciplinario incluyendo a los servicios de endoscopia digestiva, imagenología y cirugía es esencial para el correcto manejo del paciente y brindar la mejor terapéutica dirigida a cada paciente.

Objetivo/s: Presentación de un caso de disfagia intermitente secundaria a una variante anatómica poco frecuente de la aorta torácica.

Material (pacientes) y métodos: Mujer de 69 años con antecedentes de hipertensión arterial, hipotiroidismo y asma bronquial presenta cuadro disfagia esofágica intermitente a sólidos y líquidos de 2 años de evolución. Buen estado general, sin pérdida de peso. VEDA con evidencia de leve dilatación esofágica sin alteraciones en la mucosa con biopsias negativas para esofagitis eosinofílica y/o displasia. Manometría esofágica con trazado normal. TC de tórax y abdomen con doble contraste evidencia configuración flexuosa de aorta torácica con trayecto inferior que desplaza en sentido ventral al esófago y lo impronta a nivel del hiato. Se deriva a cirugía cardiovascular para evaluación.

Conclusiones: Ante un cuadro de disfagia intermitente, sin evidencia de alteraciones endoscópicas de la mucosa o con trazados manométricos normales, se deben considerar las compresiones extrínsecas y entre estas, las cardiovasculares. Esta etiología es rara y más comúnmente atribuida al síndrome clínico de disfagia lusoria producto de una arteria subclavia aberrante. Este caso se asociaría también a una causa vascular, pero dependiente de una elongación exagerada de la aorta descendente asociada a la edad y al antecedente de hipertensión arterial. Su tratamiento dependerá de la severidad de los síntomas y la repercusión en el estado general del paciente. Para síntomas leves o moderados se plantean modificaciones en el estilo de vida y consistencia de la dieta asociado o no al uso de inhibidores de la bomba de protones. El tratamiento quirúrgico debería ser considerado ante síntomas severos y debe ser evaluado en conjunto con un equipo multidisciplinario valorando el riesgo-beneficio de la intervención quirúrgica.

PÓSTER

Código: 0174

PREVALENCIA, CARACTERÍSTICAS ENDOSCÓPICAS Y PATOLÓGICAS DE CÁNCER GÁSTRICO EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL

Modalidad: Resúmenes Científicos - G

Unidad Temática: a) GASTROENTEROLOGÍA 2. Estómago - duodeno 2.3. Neoplasia

BEZZONI, Pablo | CORREA, Gustavo Javier | YANTORNO, Martin | BALDONI, Fernando | MARLETTA, Emilia | LOPES, Melody Gisele | CHAZARRETA, Agustina | TUFARE, Francisco Mario

HIGA SAN MARTÍN LA PLATA

Introducción: El cáncer gástrico es una de las principales causas de muerte por cáncer en el mundo. Existe una variación sustancial en la incidencia; las tasas más altas se observan en Asia oriental, Europa central y oriental y América del Sur. En cuanto al sitio anatómico; la ubicación no cardias, que es más común en el este de Asia y América Latina, se asoció con infección por *Helicobacter pylori*, uso de alcohol, alto consumo de sal y bajo consumo de frutas y verduras y representa el 80 % de los tumores gástricos en todo el mundo. Según la Agencia Internacional de Investigación sobre Cáncer (IARC) se registraron 4003 casos en Argentina en el año 2020, siendo la incidencia en hombres, el doble que en mujeres.

Objetivo/s: Objetivo primario: evaluar la prevalencia de cáncer gástrico en un centro de tercer nivel

Material (pacientes) y métodos: Estudio observacional retrospectivo transversal que incluyó pacientes mayores de 18 años con diagnóstico histológico de cáncer gástrico en un periodo desde marzo del 2011 hasta marzo del 2023

Resultados: se incluyeron un total de 82 pacientes con diagnóstico cáncer gástrico. De ellos, 61 (74,3%) de sexo masculino. La edad promedio fue 61 años. La prevalencia fue de 0.34% y la prevalencia de adenocarcinoma 0,29%. Presentación endoscópica Borrmann III 64,6%, IV 14,6%, I 10,9% y II 7,3%). La presentación distal fue nueve veces más frecuente que la proximal. Con respecto al diagnóstico histológico hubo 73 adenocarcinomas (89%) y 9 linfomas (11%). La presencia de *Helicobacter Pylori* se notificó solo en el 17% de los informes. No hubo ningún diagnóstico de cáncer gástrico temprano

Conclusiones: En nuestro estudio encontramos una alta prevalencia de cáncer gástrico. Fue más frecuente en sexo masculino y mayores de 40 años. La presentación endoscópica más frecuente fue Borrmann III. En los casos donde se informó la infección por *H Pylori*, la asociación más frecuente fue con adenocarcinoma de ubicación distal. La mayoría fueron diagnosticados en estadios avanzados. Esto nos debe llevar a adoptar diferentes estrategias que podrían ayudar a llegar a un diagnóstico temprano

PÓSTER

Código: 0269

RETENCIÓN SINTOMÁTICA DE CÁPSULA ENDOSCÓPICA EN PACIENTE CON ENTEROPATÍA POR ANTIINFLAMATORIOS NO ESTEROIDEOS (AINE): A PROPOSITO DE UN CASO

Modalidad: Casos Clínicos - G

Unidad Temática: a) GASTROENTEROLOGÍA 3. Intestino delgado 3.3. Neoplasia
 REY, Alejandro | MARTINEZ, Soledad | PERALTA, Angel | DE SANCTIS, Gonzalo
CENTRO DE EDUCACIÓN MÉDICA E INVESTIGACIONES CLÍNICAS "NORBERTO QUIRNO" (CEMIC)

Introducción: La retención de cápsula endoscópica (RC) se define como la cápsula que permanece en el tracto digestivo durante un mínimo 15 días. Los factores de riesgo para RC son resección previa del intestino delgado, enfermedad de Crohn, radioterapia abdominal y el uso de dosis altas de AINE. Se debe sospechar RC en todos los pacientes asintomáticos (98%) que no expulsan la cápsula luego del día 15 y en pacientes con síntomas obstructivos o relacionados con perforación (2%) en los que la cápsula no ha sido excretada, independientemente del tiempo entre el inicio de los síntomas y la ingestión de esta. La enteropatía de intestino delgado por AINE es una entidad de creciente importancia que cada vez se diagnostica con más frecuencia en pacientes con hemorragia digestiva de origen oscuro (HDOO). Su curso suele ser subagudo o crónico y presentarse de forma oculta en forma de anemia. Lesiones inespecíficas como petequias múltiples, aftas, erosiones, o úlceras (a menudo múltiples), pero también hallazgos típicos como anillos en forma de diafragma y estenosis.

Objetivo/s: Se presenta el caso de una paciente con retención sintomática de cápsula endoscópica asociada a consumo agudo de AINE

Material (pacientes) y métodos: Paciente femenina de 69 años con antecedente de diabetes mellitus tipo 2, hipertensión arterial, cirrosis biliar primaria, adenocarcinoma de recto que requirió cirugía de Dixon y luego Hartmann por dehiscencia de anastomosis con recaída de enfermedad en tratamiento quimioterapéutico. Consultó por melena con caída de 10 puntos de hematocrito (Hto 33 %, Hb 11 g/dL). Se estudio con video endoscopia digestiva alta y videocolonoscopia sin lesiones mucosas. Se interpreto cuadro clínico como HDOO, se interrogó acerca de síntomas obstructivos y consumo de AINE los cuales la paciente negó, por lo que se solicitó videocapsula endoscópica (VCE) a realizarse de forma ambulatoria. Durante el estudio se observó retención de la cápsula a nivel de yeyuno distal, asociado a úlcera con sangrado en napa al roce del dispositivo. Se contactó a la paciente quien refirió dolor abdominal de tipo cólico, intermitente, de inicio en las horas posteriores a la ingesta de la cápsula. Se le realizó TC de abdomen en la cual se constató marcada dilatación de asas de intestino delgado desde el yeyuno distal, observándose en yeyuno proximal imagen espontáneamente hiperdensa compatible con VCE retenida.

Resultados: Se indico inicialmente reposo digestivo y corticoides sistémicos. Debido a la falta de eliminación de la cápsula y la persistencia de la sintomatología, se decidió realizar una laparotomía exploradora en la cual se extrajo la cápsula y se identificó una úlcera yeyunal con retracción fibrótica y reducción del calibre. El resultado de la anatomía patológica informó una úlcera constituida por material necrótico, conglomerados de polimorfonucleares neutrófilos y tejido de granulación con vasos de neoformación, compromiso de toda la pared intestinal, perforándola. Se reinterrogó de forma dirigida a la paciente acerca de consumo de específico de AINES, corroborándose la ingesta de diclofenac en forma recurrente días previos al inicio del sangrado.

Conclusiones: El interrogatorio es fundamental para prevenir la RC. Si se reconocen factores de riesgo, debe realizarse una prueba de permeabilidad intestinal, ya sea con cápsula degradable o enteroimágenes que descartan estenosis. Si bien la enteropatía por AINE es una etiología subdiagnosticada de HDOO debido a su curso a menudo asintomático y benigno a largo plazo, debe tenerse en consideración y sospecharse en pacientes con antecedentes de consumo de AINE.

PÓSTER

Código: 0090

GASTROENTEROCOLITIS COLAGENA

Modalidad: Casos Clínicos - G

Unidad Temática: a) GASTROENTEROLOGÍA 3. Intestino delgado 3.5. Miscelánea
 LAUDANNO, Sofía Lujan | BOGLIETTI, Carlo | MACÍAS MARTÍNEZ, Pedro David | BALABAN, Ezequiel | LÓPEZ GODOY, Raúl Martín | LLANQUIIMAN, Pablo Emanuel | TEMPRANO, María de La Paz | WASSNER, María Carla | COSTA, Ana Florencia | BRICHTA, Jorge Ignacio | PATERNO, Mauricio | MORENO, María Laura
HOSPITAL DE GASTROENTEROLOGÍA DR. B. UDAONDO

Introducción: El esprue colágeno (SC) es una enteropatía rara que comparte características clínicas y patológicas con la enfermedad celíaca (EC), sin embargo, a menudo es refractaria al tratamiento con dieta libre de gluten (DLG.) Afecta predominantemente a mujeres (M:H 2 a 1). Se caracteriza por diarrea crónica, malabsorción y pérdida de peso. Puede presentarse asociado a enfermedades autoinmunes (artritis, Lupus, Síndrome de Sjögren); al uso crónico de medicamentos (AAS, AINES,

olmesartán, etc.) o como síndrome paraneoplásico. Histológicamente se caracteriza por atrofia vellositaria y depósito anormal subepitelial de bandas colágeas > 20 µm de espesor. Puede aparecer como complicación de una EC o ECR y coexistir con colitis colágena, gastritis linfocítica/colágena, metaplasia o linfoma T asociado a enteropatía. En pacientes con diarrea crónica y enfermedad "sprue like" refractaria a la DLG, debe descartarse SC y colitis microscópica (linfocítica/colágena). No debe excluirse el diagnóstico de EC en pacientes con SC aun con serología y HLA DQ2/DQ8 negativos. En contraste a la EC, en el SC usualmente se pierde la linfocitosis intraepitelial y los LIES expresan un inmunofenotipo aberrante con marcadores en superficie CD3-/CD8-/CD103+. El tratamiento consiste en DLG, corticoides, altas dosis de IBP y/o inmunosupresores. Algunos pacientes, sin embargo, tienen un curso clínico fatal por ulceración intestinal, perforación, malabsorción o linfoma.

Objetivo/s: Presentar un caso sobre gastroenteritis colágena.

Material (pacientes) y métodos: Paciente masculino de 52 años de edad que consulta por diarrea crónica de 9 meses de evolución, 6 a 7 deposiciones diarias líquidas de color amarillento/verduzco, pérdida de peso de 35 Kg (PH:75 Kg; Pa: 49Kg), dolor abdominal, borborigmos y vómitos postprandiales. Al examen físico paciente visiblemente sarcopénico, sin edemas en MMII. Abdomen blando depresible indoloro, no se palpaban visceromegalias ni adenopatías.

Resultados: Laboratorio: frotis de materia fecal, toxina A/B/Antígeno para clostridioides y VIH negativos; PCR elevada, hipoalbuminemia (1.75 g%), a-Tg IgA 12; DGP IgG 51 (VN hasta 10 UI); volumen fecal: 780 g/día, clearance de alfa1 antitripsina 125 (VN hasta 16 ml/día) Elastasa fecal 29, EmA IgA y HLA DQ2/DQ8 pendientes. Rx torax normal y PPD negativa. Inició soporte nutricional con NP y NE. La VEDA mostró a nivel gástrico pliegues engrosados y mucosa de aspecto nodular con menor distensibilidad. A nivel duodenal bulbo granular, segunda porción con signo de peinado y mosaico, pliegues engrosados con erosiones redondeadas cubiertas por fibrina. AP: Gástrica: marcado infiltrado inflamatorio linfoplasmocitario, áreas de desprendimiento epitelial y presencia de banda de colágeno subepitelial. Tinción de Giemsa negativa. Duodenal: atrofia vellositaria, banda de colágeno subepitelial mayor de 10 µm de espesor con atrapamiento de pequeños vasos y células inflamatorias. Conteo de LIES normal. Tricrómico de Masson positivo. Rojo Congo negativo. Gastroenteritis colágena. VCC: íleon terminal y mucosa rectal conservados. Desde sigma proximal a ciego mucosa nodular y aisladas úlceras profundas con bordes sobreelevados, las mayores de 15 mm y puentes mucosos, mucosa interpuesta con patrón vascular conservado. Se toman biopsias para cultivo y AP. EnteroTC: hipoesplenismo, yeyunalización del íleon. Frente a la alta sospecha de SC con afectación gástrica y probable afectación colónica, inicio tratamiento con corticoides parenterales con mejoría clínica.

Conclusiones: Si bien el SC es una patología infrecuente, debe considerarse en el diagnóstico diferencial de la diarrea crónica con malabsorción severa. El aspecto macroscópico en la endoscopia es inespecífico sin embargo la afectación histológica es patognomónica.

PÓSTER

Código: 0093

ALERGIA ALIMENTARIA MÚLTIPLE ASOCIADA A ARTRITIS REUMATOIDEA JUVENIL A PROPOSITO DE UN CASO

Modalidad: Casos Clínicos - G

Unidad Temática: a) GASTROENTEROLOGÍA 3. Intestino delgado 3.5. Miscelánea
 RIBOT, María Candela | SIRIA, Calani | BOGGIO MARZET, Christian
HOSPITAL GRAL. DE AGUDOS DR. I. PIROVANO

Introducción: Las enfermedades reumáticas autoinmunes (ERA), son aquellos trastornos de afectación multisistémica, donde su etiología, sigue siendo desconocidas. Aunque diferentes hipótesis plantean interacciones entre factores genéticos y ambientales, otros estudios describen la existencia de un eje intestino-articular, combinado por la dieta y microbiota. Estas hipótesis conducen a una respuesta de tipo autoinmune inflamatoria. Las alergias alimentarias (AA), son un efecto adverso, que se origina por una respuesta inmune específica, tras la exposición de un alimento determinado (alergeno), produciendo síntomas clínicos, gastrointestinales, respiratorios o en piel y mucosas. Se ha demostrado la aparición de ERA en pacientes con antecedentes de alergia a la proteína de leche de vaca (APLV) en su infancia, con síntomas gastrointestinales. Algunos reportes sugieren que el desarrollo de procesos alérgicos y reacciones de hipersensibilidad podrían presentarse como comorbilidades para la exacerbación de ERA.

Objetivo/s: Describir un caso clínico de alergia alimentaria múltiple y su asociación a artritis reumatoidea juvenil, como factor desencadenante del mismo.

Material (pacientes) y métodos: Paciente femenina de 4 años, con diagnóstico de APLV a los 9 meses de edad por presentar vómitos y reacciones cutáneas urticariformes tras la ingesta de lácteos y derivados, desde los 5 meses de edad. La prueba de supresión – provocación a lácteos y derivados, sumado a un rast grado 3 a leche, huevo y trigo, confirmó el diagnóstico de alergia a proteína de leche de vaca, y alergias alimentarias múltiples. La instauración de leche extensamente hidrolizada, asociada a dieta de exclusión de los otros alérgenos aseguró en la paciente un crecimiento adecuado hasta el 2do año de vida. Por persistir con reacciones urticariformes y tumefacción articular, se diagnostica artritis reumatoidea juvenil (ARJ), donde se medica con metotrexato, prednisona y ácido fólico. A la fecha la paciente continúa con dieta estricta a leche/huevo/trigo y seguimiento por reumatología.

Conclusiones: Las alergias alimentarias múltiples, continúan siendo una patología

de difícil manejo, tanto para el gastroenterólogo como para el equipo interdisciplinario. La presencia de desregulación inmunológica favorece la aparición de otras enfermedades autoinmunes, por lo que se debe tener en cuenta estos pacientes

PÓSTER

Código: 0213

DIARREA CRÓNICA. NO TODO ES LO QUE PARECE. A PROPÓSITO DE UN CASO

Modalidad: Casos Clínicos - G

Unidad Temática: a) GASTROENTEROLOGÍA 4. Colon y recto 4.4. Miscelánea

ALLEGRETTI, Santiago | ALSINA, Fernandina | CUDA, Leonardo Nicolás | FUGAZZA, Laura | LADUX, Marcela | MIMURA, Humberto | ORELLANA, Daniela

HIGA PEDRO FIORITO

Introducción: La colitis eosinofílica es una enfermedad poco frecuente, de curso benigno, que afecta de forma diversa las distintas capas del tubo digestivo, por lo que sus manifestaciones clínicas dependen de la zona afectada.

Objetivo/s: Demostrar la importancia de considerar la colitis eosinofílica como diagnóstico diferencial en pacientes que presentan diarrea crónica.

Material (pacientes) y métodos: Paciente femenina de 65 años, con antecedentes de trastorno de ansiedad, TBC pulmonar tratada, tabaquista 60 pack year, consulta por diarrea acuosa de 6 meses de evolución; asociado a pérdida de peso, astenia, adinamia e hiporexia. Refiere tos desde hace 3 meses y sudoración nocturna. Al examen físico se objetivó mal estado general, dolor abdominal difuso. Se documentó Hb: 6.8gr/dL, PLT: 493.000/Ul, PT: 4.9gr/dL, ALB: 2.6gr/dl, PCR: 17.88 mg/L, VSG: 130mm/h, perfil tiroideo: normal, serologías virales: no reactivas, coprocultivo, coparásitológico toxina para C. difficile: negativo. PPD: anérgica. TC de tórax sin contraste que informa área de consolidación basal derecha con broncograma aéreo y cavitación adyacente. Se realizó BAL, GeneXpert y cultivo bronquial negativo para TBC. VEDA evidenció esofagitis grado B de los ángeles y VCC que mostró íleon terminal con mucosa conservada, válvula ileocecal congestiva con úlcera transversal que retrae el órgano generando un anillo franqueable disminuyendo la luz. En todo el trayecto presencia de úlceras serpiginosas, algunas de ellas con retracción de pliegues hacia la misma, que alternan con mucosa de patrón endoscópico normal. Se toman biopsias escalonadas. ID: Sospecha de EII tipo Crohn vs TBC.

Resultados: Histología: Mucosa colónica con intensos infiltrados inflamatorios mixtos con incremento considerable de eosinófilos, exocitosis eosinofílica y abscesos eosinofílicos. Cuento eosinofílico mayor de 80 por campo. GeneXpert e IHQ para CMV negativos. Se inicia tratamiento con corticoides vía oral con mejoría franca de la diarrea, continuando seguimiento ambulatorio.

Conclusiones: La colitis eosinofílica como causa de diarrea crónica plantea un desafío diagnóstico en donde los métodos complementarios son una pieza fundamental. Se decide la presentación de este caso para demostrar la dificultad del arribo al diagnóstico de esta entidad, dada la baja prevalencia de colitis eosinofílica; poner en discusión los diagnósticos diferenciales y consecuentes tratamientos.

PÓSTER

Código: 0058

SERIE DE CASOS DE COLITIS HEMORRÁGICA POR ESCHERICHIA COLI ENTEROHEMORRÁGICA O157:H7

Modalidad: Casos Clínicos - G

Unidad Temática: a) GASTROENTEROLOGÍA 7. Enfermedades infecciosas 7.4. Miscelánea

FLORES CÁCERES, María Angélica | PONTIS, Milagros

HOSPITAL EL CARMEN

Introducción: Escherichia coli enterohemorrágica (EHEC) tiene una prevalencia de 1 cada 100.00 habitantes en Argentina, siendo la cepa O157:H7 aún menos frecuente. Afecta principalmente a niños y es rara en adultos. Su principal manifestación es la diarrea, síntoma común en múltiples patologías. El diagnóstico microbiológico ha de ser precoz con el objetivo de detectar y tratar las posibles complicaciones. El tratamiento es de sostén y la prevención depende de las correctas medidas de higiene y seguridad de los alimentos. La capacidad de producir brotes epidémicos junto a la gravedad de sus complicaciones confieren a este microorganismo una gran importancia en la salud pública.

Objetivo/s: Describir las características demográficas, formas de presentación y evolución de cuatro pacientes con colitis enterohemorrágica por EHEC O157:H7 en el Hospital El Carmen de Mendoza durante un período de dos meses

Material (pacientes) y métodos: Estudio descriptivo, retrospectivo, observacional que incluye 4 casos de colitis enterohemorrágica por EHEC O157:H7 internados en el Hospital El Carmen de Mendoza durante el mes de diciembre 2022 y enero 2023. Se excluyeron 4 pacientes que presentaron colitis enterohemorrágica por EHEC por cepas no O157:H7.

Resultados: El estudio incluyó 4 pacientes de distinto grupo etario y con diferentes antecedentes patológicos. Todos ellos consultaron por dolor abdominal y diarrea

sanguinolenta referida, en dos de ellos, como proctorragia. En la exploración física todos referían dolor a la palpación. Se observó leucocitosis en los 4 pacientes como único hallazgo positivo en la analítica. El fresco de materia fecal no evidenció leucocitos en ningún. Todas las tomografías evidenciaron engrosamiento mural colónico. El estudio microbiológico por filmarray en heces detectó EHEC O157:H7 en los cuatro casos. Una paciente sufrió síndrome urémico hemolítico como complicación inherente a la infección, el resto se manejó con medidas de sostén con buena evolución y seguimiento por ambulatorio.

Conclusiones: Síntomas digestivos típicos como el dolor abdominal y la diarrea despiertan múltiples sospechas diagnósticas. Dentro del algoritmo diagnóstico debemos considerar el estudio microbiológico en búsqueda de la cepa O157:H7 de Escherichia coli cuya prevalencia ha aumentado en nuestro país y es una infección no exenta de complicaciones severas.

PÓSTER

Código: 0105

ENFERMEDADES VASCULARES HEPÁTICAS

Modalidad: Casos Clínicos - G

Unidad Temática: a) GASTROENTEROLOGÍA 9. Hígado 9.2. Hipertensión portal

CACERES, Maria Jose | MARTÍNEZ REJTMAN, Liria Salome

HOSPITAL T. J. SCHESTAKOW

Introducción: La Trombosis Venosa Portal (TVP) es una patología vascular hepática, infrecuente en la población general y generalmente asociada a enfermedades hepáticas concomitantes como cirrosis. La prevalencia es del 5 al 20% y una incidencia de 3 al 17 % anual. Se produce como consecuencia de la formación de un trombo en el tronco principal de la vena porta y/o las ramas de la vena porta intrahepática izquierda y derecha, con o sin compromiso de las venas mesentérica y esplénica, y la consecuente formación de colaterales periportales, que finalmente darán lugar a hipertensión portal (HTP) secundaria y sus manifestaciones.

Objetivo/s: El motivo que nos llevó a presentar los siguientes casos clínicos es que, a pesar de su poca variabilidad clínica, el diagnóstico suele realizarse en fases avanzadas, siendo esto una condición que aumenta la morbi-mortalidad.

Material (pacientes) y métodos: Se evalúan retrospectivamente los pacientes con diagnóstico de TVP atendidos en el hospital T. J. Schestakow durante el periodo de julio 2018 a julio 2022. Se analizaron datos como edad de diagnóstico, sexo, asociación con otras enfermedades hepáticas, etapa evolutiva en la que se realiza el diagnóstico y presencia o no de Hipertensión portal (HTP). Se construyó una base de datos utilizando el programa Microsoft Excel.

Resultados: DE julio de 2018 a junio de 2023 se reclutaron 9 pacientes con TVP, 7 fueron mujeres y 2 hombres con una relación mujeres: hombres 2:1. Entre los 13 a 81 años, con una media en 40. A la consulta 7 pacientes tuvieron en común la presencia de HTP clínicamente significativa. 4 pacientes debutaron con hemorragia digestiva alta producto de varices esofágicas que requirieron tratamiento con banding esofágico de urgencia. Los otros motivos fueron síndrome ascítico edematoso y encefalopatía hepática. En 6 pacientes encontramos una asociación de TVP con cirrosis hepática, lo que aumenta la morbi-mortalidad. Las causas de cirrosis hepática fueron consumo de alcohol, hepatitis autoinmune, criptogénica e incluso la misma evolución de TVP. Con respecto a la asociación de TVP y neoplasias, 2 pacientes tenían diagnóstico previo de tumores malignos, hepatocarcinoma y Cáncer de páncreas. Otras causas de TVP fue la trombofilia hereditaria, uno debido a Factor V Leiden y otro a SAF. En un paciente la etiología de la TVP no se pudo identificar.

Conclusiones: En el periodo de tiempo de julio de 2018 a junio de 2023 en nuestro medio la prevalencia total de TVP fue de 0,0019 %. Con una asociación entre la TVP y la cirrosis hepática, con una prevalencia en esta patología cercana al 0,036 %. Si bien los motivos de consulta variaron, 7 pacientes presentaron hipertensión pulmonar (HTP) clínicamente significativa, lo que indica que, en nuestro entorno, el diagnóstico de TVP tiende a ocurrir con mayor frecuencia en la etapa crónica de la enfermedad, cuando las manifestaciones de HTP se definen en la forma de presentación de la TVP.

PÓSTER

Código: 0227

HIPERTENSIÓN PORTAL SECUNDARIA A INMUNODEFICIENCIA COMÚN VARIABLE

Modalidad: Casos Clínicos - G

Unidad Temática: a) GASTROENTEROLOGÍA 9. Hígado 9.2. Hipertensión portal

GONZÁLEZ CREPSAC, Vera Lucía | ESTRADA, Carla Alejandra | GALVAGNO, Florencia | AWADA, Eduardo | CALVO ROJAS, María Gabriela | FONTAN, María Belén | GIORGIS, Ornella | LUBIENIECKI, Daniela Carina | MAJEWSKI, Ignacio Sebastián | MAURETTE, María Victoria | MARTURANO, María Victoria | PADIN, Lorenzo | PESÁNTEZ, María Fernanda | SALTOS, Soledad | QUIÑONES, Sabrina

HOSPITAL GENERAL DE AGUDOS "CARLOS G. DURAND"

Introducción: La inmunodeficiencia común variable (IDCV) es un grupo heterogéneo de inmunodeficiencias primarias caracterizadas por hipogammaglobulinemia y

escasa o nula respuesta específica de anticuerpos a la vacunación. Es la inmunodeficiencia primaria sintomática más común en adultos, con una prevalencia de 1/25.000 en caucásicos. La afectación hepática en pacientes con este diagnóstico tiene múltiples etiologías, siendo la más frecuente la hiperplasia nodular regenerativa (HNR) que se produce por una vasculopatía intrahepática que genera daño y pre-dispone a la formación de nódulos regenerativos de hepatocitos que comprimen los sinusoides, produciendo fibrosis perisinusoidal e hipertensión portal. La prevalencia de HNR en pacientes con IDCV es variable, se describe entre el 1 y 5%.

Objetivo/s: Presentar el caso de una paciente con hipertensión portal secundaria a IDCV.

Material (pacientes) y métodos: Paciente femenina de 28 años con antecedentes de IDCV y neumopatía intersticial linfóide que cursó internación por hemorragia digestiva alta.

Resultados: Se realiza VEDA de urgencia donde se evidencian várices esofágicas grandes con puntos rojos y primera sesión de ligadura endoscópica. Se descarta consumo de enol y sustancias hepatotóxicas e infección por virus hepatitis. Se realiza ecografía abdominal con doppler portal sin evidencia de hepatopatía crónica pero con signos indirectos de HTP, como esplenomegalia, líquido libre en cavidad y vena porta de 16 mm, sin trombosis. Se realiza paracentesis diagnóstica con GASA >1.1 y proteínas <2.5 g/dL. Además presenta estudios de imagen (tomografía y resonancia magnética) con hígado levemente aumentado de tamaño sin signos de hepatopatía crónica, esplenomegalia y signos indirectos de hipertensión portal. Se discute caso con inmunología y se decide prescindir de la biopsia hepática debido a la asociación entre la HNR y el patrón histológico de la afectación pulmonar de la paciente.

Conclusiones: La HNR se produce en pacientes con IDCV, siendo responsable de la aparición de HTP. El manejo se realiza con terapia diurética para el síndrome ascítico edematoso, así como profilaxis primaria y secundaria de hemorragia digestiva alta variceal en caso de presentar hallazgos positivos en estudios endoscópicos.

PÓSTER

Código: 0159

HEMORRAGIA DIGESTIVA POR NECROSIS ESOFÁGICA AGUDA. AUTORES: LISETH HERNÁNDEZ ALDANA. ANDRÉS SALCEDO

Modalidad: Casos Clínicos - G

Unidad Temática: a) GASTROENTEROLOGÍA 1. Esófago 1.4. Miscelánea

HERNÁNDEZ, Aldana Liseth

HOSPITAL DE CLINICAS JOSE DE SAN MARTIN

Introducción: La necrosis esofágica aguda es una entidad poco frecuente caracterizada por el hallazgo endoscópico de una decoloración negra de la mucosa del esófago distal, con distribución circunferencial y difusa, con extensión variable que se interrumpe de forma abrupta a nivel de la unión esofagogástrica (esófago negro). Su presentación clínica se caracteriza por una hemorragia digestiva alta (HDA), que puede complicarse con una estenosis, perforación, mediastinitis y muerte.

Material (pacientes) y métodos: Presentamos un paciente masculino de 67 años, con antecedentes de diabetes, hipertensión arterial, obesidad, hipercolesterolemia y Mal de Pott por el que realizó tratamiento antifímico en el año 2016, con requerimiento de múltiples intervenciones de su columna vertebral. Ingreso por la necesidad del recambio de la prótesis de su artrodesis y evoluciona con meningitis postquirúrgica con shock séptico y cetoacidosis diabética. En la UTI cursa con shock, requerimiento de drogas vaso activas e intubación orotraqueal prolongada; el día 36 de su internación, presenta hematemesis y melena, con caída del hematocrito, descompensación hemodinámica que evoluciona a un shock hipovolémico. Luego de la reanimación hemodinámica se realiza VEDA que evidencia en el 1/3 distal del esófago una mucosa de color negro diseminada y circunferencial alternando con áreas de color amarillo, escaso exudado fibrinoide sin evidencia de hemorragia activa, que se interpreta como necrosis esofágica aguda, confirmada con posterioridad en los informes de la anatomía patología de las biopsias obtenidas. El tratamiento fue dirigido a corregir las condiciones clínicas coexistentes, restaurar la estabilidad hemodinámica y se le administró inhibidores de la bomba de protones logrando una evolución satisfactoria, sin complicaciones posteriores vinculadas a este episodio.

Resultados: Si bien se trata de una entidad poco frecuente creemos que esta presentación puede contribuir a una mayor conocimiento de esta patología, a su reconocimiento más temprano y a un manejo más adecuado, particularmente en los pacientes mayores con múltiples comorbilidades que presentan una HDA.

PÓSTER

Código: 0239

NECROSIS ESOFÁGICA AGUDA

Modalidad: Casos Clínicos - G

Unidad Temática: a) GASTROENTEROLOGÍA 1. Esófago 1.4. Miscelánea

BALABAN, Ezequiel | DULCICH, Florencia | CROCCI, Evelin Mariel | LLANQUIMAN, Pablo Emanuel | LÓPEZ GODOY, Raúl Martín | ROCCA, Andrés Esteban | RODRÍGUEZ BRUNO, Carolina | UDABE, María Laura

HOSPITAL DE GASTROENTEROLOGÍA DR. B. UDAONDO

Introducción: INTRODUCCION: La necrosis esofágica aguda (NEA), conocida como esófago negro, es una entidad clínica rara caracterizada por los hallazgos endoscópicos de coloración negra de la mucosa esofágica en forma difusa o circunferencial, que se interrumpe en forma abrupta a nivel de la unión esofagogástrica. La necrosis tisular histológica confirma el diagnóstico. Su incidencia es de 0.01 a 0.2%, afecta mayormente a hombres mayores de 50 años con comorbilidades. Su etiopatogenia se asocia a isquemia, malnutrición y exposición prolongada al ácido gástrico. La presentación clínica suele ser hemorragia digestiva alta, dolor abdominal epigástrico, náuseas y vómitos. El tratamiento se basa en la reanimación agresiva, la corrección de las condiciones médicas subyacentes, la terapia con inhibidores de la bomba de protones y sucralfato, y el control de signos de infección o perforación. La mortalidad es alta (30-50%) y está en gran parte relacionada a las comorbilidades asociadas.

Objetivo/s: Enfatizar la sospecha clínica de NEA en paciente con HDA y comorbilidades asociadas.

Material (pacientes) y métodos: Femenina de 70 años. Antecedentes: Trasplante Hepático en 2013 secundario a Cirrosis por VHC y Enol; tabaquismo 48 paquetes/año, EPOC. En tratamiento desde 2014 con Tacrolimus. Motivo de Consulta: dolor abdominal en epigástrico de 24 hs de evolución, y vómitos en borra de café. Examen Físico: palidez cutáneo mucosa, abdomen doloroso a la palpación generalizada. Laboratorio: HTO 44%; Hb 11.1 mg/dl, Leucocitos 22200; 271000 plaquetas/mm³; glucemia 263 ml/dl; urea 84; creatinina 4.41 mg/dl. VEDA: Esófago: luz y calibre conservado, desde los 26 cm hasta el CM a 33 cm de ADS mucosa con placas negruzcas que alternan con mucosa congestiva y eritematosa que compromete toda la circunferencia y erosiones mayores a 5 mm que ocupa más de dos pliegues y abarca menos de 75 % de la circunferencia; Estómago: Cardias Hill's IV. Lago mucoso claro. Mucosa de techo, cuerpo y antro con erosiones múltiples.

Resultados: Inicia reanimación con líquidos, antibiotioterapia empírica y gastroprotección con buena respuesta clínica y bioquímica. Nueva VEDA: anillos cicatrizales con fibrina en esófago, se toman biopsias que informan tejido de granulación, material fibrinoleucocitario y fragmentos de mucosa gástrica con congestión vascular y lonjas de epitelio pavimentoso con acantosis.

Conclusiones: La NEA debe considerarse en cualquier paciente con imagen endoscópica característica y comorbilidades asociadas a un evento de compromiso hemodinámico o metabólico. Su diagnóstico precoz, el tratamiento sintomático apropiado y la supresión de ácido son pilares fundamentales para obtener resultados favorables en los pacientes. OBSERVACIÓN: está patología reviste importancia dada la baja incidencia, alta mortalidad y bajo índice de sospecha.

PÓSTER

Código: 0215

COLITIS ASOCIADA A IGG4 COMO DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DE LA COLITIS ULCEROSA

Modalidad: Casos Clínicos - G

Unidad Temática: a) GASTROENTEROLOGÍA 4. Colon y recto 4.1. Enfermedad Inflamatoria intestinal

TORELLO, Rosario | CHIARAVIGLIO, María Laura | BEGLIARDO, Agustina | CARLINO, Yanina | HIGA, Mariano | BALDERRAMO, Domingo

HOSPITAL PRIVADO UNIVERSITARIO DE CORDOBA

Introducción: La enfermedad relacionada con IgG4 es una enfermedad autoinmune multisistémica caracterizada por lesiones inflamatorias con infiltración por células plasmáticas IgG4 (+) y aumento de las concentraciones de IgG4 séricas. Puede afectar a cualquier órgano, siendo los más afectados páncreas, glándulas salivales, glándulas lacrimales, ganglios linfáticos, retroperitoneo y riñones. La afectación del tracto gastrointestinal en la enfermedad por IgG4 es infrecuente. El objetivo de nuestro trabajo es brindar conocimientos sobre una patología poco frecuente como es la colitis por IgG4, la forma correcta de llegar al diagnóstico y de esta forma dirigir una conducta terapéutica adecuada. Hombre de 46 años con antecedentes de dolor abdominal de 2 años de evolución sin respuestas al tratamiento sintomático. Se realizó TAC abdominal que mostró aumento de tamaño del páncreas y ecoendoscopia con hallazgos sugestivos de pancreatitis crónica. Se interpretó como asociada a etiología autoinmune e inició prednisona 40 mg/día (dosis decreciente) con mejoría posterior del dolor. A los 8 meses posteriores comienza con aumento del número de deposiciones y presencia de sangre en las mismas. Se realizó colonoscopia que mostró pérdida del patrón vascular y úlceras con afectación desde sigma a colon transverso, respetando recto. Las biopsias fueron sugestivas de colitis ulcerosa. Inició tratamiento con prednisona y mesalazina 4 gr/día sin respuesta clínica por lo que fue derivado para valorar tratamiento biológico. Se realizó eco doppler de pared intestinal que mostró marcado engrosamiento parietal (9 y 11 mm) del sigma al colon transverso, sin pérdida de la estratificación, evidenciando hiperemia parietal (doppler positivo). Una nueva colonoscopia mostró mucosa eritematosa granular, con úlceras de 0,5 – 1 cm desde colon sigmoide a colon transverso siendo el resto normal. Se realizaron biopsias con hallazgos compatibles enfermedad relacionada con igG4, con más de 15 células plasmáticas igG4 positivas. Se realizó el diagnóstico de colitis asociada a IgG4 e inició tratamiento con 3 pulsos de corticoides (metilprednisolona 250 mg EV) y azatioprina 150 mg/día presentado buena respuesta con remisión clínica a los 12 meses y colonoscopia de control que mostró curación mucosa.

Objetivo/s: La colitis por IgG4 es una entidad altamente infrecuente. Teniendo en cuenta que su principal diagnóstico diferencial es colitis ulcerosa ya que posee

hallazgos endoscópicos similares. Por lo que es de gran importancia la valoración histológica, que lleva a confirmar el diagnóstico. Y de esta forma dirigir de forma correcta el tratamiento.

PÓSTER

Código: 0171

PÓLIPOS DIMINUTOS DE RECTO: ¿SON SIEMPRE HIPERPLÁSICOS?

Modalidad: Casos Clínicos - G

Unidad Temática: a) GASTROENTEROLOGÍA 4. Colon y recto 4.2. Neoplasia

FERNÁNDEZ, Gonzalo | ADI, José | TORRES, Alfredo | DUTTO, Carolina | CON-TRERAS, Fernanda | VICTORIA, Romina | LEIVA, Lorena | VIÑUELA, Andrea Carolina | BURRELO, María Antonella | SENA, Daniela Paula | MARIANI VILCNIK, Priscila Brenda

HOSPITAL L.C. LAGOMAGGIORE

Introducción: Los pólipos diminutos representan entre el 70 a 80% de los pólipos colónicos. Solo un 0.5 a 1.7% son adenomas avanzados. Más importante aún, la tasa de cáncer para los mismos no llega al 0.5%. En colon distal la mayoría de los pólipos diminutos suelen ser hiperplásicos y no conllevan riesgo de malignidad por lo que algunas sociedades proponen que ante un adecuado diagnóstico y semiología endoscópica, se podría tomar una estrategia de reseca y descartar.

Objetivo/s: Se presenta el siguiente caso por la inusual patología hallada, localización y falta de estandarización respecto al tratamiento y seguimiento de dicha enfermedad.

Material (pacientes) y métodos: Paciente mujer, 53 años, sin antecedentes clínicos ni toxicológicos, refiere uso de IBP simple dosis hace 1 mes, padre fallecido a los 73 años por Cáncer gástrico. Presenta síndrome de dolor epigástrico asociado distensión abdominal de 10 años de evolución con empeoramiento en las últimas semanas. No refiere vómitos, pérdida de peso ni otros signos de alarma. Se solicitó videoendoscopia digestiva alta (VEDA) para estudio de dispepsia y videocolonoscopía (VCC) para screening de cáncer colorrectal (CCR). VEDA: Gastropatía congestiva de cuerpo y antro con presencia de erosiones sobre elevadas. Se toman biopsias por protocolo de Sydney. VCC: Pólipo séssil de recto de 3 mm (Paris 0-Is). Se reseca con asa fría.

Resultados: Anatomía patológica estómago: Gastritis crónica con actividad moderada. Presencia de Helicobacter Pylori focal. Anatomía patológica de recto: Abundante infiltrado linfocitario a definir por Inmunohistoquímica (IHQ). Mientras se esperaban los resultados de la misma la paciente realizó tratamiento erradicador, tras lo cual mejoran sus síntomas dispépticos. Se recibieron resultados de IHQ siendo positivo para los marcadores ACL, CD20, CD43, bcl-2. CD5 se expresó en componente T acompañante. Ki-67 determinó índice proliferativo < 10%. Resto de marcadores negativos, concluyendo en proceso linfoproliferativo B a células pequeñas marginal tipo MALT. Se solicitó PET-TC donde no se advierten focos de hipercaptación vinculables con enfermedad de base en colon y recto. No se observan ganglios en rango adenomegálico ni hipermetabólicos en mesenterio por lo que se concluyó ausencia de actividad metabólica tumoral. La paciente se sometió a una nueva VEDA con toma de biopsias confirmando erradicación de Helicobacter Pylori y nueva VRSC sin presencia de lesiones en recto.

Conclusiones: A pesar de que los pólipos diminutos en recto son en su mayoría hiperplásicos y no revisten riesgo de transformación maligna debemos prestar atención a las características endoscópicas de los mismos. El linfoma MALT de recto es una entidad infrecuente, cuyos factores de riesgo no están claros y el manejo terapéutico comprende desde resección endoscópica o quirúrgica, hasta quimioterapias diversas que han demostrado tener éxito. Afortunadamente, más allá de la falta de estandarización de tratamientos y seguimiento, es una enfermedad poco agresiva con baja tasa de recurrencia.

PÓSTER

Código: 0194

PREVALENCIA DE HABITOS DE DIETA Y ESTILO DE VIDA QUE DISMINUYEN EL RIESGO DE CANCER COLORRECTAL: UN ESTUDIO DE VIDA REAL EN ARGENTINA

Modalidad: Resúmenes Científicos - G

Unidad Temática: a) GASTROENTEROLOGÍA 4. Colon y recto 4.2. Neoplasia

PEREYRA, Lisandro (1) | STEINBERG, Leandro (2) | LASA, Juan (3)

Hospital Alemán de Buenos Aires (1); HOSPITAL UNIVERSITARIO FUNDACION FAVALORO (2); CEMIC (3)

Introducción: El cáncer colorrectal es una patología prevalente en nuestro medio, en cuyo desarrollo influyen los hábitos de dieta y estilo de vida. Existe evidencia que demuestra la asociación entre obesidad, falta de ejercicio y el consumo desmedido de algunos alimentos y el desarrollo del cáncer colorrectal. La prevención primaria sobre la modificación de estos hábitos podría potencialmente prevenir una proporción de dichas neoplasias. La prevalencia de estos factores de riesgo en nuestro medio no es del todo conocida.

Objetivo/s: Describir la prevalencia de hábitos de consumo dietario descriptos como factores de riesgo para el desarrollo de cáncer colorrectal en una población argentina

Material (pacientes) y métodos: Se realizó un estudio observacional retrospectivo de tipo corte transversal utilizando la base de datos de la página web de "Chequeá Tu Colon" (CTC). CTC es una página web de acceso gratuito dirigida a la población general en la que, a través de un cuestionario interactivo, el usuario puede conocer, de acuerdo a la presencia o no de factores de riesgo, si debería realizar una consulta médica para llevar a cabo algún procedimiento de pesquisa para prevenir el cáncer colorrectal. La misma es completamente anónima. Asimismo, CTC ofrece un cuestionario para determinar la frecuencia de consumo de carnes rojas, carnes procesadas, alimentos ricos en calcio, verduras y frutas, granos y alcohol por parte del usuario, así como la frecuencia de ejercicio, el consumo de tabaco y el índice de masa corporal. Estos datos fueron recopilados por cada caso. Se utilizó el test de chi cuadrado para la comparación de variables categóricas y el test t de Student en el caso de las variables numéricas. Se realizó un análisis univariado y luego un multivariado siguiendo un modelo de regresión logística.

Resultados: Desde Marzo de 2022 hasta junio de 2023, se recopilaron 18599 cuestionarios completos. El 62.69% fueron mujeres y la edad promedio, 41±8.4. El 27.63% presentaba sobrepeso y el 15.7%, obesidad de acuerdo a su índice de masa corporal. El 13% era fumador. El 11.51% refirió un consumo de alcohol diario (más de una bebida diaria); 73.71% refirió un consumo de carnes rojas 2 veces o más por semana; el 74.74% refirió consumir carnes procesadas más de una vez por semana. Respecto del consumo de alimentos que disminuyen el riesgo de cáncer colorrectal, el 88.16% refirió consumir menos de 3 porciones diarias de lácteos (queso/leche/yogur); 93.55% refirió consumir menos de 5 porciones de frutas y verduras en forma diaria; el 91.4% refirió consumir menos de 2 porciones de granos (cereales/semillas) en forma diaria. El 40.7% realiza actividad física moderada menos de 2 veces por semana, mientras que el 64.1% realiza actividad física vigorosa menos de una vez por semana. Los sujetos con consumo inadecuado de carnes rojas y/o procesadas y de al menos un alimento que disminuye el riesgo de cáncer colorrectal fueron más frecuentemente varones (42.23% vs 13.08%, p=0.0001), obesos (16.29% vs 11.12%, p=0.01) y presentan menor proporción de frecuencia recomendada de ejercicio aeróbico (7.9% vs 13.45%, p=0.01). Estas asociaciones se mantuvieron significativas en el análisis multivariado.

Conclusiones: Identificamos una prevalencia significativamente elevada de hábitos de dieta y estilo de vida que podrían asociarse a un riesgo mayor de desarrollo de cáncer colorrectal en sujetos en Argentina. Los hábitos inadecuados de dieta son más frecuentes en sujetos con otros factores de riesgo para el desarrollo de cáncer colorrectal, como la obesidad o el sexo masculino. Mayor hincapié debe ser puesto en estrategias de prevención primaria mediante modificación de hábitos.

PÓSTER

Código: 0071

FÍSTULA COLOCUTÁNEA COMO COMPLICACIÓN TARDÍA DE EVENTROPLASTIA CON MIGRACIÓN DE MALLA, A PROPÓSITO DE UN CASO

Modalidad: Casos Clínicos - G

Unidad Temática: a) GASTROENTEROLOGÍA 4. Colon y recto 4.4. Miscelánea

MARELLI, Ana Paula | CUELLO, Carlos | BARRERA MIRANDA, John Edward | ARISIO VILLENA, Sandra Gabriela | LEÓN, Tomás | MOLINARI, Estefanía | BARSÍ, María | JENSEN, María Virginia | CALCAGNO, Ramiro | ROMEO, Juan Manuel | PRECETTI, Fabián | MARINI, José Eduardo

HOSPITAL GENERAL DE AGUDOS JOSÉ MARÍA RAMOS MEJÍA

Introducción: Aproximadamente el 80% de las fístulas enterocutáneas son de etiología iatrogénica secundaria a cirugías abdominales. 20% de las restantes, se asocian a enfermedades sistémicas como Crohn, enteritis por radiación, neoplasias, traumatismo o isquemia. Las complicaciones asociadas al uso de malla en eventroplastias incluyen infección de la herida, contracción de la misma, o rechazo. Con menor frecuencia puede ocurrir la migración de la malla y la posterior fistulización.

Objetivo/s: Presentar el caso clínico de una paciente con fístula colocutánea secundaria a migración de malla como complicación tardía de eventroplastia.

Material (pacientes) y métodos: Paciente de 62 años con antecedentes de diabetes no insulino requiriente, hipertensión arterial, colecistectomía convencional en 2003 con posterior eventración de herida quirúrgica y eventroplastia en 2011, sin complicaciones inmediatas. Cursa internación en Cirugía General del Hospital Ramos Mejía en septiembre de 2022 por solución de continuidad con secreción entérica en cicatriz subcostal derecha de un año de evolución, sin otro síntoma asociado. En ecografía se evidencia secreción purulenta, colección compatible con absceso y fístula a piel. En tomografía computada: huellas quirúrgicas en pared abdominal, con incremento de espesor de los tejidos blandos hacia la región paramedial derecha, identificando impronta de asas intestinales sin correcto plano de clivaje graso respecto a la pared; imagen de alta densidad vinculada a asas intestinales probablemente en relación a sutura. Se realiza fistulografía observando pasaje de contraste a colon transversal. Videocolonoscopía: hasta ciego. A nivel de colon transversal: cuerpo extraño negruzco de aspecto tubular. Se instila por orificio cutáneo de fístula azul de metileno, observando su salida a nivel de dicho cuerpo extraño, sugestivo de fístula colocutánea por migración de malla. Resto de la mucosa visualizada de aspecto normal. Posteriormente se realiza colectomía segmentaria con enterectomía, entero-entero anastomosis, lavado y drenaje. Evoluciona con dehiscencia de la herida y secreción fecaloide; se coloca VAC compactado durante 10 días, con buena evolución posterior y alta hospitalaria.

Conclusiones: La etiología más frecuente en la patología fistulosa es la iatrogénica, secundaria a cirugía abdominal. En el caso de las hernioplastias, las complicaciones más frecuentes son: recurrencia, dolor en el sitio de la rafia; contracción, migración de la malla, y erosión. Estas últimas, menos frecuentes, se asocian a la técnica quirúrgica y a la elección de los materiales. La videocolonoscopia como herramienta diagnóstica facilita información acerca de la anatomía del paciente y del complejo fistuloso, a la vez que se realiza screening de cáncer colorrectal; brindando información valiosa al momento de planificar la cirugía reparadora.

PÓSTER

Código: 0214

MIELOMA MÚLTIPLE CON AFECTACIÓN COLÓNICA: REPORTE DE UN CASO

Modalidad: Casos Clínicos - G

Unidad Temática: a) GASTROENTEROLOGÍA 4. Colon y recto 4.4. Miscelánea

GARCÍA ALLENDE, Leonardo | LABORDA MOLTEI, Jorge | SEQUEIRA, Luis Agustín | TONN, Eugenio Federico

HOSPITAL PRIVADO DE LA COMUNIDAD

Introducción: El mieloma múltiple se presenta frecuentemente con anemia y dolor óseo. Además del compromiso de la médula ósea, el mieloma múltiple tiene una tendencia a involucrar otros órganos. Sin embargo la afectación del tracto gastrointestinal inferior es poco frecuente.

Objetivo/s: Reportar un caso clínico de un paciente con mieloma múltiple con afectación colónica.

Material (pacientes) y métodos: Paciente masculino de 89 años, sin antecedentes de relevancia, que ingresa al Hospital por presentar anemia en rango transfusional asociado a disnea clase funcional II, hemorragia digestiva baja, fibrilación auricular de alta respuesta ventricular y falla renal aguda (FENa 1.76%) compatible con necrosis tubular aguda. Se realiza Tomografía Computada de abdomen sin contraste, donde se observa adenomegalias en región ileocecal de hasta 30 mm y en mesenterio de 25 mm, múltiples divertículos en colon sigmoides, bazo sin alteraciones, riñón derecho difusamente aumentado de tamaño con pérdida de su arquitectura habitual y hueso iliaco izquierdo con imagen blástica de 22 mm. Se transfunde dos unidades de glóbulos rojos. Se realiza video-colonoscopia hasta el ciego, se detecta, diverticulosis en el colon izquierdo y tres lesiones sobre elevadas sésiles de 20 mm - 23 mm y 43 mm en colon derecho. (Paris 0-Is) las cuales fueron biopsiadas. Además se realiza proteinograma electroforético en sangre periférica y biopsias de médula ósea.

Resultados: En las biopsias de colon se identifica la proliferación de plasmocitos que infiltra el epitelio y la úlcera. CD138: Positiva. Kappa: Positiva. Lambda: Negativa. En el proteinograma electroforético se observa un pico monoclonal en banda gamma (IgG 6623 mg/dl). En la biopsia de médula ósea se detecta disminución de las tres series hematopoyéticas a expensas de infiltración por 50-60% de plasmocitos; compatibles con Mieloma múltiple Ig G. Posterior al diagnóstico el paciente intercorre con sepsis severa a foco respiratorio. Se inicia tratamiento antibiótico I.V. con evolución desfavorable que desencadena en su fallecimiento.

Conclusiones: La relación entre mieloma múltiple y afectación gastrointestinal (colon) es infrecuente. Su diagnóstico se realiza generalmente durante el seguimiento de la enfermedad o en recidivas, siendo excepcional su detección como primera manifestación e indica enfermedad extramedular. Ante la hemorragia digestiva baja se puede realizar una endoscopia terapéutica (habitualmente con malos resultados por resangrado por tratarse de un tejido tumoral) o radioterapia local. La cirugía se suele indicar en los pacientes que presentan un sangrado incontrolable o recurrente y en aquellos que presentan clínica obstructiva. La quimioterapia con esquemas como bortezomib + dexametasona se suele reservar para los casos más avanzados. El sangrado en el mieloma múltiple constituye una complicación tardía sugestiva de mal pronóstico.

PÓSTER

Código: 0178

“CAUSA INFRECUENTE DE PANCREATITIS AGUDA EN PACIENTE JOVEN”. “UNCOMMON CAUSE OF ACUTE PANCREATITIS IN A YOUNG PATIENT”

Modalidad: Casos Clínicos - G

Unidad Temática: a) GASTROENTEROLOGÍA 6. Páncreas 6.1. Patología inflamatoria MILICH, Mayra Melina | PATRÓN COSTAS, Lucas | CASTILLO, Mario Ariel | SANTILLÁN MÁRQUEZ, María Eugenia | GALVÁN CLAROS, Mariana Elizabeth | VALDIVIEZO, Erica Micaela | PATRÓN COSTAS, Gustavo

HOSPITAL SAN BERNARDO

Introducción: La pancreatitis aguda es un proceso inflamatorio del páncreas donde se produce activación prematura de enzimas digestivas en las células acinares, produciendo su autodigestión. Existen diferentes etiologías, siendo las más frecuentes la litiasis de vía biliar y el alcoholismo; el origen infeccioso de la pancreatitis aguda es poco común, donde lo más frecuente es a través de virus,

y con menor frecuencia bacterias y hongos. El diagnóstico adecuado y oportuno, así como un adecuado abordaje según la severidad y la detección de disfunción orgánica y de complicaciones locales e infecciosas, determina el desenlace clínico de esta patología.

Objetivo/s: Presentación de un caso de pancreatitis aguda alitiásica de origen bacteriano en un paciente joven, la cual constituye una etiología poco frecuente de dicha patología.

Material (pacientes) y métodos: Paciente masculino de 16 años sin antecedentes patológicos ni quirúrgicos, consulta en guardia de emergencias por dolor abdominal de tipo lancinante en hipocondrio izquierdo, irradiado hacia posterior (en hemicinturón) asociado a vómitos y fiebre. El laboratorio de ingreso informa leucocitosis con neutrofilia, elevación de amilasa (2112 U/Lt) y lipasa (310 U/Lt) en sangre, y reacción de Widal positiva para Antígeno Paratyph B (1/320). En ecografía abdominal se observa vesícula biliar con características normales sin litiasis en su interior, páncreas normal, y escasa cantidad de líquido libre en cavidad abdominal. Tomografía computada con contraste trifásico informa glándula pancreática aumentada de tamaño, no homogénea, observándose áreas hipodensas en cuerpo y cola, con estriación difusa de grasa peripáncreática, contenido líquido de aspecto inflamatorio peripáncreático, periesplénico, y fondo de saco rectovesical, observándose también imagen quística de 6mm sobre cuerpo de páncreas (pancreatitis aguda moderadamente severa según clasificación de Atlanta). Se descartaron principales causas de pancreatitis alitiásica (consumo de alcohol, hipertrigliceridemia, traumatismos, consumo de fármacos), se procedió a la toma de muestras de hemocultivo y coprocultivo, posterior a lo cual se inició antibioticoterapia empírica con ceftriaxona 2g/día i.v.. Dichos cultivos resultaron positivos para Salmonella Paratyphi B sensible a cefalosporinas de 3ra generación. El paciente cursó buena evolución clínica cumpliendo 10 días de tratamiento antibiótico y de sostén, sin signos de falla orgánica u otras complicaciones propias de la patología.

Conclusiones: Ante un paciente con diagnóstico de pancreatitis aguda alitiásica donde se descartan las causas más frecuentes, y obteniendo paralelamente resultados positivos para infección por Salmonella Paratyphi (endémica en nuestro medio), se asume ésta última como etiología de dicho cuadro de pancreatitis. Se presenta como causa infrecuente, agregando además complicaciones locales severas en un paciente joven sin antecedentes patológicos, el cual tuvo una buena evolución. Ante esto cabe destacar la importancia de un diagnóstico precoz y manejo adecuado tanto de la patología infecciosa como de sus complicaciones.

PÓSTER

Código: 0096

INSUFICIENCIA HEPÁTICA AGUDA SECUNDARIA A HEPATITIS AUTOINMUNE GATILLADA POR DENGUE GRAVE

Modalidad: Casos Clínicos - G

Unidad Temática: a) GASTROENTEROLOGÍA 9. Hígado 9.1. Hepatitis

MOREIRA GRANDA, Edison Javier | MARIA MARGARITA, Nariño Galindo | ICAZA CARDENAS, Jahaira Fabiola | TORRICO PAZ, José Oscar | PINASCO, Rosalba Isabel | REGNASCO, Juan Santiago | SAA, Emilia Cristina

HOSPITAL GRAL. DE AGUDOS DR. I. PIROVANO

Introducción: La falla hepática aguda (Acute Liver Failure-ALF) es un síndrome muy específico y raro, caracterizado por un deterioro agudo de la función hepática sin enfermedad hepática crónica subyacente. Su diagnóstico se basa en: Encefalopatía hepática de cualquier grado, coagulopatía (con un INR igual o superior a 1.5, o tiempo de protrombina menor del 40%), y ausencia de enfermedad hepática preexistente. La evaluación pronóstica debe realizarse de manera oportuna para la derivación a un centro de trasplante.

Objetivo/s: Presentar un caso clínico de paciente joven con falla hepática aguda secundaria a hepatitis autoinmune (HAI), detonada por dengue grave. Manifiesta una enfermedad en estadios avanzados que responde a tratamiento con corticoterapia.

Material (pacientes) y métodos: Paciente masculino de 31 años, sin antecedentes personales, con madre con diabetes tipo II, que ingresa con asenia, adinamia, malestar general, fiebre y osteoartralgias generalizadas, dolor abdominal, hiporexia y vómitos. Noxa de contagio. Madre cursando dengue leve, automedicado con paracetamol 3gr/día, sin mejoría.

Resultados: Se realizan estudios de laboratorio que muestran hepatopatía, con debut diabético, con mal control metabólico. Requiere manejo en unidad cerrada, presentando Síndrome ascítico edematoso con hipoalbumemia asociada con mal control de glucemias, persistencia de picos febriles, con patrón infeccioso y empeoramiento de hepatopatía; evolucionando a falla hepática. Se inicia trámite de derivación a unidad de trasplantes, donde realizan perfil de autoinmunidad y biopsia hepática, con resultado de HAI. Inicia corticoterapia, presentando mejoría de cuadro clínico. Se da alta hospitalaria y seguimiento ambulatorio.

Conclusiones: La probabilidad de recuperación espontánea es menor en aquellos pacientes menores de 10 y mayores de 40 años, la recuperación será más probable en el caso de encefalopatía leve (65-70% en grados I-II) que en el de moderada (40-50% en grado III) o grave (menos de 20% en grado IV). La etiología supone una importante implicación pronóstica. Se estima que la supervivencia libre de trasplante en casos de ALF secundaria a sobre dosis de paracetamol, isquemia o hepatitis A es superior al 50%, mientras que otras etiologías se han asociado a mal pronóstico.

PÓSTER

Código: 0094

POLINEUROPATIA SENSITIVO MOTORA COMO PRESENTACION PARANEOPLASICA DE UN TUMOR GASTROINTESTINAL

Modalidad: Casos Clínicos - G

Unidad Temática: a) GASTROENTEROLOGÍA 1. Esófago 1.3. Neoplasia

ARISIO VILLENA, Sandra Gabriela | LEÓN, Tomás | LOPEZ BISSO, Abril | MARELLI, Ana Paula | JOHN, Barrera | JENSEN, María Virginia | BARSÍ, María | CALCAGNO, Ramiro | ROMEO, Juan Manuel | PRECETTI, Fabian | MARINI, José Eduardo

HOSPITAL GENERAL DE AGUDOS JOSÉ MARÍA RAMOS MEJÍA

Introducción: Los síndromes paraneoplásicos neurológicos (SPN) son un grupo heterogéneo de trastornos que pueden afectar cualquier parte del sistema nervioso, que ocurren en pacientes con una neoplasia, generalmente oculta, y cuya patogénesis se cree es inmunomediada.

Objetivos: Se presenta el caso de un SPN como manifestación de un cáncer de la unión esófago- gástrica (UEG).

Material (pacientes) y métodos: Paciente masculino de 51 años de edad con cuadro de hipostesia en bota y guante asociado a debilidad muscular progresiva y asimétrica de un año de evolución. Se interna el 21/06/2022 en el servicio de Neurología del Hospital General de Agudos José María Ramos Mejía. Durante su estancia el paciente refiere disfagia de 1 mes de evolución, esofágica, a sólidos, progresiva, constante, con regurgitación, asociada a epigastralgia, de tipo punzante, de moderada intensidad, diurna. Asocia pérdida de 25 kg en el último año. Al examen físico dolor a la palpación profunda en epigastrio, sin adenopatías ni lesiones en cavidad oral. Se decide realizar TAC (tejido heterogéneo que realza con cte ev en topografía de la unión esofagogástrica, infra diafragmática y en relación con la curvatura menor del estómago) y VEDA (Esófago: a nivel del 1/3 inferior lesión mamelonada, infiltrante, sangrante, que ocupa toda la circunferencia. Estómago: a nivel del cardias lesión infiltrante, ulcerada). En la AP: mucosa cardial infiltrada por adenocarcinoma poco diferenciado de crecimiento difuso.

Conclusiones: Si bien los SPN no suelen asociarse a tumores primarios gastrointestinales estos no deben dejarse de sospecharse y con mayor énfasis en aquellos pacientes con síntomas digestivos o factores de riesgo para dichas neoplasias.

PÓSTER

Código: 0154

CARCINOMA NEUROENDOCRINO ESOFAGICO DE CELULAS PEQUEÑAS EN PACIENTE JOVEN

Modalidad: Casos Clínicos - G

Unidad Temática: a) GASTROENTEROLOGÍA 1. Esófago 1.3. Neoplasia

IZQUIERDO, Gonzalo

HOSPITAL DR JOSÉ M. CULLEN

Introducción: Los Carcinoma Neuroendocrino esofagicos de Celulas Pequeñas (CNCP), son entidades raras y extremadamente agresivas, de las cuales no se disponen de manejos estandarizados donde la edad de presentacion mas usual es entre 55-70 años. no presenta relacion con el habito tabaquico. La ubicacion tipica de los carcinomas neuroendocrino es pulmon, siendo la presentacion extrapulmonar mas frecuente el esofago.

Objetivos: caracterizar una enfermedad poco prevalente que no presenta protocolos de manejo estandarizados y sobre la cual se aplico una terapeutica basada en reportes de casos.

Material (pacientes) y métodos: Masculino de 33 años niega hábitos tóxicos, sin antecedentes familiares ni personales. Ingreso por cuadro de 30 días con disfagia progresiva a sólidos asociada a síndrome constitucional. En la video endoscopia digestiva alta informo en tercio esofágico inferior una lesión vegetante, infiltrante y ulcerada que compromete el 75% de la luz con afección del cardias. Se realiza biopsia, informando un epitelio pavimentoso, infiltrado por una proliferación neoplásica epitelial, con patrón difuso y sectores con esbozos glandulares. Se aplican técnicas de inmunohistoquímica con recuperación antigénica en microondas y utilizando anticuerpos poli/monoclonales cuyos resultados fueron: POSITIVO DEBIL para CITOQUERATINA 7; POSITIVO para CDX y SINAPTOFISINA con un INDICE KI-67 80%; negativo para citoqueratina 20 y P63. Inmunofenotipo consistente con carcinoma esofágico de células pequeñas Realizamos tomografía computada de tórax describiendo engrosamiento mural y circunferencial de 15-18mm con 9cm de extensión que inicia en esófago medio y se extiende hasta la unión esofagogástrica, no se observan lesiones a distancia, presenta adenopatías en rango no adenomegalico. Se realiza PET el cual no observa lesiones extraesofágicas. Evoluciono con afagia y un marcado adelgazamiento con lo cual se decide realizar yeyunostomía para mejorar el estado nutricional, también iniciamos neoadyuvancia con 3 ciclos de cisplatino/etopósido con eventual conducta quirúrgica. Actualmente, y posterior al primer ciclo de Quimioterapia presenta una mejoría clínica/imagenológica del 40% con respecto a su inicio.

Resultados: El CNCP esofágico es una neoplasia infrecuente, agresiva, con una

supervivencia promedio de 8 meses. Es una entidad que representa entre 1-2,8% de los tumores esofágico cuya estirpe histológica es frecuente en pulmón (25%). Su expresión clínica no se diferencia del resto de las neoplasias esofágicas. Endoscópicamente suelen presentarse como lesiones > 1cm, protruidas, ulceradas, friables con asiento en esófago medio/inferior similar a nuestro paciente donde El diagnóstico definitivo es, histopatológico con técnicas de inmunohistoquímica, demostrando un marcador endocrino positivo más el índice ki65 o mitótico >20%. Según estudio NORDIC de 305 pacientes con CNCP encontró que el 53 % tenía Ki-67 >55 %, lo que se asoció con una mejor respuesta a la quimioterapia, pero con una peor supervivencia.

Conclusiones: Los CNCP esofágico son altamente agresivos e infrecuentes más aun en pacientes jóvenes; No existen protocolos estandarizados de tratamiento, por lo que se decidió realizarlo en función de reportes de casos. Actualmente nuestro paciente se encuentra en su primer ciclo de neoadyuvancia con una notable respuesta clínico/imagenológica

PÓSTER

Código: 0032

UN DIAGNÓSTICO ES EL PUNTO EN EL QUE USTED SE CANSÓ DE PENSAR: HIPERPLASIA NODULAR LINFOIDE COMO CAUSA DE HEMORRAGIA DIGESTIVA EN ADULTO

Modalidad: Casos Clínicos - G

Unidad Temática: a) GASTROENTEROLOGÍA 3. Intestino delgado 3.5. Miscelánea

MARINI, Pablo Martín (1) | DOMEQ CHANTRY, María Lucia(1) | MALDONADO, Mariela(2) | BACIGALUPPI, Eduardo(1)

SANATORIO BELGRANO (1); LABORATORIO DE ANATOMÍA PATOLÓGICA (2)

Introducción: La Hiperplasia Nodular Linfoidea (HNL) del tracto gastrointestinal se caracteriza por la presencia de múltiples pequeños nódulos de entre 2 y 10 mm. Su distribución más frecuente es en el intestino delgado aunque puede ser detectada en otros sitios del aparato digestivo. Histológicamente se define por centros germinales de mantos de linfocitos bien diferenciados, marcadamente hiperplásicos y mitotícamente activos, concentrados en la lámina propia o submucosa superficial. La HNL es una entidad rara en adultos, que en la mayoría de los casos se presenta en forma asintomática o con síntomas gastrointestinales inespecíficos como dolor abdominal y diarrea crónica, y raras veces puede manifestarse con sangrado intususcepción u obstrucción intestinal. Además, dicha entidad puede estar asociada a estados de inmunodeficiencias como la Inmunodeficiencia Común Variable (IDCV), déficit de Inmunoglobulina A (Ig A) y el HIV; como así también a otros cuadros de infección por Giardia spp., Helicobacter pylori, o por Poliposis Adenomatosa Familiar (PAF) o Sobrecrecimiento Intestinal Bacteriano (SIBO), entre otros

Objetivos: Presentar un caso clínico de hiperplasia nodular linfoide como causa de hemorragia digestiva en un paciente adulto

Material (pacientes) y métodos: Paciente masculino de 19 años de edad con síndrome de Asperger, que se interna por hemorragia digestiva baja con requerimiento transfusional, sin descompensación hemodinámica. Como antecedentes clínicos de relevancia el paciente presentaba cuadros de distensión y dolor abdominal, acompañados de diarreas explosivas, por lo general post prandiales, de más de dos años de evolución y que afectaban su calidad de vida. En la internación se realizó Video Endoscopia Digestiva Alta (VEDA), sin hallazgos endoscópicos de relevancia y una Videocolonoscopia (VCC), en la que se observó en el íleon terminal múltiples lesiones sésiles de entre 5 y 10 mm (imagen 1). Se biopsiaron las más representativas y se realizó retroversión en recto, observando un paquete hemorroidal congestivo sangrante al roce del instrumental. La anatomía patológica informó: un moderado a marcado incremento de infiltrado inflamatorio linfoplasmocitario en corion, que protruye hacia el epitelio, vinculable a Hiperplasia Nodular Linfoide (HNL). Se solicitó, en forma ambulatoria, una endocápsula para descartar patología del intestino delgado en la cual se observaron, a nivel del íleon terminal, múltiples lesiones de aspecto adenomatoso (imagen 2 y 3). Durante los controles ambulatorios el paciente no presentó nuevos episodios de sangrado; sin embargo, persistían las diarreas que interferían con su vida diaria. Se repitió la serología para celiaquía, se solicitó dosaje de Ig A e Ig G, serología para HIV y coprocultivo; los resultados de dichos estudios fueron normales. Se realizó prueba diagnóstica terapéutica para Sobrecrecimiento Bacteriano Intestinal (SIBO) con Rifaximina 1 gr/día durante 10 días. Finalizado el tratamiento el paciente concurre al control asintomático. Se interpretó el cuadro como hemorragia digestiva por HNL secundaria a SIBO.

Conclusiones: La HNL de presentación rara en adultos, es la expresión de un trastorno subyacente, que debería ser tenida en cuenta como diagnóstico diferencial en todo paciente con hemorragia digestiva baja, cuando no se encuentran signos endoscópicos de relevancia que justifiquen el sangrado.

PÓSTER

Código: 0184

PÓLIPO CLOACOGÉNICO ASOCIADO A PROLAPSO RECTAL. REPORTE DE CASO

Modalidad: Casos Clínicos - G

Unidad Temática: a) GASTROENTEROLOGÍA 4. Colon y recto 4.4. Miscelánea

ALLENDE, Marina | GIMENEZ, Fernando | GONZALEZ, Maria Laura | MARCO-LONGO, Mariano

HOSPITAL ITALIANO DE BUENOS AIRES

Introducción: Los pólipos inflamatorios cloacogénicos pertenecen al síndrome de prolapso de la mucosa. Son lesiones en su mayoría benignas secundarias a cambios regenerativos de la mucosa rectal causados por prolapso recurrentes. Generalmente se presentan como hallazgos en imágenes, o se pueden presentar con síntomas como hematoquezia o signos como anemia. Tienen diferentes tipos de tamaño y según los síntomas que generen se pueden o no reseccionar.

Objetivo/s: Los pólipos inflamatorios cloacogénicos son lesiones poco frecuentes que suelen surgir en la zona anorrectal. Son poco frecuentes, generalmente benignas, aunque macroscópicamente pueden tener un aspecto maligno. Se encuentran clasificados dentro de los pólipos colónicos no adenomatosos (inflamatorios). Representan un 2,3-10% del total de los pólipos colónicos. Se encuentran incluidas dentro del síndrome de prolapso de mucosa que también incluye a los pólipos asociados a diverticulosis, la ectasia gástrica vascular antral, los pólipos inflamatorios, los pólipos secundarios a prolapso de mucosa y para algunos autores también la úlcera solitaria de recto y los pólipos mioglandulares. Endoscópicamente se los puede visualizar solitarios o múltiples, sétiles o pediculados y generalmente de 1 a 5 cm de tamaño. Los síntomas de presentación incluyen hematoquezia y/o anemia, dificultad para la defecación, y proctalgia entre otros, aunque más del 20% de los mismos son asintomáticos. El diagnóstico es histológico en donde se observa hiperplasia fibromuscular en la lámina propia, engrosamiento de la muscular de la mucosa, elongación e hiperplasia (deformación) de las criptas, grado variable de inflamación y epitelio con cambios regenerativos sin displasia. El advenimiento de la endomicroscopia confocal se menciona como alternativa diagnóstica. En su mayoría son benignos, ocasionalmente pueden presentar displasia o transformarse en carcinomas cloacogénicos.

Material (pacientes) y métodos: Reportamos el caso de un paciente masculino de 63 años de edad que consultó por sensación de tumoración a nivel anal asociado a dolor, mucosidad y proctorragia luego de realizar esfuerzo evacuatorio. Es derivado al servicio de Gastroenterología para realización de videocolonoscopia cuyo resultado evidenció tres lesiones exofíticas y friables con mucosa congestiva cubiertas de fibrina. Su estudio histopatológico informa hallazgos compatibles con pólipo cloacogénico/prolapso mucoso. Posteriormente se decidió conducta quirúrgica para la cual se realizó rectopexia laparoscópica y resección transanal de pólipo. Su estudio anatomopatológico fue coincidente con la biopsia endoscópica. Actualmente el paciente se encuentra en vigilancia, sin sintomatología.

Resultados: Estas lesiones representan un proceso regenerativo inespecífico que también se puede observar en situaciones como prolapso rectal completo, invaginación colónica, colitis localizada, quística profunda, colostomias prolapsadas y hemorroides prolapsadas. La resección endoscópica o quirúrgica son los tratamientos de elección. Por su riesgo de recurrencia se sugiere la vigilancia endoscópica luego de la resección incluso sin haber presentado displasia previa.

Conclusiones: Los pólipos cloacogénicos son lesiones generalmente benignas pero pueden confundirse con neoplasias anorrectales y el diagnóstico diferencial debe incluir pólipos juveniles o adenomatosos. Resulta de importancia conocer su presentación clínica y su abordaje diagnóstico y terapéutico teniendo en cuenta que su resolución implica la resección de la lesión ya sea por vía endoscópica o quirúrgica. El pronóstico suele ser bueno y la importancia radica en establecer diagnósticos diferenciales con otras entidades gastroenterológicas.

PÓSTER

Código: 0238

COLITIS EOSINOFÍLICA ASINTOMÁTICA COMO HALLAZGO INCIDENTAL EN LA BÚSQUEDA DE UN TUMOR PRIMARIO OCULTO

Modalidad: Casos Clínicos - G

Unidad Temática: a) GASTROENTEROLOGÍA 4. Colon y recto 4.4. Miscelánea

BARRERA MIRANDA, John Edward | MARELLI, Ana Paula | ARISIO VILLENA, Sandra Gabriela | LEÓN, Tomás | MOLINARI, Estefanía | BARSÍ, María | JENSEN, Virginia | CALCAGNO, Ramiro | ROMEO, Juan Manuel | PRECETTI, Fabian | MARRINI, Eduardo

HOSPITAL GENERAL DE AGUDOS JOSÉ MARÍA RAMOS MEJÍA

Introducción: La colitis eosinofílica (CE) es una enfermedad inflamatoria del colon, caracterizada por la infiltración de eosinófilos en la mucosa intestinal. Es una entidad clínica poco frecuente; se han descrito menos de 300 casos en la literatura. Puede afectar cualquier segmento del tubo digestivo o combinación de segmentos del tracto gastrointestinal, desde el esófago hasta el recto. La afectación exclusiva del colon es excepcional, siendo más frecuente en el esófago y el duodeno.

Objetivo/s: Describir un caso de CE con una presentación inusual y con baja frecuencia.

Material (pacientes) y métodos: METODOLOGÍA: Reporte de un caso con diseño observacional descriptivo. Se realizó el análisis del mismo comparando con lo reportado en la literatura de los últimos diez años. Varón de 38 años con antecedente de fractura patológica en la región cervical y cadera derecha en el año 2022, que actualmente se encuentra en estudio. En el año 2023, el paciente consulta debido a una fractura en el fémur izquierdo, sin presentar síntomas gastrointestinales. Ante

la sospecha de un tumor, se indica la realización de una VEDA (Videoendoscopia Digestiva Alta) y una VCC (Videoendoscopia Colonoscópica). Ex. físico: postrado, abdomen sin hallazgo semiológico, TR: normal. Lab: Hto 33 % Hb 11 g/dl, PCR 7 mg/l (VN hasta 0,5 mg/l), Perfil Reumático (-), Coagulograma normal, Coprocultivo (-), Parasitológico(-), Perfil fosfocálcico y tiroides normal, Marcadores tumorales (-), serología hepatotropos (-). VCC: Hasta íleon terminal. Se observa lesiones 2-3 mm, ligeramente sobrelevadas blanquecinas en su ápice, en todo el trayecto colónico a predominio de colon derecho, se biopsia, resto de la mucosa evaluada de aspecto normal. Boston 3-2-3 8/9. (FIG 1-2) Biopsia: Mucosa colónica con edema, vasocongestión e infiltrado inflamatorio (con numerosos eosinófilos en aislados acúmulos e intraepiteliales) vinculable a colitis eosinofílica. (FIG 3 a 6) Con todos los hallazgos descritos, el paciente fue diagnosticado de colitis eosinofílica

Resultados: Se presentó un caso clínico de colitis eosinofílica asintomática en un paciente con hallazgo incidental durante la evaluación de un tumor primario oculto. Aunque la colitis eosinofílica generalmente se manifiesta con síntomas gastrointestinales, en este caso no se presentaron. El diagnóstico temprano de la colitis eosinofílica asintomática es esencial, ya que puede estar asociada con otras enfermedades subyacentes. El manejo se centra en controlar la respuesta inflamatoria y realizar un seguimiento regular. Este caso destaca la importancia de considerar la colitis eosinofílica en pacientes con hallazgos incidentales en la colonoscopia, incluso en ausencia de síntomas gastrointestinales, para un manejo oportuno y un pronóstico favorable

Conclusiones: La CE puede presentarse de forma asintomática. El diagnóstico de la colitis eosinofílica asintomática se realiza mediante una biopsia de la mucosa colónica.

PÓSTER

Código: 0030

DOLOR ABDOMINAL COMO MOTIVO DE CONSULTA DURANTE LA PANDEMIA COVID

Modalidad: Casos Clínicos - G

Unidad Temática: a) GASTROENTEROLOGÍA 7. Enfermedades infecciosas 7.2. SARS-Cov-2

DI PIETRO POZZI, Carla Antonela | DEL COMPARE, Monica Edith

Sanatorio Mater Dei

Introducción: El dolor abdominal(DA) es una patología de alta prevalencia, motivo de consulta frecuente. En los trastornos gastrointestinales funcionales(TGIF) existe una combinación de alteraciones en la motilidad, sensibilidad visceral, inmunidad mucosa, microbiota intestinal y procesamiento del sistema nervioso central(SNC). La prevalencia del DA es elevada, siendo DA funcional de un 95%. La fisiopatología ha evolucionado, integrando los componentes biológicos y psicosociales a través de la interacción de factores de genéticos, ambientales, psicológicos y psicosociales, configurando las habilidades del SNC y entérico(SNE) para adaptarse a los cambios fisiológicos o de estrés. La función intestinal alterada implicaría cambios en el procesamiento central de la señal de dolor, con una hipersensibilidad visceral y una disregulación inmune-mucosa-microbiota, explicándose este a través del modelo biopsicosocial con disfunción del eje cerebro-intestino.

Objetivo/s: Contrastar la prevalencia de consultas de DA en pacientes de 4 a 16 años entre 20/3/2020-19/03/2021 (confinamiento obligatorios) y 20/3/2019-19/3/2020 (prepandemia) y describir las características epidemiológicas entre otras.

Material (pacientes) y métodos: Observacional transversal y analítico en una institución privada. Se excluyeron patologías quirúrgicas o fiebre. La variable de resultado principal: consultas por DA, variables epidemiológicas: edad, sexo; síntomas asociados, estudios complementarios. Las variables continuas se presentan con medidas de tendencia central y su dispersión como media-desvío estándar; la comparación de estas se realizó a través del Test de Student

Resultados: Durante los períodos de estudio se registraron 40819 consultas, 32404 pertenecieron al año prepandemia y 8415 pandémico. 495 paciente cumplieron con los criterios de elegibilidad (1,21% del total de las consultas). Los pacientes que presentaron DA al momento de la consulta y cumplieron con los criterios de inclusión fueron el 1,21% (n=495), 1,05% (n=341) fueron en el año prepandemia y 1,83% (n=154) del año pandémico, mostrando un aumento en la frecuencia de consultas en el año 2020 (p valor=0.000; Chi2). La media de edad de los pacientes fue de 10,3 años con un Desvío Estándar (DS) de 3,7. El mayor porcentaje referían DA generalizado no encontrándose diferencias significativas en ambos períodos de comparación. 74% de los pacientes no presentaron síntomas asociados, a diferencia del 26% restante donde predisponía: náuseas y vómitos. 94% de las consultas en pandemia cumplían con criterios de DA presentado el 6% restante causa fisiopatológica demostrables al momento de la consulta. Al 28% de los pacientes se les solicitó estudios complementarios: ecografía (26%) y laboratorio (19%) (período pandémico); este último con aumento respecto al año previo. La evaluación por cirugía se acentuó un 5%.

Conclusiones: La crisis sanitaria ocurrida en el 2020, a raíz de la nueva cepa de coronavirus, generó en la población miedo, ansiedad, estrés; acrecentados por las prácticas de distanciamiento social. Se observó un aumento de consultas por DA. La falta de datos sobre la asociación de DA y las consecuencias instauradas durante la misma dieron origen a esta investigación. El DA es una manifestación clínica frecuente, su diagnóstico de certeza resulta dificultoso sumado a las múltiples visitas a distintos profesionales, impidiendo su seguimiento. En el desarrollo de este trabajo

se intentó demostrar la existencia del eje bidireccional intestino-cerebro, al presentarse alteraciones del estado cognitivo-emocional desencadenadas por emociones surgidas durante la pandemia. Dado el diseño del trabajo y la imposibilidad de realizar un seguimiento, fue imposible categorizar el DA según los criterios ROMA.

PÓSTER

Código: 0126

IMPORTANCIA DEL DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL EN PACIENTE ADOLESCENTE CON SINTOMATOLOGÍA RESPIRATORIA: ACALASIA ESOFÁGICA. A PROPÓSITO DE UN CASO

Modalidad: Casos Clínicos - G

Unidad Temática: a) GASTROENTEROLOGÍA 1. Esófago 1.2. Trastornos motores
LEMA, Giselle | NOVO, Giselle Noemi | PLANTE, Verónica | BOGGIO MARZET, Christian

HOSPITAL PIROVANO

Introducción: La acalasia es un trastorno primario de la motilidad del esófago, caracterizado por una falta de relajación del esfínter esofágico inferior. Suele acompañarse de un peristaltismo esofágico defectuoso, con ondas peristálticas terciarias no propulsivas y ocasionalmente espasmo esofágico difuso. Es una enfermedad poco frecuente en pediatría, sólo el 4% de los pacientes se presentan antes de los 15 años de edad. La etiología es desconocida y los datos patológicos observados son degeneración de las células ganglionares en el plexo mientérico y cambios inflamatorios crónicos. La sintomatología consiste en disfagia y en ocasiones clínica respiratoria.

Objetivo/s: Demostrar la importancia de la acalasia como diagnóstico diferencial en pacientes con síntomas respiratorios que no responden al tratamiento habitual.

Material (pacientes) y métodos: Paciente de 13 años derivado al Servicio de gastroenterología por presentar episodios de broncoespasmos de varios años de evolución, sin mejoría a pesar de recibir tratamiento prolongado con corticoides inhalados utilizados en forma adecuada. La presencia de una seriada esofagogastroduodenal con evidencia de marcada dilatación del esófago hasta el tercio distal (megaesófago) con pasaje filiforme a la luz gástrica y signos de hipotonía esofágica y de hipersecreción gástrica obligó al diagnóstico diferencial de acalasia esofágica. La confirmación se obtuvo con la realización de una manometría esofágica con presencia de aperistalsis completa del esófago y 0% de relajación del esfínter esofágico inferior. Previa realización de miotomía de Heller se realiza videoendoscopia digestiva alta donde se observan restos sólidos alimentarios en esófago con dilatación evidente con anatomía patológica normal. El abordaje quirúrgico resolvió los síntomas de la paciente mejorando su estado nutricional y desapareciendo la sintomatología respiratoria.

Conclusiones: El megaesófago desarrollado en la acalasia puede ocasionar por compresión directa estridor e incluso obstrucción aguda de la vía aérea. Aunque la incidencia de esta patología es más frecuente en adultos mayores, es importante la necesidad de tener en cuenta a la acalasia en el diagnóstico diferencial en pacientes jóvenes, especialmente adolescentes con cuadros de broncoespasmo a repetición con mala evolución al tratamiento.

PÓSTER

Código: 0091

TUMOR NEUROENDOCRINO. A PROPÓSITO DE UN CASO

Modalidad: Casos Clínicos - G

Unidad Temática: a) GASTROENTEROLOGÍA 2. Estómago - duodeno 2.3. Neoplasia
JIMÉNEZ, Miguel

HOSPITAL DR. DIEGO PAROISSIEN

Introducción: Los tumores neuroendocrinos gástricos son lesiones poco frecuentes cuya incidencia es de 6.98 por cada 100000 habitantes. Estos surgen del sistema difuso de células neuroendocrinas. Se clasifican clásicamente en 4 tipos. Siendo el Tipo I los tumores más frecuentes (70-80%). Presentando gran variedad de manifestaciones clínicas por lo que supone un gran desafío para el personal de salud.

Objetivo/s: Presentar el hallazgo de un tumor neuroendocrino de forma incidental.

Material (pacientes) y métodos: Paciente masculino de 58 años de edad con antecedentes de discopatía y consumo de AINES. Acude a guardia por presentar caída de propia altura con TEC con herida cortante en frente, además al interrogatorio refiere cuadro de melena de 10 días de evolución. Se realiza laboratorio en donde se constata Hto 12.6 y Hb 4.4. Se realiza VEDA evidenciando en cara lateral derecha post incisura lesión subepitelial de 5 cm aproximadamente, en la parte anterior de dicha lesión se evidencia ulcera (Forrest IIB) de 5 mm aprox, y otra ulcera en cara posterior de 5 mm (Forrest III). En cuerpo gástrico úlceras pequeñas de 20 mm aisladas (Forrest III). Sin sangrado activo. De dicha lesión se solicita Ecoendoscopia la cual reporta lesión subepitelial gástrica proveniente de la 3ra y 4ta capa, cuyo resultado de anatomía patológica reporta Tumor Neuroendocrino Bien Diferenciado. Inmunohistoquímica: Enolasa (+) Positivo, cromogranina (-) Negativo, CD56 No reactivo, Ki-67 1%. Además se realiza TAC con contraste de tórax, abdomen y

pelvis sin hallazgos patológicos y anticuerpos anti células parietales con resultado negativo. Se realiza por parte del servicio de Cirugía, gastrectomía subtotal más gastroenteroanastomosis en Y de Roux

Conclusiones: Los tumores neuroendocrinos gástricos son lesiones poco frecuentes. Estos surgen del sistema difuso de células neuroendocrinas. Siendo el Tipo I los más frecuentes (70-80%). Ocurre en respuesta a la hipergastrinemia en el contexto de aclorhidria que se observa típicamente en la gastritis atrófica crónica autoinmune (GCA) aunque también puede ocurrir en GCA inducida por *Helicobacter pylori* con hipergastrinemia. Es más frecuente en mujeres y comúnmente se asocian con otras enfermedades autoinmunes. La mayoría de las veces, su diagnóstico es incidental en la investigación de pacientes con anemia, u otros síntomas gastrointestinales. Para su correcto diagnóstico es necesario varios estudios como: VEDA, Ecoendoscopia y TAC para descartar metástasis en casos de tumores mayores a 2cm. Para su tratamiento varía dependiendo su tamaño que puede ser vigilancia para tumores < 2 cm y resección quirúrgica para tumores >2cm. Tienen buen pronóstico, con una supervivencia a 5 años superior al 95%.

PÓSTER

Código: 0246

ANEMIA PRESENTACION ATIPICA

Modalidad: Casos Clínicos - G

Unidad Temática: a) GASTROENTEROLOGÍA 2. Estómago - duodeno 2.6. Mischelánea

SASSONE, Geraldina | ALVAREZ, Maria Silvia | DOMINGUEZ, Veronica | LOBOS, Sandra Patricia | SEGOVIA, Mercedes Margarita

H.Z.A. DR. LUCIO MELENDEZ

Introducción: Paciente femenino de 37 años, consulta por vómitos incoercibles, asociado a pérdida de peso, de varios meses de evolución, al ingreso se encuentra deshidratada, laboratorio con anemia Hto de 16%, asociado a hipoalbuminemia (albumina de 2,5), se realiza veda, mucosa congestiva con pliegues engrosados, algunos amputados, con formaciones proliferativas tipo pseudopolipo, el antro deformado, piloro permeable, diagnóstico endoscópico: pangastritis, con pliegues engrosados, con lesiones proliferativas a definir por anatomopatología, resultado: mucosa con escaso infiltrado linfocitario en lamina propia IHQ CD 20+, siendo el diagnóstico no concluyente se realiza eco endoscopia para evaluación de ganglios y compromiso transmural, no arrojando datos positivos para el diagnóstico, por lo que se realizaron diferentes estudios incluyendo tac y nueva endoscopia sin arrojar diagnóstico concluyente, por lo que se realiza una nueva veda este último fue con toma de macro biopsia con técnica de mucosectomía, que arrojó el diagnóstico anatomopatológico de una enfermedad de Menetrier, gastropatía hipertrófica, se remite la paciente a cirugía.

Objetivo/s: Revisión de Enfermedad de Menetrier, presentación de caso clínico.

Material (pacientes) y métodos: Datos obtenidos de historia clínica

Resultados: Diagnóstico de patología poco frecuente en contexto de pandemia por COVID 19

Conclusiones: La enfermedad de Menetrier es una enfermedad poco frecuente con potencial maligno que de no ser diagnosticada a tiempo compromete gravemente al paciente pudiéndole provocar la muerte, la toma de biopsia debe abarcar todo el espesor de la mucosa y una vez arribado el diagnóstico la gastrectomía total, es una opción válida para detener el curso de la enfermedad.

PÓSTER

Código: 0224

ASCITIS QUILOSA: UNA ENTIDAD POCO FRECUENTE

Modalidad: Casos Clínicos - G

Unidad Temática: a) GASTROENTEROLOGÍA 3. Intestino delgado 3.3. Neoplasia

GONZÁLEZ CREPSAC, Vera Lucía | GALVAGNO, Florencia | AWADA, Eduardo | CALVO ROJAS, María Gabriela | ESTRADA, Carla Alejandra | FONTAN, María Belén | GIORGIS, Omella | LUBIENIECKI, Daniela Carina | MAJEWSKI, Ignacio Sebastián | MARTURANO, María Victoria | PADIN, Lorenzo | PESANTEZ, María Fernanda | SALTOS, Soledad | QUIÑONES, Sabrina | TISCORNIA, Juan

HOSPITAL GENERAL DE AGUDOS "CARLOS G. DURAND"

Introducción: La ascitis quillosa se define como líquido peritoneal de apariencia lechosa, rico en triglicéridos, caracterizado por la presencia de linfa torácica o intestinal en la cavidad abdominal. Su prevalencia constituye menos del 1% de los casos de ascitis. Existen distintos mecanismos fisiopatológicos por los cuales se produce en pacientes adultos, siendo uno de ellos la fibrosis de los ganglios linfáticos por invasión maligna secundaria a tumores.

Objetivo/s: Revisar caso clínico de una presentación infrecuente de ascitis.

Material (pacientes) y métodos: Paciente masculino de 58 años sin antecedentes patológicos que consulta por síndrome ascítico edematoso, náuseas y vómitos, asociado a pérdida de peso de 15 kg en el último mes (18% de su peso habitual)

Resultados: Al examen físico de ingreso se evidencia paciente lúcido, con flapping inducido positivo, abdomen globoso, matidez hasta nivel umbilical, blando, depresible, indoloro, con área periumbilical indurada. Se realiza paracentesis con evidencia de líquido ascítico con triglicéridos de 441, GASA >1.1 y proteínas de 3.5 g/dL. Por sospecha de patología tumoral se realiza tomografía de abdomen y pelvis con doble contraste que evidencia masa espiculada en partes blandas mesentéricas que engloba asas delgadas, con protrusión anterior a través de defecto de pared abdominal. Por tal motivo se realiza PAAF bajo guía ecográfica de dicha lesión cuya anatomía patológica reporta Linfoma No Hodgkin de alto grado.

Conclusiones: La ascitis quílosa constituye una forma de presentación infrecuente de distintas patologías. Los tumores malignos constituyen el 7% de los casos, siendo el linfoma responsable de casi un tercio de los mismos, seguido por tumores neuroendocrinos, sarcoma de Kaposi y leucemias. El manejo comprende tratar la causa subyacente, dieta hiposódica, alta en triglicéridos de cadena media y proteínas, así como terapia con diuréticos en los casos seleccionados.

POÉTER

Código: 0077

ENTERITIS ACTÍNICA COMPLICADA CON OBSTRUCCIÓN INTESTINAL

Modalidad: Casos Clínicos - G

Unidad Temática: a) GASTROENTEROLOGÍA 3. Intestino delgado 3.5. Miscelánea

MACÍAS MARTÍNEZ, Pedro David | PORTILLO, Matías Joaquín | GUZMÁN, Guido | BUSTOS, Ricardo Enrique | BALABAN, Ezequiel | MORENO, María Laura | CARRARO, María Cecilia | BRICHTA, Jorge Ignacio | PATERNO, Mauricio | COSTA, Ana Florencia | SANCHEZ, María Florencia

HOSPITAL DE GASTROENTEROLOGÍA DR. B. UDAONDO

Introducción: La terapia con radiación produce daño de la mucosa intestinal. La enteritis actínica (EA) tiene una prevalencia de 0.5 a 35%. Son factores de riesgo: sexo femenino, paciente delgado y añoso, dosis de radioterapia (RT) mayor a 40 Gy, volumen de intestino afectado, quimioterapia (QT) concomitante, cirugía abdominal previa, HTA, DBT, arteriosclerosis, tabaquismo, enfermedad inflamatoria intestinal, desnutrición. Puede presentarse como síndrome agudo hasta la 8ª semana con anorexia, náuseas, vómitos, dolor y/o diarrea. El compromiso crónico puede aparecer hasta años después de la RT y se presenta con dolor abdominal, diarrea acuosa o malabsortiva y desnutrición. Constituye una enfermedad transmural secundaria a una endarteritis obliterante progresiva con subsiguiente isquemia y fibrosis. Las complicaciones son: obstrucción intestinal (OI), desarrollo de fistulas; hemorragia; malabsorción con alteraciones hidroelectrolíticas; ulceración y perforación. Tratamiento: manejo de la diarrea y soporte nutricional. La cirugía constituye el último recurso terapéutico en caso de complicaciones.

Objetivos: Presentación de un caso de OI secundario a enteritis actínica que requirió resolución quirúrgica por falta de respuesta al tratamiento médico conservador.

Material (pacientes) y métodos: Paciente femenina de 39 años de edad, tabaquista severa, con antecedente de Ca ginecológico diagnosticado 10 meses antes. Anexohisterectomía total, linfadenectomía y tratamiento oncológico con QT, braquiterapia y RT (60 Gy) hasta 2 meses previos a la consulta. Evoluciona con cuadro de dolor abdominal, náuseas, vómitos, diarrea y pérdida de peso de 23 kg (PPCT: 38%). Acude a nuestro hospital por reaparición de los síntomas: adelgazamiento con sarcopenia, abdomen distendido y asas reptantes. Laboratorio: Hto: 37%, Hb: 12.6 g/dl; K: 2.8 mEq/L, albúmina: 2.8 mg/dl. Rx abdomen de pie: niveles hidroaéreos de ID. Se coloca sonda nasogástrica a débito interpretándose OI, con mejoría inicial. TC informa realce parietal de asas pelvianas agrupadas, con distensibilidad reducida y estenosis segmentaria de íleon terminal. Sospecha de estenosis ileal y compromiso actínico difuso. Se interpreta falla intestinal tipo 3 (afectación extensa de la mucosa intestinal) Se inicia NPT y corticoides endovenosos. Por persistencia del cuadro oclusivo se decide cirugía. Hallazgos: dilatación de ID hasta 40cm de la válvula ileocecal. Se desfuncionaliza con ileostomía proximal en asa, liberando adherencias de epiplón a pared. Alta hospitalaria y control ambulatorio para manejo de ostomía.

Resultados: Nuestra paciente reunía múltiples factores de riesgo para desarrollar EA. La falta de respuesta al tratamiento médico llevó a realizar cirugía.

Conclusiones: El manejo de la EA requiere un equipo multidisciplinario. La cirugía presenta una alta morbimortalidad relacionada con complicaciones (dehiscencia, perforación y fistulización) Se propone la cámara hiperbárica como tratamiento alternativo.

POÉTER

Código: 0087

LESIONES RECTALES INFRECIENTES, UN DESAFÍO PARA EL GASTROENTERÓLOGO, SERIE DE CASOS

Modalidad: Casos Clínicos - G

Unidad Temática: a) GASTROENTEROLOGÍA 4. Colon y recto 4.2. Neoplasia

CASCO, Melina Nahir | PEREZ, Tomas Manuel | GONZALEZ, María Laura | MARCOLONGO, Mariano

HOSPITAL ITALIANO DE BUENOS AIRES

Introducción: El adenocarcinoma es la neoplasia más frecuente a nivel rectal. Existen otros tipos de lesiones de menor incidencia con distintas dificultades diagnósticas y terapéuticas. Entre ellos, linfoma 0.3%, melanoma 0.4-1.6%, Tumores Neuroendocrinos (TNE) 1-4% y tumores del estroma (GIST) 5-10%.

Objetivo/s: Presentamos una serie de casos clínicos de neoplasias rectales no convencionales dada la baja frecuencia de presentación y el desafío que representan.

Material (pacientes) y métodos: CASO 1: Paciente masculino de 49 años se realiza videocolonoscopía (VCC) de screening, en recto inferior se observa lesión de aspecto subepitelial de +/-20 mm, biopsia sobre biopsia negativa. En Resonancia magnética (RMN) de recto se evidencia imagen focal de 20 mm en submucosa, con márgenes de resección circunferencial (MRC) libre y sin Invasión vascular extramural (IVE). Se realiza resección transanal de lesión, la muestra arroja presencia de GIST rectal fusocelular de bajo grado con Inmunoistoquímica (IHQ) CD117, CD34, DOG-1 positivo, S100 negativo, KI67 10%. CASO 2: Paciente masculino de 73 años con pérdida de peso de 8 kg, urgencia defecatoria, y proctorragia. Laboratorio con hemograma alterado. Se realiza VCC. Se observa desde los 15 cm hasta el margen anal lesión vegetante, ulcerada, friable y sangrante. La anatomía patológica informa infiltración por linfoma difuso de células B grandes. En RMN de recto se evidencia extensión extramural con MRC e IVE positivo. Realiza tratamiento con esquema R-mini Chop (Rituximab 375 mg/m³-Ciclofosfamida 400 mg/m³-Doxorrubicina 25 mg/m³-Vincristina 1 mg-Prednisona 40 mg/m³) por 6 ciclos. Sin respuesta al tratamiento, lesiones sincrónicas en colon y colostomía sigmoidea por oclusión. CASO 3: Paciente femenina de 41 años presenta proctorragia. Laboratorio normal. En VCC, en recto se reseca con asa fría pólipos séssil de 8 mm. La anatomía patológica informa presencia de TNE bien diferenciado con IHQ con sinaptofisina positiva e índice proliferativo menor 2% con márgenes negativos. Se realiza controles con RMN de pelvis y Octreoscan, sin hallazgos patológicos. CASO 4: Paciente femenina de 61 años en seguimiento por Adenocarcinoma Haggitt 1 en pólipo pediculado en colon sigmoideos. Paciente refiere proctalgiya y sangrado asociado a defecación. En VCC se observa a nivel de línea pectínea lesión polipoidea de 20mm de coloración negra. Se realiza resección transanal. La pieza informa melanoma fusocelular con márgenes negativos, IHQ HMB45-S100-SOX10 positivo. En RMN de recto se observa formación nodular en mesorrecto inferior. Se realiza Resección anterior ultrabaja con ileostomía e inmunoterapia adyuvante.

Conclusiones: Existen tumores rectales con características específicas en el diagnóstico, manejo y tratamiento, que resultan un desafío para los gastroenterólogos dada su baja frecuencia. Es fundamental conocer las mismas para poder realizar un adecuado manejo, siendo necesario un abordaje multidisciplinario en la mayoría de los casos.

POÉTER

Código: 0038

LOS JÓVENES PUEDEN TAMBIÉN SUFRIR COLITIS ISQUÉMICA

Modalidad: Casos Clínicos - G

Unidad Temática: a) GASTROENTEROLOGÍA 4. Colon y recto 4.4. Miscelánea

KOHAN, Miriam Corina | CABANNE, Ana | ORBE, Guido | PANUNTO, Marta Lucía | GIMÉNEZ VILLAMIL, César Hugo

INSTITUTO ARGENTINO DE DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO

Introducción: La colitis isquémica (CI) resulta de una reducción brusca y transitoria del flujo sanguíneo que se dirige hacia el colon, determinando un insuficiente suministro de oxígeno y nutrientes para el metabolismo celular. Es una enfermedad característica de los adultos mayores de 60 años con compromiso vascular (aterosclerosis, diabetes, coronariopatía); sin embargo, puede presentarse en individuos jóvenes y sanos.

Objetivo/s: Describir dos casos de CI que se presentaron a una edad en la que no se observa esta patología con frecuencia y analizar el mecanismo fisiopatológico que las ocasionó.

Material (pacientes) y métodos: Caso 1 - Varón de 16 años que comenzó 48hs previas a la internación con dolor intenso en abdomen inferior y proctorragia con heces formes y sin mucorrea ni hipertermia. No tomaba medicación habitualmente. Consumía 4 huevos/día para mejorar su rendimiento físico. Al examen: afebril, hemodinámicamente compensado, sin hallazgos semiológicos. Lab: Hto 45% Hb 15,8 g/dl GB 14100/mm³ VSG 7 mm PCR 26 mg/l TP 95% KPTT 34". GB en materia fecal aumentados. Coprocultivo, toxina de CI difícil y parasitológico negativos. TAC de abdomen y pelvis: Engrosamiento parietal del colon sigmoideos por edema submucoso. Con sospecha de colitis infecciosa recibió ciprofloxacina. Presentó mejoría clínica y bioquímica. VCC: En los 30 cm distales, mucosa con pérdida del patrón vascular, congestiva, con erosiones. Biopsias: íleon y colon proximal sin alteraciones. Sigma: mucosa con erosión del epitelio superficial y criptas algo dilatadas con pérdida de la mucosecreción. En lámina propia, edema, congestión vascular con extravasación de hematíes y aspecto fibrinoide focal, sin reacción inflamatoria. Compatible con isquemia aguda. Reinterrogado relató entrenamiento funcional y boxeo la noche anterior al inicio de sus síntomas. Se descartaron alteraciones protrombóticas. Tras un año de seguimiento, evoluciona con evacuaciones formes, sin sangre y reactantes normales. Caso 2- Varón de 29 años con trastorno generalizado del desarrollo y brotes psicóticos, en tratamiento con clotiapiina, carbamazepina, clonazepam y levomepromazina. Es constipado habitualmente. Tras 5 días sin evacuación intestinal, consultó por diarrea de 24 hs de evolución con sangre, sin hipertermia. Al examen afebril, hemodinámicamente compensado, sin hallazgos semiológicos. Lab:

Hto 38,3% Hb 13,4 g/dl GB 10350/mm³ VSG 5mm PCR 152 mg/l. GB en materia fecal regular cantidad. Coprocultivo, toxina de CI difficile y parasitológico negativos. VCC: ileon normal. Desde ciego hasta los 18 cm del margen anal, mucosa con pérdida del patrón vascular, erosiva, friable. En los 18 cm distales, mucosa normal. Recibió ceftriaxona/metronidazol por 7 días + mesalazina. Evolucionó con normalización de las deposiciones. Biopsias de ileon, sigma y recto: normales. Biopsias de colon ascendente, transverso y descendente: mucosa erosionada con necrosis apical de las criptas y en lámina propia, aspecto fibrinoide, extravasación de hematíes y leve infiltrado inflamatorio. Compatible con isquemia aguda. Ante los hallazgos histológicos, se jerarquiza la constipación como posible causa de isquemia y se adecua dieta orientada a evitarla. En seguimiento, 2 meses después, continúa con evacuaciones normales, sin sangre. Aporta VSG 2mm PCR 2,88 g/dl y calprotectina 18,2 g/dl.

Conclusiones: La CI puede presentarse en adultos jóvenes. En ellos debe investigarse la presencia de trombofilia, vasculitis, ejercicio físico intenso, constipación e ingesta de fármacos como factores condicionantes. Las lesiones endoscópicas son indistinguibles de las de las enfermedades inflamatorias intestinales, mucho más frecuentes en este grupo etario. Sólo los hallazgos histológicos permiten arribar al diagnóstico de certeza.

PÓSTER

Código: 0202

ULCERA RECTAL SOLITARIA

Modalidad: Casos Clínicos - G

Unidad Temática: a) GASTROENTEROLOGÍA 4. Colon y recto 4.4. Miscelánea

SOSA VITE, Igor Ian

HOSPITAL DR. DIEGO PAROISSIEN

Introducción: El síndrome de úlcera rectal solitaria (SRUS) es una patología multifactorial que implica una variedad de aspectos clínicos, histológicos y endoscópicos que necesita un enfoque lógico gradual para su manejo. Es un trastorno crónico poco frecuente en gastroenterología. Su prevalencia exacta no se conoce de manera clara, pero generalmente se reporta una cifra de 1:100,000 por año. El SRUS se notificó con mayor frecuencia en hombres y mujeres de la tercera y cuarta década de vida; sin embargo puede ocurrir a cualquier edad.

Objetivo/s: Al ser una patología de baja frecuencia, nuestro objetivo es describir las características generales y manejo de esta enfermedad.

Material (pacientes) y métodos: Mujer de 17 años con antecedente de constipación y anemia crónica. Presentaba una endoscopia alta y baja del 2019 sin lesión. La paciente ingresa al consultorio en el 2021 por proctorragia de 3 años de evolución, sin pérdida de peso, asociado a deposiciones Bristol I cada 2 a 3 días, con esfuerzos y sin dolor abdominal. Los exámenes complementarios destacaron: HTO: 32 (VN de 36-40%) HB:10 (VN 12-16 g/dl) Calprotectina fecal: 931 ug/g, coprocultivo, parasitológico seriado y serologías dentro de la normalidad. Se le realizó una videocolonoscopia, en la que se evidenció una lesión sobrelevada de aspecto polipode eritematosa con pérdida del patrón vascular desde los 15 a 5 cm del margen anal. Se tomaron biopsias de la lesión y mucosa circundante. Los hallazgos histológicos podrían corresponder a hemangioma capilar vs tejido de granulación, según informó el departamento de anatomía patológica. El material de biopsia de recto se derivó al Instituto Microbiológico Dr. Malbran donde se analizó por técnica de PCR para infección por Chlamydia trachomatis, Neisseria gonorrhoeae, virus de Herpes Zoster y un Genexpert para Mycobacterium Tuberculosis; todo con resultado negativo. La TC de abdomen y pelvis con contraste endovenoso evidenció un engrosamiento difuso, irregular de las paredes del recto, con regiones libres de adenomegalias. Se indicó dieta alta en fibra y evitar esfuerzos defecatorio asociado a laxantes osmóticos y advertir cualquier factor psicossocial. La videocolonoscopia de seguimiento mostró lesión plana de bordes mal definidos con fondo de fibrina indurada a la toma de biopsia desde los 20 cm hasta los 10 cm del margen anal. La histología informó mucosa rectal con infiltrado linfoplasmocitario y área de tejido de granulación, coexistente con material fibrino-leucocitario. El informe de la histología asociado a la sintomatología de la paciente y su antecedente de constipación crónica se interpretó como un SRUS. La paciente tuvo buena respuesta al tratamiento, actualmente ya sin sangrado rectal, manteniendo un ritmo evacuatorio adecuado, en seguimiento por servicio de nutrición y gastroenterología.

Conclusiones: La patogenia del SRUS no se comprende bien, pero probablemente sea multifactorial. Los pacientes presentan esfuerzo evacuatorio, hábitos intestinales alterados, dolor anorrectal, evacuación incompleta de heces con moco y sangre. El diagnóstico es clínico, endoscópico e histológico. Se ha demostrado que la educación del paciente, el consumo de fibra y el tratamiento de biorretroalimentación son eficaces para mejorar el flujo sanguíneo rectal y los síntomas. El tratamiento quirúrgico se recomienda para pacientes con prolapso completo o que no responden al tratamiento conservador.

PÓSTER

Código: 0208

WON COMO COMPLICACIÓN DE PANCREATITIS

Modalidad: Casos Clínicos - G

Unidad Temática: a) GASTROENTEROLOGÍA 6. Páncreas 6.1. Patología inflamatoria

BALDERRAMO, Domingo | BEGLIARDO, Agustina | CARLINO, Yanina | CHIARAVI-GLIO, María Laura | HIGA, Mariano | TORELLO, Rosario

HOSPITAL PRIVADO UNIVERSITARIO DE CORDOBA

Introducción: Wall of necrosis (WON) hace referencia a una colección pancreática o peripancreática, con necrosis en su interior rodeada por una pared bien definida de al menos 4 semanas después de un episodio de pancreatitis aguda. Pueden ser asintomáticos y diagnosticarse mediante imágenes, producir ictericia, dolor, distensión abdominal e intolerancia a la vía oral, o bien infectarse y producir fiebre. El diagnóstico se confirma con TAC o RNM de abdomen. Sólo se tratan aquellos que producen síntomas o complicaciones (obstrucción gástrica, duodenal o biliar). Se basa en realizar un drenaje transmural guiado por EUS. (preferible sobre manejo quirúrgico o percutáneo ya que disminuye la morbilidad).

Objetivo/s: El objetivo de nuestro trabajo es brindar conocimientos sobre una de las complicaciones de la pancreatitis que es el WON, orientar su diagnóstico y tratamiento.

Material (pacientes) y métodos: Paciente masculino de 63 años con antecedente de pancreatitis aguda Balthazar E de 4 semanas de evolución, tratado en ciudad de origen, derivado a nuestro nosocomio por intolerancia a la vía oral y distensión abdominal. En TAC se objetiva Status post pancreatitis aguda necrotizante, con colecciones peripancreáticas (WON); una de 95 x 115 x 120 mm (655 cc), en contacto con la región antro-pilórica, otra de 126 x 163 x 188 mm (1900 cc). Otras de menor tamaño retroperitoneales. Se decide colocar un stent guiado por ecoendoscopia en aquella en contacto con el estómago que producía efecto de masa. Se mandan muestras a analizar: Klebsiella pneumoniae BLEE y Pseudomonas aeruginosa, recibe 21 días de ATB. Se realizaron en total 6 necrosectomías. Luego de la tercera, se extrae accidentalmente el stent por lo que se coloca un doble catéter pig tail para continuar dichos procedimientos.

Resultados: Evolucionó con reducción progresiva de colecciones evidenciadas en TAC seriadas. Intercurre en última necrosectomía con paro cardiorrespiratorio y fallo renal con necesidad de hemodiálisis. Evolucionó de manera favorable y el paciente es dado de alta.

Conclusiones: El won es una complicación de la Pancreatitis que puede presentarse luego de 4 semanas de presentada la misma. Que requiere de un diagnóstico apropiado y abordaje multidisciplinario para de esta manera optimizar el Manejo y disminuir la mortalidad.

PÓSTER

Código: 0109

HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA SECUNDARIA A PSEUDOANEURISMA DE ARTERIA PANCREATICODUODENAL INFERIOR

Modalidad: Casos Clínicos - G

Unidad Temática: a) GASTROENTEROLOGÍA 6. Páncreas 6.4. Miscelánea

CROCCI, Evelin Mariel (1) | GUBITOSI, Analía Viviana(1) | BASSO, Sandra(1) | NAZAR, Cristina(1) | PATERNO, Mauricio Rodrigo(1) | FLEITAS RUMAK, Walter(1) | ALVARINHAS, Elizabeth(1) | ALEJO, Miriam Adriana(1) | ZEYUNTANSIAN, Natalia Marina(1) | LACUADRA, María Paz(1) | ROHWAIN, María José(1) | PORTO, Valeria(1) | GONCÁLVES, Silvana Adriana(1) | FABIO, Muñoz(2) | CELLERI, Claudio(2)

HOSPITAL DE GASTROENTEROLOGÍA DR. B. UDAONDO (1); HOSPITAL GENERAL DE AGUDOS DR JUAN A. FERNANDEZ (2)

Introducción: La formación de un pseudoaneurisma es una complicación rara de la Pancreatitis crónica (PC), se ha descrito en el 10% de los pacientes con pseudoquistes. Puede generarse por acción proteolítica o por erosión mecánica sobre una arteria adyacente, las más afectadas son la esplénica, gastroduodenal y la pancreaticoduodenal inferior (PDI). La rotura es una complicación con una mortalidad del 50%. La sangre puede permanecer en el pseudoquiste o romperlo y llegar a la luz intestinal a través del conducto pancreático o por erosión directa. Los pacientes se presentan con dolor abdominal repentino, y/o sangrado gastrointestinal. En imágenes suele verse como una lesión quística que realza con contraste. La angiografía permite confirmar el diagnóstico y realizar tratamiento mediante embolización. Si no fuera efectivo, se debe plantear la cirugía pancreática de urgencia.

Objetivo/s: Presentación de caso clínico de HDA de etiología infrecuente.

Material (pacientes) y métodos: Paciente masculino de 38 años de edad con antecedentes de tabaquismo y enolismo severos, consumo de drogas ilícitas y dos episodios de pancreatitis, por lo cual se encontraba en estudio. Consulta por hematemesis, sin descompensación hemodinámica, con palidez cutánea mucosa. En el laboratorio se evidenció Hto de 16% y Hb de 4.1 gr/dl, se transfunden 2 unidades de glóbulos rojos. En la Videoesoscopia digestiva alta (VEDA) presentó lago claro, sin signos de sangrado activo o reciente. El paciente aportaba resonancia que informaba en cabeza de páncreas una formación con señal mayormente hiperintensa en T2 midiendo 34x36x35 mm, tras la inyección de gadolinio muestra realce intenso central, de aspecto vascular en contacto con plano arterial, lo cual plantea pseudoaneurisma en contexto probable de pseudoquiste pancreático, Conducto de Wirsung (CW) de 8.4 mm y aspecto arrosariado. En AngioTC se observa progresión de tamaño de la imagen (53x51 mm) con trombosis mural y reconstrucción multiplanar que muestra dependencia de la arteria PDI; desplaza y comprime la cabeza del páncreas y el marco duodenal. Se interpreta como sangrado secundario a rotura

del pseudoaneurisma al tracto digestivo probablemente a través del CW. Se realiza angiografía mesentérica confirmando extravasación de contraste activo de la arcada pancreatoduodenal dependiente de la arteria PDI, constatando perforación de la misma por lo que se realiza embolización. El paciente evoluciona estable. En control por angioTC se observa pseudoaneurisma con disminución de tamaño sin contraste en su interior y con presencia de material refringente atribuible a coils, resto del parénquima sin cambios. Actualmente en seguimiento ambulatorio.

Conclusiones: La rotura del pseudoaneurisma del páncreas es una causa de HDA poco frecuente, con elevada mortalidad. Los antecedentes del paciente influyen en la evaluación y son cruciales para un diagnóstico y tratamiento apropiados. En nuestro caso se logró realizar un diagnóstico y tratamiento precoces gracias a la valoración multidisciplinaria y la colaboración de dos instituciones, que concluyeron en el éxito terapéutico.

PÓSTER

Código: 0179

ENFERMEDAD HEPATICA CRONICA COMO FENOTIPO CLINICO PRINCIPAL EN UNA PACIENTE CON INMUNODEFICIENCIA COMÚN VARIABLE

Modalidad: Casos Clínicos - G

Unidad Temática: a) GASTROENTEROLOGÍA 9. Hígado 9.2. Hipertensión portal

RAMÍREZ GIRALDO, Juliana Andrea | BUSTOS, Ricardo Enrique | BALABAN, Ezequiel | CARRARO, María Cecilia | MORENO, María Laura | PATERNO, Mauricio | REYES, Hugo

HOSPITAL DE GASTROENTEROLOGÍA DR. B. UDAONDO

Introducción: La inmunodeficiencia común variable (IDCV) se manifiesta con hipogammaglobulinemia, alteración de la producción de inmunoglobulinas (Ig) específicas y aumento de susceptibilidad a infecciones. Los distintos fenotipos clínicos comprenden: infecciones recurrentes, enteropatía, autoinmunidad, citopenias, linfoproliferación y malignidad, enfermedad intersticial pulmonar (EIP) y enfermedad hepática crónica (EHC). Cuando se presenta con EHC las tasas de morbimortalidad son más altas. Pueden presentar CBP, CEP, hiperplasia nodular regenerativa (HNR), hipertensión portal (HTP) y cirrosis. En la HNR la manifestación más frecuente es la colestasis, con normalidad de la función hepática e HTP. Tiene una prevalencia entre 0,6 y 2,6% y se caracteriza por transformación benigna del parénquima hepático en pequeños nódulos regenerativos distribuidos uniformemente con mínima o nula fibrosis en las zonas perisinusoidal o periportal, con áreas de hiperplasia regenerativa que alternan con otras de atrofia. Se asocia con infiltración de células T intrasinusoidales, endotelitis de la vena porta (VP) y anomalías linfocitarias periféricas. Su diagnóstico definitivo es histológico. El tratamiento está dirigido a las complicaciones de la HTP.

Objetivo/s: Presentación de un caso de IDCV con fenotipo caracterizado por enfermedad hepática crónica e hipertensión portal

Material (pacientes) y métodos: Femenina de 28 años, antecedentes de IDCV diagnosticada a los 15 años en tratamiento con Ig, EIP, hipotiroidismo y CU diagnosticada un año previo a la consulta. Ingresó por dolor sacrococcígeo severo irradiado a hipogastrio, deposiciones líquidas con sangre, pérdida de 10 kg de peso y registro febril. Adelgazada con hepatoesplenomegalia. Laboratorio: Hto 33%, GB 3400, Plaquetas 52000, BT 0.56, GOT 37, GPT 31, FAL 191, Albúmina 3.5, TP 77, KPTT 56, RIN 1.1, PCR 3, serologías negativas para VIH, HAV, HBV y HCV, IgA < 6 mg/dl, IgG 697 e IgM < 19. RSC: hasta 18 cm del margen anal, mucosa rectal con pérdida del patrón vascular, edematosa y friable. Ecografía: ascitis leve, VP 16 mm, dilatación de vena esplénica y esplenomegalia. Eco Doppler: dilatación de VP y esplénica, hígado no cirrótico. Líquido ascítico: GASA > 1.1 (prot < 1.5). EnteroTC: varices periesofágicas, esplenomegalia, engrosamiento de pared de rectosigma y colon hasta transversal, válvula ileocecal deformada, líquido libre en pelvis, VP 18 mm, esplénica 15 mm, bazo con áreas de hipoperfusión (Imágen izquierda). VEDA: Varices esofágicas grandes con puntos rojos, gastropatía hipertensiva, bulbo y 2a duodenal normal (Imágen derecha). Biopsia duodenal sin enteropatía. VCC: sin lesión hasta ciego. RMN de columna: lipoangioma, fisura anular a nivel de L3-L4.

Resultados: Evolucionó con cefalea, fiebre y signos meníngeos. Derivada a otro centro con diagnóstico de meningitis por *Listeria* y bacteriemia por *Enterococo*. Cumplió tratamiento antibiótico con buena evolución. La presencia de ascitis no permitió realizar elastografía ni biopsia hepática antes de su derivación. La presencia de esplenomegalia, relacionada con la HTP, pudo influir en el desarrollo de las citopenias.

Conclusiones: La IDCV se puede presentar con compromiso hepático el cual puede llevar al desarrollo de HTP y las complicaciones de la misma marcan el pronóstico de la enfermedad. La HNR es una entidad rara y en los pacientes que la presentan se debería descartar IDCV. La HNR puede llevar a colestasis crónica, HTP no cirrótica y cirrosis.

PÓSTER

Código: 0160

ENFERMEDAD DE CAROLI: A PROPÓSITO DE UN CASO

Modalidad: Casos Clínicos - G

Unidad Temática: a) GASTROENTEROLOGÍA 9. Hígado 9.8. Miscelánea

CANTERO, Cristian Matias

HOSPITAL DR. DIEGO PAROISSIEN

Introducción: La enfermedad de Caroli es un trastorno hereditario caracterizado por la dilatación segmentaria de los conductos biliares intrahepáticos que aparecen en imágenes y biopsias como quistes. Ocurre de forma esporádica, sin antecedentes familiares, aunque existen casos de herencia autosómica dominante y en asociación con poliquistosis renal autosómica dominante. Puede ser difusa o limitada. La presentación clásica se caracteriza por episodios recurrentes de colangitis y ausencia de fibrosis periportal y suele diagnosticarse en la adolescencia. Se diferencia del Síndrome de Caroli, el cual se define con la presencia de fibrosis hepática y herencia con patrón autosómico recesivo.

Objetivo/s: Presentar un caso de enfermedad de Caroli en una paciente a una edad de presentación poco frecuente y asintomática hasta su hallazgo.

Material (pacientes) y métodos:

Resultados: Se presenta una paciente de 47 años de edad con antecedentes de DBT tipo II que presentó un cólico biliar de 48 hs aproximadamente. Se realizó laboratorio, sin particularidades. Ecografía abdominal: vía biliar intrahepática dilatada asociada a imagen quística de 35 X 31 mm en segmento III; vesícula biliar distendida de paredes finas multi litiasica con lito fijo en gabinete de 19 mm. Se realiza colecistectomía por vía laparoscópica y colangiografía intraoperatoria que evidencia buen pasaje de contraste a duodeno sin sombra negativa. En el post operatorio mediato intercorre con cólico biliar por lo que se realiza colangiografía que evidencia dilatación de la vía intrahepática con aspecto sacular en algunos sectores, en especial en segmento II y VII siendo la mayor de 39 mm aproximadamente. La paciente continuó con episodios de cólicos biliares de forma intermitente sin alteración de laboratorio que mejoraron luego de la administración de ácido ursodesoxicólico. Actualmente se encuentra asintomática y en seguimiento multidisciplinario.

Conclusiones: Aunque la presentación más frecuente es a temprana edad puede permanecer silente durante años y manifestarse en la edad adulta. Es una enfermedad en la que existe un leve predominio en el sexo masculino. La sintomatología clínica depende de la edad de presentación y de la afectación hepática y/o renal. La dilatación sacular genera estasis de la bilis y, posteriormente, la formación de barro biliar y litiasis intraductal. La colangitis bacteriana es la forma de presentación más frecuente. Como consecuencia de la obstrucción biliar puede desarrollarse una cirrosis biliar secundaria. Existe riesgo de colangiocarcinoma como consecuencia de procesos inflamatorios de repetición (14%). En el caso de una enfermedad poco avanzada pero con litiasis intrahepática sintomática, el tratamiento con ácido ursodesoxicólico puede detener el crecimiento de los cálculos o disolverlos, y de esa manera reducir la frecuencia de los cólicos biliares. En las formas localizadas se debería considerar la resección hepática.

PRESENTACIÓN ORAL

Código: 0235

ÉXITO CLÍNICO Y TÉCNICO DEL DRENAJE ANTERÓGRADO GUIADO POR ECOENDOSCOPIA, EN OBSTRUCCIÓN NO NEOPLÁSICA DEL CONDUCTO BILIAR Y PANCREÁTICO: RESULTADOS DE UNA COHORTE HISTÓRICA Y UNICÉNTRICA

Modalidad: Resúmenes Científicos - E

Unidad Temática: b) ENDOSCOPIA DIGESTIVA 2. Endoscopia Terapéutica • Hígado, Vías Biliares y Páncreas

ROBLES-MEDRANDA, Carlos | ALCÍVAR-VÁSQUEZ, Juan | PUGA-TEJADA, Miguel | EGAS-IZQUIERDO, María | BAQUERIZO-BURGOS, Jorge | AREVALO-MORA, Martha | CUNTO, Domenica | DEL VALLE ZAVALA, Raquel | ALVARADO-ESCOBAR, Haydee | PITANGA-LUKASHOK, Hannah

INSTITUTO ECUATORIANO DE ENFERMEDADES DIGESTIVAS (IECED)

Introducción: La colangiopancreatografía retrógrada endoscópica (CPRE) constituye el tratamiento de primera línea en el manejo de una obstrucción del conducto biliar o pancreático. En un 10-15% la CPRE puede fracasar debido a la imposibilidad de canular la papila o dificultad anatómica incluso en manos expertas. El drenaje anterógrado guiado por ecoendoscopia (endoscopia ultrasound, EUS) ha emergido como una técnica que habilita un acceso directo y en tiempo real a ambos conductos. Representa una alternativa menos comórbida al drenaje percutáneo o quirúrgico. Cobra mayor valor en patología no neoplásica, en donde debe existir un pronóstico más favorable.

Objetivos: Evaluar el éxito clínico y técnico del drenaje anterógrado guiado por EUS en pacientes con obstrucción del conducto biliar y pancreático por patología no neoplásica.

Material (pacientes) y métodos: Se analizó retrospectivamente datos de pacientes con historia de obstrucción no neoplásica del conducto biliar o pancreático, en quienes se practicó drenaje anterógrado guiado por EUS (01/2021 a 10/2022). El éxito clínico y técnico fueron los desenlaces primarios a estimar. El éxito clínico fue definido en términos de disminución en los niveles de bilirrubina según la American Society of Gastrointestinal Endoscopy (ASGE). Como desenlaces secundarios se recuperó información de eventos adversos, migración, re-estenosis, reintervención y supervivencia.

Resultados: La tabla 1 resume los datos basales de la población de estudio. Conducto biliar: El drenaje anterógrado se realizó en 7/15 casos usando un stent pigtail simple, 5/15 doble pigtail stents y 3/15 stent metálico de aposición de lumen (LAMS). La pared gástrica fue el sitio predilecto de punción (en 12/15). Se logró éxito técnico en 15/15 (100%) y clínico en 8/15 (60%). Durante el seguimiento hubo eventos adversos en 5/15 casos (33.3%): 2/5 hemorragia digestiva alta, 2/5 colangitis, y 1/5 colección de líquido infrahepático. Hubo migración del stent en 3/15 casos (20%). No hubo re-estenosis, pero fue necesaria una reintervención en 8/15 (53.3%). La tasa de supervivencia fue de 13/15 (86.6%). Conducto pancreático: En 3/5 se requirió dilatación asistida por cauterio. En 1/5 la dilatación con balón fue también necesaria. Se empleó stents pigtail simples y dobles, LAMS y stents metálicos autoexpandibles (SEMS). El éxito clínico y técnico se logró en 5/5 (100%), sin eventos adversos. Hubo migración del stent en 1/5, re-estenosis en 3/5 y reintervenciones en 3/5. La tasa de supervivencia fue de 4/5.

Conclusiones: El drenaje anterógrado guiado por EUS en pacientes con obstrucción del conducto biliar y pancreático por patología no neoplásica son alternativas valiosas cuando la CPRE no es factible. La reintervención parece estar relacionada con la migración del stent y re-estenosis. Esta línea de investigación debe continuarse con un real world study (estudio de la vida real) que valide los resultados observados.

PRESENTACIÓN ORAL

Código: 0244

EXPERIENCIA USUARIO-ENDOSCOPISTA FRENTE AL USO DE PANTALLAS HOLOGRÁFICAS DE REALIDAD MIXTA DURANTE PROCEDIMIENTOS ENDOSCÓPICOS: ¿PUEDEN REEMPLAZAR POR COMPLETO LOS MONITORES FÍSICOS DE LAS SALAS DE ENDOSCOPIA?

Modalidad: Resúmenes Científicos - E

Unidad Temática: b) ENDOSCOPIA DIGESTIVA 4. Endoscopia Miscelánea

ROBLES-MEDRANDA, Carlos | BAQUERIZO-BURGOS, Jorge | AREVALO-MORA, Martha | EGAS-IZQUIERDO, María | MENDEZ, Juan Carlos | CUNTO, Domenica | PUGA-TEJADA, Miguel | ALCÍVAR-VÁSQUEZ, Juan | DEL VALLE ZAVALA, Raquel | ALVARADO-ESCOBAR, Haydee | PITANGA-LUKASHOK, Hannah

INSTITUTO ECUATORIANO DE ENFERMEDADES DIGESTIVAS (IECED)

Introducción: En los últimos años han surgido varias tecnologías novedosas para ayudar a los proveedores sanitarios a optimizar el manejo de los pacientes. La realidad mixta (RM) combina dos tecnologías de computación espacial: realidad virtual y realidad aumentada. La RM reproduce imágenes tridimensionales (3D) de forma interactiva, capaz de procesar un gran número de fotografías en tiempo real. La RM aplicada a procedimientos endoscópicos da lugar a una interacción más ergonómica del endoscopista en términos de traslación y rotación. Supone eliminar la necesidad de tocar los monitores físicos, disminuir su número e incluso reemplazarlos por completo.

Objetivo/s: Evaluar la experiencia del usuario-endoscopista con pantallas holográficas de RM durante procedimientos endoscópicos.

Material (pacientes) y métodos: Estudio piloto. Un grupo de treinta endoscopistas utilizaron el sistema HXtend™ (mdconsgroup; Guayaquil, Ecuador), junto con el casco-lentes de RM HoloLens (Microsoft Corporation; Redmond, WA, USA) durante procedimientos endoscópicos diagnósticos en adultos. La experiencia del usuario-endoscopista fue estimada en términos de la evaluación técnica del dispositivo (interconectividad) y aceptación (comodidad, funcionalidad y capacidad de aprendizaje), medidos por la plataforma HXtend™ y un cuestionario ad-hoc (escala de Likert de 5 puntos), respectivamente.

Resultados: La mediana de edad de los endoscopistas fue 36 años (31 – 37), 86.7% fueron hombres. Cada uno realizó: 15/30 videoendoscopias altas (VEDA; 50.0%), 3/30 colangioscopias (10.0%), 10/30 videocolonoscopias (VCC; 33.3%) y 2/30 ecoendoscopias (endoscopia ultrasound, EUS; 6.7%). Se utilizó únicamente las pantallas holográficas en 27/30 procedimientos (90%), en 2/30 fue necesario dos monitores físicos (6.7%) y una colangioscopia utilizó tres (3.3%). La interconectividad en términos de latencia media fue de 89.7 ± 2.87 ms y los hologramas obtuvieron una lectura de 58.5 ± 1.11 fotografías por segundo. Hubo alta o muy alta aceptación por parte del usuario-endoscopista en términos de comodidad con el casco-lentes (100%), tamaño y peso del mismo (97%), ergonomía (93%), funcionalidad (90%), capacidad de aprendizaje de uso (90%), calidad de imagen holográfica (87%) y visualización del campo de trabajo a través del casco-lentes (73%). El 93% de los usuarios está de acuerdo con que las pantallas holográficas pueden reemplazar el monitor físico (figura 1).

Conclusiones: Dada la buena interconectividad del sistema HXtend™ y HoloLens, y la alta aceptación usuario-endoscopista frente al uso de pantallas holográficas, estas pueden reemplazar los monitores físicos dentro de las salas de endoscopia. Esta línea de investigación debe continuarse con un real world study (estudio de la vida real) a fin de evaluar la aceptación y la seguridad clínica en un mayor número de endoscopistas y pacientes, respectivamente.

PRESENTACIÓN ORAL

Código: 0078

EXPERIENCIA EN EL USO DE LA CÁPSULA ENDOSCÓPICA DE INTESTINO DELGADO

Modalidad: Resúmenes Científicos - E

Unidad Temática: b) ENDOSCOPIA DIGESTIVA 1. Endoscopia Diagnóstica • Endocápsula

BOLAÑOS, Karla Alejandra | BARRIOS, Karen | IRIARTE, Sonia Mariel

HOSPITAL MILITAR CENTRAL CIRUJANO MAYOR DR COSME ARGERICH

Introducción: La capsula endoscópica desarrollada en 2000 por Iddan, fue aprobado por la FDA en agosto de 2001. Desde entonces se han desarrollado nuevos dispositivos con un menor tamaño y mayor potencia en términos de calidad de imagen y duración de video, es una tecnología mínimamente invasiva que permite visualizar de forma dinámica y completa la mucosa del intestino delgado método directo más seguro y con menos tasas de complicaciones. Por lo cual ha ampliado los usos y ha aumentado considerablemente la prescripción e implementación en nuestro entorno.

Objetivo/s: Describir los hallazgos encontrados en las cápsulas endoscópicas de intestino delgado realizadas en pacientes mayores de 18 años atendidos en Servicio de Gastroenterología en un Hospital de alta complejidad entre junio de 2017 a septiembre de 2022 de la Ciudad de Buenos Aires.

Material (pacientes) y métodos: Se realizó un estudio descriptivo y retrospectivo, conformada por 120 personas a quienes se le indicó la realización de procedimiento de CE, se utilizaron dos marcas de capsulas: OMOM y Pillcam SB3. Para la preparación, se administró domperidona más simeticona y PEG 3350 por vía oral.

Resultados: La muestra estuvo integrada mayormente por mujeres (64.16%) con una media de edad de 63.7 años (DE: 18) y con un rango de edades entre los 19 y 95 años, el 94.17% (n:113) de los casos el procedimiento se realizó de manera ambulatoria. Los hallazgos anormales fueron más frecuentes en el yeyuno en el 52.50% (n:63) de los pacientes, siendo la principal alteración las lesiones vasculares en un 18.33% (n:22), seguido de los xantomas en un 10.83% (n:13) y los tumores en un

ENDOSCOPIA

6.67% (n:8), y las lesiones más comunes fueron angiodisplasias y lesiones inflamatorias. Se destaca, además, que se identificaron incidentalmente alteraciones a nivel esofágico en el 2,50% (n:3) de los casos como cambios irregulares en la mucosa, erosiones y esofagitis en una prevalencia de 0.83% (n:1) en cada caso. En cavidad gástrica, se identificaron alteraciones en el 35.83% (n:43) de los casos, lesiones inflamatorias 16.6% (n:20) y la atrofia en la mucosa en un 4.17% (n:5) de los pacientes y de pólipos en un 3.33% (n:4). Se identificaron lesiones vasculares y sangrado digestivo alto en un 2.5% (n:3) de los sujetos.

Conclusiones: Los adultos mayores fue la población que más se realizó CE; con predominio del género femenino. Las indicaciones más utilizadas fueron HDOO, seguido de dolor abdominal. El hallazgo más significativo encontrado, fue la lesión vascular, seguida por las lesiones inflamatorias. Las mujeres presentaron mayor riesgo de hallazgos a nivel yeyunal en comparación con los hombres la alta tolerabilidad del estudio y el bajo número de complicaciones hacen de la CE un estudio ideal para el intestino delgado

PRESENTACIÓN ORAL

Código: 0223

PRECISIÓN DIAGNÓSTICA DE LA CROMOENDOSCOPIA CON ÁCIDO ACÉTICO PARA PREDECIR LA HISTOPATOLOGÍA DE LOS PÓLIPOS COLÓNICOS

Modalidad: Resúmenes Científicos - E

Unidad Temática: b) ENDOSCOPIA DIGESTIVA 1. Endoscopia Diagnóstica • Colon

NAVAR, Sofía | CONDE SERRA, Belen | BENTOLILA, Federico | PEREYRA, Lisandro | GÓMEZ, Estanislao | MELLA, Jose M | PANIGADI, Nicolas | SMOLARCZUK, Astrid | CIMMINO, Daniel | PEDREIRA, Silvia Cecilia

Hospital Alemán de Buenos Aires

Introducción: La identificación endoscópica de adenomas serrados sésiles (SSA) y adenomas tubulares (AT) o tubulovelloso (ATV) tiene importantes implicancias en la prevención del cáncer colorrectal. El ácido acético tiene un efecto colorante en las membranas mucosas, lo que resulta en un efecto visual llamado acetoblanqueamiento (AB). Los SSA podrían presentar un patrón distintivo de AB que conduce a una superficie persistentemente blanca del pólipo, una reacción que no se observaría en los AT o ATV. Sin embargo, se desconoce la precisión diagnóstica de esta reacción.

Objetivo/s: Evaluar la precisión diagnóstica de la cromoendoscopia con ácido acético para ASS y adenomas convencionales.

Material (pacientes) y métodos: Se incluyeron prospectivamente pacientes sometidos a colonoscopias de pesquisa en quienes se encontraron pólipos colónicos, entre agosto de 2019 y junio de 2023. Se definió como AB positivo a la persistencia en el tiempo de una superficie blanca en la mucosa del pólipo mayor al tiempo en el que la mucosa circundante pierde el efecto del ácido acético. Los pólipos se tiñeron durante la endoscopia con ácido acético a una concentración del 3% y la presencia de AB se determinó por consenso de dos endoscopistas previo a obtener los resultados histopatológicos. Una reacción de acetoblanqueo positiva se designó como SSA. Se registró el tiempo de pérdida del efecto de blanqueamiento sobre los pólipos y la mucosa circundante. El estándar de oro se determinó mediante el examen histológico. Se realizó la correlación del patrón de AB y los hallazgos de histopatología. Se calcularon la sensibilidad, la especificidad y las razones de verosimilitud (LR). A partir de febrero de 2023 se utilizó una escala de puntuación del I al V, para evaluar la confianza en la evaluación del patrón mucoso y en la delimitación de los bordes de la lesión previo y posterior a la tinción con ácido acético.

Resultados: Se incluyeron 133 pólipos de 115 pacientes. El tamaño medio de los pólipos fue de 9,5 mm. El análisis histopatológico mostró: 71 AT, 43 ASS, 15 pólipos hiperplásicos, 1 adenocarcinoma invasivo, 2 ATV y 1 hiperplasia linfóide. Se observó AB positivo en el 93% de los SSA y en el 12% de los adenomas convencionales. La precisión diagnóstica del AB positivo para ASS tuvo una sensibilidad del 93% (IC 95%:81-98%) y especificidad del 75% (IC 95%:70-78%), LR+ 3,8 (IC 95%:2.7-4.4), LR- 0,09 (IC 95%:0.02-0.25). En cambio para AT o ATV un AB negativo resultó en una sensibilidad del 87% (IC 95%:80-92%) y especificidad del 88% (IC 95%:80-93%), LR+ 7,5 (IC 95%: 4.05-15.06), LR- 0,14 (IC 95%: 0,08-0,23). Además la tinción con ácido acético aumentó la confianza en la evaluación del patrón mucoso en un 89% de los casos y mejoró la delimitación de los bordes de la lesión en un 83% de los casos.

Conclusiones: El ácido acético demostró ser una herramienta útil para predecir la histopatología de los pólipos colónicos, particularmente con SSA. También mejoró la confianza en la evaluación del patrón mucoso y en la delimitación de los bordes de la lesión.

PRESENTACIÓN ORAL

Código: 0169

ENDOSCOPISTAS EN FORMACIÓN Y LA UTILIZACIÓN DE CLIP OVER THE SCOPE COMO PRIMERA LÍNEA DE TRATAMIENTO EN HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA NO VARICEAL

Modalidad: Resúmenes Científicos - E

Unidad Temática: b) ENDOSCOPIA DIGESTIVA 2. Endoscopia Terapéutica • Esofago, Estómago y Duodeno

CABANAS, Sofía Victoria | PEREZ, Tomas Manuel | MAHLER, Manuel | ORTIZ SUÁREZ, Paula Gimena | GONZALEZ, Maria Laura | ABECIA, Víctor | MARCO-LONGO, Mariano

HOSPITAL ITALIANO DE BUENOS AIRES

Introducción: El dispositivo Over The Scope Clip (OTSC) es un método endoscópico terapéutico válido en el manejo de las perforaciones, fistulas, fugas y hemorragias del tracto digestivo. Su eficacia en el manejo del resangrado de úlceras ha sido demostrada y existe evidencia reciente de que podría ser superior a la terapia combinada estándar como tratamiento de primera línea de hemorragia digestiva alta no variceal (HDANV) en pacientes con alto riesgo de resangrado, cuando es realizado por endoscopistas expertos.

Objetivo/s: Describir los resultados de la utilización del OTSC en pacientes con alto riesgo de resangrado como primera línea de tratamiento realizado por endoscopistas en formación en un centro de tercer nivel.

Material (pacientes) y métodos: Se realizó un estudio de corte transversal de pacientes adultos con HDANV y endoscopia de urgencia desde 10/2019 al 10/2022. Se incluyeron pacientes con alto riesgo de resangrado (por Score de Rockall o características de la lesión) que se trataron con OTSC como primera línea donde los operadores fueron residentes de gastroenterología, quienes recibieron entrenamiento por simulación. El éxito de la hemostasia endoscópica fue definido como la ausencia del sangrado persistente o recurrente posterior a la terapéutica. Se analizaron las complicaciones posteriores como la necesidad de cirugía, angiografía, nueva endoscopia y/o muerte dentro de los 30 días del procedimiento endoscópico. Los detalles de los pacientes y procedimiento se muestran en la tabla 1.

Resultados: Se incluyeron 10 casos con una mediana de edad de 69. Todos recibieron bolo odovenoso de omeprazol de 80 mg previo a la endoscopia, realizada dentro de las 24 hs. El 50% de las lesiones se localizaron en duodeno. El 80% de las causas fueron úlceras, con predominio duodenal. Previo a la colocación del OTSC se realizó inyección de adrenalina diluida al 0.01%. En el 100% de los casos se obtuvo hemostasia, sin persistencia de sangrado. Requirieron soporte transfusional posterior 5 de los 10 pacientes. Se realizó nueva endoscopia en 4 de ellos y ninguno tuvo evidencia de resangrado asociado a la lesión tratada inicialmente con OTSC. Sin embargo, a las 72 hs, uno de ellos presentó melena e inestabilidad hemodinámica que requirió cirugía de urgencia, donde se realizó una gastrectomía atípica. La pieza quirúrgica evidenció la lesión vascular en la periferia del OTSC.

Conclusiones: El OTSC como tratamiento de primera línea de la HDANV resultó ser un tratamiento útil en pacientes con alto riesgo de resangrado, aún siendo aplicada por endoscopistas en formación que realizaron entrenamiento simulado de baja fidelidad en al menos una oportunidad.

PRESENTACIÓN ORAL

Código: 0241

EVALUACIÓN DE LA PUNCIÓN CON AGUJA FINA ECOGUIADA EN EL DIAGNÓSTICO ETIOLÓGICO DE LAS MASAS MEDIASTINALES. AUTORES: KEVIN ANGEL, HUI JER HWANG, MARIANA LICCIARDELLO, SANTIAGO CARUSO, VERÓNICA RUDA, FABIO NACHMAN. FUNDACIÓN FAVALORO - COMPLEJO HOSPITALARIO CURRUCIA VISCA

Modalidad: Resúmenes Científicos - E

Unidad Temática: b) ENDOSCOPIA DIGESTIVA 1. Endoscopia Diagnóstica • Ecoendoscopia

ANGEL REYES, Kevin Misael

HOSPITAL UNIVERSITARIO FUNDACION FAVALORO

Introducción: Introducción: Las lesiones del mediastino medio y posterior plantean un desafío diagnóstico debido a su difícil acceso para obtener muestras citológicas e histológicas. Las técnicas disponibles, como la punción transtorácica, mediastinoscopia y toracoscopia, son invasivas y conllevan un alto riesgo de complicaciones. Sin embargo, los avances en la ecoendoscopia (EE) han demostrado que esta técnica es eficiente y segura para realizar la punción con aguja fina (PAAF) transesofágica en lesiones sólidas del mediastino. La EE permite una punción precisa y guiada, utilizando el sistema doppler para evitar daños a estructuras vasculares.

Objetivo/s: Objetivo: Evaluar el papel de la EE y la PAAF en el diagnóstico diferencial de masas mediastinales.

Material (pacientes) y métodos: Material y método: Realizamos un estudio retrospectivo y descriptivo en dos centros de alta complejidad de tercer nivel, entre los años 2017 y 2022, con pacientes que presentaban masas mediastinales identificadas mediante tomografía computarizada (TC) y que fueron referidos para realizar EE y PAAF. Se analizaron los resultados anatomopatológicos y se calcularon la sensibilidad, especificidad, valor predictivo positivo, valor predictivo negativo y precisión diagnóstica.

Resultados: Resultados: Se incluyeron 51 pacientes, de los cuales 23 eran mujeres, con una edad media de 64 años (rango: 18 a 82 años). Los diagnósticos citopatológicos finales fueron: metástasis ganglionar de cáncer de pulmón (n=14, 27.5%), linfoma (n=5, 10%), metástasis ganglionar de órganos abdominales (n=6, 12%), metástasis ganglionar de origen primario indeterminado (n=6, 12%), adenopatías inflamatorias crónicas (n=3, 6%), tumor estromal (n=3, 6%), y otros (n=3). En 11 pacientes (21.6%), el análisis citopatológico resultó negativo para células neoplásicas. De estos, 5 pacientes (10%) fueron verdaderos negativos basados

en la evolución clínica e imagenológica durante un seguimiento de hasta 6 meses. Los otros 6 pacientes (12%) fueron falsos negativos, ya que se encontraron células neoplásicas en muestras de otros órganos afectados o utilizando otros métodos más invasivos. El rendimiento diagnóstico de la EE con PAAF para masas mediastinales fue el siguiente: sensibilidad 87 % (IC 95%: 73-94%), especificidad 100 % (IC 95%: 46-98%), valor predictivo positivo 100 % (IC 95%: 89-100%) y valor predictivo negativo 45.5 % (IC 95%: 18-75%), precisión diagnóstica 88 % (IC 95%: 74-95%). Se registraron complicaciones en 2 pacientes, ambos con dolor torácico de menos de 24 horas de duración, que se trataron con analgésicos.

Conclusiones: Conclusión: El rendimiento diagnóstico de la EE con PAAF en nuestro estudio fue muy bueno y comparable con los resultados de estudios internacionales. Se trata de un procedimiento mínimamente invasivo que se destaca por su buen rendimiento diagnóstico y una muy baja tasa de complicaciones. La EE con PAAF ha reemplazado a otros métodos invasivos con mayor riesgo de complicaciones en el diagnóstico diferencial cito-patológico de masas mediastinales.

PRESENTACIÓN ORAL

Código: 0063

DETECCIÓN DE NEOPLASIA DE LA VÍA BILIAR MEDIANTE UN MODELO DE INTELIGENCIA ARTIFICIAL BASADO EN COLANGIOSCOPIA DIGITAL DE UN SOLO OPERADOR VS ENDOMICROSCOPIA CONFOCAL VS BIOPSIA DIRIGIDA: ANÁLISIS CABEZA-CABEZA UNICÉNTRICO

Modalidad: Resúmenes Científicos - E

Unidad Temática: b) ENDOSCOPIA DIGESTIVA 1. Endoscopia Diagnóstica • Hígado, Vías Biliares y Páncreas

ROBLES-MEDRANDA, Carlos | BAQUERIZO-BURGOS, Jorge | PUGA-TEJADA, Miguel | CUNTO, Domenica | EGAS-IZQUIERDO, Gabriela | AREVALO-MORA, Martha | MENDEZ, Juan Carlos | ALCÍVAR-VÁSQUEZ, Juan | ALVARADO-ESCOBAR, Haydee | PITANGA-LUKASHOK, Hannah | TABACELIA, Daniela | RAQUEL, Del Valle Zavala

INSTITUTO ECUATORIANO DE ENFERMEDADES DIGESTIVAS (IECED)

Introducción: La colangioscopia digital de un solo operador (digital single-operator cholangioscopy, DSOC) permite un diagnóstico preciso de una neoplasia de vía biliar. Al momento existen mundialmente dos modelos de inteligencia artificial (IA) entrenados para tal fin. Ambos cuentan con una suficiencia diagnóstica similar e incluso superior a la de endoscopistas expertos. La endomicroscopia confocal (probe-based confocal laser endomicroscopy, pCLE) guiada por DSOC y la biopsia respectiva también han demostrado alta precisión diagnóstica. No hay estudios cabeza-cabeza que comparen la DSOC asistida por IA vs pCLE guiada por DSOC o vs biopsia dirigida por DSOC y pCLE.

Objetivos: El siguiente estudio persigue comparar la suficiencia diagnóstica en la identificación de neoplasia de la vía biliar mediante un análisis offline de videos de DSOC por parte de un nuevo modelo de IA basado en DSOC vs pCLE guiada por DSOC vs biopsia dirigida por DSOC y pCLE.

Material (pacientes) y métodos: Cohorte histórica. Se seleccionaron pacientes ≥ 18 años en quienes se realizó pCLE guiada por DSOC (6/2014-11/2021). Se excluyeron pacientes sin videos de DSOC, biopsias ausentes o imposibilidad de reconstruir un seguimiento doce meses post-DSOC. Se empleó un modelo de IA (sistema AIWorks-Cholangioscopic) para el análisis offline de los videos de DSOC previamente grabados. La IA considera la neovascularización como único criterio de neoplasia. La clasificación de Carlos Robles-Medranda (CRM), Miami y de Paris constituyeron los parámetros del endoscopista para establecer neoplasia de vía biliar según DSOC, pCLE y de cambios inflamatorios según pCLE, respectivamente. El patrón oro se basó en el seguimiento doce meses post-DSOC. Se calculó la suficiencia diagnóstica de la DSOC, pCLE guiada por DSOC, IA y biopsia dirigida en términos de sensibilidad, especificidad, valor predictivo positivo (VPP), negativo (VPN), concordancia observada y área bajo la curva (area under the ROC curve, AUC), y comparadas entre sí mediante prueba de DeLong.

Resultados: Se seleccionaron 90 pacientes, mediana de edad de 66.4 ± 13.7 años, 56.7% mujeres. La sospecha de tumor fue la indicación más frecuente (55.6%). La IA alcanzó una sensibilidad del 97.7%, especificidad del 75%, VPP del 98.8%, VPN del 60% y una concordancia observada del 96.7%; mientras que la pCLE guiada por DSOC alcanzó una sensibilidad del 94.2%, especificidad del 100%, VPP del 100%, VPN del 44.4% y concordancia observada del 94.4% (tabla 1). El AUC para la IA fue de 0.79, similar a la obtenida para la DSOC (0.74; $p=0.763$), pCLE guiada por DSOC (0.72; $p=0.634$) y biopsia dirigida por DSOC y pCLE (0.83; $p=0.809$).

Conclusiones: El modelo de IA basado en DSOC demostró una suficiencia diagnóstica similar a la pCLE guiada por DSOC y a la biopsia dirigida por DSOC y pCLE. El siguiente paso en esta línea de investigación es diseñar un ensayo diagnóstico cabeza a cabeza, prospectivo y multicéntrico, a fin de confirmar los resultados obtenidos.

PRESENTACIÓN ORAL

Código: 0108

PRECISION EN DIAGNOSTICO OPTICO EN JOVEN ENDOSCOPISTA

Modalidad: Resúmenes Científicos - E

Unidad Temática: b) ENDOSCOPIA DIGESTIVA 1. Endoscopia Diagnóstica • Colon MUNGUIA, Andrés

HOSPITAL SAN ROQUE DE GONNET

Introducción: La habilidad de clasificar y predecir la histología de los pólipos colónicos en adenomatosos de los que no según patrones glandulares y vasculares visualizados durante la endoscopia se conoce como diagnóstico óptico. Éste permite guiar las técnicas terapéuticas resectivas apropiadas según la sospecha histológica y tamaño.

Objetivo/s: Evaluar la precisión del diagnóstico óptico de pólipos colónicos de un endoscopista en formación. Objetivos secundarios fueron la tasa de detección de adenomas global y aserrados

Material (pacientes) y métodos: Estudio retrospectivo llevado a cabo en hospital público argentino. Se consideraron todas las colonoscopias realizadas por un mismo endoscopista joven en su proceso de formación durante primeros 6 meses. Previo a la iniciación en colonoscopia se realizó un programa de formación académica en diagnóstico óptico de pólipos colónicos en forma continua y progresiva con manejo de clasificaciones endoscópicas como NICE, Kudo, JNET. Todos los estudios fueron realizados con equipos EC-600 y EC-760Z (Fujinon, Japón) Eluxeo 6/7000, dotados de cromoendoscopia virtual (FICE/BLI/LCI según caso), uno de ellos con magnificación y Olympus CF160 sin dichas tecnologías. Junto a tinción vital con ácido acético fueron utilizadas, no de forma sistemática, para la caracterización óptica de pólipos La preparación colónica fue realizada con sales de fosfato o polietilenglicol 4L inicialmente en monodosis y posteriormente se cambió a dosis dividida. No fue discriminado el motivo de indicación de los estudios La caracterización óptica de pólipos fue evaluada en tiempo real, consignando el endoscopista tamaño estimado, localización, morfología según Paris y patrón glandular según clasificación de Kudo o JNET acorde a tecnología disponible. Se eligió técnica de polipectomía a criterio del endoscopista y las muestras fueron analizadas en Anatomía Patológica por profesionales distintos. Se dividieron los resultados según lesiones adenomatosas y serradas (hiperplásicos, serrados sésiles y serrado tradicional)

Resultados: En seis meses se realizaron 315 colonoscopias con detección de 143 pólipos. Se excluyeron 12 de ellos por no contar con descripción óptica en el informe contando con 131 para el análisis. 37 de ellos corresponden a pólipos ≥ 10 mm El resultado histopatológico fueron: Adenomas 111 (84.7%), Serrados 32 (24.4%, 78% proximales a rectosigma): Hiperplásicos 18, Serrados sésiles 12, Serrado Tradicional 2; y un adenocarcinoma intramucoso. La coincidencia entre diagnóstico óptico durante el procedimiento endoscópico y el resultado anatomopatológico posterior fue de 80.9% (106/131); y de los casos que no hubo correlación un 80% (20/25) correspondían a pólipos menores o igual a 5 mm. Respecto a la tasa de detección de lesiones serradas hubo un aumento en últimos 2 meses de formación 14.8% (20/135) Vs 6.66% inicial (12/180) para un promedio de 10.1% La tasa global de detección de adenomas fue del 35.2%

Conclusiones: Los hallazgos reportados son promisorios considerando que el 80% de los casos donde el diagnóstico óptico fue incorrecto trataba de pólipos menores o igual a 5 mm que implican mayor desafío técnico predictivo pero que éste no modifica la estrategia terapéutica elegida. Cabe destacar el mayor porcentaje de lesiones serradas diagnosticadas próximas a rectosigma en últimos meses en correlación a la reciente capacitación teórico práctica durante el proceso formativo. Respecto a la TDA global si bien fue de 35.2% debería esperarse cifras más elevadas teniendo en cuenta que fueron incluidos estudios con otra indicación que screening. Este trabajo podría impulsar a futuro un diseño prospectivo con intervención controlada y mejorar la educación de residentes en su curva de aprendizaje respecto al diagnóstico óptico en lesiones colónicas.

PRESENTACIÓN ORAL

Código: 0234

RÉDITO DIAGNÓSTICO DE LA VCE OMOM® PARA ESTUDIO DE ENFERMEDADES DEL INTESTINO DELGADO EN ADULTOS EN UN CENTRO DE TERCER NIVEL DE ARGENTINA

Modalidad: Resúmenes Científicos - E

Unidad Temática: b) ENDOSCOPIA DIGESTIVA 1. Endoscopia Diagnóstica • Intestino Delgado

BUSCAGLIA, Raniero | GIRAUDO, Florencia | GARBI, Laura | PACHECO MERLO, Abigail | PALMA, Agustina | TUFARE, Francisco

HOSPITAL SAN MARTIN

Introducción: La videocápsula endoscópica (VCE) representa un método diagnóstico no invasivo, que permite la evaluación directa y completa del intestino delgado (ID). Sus principales indicaciones son: sospecha de hemorragia digestiva de intestino medio (HDIM), enfermedad de Crohn (EC), diarrea y dolor abdominal. La VCE Omom®, se desarrolló en el año 2005 y posteriormente diferentes estudios la compararon con otras VCE, evidenciando similares resultados, con respecto al rédito diagnóstico y seguridad. Si bien, en oriente el uso de esta tecnología está muy difundido, los datos en Latinoamérica son escasos.

Objetivo/s: Determinar indicaciones, hallazgos positivos, tasa de rédito diagnóstico y complicaciones de la VCE Omom® para estudio del ID en adultos.

Material (pacientes) y métodos: Estudio descriptivo de corte transversal. Se in-

cluyeron pacientes mayores de 18 años, que se realizaron VCE para estudio de ID, desde enero 2018 hasta febrero 2023.

Resultados: Se incluyeron 102 pacientes que se realizaron VCE, 64 (63%) fueron mujeres. La edad promedio fue de 62,5 años, con un rango de 18-90 años. La indicación más frecuente fue la HDIM 76 (74.5%), EC 13 (12.74%), diarrea crónica en 6 (5.88%) y 7 (6.86%) pacientes presentaron otras causas (enfermedad celíaca complicada, dolor abdominal, síndrome de Peutz Jeghers, tumor neuroendocrino). Del total de estudios, 95 fueron realizados en forma ambulatorios. Se realizó colocación de VCE guiada por endoscopia en 10 (9.8%) pacientes, 4 de forma programada y 6 por retención gástrica o esofágica. Todos los pacientes realizaron preparación previa con polietilenglicol y la preparación intestinal fue adecuada en 89 (87.25%). El estudio fue completo en 91 pacientes (89,2%). El rédito diagnóstico de la VCE fue del 83,3% (85/102). El hallazgo más frecuente fue la presencia de lesiones vasculares en 52 (61.1%), siendo la angiectasia la lesión más frecuente. En 14 pacientes se evidenció sangrado activo, permitiendo la evaluación y el diagnóstico etiológico. Un único paciente presentó sangrado activo sin posibilidad de la evaluación correcta. Las lesiones detectadas según orden de frecuencia fueron: angiectasias 64% (52/85), úlceras 18,32% (16/85), puntos rojos 17% (15/85), erosiones 11,76% (10/85), pólipos 4,7% (4/85), estenosis 4,7% (4/85), atrofia vellositaria 2,35% (2/85) y lesión Die-lafouy 1,17% (1/85). Se evaluó la tasa de rédito diagnóstico específica para HDIM, siendo de 89,4% (68/76). La tasa de complicaciones (retención intestinal) fue de 2,9 % (3/102), 2 se resolvieron con tratamiento médico (corticoterapia) y el restante se resolvió en forma espontánea. Ningún paciente presentó necesidad de cirugía.

Conclusiones: En nuestro estudio, los resultados de la VCE Omom®, son similares a los reportados en la literatura, cumpliendo con los objetivos estándares en calidad en VCE, evidenciando una alta tasa de estudios completos, con un rendimiento diagnóstico alto y una baja tasa de complicaciones.

PRESENTACIÓN ORAL

Código: 0210

EVALUACIÓN DE LA EFICACIA Y SEGURIDAD DE UNA FORMULACIÓN DE POLIETILENGLICOL 4000 EN LA PREPARACIÓN COLÓNICA DE PACIENTES SOMETIDOS A VIDEOCOLONOSCOPIA

Modalidad: Resúmenes Científicos - E

Unidad Temática: b) ENDOSCOPIA DIGESTIVA 4. Endoscopia Miscelánea

MARQUES, Micaela | CURVALE, Cecilia | RUIZ, Adrian | LEMONNIER, Gabriela | YONAMINE, Karina

HOSPITAL DE ALTA COMPLEJIDAD EL CRUCE

Introducción: El Cáncer colorrectal es una enfermedad crónica altamente prevalente, pasible de ser objeto de programas de pesquisa poblacional debido a su larga evolución. La estrategia requiere de la realización de procedimientos endoscópicos de calidad, cuya capacidad diagnóstica y terapéutica exigen de preparaciones colónicas óptimas. Existen en el mercado formulaciones en base a Polietilenglicol 3350 con electrolitos de alto volumen (PEG-AV), reconstituidos en 4 Lts de líquido, y bajo volumen (PEG-BV/B), reconstituido en 2 Lts, con coadyuvantes como el bisacodilo, que cumplen con los requisitos generales de una preparación óptima. Su precio de venta es una de las barreras más frecuentes para la equidad de acceso garantizada en los programas de tamizaje.

Objetivo/s: El objetivo del estudio consistió en demostrar la no inferioridad en la efectividad de las preparaciones colónicas de una FM realizada en base a PEG4000 frente a PEG-AV y PEG-BV/B. Objetivos secundarios son el análisis de la seguridad y tolerabilidad de la FM y la comparación de los costos de elaboración de la FM frente a los precios de las formulaciones comerciales (FC).

Material (pacientes) y métodos: Se incluyeron pacientes mayores de 18 años con indicación de videocolonoscopia (VCC) completa. Se excluyeron pacientes con indicación de rectosigmoidoscopia, VCC completa contraindicada o con el propósito de resección de lesiones distales o con resección parcial o total del colon. Se realizó un estudio clínico de no inferioridad, unicéntrico, aleatorizado, ciego de operador endoscopista en pacientes adultos que concurren al hospital a realizarse VCC entre mayo 2022 y mayo 2023. El tamaño muestral se calculó suponiendo una tasa estimada de preparación adecuada del 85%, un nivel de significancia a una cola de 0.025 y un poder del 80%. El margen de no inferioridad (MNI) de RR 0,88 se determinó considerando aspectos estadísticos y juicio clínico. Se consideró un N total por rama de 195 individuos. Se aleatorizaron en tres ramas: dos controles activos (PEG-AV y PEG-BV/B) y la FM. La calidad de la preparación colónica se evaluó mediante escala de Boston. La seguridad y tolerabilidad en el momento de la preparación se evaluaron por medio de un cuestionario autoadministrado y también a los 7 días por medio de una llamada telefónica. Para el costo de elaboración de la FM se calculó un proporcional de las materias primas (sin costos indirectos). Se comparó con los precios de las FC según vademécums nacionales.

Resultados: Los resultados preliminares permiten inferir que la formulación de PEG4000 no es inferior en eficacia a PEG-BV/B (RR 0.96, IC95% 0.81-1.15) y PEG-AV (RR 1.04, IC95% 0.86 - 1.26), e incluso se observa una tendencia a la superioridad frente a PEG-AV, con similar perfil de seguridad y tolerancia. El costo de elaboración para nuestra FM fue de U\$D6.05, en comparación con los valores de adquisición de U\$D 58,25 (PEG-AV) y U\$D 64,65 (PEG-BV/B), siendo diez veces menor al valor de compra.

Conclusiones: A pesar de no haber alcanzado el N muestral para informar un resultado estadísticamente significativo, se ha observado que la FM es tan eficiente como

las FC, incluso superior frente a PEG-AV. No se observaron diferencias clínicamente significativas en la seguridad. Una FM con buen perfil de eficacia, seguridad y tolerabilidad y menor costo la tornan atractiva para el desarrollo y la producción en el sistema de salud público, facilitando la adherencia a los procedimientos de aquellos con menores ingresos, incrementando la equidad de acceso.

TRABAJOS DISTINGUIDOS

Código: 0043

ENFERMEDAD DE CROHN-LIKE: ENTEROCOLITIS INMUNOMEDIADA

Modalidad: Casos Clínicos - E

Unidad Temática: b) ENDOSCOPIA DIGESTIVA 1. Endoscopia Diagnóstica • Intestino Delgado

SEMRIK, Nadia Mileva | TRAKÁL, Juan José | TRAKÁL, Esteban | BUTTI, Abel | ZÁRATE, Fabián Eduardo | GORORDO IPIÑA, Rosa Carolina | BEDINI, Marianela Patricia | BENAVIDEZ, Analía Claudia | BONAMICO, Agustina

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

Introducción: Históricamente, la causa de colitis farmacológica estuvo relacionada con la utilización de analgésicos no esteroideos (AINEs) y antibióticos (ATB), hasta la llegada de los inhibidores de puntos de control inmunitario los cuales se encuentran en alza acompañados de sus reacciones adversas. Los fármacos inmunomoduladores suelen ser utilizados para el tratamiento de diferentes tipos de cáncer, entre estos fármacos se encuentran ipilimumab y nivolumab generalmente empleados para el tratamiento de melanomas metastásicos. Este grupo de fármacos pueden presentar eventos adversos relacionados con el sistema inmunitario, como la colitis inmunomediada (CIM) con una incidencia cinco veces mayor con ipilimumab en comparación con nivolumab y del 13,6% cuando el tratamiento es combinado con ambos. Además frente al uso de ipilimumab se han reportado casos de enterocolitis como probable reacción adversa en hasta un 35% de casos, los cuales 7% pueden ser severos, que obligará a discontinuar y comenzar tratamiento con esteroides.

Objetivo/s: Reconocer de forma temprana esta patología inmunomediada para accionar de forma precoz.

Material (pacientes) y métodos: Paciente sexo masculino, de 48 años, con diagnóstico de melanoma con metástasis pulmonares en tratamiento con ipilimumab y nivolumab que presentó enterocolitis con atrofia vellositaria duodenal y pancolitis a las 6 semanas de tratamiento con inhibidores del punto. Clínicamente se encontraba febril con 15 a 20 deposiciones diarias a predominio posprandial, con sangre fresca, intolerancia oral y pérdida de peso sin respuesta a loperamida. Se interna en sala común, se realiza filmmarray de materia fecal negativo para gérmenes, entre ellos Clostridium Difficile. Se realizan estudios endoscópicos digestivos con toma de biopsias. En videoendoscopia alta se observó desde bulbo duodenal hasta segunda porción, parches de mucosa despolida con restos de fibrina adherida y ausencia de pliegues duodenales. Colonoscopia hasta ciego, muestra parches de mucosa con ausencia de patrón vascular, edema, erosiones y úlceras superficiales infracentimétricas que ocupaban menos de 50% de circunferencia, a predominio de colon descendente hasta margen anal. Resultado de PCR para Citomegalovirus negativo. Se comienza con budesonida oral sin respuesta. Se rota a esteroides sistémicos con descenso a 6 deposiciones diarias a las 24 horas de tratamiento.

Resultados: Paciente con indicación y requerimiento de corticosteroides orales, comienza con prednisona 100 mg día con tapering hasta 10 mg a las 6 semanas cuando recibe próxima inmunoterapia solo con nivolumab y loperamida de rescate, sin presentar eventos adversos. A los 10 días de tratamiento sistémico paciente no presentó más episodios de diarrea.

Conclusiones: El reconocimiento y manejo rápido de esta patología es imprescindible para obtener resultados óptimos frente al tratamiento de primera línea con esteroides, en casos refractarios se deberá escalar a agentes biológicos. Las reacciones adversas a inhibidores del punto suelen manifestarse con mayor frecuencia a partir del sexto ciclo después del tratamiento inicial, excepto en casos de uso combinado con ipilimumab el cual acelera este tiempo. La colitis inducida por nivolumab puede imitar la Colitis Ulcerosa endoscópica e histopatológica. Sin embargo, no se han observado afectaciones similares a Enfermedad de Crohn como en el caso descrito con atrofia vellositaria de duodeno, que podría deberse al ipilimumab por su afectación y tiempo de aparición. El gold standard para el diagnóstico es colonoscopia/recto sigmoidoscopia lo que podría explicar la baja frecuencia de reportes de enterocolitis y la falta de conocimiento sobre la real afectación intestinal de la inmunoterapia.

TRABAJOS DISTINGUIDOS

Código: 0173

ADENOMAS DE PAPILA EN PACIENTES CON POLIPOSIS ADENOMATOSA FAMILIAR: REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA Y SERIE DE CASOS DE UN CENTRO DE TERCER NIVEL

Modalidad: Casos Clínicos - E

Unidad Temática: b) ENDOSCOPIA DIGESTIVA 1. Endoscopia Diagnóstica • Esófago, Estómago y Duodeno

CAMPAÑA, María Ángeles | ACHILLI, Agustín Jesús | GONZALEZ, María Laura | MARCOLOGO, Mariano

HOSPITAL ITALIANO DE BUENOS AIRES

Introducción: Los adenomas de la papila duodenal pueden ser esporádicos o asociados a síndromes genéticos, como la Poliposis Adenomatosa Familiar (PAF). En los pacientes con PAF el cáncer duodenal constituye la segunda causa de muerte luego del cáncer colorrectal y el 50% de estos tumores se localizan en la región ampular y periampular. Se han reportado cambios adenomatosos en un 29-54% de pacientes con PAF con biopsias de papila macroscópicamente normal, por esto resulta fundamental incluir a los pacientes con PAF en programas de vigilancia de cáncer duodenal. Los adenomas de papila en casos esporádicos se consideran lesiones premalignas que deben researse por su riesgo de progresión a cáncer. En los adenomas de papila de bajo riesgo en PAF, este riesgo de progresión parecería ser menor y se podría adoptar por vigilancia endoscópica. De este modo, biopsiar o no una papila de aspecto macroscópicamente normal en un paciente con PAF o decidir entre resecar o vigilar un adenoma de papila en este grupo constituyen desafíos sobre los cuáles no existe aún un algoritmo universalmente aceptado. El objetivo de este trabajo es presentar nuestra experiencia en el manejo de adenomas de papila en pacientes con PAF y realizar una revisión bibliográfica del tema.

Objetivo/s: Presentar nuestra experiencia en el manejo de adenomas de papila en pacientes con PAF y realizar una revisión bibliográfica del tema.

Material (pacientes) y métodos: Se analizaron seis pacientes con diagnóstico de PAF, con edades entre 20-60 años y cirugías previas en la mayoría colectomías profilácticas. En estos seis pacientes analizamos durante 3,4 años la vigilancia de adenomas de papila aplicando el score de Spigelman y a través de biopsias dirigidas de papila.

Resultados: La serie de casos presentada muestra que de los cinco pacientes con PAF y adenomas de papila con displasia de bajo grado que entraron en protocolo de vigilancia endoscópica ninguno tuvo progresión del grado de displasia durante el seguimiento, que fue en promedio de 3,4 años. En todas las endoscopias de vigilancia se realizó visión directa de la papila con duodenoscopia y se tomaron biopsias de la misma. Ninguno de los pacientes desarrolló pancreatitis luego de las biopsias. El intervalo de vigilancia endoscópica fue variable, siendo de uno o dos años según el caso. Todas las biopsias de papila demostraron concordancia entre el aspecto macroscópico de papila adenomatosa y la muestra histológica compatible con adenoma. Dos pacientes de la muestra tuvieron hallazgos histológicos de adenoma vellosos, lo cual según la mayoría de las guías constituye una indicación de realización de ampulectomía. Una de ellas se realizó ampulectomía en 2012 y nunca mostró recidiva en el sitio de resección. La otra paciente está en plan de realizarse ampulectomía endoscópica.

Conclusiones: El manejo de los adenomas de papila en pacientes con PAF constituye hoy en día un tema controversial sobre el que no hay un algoritmo globalmente aceptado. En nuestra experiencia, el seguimiento endoscópico de los adenomas de bajo grado pareciera ser una alternativa válida a la ampulectomía, considerando la alta tasa de complicaciones asociadas a este procedimiento.

TRABAJOS DISTINGUIDOS

Código: 0086

USO DE ABLACIÓN POR RADIOFRECUENCIA EN PATOLOGÍA BILIOPANCREÁTICA EN UN CENTRO PÚBLICO DE TERCER NIVEL EN ARGENTINA. SERIE DE CASOS

Modalidad: Casos Clínicos - E

Unidad Temática: b) ENDOSCOPIA DIGESTIVA 2. Endoscopia Terapéutica • Hígado, Vías Biliares y Páncreas

PACHECO MERLO, Abigail | AGUSTINA, Redondo | ZEGARRA, Carlos | PEREZ OROZCO, Jesus | BALDONI, Fernando | TUFARE, Francisco Mario

HIGA SAN MARTÍN LA PLATA

Introducción: La ablación por radiofrecuencia (RFA) es un procedimiento mediante el cual una corriente alterna de alta frecuencia convertida en energía térmica provoca necrosis coagulativa del tejido a tratar. En los últimos tiempos se ha evidenciado una creciente disponibilidad de sondas de radiofrecuencia para tratamientos guiados por colangiopancreatografía endoscópica retrógrada (CPRE) y agujas RFA para tratamientos guiados por ultrasonido endoscópico (EUS). En la actualidad, las principales indicaciones de esta terapéutica incluyen disfunción de prótesis metálicas en obstrucciones biliares malignas (OBM) y tumores neuroendocrinos pancreáticos (TNE). El colangiocarcinoma y el cáncer de páncreas son la causa más frecuente de OBM, la mayoría de los pacientes son diagnosticados en una etapa tardía por lo que solo se ofrecen tratamientos paliativos. Los TNE funcionantes (TNE-f), principalmente el insulinoma, se consideran una patología de etiología benigna, la morbilidad asociada con las pancreatomectomías limita las opciones quirúrgicas para pacientes de alto riesgo. Esta técnica ofrece un medio mínimamente invasivo y potencialmente definitivo para tratar los TNE pancreáticos y las OBM.

Objetivo/s: Se presentarán tres casos clínicos en donde se aplicó RFA endoscópica en dos TNE pancreáticos y en una OBM.

Resultados: Caso 1: Paciente masculino de 41 años con antecedente de neoplasia endocrina múltiple tipo 1 y hallazgo de TNE-f subtipo insulinoma en topografía cefálica pancreática con síntomas neuroglucopépicos persistentes a pesar del tratamiento médico. Se realizó RFA con un equipo de EUS terapéutico (Pentax EG 3870- Hitachi Avius) y una aguja 19G de TaeWoong Medical® (EUSRA, Taewoong Medical Co. Ltd) con sistema cooling de enfriamiento para evitar las lesiones paren-

quimatosas térmicas. Se utilizó una potencia de 30W durante 15 segundos, limitados por la impedancia que se ve reflejada en el equipo. En el seguimiento, se evidenció normalización de los valores de glucemia a las 48 horas sin tratamiento médico. Se realizó resonancia magnética de abdomen a los 30 días sin evidencia de lesión residual. Caso 2: Paciente masculino de 75 años con diagnóstico de cáncer de cabeza de páncreas metastásico (Estadio IV) con estenosis del colédoco distal drenada por CPRE con colocación de prótesis metálica descubierta de 10 x 7 fr. Interocurre con colangitis aguda debido a obstrucción por crecimiento tumoral intra prótesis (In-growth). Se utiliza RFA ELRA de forma paliativa para re-permeabilización de prótesis con una potencia de 10W. Luego del procedimiento se comprueba la efectividad de la ablación por la re-permeabilización del conducto visualizado por colangioscopia Spyglass® (Boston Scientific). Se coloca prótesis plástica de 10 x 7 fr la cual evidencia permeabilidad. Caso 3: Paciente femenina de 70 años, con patología cardiovascular severa y diagnóstico de TNE moderadamente diferenciado (G2), localmente avanzado con compromiso ganglionar. Se realizó RFA guiada por EUS con equipo lineal Pentax- Hitachi Avius, con aguja de 19G EUSRA con sistema Viva STARmed y se aplicó RFA de distal a proximal en tres ciclos con corriente alterna continua a 30W con control de impedancia. La paciente evolucionó de manera favorable, sin complicaciones relacionadas al procedimiento.

Conclusiones: La RFA guiada por endoscopia se presenta como una opción prometedora en tratamientos paliativos para cáncer de páncreas, TNE-f, lesiones quísticas pancreáticas y OBM, con resultados alentadores en eficacia y seguridad. Aún faltan estudios que puedan contribuir a alcanzar mejores resultados en los tratamientos con las menores complicaciones posibles.

PÓSTER

Código: 0051

PREVALENCIA DE HALLAZGOS POSITIVOS EN ESTUDIOS DE VIDEOCAPSULA EN SUJETOS CON HEMORRAGIA DIGESTIVA DE ORIGEN OSCURO

Modalidad: Resúmenes Científicos - E

Unidad Temática: b) ENDOSCOPIA DIGESTIVA 1. Endoscopia Diagnóstica • Endocápsula

RÍOS MIRANDA, Natalia Lorena | LASA, Juan | ZUBIAURRE, Ignacio

HOSPITAL BRITÁNICO DE BUENOS AIRES

Introducción: La hemorragia digestiva de origen oscuro (HDOO) representa aproximadamente el 5% de los casos de hemorragia gastrointestinal y suele ser debida a una lesión del intestino delgado. Se ha informado que varios factores clínicos están asociados con mayor rendimiento diagnóstico en VCE en pacientes con HDA como ser hemorragia activa (92,3%) o hemorragia oculta (44,2%), mientras que los pacientes con hemorragia manifiesta previa tenían el menor rendimiento (12,9%)

Objetivo/s: Aunque se han investigado los factores que predicen resultados positivos de la VCE en la HDOO, no contamos con este tipo de estudios en nuestro medio, por lo cual es objetivo de este estudio el definir la relación de algunos de estos factores con hallazgos positivos en VCE.

Material (pacientes) y métodos: Se utilizó una base de datos de las VCE realizada en un centro de tercer nivel de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (Hospital Británico) en el período de enero de 2017 y marzo de 2021. Los datos recopilados incluyen la exteriorización de sangrado digestivo o anemia, delta hemoglobina, requerimiento de transfusiones de glóbulos rojos, comorbilidades, uso de anticoagulantes, ácido acetilsalicílico (AAS), y otros antiinflamatorios no esteroideos (AINEs), la realización de más de una Videoendoscopia alta (VEDA) o Videocolonoscopia (VCC) y diagnóstico de VCE. Se realizó un análisis univariado inicial estimando los Odds Ratio con su IC del 95% correspondiente. Aquellas variables asociadas a hallazgos positivos en los estudios de VCE con un p menor de 0,05, fueron incluidas en el análisis multivariado. El modelo de regresión logística que se utilizó para el análisis multivariado es el de regresión escalonada (stepwise logistic regression). Tomando en cuenta las variables estadísticamente significativas del análisis multivariado asociadas con la presencia de hallazgos positivos en los estudios de VCE y utilizando el valor del coeficiente z, se elaboró un score para estimar la magnitud de probabilidad de hallazgo positivo en el estudio.

Resultados: Se realizaron un total de 225 estudios de cápsula endoscópica en el periodo enero de 2017 y marzo de 2021. El 58,68% presentó un hallazgo positivo en el estudio de cápsula en el contexto de HDOO. El 88% de este último grupo presentó al menos una ectasia vascular en intestino delgado como hallazgo positivo. En la tabla 1 se describen las características de la población, de ellas ocho fueron incluidas para el análisis multivariado por ser significativamente estadísticas. De las variables identificadas, tres de ellas fueron significativas en el análisis multivariado. Estas son el delta hemoglobina, antecedente de hospitalización y la realización de más de una VEDA y VCC; las cuales se describen en la Tabla 2. Con estos resultados se elaboró un Score otorgando a Delta Hemoglobina mayor a 3.2 el valor de 2 puntos y al antecedente de hospitalización por HDOO y al antecedente de más de una VEDA+VCC el valor de 1 punto a cada uno de ellos. Nuestro score comprende los valores de 0 a 4 puntos posibles. Se identificó que un puntaje de 2 ó más se asoció con una capacidad predictora elevada de hallazgos positivos en estudios de VCE (Especificidad de 94,6% y sensibilidad de 94,2%).

Conclusiones: La VCE sigue siendo el examen líder en la investigación de la HDOO. La presencia de hallazgos positivos que justificaran un cuadro de hemorragia digestiva en el intestino delgado evaluado por VCE se asoció de manera significativa a la magnitud del descenso de hemoglobina, el antecedente de hospitalización y el antecedente de contar con más de un estudio combinado endoscópico.

PÓSTER

Código: 0207

EVALUACIÓN DE PANCREATITIS CRÓNICA Y NEOPLASIA SÓLIDA DEL PÁNCREAS MEDIANTE ELASTOGRAFÍA SHEARWAVE GUIADA POR ECOENDOSCOPIA: UN ESTUDIO UNICÉNTRICO DE CASOS Y CONTROLES ANIDADO A LA COHORTE

Modalidad: Resúmenes Científicos - E

Unidad Temática: b) ENDOSCOPIA DIGESTIVA 1. Endoscopia Diagnóstica • Ecoendoscopia

DEL VALLE ZAVALA, Raquel | PUGA-TEJADA, Miguel | CUNTO, Domenica | BAQUERIZO-BURGOS, Jorge | AREVALO-MORA, Martha | EGAS-IZQUIERDO, Maria | ALCÍVAR-VÁSQUEZ, Juan | ALVARADO-ESCOBAR, Haydee | RODRIGUEZ CASTRO, Jorge | TABACELIA, Daniela | PITANGA-LUKASHOK, Hannah | ROBLES-MEDRANDA, Carlos

INSTITUTO ECUATORIANO DE ENFERMEDADES DIGESTIVAS (IECED)

Introducción: La identificación temprana de pancreatitis crónica (PC) y neoplasia sólida del páncreas (NSP) implica un desafío debido a la localización retroperitoneal del páncreas. La elastografía por ShearWave (SW) guiada por ecoendoscopia (endoscopic ultrasound, EUS) mide la elasticidad de un tejido o víscera. La suficiencia diagnóstica de la SW-EUS frente a PC y NSP aún no ha sido estimada.

Objetivos: Estimar la suficiencia de la SW-EUS en el diagnóstico de PC y NSP.

Material (pacientes) y métodos: Entre 12/2020-11/2022 se diseñó dos cohortes correspondientes a casos con diagnóstico reciente de PC o NSP encaminados a SW-EUS. Una tercera cohorte correspondió a un grupo control (GC) de casos con indicación de despistaje de lesión subepitelial. Se evaluó posibilidad de páncreas graso, strain ratio (SR), histogram (SH) y diez mediciones elastográficas propiamente (SWE) y de dispersión (SWD). La variación de SWE y SWD se basó en el cociente entre el rango intercuartil (RIC) y su mediana. Así como en la elastografía hepática de transición, solo se analizó los casos con <30% de variación estadística. Mediante regresión ANOVA se correlacionó datos clínicos y de EUS de cada cohorte vs SWE y SWD. Se imputó datos perdidos. ANOVA anticipó una interacción estadística entre el páncreas graso y cada cohorte. Los valores de corte de SWE y SWD se calcularon mediante índice de Youden. Se estimó la suficiencia diagnóstica del SWE y SWD en términos de sensibilidad, especificidad, valor predictivo positivo (VPP) y negativo (VPN).

Resultados: Se incluyeron 88 casos (37 GC, 14 PC, 37 NSP), edad mediana de 62.5 (RIC 53-70), 47.7% mujeres. La proporción de páncreas graso II y III fue similar en el GC (37.8% y 56.8%) y PC (57.1% y 42.9%), aunque hubo diferencia significativa en NSP, con una puntuación II, III y IV del 24.3%, 40.5% y 29.7%, respectivamente ($p < 0.001$). La mediana de SR también fue similar entre GC (3.6; RIC 2.9 – 4.3) y PC (3.9; RIC 3.6 – 4.7) pero significativamente diferente en comparación con NSP (7.6; RIC 5.3 – 11.1; $p < 0.001$). La mediana de SWE y SWD fue de 10.5 kPa (RIC 7.3 – 16.6) y 1.9 [m/s]/kHz (RIC 1.6 – 2.4), con una variación <30 % en 27 (30.7%) y 57 (64.8%), respectivamente. ANOVA concluyó que PC, NSP y la diabetes se asociaron a mayor SWE y SWD ($p < 0.05$). Los SWE predichos fueron significativamente diferentes entre NSP y GC (-13.1; -24.4 a -1.7; $p = 0.024$) (figura 1). Un SWE ≥ 17.4 diagnosticó NSP con una sensibilidad, especificidad, VPP y VPN del 75% (19-99), 91% (72-99), 60% (27-99) y 95% (63-99); mientras que una SWD ≥ 2.31 diagnosticó NSP con una suficiencia del 54% (25-81), 70% (55-83), 35% (21-66), 84% (60-91), respectivamente.

Conclusiones: SW-EUS constituye una herramienta valiosa en el diagnóstico diferencial entre PC y NSP. Esta línea de investigación debe continuarse con un ensayo multicéntrico que confirme estos hallazgos, especialmente frente a la PC. Sería importante incluir casos de pancreatitis autoinmune en localidades donde la epidemiología lo permita.

PÓSTER

Código: 0266

CAUSA RARA DE HEMORRAGIA DIGESTIVA DE ORIGEN MEDIO

Modalidad: Casos Clínicos - E

Unidad Temática: b) ENDOSCOPIA DIGESTIVA 1. Endoscopia Diagnóstica • Endocápsula

CABAÑA, Karen

HOSPITAL INTERZONAL DE AGUDOS "DR OSCAR ALENDE"

Introducción: El síndrome del nevus azul es una enfermedad rara caracterizada por malformaciones venosas y hemangiomas en piel, tejidos blandos y tracto gastrointestinal. Puede manifestarse como hemorragia digestiva de origen medio, lo que representa un desafío diagnóstico

Objetivos: Reportar por su baja incidencia un caso clínico de síndrome del nevus azul en un adulto con hemorragia digestiva secundaria a lesiones vasculares en intestino delgado, sin manifestación cutánea

Material (pacientes) y métodos: Masculino de 66 años con antecedentes de hi-

perensión arterial, insuficiencia renal crónica y fibrilación auricular. Consultó por melena y anemia sintomática. Al examen físico se encontraba hemodinámicamente estable, el laboratorio reveló (hematocrito: 14%, hemoglobina: 4,3g/dl). Se realizó endoscopia alta de guardia, la cual no mostró lesiones evidentes ni signos de sangrado activo o reciente, por presentar nuevo episodio de melena se realiza nuevamente endoscopia alta: sin cambios y colonoscopia completa con preparación Boston 7, no pudiendo realizar ileoscopia. Ante la sospecha de hemorragia digestiva media se optó por realizar una cápsula endoscópica, que reveló lesiones vasculares y azuladas en todo el intestino delgado con signos de sangrado activo en yeyuno proximal, sugestivo de síndrome del nevus azul. Debido a contraindicación de enterografía, se realiza centellograma que reporta sangrado en cuadrante superior derecho sin poder definir origen entérico, se realiza laparotomía exploratoria, se encontraron múltiples malformaciones venosas en el intestino delgado, se procedió a realizar resección intestinal de yeyuno e ileon proximal. Se realiza TAC de cerebro y valoración por Dermatología sin lesión extra intestinal. Sin embargo, el paciente experimentó evolución desfavorable, con inestabilidad hemodinámica y falleció a las 48 horas del procedimiento.

Resultados: La patología de la pieza resecada mostró la presencia de espacios y luces vasculares repletas de sangre en la submucosa, capa muscular y subserosa, con trombosis focal y organización, consistente con diagnóstico de hemangioma cavernoso

Conclusiones: Este caso destaca por la infrecuencia del síndrome del nevus azul sin manifestaciones cutáneas y síntomas gastrointestinales como única forma de presentación. Es importante considerar esta entidad en pacientes con sangrado gastrointestinal, cuando causas prevalentes fueron descartadas. La evaluación de lesiones gastrointestinales incluye cápsula endoscópica, Enteroscopia y angiografía. La cápsula endoscópica es la opción de primera línea por ser no invasivo con alta localización del sitio de sangrado. El tratamiento debe individualizarse según el número, ubicación, tamaño de lesiones y condición clínica del paciente, priorizando intervenciones endoscópicas para limitar la hemorragia, reservando la cirugía para pacientes con mala evolución y alto requerimiento de transfusión de sedimento globular.

PÓSTER

Código: 0053

TASA DE DETECCIÓN DE ADENOMAS EN DIFERENTES GRUPOS ETARIOS

Modalidad: Resúmenes Científicos - E

Unidad Temática: b) ENDOSCOPIA DIGESTIVA 1. Endoscopia Diagnóstica • Colon

RÍOS MIRANDA, Natalia Lorena | DORADO, Fernanda | BILDER, Hugo German | PEREZ TAPIA, Francisco Javier

SANATORIO DUPUYTREN

Introducción: De acuerdo a publicaciones de la Organización mundial de la salud (OMS), el Cáncer Colorrectal (CCR) representa un problema de salud pública a nivel mundial, representando la segunda causa de muerte por cáncer. Existe evidencia, aunque escasa en nuestro medio, de que entre el 10% y 12% de los cánceres colorrectales son diagnosticados en personas menores a 50 años.

Objetivos: Evaluar la tasa de detección de adenomas en diferentes intervalos de edad.

Material (pacientes) y métodos: Se analizaron colonoscopias realizadas a pacientes adultos, ambulatorios, con indicación de pesquisa de CCR, en el período que abarca desde junio de 2021 a junio de 2022. Las características de los pacientes y del estudio fueron registradas en un software específico con los siguientes datos: edad, sexo y escala de Boston. Fueron excluidos aquellos pacientes menores de 18 años. Los pólipos resecados se evaluaron de acuerdo a su histología incluyendo solo a adenomas y adenocarcinomas. Los pacientes se dividieron en dos grupos: mayores de 50 años y menores a 50 años.

Resultados: Durante el período comprendido entre junio de 2021 a junio de 2022 se analizaron 942 colonoscopias realizadas a pacientes que asistieron por indicación de pesquisa de cáncer colorrectal. El 53,4% de la población estudiada fue de sexo femenino (n: 503) y la edad promedio fue de 56.5 años (DS=13.1). El 75.8% (714) presentó una adecuada limpieza colónica, considerando como tal aquellas con un puntaje mayor o igual a 6 en la escala de Boston. En el 17,2% (n=161) de los pacientes de reseccion pólipos, siendo, el 97.5% (n=157) adenomas y el resto adenocarcinomas (n=4). Los pacientes menores a 50 años representaron el 38,1% (n=359) de la muestra, donde el 53,8% (n= 193) fue sexo femenino. La escala de Boston fue mayor o igual a 6 en el 75,5% (n=271) de los pacientes estudiados. En el 12,5% (n= 45) se realizó polipectomía con envío de muestra para análisis anatomopatológico, con hallazgo de adenomas en el 95,6% (n= 43) y adenocarcinoma en el 4.4% (n=2). Realizando una comparación en la muestra estudiada, entre pacientes menores y mayores de 50 años se evidenció una diferencia estadísticamente significativa ($p < 0,01$) a favor de estos últimos para hallazgo de lesiones adenomatosas.

Conclusiones: La tasa de detección de adenomas en los pacientes estudiados menores a 50 años fue de 12.5% y de 20.1% en los pacientes con 50 o más años. Este hallazgo, en la tasa de detección de adenomas en pacientes menores a 50 años - 12.5% - (1 adenoma por cada 8 pacientes estudiados) podría ser relevante para realizar estudios posteriores que incluyan una muestra con un mayor número de pacientes para de esa manera validar los resultados de este estudio y realizar, en caso de ser necesario, cambios en la edad recomendada para el inicio de pesquisa de cáncer colorrectal.

PÓSTER

Código: 0102

DRENAJE DE PSEUDOQUISTE PANCREÁTICO MEDIANTE CISTOGASTROSTOMIA

Modalidad: Casos Clínicos - E

Unidad Temática: b) ENDOSCOPIA DIGESTIVA 2. Endoscopia Terapéutica • Ecoendoscopia

BUTHAY, Natalia Belén | SALCEDO PERNETT, Andres Felipe | OLMOS, Juan Ignacio | GONZÁLEZ BALLERGA, Esteban

HOSPITAL DE CLINICAS JOSE DE SAN MARTIN

Introducción: Las colecciones pancreáticas son una complicación frecuente de la pancreatitis aguda o crónica. Las colecciones sintomáticas requieren drenaje; las opciones incluyen enfoques quirúrgicos, percutáneos o endoscópicos. El drenaje por ecoendoscopia (EUS) se ha convertido en la primera línea. Los avances en las estrategias de drenaje endoscópico también han dado lugar a cambios innovadores en los stents específicos que se utilizan para el tratamiento, que incluyen stents de plástico de doble cola de cerdo, stents metálicos autoexpandibles completamente cubiertos y stents metálicos de aposición luminal (LAMS).

Objetivo/s: Describir la resolución de pseudoquiste pancreático mediante ecoendoscopia con LAMS.

Material (pacientes) y métodos: Varón de 41 años de edad, sin antecedentes patológicos, que presenta internación por pancreatitis aguda, presentando en la evolución complicación con pseudoquiste pancreático, el cual se drena por vía percutánea. Presenta evolución tórpida con varias reintervenciones percutáneas sin resolución completa del cuadro luego de 3 meses de tratamiento. Intercurre con cuadro clínico de 10 días de evolución por dolor epigástrico tipo cólico de intensidad 7/10 con irradiación a hipocondrio derecho, asociado a náuseas y vómitos.

Resultados: Laboratorio presenta hipopotasemia leve y amilasa 414 UI/L (95 UI/L VN). Ecografía abdominal y tomografía axial computada (TAC) evidencian imagen quística de 60 x 32 mm en cabeza y cuello de páncreas que contacta con segunda porción de duodeno. Ante este hallazgo y la evolución del paciente se decide realizar interconsulta a nuestro servicio para resolución del caso. Se realiza EUS donde se procede a introducir sistema liberador hot axios a través de pared gástrica, creando comunicación cistogástrica constatando abundante salida de contenido claro, con colapso completo de la cavidad. Posteriormente se realiza TAC de control constatando la ausencia de colección, por lo que se realiza endoscopia con retiro de stent hot axios a los 7 días. Luego de un año de seguimiento no volvió a presentar complicaciones de pancreatitis.

Conclusiones: El drenaje guiado por EUS de pseudoquiste implica la creación de una fístula entre la luz gástrica o duodenal y la colección pancreática. Hoy en día el drenaje ecoendoscópico es la vía de elección por su efectividad. Presentamos un caso en el cual se optó por drenaje percutáneo y luego del fracaso del mismo, se procede a realizar el tratamiento de elección (EUS+LAMS) con rápida resolución del cuadro. El LAMS tiene como ventajas en comparación con otros stents, el despliegue de un solo paso, migración mínima y la mayor capacidad para realizar operaciones endoscópicas como el debridamiento de la colección. La tasa de complicaciones es baja, e incluye sangrado, perforación, infección y complicaciones específicas del stent, incluidas la migración y la oclusión.

PÓSTER

Código: 0225

STENT BILIAR... COMPLICACIÓN DE COMPLICACIÓN

Modalidad: Casos Clínicos - E

Unidad Temática: b) ENDOSCOPIA DIGESTIVA 2. Endoscopia Terapéutica • Hígado, Vías Biliares y Páncreas

DELOSRIÓS, Anahí Ayelén | ROJAS, Germán | OLMOS, Juan Ignacio | D'ALESSANDRO, Marcelo | BORTOT GASTÓN, Lorena | GONZÁLEZ BALLERGA, Esteban

HOSPITAL DE CLINICAS JOSE DE SAN MARTIN

Introducción: La litiasis vesicular sintomática tiene una prevalencia del 10% y su complicación más frecuente es la coledocolitiasis que ocurre hasta en un 20% de los pacientes. El 85%-90% de las coledocolitiasis se resuelven a través de Colangiopancreatografía Endoscópica Retrógrada (CPRE). En el 10%-15% presentan Litiasis Coledociana Dificultosa (LCD) ya sea por el tamaño o la forma de la litiasis. En los casos de extracción incompleta del lito, se coloca stent, usualmente de plástico, para aliviar la obstrucción, antes de un segundo intento de extracción por CPRE o cirugía. De las complicaciones asociadas a la presencia del stent plástico, la colangitis es la principal, seguida por la migración del mismo hacia el duodeno o conducto biliar, cuya frecuencia es del 1,7 al 10%. La tasa de éxito de extracción endoscópica de un stent migrado es del 80 al 90%. Un complejo stent-cálculo (CSC) es una rara complicación de la colocación a largo plazo de stents biliares plásticos. En los CSC se forman cálculos alrededor del extremo proximal del stent, lo que dificulta la extracción endoscópica. Las opciones terapéuticas para las LCD incluyen técnicas quirúrgicas o endoscópicas. La litotricia asistida por colangioscopia se ha informado como una técnica eficaz y segura.

Objetivo/s: Presentar caso de extracción endoscópica exitosa de un CSC mediante litotricia guiada por colangioscopia.

Material (pacientes) y métodos: Varón de 75 años diabético, obeso, coledocolitiasis aguda leve con requerimiento de CPRE + stent plástico por LCD. Tras no realizar controles por 4 años reingresa con colangitis severa. Al efectuar CPRE la colangiografía evidencia coledoco de 20 mm de diámetro con múltiples litos, el más representativa de forma rectangular de 15x18 mm junto a la migración interna de stent previo. Se realiza colangioscopia (SpyGlass SD) observando fragmento del stent plástico migrado rodeado por litiasis gigante de aspecto rectangular, hallazgo definido como CSC. Se realiza Litotricia laser fragmentando el lito, liberando así el stent, el cual se extrae con canastilla a través de colangioscopia. Finalmente, se extraen los restos del cálculo.

Resultados: Paciente evoluciona asintomático, siendo externado a las 48 horas.

Conclusiones: La coledocolitiasis gigante dificultosa representa un desafío terapéutico. La colangioscopia debe considerarse como una técnica de primera línea, ya que reduce la necesidad de tratamientos en serie o más invasivos. La extracción endoscópica de un complejo de stent-cálculo es difícil, y la extracción forzada de un gran complejo stent-cálculo puede causar lesión papilar o perforación biliar. Sin embargo, la cirugía para CSC es altamente invasiva. Por ello consideramos que la litotricia guiada por colangioscopia es la terapéutica de elección por su efectividad en el manejo de la litiasis coledociana dificultosa.

PÓSTER

Código: 0089

EXPERIENCIA EN EL USO DE ULTRASONIDO ENDOSCÓPICO EN UN HOSPITAL DE ALTA COMPLEJIDAD

Modalidad: Resúmenes Científicos - E

Unidad Temática: b) ENDOSCOPIA DIGESTIVA 1. Endoscopia Diagnóstica • Ecoendoscopia

PÉREZ PRADA, Madelyn | CORDERO, Hernán

HOSPITAL MILITAR CENTRAL CIRUJANO MAYOR DR. COSME ARGERICH

Introducción: La ecoendoscopia es una combinación de endoscopia y ecografía, que se utiliza para el diagnóstico, estadificación y terapéutica de lesiones en el tracto gastrointestinal y órganos accesibles desde la luz del mismo.

Objetivo/s: Describir la experiencia en el uso de ultrasonografía endoscópica en el servicio de gastroenterología de un hospital de alta complejidad, entre marzo del 2020 a marzo del 2023.

Material (pacientes) y métodos: Estudio observacional, descriptivo, retrospectivo, que incluyó a todos los pacientes a quienes se realizó ecoendoscopia entre marzo del 2020 a marzo del 2023. Se recolectaron datos de las historias clínicas y base de datos de Anatomía Patológica; para el análisis estadístico de los datos se utilizó la plantilla de cálculos de Microsoft Excel.

Resultados: Se realizó ecoendoscopia a 179 pacientes; 50,8% fueron mujeres y 59,2% hombres. El promedio de edad fue 64,9 años. La principal causa de indicación fueron tumores de páncreas y quistes de páncreas en 11,1%. En 97,2% de los estudios se usó el equipo lineal. El diagnóstico ecoendoscópico más frecuente fue tumor de páncreas (29,9%). Se tomó muestra de tejido para biopsia o análisis físico químico de líquido de quiste en 54,7% de los estudios, de ellos 94,8% se realizó con aguja FBN tratándose principalmente de tumores y quistes pancreáticos, siendo calibre 22 de aguja el más utilizado con un 76,3%. La cantidad de pases más frecuente para obtener una muestra fueron 2 (31,1%). Hubo patólogo en sala en 61,2% casos. Se indicaron antibióticos en 14,5% de los pacientes. Hubo complicaciones en 2,7% casos, la pancreatitis aguda fue la más frecuente. Se realizó terapéutica en 19% estudios, siendo más frecuente la colocación de stent biliar. El principal diagnóstico anatomopatológico fue adenocarcinoma de páncreas (41,8%) y el rédito diagnóstico de la toma de muestras fue de 87,7%. Se encontraron quistes pancreáticos en 11,7% pacientes, ubicándose en la cabeza del páncreas el 48%. En cuanto a criterios de preocupación y resección, en 38% de casos el quiste medía más de 3 cm, 23,8% tenía nódulos murales > a 5 mm, 19% dilatación del Wirsung > a 5 mm, 14% atrofia pancreática, 9,5% pared engrosada y componente sólido respectivamente y hubo infadenopatías en 4,7%. Se analizó la glucosa intraquística siendo > a 50 mg/dl en 14,3% de los casos y en 9,5% < a 50 mg/dl. El CEA intraquístico fue > a 192 ng/ml en 4,8% de los casos y < a 192 ng/ml en 19%. Al clasificar el tipo de quiste, en 28,5% de casos no se pudo diferenciar entre neoplasia quística serosa o mucinosa, las neoplasias quísticas serosas fueron el 19%, las neoplasias quísticas mucinosas 9,5%, las IPMN tipo II representaron el 19%, las IPMN mixtos el 9,5%, y la neoplasia pseudopapilar sólida 9,5%.

Conclusiones: La ecoendoscopia desempeña un papel crucial en el diagnóstico, estadificación y seguimiento de diversas enfermedades, proporcionando información precisa que orienta a la toma de decisiones clínicas, aumentando la certeza diagnóstica y favoreciendo el manejo terapéutico de los pacientes.

PÓSTER

Código: 0252

RIESGOS ERGONÓMICOS Y SUS EFECTOS SOBRE LA SALUD DEL PERSONAL DEL CENTRO RADIOLÓGICO Y ENDOSCÓPICO CERID

Modalidad: Resúmenes Científicos - E

CERID

Introducción: Los riesgos ergonómicos se relacionan con la dinámica del cuerpo y su interacción con el espacio de trabajo, características que hacen que se generen efectos en la salud de los trabajadores y que frecuentemente se convierten en problemas musculoesqueléticos lo cual puede complicar el bienestar del individuo y su rendimiento en el trabajo. **Objetivo:** determinar los riesgos ergonómicos y sus efectos sobre la salud del personal del Centro Radiológico y Endoscópico CERID. **Metodología:** estudio no experimental, observacional, descriptivo, prospectivo con enfoque cualitativo, se trabajó con 9 profesionales del Centro Radiológico y Endoscópico CERID. **Resultados:** el 77,78% fueron mujeres, la edad más frecuente fue de 20 a 35 años, la mayoría fueron licenciadas de enfermería, médicos generales y gastroenterólogos, el 55,56% tenía menos de 5 años en sus funciones. Las respuestas afirmativas para los riesgos ergonómicos fueron en menor porcentaje para la altura acorde a las dimensiones del cuerpo y la superficie de trabajo. El 33,33% refirió la postura de columna vertebral inclinada y brazos flexionados como la más repetitiva. El 33,33% presentó molestias en la espalda. **Conclusiones:** los trabajadores del CERID presentan trastornos musculoesqueléticos relacionados con la identificación de riesgos ergonómicos como son las posturas y la relación del cuerpo con el espacio de trabajo, donde se evidencia que existen capacitaciones, pero también es necesario que se realicen otras acciones correctivas.

Objetivo/s: Determinar los riesgos ergonómicos y sus efectos sobre la salud del personal del Centro Radiológico y Endoscópico CERID

Material (pacientes) y métodos: 9 profesionales que laboran en el centro radiológico y endoscópico CERID en la ciudad de Portoviejo. Se utilizó una ficha de recolección de datos compuesta por 5 apartados: datos generales, condiciones del lugar de trabajo, posturas adoptadas con mayor frecuencia, actividades preventivas aplicadas, molestias osteomusculares y su frecuencia.

Resultados: Las características generales de los profesionales que fueron parte del estudio se muestran en la Tabla 1, donde se puede evidenciar que hay mayor cantidad de personal femenino con el 77,78%, el grupo de edad de mayor frecuencia fue el de 20 a 35 años con el 44,44%, siendo la media de 41,11, la moda y la mediana de 40. Hay mayor número de licenciadas de enfermería, médicos generales y gastroenterólogos; cuyo tiempo en el puesto de trabajo más frecuente fue el de menos de 5 años en el 55,56% de los casos.

Conclusiones: Los trabajadores en general, y en este caso los trabajadores de la salud los trabajadores del CERID están expuestos a varios riesgos inherentes a sus puestos de trabajo, en este caso el personal evaluado presentó trastornos musculoesqueléticos relacionados con la identificación de riesgos ergonómicos en los que refirieron como uno de los más frecuentes las posturas repetitivas y la relación del cuerpo con el espacio de trabajo. A pesar de existir respuestas afirmativas sobre las capacitaciones, también se evidencia la necesidad real de generar estrategias que permitan que todos estos elementos se conviertan en acciones que permitan mejorar la exposición del personal a estos riesgos, lo cual es un compromiso personal e institucional, a fin de paliar la presencia de enfermedades que compliquen el buen ejercicio de la profesión.

PÓSTER

Código: 0136

GASTROSTOMIA PERCUTANEA ENDOSCOPICA EN PACIENTES CON ESCLEOROSIS LATERAL AMIOTROFICA

Modalidad: Resúmenes Científicos - E

Unidad Temática: b) ENDOSCOPIA DIGESTIVA 2. Endoscopia Terapéutica • Esófago, Estómago y Duodeno

COLQUE, Lorena Vanesa | VITCOPP, Gerardo | HERRERO, Ignacio | GARCES, Raul Ariel | UDABE, María Laura | SARACHO, María Belen | DE ARMAS, María Emilia | CHOQUE, Betty Paola | PORTILLO, Matías Joaquín | RODRIGUEZ, Gabriel

HOSPITAL DE GASTROENTEROLOGIA DR. B. UDAONDO

Introducción: La esclerosis lateral amiotrófica (ELA) es una enfermedad neurodegenerativa de causa desconocida, caracterizada por presentar signos y síntomas de degeneración primaria de las motoneuronas superior e inferior. Evolucionando a un fallo respiratorio entre los 3 y 5 años. La incidencia en Argentina es de 0.49/100.000 habitantes/año, entre los 40 a 70 años, con predominio en el sexo masculino y la forma de inicio espinal. Carece de un tratamiento curativo, su manejo se basa en el tratamiento paliativo del control de los síntomas, como la implantación de gastrostomías percutáneas.

Objetivo/s: El objetivo es demostrar la experiencia en gastrostomía endoscópica percutánea (GEP) en pacientes con ELA realizadas en el grupo de trabajo de cirugía mini-invasiva del hospital público.

Material (pacientes) y métodos: Se realizó un estudio transversal, descriptivo sobre una base de datos retrospectiva de pacientes con GEP y ELA atendidos desde

1 de Enero del 2010 al 31 de Diciembre del 2022. Los indicadores fueron: sexo, edad, tipo de ELA, grado de disfagia en la que se indicó la cirugía, complicaciones postoperatorias, ganancia de peso post cirugía y percepción de mejoría del estado general. Se excluyeron historias clínicas incompletas o con otro diagnóstico. Los pacientes seleccionados fueron de Capital Federal, provincia de Buenos Aires como derivados del Hospital referente en neurología

Resultados: Se evaluaron 57 pacientes, 34 son de sexo femenino (59,65 %) y 23 de sexo masculino (40,35%). Media de 61 años, con un rango entre 30 y 80 años. La variante de ELA más frecuente fue la bulbar (62.5 %). El grado de disfagia con el que se indicó la cirugía es del tipo III (73.7%). Las complicaciones postoperatorias ocurrieron en 9 pacientes (15.7%): 5 (8.8%) por infección del sitio quirúrgico, 3 (5.2%) con extracción involuntaria del catéter de gastrostomía y 1 (1.7%) que óbito al 5° día del procedimiento. De 57 pacientes: 31 (55,5%), obtuvieron una ganancia entre el 1 al 10 % de su peso, 13 (22,2%) mantuvieron el peso y otros 13 (22,2%) disminuyeron entre el 2 al 8%. El último grupo se caracterizó, por el antecedente previo a la cirugía, de una pérdida del 15 al 20% del peso habitual. El 98.2 % de los pacientes perciben una mejoría de su estado general.

Conclusiones: En este estudio, predominó el sexo femenino, de 61 años, con disfagia grado III, las infecciones periostomales y el aumento de peso hasta el 10 % con la mejoría del estado general a pesar del tipo de enfermedad. El tratamiento mini-invasivo para la realización de vías de alimentación para soporte nutricional, impresiona mejorar la calidad de vida independientemente de su forma de inicio y requiere de un tratamiento multidisciplinario.

PÓSTER

Código: 0023

DEHISCENCIA ANASTOMÓTICA COLORECTAL: UN DESAFÍO TERAPÉUTICO

Modalidad: Casos Clínicos - E

Unidad Temática: b) ENDOSCOPIA DIGESTIVA 2. Endoscopia Terapéutica • Colon

MARIÑO CAMACHO, Gabriel Adrian | WONAGA, Andres | ROJAS, Germán

HOSPITAL DE CLINICAS JOSE DE SAN MARTIN

Introducción: La fuga anastomótica es una complicación potencialmente grave que puede ocurrir en el 4 al 26% de las anastomosis colorrectales. Se relacionan con una mayor morbilidad y mortalidad (6 -22%), ostomas permanentes (56%) y se ha vinculado a un peor pronóstico oncológico. Entre los factores de riesgo se destacan: el sexo masculino, score de ASA mayor a 2, antecedente de radioterapia, distancia del tumor al margen anal, experiencia del cirujano, obesidad, alcoholismo, desnutrición, uso de antiinflamatorios no esteroides, cirugía de larga duración, tipo de sutura, anemia y transfusiones. La terapia de vacío endoluminal es una técnica endoscópica, mínimamente invasiva que permite el drenaje y la obliteración de los espacios peri-anastomóticos con una tasa de éxito que varía del 75 al 97%, dependiendo de la precocidad del diagnóstico. Se describe el caso de una paciente de 76 años, obesa, con el antecedente de un adenocarcinoma de recto con anastomosis colorrectal baja y confección de ileostomía de protección, que evoluciona con fuga una anastomótica sintomática que fue exitosamente tratada con una terapia endoscópica de vacío.

Material (pacientes) y métodos: Caso clínico: Mujer de 76 años con antecedente de un adenocarcinoma de recto (T2N1M0) que se trató previamente con radioterapia 4500 cGy y quimioterapia y posterior resección anterior del recto, con colorrecto anastomosis y confección de ileostomía de protección. Posterior al alta, al decimoquinto día postoperatorio refirió dolor abdominal y salida de una secreción purulenta y fétida por el ano, por lo que se decidió su re-internación. En sus parámetros de laboratorio, se destacó anemia normocítica-normocromica (Hb 10,3 g/dl), sin leucocitosis, plaquetas de 287.000 10³/uL, tiempo de protrombina de 100%, INR 0,99, con velocidad de eritrosedimentación y proteína C reactiva normales. Se realizó una TAC de abdomen donde se observó un sutil aumento de la densidad de la grasa mesentérica a nivel de la región del flanco izquierdo, adyacente al colon descendente y aumento de la trabeculación de la grasa mesentérica en región rectal (figura 1). Se le realizó una video rectosigmoidoscopia donde se constató una anastomosis permeable con una dehiscencia mayor a 80mm. (Figura 2). Se evaluaron las diferentes posibilidades terapéuticas con el objetivo primordial de preservar la anastomosis y se optó por un VAC por vía endoscópica, colocando en la cavidad de la dehiscencia un catéter con una esponja de poliuretano en su extremo, conectado a sistema de aspiración negativa continua (Figura 2).

Resultados: Se realizaron sesiones de lavado y de recambio del drenaje cada 72 Hs y en la tercera sesión se documentó la reducción del tamaño de la cavidad y la granulación completa de su tejido por lo que se retiró de manera definitiva. La paciente evolucionó sin dolor abdominal ni secreción por el recto por lo que se otorgó el alta hospitalaria. A los tres meses, se le realizó un control endoscópico donde se observó la indemnidad de la anastomosis y la resolución completa de la dehiscencia y a posteriori se realizó el cierre de la ileostomía de protección.

Conclusiones: La fuga anastomótica es una complicación grave de la cirugía del tubo digestivo y representa un desafío terapéutico que dependerá de las características de la apertura y su repercusión clínica para elegir el tratamiento más adecuado. Entre los recursos mínimamente invasivos la terapia asistida por vacío endoluminal resulta prometedora por alta tasa de éxito, menos complicaciones, rápida recuperación y menor costo.

PÓSTER

Código: 0172

ESTENOSIS ESOFÁGICA: ANÁLISIS DE PREVALENCIA, PRINCIPALES ETIOLOGÍAS Y MÉTODOS ENDOSCÓPICOS DE TRATAMIENTO UTILIZADOS EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL

Modalidad: Resúmenes Científicos - E

Unidad Temática: b) ENDOSCOPIA DIGESTIVA 2. Endoscopia Terapéutica • Esófago, Estómago y Duodeno

LÓPEZ, Melody Gisele | CHAZARRETA, Agustina | BEZZONI, Pablo | MARLETTA, Emilia | GARAVENTO, Leonardo | BALDONI, Fernando | TUFARE, Francisco Mario

HIGA SAN MARTÍN LA PLATA

Introducción: La estenosis esofágica se caracteriza por el estrechamiento del esófago, dificultando el paso de alimentos y líquidos hacia el estómago. En occidente, los estudios epidemiológicos han reportado una prevalencia estimada de aproximadamente 10 a 30 casos por cada 100,000 habitantes. Esta condición puede ser causada por diversas etiologías, como el reflujo gastroesofágico, la ingestión de sustancias corrosivas, esofagitis eosinofílica, acalasia, procedimientos terapéuticos previos, entre otras. Los métodos endoscópicos para su tratamiento son la dilatación: con balón o bujías, cortes con knife, inyección de corticoides, colocación de prótesis o, incluso, cirugía

Objetivo/s: Objetivos primarios: Determinar la prevalencia de la estenosis esofágica y sus principales etiologías en un hospital de tercer nivel. Evaluar los principales métodos endoscópicos de tratamiento utilizados en un hospital de tercer nivel. Objetivos secundarios: Evaluar tasa de estenosis refractaria y recurrente. Describir la localización esofágica más frecuente. Describir la necesidad de tratamientos únicos o combinados.

Material (pacientes) y métodos: Estudio retrospectivo, descriptivo en el cual se incluyeron todos los pacientes con estenosis esofágicas que fueron atendidos en un hospital de tercer nivel, a los cuales se les realizó una videoendoscopia digestiva alta, desde enero de 2017 hasta marzo de 2023

Resultados: Se incluyeron 97 pacientes, de los cuales 60,82% fueron de sexo masculino (n: 59), con un promedio de 61,5 años de edad, y se calculó la prevalencia de estenosis esofágica siendo de 0,87%. Las principales etiologías de las mismas fueron la orgánica (45,36%), péptica (17,52%) y post quirúrgica (11,34%), con un 18,55% de etiologías no conocidas. Del total de causas, las benignas representaron el 54,64%. La localización más frecuente de estenosis esofágica fue a nivel del tercio superior del esófago (41,23%), seguida del tercio medio (37,11%) e inferior (21,64%). Los métodos de terapéutica endoscópica utilizados fueron la dilatación con balón y bujías, cortes con knife, inyección de triamcinolona, inyección de mitomicina C y prótesis metálicas. El total de estenosis recurrentes fue de 25,77% y de estenosis refractarias 9,27%

Conclusiones: En este estudio se describen aspectos como la prevalencia, etiologías más frecuentes y métodos endoscópicos de tratamiento, así como la tasa de recurrencia y refractariedad de las estenosis esofágicas en un hospital de tercer nivel. Los resultados obtenidos revelan una prevalencia de 0,87%, siendo las principales causas de etiología las benignas. Se utilizaron distintos métodos endoscópicos, siendo el más empleado la dilatación con balón. Dichos hallazgos podrían apoyar el abordaje individualizado de esta patología según la etiología y otras características de la estenosis. Asimismo, se observó una tasa significativa de estenosis recurrentes y refractarias, por lo que se deberían considerar estrategias terapéuticas adicionales para su resolución.

PÓSTER

Código: 0106

COMPLICACION EN DRENAJE ECOGUIADO DE COLECCIÓN PANCREÁTICA INFECTADA: REPORTE DE CASO EN UN CENTRO PUBLICO DE TERCER NIVEL DE ARGENTINA

Modalidad: Casos Clínicos - E

Unidad Temática: b) ENDOSCOPIA DIGESTIVA 2. Endoscopia Terapéutica • Ecoendoscopia

CHUMACERO, Cecilia | GULLINO, Lorenzo | REDONDO, Agustina | BALDONI, Fernando | TUFARE, Francisco Mario

HIGA SAN MARTÍN LA PLATA

Introducción: el drenaje guiado por ecoendoscopia del walled of necrosis (WON) pancreático infectado a través de prótesis transmural es en la actualidad la modalidad terapéutica elegida cuando el tiempo de evolución de la pancreatitis aguda es mayor a 4 semanas. Las prótesis metálicas de aposición luminal (LAMS) son las de elección, recomendadas por su baja dificultad técnica para la liberación, bajo riesgo de migración y menor tiempo de procedimiento. Las tasas de resolución reportadas son del 94% y las tasas de eventos adversos hasta del 6,8%, dividiéndose en tempranos y tardíos según el tiempo desde su colocación. Los tempranos ocurren en el 5-10% dentro de las 48 horas siendo el más frecuente la infección (3%). Otros menos frecuentes son hemorragia (1,6%) y perforación (0,6%). Sobre el mal posicionamiento de la prótesis sólo existen reportes de casos, en su mayoría relaciona-

dos a drenajes biliares ecoguiados. La resolución endoscópica recomendada es la técnica de prótesis sobre prótesis. Los eventos adversos tardíos son los de mayor incidencia: oclusión del LAMS (29,5%), migración (5,9%), síndrome de enterramiento y sangrado, menos frecuentes.

Objetivo/s: presentación de un reporte de caso de drenaje por ultrasonido endoscópico de WON utilizando LAMS, complicada con mal posicionamiento de la prótesis durante la inserción y resolución del mismo.

Resultados: paciente de 65 años con diagnóstico de pancreatitis aguda necrotizante severa de origen biliar complicada con colección pancreática. A los 15 días intercurrió con fiebre y leucocitosis, por lo que se realizó imagen que evidenció formación pancreática hipodensa desde cuello hacia porción caudal del páncreas midiendo 17 cm por 10 cm, extendiéndose al espacio parietocólico izquierdo, con burbujas aéreas en su interior. Se interpretó dicho cuadro compatible con WON infectado y en conjunto con el servicio de diagnóstico por imágenes y cirugía general se decidió realizar drenaje percutáneo transgástrico de 12F. La paciente persistió febril por lo que se decide, dado el tiempo de evolución ya mayor a 4 semanas, realizar step-up de abordaje y combinar drenaje ecoguiado de la colección mediante LAMS. Se realizó ecoendoscopia lineal multifrecuencia 5-10 MHz Pentax-Hitachi Avius®, observando la presencia de catéter percutáneo en colección de 5 cm, en íntimo contacto con pared gástrica sin vasos interpuestos (correcta ventana). Se retiró dicho catéter colocando posteriormente Hot Axios® de 15 mm x 10 mm, evidenciando abundante material purulento en cavidad gástrica. Se realiza durante el procedimiento dilatación con balón CRE de 10 mm intraprótesis observando mucosa intestinal interpuesta. Se progresó hasta tercera porción duodenal visualizando la prótesis transversal a asa intestinal. Se interpretó dicha imagen como trasposición de asa entre cavidad gástrica y colección. La paciente posterior al procedimiento evolucionó de forma favorable, asintomática y estable. Se realizó tomografía control visualizándose prótesis correctamente colocada, sin líquido libre, signos de perforación ni neumoperitoneo. Se continuó con antibioterapia y soporte de alimentación (acceso parenteral). A las 3 semanas de colocada la prótesis, con mejoría clínica y resolución completa por imágenes, se retiró prótesis con éxito, sin evidencia de complicaciones inmediatas. En tercera porción duodenal, se observó orificio fistuloso sin drenaje significativo, que impresionó comunicar con la colección.

Conclusiones: presentamos un reporte de mal posicionamiento de LAMS en el abordaje terapéutico de WON. Al ser un evento adverso muy infrecuente, su reporte es muy valioso para, en caso de encontrarse ante este escenario, evaluar las distintas formas de resolución por las que se optaron en estos casos.

PÓSTER

Código: 0147

CPRE TRANSGÁSTRICA ASISTIDA POR LAPAROSCOPIA EN PACIENTE CON BYPASS GÁSTRICO – REPORTE DE CASO

Modalidad: Casos Clínicos - E

Unidad Temática: b) ENDOSCOPIA DIGESTIVA 2. Endoscopia Terapéutica • Hígado, Vías Biliares y Páncreas

SEQUEIRA, Luis Agustín | GARCÍA ALLENDE, Leonardo | RASTELLI, Laureano | LABORDA MOLTENI, Jorge | FIOLO, Eduardo | TONN, Federico

HOSPITAL PRIVADO DE LA COMUNIDAD

Introducción: INTRODUCCIÓN: La obesidad es un problema de salud pública que afecta mundialmente a más de 600 millones de personas. La cirugía bariátrica constituye una herramienta efectiva para su manejo y la derivación gástrica en Y-de-Roux (bypass gástrico) es una de las estrategias disponibles. Debido al rápido descenso de peso, estos pacientes presentan riesgo aumentado de coledolitiasis y por ende de coledocolitiasis y sus complicaciones. La alteración anatómica posquirúrgica dificulta la realización de una CPRE convencional, por lo que diversos métodos se han descrito para facilitar el acceso a la vía biliar: cirugía, drenaje percutáneo, CPRE asistida por enteroscopia, CPRE transgástrica asistida por ultrasonido endoscópico (EDGE), CPRE transgástrica asistida por laparoscopia.

Objetivo/s: OBJETIVO: Presentar la resolución endoscópica asistida por laparoscopia de coledocolitiasis en un paciente con antecedente de bypass gástrico.

Material (pacientes) y métodos: CASO CLÍNICO: Paciente femenina de 54 años con antecedentes de diabetes mellitus tipo 2 y bypass gástrico en 2016. Consultó en marzo de 2023 por dolor abdominal tipo cólico. Se realizó ecografía abdominal evidenciando microlitiasis vesicular múltiple. Se programó colecistectomía laparoscópica advirtiendo en colangiografía intraoperatoria litiasis única a nivel de conducto hepático común que no se logra remover por vía transcística. Se realiza colecistectomía, posterior gastrotomía y colocación de trocar de 15 mm para pasaje de duodenoscopia. Se realiza CPRE por dicha vía con esfinteropapilotomía y extracción de un lito con balón extractor. El procedimiento fue bien tolerado y la paciente es dada de alta a las 24 horas.

Resultados: DISCUSIÓN: La complejidad para realizar una CPRE en pacientes con bypass gástrico se debe a la longitud del asa intestinal y la tortuosidad para alcanzar la papila con endoscopios tradicionales. Diferentes técnicas endoscópicas se han descrito: la CPRE asistida por enteroscopia es comúnmente utilizada pero con tasas de éxito técnico y clínico relativamente bajas (71,4% y 58,7%). El EDGE tiene alta tasa de éxito técnico y clínico (95,5% y 95,9%) pero con una mayor tasa de complicaciones (21,9%) y requiere experiencia en ultrasonido endoscópico y colocación de stents metálicos de aposición luminal. La CPRE asistida por laparoscopia tiene similar tasa de éxito técnico y clínico (95,3% y 92,9%) con similar tasa de

complicaciones (17.4%), requiere de una adecuada coordinación del equipo médico tratante y se indica en el contexto de una colecistectomía concomitante, durante una urgencia o cuando otros métodos han fallado.

Conclusiones: CONCLUSIÓN: La realización de CPRE en pacientes con bypass gástrico es técnicamente compleja y existen diversas estrategias para su resolución. La elección de cada una de ellas dependerá de la experiencia del centro, disponibilidad de instrumental y características del paciente. La CPRE asistida por laparoscopia es una opción segura y efectiva de elección en aquellos pacientes que también requieren colecistectomía.

PÓSTER

Código: 0142

UN PLASMOCITOMA, NO TAN SOLITARIO

Modalidad: Casos Clínicos - E

Unidad Temática: b) ENDOSCOPIA DIGESTIVA 1. Endoscopia Diagnóstica • Esófago, Estómago y Duodeno

ÁLVAREZ, Augusto | ONETO, Natalia | RIU, María Cecilia | MARUELLI, Silvina

HOSPITAL CHURRUCA-VISCA

Introducción: El plasmocitoma solitario gástrico (PSG) es una entidad que forma parte de las neoplasias de células plasmáticas. De estas menos del 5% se encuentran por fuera de la médula ósea y dentro de este grupo, el 80% se encuentra en el tracto aerodigestivo. Por lo cual el PSG es una rara variante de las neoplasias de células plasmáticas. Histológicamente presenta proliferación monoclonal de células plasmáticas, típicamente productoras de inmunoglobulinas. Suele ser oligosintomático y su hallazgo es fortuito. Presenta baja tasa de progresión a mieloma múltiple y buena respuesta al tratamiento local con resección o radioterapia.

Objetivo/s: Presentamos un caso de plasmocitoma solitario en estómago, dado su rareza.

Material (pacientes) y métodos: Varón de 52 años, sin antecedentes médicos de relevancia con buen estado funcional. Consulta por anemia ferropénica sin estigmas de sangrado gastrointestinal, ni síntomas digestivos. Se realiza videocolonoscopía, que evidencia colopatía diverticular. En la videoendoscopia digestiva alta (VEDA) presenta debajo de cisura angularis, área de 10-15 mm de mucosa erosionada, friable y sangrante al roce del endoscopio, se realizan biopsias de la lesión y para helicobacter pylori (HP). Por histología HP positivo y a nivel de la lesión, expansión de la lámina propia por abundantes plasmocitos de características maduras, CD138+ y CD79a+, con positividad para cadenas Kappa y negatividad para cadenas Lambda. Para continuar el estudio del paciente se realiza: laboratorio con calcemia, función renal, proteína c reactiva y beta 2 microglobulina normales; hipergammaglobulinemia policlonal con cadenas livianas libres Kappa y Lambda en sangre y orina dentro de los valores normales. Una punción aspiración médula ósea, cuyos resultados fueron normales. Tomografía por emisión de positrones negativo para áreas de patología infiltrativa o neoplásica.

Resultados: Se inicia tratamiento erradicador para HP con esquema cuádruple clásico con bismuto (tetraciclina, metronidazol, bismuto y esomeprazol). Se realiza VEDA control sin lesión residual con biopsia para HP negativas.

Conclusiones: El plasmocitoma solitario gástrico es una entidad con baja prevalencia. No existe una asociación clara entre PSG y HP, solo hay reporte de casos, aunque cuando se lo encuentra se sugiere la erradicación de HP. Es importante llevar a cabo endoscopias de buena calidad para obtener diagnósticos precisos, sobre todo cuando nos encontramos frente a lesiones poco sugestivas.

PÓSTER

Código: 0168

“ESÓFAGO DE BARRET EN PACIENTE CON VÁRICES ESOFÁGICAS: DILEMA DIAGNÓSTICO Y TERAPÉUTICO”

Modalidad: Casos Clínicos - E

Unidad Temática: b) ENDOSCOPIA DIGESTIVA 2. Endoscopia Terapéutica • Esófago, Estómago y Duodeno

CROCCI, Evelin Mariel | GUZMÁN, Guido | SALGADO ROSADO, Walter | UDABE, María Laura | DULCICH, Florencia | CARAVAGLIA, Gustavo Leonel | ROMERO, Gustavo | ROCCA, Andres

HOSPITAL DE GASTROENTEROLOGÍA DR. B. UDAONDO

Introducción: Se denomina Esófago de Barret (EB) a la metaplasia intestinal columnar con células caliciformes del epitelio esofágico. Afecta al 5% de la población y aumenta el riesgo de adenocarcinoma (ADC). El EB puede ser largo o corto (+/- 3 cm). El diagnóstico se basa en la evaluación endoscópica y la toma de biopsias bajo el protocolo de Seattle para la confirmación histopatológica. El manejo se compone de tres pilares: el tratamiento con inhibidores de la bomba de protones (IBP), la vigilancia endoscópica y el tratamiento de la displasia. Las várices esofágicas son producto del aumento de la presión portal. La hemorragia digestiva alta secundaria a la rotura variceal es de las complicaciones más frecuentes en pacientes cirróticos. El

tratamiento para profilaxis secundaria se basa en la ligadura endoscópica y el uso de betabloqueantes. Hay escasa bibliografía sobre pacientes con ambas patologías, ya que en este contexto el diagnóstico de EB es dificultoso por la posibilidad de rotura de las várices durante la toma de biopsia esofágica. Respecto al tratamiento, el EB sin displasia requiere sólo supresión ácida y monitoreo; el EB displásico generalmente responde a la ablación por radiofrecuencia (RFA) o a la resección endoscópica de la mucosa (REM), pero ambos se asocian con hemorragia y no son opciones de adecuadas para el EB displásico con várices esofágicas. Por esto se plantea realizar tratamiento empírico con ligadura endoscópica, ya que si la estrangulación variceal es lo suficientemente profunda, podría desprender la capa mucosa. Otra opción es la derivación portosistémica intrahepática transyugular (TIPS) para reducir la presión portal y luego realizar tratamientos convencionales de EB como RME o ARF. Una tercera opción es la erradicación de várices esofágicas con ligadura y, si el RIN y las plaquetas se encuentran en rango seguro, realizar RDF o RME. Sin embargo la bibliografía y casos descritos no son concluyentes.

Objetivo/s: Presentación de un caso clínico poco frecuente con dificultad diagnóstica y terapéutica.

Material (pacientes) y métodos: Paciente femenina de 50 años con antecedentes de cirrosis por enol descompensada en dos oportunidades por hemorragia digestiva alta variceal, en tratamiento con banding y carvedilol, con seguimiento errático por mala adherencia. Se realiza Videoendoscopia digestiva alta (VEDA) en contexto de control, en la que se observan cordones varicosos grandes y mucosa de aspecto asalmonado con islotes de mucosa sana interpuesta, interpretándose como sospecha de EB endoscópico con una clasificación de Praga C10M0. Se prioriza el tratamiento de las várices y se colocan 6 bandas. Se realiza un nuevo control a los 21 días, con evidencia de cordones varicosos grandes, mucosa asalmonada y úlceras post banding. Se decide realizar toma de biopsia en el límite superior del cambio de coloración de la mucosa, no se cumple con el protocolo de Seattle por el riesgo de lesión variceal. La anatomía patológica resulta compatible con mucosa de unión escamo-columnar de tipo intestinal completa, negativo para displasia. Se discute en comité, inicia tratamiento con IBP y se decide realizar ligadura endoscópica para la erradicación del EB y las várices esofágicas. Actualmente continúan las sesiones de banding.

Conclusiones: En nuestra paciente, al igual que en la escasa bibliografía hallada, fue dificultosa la toma de biopsias para el diagnóstico histológico de EB, sin poder cumplir con el protocolo actualmente aceptado por la comunidad científica. Por esto, cabe plantear en estos casos, la posibilidad de displasia no documentada y, así, el tratamiento empírico de la misma. Durante la revisión bibliográfica la ligadura endoscópica parecería un tratamiento efectivo y seguro en EB corto, no hay datos sobre EB largo.

PÓSTER

Código: 0186

EXPERIENCIA EN USO DE HEMOSPRAV EN UN CENTRO DE TERCER NIVEL COMO TERAPÉUTICA DE UNA CAUSA INFRECUENTE DE HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA

Modalidad: Casos Clínicos - E

Unidad Temática: b) ENDOSCOPIA DIGESTIVA 2. Endoscopia Terapéutica • Esófago, Estómago y Duodeno

SOLDANO MALVAR, Florencia | MAHLER, Manuel | PEREZ, Tomas Manuel | MANCINI, María Del Pilar | GONZALEZ, María Laura | ABECIA, Victor | MARCOLONGO, Mariano

HOSPITAL ITALIANO DE BUENOS AIRES

Introducción: La gastropatía isquémica es un evento infrecuente y poco descrito en la bibliografía. A su vez, la hemorragia digestiva como forma de presentación es atípica. El tratamiento endoscópico de la hemorragia activa por gastropatía isquémica es desafiante, por presentarse en forma difusa sin un sitio claro de sangrado. En este aspecto es donde el polvo hemostático resulta una herramienta terapéutica útil para el control del sangrado.

Objetivo/s: Describir la experiencia del uso de Hemospray en un centro de tercer nivel como terapéutica alternativa ante sangrados de etiología poco frecuente y su rol como puente para tratamientos definitivos posteriores.

Material (pacientes) y métodos: Paciente masculino de 60 años, con antecedentes de hipertensión portal por cavernoma de la porta y de adenocarcinoma pancreático Estadio II B, tratado con radioterapia y quimioterapia, derivación biliodigestiva en Y de Roux (gastroenteroanastomosis y hepaticoyeyunoanastomosis), esplenectomía y desvascularización gástrica secundaria a complicaciones hemorrágicas. Luego de 5 años de la última cirugía, presenta hemorragia digestiva evidenciada por melena y hematemesis con descompensación hemodinámica. Posterior a maniobras de reanimación con vasopresores y hemoderivados se realiza VEDA donde se observa sobre curvatura mayor coágulo fresco rojo rutilante que se aspira observando área circunscrita de mucosa con edema, friable, congestiva con depósitos de fibrina y sangrado en napa profuso en forma difusa. Se realiza lavado minucioso del área observando cese de sangrado y en el mismo acto coagulación con polvo hemostático. El paciente evoluciona de manera favorable realizándose nueva VEDA control donde se observó, marcada mejoría del área previamente afectada con mucosa pálida, disminución de pliegues y petequiado subepitelial, se tomaron biopsias que informaron mucosa oxíntica conservada, ausencia de actividad inflamatoria en lámina propia. Luego de 3 meses de seguimiento no presentó nuevos episodios de hemorragia digestiva.

Resultados: En nuestro caso optamos por realizar coagulación con polvo hemostático. El mismo ha demostrado ser un complemento efectivo, a las alternativas existentes para el tratamiento endoscópico de la hemorragia digestiva. Dentro de las ventajas que tiene el polvo hemostático se encuentran la simplicidad de su uso, la practicidad, el acceso a lesiones de difícil localización y el poder tratar grandes áreas en una sola sesión. El polvo hemostático resultó ser eficaz en el control inmediato de la hemorragia digestiva tumoral. La hemostasia inmediata fue alcanzada en el 90-100% de los casos con una tasa de resangrado del 20%. En esta patología, al igual que en nuestro caso el sangrado, es de difícil manejo y no siempre se logra la hemostasia por ser la misma difusa, sin sitio específico de sangrado y asentar sobre un tejido friable. Por las características del sangrado en la gastropatía isquémica, el polvo hemostático resulta muy útil para conseguir la hemostasia inmediata y también sirve como puente para otros tratamientos posteriores.

PÓSTER

Código: 0254

MANEJO DEL SANGRADO DIGESTIVO REFRACTARIO A TRATAMIENTO ENDOSCÓPICO Y BAJA RESPUESTA A TRATAMIENTO SISTÉMICO EN PACIENTE CON TELANGIECTASIA HEMORRÁGICA HEREDITARIA

Modalidad: Casos Clínicos - E

Unidad Temática: b) ENDOSCOPIA DIGESTIVA 4. Endoscopia Miscelánea

PÍA SICOLI, Adrián Omar | TOPOR, Iván Nicolás | GONZALEZ, María Laura | MARCOLONGO, Mariano | SERRA, Marcelo

HOSPITAL ITALIANO DE BUENOS AIRES

Introducción: La Telangiectasia hemorrágica hereditaria (HHT) es un trastorno genético autosómico dominante que se caracteriza por telangiectasias cutáneo mucosas, epistaxis y malformaciones vasculares en órganos como SNC, pulmones, hígado y tracto digestivo (TD). Su incidencia se estima en 1/5000 habitantes. El 80% pueden presentar telangiectasias digestivas, pero el 25-30 % presentan sangrado. El tratamiento endoscópico con plasma argón representa la primera opción. Cuando es refractario al tratamiento local, se recomienda el tratamiento sistémico. El bevacizumab (anti VEGF) presenta una alta tasa de respuesta siendo de primera línea.

Objetivos: Presentar una paciente con afectación digestiva severa por HHT que presentó refractariedad progresiva al tratamiento con bevacizumab

Material (pacientes) y métodos: Presentamos a una paciente de 37 años de edad con HHT1 (ENG c.1243C>T; variante p.Gln415Ter (rs1343053876) con compromiso nasal, mucocutáneo, cerebral, hepático, pulmonar y digestivo, con antecedentes de sangrado digestivo severo con requerimientos transfusionales elevados (2-3 unidades/mes) y epistaxis leve/moderada. Por presencia de múltiples y difusas telangiectasias sangrantes en todo el TD (fig1) se realizaron sucesivos tratamientos endoscópicos (coagulación con plasma de argón) sin respuesta. Fue tratada simultáneamente con ácido tranexámico y Bevacizumab (5 mg/kg por 6 dosis y luego cada 1-3 meses durante 7 meses) con corta respuesta inicial. Se rotó a Pazopanib (dosis creciente hasta 300 mg/día durante 6 meses) por ser refractaria a todos los tratamientos. Tras el tratamiento se realizaron endoscopia alta, baja y endocapsula que mostraron la misma afectación difusa. Inició tratamiento con Octreotide y Talidomida 75 mg durante 60 días sin mejoría. Decidimos reintroducción con Bevacizumab (5 mg/kg por 6 dosis).

Resultados: Tras la primera dosis, la paciente informó de una disminución significativa del sangrado evidente, asociada a un aumento notorio de los niveles de hemoglobina y de las reservas de hierro (tab.1). A pesar de ello durante su evolución, intermitentemente presentó eventos de hemorragia digestiva significativos por lo cual se incrementó la dosis de Bevacizumab y su frecuencia de aplicación. Actualmente se encuentra con menor requerimiento de hierro.

Conclusiones: Existen datos limitados sobre los pacientes que no han conseguido controlar su sangrado con Bevacizumab o Pazopanib. Algunos pacientes refractarios al bevacizumab podrían volver a ser inducidos tras un período de tiempo indefinido. En estos pacientes podría producirse un fenómeno de taquifilaxia. El sangrado digestivo en la HHT sigue representando un reto, por lo que deben investigarse nuevas alternativas a los mejores tratamientos actualmente disponibles.

PÓSTER

Código: 0008

COINFECCIÓN POR CITOMEGALOVIRUS Y STRONGYLOIDES STERCORALIS: UNA CAUSA POCO FRECUENTE DE ÚLCERAS INTESTINALES

Modalidad: Casos Clínicos - E

Unidad Temática: b) ENDOSCOPIA DIGESTIVA 1. Endoscopia Diagnóstica • Esófago, Estómago y Duodeno

PEREZ, Rafael | GARRAFA, Ana Carolina | QUINTERO GONZÁLEZ, Olga Cecilia | REPETTO, Silvia | ANDRUETTO, Jesica

HOSPITAL DE CLINICAS JOSE DE SAN MARTIN

Introducción: La reactivación de infecciones crónicas y latentes constituyen las complicaciones más frecuentes de los tratamientos inmunosupresores. Lo microor-

ganismos más frecuentes son las micobacterias, el herpes simple, varicela zoster y el citomegalovirus (CMV) y con respecto a los parásitos, Strongyloides stercoralis. La infección por CMV y la estromboloidiasis tienen una forma de presentación muy similar, caracterizándose por: vómitos y diarrea, disfgia. Por esta razón, la endoscopia digestiva es una herramienta útil en ambas enfermedades, especialmente en pacientes estudios parasitológicos negativos para S. stercoralis, pero con una alta sospecha de infección parasitaria. Por lo tanto, es importante tener en cuenta las lesiones endoscópicas producidas por este patógeno en el tracto digestivo, especialmente en áreas de alta prevalencia.

Objetivo/s: Comunicar la coinfección por CMV y S. stercoralis en un paciente con úlceras intestinales.

Material (pacientes) y métodos: Mujer de 49 años de edad, nacida en Bolivia y residente en Argentina desde hace 30 años. Tiene antecedentes de Artritis reumatoide y recibió metotrexato 15 mg por semana, meprednisolona 8 mg por día y rituximab 10 mg cada 15 días. Consultó por dolor abdominal generalizado tipo cólico, diarrea y vómitos. En el abordaje clínico, una vez descartadas otras patologías más frecuentes, se sospechó una infección parasitaria y se realizaron estudios pertinentes, cuyos resultados fueron negativos. Durante los estudios endoscópicos realizados, se encontró la mucosa del esófago congestionada, observándose también seis úlceras longitudinales de aproximadamente 15 mm de tamaño, con fondo de fibrina y bordes planos; en el bulbo duodenal se visualizaron erosiones con puntillados blanquecinos. Además, a nivel del colon descendente, transverso y ángulo esplénico mucosa presentaba parches de congestivos con úlceras no confluentes de 0,3 mm. Se tomaron biopsias de esófago, estómago, duodeno y colon.

Resultados: En el estudio histológico, se encontró la presencia de una pseudomembrana fibrinoleucocitaria en la muestra de la úlcera esofágica, con restos parasitarios en su superficie. También se identificaron células estromales y endoteliales con inclusiones basófilas intranucleares en el corion. En la mucosa gástrica, se encontró conservada la histoarquitectura sin infiltrado inflamatorio, con restos parasitarios superficiales. En los cortes histológicos del duodeno, se observó un leve acortamiento de las vellosidades y un moderado infiltrado inflamatorio en el corion, con numerosos huevos y larvas parasitarias de S. stercoralis en las criptas y superficie. A nivel del colon se observaron inclusiones basófilas intranucleares en las células estromales y endoteliales; a nivel superficial se observaron restos parasitarios. Se diagnosticó la infección por S. stercoralis a nivel de estómago y duodeno, así como una coinfección con CMV a nivel de esófago y colon. Esta paciente recibió tratamiento durante 21 días con ivermectina, albendazol y ganciclovir hasta su recuperación.

Conclusiones: Ante el avance de los nuevos tratamientos inmunosupresores, es importante considerar S. stercoralis como agente etiológico de las lesiones endoscópicas nivel intestinal de pacientes inmunocomprometidos en áreas de alta prevalencia de este parásito. Hacemos hincapié en el papel fundamental del estudio histológico, por medio de la toma de biopsia de dichos hallazgos, para un diagnóstico y tratamiento adecuados.

PÓSTER

Código: 0042

LESIÓN CECAL CON COMPROMISO APENDICULAR: RESECCIÓN MUCOSA ENDOSCÓPICA BAJO AGUA

Modalidad: Casos Clínicos - E

Unidad Temática: b) ENDOSCOPIA DIGESTIVA 2. Endoscopia Terapéutica • Colon

BILDER, Hugo German | PEREZ, Francisco | RÍOS MIRANDA, Natalia Lorena | DORADO, Fernanda

SANATORIO DUPUYTREN

Introducción: La polipectomía endoscópica de neoplasias superficiales colorrectales ha demostrado reducir la incidencia y mortalidad por cáncer colorrectal. El 15% se define como dificultosa debido a su tamaño, morfología o localización, aumentando el riesgo de complicaciones asociadas al procedimiento. La resección endoscópica de pólipos cecales que se extienden hacia el orificio apendicular conlleva un desafío técnico y se asocia a un mayor riesgo de perforación y de resección incompleta. La técnica de Resección Mucosa Endoscópica bajo agua (UEMR) sin inyección submucosa demostró mejorar la tasa de resección completa y disminuir el riesgo de perforación.

Objetivo/s: Presentar un caso clínico utilizando un método moderno y asequible para disminuir el riesgo de complicaciones asociadas a la polipectomía de lesiones que afectan el implante apendicular.

Material (pacientes) y métodos: Paciente femenino de 65 años de edad, sin antecedentes de relevancia. Consulta para resección de lesión plano elevada de 15 mm (0-IIa) en fondo cecal con afectación de implante apendicular evidenciada en estudio previo. Presenta además VCC posterior al diagnóstico, incompleta por loop irreductible. Se realiza VCC (BBPS: 8) bajo sedación consciente, en sala de endoscopia con colonoscopia de luz blanca (CF Q160 AL, Tokyo, Japón). En fondo cecal, sobre implante apendicular se observa lesión plano elevada (0-IIa) de 15 mm que se caracteriza mediante cromoscopia vital con Ácido acético evidenciando patrón glandular IIo. Se instila agua en cavidad sumergiendo la totalidad del ciego. A continuación, se enlaza y atrapa la lesión con ansa multifilamento oval de 13 mm (Sensation, Boston Scientific, USA) realizando inicialmente resección en frío y completando la misma con corte puro -15W- (electrobisturí Kairos 400W-mx1). Debido a la dificultad de acceso a la lesión se coloca hemoclip profiláctico (Resolution clip; Boston Scientific, USA) en lecho de resección y se recupera pieza. A su egreso, la paciente

no presenta complicaciones asociadas al procedimiento. El estudio anatomopatológico informa Adenoma Aserrado con DBG con bordes libres de lesión, estroma con infiltrado linfoplasmocitario, regular cantidad de eosinófilos y submucosa fibrosa. **Conclusiones:** La Resección Mucosa endoscópica de lesiones que afectan el orificio apendicular es técnicamente dificultosa y conlleva un alto riesgo de resección incompleta debido a la dificultad de visualización completa de las lesiones y también de perforación debido a la pared delgada que posee, a la ausencia de muscularis propia y a la fibrosis existente en el implante. Con la RME convencional, la inyección submucosa puede adelgazar aún más la pared o generar un "non-lifting sign" por la fibrosis existente. La técnica de U-EMR permite una observación clara, facilita la captura de la lesión por su efecto de flotación y disminuye el riesgo de lesión térmica por la disipación del calor a través del agua. En resumen, la U-EMR para resección de pólipos con afectación apendicular se presenta como una técnica válida y accesible para implementar cotidianamente.

PÓSTER

Código: 0098
LINFOMA NO HODGKIN DE CÉLULAS GRANDES DE ALTO GRADO

Modalidad: Casos Clínicos - E

Unidad Temática: b) ENDOSCOPIA DIGESTIVA 1. Endoscopia Diagnóstica • Esófago, Estómago y Duodeno

LOPEZ ARTEAGA, Elba María | ALVARADO CORREA, Ronald de Jesus | ICAZA CARDENAS, Jahaira Fabiola | DONATELLI, Mario | REGNASCO, Juan Santiago | SAA, Emilia Cristina

HOSPITAL GRAL. DE AGUDOS DR. I. PIROVANO

Introducción: El linfoma no Hodgkin (LNH) es un tipo de cáncer originario en el sistema linfático, con más de 60 subtipos clasificados según las células afectadas (B, T o NK), la velocidad de crecimiento y las características moleculares y genéticas. Uno de los subtipos más frecuentes y agresivos es el LNH difuso de células grandes tipo B (LNH-DLBCL), representando el 30%, caracterizado por la proliferación de Linfocitos B grandes que pueden formar tumores en ganglios linfáticos, bazo, hígado y médula ósea. Los síntomas más frecuentes son la inflamación de los ganglios linfáticos, fiebre, diaforesis nocturna, disminución de peso y dolor abdominal.

Objetivo/s: Exponer una patología de baja prevalencia, con una presentación clínica atípica.

Material (pacientes) y métodos: Mujer de 25 años que consulta por pirosis y dolor umbilical y en flanco izquierdo, náuseas y fiebre, lúcida, afebril, con polaquiuria y tenesmo. Presenta anemia leve ferropénica, leucocitosis, trombocitosis, FAL y LDH elevada.

Resultados: Se le realiza ecografía abdominal con esplenomegalia y formación sólida heterogénea en espacio espleno renal, de 88 mm. TC con engrosamiento parietal concéntrico difuso gástrico, con masa heterogénea irregular en fundus, con área hipodensa central (¿necrosis?) de 83 x 81 mm, sin plano de clivaje con cola del páncreas y bazo, con aumento de densidad de la grasa abdominal, con nódulos, esplenomegalia con imagen hipodensa subcapsular (isquémico), adenomegalias retroperitoneales, líquido peritoneal. VEDA con rigidez difusa de la pared gástrica e hiperémico, fundus y cuerpo con pliegues engrosados de tipo infiltrativo, con ulceraciones, friable, y masa sólida exofítica y ulcerado de 40 x 20 mm en incisura. Biopsias: LNH con células de alto grado Ki67 80%. PET TC: Extenso compromiso gástrico con afectación esplénica por contigüidad y peritoneal, metabólicamente activo vinculable con su patología linfoproliferativa de base. Comienza esquema RCHOP. Actualmente en su 4to. Ciclo. PET TC con disminución de la afección gástrica, región antero inferior esplénica, con respuesta parcial Deauville 4.

Conclusiones: Se presenta un caso de LNH-DLBCL con una presentación atípica y baja prevalencia, con afectación gástrica, esplénica y peritoneal. Esta localización extra nodal es poco común y representa un desafío diagnóstico y terapéutico. Es tratada con quimioterapia combinada con anticuerpos monoclonales, con respuesta parcial al mismo. Es importante considerar el LNH-DLBCL como diagnóstico diferencial ante pacientes con síntomas digestivos inespecíficos y hallazgos sugestivos de neoplasia. El diagnóstico es por VEDA con biopsias y el tratamiento debe ser individualizado, según estadio y características del paciente. La afectación extra nodal se asocia con una menor supervivencia. Debe realizar seguimiento para evaluar su evolución y detectar posibles complicaciones o recaídas.

PÓSTER

Código: 0041
ASCARDIASIS BILIAR A PROPÓSITO DE UN CASO

Modalidad: Casos Clínicos - E

Unidad Temática: b) ENDOSCOPIA DIGESTIVA 2. Endoscopia Terapéutica • Hígado, Vías Biliares y Páncreas

HIGA, Mauricio Luis | RODRÍGUEZ, Guillermo | MEDINA, Juan Manuel | SINDICH, Ludmila | DOMÍNGUEZ, Natalia | OBIOLS, Eugenio | ROMAGNOLI, Natalia Soledad

HOSPITAL MUNICIPAL DR. DIEGO THOMPSON

Introducción: El Ascaris Lumbricoides es la geohelmintiasis más frecuente a nivel

mundial. En Argentina, la prevalencia es de alrededor de 10,4%. Las parasitosis provocadas por geohelmintos son endémicas en los países en desarrollo y constituyen un indicador de las condiciones sanitarias del entorno de sus hospedadores. Tanto las tasas de infestación por parásitos intestinales como el espectro de especies predominantes varían considerablemente de una localidad a otra. En localidades del norte y sur del país, estudios descriptivos han informado prevalencias de parasitosis por encima del 80 %, mientras que en la zona central se registran porcentajes cercanos a 45 %. La población más afectada suelen ser los niños de bajo nivel socioeconómico y saneamiento inadecuado. La ascariasis biliar es una complicación poco frecuente de la infección por el parásito adulto que causa mayor mortalidad y morbilidad.

Objetivo/s: Presentación de un caso clínico infrecuente de geohelmintiasis en vía biliar.

Material (pacientes) y métodos: Mujer de 28 años sin antecedentes de relevancia consulta a la guardia por cuadro de dolor abdominal de 48 hs. de evolución en hipocondrio derecho asociado a vómitos. El análisis de sangre presenta leucocitosis, eosinofilia y fosfatasa alcalina levemente elevada, resto del hepatograma sin particularidades. Ecografía abdominal que evidencia litiasis vesicular múltiple, dilatación de la vía biliar de 10 mm e imagen tubular en su interior sugerente de helminto. Inicia tratamiento con Albendazol 400 mg y se plantea manejo conservador por 48 hs. Ante la persistencia de síntomas y del verme en vía biliar se decide realizar Colangiopancreatografía retrógrada endoscópica (CPRE). Se observa por colangiografía retrógrada imagen de defecto de relleno tubular que ocupa la totalidad del colédoco con dilatación de la vía biliar extrahepática de 10 mm. Se procede a realizar esfinterotomía con extracción de dos litos de 7 mm y un helminto de 17 cm con balón extractor de Fogarty y canastilla de Dormia sin complicaciones inmediatas al procedimiento.

Resultados: Se envía muestra a parasitología que confirma el diagnóstico de Ascaris Lumbricoides. Luego se programa colestectomía a las 48 hs del procedimiento. Posteriormente expulsa dos helmintos en materia fecal. La paciente evoluciona favorablemente sin recurrencia de la infección y se decide el alta.

Conclusiones: La ascariasis biliar es una complicación que puede generar obstrucción del conducto biliar o pancreático, generar colelitiasis, colecistitis aguda, coledocolitiasis, pancreatitis aguda o colangitis aguda. La presencia del parásito puede producir una respuesta inflamatoria intensa que provoca necrosis ductal, calcificaciones, litiasis, estenosis y/o fibrosis. Se debe extraer el parásito de manera completa debido a que los restos pueden generar colangitis por descomposición, así como también favorecer la formación de cálculos biliares.

PÓSTER

Código: 0068
HEMANGIOMA CAPILAR LOBULLILAR EN INTESTINO DELGADO COMO CAUSA INUSUAL DE ANEMIA

Modalidad: Casos Clínicos - E

Unidad Temática: b) ENDOSCOPIA DIGESTIVA 1. Endoscopia Diagnóstica • Intestino Delgado

CORDOVA, Servio | HERRERA NAJUM, Pablo | BERNARDI, Gustavo | SILVA, Nadia | UNSAIN, Fernando | RODRIGUEZ, Pablo

INSTITUTO MODELO DE CARDIOLOGIA DE CORDOBA

Introducción: El hemangioma capilar lobulillar se presenta como una masa roja polipoide de pequeño tamaño, puede medir de varios milímetros a unos pocos centímetros. Es friable, sangra con facilidad y se parece a un tejido de granulación exuberante. Suele presentarse en la piel o en la cavidad bucal; rara vez se observa en el tracto gastrointestinal. Presentamos un caso detectado en ayuno proximal.

Objetivo/s: - Determinar la causa y tratarla en paciente con anemia ferropénica recurrente.

Material (pacientes) y métodos: Paciente masculino de 68 años de edad, con antecedentes de hipertensión arterial, gastritis crónica superficial activa con H. Pylori (+), Barret sin displasia, excresis de pólipo de 10 mm en ciego en julio/2020, angioectasia en colon ascendente que se trata con electrocoagulación con argón plasma marzo/2022, COVID-19 leve en agosto/2022.

Resultados: Mediante un seguimiento endoscópico por VEDA y VCC, para posteriormente continuar con la cápsula y finalmente utilizar enteroscopia asistida con laparoscopia se logra a determinar la presencia de una lesión denominada hemangioma capilar lobulillar el cuál se logra resecar y posteriormente resolver la causa de anemia recurrente del paciente estudiado.

Conclusiones: El hemangioma capilar lobulillar (HCL), también conocido como granuloma piógeno o granuloma telangiectásico, es un tumor vascular benigno que típicamente ocurre en la piel y en la mucosa oral o nasal, pero rara vez observado en el tracto gastrointestinal (1). En la literatura sólo se han descrito unos pocos casos en el intestino delgado. Se desconoce la etiología precisa del HCL, se ha sugerido que se produce como consecuencia de un traumatismo menor, influencias hormonales ya que se encuentran con mayor frecuencia durante el embarazo principalmente en piel y boca (2). Todos los HCL gastrointestinales informados hasta ahora se han producido en pacientes de edad avanzada, tanto hombres como mujeres (3). Las características histopatológicas distintivas del HCL son la proliferación y la disposición lobulillar de vasos del tamaño de un capilar con estroma inflamado y edematoso y células endoteliales edematizadas (4). La resección quirúrgica es el pilar del tratamiento del HCL de intestino delgado; sin embargo, el manejo endoscópico podría realizarse en casos seleccionados. La cápsula endoscópica y la enteroscopia de doble balón han mostrado una valiosa aplicación diagnóstica y terapéutica.

PÓSTER

Código: 0187

RESECCIÓN DE TUMOR NEUROENDOCRINO GÁSTRICO TIPO 1 MEDIANTE TÉCNICA DE MUCOSECTOMÍA MULTIBANDA

Modalidad: Casos Clínicos - E

Unidad Temática: b) ENDOSCOPIA DIGESTIVA 2. Endoscopia Terapéutica • Esófago, Estómago y Duodeno

CAMPOS, Lucía Mercedes | OSSO SÁNCHEZ, Brenda Graciela | RIU, María Cecilia | SUÁREZ, Jorge Luis

HOSPITAL CHURRUCA-VISCA

Introducción: Introducción: Los tumores neuroendocrinos representan aproximadamente el 9% de todos los tumores carcinoides gastrointestinales. Hay 3 tipos de carcinoides gástricos. El tipo 1 se asocia a gastritis autoinmune, su resección endoscópica puede ser curativa cuando son menores de 10 mm y hay menos de 5 lesiones. **Objetivo/s:** Objetivos: Presentamos un caso de tumor neuroendocrino gástrico tipo 1, en el que se realizó resección con técnica de mucosectomía multibanda.

Material (pacientes) y métodos: Materiales y métodos: Varón de 59 años, con antecedentes de sobrepeso e hipertensión arterial. Derivado para estudio de anemia ferropénica. Se realizan endoscopias. Video colonoscopia sin lesión. Video endoscopia digestiva alta: en fundus sobre curvatura mayor, lesión de aspecto subepitelial de +/- 10 mm con umbilicación central. Se realiza ecoendoscopia (EUS) visualizándose en fundus lesión sésil con superficie erosionada y deprimida, hipocogénica, heterogénea con borde definido, localizada en la capa submucosa (3ª capa), de 12.5 mm x 9.8 mm. Se realiza punción aspiración con aguja fina. Anatomía patológica: proliferación neoplásica submucosa con células de núcleos redondos a ovales, con cromatina granular. Cuento mitótico bajo, sin necrosis. Ki67 menor al 1%. Cromogranina positiva intensa. NET tipo 1. HP positivo débil. Se realiza tomografía de abdomen y pelvis trifásica sin particularidades. Laboratorio: Cromogranina A mayor a 800 (VN: 18-19 U/l) Acido 5 hidroxindolacético en suero 2. Anticuerpos anti células parietales y factor intrínseco negativos. Se indicó tratamiento antibiótico para Helicobacter Pylori.

Resultados: Resultados: Se realiza VEDA terapéutica con mucosectomía multibanda de TNE en dos fragmentos con set Duette y se colocó clip hemostático profiláctico. (figura 1). El procedimiento duró 35 minutos. No se produjo ninguna complicación inmediata ni tardía y se le dio el alta al paciente 60 minutos luego del procedimiento. El informe anatomopatológico demostró NET tipo 1.

Conclusiones: Conclusiones: La resección endoscópica multibanda es una técnica de bajo costo, corto tiempo de procedimiento y bajo número de complicaciones. Permite una resección en fragmentos segura y fácil, provee tasas de resección completa similares con otras técnicas (disección submucosa). Es una técnica ampliamente disponible que puede realizar fácilmente un endoscopista experto. No requiere curva de aprendizaje prolongada. Por todo lo mencionado, pensamos que la utilización de esta técnica puede presentar ventajas en el tratamiento endoscópico de los tumores carcinoides gástricos.

PÓSTER

Código: 0025

LINITIS PLÁSTICA. UN DESAFÍO DIAGNÓSTICO: EL ROL DE LA ECOENDOSCOPIA

Modalidad: Casos Clínicos - E

Unidad Temática: b) ENDOSCOPIA DIGESTIVA 1. Endoscopia Diagnóstica • Ecoendoscopia

VELAZQUEZ, Andrea Antonella | HWANG, Hui Jer | NACHMAN, Fabio Damián

HOSPITAL UNIVERSITARIO FUNDACION FAVALORO

Introducción: La linitis plástica es un tipo de cáncer gástrico que se caracteriza por la infiltración difusa de las células neoplásicas en la pared causando engrosamiento y rigidez del órgano. La dificultad de su diagnóstico radica en la infiltración neoplásica de las células en anillo de sello dentro de las capas profundas de la pared, en la cual la biopsia endoscópica convencional es frecuentemente negativa. El rol principal de la ecoendoscopia es la posibilidad de tomar muestras profundas de la pared mediante punción con aguja fina para el diagnóstico citológico e histológico.

Objetivo/s: Describir una serie de casos de pacientes con linitis plástica en la que la biopsia endoscópica convencional fue negativa y se realizó punción con aguja fina ecoguiada para llegar al diagnóstico citohistológico.

Material (pacientes) y métodos: PRESENTACIÓN DE CASOS CLÍNICOS Se presentan 4 pacientes de sexo femenino, entre 41 y 80 años de edad, sin antecedentes de relevancia, con sintomatología común de epigastralgia de 3 a 6 meses de evolución, saciedad precoz y pérdida de peso mayor del 10 %. Ninguna tuvo síntomas de sangrado digestivo. Al examen físico, una paciente presentó dolor a la palpación y masa palpable a nivel del hipocondrio izquierdo. En la endoscopia digestiva alta de las 4 pacientes se objetivó rigidez de la pared gástrica antral, poca distensibilidad, pliegues engrosados de aspecto infiltrativo y dura a la toma de biopsia. Los resultados de anatomía patológica fueron negativas en la detección de células tumorales. En todas las pacientes se hicieron tomografía computada de abdomen y pelvis con

contraste endovenoso que evidenciaba engrosamiento difuso en la pared del cuerpo y antro gástrico. Las 4 pacientes fueron derivadas a nuestro servicio para el diagnóstico citohistológico mediante punción guiada por ecoendoscopia. En los 4 casos se observaron engrosamiento difuso de la pared del antro y cuerpo gástrico, entre 9 y 15 mm de espesor (normal hasta 5 mm), que afectaban a todas las capas, de aspecto hipocogénico y heterogéneo con borramiento del patrón de capas. Se realizó en todos los casos punción con aguja fina de 19 G FNA o FNB (entre 2 y 4 pases), con técnica combinada "Pull" y "Wet" a través de la pared gástrica y presencia del patólogo en sala. En todos los casos el resultado de anatomía patológica fueron adenocarcinoma gástrico difuso con células en anillo de sello.

Resultados: DISCUSIÓN La linitis plástica se produce por una infiltración de las capas submucosa y muscular propia por las células malignas y fibrosis, lo que genera rigidez, disminución de la motilidad y un engrosamiento difuso de la pared. Es un desafío diagnóstico debido a la dificultad de obtener material suficiente con las pinzas de biopsia convencional. La ecoendoscopia cumple un rol importante al poder evaluar todas las capas de la pared gástrica y guiar a la aguja para tomar muestras profundas de las capas submucosa y muscular propia.

Conclusiones: En los pacientes con sospecha clínica, endoscópica y por imágenes de linitis plástica con biopsias endoscópicas convencionales negativas, se debe realizar ecoendoscopia y punción con aguja fina para el diagnóstico citohistológico.

PÓSTER

Código: 0084

COMPLICACIÓN INFRECUENTE DE UNA COLELITIASIS. SÍNDROME DE BOUVERET: REPORTE DE UN CASO

Modalidad: Casos Clínicos - E

Unidad Temática: b) ENDOSCOPIA DIGESTIVA 1. Endoscopia Diagnóstica • Esófago, Estómago y Duodeno

SANTILLÁN MÁRQUEZ, María Eugenia | DIEHL, Fernando Andrés | PATRÓN COSTAS, Lucas | CASTILLO, Mario Ariel | GALVÁN CLAROS, Mariana Elizabeth | MILICH, Mayra Melina | VALDIVIEZO, Erica Micaela | PATRÓN COSTAS, Gustavo

HOSPITAL SAN BERNARDO

Introducción: El síndrome de Bouveret consiste en una rara variante de íleo biliar, causado por la impactación de un cálculo en el píloro o duodeno, luego de pasar a través de una fístula colecistoduodenal, resultando en la obstrucción del tracto de salida gástrico. Dicha patología se da más frecuentemente en mayores de 60 años preferentemente del sexo femenino con historia de coledocistitis y coledocistitis subaguda. La tomografía computada seguida de la endoscopia digestiva alta representa los métodos diagnósticos de elección. Las opciones terapéuticas actuales incluyen la vía endoscópica, laparoscopia o cirugía abierta.

Objetivo/s: Presentar un caso de complicación infrecuente de coledocistitis.

Material (pacientes) y métodos: Ingresa por guardia de emergencias una paciente mujer de 78 años de edad presentando un cuadro de dolor abdominal asociado a vómitos de una semana de evolución. Como antecedentes relevantes presenta coledocistitis e HTA. Dicho dolor era de tipo cólico, ubicado en epigastrio e hipocondrio derecho asociado a defensa, sin signos de peritonismo. A la analítica presento Hb 14 g/dl, leucocitos 15.900/mm³, falla renal (creatinina 7.1; MDRD de 6), bilirrubina total 0.5 mg/dl, amilasa 437 U/l, lipasa 744 U/l. En la ecografía abdominal se observa imagen compatible con vesícula escleroatrófica con litiasis en su interior. Es valorada por cirugía general asumiendo cuadro como pancreatitis aguda. Posteriormente se realiza una tomografía computada de abdomen con contraste EV, evidenciándose marcada distensión gástrica secundaria a obstrucción de la porción proximal duodenal por imagen de aspecto cálcica en su luz, asociado a engrosamiento de la pared intestinal a dicho nivel. Luego se realiza video endoscopia digestiva alta que informa la presencia de lito de gran tamaño en bulbo duodenal que obstruye por completo la luz del mismo y no permite el paso hacia segunda porción. Se intenta fragmentar lito con canasta de dormia litotriptora sin éxito. Seguidamente se programa laparotomía exploradora con gastrotomía y extracción de lito transpilórica y posterior gastrorrafia, sin cierre de fístula colecistoduodenal. La paciente evolucionó favorablemente con posterior alta hospitalaria y seguimiento por cirugía general.

Conclusiones: El síndrome de Bouveret representa el 1% al 3% de los casos de íleo biliar. Debe considerarse como un diagnóstico diferencial en pacientes añosos, sexo femenino con historia de litiasis vesicular sintomática y signos de obstrucción gastrointestinal alto. El tratamiento dependerá de cada caso en particular, optando en primera instancia por técnicas menos invasivas con menor riesgo de complicaciones como ser la endoscópica, ante el fracaso de ésta última el manejo quirúrgico sería su alternativa.

PÓSTER

Código: 0134

FÍSTULA ESÓFAGO-PLEURAL TRATAMIENTO CON SISTEMA DE CIERRE DE HERIDAS ASISTIDO POR VACÍO ASISTIDO POR ENDOSCOPIA (E-VAC), AVANZANDO EN NUEVAS TERAPÉUTICAS

Modalidad: Casos Clínicos - E

Unidad Temática: b) ENDOSCOPIA DIGESTIVA 2. Endoscopia Terapéutica • Esófago, Estómago y Duodeno

ORTIZ DÍAZ, Carmen Lucía | OLMOS, Juan Ignacio | GONZÁLEZ BALLERGA, Esteban
HOSPITAL DE CLINICAS JOSE DE SAN MARTIN

Introducción: La endoscopia tiene un papel fundamental en el manejo de defectos gastrointestinales siendo mínimamente invasiva, efectiva y con menor morbilidad-mortalidad que la cirugía. El E-VAC es una técnica para el manejo de la fuga anastomótica. Consiste en espuma de poliuretano conectada por un tubo de succión produciendo una terapia de vacío endoluminal continua. Promueve la formación de tejido de granulación y la re-epitelización, induciendo así el cierre por segunda intención del defecto/cavidad, como así también la limpieza mecánica de la herida de microorganismos y reducción del edema intersticial por mejora de la microcirculación.

Objetivo/s: Sistema asistido de Cierre heridas por Vacío asistido por endoscopia como terapéutica en el Tratamiento de Fístulas.

Material (pacientes) y métodos: Mujer 84 años con hipertensión, diabetes tipo II, obesidad que cursa internación en otra institución por neumonía grave asociada a empiema y derrame pleural. En TAC se evidencia derrame pleural bilateral, consolidación en base derecha y atelectasia pasiva. Presenta pasaje de contraste con sospecha de fístula esofago pleural, siendo derivada a nuestra institución. Ingresó con requerimiento de UTI Y Ventilación Mecánica asistida. Se realiza VEDA evidenciando a 30cm de ADS orificio fistular grande (tamaño mayor que la luz esofágica, pudiendo entrar en cavidad pleural) por lo que se toman biopsias de los bordes (negativas para malignidad y CMV) y se coloca stent totalmente cubierto (20x100mm) + sonda de alimentación e inmediatamente después ingresa a quirófano en donde se realiza videotoracosocopia + tubo de avenamiento pleural. Evoluciona con mejoría de cuadro respiratorio por lo que se decide retiro de stent esofágico a las 6 semanas, con persistencia de fístula por lo que se realiza con equipo de cirugía de esófago, la colocación de sistema de E-Vacum para el tratamiento. El mismo consistió en endoscopia con recambio de sonda fenestrada + esponja cada 72hs por un periodo de 2 meses. Durante la endoscopia se realizó electrocoagulación con plasma argón o cepillado de los bordes de la fístula para revitalizar la misma previo a la colocación del e-vacum.

Resultados: La paciente evoluciona con cierre completo de trayecto fistuloso, mejoría clínica e infectológica, con tolerancia a dieta por lo que se decide su alta hospitalaria sin volver a presentar complicaciones durante el seguimiento ambulatorio.

Conclusiones: La terapia de vacío endoluminal (EVAC) es un tratamiento efectivo para el manejo gastrointestinal (GI) de fugas del esófago, estómago y recto. Además, facilita la cicatrización del tejido al superar la presión negativa fisiológica en el tórax, evitando así contaminación extra-luminal y permitiendo libre de tensión aproximación del tejido. El sistema endoscópico de cierre de heridas asistido por vacío (E-VAC) ha demostrado ser una alternativa importante en pacientes con fugas intestinales superiores e inferiores que no responden a los procedimientos estándar.

PÓSTER

Código: 0138
SINDROME DE HEYDE: UN DESAFÍO DIAGNÓSTICO

Modalidad: Casos Clínicos - E

Unidad Temática: b) ENDOSCOPIA DIGESTIVA 2. Endoscopia Terapéutica • Esófago, Estómago y Duodeno

BALABAN, Ezequiel | BUSTOS, Ricardo Enrique | CARRARO, María Cecilia | CROCCI, Evelin Mariel | FIORENTINO, Roxana | LÓPEZ GODOY, Raúl Martín | MORENO, María Laura | ROCCA, Andrés Esteban | RODRÍGUEZ BRUNO, Carolina | UDABE, María Laura

HOSPITAL DE GASTROENTEROLOGÍA DR. B. UDAONDO

Introducción: El síndrome de Heyde (SH) es una enfermedad sistémica con manifestaciones gastrointestinales y cardíacas. Afecta a mayores de 65 años con una incidencia de 1.7%. Caracterizada por la triada de estenosis aórtica (EA), angiodisplasias gastrointestinales (GI) y síndrome de Von Willebrand (SVW) adquirido. Ocurre en el 20% de los pacientes con estenosis aórtica severa. Se trata de un acúmulo anómalo de vasos dilatados, ubicados en la mucosa y submucosa del tubo digestivo, pasibles de sangrado espontáneo, siendo la segunda causa de hemorragia digestiva baja en adultos mayores y el 4-7% de las hemorragias digestivas altas. El factor de Von Willebrand (VWF), producido en las células endoteliales, megacariocitos y plaquetas, facilita la adhesión, agregación plaquetaria en los sitios de daño vascular y la estabilización del factor VIII de la coagulación y factor inhibidor de la angiogénesis. Fisiopatológicamente, se produce aumento de angiogénesis, proliferación vascular dependiente del factor de crecimiento endotelial (FCE), debido a hipoxia de la mucosa y la submucosa por reducción del gasto cardíaco y por alteraciones moleculares del VWF. En la EA las fuerzas de cizallamiento alteran la estructura molecular del VWF, haciéndolo más susceptible a la acción de proteasas, inactivándolo; la deficiencia de VWF, disminuye su acción proagregante plaquetario, incrementa la angiogénesis y produce alteraciones en la coagulación, y tendencia al sangrado. La manifestación más frecuente es la hemorragia GI silente, episódica, asociado a anemia progresiva y, menos frecuentemente, manifestaciones clínicas y bioquímicas relacionadas con trastornos en la coagulación (hematomas cutáneos, o sangrado de encías).

Objetivo/s: Enfatizar la sospecha clínica de síndrome de Heyde en pacientes con hemorragia digestiva y/o anemia ferropénica crónica secundario a angiodisplasias,

y estenosis aórtica en mayores de 65 años, ya que un diagnóstico precoz evitaría la progresión de complicaciones de una enfermedad potencialmente tratable.

Material (pacientes) y métodos: Paciente femenina de 87 años, derivada para estudio de una anemia crónica ferropénica. Como antecedentes, hipertensión arterial, insuficiencia cardíaca congestiva, en tratamiento con betabloqueantes y hierro vía oral. Examen físico: Palidez cutáneo mucosa, sin ortostatismo, soplo sistólico eyectivo a predominio de foco aórtico, leve edema perimaleolar con signo de Godet. Laboratorio: Hto: 29%, Hb: 9 g/dl, plaquetas: 200.000 /mm3; resto normal. El ecocardiograma Doppler: EA severa, dilatación de 4 cavidades y fracción de eyección reducida (FEY: 20%). Se solicita VEDA: En antro gástrico, gastropatía crónica, y múltiples lesiones planas sobre la superficie mucosa gástrica y de bulbo duodenal, compatibles con angiodisplasias. Se realiza terapia endoscópica coagulación con Argón plasma. VCC: Normal.

Resultados: Continua con aportes de hierro, con mejoría sintomática y bioquímica. Inicia inhibidores de bomba de protones, y se solicita interconsulta cardiológica para evaluar realización de recambio valvular, que no se logra realizar por óbito.

Conclusiones: El SH debe sospecharse en pacientes mayores de 65 años, con historia de anemia, con o sin evidencia de sangrado GI, y EA. El único tratamiento definitivo consiste en el reemplazo valvular, que permite la rápida recuperación del VWF y la resolución del sangrado GI. La terapéutica con Argón plasma permite resolver el sangrado aunque suelen presentar recidiva.

PÓSTER

Código: 0255
LIGADURA CON BANDAS EN EL TRATAMIENTO ENDOSCOPICO DE LA HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA SECUNDARIA A ECTASIA VASCULAR ANTRAL GÁSTRICA (GAVE)

Modalidad: Casos Clínicos - E

Unidad Temática: b) ENDOSCOPIA DIGESTIVA 2. Endoscopia Terapéutica • Esófago, Estómago y Duodeno

SALGADO ROSADO, Walter | CROCCI, Evelin Mariel | SALGADO CISNEROS, Rafael David | HUENS CASAL, Camila | ITURRALDE, Omar | MACÍAS MARTÍNEZ, Pedro David | BALABAN, Ezequiel | FEDERICI, Matías | LLANQUIMAN, Pablo Emanuel | DULCICH, Florencia | MORENO, María Laura | SUAREZ, Alejandro | GARCES, Raul | UDABE, María Laura | ROCCA, Andres

HOSPITAL DE GASTROENTEROLOGÍA DR. B. UDAONDO

Introducción: Las angiodisplasias gastrointestinales son malformaciones vasculares compuestas de capilares arteriales/venosos dilatados, tortuosos, de <5mm de diámetro, localizados en capas mucosas/submucosas del tracto GI. Forman parte de aberraciones vasculares, hereditarias como la telangiectasia hereditaria (Rendu-Osler-Weber), y adquiridas como la ectasia vascular antral gástrica, la ectasia vascular por radiación y la lesión de Dieulafoy. Se diagnostican incidentalmente en 1-5% de pacientes sometidos a endoscopias. Aunque la mayoría de los pacientes presentan anemia ferropénica asintomática, puede causar sangrado GI agudo y representan el 4% de los casos de HDA no variceal. Se localizan en estómago (32%), ID proximal (57-80%), colon (44%) y en el 60% pueden ser difusas. Son factores de riesgo: edad, uso de anticoagulantes/antiagregantes, estenosis aórtica (Síndrome de Heyde), IRC, EPOC, TEP/TVP, esclerodermia y cirrosis. El 77% de los pacientes presentan al menos 1 episodio de sangrado evidente. El abordaje inicial consiste en control de la hemorragia, prevención de recurrencias y tratamiento de la anemia. El manejo incluye tratamiento endoscópico, médico y quirúrgico. Las terapéuticas endoscópicas incluyen: Electrocoagulación con Argón Plasma (APC) y con heater probe, Ablación con radiofrecuencia y Ligadura con bandas. Se plantea la posibilidad del tratamiento con banding elástico en los casos donde han fracasado otras modalidades terapéuticas como el APC.

Objetivo/s: Evaluar la eficacia y seguridad de la ligadura con banding en el tratamiento endoscópico de los pacientes con hemorragia digestiva alta por GAVE.

Material (pacientes) y métodos: Masculino 53 años con cuadro de 24 horas de evolución de melena, astenia y adinamia. APP: anemia crónica y GAVE de forma difusa, en tratamiento endoscópico previo con APC por 10 sesiones. Lab: Hto 21% Hbg 6.8g/dL con requerimiento transfusional. VEDA: estómago techo y cuerpo con mucosa congestiva, antro con máculas rojizas de aprox. 2mm de bordes festoneados, algunas con babeo hemático que se extienden radialmente hasta el píloro compatibles con GAVE, se realiza terapéutica con banding con cese del sangrado. Se realizan endoscopias programadas con banding por 2 sesiones más. Evoluciona con incremento en los valores de hemoglobina y sin requerimiento de transfusiones.

Resultados: Nuestro caso corresponde a un GAVE, también conocido como "estómago en sandía". Su manejo representa un desafío. El APC es un método térmico con acción limitada en profundidad a la mucosa y reduce riesgo de perforación. Se plantea la posibilidad del tratamiento con banding elástico en los casos donde han fracasado otras modalidades terapéuticas como el APC. Se observa un menor número de sesiones, una mayor tasa libre de resangrado, un mayor incremento en los niveles de hemoglobina y un menor número de transfusiones de hemoderivados.

Conclusiones: Una alternativa promisorio de tratamiento endoscópico es la ligadura con bandas elásticas. La importancia clínica de esta patología radica en su alta Morbilidad (23%) y Mortalidad (12%).

PÓSTER

Código: 0099

SÍNDROME DE LA ARTERIA MESENTÉRICA SUPERIOR O SÍNDROME DE WILKIE: A PROPÓSITO DE UN CASO

Modalidad: Casos Clínicos - E

Unidad Temática: b) ENDOSCOPIA DIGESTIVA 1. Endoscopia Diagnóstica • Esófago, Estómago y Duodeno

LEON ACURIO, Sandy Paola | ROMERO, María Josefina | ICAZA CARDENAS, Jahaira Fabiola | BRACONE, Hernán | REGNASCO, Juan Santiago | SAA, Emilia Cristina

HOSPITAL GRAL. DE AGUDOS DR. I. PIROVANO

Introducción: El síndrome de la arteria mesentérica superior (SAMS) o síndrome de Wilkie es una causa poco frecuente de obstrucción duodenal (0,2-1 %) de origen vascular, debido a disminución del ángulo aortomesentérico (AAM), congénitas o adquiridas. Puede presentarse a cualquier edad, más frecuentemente en mujeres, manifestándose por obstrucción intestinal alta. El diagnóstico es radiológico y el tratamiento es inicialmente médico.

Objetivos: Presentar un caso clínico poco frecuente de obstrucción duodenal secundaria a compresión vascular extrínseca.

Material (pacientes) y métodos: Paciente masculino de 17 años con epigastralgia y vómitos de 1 semana de evolución, y descenso 7 kg., levemente deshidratado, con laboratorio normal y ecografía con dilatación retrógrada del estómago y duodeno.

Resultados: Se realiza angiotomografía con disminución del AAM (15°) y del diámetro anteroposterior aortomesentérico (4 mm.) con compresión vascular extrínseca sobre la 3ra. porción duodenal y dilatación proximal del marco duodenal y estómago, compatible con SAMS. Se interna, con colocación de sonda nasogástrica y alimentación parenteral. VEDA normal. Finalmente se realiza duodeno-yeyuno anastomosis laparoscópica.

Conclusiones: El SAMS es una condición infrecuente en la cual la tercera porción del duodeno es comprimida intermitentemente en el AAM. El AAM normal oscila entre 38° y 65° y se mantiene por la presencia de tejido graso perivascular; y la distancia aortomesentérica normal oscila entre 10 y 28 mm. En el SAMS, el ángulo disminuye de forma aguda desde 6° a 16°, y la distancia puede acortarse hasta 2 mm, lo que lleva a una compresión extraluminar del duodeno. Las causas congénitas incluyen: Ligamento de Treitz corto y el nacimiento anormalmente bajo de la AMS. Entre las causas adquiridas se encuentran: Pérdida de la grasa retroperitoneal secundaria a descenso brusco de peso, alteraciones restrictivas (deformaciones óseas, escoliosis o hiperlordosis grave) o postquirúrgicas que determinan hiperextensión dorsal. Clínicamente se caracteriza por dolor epigástrico postprandial, náuseas, vómitos, anorexia y disminución de peso. El diagnóstico es clínico, confirmando con estudios por imágenes, principalmente la TC, teniendo como criterios de diagnóstico: Obstrucción duodenal con corte abrupto en la tercera porción y peristaltismo activo, AAM $\leq 25^\circ$, distancia aortomesentérica ≤ 8 mm y fijación alta del duodeno por el ligamento de Treitz, origen anormalmente bajo o anomalía de la AMS. El tratamiento inicial es conservador, requiriéndose cirugía ante falla del mismo, pudiendo realizarse la técnica de Strong (división del ligamento de Treitz), la gastroyeyunostomía o la duodenoyeyunostomía (la más aceptada).

PÓSTER

Código: 0206

PERFORACION DUODENAL, MANEJO ENDOSCÓPICO

Modalidad: Casos Clínicos - E

Unidad Temática: b) ENDOSCOPIA DIGESTIVA 2. Endoscopia Terapéutica • Esófago, Estómago y Duodeno

CENTENO, Pamela Angela Anabel | CAZÓN, René Edgardo | LANCIOTTI, Julio César Alfredo | NAVARRO, Alberto Alexander

HOSPITAL PADILLA

Introducción: La ingestión de cuerpo extraño es una condición frecuente en los servicios de urgencias. Son especialmente habituales en niños, ingesta involuntaria, aunque también lo son en adultos, sobre todo cuando concurren factores de riesgo. Globalmente, el 80-90% atravesarán todo el tubo digestivo sin ocasionar problemas. Producen manifestaciones según la localización y las características del mismo o pueden pasar desapercibidos y producir complicaciones severas que amenazan la vida del paciente. El riesgo es mucho mayor en aquellos con capacidad lesiva, bien por poseer bordes cortopunzantes, gran tamaño o contenido peligroso. El manejo de los cuerpos extraños depende primordialmente de sus características y localización.

Objetivos: Presentar un caso de perforación duodenal secundario a la ingesta de palillo de madera de 3 semanas de evolución.

Material (pacientes) y métodos: Reporte de caso

Resultados: Paciente de 45 años de edad con ingesta de cuerpo extraño incidental (palillo de madera) de 3 semanas de evolución, que acude al servicio, refiriendo dolor en abdomen de tipo cólico intensidad moderada asociado a anorexia. A su ingreso la tomografía muestra en la luz duodenal imagen hiperdensa de aspecto fusiforme que atraviesa la pared condicionando dilatación, engrosamiento parietal y aumento de la densidad del tejido graso adyacente. Se realiza endoscopia digestiva

alta, donde se constata la presencia de cuerpo extraño en duodeno, se procede a la extracción del mismo con pinza de cuerpo extraño y posteriormente se coloca clip hemostático, sin complicaciones, con evolución favorable.

Conclusiones: La ingestión de cuerpo extraño es una condición frecuente en los servicios de urgencias, el diagnóstico se realiza a través de la historia clínica, el examen físico y las imágenes, y se confirma mediante endoscopia; es el método preferido para la remoción, ya que es seguro, confiable, costo efectivo y exitoso con bajas tasas de morbilidad y mortalidad. Es esencial una adecuada preparación previa al procedimiento con la formación del equipo multidisciplinario y la disponibilidad del equipo adecuado. Existe la necesidad de una mayor conciencia sobre las complicaciones de un palillo de madera ingerido. El abordaje endoscópico debe considerarse en el tratamiento de primera línea de las perforaciones con palillos.

PÓSTER

Código: 0129

UN INFRECUENTE PLASMOCITOMA EXTRAMEDULAR COLÓNICO

Modalidad: Casos Clínicos - E

Unidad Temática: b) ENDOSCOPIA DIGESTIVA 1. Endoscopia Diagnóstica • Colon

FRANCO ALANIS, Fabiana Andrea | CAMPITELLI, Esteban Hugo | GUZMÁN DÍAZ, Julio | PASZKIEWICH, Alicia | CARRIL, Mariana Veronica | PERE, Flavio Oscar

HOSPITAL AERONAUTICO CENTRAL

Introducción: El plasmocitoma es un tipo de patología neoplásica de las células plasmáticas (Linfocitos B maduros). Según la Organización Mundial de Salud en ausencia de compromiso medular óseo se reconoce un subtipo óseo solitario y otro extramedular. Este último es una de las formas más raras de presentación ya que solo el 10% aproximadamente es de afectación digestiva.

Objetivos: Comunicar la presentación y diagnóstico de un paciente con plasmocitoma extramedular de localización colónica.

Material (pacientes) y métodos: Paciente masculino de 58 años de edad con antecedentes de deficiencia del desarrollo sexual, esquizofrenia, glaucoma y litiasis vesicular. Por antecedente familiar paterno de cáncer colorectal se realiza videocolonoscopía que evidenció en colon ascendente hacia flexura hepática lesión irregular de aspecto submucoso con centro ulcerado de aproximadamente 20 mm que se biopsia. Los cortes histológicos mostraron fragmentos compuestos por playas de células mononucleadas con núcleos excéntricos (Plasmocitoides) entremezclados con vasos de endotelio prominente quedando pendiente inmunohistoquímica. Durante este periodo intercorre con cólico biliar. En estudios prequirúrgicos presentó prueba de coombs positiva y panaglutininas. Se deriva a hematología. Se realizó citometría de flujo de medula ósea sin hallazgos mielomatoso y citogenética con cariotipo normal. La tomografía por emisión de positrones solo informó el engrosamiento parietal del colon. Se repitió videocolonoscopía. Se realizaron nuevas biopsias y en esta oportunidad se concluyó con las técnicas de inmunohistoquímica que incluyeron CD138 con marcación de células plasmáticas y positivo para cadenas livianas de inmunoglobulinas citoplasmáticas Kappa confirmando la sospecha diagnóstica de plasmocitoma extramedular de localización colónica. En ateneo interdisciplinario se decide su conducta quirúrgica. Se realizó colectomía derecha y colecistectomía laparoscópica con buena evolución. Actualmente en control hematológico. No requirió ni quimio ni radioterapia.

Conclusiones: El plasmocitoma extramedular de afectación digestiva es un hallazgo muy infrecuente sin un patrón endoscópico típico. Un diagnóstico oportuno permite un tratamiento eficaz con buen pronóstico. Observaciones: La presente comunicación de caso clínico evoca patologías de aspecto submucoso (Linfomas, GIST) como probables diagnósticos diferenciales.

GASTROENTEROLOGÍA - ÍNDICE POR AUTORES

Apellido y Nombres	Casos Clínicos	Nº Página	Resúmenes Científicos	Nº Página
ABARCA, LUCÍA	0137, 0183	27, 28	0180	22
ACEVES CALDERON, DANIEL	0014	32		
ACOSTA, ANDREA	0118	20		
ADAMI, PAOLA ANDREA			0145, 0164	11, 23
ADI, JOSÉ CRISTIAN	0171	39	0133	16
AGOTEGARAY, JOAQUÍN			0019, 0055	11, 10
AHUALLI, JULIÁN GASTÓN			0145, 0164	11, 23
AHUMARÁN, GABRIEL			0145, 0164	11, 23
AIRA, OSCAR DANIEL	0121	23		
ALAZRAQUI, MARCIO			0022	9
ALEJO, MIRIAM ADRIANA	0109	45		
ALLEGRETTI, SANTIAGO	0213	37		
ALLENDE, MARINA	0184	41		
ALSINA, FERNANADA	0213	37		
ALVAREZ, MARIA SILVIA	0246	43		
ALVARINHAS, ELIZABETH	0109	45		
AMIEVA, LEANDRO			0054	18
ANDRADA CORONA, YAMILA NAIR	0158	13		
ANDRADE PINO, YOLLETH PATRICIA			0111	12
ANDRUETTO, JESICA	0231	30		
ANTELO, MARINA			0021, 0022	8, 9
ANTELO, PABLO	0056	32		
ARAYA, MARÍA VALENTINA	0121	23		
ARCUCCI, M. SOLEDAD			0232	11
AREVALO-MORA, MARTHA			0267	16
ARGÜERO, MARÍA JULIETA			0152	17
ARIAS, MARCELA CAROLINA	0222	31		
ARISIO VILLENA, SANDRA GABRIELA	0018, 0071, 0094, 0238	14, 39, 41, 42		
ASPREA ALFANO, LEONARDO	0123	22	0144, 0236, 0245	21, 16, 30
ASTUTTI, BRUNO ALBERTO			0145, 0164	11, 23
AVNAIM, LUCILA BELÉN			0139	10
AWADA, EDUARDO	0224, 0227	43, 37		
BACIGALUPO, DELFINA MARIA	0123	22		
BACIGALUPPI, EDUARDO	0032	41		
BÁEZ, ELSA VICTORIA	0121, 0146, 0251	23, 31, 14		

Apellido y Nombres	Casos Clínicos	Nº Página	Resúmenes Científicos	Nº Página
BAI, JULIO C.			0176, 0228, 0237	8, 8, 15
BALABAN, EZEQUIEL	0033, 0074, 0077, 0090, 0118, 0155, 0158, 0179, 0239	33, 18, 44, 36, 20, 35, 13, 46, 38	0114	9
BALDERRAMO, DOMINGO	0208, 0215	45, 38		
BALDONI, FERNANDO	0112	28	0174	35
BALLERINI, MARÍA GABRIELA			0201	17
BARREIRO, EUGENIA MARÍA			0050	31
BARRERA, JOHN	0018	14		
BARRERA MIRANDA, JOHN EDWARD	0071, 0238	39, 42		
BARROSO, ABEL			0176	8
BARSI, MARÍA	0018, 0071, 0094, 0238	14, 39, 41, 42		
BASSO, SANDRA	0109	45		
BASTIDAS NAVARRO, AMANDA BELEN	0155	35		
BEDINI, MARIANELA PATRICIA	0075	27		
BEDINI, OSCAR ALFREDO			0145, 0164	11, 23
Begliardo, AGOSTINA	0208, 0215	45, 38		
BENAVIDEZ, ANALÍA CLAUDIA	0075	27		
BENTOLILA, FEDERICO			0256	9
BERTOLETTI, FERNANDO	0004	24		
BERTORELLO, MARIELA	0004	24		
BEZZONI, PABLO			0174	35
BIAGI, FEDERICO			0228	8
BILDER, CLAUDIO RUBÉN			0019, 0055	11, 10
BOERO, LAURA			0201	17
BOGA, NORBERTO ALFREDO			0055	10
BOGGIO MARZET, CHRISTIAN	0093, 0126	36, 43	0035, 0242	00, 26
BOGLIETTI, CARLO	0074, 0090	18, 36		
BONAMICO, AGUSTINA	0075	27		
BONSERGENT, CAMILA	0039, 0121	30, 23		
BORGONOVO, LUCAS			0047	25
BORI, JAVIER			0145, 0164	11, 23
BORI, MATIAS	0140, 0141	34, 34		
BORTOT GASTÓN, LORENA	0140, 0141, 0231	34, 34, 30		
BRENE, MARCOS			0047	25
BRICHTA, JORGE IGNACIO	0033, 0077, 0090, 0158	33, 44, 36, 13		
BRITES, FERNANDO			0201	17
BURRELO, MARIA ANTONELLA	0171	39	0133	16
BUSONI, VERÓNICA			0216, 0232	25, 11

Apellido y Nombres	Casos Clínicos	Nº Página	Resúmenes Científicos	Nº Página
BUSTOS, RICARDO ENRIQUE	0077, 0158, 0179	44, 13, 46		
BUTTI, ABEL	0075	27		
CABANA, CLARA ELIZABETH	0004	24		
CABANNE, ANA	0038	44		
CABBAD, SOFIA			0233	22
CABRAL, TANIA VANESA	0151	24		
CACERES, MARIA JOSE	0105	37		
CAFURE, ROSARIO			0047	25
CALCAGNO, RAMIRO	0018, 0071, 0094, 0238	14, 39, 41, 42		
CALVO ROJAS, MARÍA GABRIELA	0224, 0227	43, 37		
CALZETTA, PABLO ANÍBAL	0039	30		
CAMPOMENOSI, FEDERICO	0076	23		
CANDEL, IVANNA			0028, 0114	19, 9
CANTERO, CRISTIAN MATIAS	0160	46		
CARBALLIDO, MARCELA			0021	8
CARLA, GAZZI	0222	31		
CARLINO, YANINA	0208, 0215	45, 38		
CARRARO, MARÍA CECILIA	0074, 0077, 0118, 0158, 0179	18, 44, 20, 13, 46		
CARROCCIO, ANTONIO			0228	8
CARUSO, SANTIAGO	0151	24		
CASCO, MELINA NAHIR	0087	44		
CASTILLO, MARIO ARIEL	0178, 0192	40, 26		
CASTRO, LILIAN	0155, 0158	35, 13		
CATTANEO, NICOLÁS GUILLERMO	0146, 0251	31, 14		
CELLERI, CLAUDIO	0109	45		
CENOZ, CARLOTA	0052	33		
CEREZO, MARÍA JIMENA			0267	16
CERIANI, SERGIO	0074, 0158	18, 13		
CERNADAS, GUSTAVO	0229	19	0201	17
CHAZARRETA, AGUSTINA			0174	
CHIAPPE, CESAR	0018	14		
CHIARAVIGLIO, MARÍA LAURA	0208, 0215	45, 38		
CHIERICHETTI, MARIA			0124, 0185	29, 19
CHILAN-PINCAI, ANTHONY			0267	16
CIACCI, CAROLINA			0228	8
CIMMINO, NICOLÁS			0111	12
CISTERNA, DANIEL			0021	8
COHEN SABBAN, JUDITH			0216	25

Apellido y Nombres	Casos Clínicos	Nº Página	Resúmenes Científicos	Nº Página
COLLIA ÁVILA, KARINA ANDREA			0125	24
COLQUE, LORENA VANESA	0118	20		
COMINO MONTILLA, ISABEL			0176	8
CONDE SERRA, BELÉN			0256	9
CONLON, MARÍA CAROLINA			0267	16
CONTRERAS, FERNANDA	0171	39		
CORREA, GUSTAVO JAVIER			0174	35
COSTA, ANA FLORENCIA	0077, 0090	44, 36	0176	8
CROCCI, EVELIN MARIEL	0109, 0239	45, 38		
CUDA, LEONARDO NICOLÁS	0213	37		
CUELLO, CARLOS	0071	39		
CUELLO, FATIMA			0047	25
CUENCA ABENTE, FEDERICO			0265	18
CURRÁS, ALFREDO EDUARDO	0039, 0121, 0146, 0251	30, 23, 31, 14		
DAVICO, BELEN			0201	17
DE AGOSTINO, CLAUDIA			0226	21
DE FAVERI, MARCELO	0263	15		
DE LOS RIOS ARELLANO, ELIZABETH	0014	32		
DE LUCA, VERÓNICA	0004	24		
DE MARIA, JULIO	0263	15		
DE PAULA, JUAN	0170, 0198, 0212	29, 14, 27	0139, 0180	10, 22
DE ROSA, MARCELO	0231	30		
DE SANCTIS, GONZALO	0264, 0269	33, 36		
DEL COMPARE, MONICA EDITH	0030	42		
DEVOTO, ANABELA	0229	19	0201	17
DI DOMÉNICO, DIEGO SALVADOR			0236	16
DI PIETRO POZZI, CARLA ANTONELA	0030	42		
DI YELSI, SERGIO			0055	10
DIAZ, ANDREA JUDITH			0233	22
DITARANTO, ANDRÉS			0019, 0055	11, 10
DODDS, SAMANTA			0237	15
DOLAN, MARTIN			0054	18
DOMECQ CHANTRY, MARÍA LUCÍA	0032	41		
DOMINGUEZ, VERONICA	0246	43		
DULCICH, FLORENCIA	0118, 0155, 0239	20, 35, 38	0145, 0164	11, 23
DUTTO, CAROLINA	0171	39	0133	
ESCOBAR, RAFAEL	0123, 0166	22, 25	0144, 0236, 0245	21, 16, 30
ESPINET, MARÍA LUJÁN			0176, 0237	8, 15

Apellido y Nombres	Casos Clínicos	Nº Página	Resúmenes Científicos	Nº Página
ESTRADA, CARLA ALEJANDRA	0224, 0227	43, 37		
ETCHEVERS, MARIA	0137, 0170, 0198, 0212	27, 29, 14, 27	0111, 0139, 0180	12, 10, 22
FACIO ÁLVAREZ, LUCILA			0125	24
FAIA MANHAES-TOLENTINO, YOLANDA			0267	16
FERNÁNDEZ, GONZALO	0171	39	0133	16
FERNÁNDEZ, GUILLERMO RUBÉN			0145	11
FERNANDEZ, NADIA	0226	21		
FERNÁNDEZ VERÓN, PAULA VALERIA	0039, 0121	30, 23		
FILO, GLADYS			0145, 0164	11, 23
FIRVIDA, SOFÍA			0236, 0245	16, 30
FLEITAS RUMAK, WALTER	0074, 0109, 0155	18, 45, 35		
FLORES CÁCERES, MARÍA ANGÉLICA	0057, 0058	34, 37		
FONTAN, MARÍA BELÉN	0224, 0227	43, 37		
FUENTES, MICAELA	0018	14		
FUGAZZA, LAURA	0213	37		
FURIA, MARINA SOLEDAD			0125	24
GALLO, M. JULIETA			0232	11
GALVAGNO, FLORENCIA	0224, 0227	43, 37		
GALVÁN CLAROS, MARIANA ELIZABETH	0178, 0192	40, 26		
GARAVAGLIA, GUSTAVO	0158	13		
GARCÍA ALLENDE, LEONARDO	0214	40		
GARCIA FIGUEROA, EDNA NOEMI	0014	32		
GARCIA MERCADER, MARIA VICTORIA	0263	15		
GARRAFA, ANA CAROLINA	0140	34		
GIL, ANÍBAL HÉCTOR			0028, 0114	19, 9
GIL, GUSTAVO	0004	24		
GIMENEZ, FERNANDO	0184	41		
GIMÉNEZ VILLAMIL, CÉSAR HUGO	0038, 0052	44, 33		
GIORGIS, ORNELLA	0224, 0227	43, 37		
GODOY, RAMON HÉCTOR	0004	24		
GOLLO, PABLO			0145	11
GOLUBICKI, MARIANO			0021, 0022	8, 9
GOMEZ, ESTANISLAO J.			0256	9
GOMEZ, VERONICA			0047	25
GÓMEZ ROSSO, LEONARDO			0201	17
GONCÁLVES, SILVINA ADRIANA	0109	45		

Apellido y Nombres	Casos Clínicos	Nº Página	Resúmenes Científicos	Nº Página
GONDOLESI, GABRIEL			0019	11
GONZALEZ, MARIA LAURA	0087, 0137, 0182, 0184	00, 27, 20, 41	0111, 0139, 0180	12, 10, 22
GONZALEZ, MAURO			0047	25
GONZÁLEZ BALLERGA, ESTEBAN	0140, 0141, 0231	34, 34, 30	0135, 0152	13, 17
GONZÁLEZ CREPSAC, VERA LUCÍA	0224, 0227	43, 37		
GOÑI, LUCIANA	0226	21		
GORORDO IPIÑA, ROSA CAROLINA	0075	27		
GRIZZUTI, MARTINA EMILIA			0176	8
GUBITOSI, ANALÍA VIVIANA	0109	45		
GUERRERO BUSTAMANTE, MARÍA DE JESÚS	0259	28		
GUTIÉRREZ, ANA MARÍA	0118, 0155	20, 35		
GUTIERREZ, MARÍA CIELO			0135	13
GUZMÁN, GUIDO	0033, 0077	33, 44		
GUZMAN, MAURICIO			0152	17
HASHIMOTO FUNADA, MÓNICA GISELLE HARUMI			0135, 0152	13, 17
HERMIDA, CRISTINA RAQUEL	0151	24		
HERNÁNDEZ, ALDANA LISETH	0159	38		
HIDALGO, MELISSA	0076	23		
HIDALGO, PILAR	0226	21	0124, 0185	29, 19
HIGA, MARIANO	0208, 0215	45, 38		
HUERNOS, SERGIO			0028, 0114	19, 9
IADÉ, BEATRIZ			0267	16
ICAZA CARDENAS, JAHAIRA FABIOLA	0096	40		
ITHURRALDE ARGERICH, JAVIER			0265	18
ITURRALDE, OMAR	0074	18		
IZQUIERDO, GONZALO	0154	41		
JENSEN, MARÍA VIRGINIA	0018, 0071, 0094, 0238	14, 39, 41, 42		
JERVES, SAÚL	0251	14		
JIMÉNEZ, MIGUEL	0091	43		
JOHN, BARRERA	0094	41		
JUAN, LASA			0258	12
JURY, GASTON			0054	18
KELLER, MARIA ELIANA	0226	21	0124, 0185	29, 19
KLIN, PABLO			0019	11
KOHAN, MIRIAM CORINA	0038, 0052	44, 33		
KOLL, LUCRECIA SOFÍA			0267	16

Apellido y Nombres	Casos Clínicos	Nº Página	Resúmenes Científicos	Nº Página
KUJARUK, MIRTA	0158	13	0021	8
KUJTA, NADIA			0265	18
KULAY, KATIA			0232	11
KUPERMAN WILDER, LOLA	0018	14		
LABORDA MOLTENI, JORGE	0214	40		
LACUADRA, MARÍA PAZ	0109	45	0125	24
LADUX, MARCELA	0213	37		
LAFAGE, MATÍAS	0222	31	0164	23
LASA, JUAN	0229	19	0193, 0194, 0195, 0196, 0197, 0201	17, 39, 35, 13, 29, 17
LASCANO, ERNESTO	0166	25		
LAUDANNO, OSCAR MIGUEL ORESTE	0222	31	0145, 0164	11, 23
LAUDANNO, SOFÍA LUJAN	0033, 0090, 0155	33, 36, 35		
LEIVA SERSING, LORENA	0171	39	0133	16
LEMA, GISELLE	0126	43		
LEÓN, TOMÁS	0018, 0071, 0094, 0238	14, 39, 41, 42		
LINARES, GONZALO	0033	33		
LINARES, MARIA SOL	0056	32		
LLANQUIMAN, PABLO EMANUEL	0090, 0239	36, 38		
LLERENA VALDIVIA, FREDERICK GREG	0004	24		
LO CARMINE GAMMEL, DANA	0123, 0166	22, 25	0144, 0236, 0245	21, 16, 30
LOBOS, SANDRA PATRICIA	0246	43		
LOMBARDI, GIULIANA GISELE			0144	21
LOPES, MELODY GISELE			0174	35
LOPEZ AGUILAR, KATYA KAREN	0014	32		
LOPEZ BISSO, ABRIL	0094	41		
LOPEZ FAGALDE, RAFAEL			0054	18
LÓPEZ GODOY, RAÚL MARTÍN	0090, 0239	36, 38		
LÓPEZ MINGORANCE, FABIANA			0135	13
LOPEZ VILLA, SARAH			0164	23
LOZANO CHIAPPE, EZEQUIEL			0201	17
LUBIENIECKI, DANIELA CARINA	0224, 0227	43, 37		
MACÍAS MARTÍNEZ, PEDRO DAVID	0033, 0077, 0090	33, 44, 36		
MAJEWSKI, IGNACIO SEBASTIÁN	0224, 0227	43, 37		
MALDONADO, MARIELA	0032	41		
MALDONADO, PILAR	0146	31		
MAN, FERNANDO			0253	26
MAN, MELINA			0253	26

Apellido y Nombres	Casos Clínicos	Nº Página	Resúmenes Científicos	Nº Página
MANDUCA, PAMELA	0170, 0198, 0212	29, 00, 27	0139	10
MANIERO, DARIA			0228	8
MANZOTTI, LEANDRO NICOLÁS			0054	18
MAQUIEIRA, JULIAN			0021	8
MARCENO, FLORENCIA AGUSTINA			0055	10
MARCOLONGO, MARIANO	0087, 0137, 0170, 0182, 0184, 0198, 0212	44, 27, 29, 20 41, 14, 27	0111, 0139, 0180, 0220	12, 10, 22, 20
MARELLI, ANA PAULA	0018, 0071, 0094, 0238	14, 39, 41, 42		
MARIA MARGARITA, NARIÑO GALINDO	0096	40		
MARIANI VILCNIK, PRISCILA BRENDA	0171	39	0133	16
MARIN, PABLO NICOLAS	0085	21		
MARINI, JOSÉ EDUARDO	0018, 0071, 0094, 0238	14, 39, 41, 42		
MARINI, PABLO MARTÍN	0032	41		
MARLETTA, EMILIA	0085, 0112	21, 28	0174	35
MARTÍN, ALDANA FLORENCIA			0164	23
MARTIN, MAXIMILIANO			0201	17
MARTÍNEZ, ANA ALICIA	0039	30		
MARTINEZ, SOLEDAD	0229, 0264, 0269	19, 33, 36		
MARTÍNEZ ELHELOU, SOLANGE	0170, 0198, 0212	29, 14, 27	0139, 0220	00, 20
MARTÍNEZ FLOREZ, LAURA	0074, 0118, 0158	18, 20, 13		
MARTÍNEZ REJTMAN, LIRIA SALOME	0105	37	0135, 0164	13, 23
MARTURANO, MARÍA VICTORIA	0224, 0227	43, 37		
MASSA, SERGIO CLAUDIO	0121, 0251	23, 14		
MATANO, RAUL	0263	15		
MAURETTE, MARÍA VICTORIA	0227	37		
MAURI, LUCIANA	0226	21		
MAURIÑO, EDUARDO			0019	11
MAYA, ANTONIO	0222	31		
MAYORGA, DENISSE			0035	12
MAZZA, OSCAR	0182	20		
MENDEZ, GUILLERMO			0021	8
MICHELENA, LEANDRO DANIEL	0076	23		
MICONI, DIEGO GABRIEL			0054	18
MILANO, MARÍA CLAUDIA			0267	16
MILICH, MAYRA MELINA	0178, 0192	40, 26		
MILITO, DANIELA			0125	24
MILOCCO, MARCELO			0047	25

GASTROENTEROLOGÍA - ÍNDICE POR AUTORES

Apellido y Nombres	Casos Clínicos	Nº Página	Resúmenes Científicos	Nº Página
MIMURA, HUMBERTO	0213	37		
MOLINARI, ESTEFANÍA	0018, 0071, 0238	14, 39, 42		
MOLINO, SILVIA			0135	13
MONTERO, JUAN MANUEL			0135	13
MOORE, RAFAEL	0229	19		
MOREIRA GRANDA, EDISON JAVIER	0096	40		
MORENO, MARÍA LAURA	0033, 0074, 0077, 0090, 0158, 0179	33, 18, 44, 36, 13, 46	0237	15
MULINARIS, ANA BELEN	0170, 0198, 0212	29, 14, 27	0139	10
MUNGUIA, ANDRÉS	0076	23		
MUÑOZ, FABIO	0109	45		
NACHMAN, FABIO DAMIÁN			0019	11
NAIDERMAN, DIEGO			0054	18
NAVAR, SOFIA			0256	9
NAZAR, CRISTINA	0109	45		
NEGREIRA, SILVIA MÓNICA			0028, 0114	19, 9
NIVELONI, SONIA ISABEL			0176, 0237, 0228	8, 15, 8
NORMAN, GARY			0228	8
NOTARI, LORENA	0151	24		
NOVILLO, ABEL			0233	22
NOVO, GISELLE NOEMI	0126	43		
OJEDA, SANTIAGO			0047	25
OLIVER, JORGE			0133	16
OLIVERA, OSCAR ALEJANDRO			0050	31
OLIVERA, PABLO			0196	13
OLMOS, JORGE ATILIO			0135, 0152	13, 17
OLMOS, JUAN IGNACIO			0152	17
OMODEO, MARIANA			0233	22
OMONTE ZAMBRANA, ANA MARÍA			0267	16
ORBE, GUIDO	0038, 0052	44, 33		
OREGUI, MARÍA EUGENIA			0176, 0237	8, 15
ORELLANA, DANIELA	0213	37		
ORSI, MARINA			0216, 0232	25, 11
ORTIZ SUÁREZ, PAULA GIMENA	0182	20		
OVIEDO, ANA I			0021	8
PADIN, LORENZO	0224, 0227	43, 37		
PAGLIERE, NICOLÁS	0166	25		
PALACIO SOLER, ARANTXA			0047	25

Apellido y Nombres	Casos Clínicos	Nº Página	Resúmenes Científicos	Nº Página
PALMA, AGUSTINA	0085, 0112	21, 28		
PANUNTO, MARTA LUCÍA	0038, 0052	44, 33		
PARDO, BÁRBARA EUGENIA			0245	30
PAREDES, VICTORIA			0047	25
PARKS, MARÍA LAURA			0196	13
PASCUAL RUSSO, AGOSTINA			0125	24
PASQUA, ANALÍA VERÓNICA	0182, 0183	20, 28	0220	
PATERNÓ, MAURICIO RODRIGO	0033, 0074, 0077, 0090, 0109, 0155, 0158, 0179	33, 18, 44, 36, 45, 35, 13, 46		
PATRÓN COSTAS, GUSTAVO	0178, 0192	40, 26		
PATRÓN COSTAS, LUCAS	0178, 0192	40, 26		
PEDREIRA, SILVIA CECILIA			0256	9
PERAL, FRANCO			0047	25
PERALTA, ANGEL	0264, 0269	33, 36		
PEREYRA, FACUNDO			0195, 0197	35, 29
PEREYRA, LISANDRO			0193, 0194, 0195, 0197, 0256, 0258	17, 39, 35, 29, 9, 12
PEREZ, DANIEL			0047	25
PEREZ, RAFAEL	0140	34		
PEREZ, TOMAS MANUEL	0087, 0137	44, 27	0180	22
PEREZ AMADOR, ZOE KOHLER			0242	26
PERLO, MARÍA NATIVIDAD	0076	23		
PESÁNTEZ, MARÍA FERNANDA	0224, 0227	43, 37		
PICCINETTI, MATIAS			0233	22
PINASCO, ROSALBA ISABEL	0096	40		
PIOVAROLI, FLORENCIA			0021	8
PISKORZ, MARIA MARTA			0135, 0152	13, 17
PLANTE, VERÓNICA	0126	43	0035	12
PONTIS, MILAGROS	0057, 0058	34, 37		
POPPI, GRISELDA MARÍA	0018	14		
PORTILLO, MATÍAS JOAQUÍN	0074, 0077, 0118	18, 44,		
PORTO, VALERIA	0109	45		
PRATTO, DANIEL			0010	13
PRECETTI, FABIÁN	0018, 0071, 0094, 0238	14, 39, 00, 42		
PUCCI, BETIANA	0222	31	0145	11
PUEBLA, ROBERTO			0176, 0237	8, 15
PUGA-TEJADA, MIGUEL			0267	16
PUMA CHOQUE, ROLANDO SEBASTIÁN	0118	20	0265	18
QUINES, SOLANGE			0054	18

Apellido y Nombres	Casos Clínicos	Nº Página	Resúmenes Científicos	Nº Página
QUIÑONES, SABRINA	0224, 0227	43, 37		
RAINERO, GERMÁN LUIS			0267	16
RAMACCIOTTI, GONZALO			0054, 0124, 0185	18, 29, 19
RAMÍREZ GIRALDO, JULIANA ANDREA	0179	46		
REDONDO, AGUSTINA	0112	28		
REGNASCO, JUAN SANTIAGO	0096	40		
REY, ALEJANDRO	0264, 0269	33, 36		
REYES, HUGO	0179	46		
RIBOT, MARIA CANDELA	0093	36	0035	12
RÍOS, EDGARDO			0050	31
ROBBIO, JUAN			0021	8
ROBLES-MEDRANDA, CARLOS			0267	16
ROCA, ENRIQUE			0021	8
ROCCA, ANDRÉS ESTEBAN	0239	38		
RODRIGUEZ, JENNIFER	0056	32		
RODRIGUEZ, PABLO			0145	11
RODRÍGUEZ BRUNO, CAROLINA	0239	38		
ROHWAIN, MARÍA JOSÉ	0109	45	0028, 0114	0, 9
ROJAS, GERMÁN	0231	30		
ROMEO, JUAN MANUEL	0018, 0071, 0094, 0238	14, 39, 41, 42		
ROSNER, MARÍA LAURA			0265	18
RUIZ, NICOLAS			0054	18
RUMBO, CAROLINA			0019	11
SAA, EMILIA CRISTINA	0096	40		
SALCEDO PERNETT, ANDRES FELIPE	0056	32		
SALMON, MARIA CARLA	0076	23		
SALTOS, SOLEDAD	0224, 0227	43, 37		
SAMBRESQUI, ADRIÁN DARÍO	0222	31		
SAMBUELLI, ALICIA			0028, 0114	19, 9
SAMRA, VERÓNICA	0222	31		
SÁNCHEZ, BELÉN	0170, 0198, 0212	29, 14, 27	0139, 0180	10, 22
SANCHEZ, MARIA FLORENCIA	0033, 0077	33, 44		
SANCHEZ-CEPEDA, MARIA JOSE			0267	16
SANTANA, MAURO MARTIN	0121	23		
SANTILLÁN MÁRQUEZ, MARIA EUGENIA	0178, 0192	40, 26		
SASSONE, GERALDINA	0246	43		
SAYANES, VICTORIA			0054	18

Apellido y Nombres	Casos Clínicos	Nº Página	Resúmenes Científicos	Nº Página
SCACCHI, MARÍA AGUSTINA	0151	24		
SCARAFONI, SANDRA ISABEL			0124, 0185	29, 19
SCIGLIANO, FACUNDO NAHUEL	0182	20		
SEGOVIA, MERCEDES MARGARITA	0246	43		
SEGURA, VERÓNICA			0176	8
SEMRIK, NADIA MILEVA	0075	27		
SENA, DANIELA PAULA	0171	39	0133	16
SEQUEIRA, LUIS AGUSTÍN	0214	40		
SIRIA, CALANI	0093	36		
SMECUOL, EDGARDO GUSTAVO			0176, 0228, 0237	8, 8, 15
SMOLARCZUK, ASTRID D.			0256	9
SMUD, ASTRID			0111, 0180	12, 22
SOBRERO, JOSEFINA	0170, 0198, 0212	29, 14, 27	0139, 0180	10, 22
SOIFER, LUIS			0253	26
SOLAR MUÑIZ, HECTOR			0019	11
SOLDANO MALVAR, FLORENCIA			0180	22
SOLIS, MALENA	0076	23		
SORDÁ, JUAN ANTONIO	0140, 0231	34, 30		
SOSA VITE, IGOR IAN	0202	45		
SOUSA, CAROLINA			0176	8
SPALLETTI, LEANDRO ANDRÉS	0263	15		
SPEISKY, DANIELA	0074	18		
SPEISKY, LORENA	0118	20		
SPIAZZI, RENATA ALINA			0267	16
STEFANOLO, JUAN PABLO			0125, 0176, 0228, 0237	24, 8, 8, 15
STEINBERG, LEANDRO			0193, 0194, 0195, 0197, 0258	17, 39, 35, 29, 12
SUÁREZ, DANIELA CELESTE	0151	24		
TAGLIAFERRO, GUSTAVO			0216	25
TARNOGOL, MARIANO	0222	31		
TEMPRANO, MARÍA DE LA PAZ	0090	36	0176	8
TENEMBAUM, PAULA			0232	11
TERRASA, SERGIO ADRIAN			0220	20
TESTA, GIULIANA			0021	8
TETZLAFF, WALTER F.			0201	17
TÉVEZ, ADRIANA ELIZABETH			0135, 0152	13, 17
THOME, MARCELO			0145, 0164	11, 23
TIRADO, PABLO RICARDO			0028, 0114	19, 9
TISCORNIA, JUAN	0224	43		

Apellido y Nombres	Casos Clínicos	Nº Página	Resúmenes Científicos	Nº Página
TONN, EUGENIO FEDERICO	0214	40		
TOPOR, IVÁN NICOLÁS	0137	27	0180	22
TORELLO, ROSARIO	0208, 0215	45, 38		
TORRES, ALFREDO	0171	39		
TORRES TASLAKOFF, ALFREDO GUSTAVO			0133	16
TORRICO PAZ, JOSÉ OSCAR	0096	40		
TRAKÁL, ESTEBAN	0075	27		
TRAKÁL, JUAN JOSÉ	0075	27		
TUFARE, FRANCISCO MARIO	0085, 0112	21, 28	0174	35
UDABE, MARÍA LAURA	0155, 0239	35, 38		
UEHARA, TATIANA NOEMI			0135	13
USTARES, FERNANDO			0145, 0164	11, 23
VALDEZ, SERGIO DAVID	0151	24		
VALDIVIEZO, ERICA MICAELA	0178, 0192	40, 26		
VALERO, MANUEL			0267	16
VARELA, AMANDA			0019, 0055	11, 10
VARELA, LUCIA	0170	29		
VASCONELOS VELEZ, RAUL	0014	32		
VASSALLO, MAURICIO	0004	24		
VELTRI, MARIO	0056	32		
VERDÚ, ELENA			0176	8
VICTORIA, ROMINA RAQUEL	0171	39	0133	16
VILLAMIL, PAZ	0052	33		
VIÑUELA, ANDREA CAROLINA	0171	39	0133	16
VOLPACCHIO, MARIANO	0231	30		
WASSNER, MARIA CARLA	0090	36		
WONAGA, ANDRES	0056	32	0152	17
YANTORNO, MARTÍN			0174	35
YASUDA, SEBASTIÁN	0146	31		
ZACHARONOK, SERGIO			0047	25
ZÁRATE, FABIÁN EDUARDO	0075	27		
ZEYTUNTSIAN, NATALIA MARINA	0109	45		
ZINGONE, FABIANA			0228	8
ZORN, SEBASTIÁN CAYETANO	0141	34		
ZUBIAURRE, IGNACIO	0196	13		

ENDOSCOPIA - ÍNDICE POR AUTORES

Apellido y Nombres	Casos Clínicos	Nº Página	Resúmenes Científicos	Nº Página
AGUSTINA, REDONDO	0086	51		
ALCÍVAR-VÁSQUEZ, JUAN			0063, 0207, 0235, 0244	49, 52, 47, 47
ALVARADO CORREA, RONALD DE JESÚS	0098	58		
ALVARADO-ESCOBAR, HAYDEE			0063, 0207, 0235, 0244	49, 52, 47, 47
ÁLVAREZ, AUGUSTO	0142	56		
ANDRUETTO, JESICA	0008	57		
ANGEL REYES, KEVIN MISAEL			0241	48
AREVALO-MORA, MARTHA			0063, 0207, 0235, 0244	49, 52, 47, 47
BALABAN, EZEQUIEL	0138, 0255	60, 60		
BALDONI, FERNANDO	0086, 0106	51, 55	0172	55
BAQUERIZO-BURGOS, JORGE			0063, 0207, 0235, 0244	49, 52, 47, 47
BARRIOS, KAREN			0078	47
BEDINI, MARIANELA PATRICIA	0043	50		
BENAVIDEZ, ANALÍA CLAUDIA	0043	50		
BENTOLILA, FEDERICO			0223	48
BERNARDI, GUSTAVO	0068	58		
BEZZONI, PABLO			0172	55
BILDER, HUGO GERMAN	0042	57	0053	52
BOLAÑOS, KARLA ALEJANDRA			0078	47
BONAMICO, AGUSTINA	0043	50		
BORTOT GASTÓN, LORENA	0225	53		
BRACONE, HERNÁN	0099	61		
BUSCAGLIA, RANIERO			0234	49
BUSTOS, RICARDO ENRIQUE	0138	60		
BUTHAY, NATALIA BELÉN	0102	53		
BUTTI, ABEL	0043	50		
CABANAS, SOFÍA VICTORIA			0169	48
CABAÑA, KAREN	0266	52		
CAMPAÑA, MARÍA ÁNGELES	0173	50		
CAMPITELLI, ESTEBAN HUGO	0129	61		
CAMPOS, LUCÍA MERCEDES	0187	59		
CARAVAGLIA, GUSTAVO LEONEL	0168	56		
CARRARO, MARÍA CECILIA	0138	60		
CARRIL, MARIANA VERONICA	0129	61		

Apellido y Nombres	Casos Clínicos	Nº Página	Resúmenes Científicos	Nº Página
CASTILLO, MARIO ARIEL	0084	59		
CAZÓN, RENÉ EDGARDO	0206	61		
CENTENO, PAMELA ANGELA ANABEL	0206	61		
CHAZARRETA, AGUSTINA			0172	55
CHOQUE, BETTY PAOLA			0136	54
CHUMACERO, CECILIA	0106	55		
CIMMINO, DANIEL			0223	48
COLQUE, LORENA VANESA			0136	54
CONDE SERRA, BELEN			0223	48
CORDERO, HERNÁN			0089	53
CORDOVA, SERVIO	0068	58		
CROCCI, EVELIN MARIEL	0138, 0168, 0255	60, 56, 60		
CUNTO, DOMENICA			0063, 0207, 0235, 0244	49, 52, 47, 47
CURVALE, CECILIA			0210	50
D'ALESSANDRO, MARCELO	0225	53		
DE ARMAS, MARIA EMILIA			0136	54
DE LOS RÍOS, ANAHÍ AYLÉN	0225	53		
DEL VALLE ZAVALA, RAQUEL			0207, 0235, 0244	52, 47, 47
DIEHL, FERNANDO ANDRÉS	0084	59		
DOMÍNGUEZ, NATALIA	0041	58		
DONATELLI, MARIO	0098	58		
DORADO, FERNANDA	0042	57	0053	52
DULCICH, FLORENCIA	0168, 0255	56, 60		
EGAS-IZQUIERDO, GABRIELA			0063	49
EGAS-IZQUIERDO, MARIA			0207, 0235, 0244	52, 47, 47
FEDERICI, MATÍAS	0255	60		
FILO, EDUARDO	0147	55		
FIORENTINO, ROXANA	0138	60		
FRANCO ALANIS, FABIANA ANDREA	0129	61		
GALVÁN CLAROS, MARIANA ELIZABETH	0084	59		
GARAVENTO, LEONARDO			0172	55
GARBI, LAURA			0234	49
GARCES, RAUL	0255	60		
GARCES, RAUL ARIEL			0136	54
GARCÍA ALLENDE, LEONARDO	0147	55		
GARRAFA, ANA CAROLINA	0008	57		
GIRAUDO, FLORENCIA			0234	49

Apellido y Nombres	Casos Clínicos	Nº Página	Resúmenes Científicos	Nº Página
GÓMEZ, ESTANISLAO			0223	48
GONZALEZ, MARIA LAURA	0173, 0186, 0254	50, 56, 57	0169	48
GONZÁLEZ BALLERGA, ESTEBAN	0102, 0134, 0225	53, 59, 53		
GORORDO IPIÑA, ROSA CAROLINA	0043	50		
GULLINO, LORENZO	0106	55		
GUZMÁN, GUIDO	0168	56		
GUZMÁN DÍAZ, JULIO	0129	61		
HERRERA NAJUM, PABLO	0068	58		
HERRERO, IGNACIO			0136	54
HIGA, MAURICIO LUIS	0041	58		
HINOSTROZA, FREDDY			0252	53
HUENS CASAL, CAMILA	0255	60		
HWANG, HUI JER	0025	59		
ICAZA CARDENAS, JAHAIRA FABIOLA	0098, 0099	58, 61		
IRIARTE, SONIA MARIEL			0078	47
ITURRALDE, OMAR	0255	60		
LABORDA MOLTENI, JORGE	0147	55		
LANCIOTTI, JULIO CÉSAR ALFREDO	0206	61		
LASA, JUAN			0051	51
LEMONNIER, GABRIELA			0210	50
LEON ACURIO, SANDY PAOLA	0099	61		
LLANQUIMAN, PABLO EMANUEL	0255	60		
LOPES, MELODY GISELE			0172	55
LOPEZ ARTEAGA, ELBA MARIA	0098	58		
LÓPEZ GODOY, RAÚL MARTÍN	0138	60		
MACÍAS MARTÍNEZ, PEDRO DAVID	0255	60		
MAHLER, MANUEL	0186	56	0169	48
MANCINI, MARÍA DEL PILAR	0186	56		
MARCOLONGO, MARIANO	0173, 0186, 0254	50, 56, 57	0169	48
MARIÑO CAMACHO, GABRIEL	0023	54		
MARLETTA, EMILIA			0172	55
MARQUES, MICAELA			0210	50
MARUELLI, SILVINA	0142	56		
MEDINA, JUAN MANUEL	0041	58		
MELLA, JOSE M			0223	48
MENDEZ, JUAN CARLOS			0063, 0244	49, 47
MILICH, MAYRA MELINA	0084	59		
MORENO, MARÍA LAURA	0138, 0255	60, 60		

Apellido y Nombres	Casos Clínicos	Nº Página	Resúmenes Científicos	Nº Página
MUNGUIA, ANDRÉS			0108	49
NACHMAN, FABIO DAMIÁN	0025	59		
NAVAR, SOFIA			0223	48
NAVARRO, ALBERTO ALEXANDER	0206	61		
OBIOLS, EUGENIO	0041	58		
OLMOS, JUAN IGNACIO	0102, 0134, 0225	53, 59, 53		
ONETO, NATALIA	0142	56		
ORTIZ DÍAZ, CARMEN LUCÍA	0134	59		
ORTIZ SUÁREZ, PAULA GIMENA			0169	48
OSSO SÁNCHEZ, BRENDA GRACIELA	0187	59		
PACHECO MERLO, ABIGAIL	0086	51	0234	49
PALMA, AGUSTINA			0234	49
PANIGADI, NICOLAS			0223	48
PASZKIEWICH, ALICIA	0129	61		
PATRÓN COSTAS, GUSTAVO	0084	59		
PATRÓN COSTAS, LUCAS	0084	59		
PEDREIRA, SILVIA CECILIA			0223	48
PEÑA, IRINA			0252	53
PERE, FLAVIO OSCAR	0129	61		
PEREYRA, LISANDRO			0223	48
PEREZ, FRANCISCO	0042	57		
PEREZ, RAFAEL	0008	57		
PEREZ, TOMAS MANUEL	0186	56	0169	48
PEREZ OROZCO, JESUS	0086	51		
PÉREZ PRADA, MADELYN			0089	53
PEREZ TAPIA, FRANCISCO JAVIER			0053	52
PÍA SICOLI, ADRIÁN OMAR	0254	57		
PITANGA-LUKASHOK, HANNAH			0063, 0207, 0235, 0244	49, 52, 47, 47
PORTILLO, MATÍAS JOAQUÍN			0136	54
PUGA-TEJADA, MIGUEL			0063, 0207, 0235, 0244	49, 52, 47, 47
QUINTERO GONZÁLEZ, OLGA CECILIA	0008	57		
RAQUEL, DEL VALLE ZAVALA			0063	49
RASTELLI, LAUREANO	0147	55		
REDONDO, AGUSTINA	0106	55		
REGNASCO, JUAN SANTIAGO	0098, 0099	58, 61		
REPETTO, SILVIA	0008	57		
RÍOS MIRANDA, NATALIA LORENA	0042	57	0051, 0053	51, 52
RIU, MARÍA CECILIA	0142, 0187	56, 59		

Apellido y Nombres	Casos Clínicos	Nº Página	Resúmenes Científicos	Nº Página
ROBLES-MEDRANDA, CARLOS			0063, 0207, 0235, 0244	49, 52, 47, 47
ROCCA, ANDRES	0168, 0255	56, 60		
ROCCA, ANDRÉS ESTEBAN	0138	60		
RODRIGUEZ, GABRIEL			0136	54
RODRÍGUEZ, GUILLERMO	0041	58		
RODRÍGUEZ, PABLO	0068	58		
RODRÍGUEZ BRUNO, CAROLINA	0138	60		
RODRÍGUEZ CASTRO, JORGE			0207	52
ROJAS, GERMÁN	0023, 0225	54, 53		
ROMAGNOLI, NATALIA SOLEDAD	0041	58		
ROMERO, GUSTAVO	0168	56		
ROMERO, MARIA JOSEFINA	0099	61		
RUIZ, ADRIAN			0210	50
SAA, EMILIA CRISTINA	0098, 0099	58, 61		
SALCEDO PERNETT, ANDRES FELIPE	0102	53		
SALGADO CISNEROS, RAFAEL DAVID	0255	60		
SALGADO ROSADO, WALTER	0168, 0255	56, 60		
SANTILLÁN MÁRQUEZ, MARÍA EUGENIA	0084	59		
SARACHO, MARIA BELEN			0136	54
SEMRIK, NADIA MILEVA	0043	50		
SEQUEIRA, LUIS AGUSTÍN	0147	55		
SERRA, MARCELO	0254	57		
SILVA, NADIA	0068	58		
SINDICH, LUDMILA	0041	58		
SMOLARCZUK, ASTRID			0223	48
SOLDANO MALVAR, FLORENCIA	0186	56		
SUAREZ, ALEJANDRO	0255	60		
SUÁREZ, JORGE LUIS	0187	59		
TABACELIA, DANIELA			0063, 0207	49, 52
TONN, FEDERICO	0147	55		
TOPOR, IVÁN NICOLÁS	0254	57		
TRAKÁL, ESTEBAN	0043	50		
TRAKÁL, JUAN JOSÉ	0043	50		
TUFARE, FRANCISCO			0234	49
TUFARE, FRANCISCO MARIO	0086, 0106	51, 55	0172	55
UDABE, MARÍA LAURA	0138, 0168, 0255	60, 56, 60	0136	54

ENDOSCOPIA - ÍNDICE POR AUTORES

Apellido y Nombres	Casos Clínicos	Nº Página	Resúmenes Científicos	Nº Página
UNSAIN, FERNANDO	0068	58		
VALDIVIEZO, ERICA MICAELA	0084	59		
VELAZQUEZ, ANDREA ANTONELLA	0025	59		
VITCOPP, GERARDO			0136	54
WONAGA, ANDRES	0023	54		
YONAMINE, KARINA			0210	50
ZÁRATE, FABIÁN EDUARDO	0043	50		
ZEGARRA, CARLOS	0086	51		

**Patrocinado
por**



ACTA
GASTROENTEROLÓGICA LATINOAMERICANA

Suplemento Vol 53 año 2023