

AOTA

GASTROENTEROLÓGICA LATINOAMERICANA

Suplemento Vol 55 año 2025



**GASTRO
ENDO
2025 BA**

IA Y EXPOSOMA,
REDEFINIENDO EL
CONOCIMIENTO EN SALUD

DEL 18 AL 20 SEPTIEMBRE

Sheraton Buenos Aires Hotel & Convention Center

RESÚMENES DE TRABAJOS

MÁS INFORMACIÓN EN
www.gastroendo2025.org

  **Gastroendo2025**

Sociedades organizadoras



Órgano oficial





**GASTRO
ENDO
2025 BA**



**MAIN SPONSOR
GASTROENTEROLOGÍA**



ROEMMERS
CONCIENCIA POR LA VIDA

**MAIN SPONSOR
ENDOSCOPIA**



Corpomedica®
HIGH PRECISION MEDICAL TECHNOLOGY

SPONSOR PLATINO



GASTROTEX
JUNTOS EN LA INNOVACIÓN
TECNOLÓGICA



Adium



Johnson & Johnson
Innovative Medicine



GASTROENTEROLÓGICA LATINOAMERICANA

Órgano oficial de la Sociedad Argentina de Gastroenterología (SAGE)



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 Universitario - Fundación Favaloro. 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](#).

COMITÉ INTERNACIONAL

COORDINADOR DE EDITORES ASOCIADOS

Marcelo Vela - Mayo Clinic, Arizona, USA.

EDITORES ASOCIADOS

Alberto Caminero - **Inés Pinto-Sánchez**

Instituto de Investigación de enfermedades digestivas Farncombe Family. Universidad de McMaster, Hamilton, Ontario Canadá.

SECRETARIA

Tamara Alvarez Worobey

PRODUCCIÓN Y EDICIÓN

Raúl Groizard

DISEÑO Y ARMADO DIGITAL

Carlos Daniel Casuscelli

CORRECTORES

Esperanza Janeiro / Gabriela Churla / María Nochteff Avendaño

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



GASTROENTEROLÓGICA LATINOAMERICANA

Órgano oficial de la Sociedad Argentina de Gastroenterología (SAGE)



COMISIÓN DIRECTIVA SAGE - PERÍODO 2025

PRESIDENTE

Alejandro Nieponice

VICEPRESIDENTE

Silvina Goncalves

SECRETARIA

Marina Cariello

PROSECRETARIO

Gabriel Ahumarán

TESORERO

Andrés Rocca

PROTESORERA

Patricia González

VOCALÉS TITULARES

Evelin Crocci
Torres Sasso Daiana
Joaquín Agotegaray

VOCALÉS SUPLENTE

Florencia Molfeso
Pablo Calzetta
Ezequiel Balaban

ÓRGANO DE FISCALIZACIÓN TITULAR

Oscar Laudanno

ÓRGANO DE FISCALIZACIÓN SUPLENTE

Marcelo Thomé

REVISORES NACIONALES

Adet Ana	Garbi María Laura	Ramonet Margarita
Araya Valentina	Gómez Estanislao	Rey Alejandro
Argüero Julieta	González Andrea	Rocca Ana
Barreyro Fernando	González Sueyro Ramiro	Ruf Andrés
Basso Sandra	Gorodner Verónica	Sabban Judith Cohen
Bellicoso Maricel	Gualdrini Ubaldo	Sanguinetti José María
Beskow Axel	Gutiérrez María Cielo	Santana Mauro
Bestani Claudia	Gutiérrez Silvia	Santos Brian
Bigliardi Román	Guzmán Mauricio	Schlottmann Fran
Bosch Jorge	Hwang Hui Jer	Seehaus Alberto
Bun Maximiliano	Kujta Nadia	Smecuol Edgardo
Cairo Fernando	Lafage Matías	Soifer Luis
Cassella Federico	Laudanno Oscar	Soler Silvia Susana
Campana Juan Pablo	Loureiro Mariano	Sosa Eduardo
Cañero Velasco María C.	Lumi Carlos Miguel	Spina Juan
Carballido Marcela	Mahler Manuel	Tanno Hugo
Carraro Cecilia	Mauriño Eduardo	Tenca Julio
Cartier Mariano	Mauro Ezequiel Matías	Toca María del Carmen
Cerisoli Cecilio	Matoso Dolores	Uehara Tatiana
Colia Karina	McCormack Lucas	Uranga Lucio
Colombato Luis	Mendez Guillermo	Vaccaro Carlos
Contreras Mónica	Milito Daniela	Vaccaro María Inés
Costa Florencia	Moreira Alejandro	Varela Amanda
Curia Andrea	Moreno María Laura	Villarreal Mariano
Curvale Cecilia	Nachman Fabio	Volpacchio Mariano
Daruich Jorge	Narvaez Adrián	Wagener Marta
De Paula Juan Andrés	Nieponice Alejandro	Wainstein Daniel
Dowek Judith	O'Connor Juan Manuel	Wonaga Andrés
Dulbecco Mariela	Olmos Juan Ignacio	Yamasato Florencia
Etchevers Josefina	Pascual Russo Agostina	Zagalsky David
Facio Lucila	Pasqua Analía Verónica	Zamora Natalia
Fernández José L.	Pollarsky Florencia	Zandalazini Hugo
Galletto Paula	Pucci Betiana	Zubiri Cecilia

REVISORES INTERNACIONALES

Alvares da Silva Mario Reis	Medrana Carlos Robles	Riquelme Arnoldo
Burgos Herbert	Nabon Natalie	Tchekmedyan Asadur Jorge
Cohen Henry	Olano Carolina	Verdú Elena
Lanas Ángel	Pereira Lima Julio Carlos	
Llor Xavier	Remes-Troche José M.	

Propiedad intelectual N° 231736 / Revista indexada en PubMed

Las opiniones y afirmaciones expresadas en artículos, editoriales u otras secciones de *Acta Gastroenterológica Latinoamericana* corresponden a los respectivos autores.



IA Y EXPOSOMA, REDEFINIENDO EL CONOCIMIENTO EN SALUD

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 2025.

Hemos recibido un total de 205 resúmenes (146 de gastroenterología y 59 de endoscopia). Luego de ser analizados por revisores, los comités evaluadores y científicos de las áreas de interés correspondientes los categorizaron en resúmenes "aceptados" (como presentación oral, trabajo distinguido y póster) y "no aceptados". Fueron aceptados 116 de Gastroenterología: 18 presentación oral, 7 presentación oral en las olimpiadas de casos clínicos y 59 póster. En el área de Endoscopia se aceptaron 55: 10 presentación oral distinguido, 5 presentación oral, 6 póster distinguido y 34 póster.

En nombre de los Comités Organizadores de GASTROENDO 2025, felicitamos a todos los autores cuyos resúmenes fueron aceptados para su presentación durante el congreso.

Asimismo, agradecemos a todos los revisores que colaboraron en su evaluación, y a los coordinadores y comentadores, quienes asumieron la responsabilidad de analizar y comentar, junto a un panel de expertos nacionales, los resúmenes presentados en formato oral durante el Congreso.

Gastón Jury
Presidente

Comité Organizador Endoscopia Digestiva
GASTROENDO 2025

Fabio Nachman
Presidente

Comité Organizador Gastroenterología
GASTROENDO 2025



**GASTRO
ENDO
2025 BA**



AUTORIDADES

COMITÉ ORGANIZADOR GASTROENTEROLOGÍA

Presidente
Fabio Nachman

Secretaria General
María Josefina Sobrero

Secretarios Científicos
Fernando Barreyro
Diego Sartori

Tesorero
Andrés Rocca

Director Curso Posgrado
Ignacio Zubiaurre

Directora Curso Nutrición
Constanza Echevarría

Director Curso de
Gastroenterología Pediátrica
Christian Weyersberg

Comité Científico
Florencia Dulcich (Estómago)
Juan Pablo Stefanolo (Intestino)
María Laura González (Colon)
Andrea Ventura (Neurogastro)
Federico Cassella (EII)
Analía Pasqua (Páncreas)
Fernando Gruz (Hepatología)

COMITÉ ORGANIZADOR ENDOSCOPIA DIGESTIVA

Presidente
Gastón Jury

Vicepresidente
Christian Sánchez

Secretaria Científica
Agustina Redondo

Tesorero
Martín Dolan

Director del Workshop
Francisco Tufare

Director del Curso de
Posgraduados Endoscopia
José María Sanguinetti

Director Hands On
Hector Bolzan

Directoras Congreso
Asistentes de Endoscopia
Vanina Echarte
Vanesa Del Árbol

Comité evaluador
de Resúmenes
Victoria Sayanes

Comité Científico
Karina Yomamine
Leandro Manzotti
Federico Yáñez
Érica Bianchi
Sebastián Paredes



COMISIONES DIRECTIVAS - FAAED - SAGE

COMISIÓN DIRECTIVA FAAED 2024/2025

Presidente
Pablo César Rodríguez

Vicepresidente
Rafael Escobar Fernández

Secretario
Pablo Herrera Najum

Prosecretario
Luis Agustín Sequeira

Tesorero
Andrés Germán

Protesorera
Bárbara Pardo

Vocales Titulares
Gabriela Castillo
Ricardo Federico Díaz

Vocales Suplentes
Adriana Lloves
Rodolfo A. Scalamogna

COMISIÓN DIRECTIVA SAGE 2025

Presidente
Alejandro Nieponice

Vicepresidente
Silvina Goncálves

Secretaria
Marina Cariello

Prosecretario
Gabriel Ahumarán

Tesorero
Andrés Rocca

Protesorera
Patricia González

Vocales Titulares
Evelín Crocci,
Daiana Torres Sasso
Joaquín Agotegaray

Vocales Suplentes
Florencia Molfeso,
Pablo Calzetta
Ezequiel Balaban

PROFESIONALES QUE INTERVINIERON EN LA REVISIÓN DE LOS RESÚMENES CIENTÍFICOS

Allende Marina	Giraud Florencia
Andrenacci Paola	González María Laura
Barba Analía	González Andrea
Barreyro Fernando Javier	Gruz Fernando
Barros Roberto Federico	Larocca Cecilia
Bedini Marianela Patricia	Linares María Eugenia
Bellicoso Maricel Ivana	Lotero Polesel Julio César
Bello Gustavo Fabián	Martini Giselle
Bilder Hugo German	Matoso María Dolores
Bori Javier	Nachman Fabio
Bucciarelli Federico	Nazar María Cristina
Cabrera Paula	Niveloni Sonia Isabel
Cairo Fernando	Oliva Laura
Campos Lucía Mercedes	Ortiz Lucia
Carlino Yanina	Pasqua Analía Verónica
Cassella Federico	Perna Lorena Aldana
Contreras Marcela	Rodriguez Pablo
Contreras Mónica	Sayanes María Victoria
Correa Gustavo	Sequeira Agustín
Dulcich Florencia	Smecuol Edgardo Gustavo
Echevarría Constanza	Sole Laura
Etchevers Maria Josefina	Stefanolo Juan Pablo
Ferrario Martín	Steinberg Leandro
Fuxman Claudia Griselda	Ventura Andrea
Garabento Leonardo	Waldbaum Carlos
Garbi Maria Laura	



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



ÍNDICE DE RESÚMENES

GASTROENTEROLOGÍA

Referencias	Pág.
Presentación Oral	7
Presentación Oral Olimpiadas de Casos Clínicos	13
Pósters	15

ENDOSCOPIA DIGESTIVA

Referencias	
Trabajos Orales Distinguidos	35
Trabajos Orales	38
Pósters Distinguidos	40
Pósters	42

ÍNDICE DE AUTORES POR CATEGORÍA

Gastroenterología	54
Endoscopia digestiva	67

GASTROENTEROLOGÍA

PRESENTACIÓN ORAL

Código: 0141

RIESGO CARDIOVASCULAR EN ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL. LA IMPORTANCIA DE SU VALORACIÓN EN EL ABORDAJE INTEGRAL

Modalidad: Trabajos Científicos

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

MARTÍNEZ ELHELOU, Solange | FERNANDEZ VILLAR, Gonzalo | SÁNCHEZ, Belén | ETCHEVERS, María Josefina | DE PAULA, Juan Andrés | SOBRERO, Josefina | MANDUCA, Pamela | VELAZQUEZ, Andrea | SOLEDAD, Martínez | CARRAL, Virginia | MARCOLONGO, Mariano

HOSPITAL ITALIANO DE BUENOS AIRES

Introducción: La enfermedad inflamatoria intestinal (EII) es una afección crónica con impacto sistémico. Existe evidencia creciente que vincula la EII con un mayor riesgo de enfermedad cardiovascular (CV). Si bien en otras enfermedades inflamatorias sistémicas se recomienda la estratificación del riesgo cardiovascular en forma rutinaria, esto no está establecido de forma absoluta en los pacientes con EII.

Objetivos: Describir el impacto de implementar un circuito de derivación a cardiología en pacientes con EII y alguna condición de riesgo asociada.

Material y Métodos: Se realizó un estudio de corte transversal entre 01/2024 y 06/2025 en un hospital de tercer nivel. Se incluyeron pacientes con EII con alguna condición de riesgo asociado (determinado por la severidad de la EII y/o factores de riesgo CV) que fueron derivados a cardiología. Según las guías de práctica clínica para prevención CV se realizó laboratorio con perfil de lípidos y lipoproteína A (LpA), doppler de vasos de cuello, cardíaco y de miembros inferiores. Se estimó el riesgo CV (IAM y ACV a 10 años) mediante el LpA y el score de la American Heart Association (AHA). Las variables continuas se expresaron como media y desvío estándar (DE) o mediana y rango intercuartílico (RIC), según correspondiera. Las variables categóricas se reportaron como porcentajes. El análisis estadístico se realizó utilizando el software R, versión 3.6.3.

Resultados: Se evaluaron 78 pacientes de los 93 derivados. La mediana de edad de la población fue de 58 (RIC 44-69,8). El 42,3% (n 33) fueron mujeres. De los 78 pacientes un 57,7% (n45) tenían diagnóstico de colitis ulcerosa, un 38,4% (n30) de enfermedad de Crohn y un 3,8% (n3) fueron no clasificados. Entre los criterios de derivación 27% (n 21) fue por la severidad de la EII, 24,3% (n19) por motivos CV y en un 48,7% (n38) por ambos. Un 6,41% (n5) tenían antecedentes de enfermedad CV previa. El resto de las características basales de la población se expresan en la tabla 1. El riesgo CV detectado fue moderado-alto según el nivel de LpA en 45% (n35) y según AHA score en 38,8 (n28). Se detectó mediante ecodoppler aterosclerosis carotídea en 42% (n33) de los pacientes y aterosclerosis de miembros inferiores en el 51,3% (n40). En el 63 % (n49) de los casos se realizó un cambio en la conducta terapéutica. En 47% (n37) se inició tratamiento con estatinas, en 5 % (n 4) por diagnóstico de diabetes se inició tratamiento farmacológico. Se detectó obesidad en un 17% (n13) y tabaquismo activo en un 9% (n 7) los cuales fueron derivados a nutrición y recibieron consejo antitabáquico respectivamente.

Conclusiones: La implementación de un circuito interdisciplinario con cardiología nos permitió detectar un riesgo aumentado de IAM y ACV en un 45% de los pacientes. Esta práctica indujo cambios en el tratamiento cardiológico en más de la mitad de los casos. Comprender la importancia del riesgo CV aumentado en los pacientes con EII es crucial para implementar medidas de prevención en esta población.

PRESENTACIÓN ORAL

Código: 0273

RENDIMIENTO DIAGNÓSTICO DE MÉTODOS NO INVASIVOS PARA EVALUAR FIBROSIS HEPÁTICA EN LA ENFERMEDAD POR ESTEATOSIS HEPÁTICA ASOCIADA A DISFUNCIÓN METABÓLICA: ESTUDIO ARGENTINO MULTICÉNTRICO

Modalidad: Trabajos Científicos

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

Unidad Temática 2: a) GASTROENTEROLOGÍA 9. Hígado 9.3. Cirrosis

BORI, Matías1 | BALDERRAMO, Domingo2 | FERNANDEZ, Guillermo3 | DEL VALLE AUBONE, María4 | SOTO OCA, Omar5 | PAREDES, Sebastián6 | GONZÁLEZ BALLERGA, Esteban2 | BARREYRO, Fernando Javier2

HOSPITAL DE CLÍNICAS "JOSÉ DE SAN MARTÍN" - UBA1; HOSPITAL PRIVADO UNIVERSITARIO DE CÓRDOBA2; GAHEEND3; HOSPITAL DR. GUILLERMO RAWSON4; CENTRO MEDICOS; HOSPITAL DE ALTA COMPLEJIDAD PTE JUAN DOMINGO PERON6

Introducción: La enfermedad por esteatosis hepática asociada a disfunción metabólica (MASLD) es actualmente la hepatopatía crónica más frecuente. La fibrosis hepática determina el pronóstico, aunque el gold estándar para su diagnóstico continúa siendo la biopsia hepática (BH), la misma no se puede utilizar en forma masiva debido a su carácter invasivo y complicaciones. Es por ello que los métodos diagnósticos no invasivos (NITs) basados en análisis séricos y elastografía son ampliamente utilizados para determinar el riesgo de fibrosis; sin embargo, su rendimiento diagnóstico no ha sido evaluado adecuadamente en la población argentina con MASLD.

Objetivos: Evaluar el rendimiento diagnóstico de seis métodos no invasivos para la detección de fibrosis significativa (FS>=F2) y fibrosis avanzada (FA>=F3) en MASLD.

Material y Métodos: Estudio transversal multicéntrico (CABA, Córdoba, Mendoza, San Juan, Corrientes, Formosa y Misiones) que incluyó 219 adultos argentinos con MASLD sometidos a BH entre 2019-2024. Se excluyeron causas secundarias de esteatosis. La fibrosis fue evaluada según el sistema de Kleiner. Se calcularon los scores APRI, FIB-4, NAFLD Fibrosis Score (NFS), SAFE, Forns y elastografía hepática transitoria (ET; FibroScan®). El rendimiento diagnóstico se expresó mediante área bajo la curva ROC (AUROC), sensibilidad (S), especificidad (E), valor predictivo positivo (VPP) y negativo (VPN). Los puntos de corte óptimos se identificaron mediante el índice de Youden, y los dos mejores AUROC se compararon con el test de DeLong.

Resultados: Edad mediana 54 años; 52% mujeres; IMC 31 kg/m²; diabetes 32%; NASH 57%. Distribución fibrosis: F0 18%, F1 27%, F2 24%, F3 12%, F4 19%. Para FS, ET y SAFE presentaron las AUROC más altas (0,95 y 0,75). El punto de corte de ET de 7,8 kPa obtuvo S 92%, E 95%, VPP 96%, VPN 90%. Para FA, nuevamente ET y SAFE mostraron mayor precisión diagnóstica (0,96 y 0,79); el punto de corte de ET de 8,9 kPa presentó S 96%, E 90%, VPP 81%, VPN 98% (DeLong p<0,001).

Conclusiones: En esta cohorte argentina de pacientes con MASLD, la ET mostró superioridad frente a cinco métodos séricos para identificar FS y FA, aunque se observaron valores de corte diferentes a los reportados en Europa y Estados Unidos. Es necesario desarrollar estudios regionales multicéntricos para validar puntos de corte específicos y optimizar la aplicación de los métodos no invasivos en la población argentina con MASLD.

PRESENTACIÓN ORAL

Código: 0119

EVALUACIÓN DE LAS MÉTRICAS DE LA FARINGE, MEDIANTE MANOMETRÍA DE ALTA RESOLUCIÓN POR PERFUSIÓN, EN INDIVIDUOS ASINTOMÁTICOS EN ARGENTINA

Modalidad: Trabajos Científicos

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

Unidad Temática 2: a) GASTROENTEROLOGÍA 1. Esófago 1.2. Trastornos motores

ALACH, Eduardo | CONTRERAS, Marcela | GARAY, Iñaki | ALACH, Rocio Belen

Hospital "San Roque", Gonnet

Introducción: La evaluación de los trastornos deglutorios con manometría faríngea de alta resolución (MFAR), se ha incrementado en los últimos años. Su aplicación clínica, la metodología y las métricas normales están en pleno proceso de estandarización. En América latina no hay datos publicados sobre estos parámetros.

Objetivos: Presentar el análisis de las métricas de la faringe, en individuos asintomáticos, estudiados mediante MFAR por perfusión en Argentina

Material y Métodos: Estudio retrospectivo observacional, de las métricas de la faringe y esófago superior, registradas con MFAR por perfusión en 15 individuos enrolados entre abril 2022 y abril 2025, con rango etario de 27-56 años, 6 varones y 9 mujeres, con los siguientes criterios de inclusión: Asintomáticos, videodeglución y tránsito esofágico normales; Manometría esofágica de alta resolución por perfusión normal; ausencia de enfermedades o medicación que afecten la motilidad faríngea; Protocolo completo de Chicago IV. Se utilizó un manómetro de alta resolución, de 24 canales de perfusión (Adom-Mycrosens-AMS 24c) y catéter con 10 canales en faringe con separación de 1 cm por canal. Se analizaron: integral contráctil faríngea (PHCI), integral contráctil faringoesofágica (PHCI-FE), presión faríngea intrabolo (PIB), relajación del EES (nadir), presión subcricoidea, nadir ajustado (diferencia entre presión nadir y subcricoidea), tiempo de apertura del EES, velocidades de conducción faríngea y faringoesofágica, y presión máxima velofaríngea (P PEAK). Para cada parámetro, se calculó una mediana individual por paciente, basada en 10 degluciones con 5 ml de líquido. Se analizaron los 15 valores obtenidos por parámetro, con medidas de tendencia central (media, mediana), dispersión (desviación estándar) y percentiles (P5 y P95) todos ellos volcados en Tabla 1. Todas las mediciones se realizaron en forma manual.

Resultados: Los resultados se expresan como agregados poblacionales sin realizar inferencias entre grupos en la Tabla 1. En un total de 1500 mediciones las medianas fueron: PHCI faríngeo: 214,2 mmHg/cm/s, PHCI-FE: 1759 mmHg/cm/s, PIB hipofaríngea: 13,45 mmHg, presión de relajación (nadir): 10,1 mmHg, presión subcri-

coidea: 4,75 mmHg, nadir ajustado: 3,25 mmHg, tiempo de apertura del EES: 543 ms, velocidad contráctil faríngea: 10,1 cm/s, velocidad faringoesofágica: 7,2 cm/s y presión pico velofaríngea (P PEAK) 88 mmHg. Se observaron rangos fisiológicos estrechos sin valores aberrantes. Los percentiles extremos (P5–P95) permiten establecer límites preliminares de normalidad.

Conclusiones: Presentamos el primer reporte argentino de métricas de MFAR por perfusión en individuos asintomáticos. Los valores obtenidos establecen referencias preliminares para la interpretación de los trastornos deglutorios con MFAR. Se requieren estudios con protocolos estandarizados, mayor tamaño muestral y configuraciones de catéteres, que permitan definir valores de referencia reproducibles para su aplicación clínica confiable.

PRESENTACIÓN ORAL

Código: 0142

EFFECTIVIDAD Y SEGURIDAD DE LAS TERAPIAS DE PRIMERA LÍNEA EN LA ERRADICACIÓN H PYLORI: DATOS DEL REGISTRO ARGENTINO H PYLORI

Modalidad: Trabajos Científicos

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

LAUDANNO, Oscar Miguel Oreste1 | AHUMARÁN, Gabriel2 | AHUALLI, Julián Gastón3 | ADAMI - ASTUTI, Paola - Bruno4 | USTARES, Fernando5 | RODRIGUEZ, Pablo6 | FERNÁNDEZ, Guillermo Rubén7 | BEDINI, Oscar Alfredo8 | DULCICH, Florencia9 | FILO, Gladys L1 | BORI, Javier10 | THOME, Marcelo11 | LLERENA, Frederick12 | AULAR, Daniela1 | PUCCI, Betiana1 | ZORN, Sebastián Cayetano13 | INSAURRALDE, Walter14 | RIGONI, Martina15 | PEPA, Pablo Damián16 | SUÁREZ, Edecio17

INSTITUTO DE INVESTIGACIONES MÉDICAS ALFREDO LANARI. UBA1; HOSPITAL C. BOCALANDRO2; CLÍNICA MONTE GRANDE3; SANATORIO MODELO QUILMES4; SANATORIO LAVALLE5; INSTITUTO MODELO CÓRDOBA6; GAHEEND7; HOSPITAL BRITÁNICO8; HOSPITAL UDAONDO9; Hospital Británico caba10; HOSPITAL EVA PERÓN11; CLÍNICA SAN JORGE12; HOSPITAL DE CLÍNICAS "JOSÉ DE SAN MARTÍN" - UBA13; HOSPITAL SAMIC EL DORADO14; HOSPITAL CENTENARIO. ROSARIO15; HIGA PERGAMINO16; HOSPITAL ROSSI17

Introducción: La infección por *Helicobacter pylori* (H pylori) afecta cerca del 50% de la población Argentina. La mayor parte de los tratamientos de erradicación son prescriptos en forma empírica en Argentina sin conocer la resistencia antibiótica. Disponer de datos locales de la efectividad de los distintos esquemas de tratamiento así como su seguridad permite no solo mejorar las tasas de erradicación sino cumplir con un programa de uso racional de antibióticos. El Registro Argentino H pylori se inició en Mayo 2021 con el objetivo de identificar los mejores esquemas de tratamiento para ser utilizados en forma empírica y establecer una red de vigilancia nacional.

Objetivos: Conocer la efectividad y seguridad de los esquemas de primera línea utilizados en pacientes naïve para la erradicación H pylori.

Material y Métodos: Método: Registro prospectivo, multicéntrico, nacional, de la práctica clínica de los gastroenterólogos argentinos. Comprende el período de Mayo 2021 a Julio 2025. Participan Investigadores de 9 Provincias Argentinas y los datos se registran en una plataforma electrónica. Se incluyeron los datos demográficos de pacientes con infección por H. pylori, intentos previos de erradicación, tratamiento indicado, eventos adversos, cumplimiento y erradicación. La efectividad fue evaluada por intención de tratamiento modificada (ITTm). Se analizaron los datos de los pacientes que recibieron un tratamiento de primera línea (vírgenes de tratamiento). **Resultados:** De los 1562 pacientes registrados, 1389 recibieron un esquema de tratamiento de primera línea. El diagnóstico fue realizado por histología en el 92 % de los pacientes mientras el control de la erradicación con antígenos fecales y test del aire espirado en el 66 % y 34 % de los pacientes respectivamente. Dentro de los esquemas de primera línea, el cuádruple con bismuto, el cuádruple concomitante y el Cuádruple-Secuencial con Zinc son los que alcanzaron una efectividad > 90%, ver Tabla. Hubo una diferencia significativa en la efectividad de las terapias cuádruples vs las triples (93.6% vs 80%, $P < 0.0001$, OR 3.65 (IC95% 2.5-5.23). Se reportaron eventos adversos en un 32% de los pacientes, en su mayoría leves.

Conclusiones: En Argentina las terapias cuádruples con y sin bismuto y cuádruple-secuencial con Zinc alcanzan tasas de erradicación de H pylori > 90% en el mundo real, alcanzando las metas propuestas por los Consensos. Los Registros locales H pylori podrían contribuir a disminuir la resistencia a los antibióticos.

PRESENTACIÓN ORAL

Código: 0037

VARIANTES DE MOTIVOS EPIYA EN EL GEN CAG A DE HELICOBACTER PYLORI: ¿QUÉ TENEMOS EN NUESTRA REGIÓN?

Modalidad: Trabajos Científicos

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

TEDESCHI, Fabian Alejandro1 | BUCCI, Pamela1 | BORETTO, Angela1 | MARINARO, Maria Belen1 | BARBAGLIA, Yanina2 | INCAHUANACO, Liberth3 | QUIROGA, Gabriel3 | ZALAZAR, Fabian1

FACULTAD DE BIOQUÍMICA Y CIENCIAS BIOLÓGICAS, UNIVERSIDAD NACIONAL DEL LITORAL1; SERVICIO DE GASTROENTEROLOGÍA, HOSPITAL "DR. J. M. CULLEN"2; SANATORIO ADVENTISTA DEL PLATA3

Introducción: *Helicobacter pylori* (H. pylori) es una bacteria gram negativa que coloniza la mucosa gástrica de aproximadamente la mitad de la población mundial y se asocia con diversas enfermedades gastrointestinales, incluyendo gastritis crónica, úlcera péptica, linfoma MALT y adenocarcinoma gástrico. Varios factores de virulencia de la bacteria han sido identificados (cagA, vacA, babA2, Oip). Entre éstos, la proteína CagA, codificada por el gen cagA, se vincula a cepas más virulentas. CagA es fosforilada en residuos de tirosina localizados en regiones específicas denominadas motivos EPIYA (Glu-Pro-Ile-Tyr-Ala). Estos motivos se agrupan en patrones (EPIYA-A, -B, -C o -D), cuya combinación y número afectan la interacción con proteínas celulares del huésped y, al mismo tiempo, la capacidad patogénica de las cepas. Estudios realizados en distintas regiones del mundo han demostrado una asociación entre ciertos patrones EPIYA —particularmente los múltiples motivos tipo C— y un mayor riesgo de desarrollar mayores alteraciones en la mucosa gástrica. En Argentina no hay, a nuestro conocimiento, reportes sobre la caracterización molecular de los patrones EPIYA, lo que limita la comprensión de la epidemiología molecular y la virulencia de esta bacteria en nuestra población. Nuestra hipótesis sería que las cepas de H. pylori circulantes en Argentina presentan patrones EPIYA particulares, cuya frecuencia y distribución podrían diferir de las observadas en otras regiones del mundo.

Objetivos: En base a lo anterior, nuestro objetivo fue iniciar la caracterización de secuencias EPIYA del gen cagA en cepas de H. pylori detectadas en pacientes de nuestra región.

Material y Métodos: Se extrajo ADN a partir de biopsias de tejido gástrico de pacientes adultos con diagnóstico de gastritis crónica (N= 29) que hubieran dado su consentimiento informado, sin pasos previos de cultivo. Se tomaron muestras para test rápido de Ureasa, detección histológica e identificación molecular por una PCR para el gen hsp60. Para el análisis de secuencias EPIYA se trabajó con muestras H.pylori (+) en 2/3 pruebas [test de ureasa (+)/detección histológica (+), PCR (+)]. La caracterización del tipo de secuencia EPIYA en cada muestra así como de los genes vacA, babA2 y Oip se realizó por PCRs específicas de secuencia, seguida de una electroforesis en gel de agarosa al 2%, en presencia de un colorante intercalante fluorescente.

Resultados: En el total de muestras analizadas, predominó la variante EPIYA ABC, observándose la siguiente distribución: un 6.9 % presentó el genotipo EPIYA AB, el 69% la variante EPIYA ABC mientras que el 20.7% de los pacientes portaron cepas de H. pylori EPIYA ABCC. En un solo paciente (3.4%) se detectó la presencia de 2 genotipos (ABC/ABCC).

Conclusiones: Los resultados de este estudio, los primeros que describen la distribución de secuencias EPIYA en nuestra región, podrían aportar datos para evaluar el impacto de las diferentes variantes, en conjunto con otros marcadores moleculares, en la patogénesis de la infección.

PRESENTACIÓN ORAL

Código: 0212

SUSPENSIÓN DE TERAPIAS MODERNAS E INMUNOMODULADORAS EN ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL. LA IMPORTANCIA DE LAS DECISIONES COMPARTIDAS

Modalidad: Trabajos Científicos

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

VELAZQUEZ, Andrea Antonella | ETCHEVERS, María Josefina | SANCHEZ, María Belen | MANDUCA, Pamela | BELLINI, Sofía | MARTÍNEZ ELHELOU, Solange | MARTÍNEZ, Soledad | DE PAULA, Juan Andrés | SOBRERO, Josefina | MARCO-LONGO, Mariano

HOSPITAL ITALIANO DE BUENOS AIRES

Introducción: Las enfermedades inflamatorias intestinales (EII), que incluyen la enfermedad de Crohn (EC) y la colitis ulcerosa (CU), son afecciones crónicas que a menudo requieren tratamiento prolongado con inmunomoduladores (IM) o terapias avanzadas (TA) como biológicos y pequeñas moléculas. Dados los eventos adversos potenciales, costos y deseos personales de los pacientes existen momentos evolutivos de la enfermedad en que se plantea la suspensión de los mismos con el riesgo de recaída que implica.

Objetivos: Describir la tasa de recaída en pacientes con EII tras la suspensión del tratamiento inmunomodulador (INM) y/o terapias avanzadas (TA). Secundariamente valorar estas tasas según el motivo de discontinuación: remisión de la EII o efectos adversos/decisión del paciente.

Material y Métodos: Estudio de cohorte retrospectivo en un centro de referencia. Se incluyeron pacientes adultos pertenecientes a un registro institucional de EII que recibieron al menos seis meses de tratamiento con IM y/o TA, con discontinuación de los mismos. Mediante revisión de historia clínica electrónica se recolectaron datos demográficos, características de la EII, tipos de trata-

mientos recibidos y motivo de la discontinuación. El análisis se realizó con software STATA 13.1.

Resultados: De los 366 pacientes pertenecientes al registro EII con tratamiento IM/TA, se incluyeron 85 que discontinuaron la medicación. El 52% (n 44) eran mujeres. El 60% (n 51) fueron CU, el 40% (n 34) EC. La mediana de edad al diagnóstico fue de 27 (RIC18-39) años. En cuanto a los tratamientos discontinuados, se suspendió monoterapia con IM en un 36% (n 31), terapia combo con retiro del IM en 32% (n 27), monoterapia con TA en 21% (n 18), terapia combo con retiro de TA 7% (n 6) y terapia combo con retiro de ambas 3 (4%) (Tabla 1). La mediana de duración del tratamiento fue de 2.8 años (RIC1.2- 5.2). El motivo de suspensión fue por indicación médica por remisión de la enfermedad en 39% (n 33) (GRUPO 1) y por eventos adversos/decisión del paciente en 61% (n 52) (GRUPO 2). El 60% del total presentó recaída clínica luego de la suspensión del tratamiento. En el grupo 1 la tasa de recaída fue 41% (13/33) mientras que en el grupo 2 fue 69% (36/52). Con respecto a las características basales entre los pacientes de los 2 grupos se observó mayor presencia de manifestaciones extraintestinales e internaciones en el grupo 2. De los que se disponía el dato, la mediana de PCR previo a la discontinuación fue 0.4 (RIC0.2- 0.8) y 2.7 (RIC1-7,7) en el grupo 1 y 2. La mediana de calprotectina fue 59 (RIC31-182) y 180 (RIC117-591) en el grupo 1 y 2 respectivamente. (Tabla 2)

Conclusiones: En este trabajo de vida real observamos que la suspensión del tratamiento en EII se asoció con una alta tasa de recaída, especialmente cuando no fue indicada por consejo médico en forma programada en base a remisión objetiva. Estos hallazgos refuerzan la necesidad de una selección cuidadosa y un diálogo cercano con el paciente transmitiendo la importancia de planificar el momento adecuado para desescalar el tratamiento.

PRESENTACIÓN ORAL

Código: 0266

IDENTIFICACIÓN DE ESTEATOSIS HEPÁTICA Y CIRROSIS MEDIANTE LA CUANTIFICACIÓN OBJETIVA DE VASOS FINOS POR IMAGEN DE DETECCIÓN DE FLUJO, ASISTIDA POR INTELIGENCIA ARTIFICIAL: RESULTADOS DE UN ESTUDIO PILOTO

Modalidad: Trabajos Científicos (presentado En Otro Congreso)

Unidad Temática: a) GASTROENTEROLOGÍA 9. Hígado 9.3. Cirrosis

Unidad Temática 2: b) ENDOSCOPIA DIGESTIVA 1. Endoscopia Diagnóstica • Hígado, Vías Biliares y Páncreas

ROBLES-MEDRANDA, Carlos¹ | BAQUERIZO-BURGOS, Jorge¹ | PUGA-TEJADA, Miguel¹ | MURILLO, Juan¹ | ELÍAS-BERREZUETA, Cristina¹ | ALCÍVAR-VÁSQUEZ, Juan¹ | MENDEZ, Juan² | CUNTO, Domenica¹ | EGAS-IZQUIERDO, María¹ | ARÉVALO-MORA, Martha¹ | TABACELIA, Daniela¹ | AVEIGA CEDEÑO, Leonardo Andres¹ | DEL VALLE-ZAVALA, Raquel¹

INSTITUTO ECUATORIANO DE ENFERMEDADES DIGESTIVAS (IECED)1; MDCONSGROUP2

Introducción: Los signos tempranos de fibrosis hepática son difíciles de distinguir del tejido hepático sano, ya que se observan cambios prematuros en los niveles microvasculares (sinusoidales). En la cirrosis, el aumento de la resistencia microvascular reduce el flujo sanguíneo capilar, lo cual se compensa mediante la arterIALIZACIÓN para mantener la perfusión. La ecoendoscopia con imágenes de detección de flujo (EUS-DFI) es una novedosa técnica de imagen capaz de detectar los vasos finos (VF) y velocidades de flujo bajas sin agentes de contraste en tiempo real. Sin embargo, su interpretación es subjetiva, lo que puede limitar su suficiencia diagnóstica.

Objetivos: Establecer un valor de corte para los VF que permita diferenciar los cambios hepáticos observados en la esteatosis hepática y la cirrosis de los del hígado sano.

Material y Métodos: Estudio prospectivo unicéntrico que incluyó a pacientes mayores de 18 años con indicación de EUS, con dos cohortes: grupo control (pacientes con pruebas de función hepática dentro del rango normal y tejido hepático normal), y grupo con esteatosis, fibrosis o cirrosis hepática.

Resultados: Se incluyeron 26 pacientes, con una edad media de 60.4 años (DE: 14.5) y el 61.5% eran mujeres. El 19.2% de los pacientes presentó hígado normal, mientras que 21/26 (80.8%) presentaron hígado anormal (15 con cirrosis hepática y 6 con esteatosis hepática). Se observaron VF en 21/26 (80.8%). La mediana y el rango máximo del número de VF observados fueron 18 (11-20) y 49 (41-58), respectivamente. Se observó una diferencia estadísticamente significativa entre la mediana y la máxima de VF entre hígados normales y anormales (p=.014). El valor de corte obtenido para la mediana de VF fue 9, con una sensibilidad, especificidad, valores predictivos positivos y negativos, y coincidencia observada del 100% para todos los parámetros. El área bajo la curva fue de 1.00. No se observaron diferencias entre la esteatosis y la cirrosis en cuanto a la mediana y la máxima de VF.

Conclusiones: Si bien la mediana de VF observada no difirió entre la esteatosis y la cirrosis, la cuantificación objetiva de VF mediante EUS-DFI permitió distinguir eficazmente un hígado normal vs patológico con una alta suficiencia diagnóstica. El número de pacientes fue una limitación, se requieren pacientes adicionales para validar aún más estos resultados.

PRESENTACIÓN ORAL

Código: 0166

SEGUIMIENTO CLÍNICO Y FUNCIONAL DE LA MIOTOMÍA ENDOSCÓPICA PERORAL EN EL TRATAMIENTO DE ACALASIA: EXPERIENCIA EN UN CENTRO DE ENDOSCOPIA AVANZADA

Modalidad: Trabajos Científicos

Unidad Temática: a) GASTROENTEROLOGÍA 10. Neurogastroenterología 10.1. Acalasia

Unidad Temática 2: b) ENDOSCOPIA DIGESTIVA 2. Endoscopia Terapéutica • Esófago, Estómago y Duodeno

RIZZI, Bruno | PALMA, Agustina | DULBECCO, Mariela | GUZMAN, Mauricio | BALDONI, Fernando | CORREA, Gustavo | FABBRO, Gabriel | GARCÍA, Magdalena | YANTORNO, Martin | TUFARE, Francisco | ZÚÑIGA, Andrés

HIGA San Martín La Plata

Introducción: La miotomía endoscópica peroral (POEM) se ha consolidado como una técnica efectiva y segura para el tratamiento de la acalasia. La incorporación de escalas clínicas y parámetros funcionales permite una evaluación integral del impacto terapéutico, incluyendo la pesquisa de enfermedad por reflujo gastroesofágico (ERGE).

Objetivos: Evaluar los resultados clínicos y funcionales de pacientes con acalasia tratados mediante POEM, con énfasis en el control sintomático, cambios en el tránsito esofágico minutado (TEM), complicaciones y síntomas sugestivos de ERGE evaluados mediante la escala GerdQ. Se incorporan hallazgos endoscópicos en el seguimiento cuando estuvieron disponibles.

Material y Métodos: Estudio observacional retrospectivo. Se incluyeron pacientes con diagnóstico de acalasia tipo I, II o III tratados con POEM entre diciembre 2022 y junio 2025. Se analizaron variables clínicas (edad, sexo, tipo de acalasia, score de Eckardt), funcionales (TEM pre y post-POEM), técnicas (tiempo operatorio, longitud de miotomía) y complicaciones. Durante el seguimiento, se aplicó el cuestionario GerdQ, considerando que un puntaje ≥ 8 es sugestivo de enfermedad por reflujo gastroesofágico (ERGE), de acuerdo con la validación de dicha escala.

Resultados: Se incluyeron 41 pacientes (48.8% mujeres, mediana de edad 50 años). La acalasia tipo II fue el subtipo más frecuente (73.1%). El score de Eckardt se redujo significativamente (mediana pre-POEM: 8; post-POEM: 0). El TEM también mostró mejoría global, siendo completo a los 5 minutos en el 95% de los casos. La longitud de la miotomía se definió en función del tipo de acalasia y se procuró realizar una miotomía selectiva de la capa circular. Un paciente presentó un capnotórax como complicación inmediata y otro desarrolló un bolsillo en zona del ojal y parte proximal del túnel como complicación tardía. De los pacientes evaluados mediante GerdQ en el seguimiento posterior, el 97% obtuvo puntajes menores a 8. En un paciente evaluado mediante videoendoscopia digestiva alta durante el seguimiento, se diagnosticó esofagitis grado B, confirmando ERGE.

Conclusiones: Sabiendo que el POEM es un procedimiento seguro y eficaz para el tratamiento de la acalasia, nuestro estudio aporta datos de seguimiento clínico y funcional que muestran una mejoría sintomática significativa, una optimización de la evacuación esofágica y una baja frecuencia de síntomas sugestivos de ERGE evaluados con GerdQ. La detección aislada de esofagitis refuerza la necesidad de control endoscópico para un diagnóstico certero.

PRESENTACIÓN ORAL

Código: 0078

UTILIDAD DE BIOMARCADORES INFLAMATORIOS PARA EVALUAR LA CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES CON ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL.

Modalidad: Trabajos Científicos

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

QUIROZ, Mariana Soledad | MELANO, Florencia | DI BARTOLO, Laura | CASTILLO, Gabriela Miriam | ZARATE, Fabian

HOSPITAL CORDOBA

Introducción: La enfermedad inflamatoria intestinal (EII), que incluye a la Colitis Ulcerosa (CU), la enfermedad de Crohn (EC) y Colitis inespecífica, es un conjunto de patologías crónicas del tracto gastrointestinal, con etiología aún no completamente esclarecida. Se reconoce la interacción de factores genéticos, inmunológicos y ambientales en su desarrollo. Estas enfermedades cursan con inflamación persistente, períodos de remisión y reactivación, y un impacto significativo en la calidad de vida (CdV), salud mental, productividad laboral y economía personal de quienes las padecen. En los últimos años se ha incrementado el interés en la CdV relacionada con la salud, dado que los trastornos emocionales y psicológicos son frecuentes en estos pacientes y se ha observado que una CdV disminuida puede afectar negativamente la evolución clínica, la aceptación del diagnóstico y la adherencia al tratamiento. El monitoreo de la inflamación intestinal se realiza mediante biomarcadores no invasivos, como la proteína C reactiva (PCR), la calprotectina fecal (CF), la eri-

troshedimentación (VSG), el hemograma (anemia, trombocitosis), hipoalbuminemia, entre otros. En este estudio, se eligieron la PCR y la CF por su amplio uso y disponibilidad en la práctica clínica. Sin embargo, la relación entre estos biomarcadores y la calidad de vida aún no ha sido claramente establecida.

Objetivos: Determinar si existe relación entre CdV baja y los niveles elevados de biomarcadores inflamatorios en los pacientes con EI.

Material y Métodos: Estudio observacional con pacientes mayores de 16 años diagnosticados con CU o EC según criterios ECCO, asistidos en consultorio externo entre junio 2021 y diciembre 2024. Se incluyeron pacientes tanto en remisión como en actividad clínica. Se excluyeron quienes no completaron el cuestionario o no desearon participar. La CF fue medida mediante ELISA (valor normal <250 µg/g) y la PCR con valor de corte <0,5 mg/dL. La CdV fue evaluada mediante el cuestionario IBDQ-9 reducido, autoadministrado. Se analizaron variables cualitativas con Chi cuadrado o test de Fisher según correspondiera; para resultados significativos se calculó OR con IC 95%. Se emplearon media, mediana y desviación estándar para variables cuantitativas.

Resultados: No se encontró correlación estadísticamente significativa entre el puntaje del IBDQ-9 y los niveles de PCR o CF (p>0,05). Tampoco se halló asociación entre los biomarcadores entre sí, como se detalla en tabla N°1

Conclusiones: Los resultados indican que los biomarcadores de inflamación como PCR y CF son herramientas útiles para monitorear la actividad inflamatoria de la EI, pero no permiten predecir el impacto subjetivo de la enfermedad en la calidad de vida del paciente. Esto resalta la necesidad de una evaluación integral que contemple tanto aspectos clínicos como psicosociales, en línea con las recomendaciones del grupo STRIDE-II (IOBD), promoviendo un enfoque centrado en el paciente.

PRESENTACIÓN ORAL

Código: 0267

LA INTERACCIÓN ENTRE EL GEN DE VIRULENCIA CAGA DEL HELICOBACTER PYLORI Y EL POLIMORFISMO DE NUCLEÓTIDO SIMPLE EN RS2075820 DE NOD1 ELEVA LOS MARCADORES NO INVASIVOS DE FIBROSIS EN LA ENFERMEDAD HEPÁTICA ASOCIADA CON DISFUNCIÓN METABÓLICA

Modalidad: Trabajos Científicos

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

Unidad Temática 2: a) GASTROENTEROLOGÍA 9. Hígado 9.7. Hígado graso MAIORANA, Facundo1 | MAIDANA, Enzo Gabriel2 | CARONIA, Virginia2 | ADOLFO, Schneider1 | ZAPATA, Pedro Dario2 | BARREYRO, Fernando Javier2

INSTITUTO UNIVERSITARIO DE CIENCIAS DE LA SALUD1; INSTITUTO DE BIOTECNOLOGIA MISIONES (INBIOMIS). UNIVERSIDAD NACIONAL DE MISIONES2

Introducción: El *Helicobacter pylori* (Hp) se considera cada vez más un factor del "exosoma" intestinal capaz de amplificar la inflamación metabólica y favorecer el daño hepático. Datos recientes señalan una asociación entre la infección activa por Hp y la Enfermedad hepática asociada con disfunción metabólica (MASLD).

Objetivos: Nuestro objetivo fue evaluar si el gen de virulencia bacteriano cagA y el sensor de inmunidad innata del huésped NOD1 (rs2075820) se relacionan con marcadores no invasivos de lesión hepática y fibrosis en el MASLD.

Material y Métodos: Estudio prospectivo (2021-2024) realizado en el nordeste de Argentina. Se incluyeron 494 adultos con dispepsia funcional (Roma IV) que se sometieron a endoscopia alta. Se registraron datos clínicos y bioquímicos, ecografía abdominal, puntaje FIB-4 y rigidez hepática (LSM) mediante elastografía transitoria controlada por vibración (VCTE). La infección por Hp se determinó por tinción positiva de Giemsa en biopsias gástricas. Se genotipificaron el gen de Hp cagA (biopsia gástrica) y el NOD1 rs2075820 (sangre periférica). Los análisis emplearon chi-cuadrado, ANOVA/Tukey y regresión logística; p < 0,05 se consideró significativo.

Resultados: La cohorte fue 60% femenina; edad 49±13 años; índice de masa corporal (IMC) 27,9Kg/m² (RIC 24-30). MASLD se observó en 209 sujetos (42%); e infección gástrica activa por Hp en 51%. La infección Hp-positiva se asoció a mayor IMC (27,0 vs 26,1; p=0,047) y prevalencia de MASLD (52% vs 32%; p<0,001). Sin embargo, las comorbilidades metabólicas no difirieron según el estado de Hp (DBT-2, dislipidemia e hipertensión). Entre los casos MASLD, Hp+/cagA+ presentó AST, FIB-4 y LSM superiores a Hp- (AST 33±14 vs 25±11U/L; FIB-4 1,5±0,8 vs 1,0±0,5; LSM 7,8±5,2 vs 5,7±2,8 kPa; p<0,05). En particular, los portadores de la combinación alélica cagA+/NOD1GG se asociaron con un mayor FIB-4 (Hp - 1±0,5, cagA - / alelo-A 1,1±0,7, cagA+/ alelo-A 1,3±0,6, cada+/ alelo-GG- 1,5±0,6*) y LSM (Hp- 5,7±2,9, cagA-/ alelo-A 5,6±3,1, cagA+/ alelo-A 6,2±2,16, alelo cada+/ alelo-GG 8,5±3,6*). De hecho, se observó una mayor proporción de pacientes con combinación de cagA+/ alelo-GG (Hp - 15%, cagA - / alelo-A 11%, cagA +/ alelo-A 29%, cagA +/ alelo-GG 41%*) con el punto de corte LSM para alto riesgo de fibrosis significativa/avanzada (>8 kPa). El odds ratio (OR) crudo para LSM >8kPa en portadores cagA+/ NOD1 GG fue 3,99 (IC95%; 1,60-10,0; p: 0,003). Tras ajustar por edad, diabetes tipo2, IMC, dislipidemia e hipertensión, el OR ajustado ascendió a 4,98 (IC 1,90-13,5; p: 0,002), confirmando un efecto independiente de los factores metabólicos tradicionales.

Conclusiones: En esta cohorte del nordeste argentino con MASLD, la positividad de H. pylori cagA se asocia a mayores índices no invasivos de lesión y fibrosis

hepática. La combinación cagA+/ NOD1GG confiere un riesgo casi quintuple de riesgo de fibrosis significativa/avanzada (LSM>8kPa), independiente de las comorbilidades metabólicas, lo que sugiere una interacción sinérgica entre el gen de virulencia Hp cagA-gen del huésped NOD1que podría acelerar el daño hepático en el MASLD.

PRESENTACIÓN ORAL

Código: 0257

EVALUACIÓN DE LA BARRERA INTESTINAL EN TIEMPO REAL MEDIANTE ENDOCITOSCOPIA Y ENDOMICROSCOPIA LÁSER CONFOCAL Y SU CORRELACIÓN CON LA EXPRESIÓN DE MÚLTIPLES PROTEÍNAS DE BARRERA Y EL EJE INTESTINO-CEREBRO: RESULTADOS DE UN ESTUDIO TRANSLACIONAL

Modalidad: Trabajos Científicos (presentado En Otro Congreso)

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

Unidad Temática 2: b) ENDOSCOPIA DIGESTIVA 1. Endoscopia Diagnóstica • Colon

IACUCCI, Marieta1 | MAJUMDER, Snehal1 | PUGA-TEJADA, Miguel1 | ZAMMAR-CHI, Irene1 | SANTACROCE, Giovanni1 | CAPOBIANCO, Ivan1 | DITONNO, Ilaria1 | MORAEL, Jennifer1 | HAYES, Brian2 | CROTTY, Rory2 | BURKE, Louise2 | ABURTO, Maria1 | AMAMOU, Asma1 | GHOSH, Subrata1

APC MICROBIOME IRELAND1; CORK UNIVERSITY HOSPITAL (CUH)2

Introducción: La barrera intestinal ha ganado reconocimiento como indicador clave de la cicatrización de la mucosa en la enfermedad inflamatoria intestinal (EI).

Objetivos: Evaluar el rol de la endocitoscopia de ultra-alta magnificación (ECS) y endomicroscopia láser confocal (confocal laser endomicroscopy, CLE) en la estimación de cicatrización de la barrera intestinal, y explorar su potencial para dilucidar el eje intestino-cerebro.

Material y Métodos: Se incluyeron pacientes con EI en seguimiento endoscópico y controles sanos. La mucosa intestinal se evaluó con ECS y CLE, utilizando escalas validadas. La cicatrización de la barrera se definió como ECS <=1 (íleon y colon) y CLE <=4 (colon) o <=3 (íleon). Se obtuvieron biopsias de diferentes segmentos intestinales, incluyendo áreas representativas inflamadas y no inflamadas. Se analizaron marcadores de barrera epitelial y vascular: ZO-1, Claudin-2, E-cadherina, PV-1 y CD-31. Su expresión se cuantificó automáticamente con QuPath. Mediante un instrumento validado (IBD-Disk), se estimó el estatus funcional, sueño y emocionales, a fin de evaluar el deterioro funcional neuropsicológico, correlacionando indirectamente la interacción intestino-cerebro. Se utilizó un modelo de regresión lineal anidado a la biopsia para el análisis inferencial.

Resultados: Se reclutó una cohorte de 33 pacientes: 15 con enfermedad de Crohn (EC) y 18 con colitis ulcerosa (CU) y 2 controles sanos (65 biopsias; 3,8 x 10⁶ células). En 9/16 (56%) pacientes sometidos a ECS en el colon y 6/9 (67%) en el íleon presentaron puntuaciones de ECS indicativas de cicatrización de la barrera. La evaluación de la CLE reveló características sugestivas de cicatrización de la barrera en 3/11 pacientes (27%) en el colon y 1/14 (7%) en el íleon. Las puntuaciones totales y subtotales de la ECS y la CLE mostraron una correlación única con las proteínas de la barrera epitelial y vascular. En cuanto a la barrera epitelial, las puntuaciones totales de la CLE en colon e íleon, así como la arquitectura de las vellosidades en la ECS, se correlacionaron significativamente con la expresión media de Claudin-2 (p<0,01). Respecto a la barrera vascular, se observó una correlación significativa entre la arquitectura vascular evaluada por la ECS en el íleon y el colon y la expresión media de PV-1 (p<0,1). Por el contrario, el flujo sanguíneo en el colon evaluado por la CLE se correlacionó significativamente con la expresión de CD-31 (p=.03). Curiosamente, los pacientes con mayores dificultades para dormir mostraron una significativa mayor expresión de Claudin-2 y una menor expresión de E-cadherina, mientras que aquellos con una expresión alterada de CD-31 informaron un estatus funcional más bajo.

Conclusiones: La CLE y el ECS pueden ofrecer una capacidad única para la evaluación en tiempo real del deterioro de la barrera en la EI, mostrando potencial para abordar la curación de la barrera en tiempo real y desentrañar las complejidades del eje intestino-cerebro.

PRESENTACIÓN ORAL

Código: 0105

EL PREOCUPANTE AUMENTO DEL CÁNCER GÁSTRICO DIFUSO EN JÓVENES: UN ANÁLISIS CLÍNICO Y GENÉTICO EN PACIENTES MENORES DE 50 AÑOS

Modalidad: Trabajos Científicos

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

STACH, Lucia1 | PIOVAROLI, Florencia1 | ROBBIO, Juan1 | CARBALLIDO, Marcela1 | ACOSTA, Andrea1 | OVIEDO, Ana1 | TOSINI, Javier1 | MAQUIEIRA, Julian1 | MENDEZ, Guillermo1 | KUJARUK, Mirta1 | GOLUBICKI, Mariano1 | ANTELO, Marina2

HOSPITAL DE GASTROENTEROLOGÍA CARLOS BONORINO UDAONDO1; ISCO CONICET2

Introducción: En las últimas décadas se ha observado un incremento preocupante en la incidencia de cáncer gástrico difuso (CGD) en jóvenes (< 50ª). Datos del SEER (1975–2015) revelaron un aumento significativo, con una variación porcentual anual del +0,6%, siendo más pronunciado en el grupo de 40–49ª (CPA: +1,5). Este patrón también fue observado en Europa, donde destaca especialmente el crecimiento de casos en mujeres jóvenes. Aunque las causas de este fenómeno no están completamente esclarecidas, el CGD<50ª obliga a considerar el infrecuente Cáncer Gástrico Difuso Hereditario (CGDH) (por variantes patogénicas en los genes CDH1 y CTNNA1) como posible factor subyacente. Ante este escenario, resulta clave caracterizar a esta población para profundizar en la comprensión de su perfil clínico y genético.

Objetivos: Describir una cohorte de pacientes con CGD<50ª evaluados en un consultorio de Asesoramiento Genético Oncológico (AGO) de un Hospital público y analizar los hallazgos de estudios germinales realizados mediante paneles multigenéticos de cáncer hereditario (PMG CH).

Material y Métodos: Estudio descriptivo retrospectivo basado en el registro institucional del consultorio de AGO de la Sección Oncología del Hospital Udaondo entre 2016 y 2025, con un total de 1740 pacientes con tumores digestivos y sospecha de síndromes de cáncer hereditario subyacentes. De estos, se identificaron 59 casos con CG, de los cuales 43 fueron<50ª, y 38 presentaban CGD. Se relevaron la edad al diagnóstico, el sexo, la localización tumoral, el estadio diagnóstico, los antecedentes familiares de cáncer, la presencia/ausencia de H. pylori, y la realización de PMG CH.

Resultados: Se analizaron 38 individuos con CGD<50ª del registro de AGO, siendo la edad promedio de 38ª y el 73,6% (28/38) mujeres. Todos los tumores fueron no cardiales: 19 (50%) en cuerpo, 16 (42%) en antro y 3 (8%) en techo gástrico, y la mayoría (86%) se presentaron en estadios avanzados (III/IV). Quince pacientes (39%) tenían antecedentes familiares de primer grado de cáncer, aunque solo 2 eran antecedentes de CG. Respecto al H. pylori, 33 (87%) de la cohorte presentó biopsia negativa. Del total de la cohorte, la mitad (19/38) realizó PMG de CH, y 13 de ellos (68% del total) fueron realizados en el Laboratorio de Biología Molecular del IAT-IGI, la ONG que funciona en vinculación con la Sección Oncología. No se identificó ninguna variante patogénica ni probablemente patogénica en los genes asociados a CGDH ni a otros genes de CH.

Conclusiones: Nuestra cohorte de CGD<50ª muestra un predominio de mujeres jóvenes y de diagnóstico en estadios avanzados, y ausencia de hallazgos genéticos relevantes. Además, la alta negatividad para H. pylori sugiere otras causas etiológicas no identificadas aún. Este estudio destaca la importancia de financiar proyectos que permitan acceso equitativo a PMG de CH, y resalta la necesidad de seguir investigando esta población para mejorar su comprensión y diagnóstico precoz.

PRESENTACIÓN ORAL

Código: 0170

USO DE TERAPIAS AVANZADAS EN PACIENTES MAYORES DE 60 AÑOS CON ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL: EXPERIENCIA DE UN CENTRO DE REFERENCIA

Modalidad: Trabajos Científicos

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

MARTINEZ, Soledad | ETCHEVERS, María Josefina | SÁNCHEZ, Belén | MARTÍNEZ ELHELOU, Solange | MANDUCA, Pamela | VELAZQUEZ, Andrea | DE PAULA, Juan Andrés | SOBRERO, Josefina | MARCOLONGO, Mariano

HOSPITAL ITALIANO DE BUENOS AIRES

Introducción: Las enfermedades inflamatorias intestinales (EII), que incluyen la enfermedad de Crohn (EC) y la colitis ulcerosa (CU), son afecciones crónicas con un aumento paulatino de la incidencia y prevalencia. Si bien su mayor impacto es en adultos jóvenes, existe un incremento en la población de adultos mayores, grupo subrepresentado en ensayos clínicos. Las terapias avanzadas (TA) han mejorado el manejo de las EII sin embargo, en mayores de 60 años su uso genera preocupación dadas las comorbilidades asociadas y eventos adversos (EA) potenciales.

Objetivos: Describir el uso de terapias avanzadas en pacientes mayores de 60 años con EII, en un centro de referencia, considerando el fenotipo de la enfermedad y las comorbilidades asociadas. Caracterizar los eventos adversos que se presentaron durante el tratamiento.

Material y Métodos: Se realizó un estudio de cohorte retrospectivo incluyendo pacientes > 60 años pertenecientes al Registro Institucional de EII, que fueran tratados con al menos una terapia avanzada y con un seguimiento de al menos 6 meses desde el inicio del tratamiento. Se revisaron manualmente las historias clínicas electrónicas. Se utilizó el software R versión 4.3.4 para el análisis.

Resultados: Se incluyeron 61 pacientes con una mediana de edad de 69,3 (62,1–74,5) años y una mediana de seguimiento de 4,4 (2,5–6,3) años. El 56% (n 34) fueron hombres. Respecto al subtipo de EII un 49% (n 30) fue EC y un 51% (n 31) CU. El índice de comorbilidad fue bajo en 66% (n 40), moderado en 23% (n 14) y alto en 11% (n 7). En relación a la severidad de la EII, 82% (n 50) requirieron esteroides sistémicos y de ellos 62% (n 31) presentaron cortico dependencia / refractariedad.

El 41% (n 25) recibió inmunomoduladores previos y en 28% (n 17) antecedente de cirugía. Tabla 1. El motivo de inicio del tratamiento avanzado fue enfermedad persistente en 35 (57%), actividad severa en 14 (23%), postquirúrgico en 9 (15%) y manifestaciones extraintestinales en 3 (5%) pacientes. Se utilizaron 88 tratamientos avanzados en los 61 pacientes. Su utilización en orden de frecuencia fue: adalimumab 39 (44%), infliximab 16 (18%), ustekinumab 14 (16%), vedolizumab 12 (14%), anti JAK en 4 (5%) y otros 3 (3%). El uso de corticoides e inmunomoduladores concomitante fue 40% y 29% respectivamente. En la tabla 2 se describen los eventos adversos registrados. Entre los severos, se detectaron infecciones graves en 11 (18%), neoplasias en 13 (21%) y eventos cardiovasculares en 3 (5%). Se registraron 3 muertes, 2 de ellas asociadas a eventos adversos graves (neumonía). En 7 (21%) de los casos, el EA severo asociado implicó la suspensión del tratamiento avanzado.

Conclusiones: Este estudio presenta los primeros datos regionales sobre el uso de terapias avanzadas en adultos mayores con EII severa. A pesar de las recomendaciones actuales, observamos un alto uso de anti-TNF, posiblemente vinculado a su mayor accesibilidad. Aunque la tasa de eventos adversos fue significativa, en la mayoría de los casos no requirió modificar el tratamiento. Nuestros resultados resaltan la necesidad de seguir investigando factores de riesgo asociados a la seguridad de estas terapias en una población donde las decisiones terapéuticas son especialmente complejas.

PRESENTACIÓN ORAL

Código: 0158

REGISTRO INSTITUCIONAL DE ESOFAGITIS EOSINOFÍLICA: EXPERIENCIA DE UNA UNIDAD MULTIDISCIPLINARIA EN UN CENTRO DE ALTA COMPLEJIDAD

Modalidad: Trabajos Científicos

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

BAYARRI, Lucila | BONO, Laura | GONZALEZ, María Laura | MANCINI, María Del Pilar | GONZÁLEZ, Ángela | MARCOLONGO, Mariano | PARISI, Claudio | ARGÜERO, Julieta

HOSPITAL ITALIANO DE BUENOS AIRES

Introducción: La esofagitis eosinofílica (Eeo) es una enfermedad inflamatoria crónica poco frecuente, caracterizada por infiltración eosinofílica del esófago sin causas secundarias. Su diagnóstico y tratamiento requieren de un enfoque integral por su complejidad. En nuestra institución se aborda desde una unidad multidisciplinaria con gastroenterólogos, alergistas-inmunólogos y patólogos, lo que optimiza su abordaje.

Objetivos: El objetivo es presentar el Registro Institucional de Eeo y describir características clínicas, diagnósticas y terapéuticas de nuestra población.

Material y Métodos: Estudio observacional basado en un registro con recolección retrospectiva y prospectiva de datos en REDCap, elaborado en colaboración entre Alergia-Immunología y Gastroenterología. Se incluyeron pacientes mayores a 18 años con diagnóstico de Eeo (>=15 eosinófilos/CGA en al menos un sitio esofágico), atendidos entre 2006 y mayo de 2025. Se excluyeron pacientes con síndrome hipereosinofílico (SH). Para calcular la prevalencia e incidencia se consideraron los afiliados a nuestro plan de salud como población cautiva, con un promedio de 150.000 afiliados/año. Se analizaron variables demográficas, clínicas, endoscópicas, histológicas y terapéuticas mediante estadística descriptiva. La revisión retrospectiva fue asistida por IA generativa basada en LLM (tanaGPT).

Resultados: Se registraron 119 pacientes con Eeo; se excluyeron 20 menores de 18 años y 5 por SH (n=96). La prevalencia fue 64 casos/100.000 afiliados y la incidencia anual de 3,2/100.000 afiliados/año. La mediana de edad fue 41 años (RIQ 28,8–54,0); 77% fueron hombres. Los síntomas más frecuentes fueron disfagia (72%), impactación alimentaria (56%), pirosis (36%) y dolor torácico (31%). El tiempo medio entre inicio de síntomas y diagnóstico fue de 3 años. El 59% tenía antecedentes alérgicos: rinitis (44%), asma (26%), eccema (14%) y alergias alimentarias (26%). En cuanto a los hallazgos en la endoscopia: normal (37%), anillos (29%), surcos (38%), exudados (16%) y estenosis (11,6%); 4% tuvo score EREFs 5–7. El tratamiento incluyó IBP (88%), corticoides tópicos u orales (45%) y dieta de eliminación (39%). La remisión clínica e histológica fue 27%: 58,3% con monoterapia con IBP y 41,7% en combinación con corticoides tópicos.

Conclusiones: La Eeo en nuestra cohorte mostró una frecuencia similar a la reportada en países de alta prevalencia, predominio de varones jóvenes, síntomas obstructivos frecuentes y retraso diagnóstico. Alrededor de un tercio de las endoscopias fue normal pese a la confirmación histológica, lo que resalta la importancia de realizar biopsias en forma sistemática. Un 75% aproximadamente no logró remisión histológica, lo que demuestra la necesidad de nuevas opciones terapéuticas. Este registro caracteriza la Eeo en nuestro medio y aporta evidencia local sobre epidemiología, evolución clínica y respuesta terapéutica, reforzando el valor de un abordaje multidisciplinario en centros de alta complejidad.

PRESENTACIÓN ORAL

Código: 0254

DETERMINACIÓN DE FACTORES CLÍNICOS ASOCIADOS A SIBO EN UNA COHORTE MULTICÉNTRICA DE GRAN TAMAÑO: ESTUDIO PROSPECTIVO ASISTIDO DIGITALMENTE

Modalidad: Trabajos Científicos

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

Unidad Temática 2: a) GASTROENTEROLOGÍA 3. Intestino delgado 3.5. Mucosa-lámina

STEINBERG, Leandro1 | PEREYRA, Lisandro2 | BRUNO, Jessica3 | GARCÉS, Sandra4 | PEREZ PETERLING, Pablo5 | NAVAR, Sofia6 | BUSTOS FERNANDEZ, José María(f)7

Hospital Universitario Fundación Favaloro1; HOSPITAL ALEMAN2; GASTROTEST3; HIGEA4; LABORATORIO PEREZ-NAVASS5; HOSPITAL ALEMAN6; CMBF7

Introducción: El sobrecrecimiento bacteriano del intestino delgado (SIBO) es una causa frecuente de síntomas digestivos inespecíficos, lo que ha promovido el uso extendido del test de aire espirado (TAE), a pesar de su limitada especificidad y de la falta de criterios clínicos estandarizados para su indicación. La evidencia disponible proviene mayormente de estudios con muestras pequeñas y resultados dispares sobre factores clínicos asociados, lo que dificulta su aplicabilidad práctica.

Objetivos: Determinar la prevalencia de SIBO y los factores clínicos asociados, incluyendo predictores independientes, en pacientes que se someten al TAE en la práctica clínica.

Material y Métodos: Estudio prospectivo y multicéntrico realizado entre agosto 2024 y junio 2025. Los centros participantes utilizaron una herramienta digital inteligente para estandarizar la carga y el análisis del TAE. A través de un cuestionario autoadministrado (QR), los pacientes reportaron síntomas, antecedentes clínicos, patrón evacuatorio (Bristol), puntuación de síntomas digestivos (IBS-SSS) y emocionales (DASS-21). Los datos se integraron automáticamente con el informe técnico, permitiendo una base centralizada. El test fue realizado con equipos Gastro+ Gastrolyzer® y GastroCH4ECK® (Bedfont®), midiendo H₂ y CH₄ cada 20 minutos. Los sustratos utilizados fueron lactulosa y glucosa. SIBO fue definido según las guías del American College of Gastroenterology (ACG), como un aumento mayor 20 ppm de hidrógeno respecto al valor basal en los primeros 90 minutos del test. Se realizó análisis univariado y multivariado por regresión logística para determinar predictores independientes de SIBO.

Resultados: Se analizaron 5741 estudios de TAE, de los cuales 1997 pacientes (34,8%) completaron el cuestionario clínico y fueron incluidos en el análisis. La edad media fue de 40,6 ± 16,4 años y el 80,9% fueron mujeres. La prevalencia global de SIBO fue del 24,8%. No se observaron diferencias significativas en edad, género ni patrón evacuatorio según la presencia de SIBO. En el análisis bivariado se identificaron asociaciones significativas con: colestectomía (OR 0,29), ruidos hidroaéreos aumentados (RHA) (OR 1,42), cervicalgia (OR 1,37), meteorismo (OR 0,36) y meteorismo con olor fétido (OR 1,3). En el modelo multivariado ajustado, se confirmaron como factores de riesgo independientes para SIBO: ruidos hidroaéreos aumentados (OR 1,37; IC95%: 1,1–1,7), cervicalgia (OR 1,34; IC95%: 1,09–1,65), meteorismo con olor fétido (OR 1,27; IC95%: 1,04–1,57). Y como factor protector: antecedente de colestectomía (OR 0,26; IC95%: 0,17–0,39). El patrón de Bristol, la puntuación IBS-SSS y otras comorbilidades no resultaron significativas.

Conclusiones: En esta cohorte amplia y bien caracterizada mediante una herramienta digital estandarizada, se identificaron factores clínicos tanto de riesgo como protectores asociados a SIBO. Estos resultados contribuyen a delinear un perfil clínico más preciso, que podría utilizarse para optimizar la indicación del TAE, mejorar su rendimiento diagnóstico y reducir su uso inapropiado.

PRESENTACIÓN ORAL

Código: 0178

“PREVALENCIA DE OSTEOPATÍA EN PACIENTES CON PANCREATITIS CRÓNICA: ANÁLISIS RETROSPECTIVO DE UNA COHORTE INSTITUCIONAL”

Modalidad: Trabajos Científicos

Unidad Temática: a) GASTROENTEROLOGÍA 6. Páncreas 6.1. Patología inflamatoria

BERGIOLI CARRASCO, María Antonella | SOLDANO MALVAR, Florencia | ORTIZ, María Justina | PASQUA, Analía Verónica | GONZALEZ, María Laura | MARCO-LONGO, Mariano

HOSPITAL ITALIANO DE BUENOS AIRES

Introducción: La pancreatitis crónica (PC) es una enfermedad inflamatoria y progresiva del páncreas, con daño estructural irreversible y pérdida de función exocrina y endocrina. Durante su evolución, puede provocar múltiples complicaciones sistémicas, entre ellas, alteraciones del metabolismo óseo. Estas, que incluyen osteopenia y osteoporosis (osteopatía), son una causa frecuente pero subdiagnosticada de morbilidad. La fisiopatología de la osteopatía en PC es compleja y multifactorial. La insuficiencia pancreática exocrina (IPE) genera malabsorción y malabsorción de nutrientes esenciales, como las vitaminas liposolubles D y K, claves para la salud ósea. También influyen factores como el consumo crónico de alcohol, tabaco y la inflamación persistente. La detección sistemática de osteopatía en pacientes con PC está recomendada y constituye un estándar de cuidado en este escenario.

Objetivos: Primario: Valorar la prevalencia de osteopatía detectada por densitometría ósea (DMO) en una cohorte de pacientes con PC. Secundarios: Analizar la

epidemiología de la osteopatía según edad, género y etiología de la PC; Determinar la proporción de pacientes con osteopatía que presentaron hiposecreción exocrina y/o deficiencias de micronutrientes (hipocalcemia o hipovitaminosis D); Analizar cambios densitométricos en el tiempo e identificar probables factores asociados.

Material y Métodos: Diseño: Retrospectivo, observacional. Fuente: Registro institucional de PC de centro de tercer nivel. Población: 172 pacientes > o = a 18 años con PC atendidos desde 2010. Variables evaluadas: Pacientes con DMO registrada y osteopatía [(osteopenia T-score entre -1,0 y -2,4 DE) y (osteoporosis T-score - o = a - 2,5 DE)]. Distribución de la osteopatía según edad (< o = 35 y >35), género y etiología de la PC. Parámetros bioquímicos: elastasa fecal (<200 mg/g), vitamina D (<30 ng/ml), calcio sérico (<8,5 mg/dl). Pacientes con más de una DMO

Resultados: Se incluyeron 172 pacientes con PC. De ellos, 80 (46,5%) tenían al menos una DMO registrada. Entre estos, 52 (65%) presentaban osteopatía: 30 (57,7%) con osteopenia y 22 (42,3%) con osteoporosis. Dentro del grupo con osteopatía, 35 (67,3%) eran mujeres y 49 (94,2%) mayores de 35 años. En cuanto a parámetros bioquímicos, 26 (50%) tenían elastasa fecal <200, 32 (61,5%) hipovitaminosis D y 4 (7,7%) hipocalcemia. Respecto a la etiología, 29 (55,8%) tenían PC tóxica (tabaco/alcohol), 7 páncreas divisum, 4 metabólica (3 hipercalcemia, 1 hipertrigliceridemia) y 1 autoinmune. En 17 (32,7%) no se identificó la causa. En el seguimiento, 28 (53,8%) tuvieron al menos una segunda DMO; 6 (21,4%) mostraron mejoría densitométrica. Factores asociados a mejoría: uso de bifosfonatos, suplementación con vitamina D y calcio, terapia de reemplazo enzimática pancreática y cese del tabaquismo. (Flujograma 1)

Conclusiones: Se observó una alta prevalencia de osteopatía en pacientes con PC con DMO, lo que resalta la importancia de evaluar la salud ósea en estos casos, según recomendaciones actuales. La osteopatía fue más frecuente en mujeres y mayores de 35 años, y se asoció significativamente con hiposecreción exocrina e hipovitaminosis D. La evaluación sistemática de la función exocrina y del estado nutricional es mandatorio. La alta proporción de causas tóxicas, en especial tabaco y alcohol, refuerza la necesidad de intervenciones que promuevan la modificación de estos hábitos.

PRESENTACIÓN ORAL

Código: 0049

LINFOGRAMA INTRAEPITELIAL COMO HERRAMIENTA COMPLEMENTARIA EN EL DIAGNÓSTICO DE LA ENFERMEDAD CELIACA

Modalidad: Trabajos Científicos

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

PEZZARINI, Eleonora1 | BASIGLIO, Cecilia1 | HERNANDEZ, Malen1 | PRETTO, Lautaro1 | CORBO, María de Luján2 | RODIL, Agustina3 | BESSONE, Fernando3 | PELUSA, Fabián1

LABORATORIO MIXTO DE ENFERMEDAD CELÍACA - FBIOYF-UNR1; SERVICIO DE ANATOMOPATOLOGÍA, FCM-UNR2; SERVICIO DE GASTROENTEROLOGÍA, HOSPITAL PROVINCIAL DEL CENTENARIO3

Introducción: El aumento de linfocitos intraepiteliales (LIEs) es el primer hallazgo histopatológico de la enfermedad celiaca (EC). Los cambios en las subpoblaciones de los LIEs en la mucosa duodenal muestran un patrón característico en la EC: aumento de LIEs totales (CD45+), aumento marcado de LIEs TCRgd+ y disminución casi absoluta de LIEs CD3-CD103+. Este perfil denominado linfograma intraepitelial (LI) se determina por citometría de flujo (CMF).

Objetivos: Nuestro objetivo fue evaluar la utilidad del LI en el diagnóstico de EC.

Material y Métodos: Se estudiaron 51 individuos adultos, sexo femenino n=42 y sexo masculino n=9, rango etario 18-72 años provenientes del Servicio de Gastroenterología del Hospital Provincial del Centenario. Grupo estudio (GE): pacientes celíacos, confirmados por clínica y/o serología compatible y grado III de Marsh en la biopsia intestinal (n=19). Grupo control (GC): pacientes seleccionados al azar que acuden a realización de videoendoscopia digestiva alta (VEDA) con otras sospechas diagnósticas, descartada EC por clínica, serología e histología (n=27). GT: pacientes celíacos, bajo dieta libre de gluten que fueron sometidos a una VEDA para control (n=5). Todos los pacientes incluidos firmaron el correspondiente consentimiento informado. Se tomó una muestra de mucosa del intestino delgado proximal, adicional a las destinadas al estudio histológico, para el LI. Los marcadores analizados fueron: CD45, CD3, CD103 y TCRgd

Resultados: Se estimaron los valores promedio y DE de las subpoblaciones de LIEs en cada grupo (Tabla 1). Se comparó la distribución de las subpoblaciones entre GC y GE, observándose para CD45+, TCRgd+ y CD3-CD103+ diferencias estadísticamente significativas; entre GT y GC sólo se observaron diferencias estadísticamente significativas en TCRgd+ y CD3-CD103+, usando la prueba de Wilcoxon, con corrección de Bonferroni (Tabla 2). Para evaluar el potencial de CD45+, TCRgd+ y CD3-CD103+ como test diagnóstico de EC, se analizaron los resultados del GC y GE. Se tomó como patrón oro el resultado histológico de biopsia grado III de Marsh. Se combinó la información de los porcentajes de TCRgd+ y CD3-CD103+, aplicando una función discriminante cuadrática (FDC). Se eligió el punto de corte óptimo de cada uno de los potenciales criterios diagnósticos a través de las curvas ROC y su área bajo la curva (AUC). Se calculó sensibilidad (S), especificidad (E), razones de verosimilitud (RV) de resultado positivo y negativo y valores predictivos (VP) positivo y negativo, para cada uno (Tabla 3). Las curvas ROC de CD3-CD103+ y de

los scores de la FDC para el grupo de individuos estudiados resulta en un criterio diagnóstico ideal, AUC=1.

Conclusiones: Estos resultados muestran que el LI por CMF constituye una herramienta de gran utilidad para el análisis y cuantificación de estas subpoblaciones, complementando al estudio histológico convencional, con elevada sensibilidad y especificidad diagnóstica y realizándose al mismo tiempo con una sola pieza endoscópica. Su implementación permitiría la identificación de pacientes con EC, cuando la clínica, la serología y la histología no fueran concluyentes. Este trabajo fue presentado en el 1er SIMPOSIO LATINOAMERICANO DE ENFERMEDAD CELIACA. 20-21 de noviembre, 2024 - Buenos Aires, Argentina.

PRESENTACIÓN ORAL

Código: 0052

FRECUENCIA DE ANSIEDAD Y DEPRESIÓN EN PACIENTES CON ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL. EVALUACIÓN DE LA ASOCIACIÓN CON GRAVEDAD DE LA EII

Modalidad: Trabajos Científicos

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

BRIZ, Camila | CASSELLA, Federico | PÉREZ, Pablo Martín | MARZULLO, Santiago

Sanatorio Güemes

Introducción: Las enfermedades inflamatorias intestinales (EII) son patologías crónicas cuyos síntomas digestivos y extradigestivos alteran la calidad de vida de los pacientes que las padecen. Múltiples estudios observacionales han descrito, además, un aumento significativo en la prevalencia de alteraciones psiquiátricas en pacientes con EII comparados con la población general, especialmente de ansiedad y depresión. Sin embargo, a los pacientes con EII no se les suele hacer pesquisa en forma rutinaria en busca de estas patologías.

Objetivos: Evaluar la prevalencia de síntomas sugestivos de ansiedad y/o depresión en pacientes con diagnóstico confirmado de colitis ulcerosa (CU) y/o enfermedad de Crohn (EC). Evaluar la relación entre la presencia de ansiedad y/o depresión con la actividad de la enfermedad.

Material y Métodos: Para pesquisar síntomas sugestivos de ansiedad y depresión en nuestra población se les solicitó completar el cuestionario HADS (Hospital Anxiety and Depression Scale) en forma autoadministrada. Se recolectaron datos del interrogatorio e historia clínica electrónica de diagnósticos previos de ansiedad o depresión, uso de medicamentos ansiolíticos y antidepressivos o concurrencia a psicoterapia. La actividad de las EII se midió a través de una muestra de calprotectina fecal, y en los casos en los que no se contaba con la misma se utilizaron scores de actividad endoscópica (UCEIS/SES CD, respectivamente).

Resultados: Se reclutaron un total de 92 pacientes con EII mayores de 18 años. El 51% fueron mujeres, 87% con diagnóstico de CU. Se realizó el cuestionario HADS a la totalidad de los mismos, con resultados sugestivos de ansiedad en el 61% de los casos y compatibles con depresión en el 18,6% de los pacientes. No se encontraron diferencias significativas con respecto a la actividad de la EII entre pacientes con estigmas de ansiedad o sin estigmas de ansiedad (calprotectina mediana de 96 mcgr/gr y 107 mcgr/gr respectivamente, p 0.85) ni entre pacientes con estigmas de depresión o sin estigmas de depresión (calprotectina mediana 475 mcgr/gr y 92 mcgr/gr respectivamente, p 0.42).

Conclusiones: Concluimos que más de la mitad de nuestra población con diagnóstico de EII presenta signos compatibles con ansiedad, y en menor medida con depresión. No se encontró relación entre la presencia de estigmas de ansiedad o depresión y la actividad de la EII. Dichos hallazgos enfatizan la necesidad de realizar un correcta pesquisa de patologías psiquiátricas en pacientes con EII para poder brindarles un tratamiento específico con el profesional correspondiente y mejorar su calidad de vida.

PRESENTACIÓN ORAL OLIMPIADAS DE CASOS CLÍNICOS

Código: 0146

COMPROMISO ILEOCECAL POR MYCOBACTERIUM CHIMAERA

Modalidad: Casos Clínicos

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

PEREDES RODRIGUEZ, Sandy Stephanie | MOHADEB, Florencia | MISSISSIAN, Pedro | ALONSO, Tomas | MARELLI, Ana Paula | ARISIO VILLENA, Sandra Gabriela | BARSÍ, María | VISTARINI, Cecilia | CALCAGNO, Ramiro | SARCONI, Lilian | ARENAS TENENBAUM, Judith | FRÍAS, Silvia Elizabeth | ROMEO, Juan Manuel | PRECETTI, Fabian | MARINI, Eduardo

HOSPITAL GENERAL DE AGUDOS JOSE MARIA RAMOS MEJIA

Introducción: La Mycobacterium Chimaera es una micobacteria no tuberculosa que pertenece al complejo Mycobacterium Avium. Es considerada un patógeno emergente, principalmente en cirugías cardiovasculares de pacientes inmunocompetentes, a través de la aerosolización durante el procedimiento quirúrgico. Con menor

frecuencia se transmite a través de agua contaminada en pacientes inmunocomprometidos, donde la infección puede ser diseminada, no así en inmunocompetentes donde el cuadro suele ser respiratorio y localizado. La enfermedad puede desarrollarse hasta un año después de la inoculación. En algunos casos descritos el periodo de latencia fue de hasta seis años. Los hallazgos de laboratorio más comunes son linfopenia 63%, trombocitopenia 47%, patrón colestásico 70% y elevación de marcadores inflamatorios. Es mandatorio evaluar si hay infección localizada o diseminada. El tratamiento incluye la asociación de un macrólido, etambutol y rifampicina.

Objetivos: Se presenta el caso de un paciente masculino, inmunocomprometido (HIV negativo), sin antecedente de intervenciones cardíacas con compromiso gastrointestinal por M. Chimaera.

Caso Clínico: Paciente masculino de 56 años es internado por síndrome febril prolongado y pérdida de peso en abril 2025. Como antecedente presentó en julio 2024 cuadro recidivante de candidiasis esofágica. Refiere haber vivido en la selva en Perú por un periodo de 1 año. Laboratorio al ingreso: anemia microcítica, leucopenia con linfopenia marcada y patrón colestásico. Serología para HIV negativa, recuento de CD4 110 cel/ml. Se tomaron múltiples cultivos con resultados negativos. Se realizó pantomografía con hallazgo de engrosamiento parietal difuso del ciego y del íleon terminal asociado a imágenes ganglionares subcentimétricas e incremento de la atenuación de la grasa mesentérica vecina. VCC: íleon terminal con úlceras y lesiones mamelonadas. Ciego deformado con lesiones mucosas mamelonadas y úlceras. Se toman biopsias y se realizan cultivos de las mismas. Resto de mucosa evaluada normal. AP: Proceso inflamatorio agudo abscedado y ulcerado. Ziehl Neelsen y PAS negativo para elementos específicos. En cultivos de la lesión informa M. Chimaera e inicia tratamiento específico. Paciente evoluciona con mejoría clínica, afebril y es dado de alta para estudio de su inmunodepresión.

Conclusión: La M. Chimaera es un patógeno ambiental oportunista asociado mayormente a pacientes inmunocomprometidos. La identificación como agente causal de lesiones en íleon terminal y ciego, resalta la importancia de considerar a las micobacterias no tuberculosas en el diagnóstico diferencial de enfermedades inflamatorias intestinales. En este caso se subraya el valor del estudio microbiológico específico, para orientar el diagnóstico y su tratamiento adecuado.

PRESENTACIÓN ORAL OLIMPIADAS DE CASOS CLÍNICOS

Código: 0231

ATROFIA VELLOSETARIA SERONEGATIVA: UN DESAFÍO DIAGNÓSTICO

Modalidad: Casos Clínicos

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

ABOY, Pablo Jose Maria1 | GARBI, Maria Laura1 | MARTÍN, Carlos2 | MANCIOLA, Federico1 | ALMARAZ, Marianella1 | CAMPOS MENDOZA, Jannina1 | YANTORNO, Martin1 | TUFARE, Francisco1

HIGA San Martín La Plata1; CONSULTORIO DE PATOLOGÍA, LA PLATA2

Introducción: La atrofia vellositaria seronegativa (AVSN) es una condición en la cual se observa daño a la mucosa del intestino delgado, sin la presencia de los anticuerpos típicos asociados con la enfermedad celíaca, como los anticuerpos antitransglutaminasa tisular o antiendomiso. Aunque la enfermedad celíaca seronegativa representa una de las causas más frecuentes de AVSN, existen otras entidades que pueden causar una presentación histológica similar, como las enteropatías autoinmunes, inmunodeficiencias primarias, enteropatías infecciosas, linfomas intestinales, reacciones adversas a medicamentos y trastornos inflamatorios e infiltrativos. El desafío clínico radica en que estas condiciones comparten características histológicas con la enfermedad celíaca, lo que puede llevar a diagnósticos erróneos y tratamientos inapropiados. Por ello, el enfoque diagnóstico de la AVSN debe ser sistemático y cuidadoso.

Objetivos: Se presenta caso clínico infrecuente de atrofia vellositaria seronegativa con diagnóstico de Linfoma del Manto duodenal.

Caso Clínico: Paciente masculino de 74 años con antecedente de hemicolectomía derecha hace 2 años por sospecha de lesión linfoproliferativa en ciego, que se presenta a la consulta con síndrome de repercusión general asociada a diarrea y anemia ferropénica desde la cirugía. Las biopsias de la pieza quirúrgica dieron como resultado hiperplasia linfocitaria. Se solicitan estudios endoscópicos donde se observan lesiones polipoideas sésiles de aspecto nodular en bulbo (Fig. 1) y disminución de la altura y el número de pliegues en segunda porción duodenal, se toman biopsias que muestran atrofia vellositaria March 3c e infiltración linfocitaria en bulbo. Se piden anticuerpos y perfil HLA para enfermedad celíaca que resultan ser negativos. Se solicita enterotomografía sin particularidades. Se realiza enteroscopia por push, sin lesiones significativas en 3era y 4ta porción duodenal y yeyuno proximal, y se toman nuevamente biopsias de las lesiones polipoideas en duodeno para examinarse por un segundo patólogo especialista.

Resultados: El estudio anatomopatológico muestra denso infiltrado linfocitario en células de pequeño tamaño, y se solicita examen de inmunohistoquímica se realiza diagnóstico definitivo de Linfoma no Hodgkin B de células del Manto. Se realiza PET para estadificar la enfermedad, que muestra múltiples adenopatías supra e infrafragmáticas y engrosamiento mural hipermetabólico en duodenal localizado en flanco derecho (fig. 2). Se deriva a Hematología para tratamiento de enfermedad de base.

Conclusión: El caso presentado corresponde a un paciente con AVSN, sin evidencia serológica ni genética de enfermedad celíaca, que finalmente fue diagnosticado con un linfoma de células del manto, una forma infrecuente de enteropatía linfoproliferativa.

liferativa. Este caso ejemplifica que no toda atrofia vellositaria es celíaca, y ante un cuadro de atrofia vellositaria con serología negativa, es fundamental descartar otras causas, antes de asumir un diagnóstico de enfermedad celíaca seronegativa. Es importante una evaluación multidisciplinaria, con revisión patológica experta y el uso de técnicas moleculares e inmunohistoquímicas, para evitar diagnósticos erróneos y guiar tratamientos adecuados.

PRESENTACIÓN ORAL OLIMPIADAS DE CASOS CLÍNICOS

Código: 0240
MÁS ALLÁ DE LA PIEL

Modalidad: Casos Clínicos

Unidad Temática: a) GASTROENTEROLOGÍA 2. Estómago - duodeno 2.3. Neoplasia
YEREMENKO, Anna | LOPEZ FRANCO, Juan Jose | CALVO ROJAS, María Gabriela | GIORGIS, Ornella | ESTRADA, Carla Alejandra | MAJEWSKI, Ignacio | QUIÑONEZ, Sabrina | MARCENO, Florencia | LUBIENIECKI, Daniela Carina | PADIN, Lorenzo

HOSPITAL DURAND

Introducción: El melanoma es una neoplasia común y de comportamiento agresivo. Posee alta capacidad metastásica; aunque suele diseminarse a ganglios, pulmón, hígado y cerebro, la afectación del tracto gastrointestinal no es infrecuente, especialmente en el estadio avanzado, siendo el intestino delgado el sitio más común. La localización gástrico-duodenal es poco habitual y su presentación clínica suele ser inespecífica o silente.

Objetivos: Revisar dos casos clínicos de sitios de metástasis de melanoma de baja prevalencia.

Caso Clínico: Caso 1: Femenina de 57 años, sin antecedentes de relevancia, acude derivada a consultorio por síndrome de impregnación asociado a metástasis hepáticas y pulmonares, para búsqueda de tumor primario. Al examen físico hepatomegalia duro-pétreo. Laboratorio: anemia ferropénica y alteración del hepatograma con patrón mixto. Tomografía de abdomen: hepatomegalia heterogénea, a expensas de numerosas imágenes de aspecto secundario distribuidas en ambos lóbulos hepáticos. Caso 2: Paciente masculino de 60 años, con antecedente de tabaquismo y melanoma acral estadio IV en tobillo derecho, con metástasis cerebrales y pulmonares, recibió radioterapia holocraneana. Acude a guardia por cuadro clínico de 3 meses de evolución caracterizado por disfagia esofágica a sólidos. Laboratorio: anemia ferropénica. Ecografía abdominal: parénquima hepático, heterogéneo a expensas de múltiples imágenes nodulares, hipoeoicas, que podrían corresponder a secundarismo.

Resultados: Caso 1: Se realiza videoendoscopia digestiva alta hallándose sobre cuerpo, fundus gástrico, bulbo y segunda porción duodenal lesiones sobrelevadas negro-parúzcas de aprox 10 mm, algunas con centro ulcerado, friables al contacto con el instrumental. Toma de múltiples biopsias. La anatomía patológica informa: infiltración por melanoma melanótico SOX-10 positivo. Caso 2: Se realiza videoendoscopia digestiva alta en la cual se observa, a nivel de cuerpo bajo, sobre curvatura mayor, lesión única plana, menor a 5 mm, de coloración negruzca, y en segunda porción duodenal múltiples lesiones sobrelevadas, mayores de 5 mm, de coloración negruzca, dos de ellas con ulceración central. Toma de múltiples biopsias. La anatomía patológica informa: Infiltración por melanoma melanótico SOX-10 positivo.

Conclusión: Las metástasis gastrointestinales por melanoma ocurren en hasta el 50-60% de los pacientes en estudios de autopsia, pero menos del 5% se diagnostican en vida debido a su presentación inespecífica. Si bien el yeyuno, íleon, colon y recto son sitios gastrointestinales más comunes de metástasis, las metástasis en estómago son un hallazgo excepcional. Estos casos destacan la importancia de considerar al melanoma como diagnóstico diferencial en lesiones pigmentadas gastrointestinales, incluso en ausencia de enfermedad cutánea activa.

PRESENTACIÓN ORAL OLIMPIADAS DE CASOS CLÍNICOS

Código: 0221
PSEUDOQUISTE PANCREÁTICO EN PACIENTE ONCOHEMATOLÓGICO PEDIÁTRICO: UN DESAFÍO DIAGNÓSTICO Y TERAPÉUTICO

Modalidad: Casos Clínicos

Unidad Temática: a) GASTROENTEROLOGÍA 6. Páncreas 6.1. Patología inflamatoria

ARCO, Karina1 | GERAIGE, Wilma1 | TORRES, Mariana1 | ROITMAN, Paula1 | SOLER, Anibal2 | PALMILI, Gonzalo2 | FIESTAS, Kerly1 | VAQUER, Giuliana1 | PAZ, Tarek2

HOSPITAL NOTT1; HOSPITAL CENTRAL2

Introducción: Los pseudoquistes pancreáticos en niños suelen aparecer tras una pancreatitis aguda o trauma abdominal. El manejo inicial es conservador (ayuno, soporte hidroelectrolítico, nutrición), y se observa resolución espontánea en un 30% de los casos pediátricos. Sin embargo, los pseudoquistes no traumáticos, incluidos aquellos secundarios a fármacos, presentan mayor persistencia y en hasta el 70% requieren intervención.

Objetivos: Describir la evolución clínica, diagnóstico por imágenes y abordaje terapéutico de un pseudoquiste pancreático en un paciente pediátrico inmunocomprometido con leucemia linfoblástica aguda.

Caso Clínico: Paciente de 5 años con síndrome Down y diagnóstico reciente de Leucemia, con antecedentes de cirugía abdominal mayor por perforación intestinal, resección de yeyuno con yeyunostomía y posterior cierre, complicadas por infecciones multirresistentes. Durante internación programada para bloque quimioterápico RA3 bis (dexametasona, oncaspar, etopósido y citarabina), presentó dolor abdominal persistente. Se detectó una pequeña colección infraesplénica en ecografía, que progresó rápidamente en volumen. Con amilasa elevada (500 U/L), se diagnosticó pancreatitis aguda. Se instauró tratamiento con hidratación intensiva, ayuno y antibióticoterapia de amplio espectro. El paciente evolucionó con inestabilidad hemodinámica, requerimiento de unidad de cuidados intensivos, asistencia respiratoria mecánica por distrés respiratorio, múltiples cultivos positivos, y un esquema antimicrobiano escalado de amplio espectro. Requirió sedoanalgesia, inotrópicos, transfusiones múltiples, inmunoglobulina EV y nutrición trófica progresiva. La evolución de la pancreatitis fue hacia la formación de una colección organizada en la región de la cola pancreática, con extensión hacia fosa ilíaca izquierda, compatible con pseudoquiste pancreático, alcanzando un volumen de hasta 325 cc. Estudios de imágenes (ecografías seriadas, TAC, Colangio-RNM) confirmaron los hallazgos, con evidencia de inflamación peripancreática, edema, focos de microquistes intrapancreáticos y restricción en difusión en la región de la cola, sin datos de necrosis franca ni obstrucción biliar. Frente al aumento del volumen del pseudoquiste, persistencia de la sintomatología y estabilidad clínica, se realizó drenaje del pseudoquiste de forma endoscópica transgástrica. Se ingresó con duodenoscopia. Una vez en cámara gástrica se objetivó abombamiento en pared posterior correspondiente a colección pancreática diagnosticada previamente por tomografía, se realizó drenaje en porción más declive del abombamiento con precorte, se progresó guía biliar hacia dentro de la colección, se realizó dilatación con balón de 12mm, salida de abundante contenido purulento, se realizó lavado de cavidad con abundante solución fisiológica. Finalmente se dejó colocado catéter plástico tipo pigtail, el cual fue retirado 6 semanas después sin inconvenientes.

Resultados: El paciente presentó una evolución favorable tras el procedimiento, con mejoría clínica, normalización progresiva de enzimas pancreáticas, y resolución completa del pseudoquiste pancreático confirmada por TAC de control. Se logró suspender antibióticos y reanudar la alimentación trófica. El paciente continuó su tratamiento oncológico sin nuevas complicaciones pancreáticas ni infecciosas.

Conclusión: La indicación oportuna del drenaje endoscópico transgástrico, guiado por imágenes y en un contexto multidisciplinario, permitió una resolución efectiva del pseudoquiste con mínima invasividad y sin recurrencias. Este abordaje se mostró seguro y eficaz incluso en un paciente con comorbilidades severas, resaltando su utilidad como alternativa terapéutica en escenarios de alto riesgo.

PRESENTACIÓN ORAL OLIMPIADAS DE CASOS CLÍNICOS

Código: 0099
METÁSTASIS GÁSTRICAS DE MELANOMA

Modalidad: Casos Clínicos

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

MOHADEB, Florencia | PAREDES, S | MISSISSIAN, P | ALONSO, T | ANGELES, S | MARELLI, A | ARISIO VILLENA, Sandra Gabriela | ROMEO, Juan Manuel | BARSÍ, María | VISTARINI, Cecilia | CALCAGNO, Ramiro | FRIAS, Silvia Eliazabeth | ARENAS TENENBAUM, Judith | SARCONI, L | PORTILLO, L | PRECETTI, F | MARINI, E

HOSPITAL GENERAL DE AGUDOS JOSE MARIA RAMOS MEJIA

Introducción: El melanoma es un cáncer de piel con una prevalencia del 0,013% en Argentina. En más del 80% de los casos, se diagnostica en estadio localizado (I-II). Puede metastatizar a múltiples órganos, y el 4% de éstas son al tracto gastrointestinal, principalmente intestino delgado (35%), colon (28%) y estómago (22%). El melanoma con metástasis gástrica es poco frecuente y rara vez se diagnostica antes del fallecimiento. La mayoría se localizan en el cuerpo y fundus (curvatura mayor). Puede cursar con síntomas inespecíficos como hemorragia digestiva, pérdida de peso, anemia, obstrucción y perforación. Endoscópicamente, las metástasis gástricas se presentan como: (1) nódulos melanóticos con ulceración apical; (2) masas submucosas elevadas y ulceradas, que pueden o no ser melanóticas; (3) lesiones en masa con necrosis y melanosis, o lesiones ulceradas comunes. El diagnóstico se realiza por biopsia endoscópica. La inmunohistoquímica positiva para marcadores S-100 y MART-1 (Melan-A) confirma el origen melanocítico. El tratamiento incluye resección quirúrgica, inmunoterapia, terapia dirigida y radioterapia. El pronóstico es desfavorable, con mediana de supervivencia de 3-6 meses y supervivencia a 2 años del 4%.

Objetivos: Presentar un caso de metástasis infrecuente de melanoma en el tubo digestivo.

Resultados: Mujer de 72 años con antecedentes de melanoma vulvar con secundarismo cerebral y pulmonar y mieloma múltiple con metástasis de cadena ganglionar, consulta por episodios de melena con requerimiento transfusional. Se realiza VEDA que evidencia en estómago múltiples lesiones nodulares, hiperpigmentadas, de diverso tamaño en toda la mucosa gástrica, que se biopsian. La mayor en cuerpo gástrico, de aproximadamente 4 cm, ulcerada, y lesiones aisladas similares en esófago superior y duodeno. La anatomía patológica informa proliferación neoplásica atípica con células ovales con citoplasma eosinófilo y núcleo de cromatina laxa con

núcleo evidente, algunas con pigmento melánico y abundantes figuras mitóticas atípicas que se disponen en placas sólidas en el espesor del corion gástrico. Inmunohistoquímica: S-100, HMB-45 y Melan-A positiva, confirmando el diagnóstico de melanoma gástrico. La paciente evoluciona con empeoramiento de su estado general y óbito.

Conclusiones: A pesar de su baja prevalencia y síntomas inespecíficos es importante incluir esta patología como diagnóstico diferencial en pacientes con antecedentes de melanoma y síntomas gastrointestinales. Debido a la variabilidad de las lesiones endoscópicas, la inmunohistoquímica es clave para confirmar melanoma gástrico. El melanoma metastásico tiene mal pronóstico debido a un retraso en el diagnóstico.

PRESENTACIÓN ORAL OLIMPIADAS DE CASOS CLÍNICOS

Código: 0122

ENFERMEDAD DE MÉNÉTRIER: UNA CAUSA RARA DE GASTROPATÍA HIPERTROFICA QUE PLANTEA UN DESAFÍO TERAPEUTICO

Modalidad: Casos Clínicos

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

Unidad Temática 2: a) GASTROENTEROLOGÍA 3. Intestino delgado 3.5. Miscelánea

LINDAO, Mauro | DULCICH, Florencia | BESTANI, María Claudia | GUTIÉRREZ, Ana María | UDABE, Laura | LAUDANNO, Sofía Lujan | ROCCA, Andrés Esteban | HUENS CASAL, Camila | SPEISKY, Daniela | CASTELLANOS, Karina

HOSPITAL DE GASTROENTEROLOGÍA CARLOS BONORINO UDAONDO

Introducción: La enfermedad de Menétrier es una patología infrecuente, de etiología desconocida, caracterizada por la presencia de hipertrofia de pliegues gástricos, generalmente de cuerpo y fundus asociada a pérdida de proteínas. Es frecuente en adultos de edad media con predominio en hombres, suelen mostrar un curso clínico insidioso y se ha asociado con mayor riesgo de cáncer gástrico. La sobreexpresión del factor de crecimiento transformante alfa y la activación del receptor del factor de crecimiento epidérmico, parecen desempeñar un papel importante en la patogénesis de la enfermedad. Se han propuesto diversos tratamientos con efectividad controvertida.

Objetivos: Presentar un caso clínico infrecuente de gastropatía hipertrófica asociada a enteropatía perduradora de proteínas y su terapéutica.

Caso Clínico: Varón de 75 años, con antecedentes de diverticulitis complicada tratada con hemicolectomía izquierda y pancreatitis autoinmune diagnosticada en el contexto de una duodenopancreatectomía. Consultó por cuadro clínico de un año de evolución caracterizado por astenia, adinamia, aumento en el número de deposiciones y pérdida de peso de 15 kg. Como hallazgo en resonancia magnética realizada por control de antecedente evidenció un engrosamiento de la pared gástrica. Al examen físico: adelgazado (IMC: 17.6 kg/m²), edemas de miembros inferiores; los hallazgos de laboratorio incluyeron hematócrito: 29% hemoglobina 9.4 g/dl, proteínas totales 4.1 g/dl, hipalbuminemia marcada (albúmina 1.9 g/dl). Se realizó una endoscopia digestiva alta en la que se observaron a nivel de techo y cuerpo gástrico pliegues engrosados de aspecto pseudopolipoideo, superficie congestiva y erosionada, de los cuales se tomaron macrobiopsias. La histopatología informó mucosa con foveolas elongadas y tortuosas, no se reconocen células parietales ni principales, sin metaplasia ni cambios celulares atípicos. Las características morfológicas plantean como diagnósticos diferenciales una gastropatía hiperplásica. También se realizó videocolonoscopia con biopsias escalonadas sin hallazgos patológicos. Los estudios endoscópicos e histopatológicos junto a la hipalbuminemia llevaron a plantear el diagnóstico de enfermedad de Menétrier, una vez descartada otras causas.

Resultados: En comité multidisciplinario, se decide iniciar tratamiento con un anticuerpo monoclonal inhibidor del receptor del factor de crecimiento epidérmico: cetuximab. Después de 5 meses de tratamiento, el paciente presenta respuesta buena clínica (IMC: 19.1 kg/m²) y bioquímica con niveles de albúmina normal (4 g/dl).

Conclusión: La enfermedad de Menétrier es una forma de gastropatía hipertrófica que representa un desafío en su diagnóstico y manejo. La resección gástrica es el tratamiento clásico, sin embargo, la aparición de nuevos tratamientos médicos, como el cetuximab, parecería una herramienta terapéutica válida, aunque son necesarios ensayos clínicos que avalen su eficacia.

PRESENTACIÓN ORAL OLIMPIADAS DE CASOS CLÍNICOS

Código: 0144

COLANGIOPATÍA RELACIONADA A IGG4: REPORTE DE CASO

Modalidad: Casos Clínicos

Unidad Temática: a) GASTROENTEROLOGÍA 5. Vesícula y vías biliares 5.3. Obstrucción biliar no neoplásica

MANCERO, Andres | SCIGLIANO, Facundo Nahuel | MANAZZONI, Dante | VILLA-VERDE, Augusto | PASQUA, Analía Verónica | GONZALEZ, María Laura | ABECEIA, Víctor | MARCOLONGO, Mariano | MAHLER, Manuel | PIZZALA, Juan

HOSPITAL ITALIANO DE BUENOS AIRES

Introducción: La enfermedad relacionada a IgG4 es una condición inflamatoria multisistémica. La colangiopatía relacionada con IgG4 es una de las manifestaciones de esta enfermedad y se caracteriza por estenosis de la vía biliar secundarias a una infiltración linfoplasmocitaria rica en células IgG4+. Cuando el compromiso de la vía biliar no se asocia a manifestaciones en otros parénquimas, los diagnósticos diferenciales incluyen a otras colangiopatías benignas y al colangiocarcinoma.

Objetivos: Comunicar el caso de un paciente con un paciente con estenosis de la vía biliar y su abordaje diagnóstico-terapéutico.

Caso Clínico: Paciente masculino de 83 años, sin antecedentes personales de relevancia, consultó por fiebre, ictericia, coluria, acolia, prurito y astenia. Al interrogatorio refirió pérdida involuntaria de 10 kg de peso en los últimos 5 meses. En laboratorio inicial se destacaban hipereosinofilia (9%) y alteración del hepatograma con bilirrubina total 10.98 mg/dL, fosfatasa alcalina 790 U/L, ALT 511 U/L, AST 502 U/L. La colangiografía evidenció estenosis del hepático común con extensión a ambos hepáticos y al colédoco distal intrapancreático. CA 19-9 284 U/L. Se realizó colangioscopia con biopsias, las cuales mostraron epitelio biliar conservado sin atipias. Se colocó stent plástico para drenaje de la vía biliar. Se sospechó colangiopatía inflamatoria y se solicitó panTC y perfil inmunológico destacándose IgE 987 mg/dL e IgG4 10,300 mg/dL. El score ACR/EULAR confirmó el diagnóstico de colangiopatía asociada a IgG4: compromiso pancreático-biliar (+19), IgG4 sérica > 5 veces (+11), engrosamiento septal pulmonar (+4). Total: 34 (>= 20). Se inició tratamiento con glucocorticoides y azatioprina evolucionando con normalización del hepatograma y del CA 19-9 y descenso de IgG4 sérica. Luego de 6 meses se realizó nueva CPRE para retiro de stent biliar observando resolución de la estenosis biliar por colangiografía (foto).

Conclusión: La colangiopatía relacionada a IgG4 debería ser considerada en pacientes con estenosis biliares, aún en ausencia de compromiso de otros parénquimas. El diagnóstico se construye considerando el aspecto clínico, radiológico, serológico y anatomopatológico; el score ACR-EULAR es una herramienta de utilidad, sobre todo en pacientes con histologías no categóricas. La sospecha de esta colangiopatía específica afecta el manejo del paciente favoreciendo la elección adecuada de un stent, en el caso de ser necesario, y evitando procedimientos invasivos innecesarios. El diagnóstico es clave ya que las estenosis son potencialmente reversibles con el tratamiento con esteroides instaurado oportunamente.

PÓSTER

Código: 0157

ANÁLISIS DEL PERFIL CLÍNICO Y EVOLUTIVO DE UNA COHORTE DE PACIENTES CON PANCREATITIS CRÓNICA EN UN CENTRO DE TERCER NIVEL

Modalidad: Trabajos Científicos

Unidad Temática: a) GASTROENTEROLOGÍA 6. Páncreas 6.1. Patología inflamatoria

ORTIZ, María Justina | SOLDANO MALVAR, Florencia | BERGIOLI CARRASCO, María Antonella | PASQUA, Analía Verónica | GONZALEZ, María Laura | MARCO-LONGO, Mariano

HOSPITAL ITALIANO DE BUENOS AIRES

Introducción: La pancreatitis crónica (PC) es un síndrome inflamatorio-fibrótico que ocurre en individuos con factores de riesgo (FR) genéticos, ambientales u otros, quienes, ante una injuria, desarrollan respuestas patológicas persistentes. Entre los FR se incluyen el consumo crónico de alcohol, tabaquismo, predisposición genética y enfermedades autoinmunes, aunque la etiología puede ser multifactorial o incluso permanecer indeterminada. El diagnóstico suele requerir una combinación de criterios clínicos, bioquímicos e imágenes. A pesar de las distintas etiologías posibles, el estadio final de la enfermedad suele ser común para todas ellas y se caracteriza por múltiples complicaciones: dolor abdominal, insuficiencia pancreática endocrina y exocrina, enfermedad metabólica ósea, y mayor riesgo de adenocarcinoma de páncreas.

Objetivos: Analizar las manifestaciones clínicas, complicaciones y tratamientos requeridos en una cohorte de pacientes con PC.

Material y Métodos: Se analizaron datos de pacientes adultos con diagnóstico de PC atendidos en un centro de tercer nivel entre 2010 y 2025. Variables analizadas: tiempo de seguimiento, presencia de dolor típico, necesidad de intervenciones endoscópicas o quirúrgicas, prevalencia de hiposecreción exocrina, uso de terapia de reemplazo enzimático (TREP), déficits nutricionales, y desarrollo de cáncer.

Resultados: Se analizó una cohorte de 172 pacientes con PC con una media de seguimiento de 48.6 meses. El 63% eran hombres, el 83% mayores de 35 años y la etiología más frecuente fue la tóxica en ambos géneros. 28 pacientes (16%) presentaron dolor típico durante el seguimiento; 10 fueron sometidos a intervenciones endoscópicas y 2 a cirugía para tratamiento del dolor (Tabla 1). En el grupo de pacientes que requirió intervenciones invasivas, fue significativa la presencia de episodios previos de pancreatitis (n=10) y de factores tóxicos (n=8). Uno de cada tres pacientes tuvo hipo secreción exocrina, sin embargo, el 52% de los pacientes recibió TREP. El 62% de los pacientes evidenció alguna deficiencia nutricional, siendo las más frecuentes la de vitamina D y la hipomagnesemia. Durante el período evaluado ningún paciente desarrolló cáncer de páncreas.

Conclusiones: La minoría de los pacientes presentó dolor típico, pero una proporción significativa de ellos requirió intervenciones invasivas. La hiposecreción exocrina fue una complicación frecuente, pero los valores bajos de elastasa no fueron la única indicación de TREP. Las deficiencias nutricionales fueron frecuentes, especialmente de vitamina D y magnesio, lo que destaca la necesidad de controles nutricionales sistemáticos. La ausencia de casos de cáncer es un dato alentador, aunque debería interpretarse con cautela dado el tiempo de seguimiento de esta cohorte. Dada la heterogeneidad clínica y evolutiva de la PC, caracterizar estas poblaciones es clave para comprender mejor la enfermedad, optimizar su manejo y diseñar futuras estrategias terapéuticas.

PÓSTER

Código: 0064
ESÓFAGO HIPERCONTRÁCTIL: IMPACTO DE LOS NUEVOS CRITERIOS DIAGNÓSTICOS EN UNA COHORTE INSTITUCIONAL

Modalidad: Trabajos Científicos
Unidad Temática: a) GASTROENTEROLOGÍA 1. Esófago 1.2. Trastornos motores
PESÁNTEZ, María Fernanda | PÍA SICOLI, Adrián Omar | CARIELLO, Marina | GONZÁLEZ, María Laura | MARCOLONGO, Mariano
HOSPITAL ITALIANO DE BUENOS AIRES

Introducción: El Esófago Hipercontráctil (EH), previamente denominado "Esófago de Jackhammer", es un trastorno motor esofágico caracterizado por contracciones peristálticas de elevada intensidad, en ausencia de obstrucción mecánica. Su diagnóstico se basa en la manometría de alta resolución (MEAR) identificando un índice de contractilidad distal (DCI) >8000 mmHg·s·cm en al menos el 20% de los tragos, con presión de relajación integrada (IRP) dentro de rangos normales.
Objetivos: Determinar la prevalencia de Esófago Hipercontráctil en pacientes sometidos a MEAR en nuestra institución y evaluar su variación según los criterios diagnósticos de las versiones 3.0 y 4.0 de la Clasificación de Chicago.
Material y Métodos: Estudio retrospectivo sobre la base de datos institucional de pacientes que realizaron MEAR entre Enero de 2018 y Junio de 2025. Se incluyeron aquellos con diagnóstico manométrico compatible con EH. Se revisaron las historias clínicas electrónicas para relevar sintomatología, año de diagnóstico y otros estudios complementarios.
Resultados: De 2280 estudios analizados, 20 pacientes presentaron al menos un 20% de ondas hipercontráctiles, resultando en una prevalencia manométrica de 0.87%. Doce de ellos referían disfagia, tres dolor torácico y uno, ambos síntomas. Los cuatro restantes, diagnosticados según Chicago v3.0, sólo presentaban síntomas compatibles con enfermedad por reflujo gastroesofágico. Aplicando los criterios de Chicago v4.0, que incorporan obligatoriamente la clínica, la prevalencia ajustada se reduce a 0.70%.
Conclusiones: Este trabajo aporta evidencia local y muestra, por primera vez en nuestra institución, el impacto del nuevo enfoque diagnóstico propuesto por la Clasificación de Chicago v4.0, que excluye casos previamente identificados solo por hallazgos manométricos, resaltando la importancia de incorporar la clínica en la interpretación de la manometría esofágica de alta resolución. En consecuencia, la actualización de los criterios diagnósticos no sólo redefine la prevalencia del Esófago Hipercontráctil, sino que también introduce un cambio de paradigma que enfatiza la necesidad de un enfoque más individualizado y preciso en la evaluación de los trastornos motores esofágicos. Este enfoque, basado en la adecuada correlación entre los hallazgos manométricos y la sintomatología del paciente, permite evitar el sobrediagnóstico y optimizar la toma de decisiones terapéuticas.

PÓSTER

Código: 0070
PREVALENCIA DEL HELICOBACTER PYLORI Y HALLAZGOS ENDOSCÓPICOS GASTROINTESTINALES EN PACIENTES OBESOS CANDIDATOS A CIRUGÍA BARIÁTRICA

Modalidad: Trabajos Científicos
Unidad Temática: a) GASTROENTEROLOGÍA 2. Estómago - duodeno 2.1. Helicobacter pylori
Unidad Temática 2: b) ENDOSCOPIA DIGESTIVA 1. Endoscopia Diagnóstica • Esófago, Estómago y Duodeno
MARTINEZ RAMIREZ, Ruby Marcela | NADALES, Ángel
HOSPITAL UNIVERSITARIO AUSTRAL

Introducción: La prevalencia de Helicobacter pylori en pacientes obesos ha sido escasamente documentada, especialmente en contextos con adecuado acceso sanitario. En estos pacientes, la ausencia de lesiones visibles durante la endoscopia puede llevar a subestimar alteraciones histológicas relevantes si no se realizan biopsias sistemáticas. Existen pocos estudios locales que caractericen esta población, lo que motiva la necesidad de esta investigación.
Objetivos: Describir los hallazgos endoscópicos e histopatológicos, así como las

variables sociodemográficas, en pacientes obesos candidatos a cirugía bariátrica en el Hospital Universitario Austral.
Material y Métodos: Estudio observacional, descriptivo, transversal y retrospectivo realizado sobre una cohorte de pacientes sometidos a cirugía bariátrica entre 2020 y 2023. Se incluyeron aquellos con esofagogastroduodenoscopia (EGD) completa y biopsias gástricas según el protocolo de Sidney. Se analizaron en los pacientes los hallazgos endoscópicos, el diagnóstico histopatológico y la presencia o no del H. pylori, estratificados por sexo y grado de obesidad.
Resultados: De 418 pacientes operados en nuestra institución, 326 (78%) contaban con esofagogastroduodenoscopia (EGD) con biopsias gástricas y fueron incluidos en el análisis. El resto presentaba EGD sin biopsias, o no se les había realizado el procedimiento. Se identificaron lesiones endoscópicas en el 60.1 % de los casos, siendo las más frecuentes las erosiones gástricas (35.1 %) y la esofagitis erosiva (18.1 %). En el análisis histopatológico, el 55.2 % presentó gastritis crónica, y el 21.5 % infección por Helicobacter pylori, incluso en ausencia de lesiones macroscópicas. Se observaron diferencias significativas por sexo en la prevalencia de lesiones y hallazgos histológicos.
Conclusiones: El uso sistemático de biopsias mediante el protocolo de Sidney permite identificar alteraciones histológicas relevantes en pacientes obesos, incluso sin lesiones endoscópicas aparentes. Refuerza realizar biopsias sistemáticas durante la evaluación preoperatoria, para optimizar la detección y tratamiento oportuno de patologías gastrointestinales asociadas.

PÓSTER

Código: 0153
EPIDEMIOLOGÍA DE UNA COHORTE PROSPECTIVA DE PACIENTES CON CÁNCER DE PÁNCREAS

Modalidad: Trabajos Científicos
Unidad Temática: a) GASTROENTEROLOGÍA 6. Páncreas 6.2. Patología neoplásica
ESTEVEZ, Guadalupe | PASQUA, Analía Verónica | KAZANIETZ, Vanesa Karina | MONZON, Veronica | LABATO, María Celia | GORANSKY PATIÑO, Jeremías | MANAZZONI, Dante | LUBERTINO, Martín Alejandro | PALAVECINO, Eduardo Martín | GONZÁLEZ, María Laura | MARCOLONGO, Mariano | ARBUES, Guillermo Ernesto
HOSPITAL ITALIANO DE BUENOS AIRES

Introducción: El cáncer de páncreas (CP) es una neoplasia digestiva particularmente agresiva. Aunque las proyecciones sugieren que será la 2da causa de muerte por cáncer hacia el 2030, el screening de CP no está indicado en la población general. La incidencia de este tumor está en aumento, afectando incluso a adultos jóvenes, lo cual plantea la necesidad de una mejor comprensión de los factores de riesgo (FR) para diseñar estrategias preventivas y de detección temprana.
Objetivos: Identificar los FR para CP en una cohorte de pacientes con esta neoplasia en un centro de tercer nivel de la Pcia de Buenos Aires entre 09-2024 y 06-2025.
Material y Métodos: Se incluyeron de manera prospectiva y consecutiva pacientes de 18 años o mas con diagnóstico de adenocarcinoma ductal de páncreas por estudio histológico de material de biopsia o anatomopatológico de pieza quirúrgica. Se realizó una anamnesis mediante un cuestionario desarrollado para este propósito y un estudio de los registros médicos de cada paciente. Variables analizadas: edad, género, grupo sanguíneo, consumo de tabaco y alcohol, antecedentes de diabetes (DM), obesidad, esteatosis pancreática, contacto ocupacional con metales pesados o pesticidas, historia de pancreatitis, seguimiento por lesiones precursoras, antecedentes de otros tumores, historia familiar de enfermedades pancreáticas y neoplásicas en general.
Resultados: Se incluyeron 22 pacientes con CP diagnosticado por anatomía patológica en casos resecables (N=3) o biopsia pancreática (N=12), de metástasis hepática (N=6) o peritoneal (N=1). La edad media fue de 74 años (56-82). 59% de género masculino. 9/15 pacientes con datos de grupo sanguíneo eran 0 (+). 14 pacientes (63,64%) eran fumadores y 3 tenían consumo abusivo de alcohol. 4 pacientes tenían DM previa; uno de ellos diagnosticada un año antes. 5 pacientes tenían obesidad y 2 presentaban signos de páncreas graso. Ningún paciente tuvo contacto con metales pesados o pesticidas. Ningún paciente tenía pancreatitis previa. No se detectaron casos durante el seguimiento de una lesión precursora o en un programa de screening. Un paciente reportó CP en familiar de 1°. 7 pacientes tenían antecedentes personales de otros tumores y 9 tenían antecedentes familiares de los mismos (Tabla 1)
Conclusiones: La mayoría de los tumores eran irreseccables al diagnóstico, coincidiendo con lo publicado. Se identificó una alta prevalencia de tabaquismo y obesidad; ambos problemas de salud pública y accionables. Según lo observado en uno de los casos, la DM de reciente manifestación puede ser un signo de alarma. La falta de datos de grupo sanguíneo en parte de la cohorte podría explicar la falta de concordancia con lo reportado. Los antecedentes oncológicos fueron prevalentes, pero ninguno de los pacientes logró un análisis genético, lo cual es una limitación. Estos resultados, aunque preliminares, contribuyen a caracterizar el perfil epidemiológico del CP en nuestro medio. Los autores declaran no tener ningún conflicto de interés.

PÓSTER

Código: 0018

ESTUDIO MULTICÉNTRICO SOBRE EL USO Y CONOCIMIENTO DE PROBIÓTICOS ENTRE PROFESIONALES MÉDICOS EN AMÉRICA LATINA

Modalidad: Trabajos Científicos

Unidad Temática: a) GASTROENTEROLOGÍA 3. Intestino delgado 3.4. Microbiota
FERNANDEZ SOBREIRA, Julian1 | MEDINA-MONROY, Fernando2 | CAMACHO-CRUZ, Jhon3 | GRACIELA RÍOS, Maritza4 | HIGUERA, Michelle5 | BOGGIO MARZET, Christian6 | SALVADOR DE ÁVILA, Alexandra7 | LOPEZ, Karolina8

HOSPITAL MATERNO INFANTIL DE TIGRE1; CENTRO MÉDICO UGANEP2; DEPARTMENT OF PEDIATRICS, FUNDACIÓN UNIVERSITARIA DE CIENCIAS DE LA SALUD (FUCS)3; HOSPITAL PACÍFICA SALUD4; FACULTAD DE MEDICINA, DEPARTAMENTO DE PEDIATRÍA, UNIVERSIDAD EL BOSQUE5; HOSPITAL DR. IGNACIO PIROVANO6; GRUPO HOSPITALARIO KENNEDY7; HOSPITAL DR. MIGUEL PÉREZ CARREÑO8

Introducción: La microbiota intestinal desempeña un papel fundamental en la salud humana, influyendo en procesos como la digestión, el metabolismo y la regulación del sistema inmunológico. Los probióticos y prebióticos han emergido como herramientas terapéuticas clave para modificar la microbiota, pero su implementación clínica varía significativamente entre los profesionales de la salud. Este estudio evaluó el conocimiento, uso y factores asociados al uso de probióticos entre médicos en Iberoamérica.

Objetivos: Determinar el nivel de conocimiento y prácticas clínicas sobre el uso de probióticos en médicos de diversos países iberoamericanos.

Material y Métodos: Estudio descriptivo y transversal basado en una encuesta en línea dirigida a médicos con licencia activa y experiencia clínica. Se recolectaron datos sociodemográficos, conocimientos específicos sobre probióticos y prácticas relacionadas. Los datos fueron analizados mediante estadísticas descriptivas y pruebas de correlación.

Resultados: Participaron 850 médicos, de los cuales el 62% eran mujeres. La mayoría identificó correctamente probióticos 693 (81,53%), simbióticos 658 (77,41%) y prebióticos 539 (63,41%), mientras que posbióticos tuvo más errores 375 (44,12%). El propósito principal fue modular la microbiota 829 (97,53%). Los efectos secundarios más reportados fueron distensión abdominal 287 (30,70%) y sepsis 124 (13,26%). El yogurt 776 (45,81%) fue el alimento más reconocido. Las cepas más recomendadas fueron S. boulardii 704 (82,8%) y L. rhamnosus GG 688 (81,0%).

Conclusiones: Este estudio resalta el interés generalizado en los probióticos entre los profesionales de la salud en América Latina. Aunque los beneficios de los probióticos, particularmente para condiciones como la diarrea aguda y asociada a antibióticos, son ampliamente reconocidos, se evidenció cierta brecha en los conceptos y en la educación formal que limitan su óptima aplicación por lo cual es importante implementar estrategias educativas para garantizar un uso basado en evidencia.

PÓSTER

Código: 0031

ESTUDIO EPIDEMIOLÓGICO DE ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL

Modalidad: Trabajos Científicos

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

ARNEDILLO, Daiana | CORTESE, Maria Mercedes | CORDONE, Maria Antonella | CARVALHO FLORIDO ABECAIS, Morena | RIGONI, Martina | SIGAL, Nicolás | ZITELLI, Ludmila | TREVIZAN, Victoria | MONTERO, Joaquín | RUFFINENGO, Orlando | BOETSCH, Maria Sol

HOSPITAL CENTENARIO. ROSARIO

Introducción: Las enfermedades inflamatorias intestinales (EII) son un grupo de afecciones inmunomediadas crónicas que en el último tiempo presentaron aumento de su prevalencia e incidencia. Su epidemiología en nuestro país no se conoce adecuadamente.

Objetivos: Describir las características demográficas, la presentación clínica y el tratamiento de los pacientes diagnosticados con EII atendidos en nuestro centro entre 2019-2023. Comparar las características epidemiológicas entre los pacientes con colitis ulcerosa (CU) y enfermedad de Crohn (EC).

Material y Métodos: Se recolectaron datos retrospectivos, en base a la revisión de historias clínicas de pacientes con diagnóstico de EII, sin distinción de sexo ni edad, que concurren al centro desde 01/2019 a 12/2023.

Resultados: Se incluyeron 182 pacientes, 107 (58,8%) de sexo femenino. 140 (76,9%) con diagnóstico de CU, 41 (22,6%) de EC y 1 (0,5%) de CI. Al finalizar el análisis permanecieron en seguimiento 133 (73,1%) pacientes. El tiempo entre el inicio de los síntomas y el momento del diagnóstico fue de 10,6 meses (7,5 para CU y 20,8 para EC, p 0,0252). La extensión del compromiso mucoso en CU fue de 47,9% (67/140) colitis extensa, 38,6% (54/140) colitis izquierda y 13,6% (19/140) proctitis. La edad al diagnóstico fue en el 72,1% (101/140) de los pacientes entre los 16 y 40 años. En EC, la localización colónica fue del 48,8% (20/41), ileocolónica del 36,6% (15/41), ileal aislada del 12,2% (5/41) y la afectación del tubo digestivo alto del 2,4% (1/41). El comportamiento fue inflamatorio en 13 pacientes (31,71%), estenosante en 15 (36,58%) y penetrante en 13 (31,71%). Enfermedad perianal en

18 pacientes (43,9%). Los síntomas al momento del diagnóstico: diarrea en el 77,1% (108/140) de los pacientes con CU y 63,4% (26/41) con EC. Las deposiciones con sangre en el 77,9% (109/140) de los pacientes con CU y 48,8% (20/41) con EC (p 0,0003). Dolor abdominal se presentó en el 58,5% (24/41) de los pacientes con EC y 45,7% (64/140) con CU, y pérdida de peso en el 39% (16/41) de los pacientes con EC y 22,1% (31/140) con CU (p 0,030). Al finalizar el análisis el 62,4% (83/133) de los pacientes en seguimiento estaban asintomáticos. Se presentaron manifestaciones extraintestinales en el 26,7% (48/181) de los pacientes con EII, siendo el compromiso articular y cutáneo los más frecuentes. 116 (64,1%) pacientes requirieron hospitalización. Para tratamiento, la mesalazina se utilizó en el 97,1% (136/140) de los pacientes con CU. La azatioprina se usó en el 27,9% (39/140) de los pacientes con CU y 51,2% (21/41) con EC, y la 6 mercaptopurina en el 2,1% (3/140) de los pacientes con CU y 19,5% (8/41) con EC. Se utilizó anti TNF en el 20,71% (29/140) de los pacientes con CU y 51,22% (21/41) con EC. Se utilizaron corticoides en el 80,7% (113/140) de los pacientes con CU y 85,4% (35/41) con EC. Se presentó corticodpendencia en el 41,6% (47/113) de los pacientes con CU. El 9,9% (18/181) de los pacientes debieron ser intervenidos al inicio de la enfermedad, 5,0% (7/140) con CU y 26,8% (11/41) con EC. En CU, proctocolectomía con pouch ileoanal en el 4,3% (6/140) de los pacientes. Fallecieron 10 pacientes, 1 por complicaciones postquirúrgicas relacionadas a la EII.

Conclusiones: La EII representa un desafío significativo en la práctica clínica por lo que creemos que es necesario contar con datos nacionales para así poder conocer el comportamiento y lograr los objetivos terapéuticos.

PÓSTER

Código: 0136

PERFIL EPIDEMIOLÓGICO Y CARACTERÍSTICAS RADIOLÓGICAS DE UNA COHORTE DE PACIENTES CON ESTEATOSIS PANCREÁTICA

Modalidad: Trabajos Científicos

Unidad Temática: a) GASTROENTEROLOGÍA 6. Páncreas 6.3. Patología metabólica

DADEA, María Lucía | CAMPAÑA, María Ángeles | SADLER, Marcos Rodolfo | SPINA, Juan Carlos | PASQUA, Analía Verónica | GONZALEZ, María Laura | MARCO-LONGO, Mariano

HOSPITAL ITALIANO DE BUENOS AIRES

Introducción: La esteatosis pancreática (EP) es una entidad cuya epidemiología e implicancia clínica no están claramente definidas. Han sido sugeridos 2 tipos, el "reemplazo" (en fibrosis quística y otros síndromes congénitos) y la "infiltración". Esta última ha sido relacionada con el síndrome metabólico y la carcinogénesis pancreática. Actualmente no existen recomendaciones formales para su manejo.

Objetivos: Caracterizar el perfil clínico, metabólico y funcional exocrino de una cohorte de pacientes con diagnóstico radiológico de EP.

Material y Métodos: Estudio prospectivo y observacional. Se incluyeron pacientes consecutivos >18 años con imágenes de resonancia magnética (RM) compatibles con EP en un centro de tercer nivel entre 10/2024 y 06/2025. Criterios de exclusión: variantes anatómicas, cirugías gastroenteropancreáticas, lesiones focales sólidas o quísticas, pancreatitis crónica. Variables clínico-metabólicas y funcionales: edad, género, índice de masa corporal (IMC), hipertensión arterial (HTA), diabetes, esteatosis hepática (EH), contexto en el que se detectó la EP, elastasa en materia fecal (VR: 200 µg/g). Variables radiológicas cualitativas: localización (difusa o segmentaria) y grado (1: depósitos aislados, 2: depósitos confluentes <50%, 3: depósitos confluentes >50%, 4: patrón reticular).

Resultados: Se incluyeron 17 pacientes con una edad media de 65,1 años (37-75) y un 52% de género masculino. El 52,9% presentaba sobrepeso y 35,2% obesidad. 52,9% eran hipertensos. 17% tenía diabetes tipo II. 1 de cada 5 pacientes con EP difusa también presentaron EH; ningún paciente con EP segmentaria presentó EH. Motivo de realización de la RM: 47,1% por síntomas digestivos (Tabla 1) y 23,5% para estudio etiológico de pancreatitis aguda. El 29,4% se detectó incidentalmente. El 35,3% (N=6) de la cohorte total tuvo elastasas bajas. Radiológicamente, el 82,3% mostró un compromiso difuso (N=14), de los cuales el 42,8% tenían un grado 4 (N=6). Al analizar la correlación entre la localización de la EP y los valores de elastasa, se observó que el 64,3% de pacientes con EP difusa y el 66,7% de aquellos con EP segmentaria presentaron niveles >200µg/g. La mayoría de los pacientes tuvo EP grado 2 (N=8) o 4 (N=6); la amplia mayoría de ellos no presentó hiposecreción exocrina (Tabla 2).

Conclusiones: En la cohorte estudiada la EP no mostró un predominio de género. El parámetro metabólico más frecuentemente asociado a EP fue el IMC. La EP difusa se asoció más frecuentemente a EH comparada con la segmentaria. Aproximadamente 1/5 de la cohorte total tuvo elastasas bajas. El perfil radiológico predominante fue la EP difusa con patrón reticular. La mayoría de los pacientes con formas tanto difusas como segmentarias no presentó hiposecreción exocrina. No se observó correlación entre el grado de EP y los valores de elastasa. Es necesario profundizar el estudio de los distintos aspectos de la EP.

PÓSTER

Código: 0091

HALLAZGOS ENDOSCÓPICOS E HISTOPATOLÓGICOS EN PACIENTES CON DISPEPSIA

Modalidad: Trabajos Científicos

Unidad Temática: a) GASTROENTEROLOGÍA 2. Estómago - duodeno 2.5. Dispepsia

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

ESCOBAR FERNANDEZ, Rafael | FIRVIDA, Sofia | PARDO, Bárbara Eugenia | RAMIREZ, Julieta Agustina

SANATORIO DR. JULIO MÉNDEZ

Introducción: La dispepsia se define como dolor o malestar epigástrico, que puede acompañarse de saciedad precoz o plenitud posprandial. En pacientes con signos de alarma o dispepsia refractaria se recomienda la realización de videoendoscopia digestiva alta ya que permite identificar lesiones estructurales y obtener biopsias. La toma sistemática de muestras está indicada incluso ante mucosa endoscópicamente normal dado que puede revelar alteraciones histológicas. Una causa frecuente de dispepsia orgánica es la infección por Helicobacter pylori (HP), bacteria asociada a gastritis crónica, úlcera gástrica, metaplasia intestinal y cáncer gástrico, cuya prevalencia en Latinoamérica se estima entre el 30% y el 63%.

Objetivos: Describir los hallazgos endoscópicos e histopatológicos más frecuentes en pacientes adultos con dispepsia sometidos a videoendoscopia digestiva alta.

Material y Métodos: Estudio observacional, descriptivo y retrospectivo, realizado en el Sanatorio Dr. Julio Méndez (CABA) entre febrero de 2020 y marzo de 2025. Se incluyeron pacientes mayores de 18 años con diagnóstico de dispepsia e indicación de videoendoscopia digestiva alta (signos de alarma o dispepsia refractaria). La endoscopia se efectuó con luz blanca, realizándose toma de biopsias gástricas según el protocolo de Sydney. La presencia de HP fue evaluada por histopatología.

Resultados: Se analizaron 354 pacientes (edad media 63 años; 77% mujeres). El hallazgo endoscópico más frecuente fue gastropatía congestiva (44,9%) y gastropatía crónica (25,1%). En la histología, predominó gastritis crónica (73,7%). La infección por HP se detectó en el 30,5% de los casos. En los pacientes HP positivos, la gastropatía congestiva fue el hallazgo endoscópico más frecuente (45,4%), mientras que en la histología predominaron la gastritis crónica (77,8%) y la gastritis crónica con metaplasia intestinal completa (13,0%). No se evidenciaron lesiones graves (úlceras y adenocarcinoma) en pacientes HP positivos. Entre quienes tenían mucosa endoscópicamente normal, el 63,2% presentó gastritis crónica en la biopsia y el 14,8% fue positivo para HP.

Conclusiones: En esta cohorte los hallazgos endoscópicos más frecuentes fueron lesiones leves, especialmente gastropatía congestiva y crónica. Se detectaron 2 casos de úlcera gástrica y 1 de adenocarcinoma. La prevalencia de HP fue del 30,5%, correspondiente con el límite inferior de lo reportado para Latinoamérica. La gastritis crónica fue el patrón histológico más común, especialmente entre los pacientes HP positivos, lo que refuerza el papel de esta bacteria como factor causal de inflamación gástrica crónica. Se detectaron alteraciones histológicas e infección por HP incluso en pacientes con mucosa endoscópicamente normal, lo que respalda la recomendación de realizar biopsias sistemáticas en todos los pacientes con dispepsia. Estos hallazgos constituyen un aporte de evidencia local sobre las manifestaciones endoscópicas e histológicas de la dispepsia y destacan la utilidad de la toma sistemática de biopsias en el estudio de dicha patología.

PÓSTER

Código: 0187

CARACTERÍSTICAS, EVOLUCIÓN Y REVINCULACIÓN DE PACIENTES CON HEPATITIS B AGUDA. DATOS PRELIMINARES

Modalidad: Trabajos Científicos

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

OLIVETTI, Antonella Elida Olga | LÓPEZ, Victoria Pilar | PALMA, Lina | GELVEZ, Jesus | SUSANA, Melina | PARDO, Ilse | BORTOT GASTÓN, Lorena | BORI, Matias | CURIA, Andrea | GONZÁLEZ BALLERGA, Esteban

HOSPITAL DE CLÍNICAS "JOSÉ DE SAN MARTÍN" - UBA

Introducción: La hepatitis B (HBV) aguda varía desde formas leves hasta hepatitis fulminante. En adultos inmunocompetentes suele resolverse espontáneamente, aunque algunos casos progresan a la cronicidad. El seguimiento es clave, pero muchos pacientes lo abandonan, dificultando su evaluación y manejo.

Objetivos: Evaluar formas de presentación clínica de pacientes con HBV aguda. Determinar proporción de resolución espontánea y progresión a HBV crónica. Analizar pérdida de seguimiento y tasa de revinculación.

Material y Métodos: Estudio observacional, descriptivo, retrospectivo. Se incluyeron >= 18 años con diagnóstico clínico y bioquímico de HBV aguda asistidos entre 2003 y 2023 en un hospital universitario. Se recolectaron y analizaron variables demográficas, clínicas, bioquímicas, serológicas y relacionadas con el seguimiento. Para pacientes con pérdida de seguimiento se implementaron estrategias de revinculación: revisión de historias clínicas, contacto telefónico, consultas presenciales para estudios complementarios y test reflejo y evaluación integral para confirmar la resolución o cronicidad, definir el estado clínico y brindar orientación preventiva.

Resultados: Se analizaron 50 pacientes. Edad media al diagnóstico: 37.4 años;

sexo masculino predominante (78%). Comorbilidades más frecuentes: consumo significativo de alcohol (14%), MASLD (10%), coinfección por HIV (8%). El 78% reportó relaciones sexuales sin método de barrera. La presentación clínica fue leve en 78%, grave en 20% y fulminante en 2%. Se confirmó resolución clínica con seroconversión a anti-HBs en 9 pacientes (18%). El 82% presentó pérdida de seguimiento. En el proceso de revinculación, el 70% resultó no contactable; el 30% pudo ser revinculado, con estudios serológicos aún pendientes. Este grupo revinculado presentó mayor edad (media 45.2 vs. 35 años; p = 0.01) y mayor prevalencia de coinfección por HIV (16.7% vs. 5.3%) y MASLD (25.0% vs. 5.3%). No se hallaron diferencias significativas en cuanto a sexo, domicilio, nivel educativo, situación laboral ni uso de protección sexual.

Conclusiones: La mayoría de los pacientes con HBV aguda no completó el seguimiento, lo que limitó la confirmación diagnóstica. A pesar de las estrategias de revinculación, solo el 30% fue recontactado. Estos pacientes mostraron mayor edad y comorbilidades relevantes, lo que podría reflejar mayor percepción de riesgo clínico. Los resultados subrayan la importancia de implementar estrategias activas para fortalecer el seguimiento post diagnóstico y la revinculación asistencial.

PÓSTER

Código: 0262

HEPATOCARCINOMA: CUANDO ADHERIR AL PROGRAMA DE CRIBADO MARCA LA DIFERENCIA

Modalidad: Trabajos Científicos

Unidad Temática: a) GASTROENTEROLOGÍA 9. Hígado 9.3. Cirrosis

Unidad Temática 2: a) GASTROENTEROLOGÍA 9. Hígado 9.8. Miscelánea

BORTOT GASTÓN, Lorena | CURIA, Andrea | GONZÁLEZ BALLERGA, Esteban | MARIÑO CAMACHO, Gabriel Adrian | QUINTEROS MOYANO, Ayde Gabriela | SALMON PICO, Jonathan | YAMASATO, Florencia

HOSPITAL DE CLÍNICAS "JOSÉ DE SAN MARTÍN" - UBA

Introducción: El carcinoma hepatocelular (CHC) es la neoplasia hepática primaria más frecuente. El cribado mediante ecografía y alfafetoproteína (AFP) permite su detección en estadios tempranos. Este estudio evalúa la adherencia al programa de cribado en un hospital universitario y su impacto en el estadio al diagnóstico.

Objetivos: Este estudio evalúa la adherencia al programa de cribado en un hospital universitario y su impacto en el estadio al diagnóstico.

Material y Métodos: Estudio retrospectivo de pacientes con hepatopatía crónica en estadio cirrótico y diagnóstico de CHC entre 2000 y 2024. Se definió adherencia como controles con ecografía y AFP cada =6 meses. Se analizaron variables clínicas y estadio BCLC.

Resultados: Se analizaron 121 pacientes con hepatopatía crónica en estadio cirrótico y hepatocarcinoma (CHC). Mediana de edad: 66 años (rango 36–88 años), sexo masculino 73,6%. Las principales etiologías de la cirrosis fueron infección por VHC (34,7%), MASLD (31,4%) y consumo de alcohol (24,8%). El 9,9% presentó múltiples causas de hepatopatía, siendo la más frecuente la combinación VHC + alcohol.

Conclusiones: Los pacientes adherentes al programa de cribado presentaron una mejor función hepática (mayor proporción de estadio Child A), fueron diagnosticados con mayor frecuencia en estadios BCLC tempranos (A) y mostraron menores niveles de AFP.

PÓSTER

Código: 0023

EFFECTIVIDAD DE LOS ESQUEMAS DE TRATAMIENTO EMPÍRICOS PARA ERRADICACIÓN DE HELICOBACTER PYLORI

Modalidad: Trabajos Científicos

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

REYES, Diana | VERA, Natalia Vanessa | REYNOSO, Aixa | LEDESMA, Claudia | CANTEROS, Santiago | SALINAS, Lorena | IRIARTE, Sonia Mariel | ALDABE, Noel

HOSPITAL MILITAR CENTRAL

Introducción: Helicobacter pylori es una bacteria gramnegativa asociada con gastritis, úlceras gastroduodenales y cáncer gástrico. Infecta a más de la mitad de la población mundial y es un problema de salud pública. En Argentina, la prevalencia es del 30-40 %, mayor en adultos mayores y sectores socioeconómicos bajos. El diagnóstico puede ser invasivo (endoscopia con biopsia) o no invasivo (test de aliento o antígeno fecal). La resistencia a antibióticos, especialmente a claritromicina, complica el tratamiento. Las guías actuales recomiendan terapias cuádruples con bismuto como primera línea.

Objetivos: Describir y analizar la efectividad de los esquemas terapéuticos empíricos de primera línea para erradicar Helicobacter pylori en pacientes del Hospital Militar Central, evaluando las tasas de respuesta acumulada.

Material y Métodos: Se realizó un estudio retrospectivo y observacional, incluyendo pacientes adultos con diagnóstico confirmado de infección activa por Helicobacter

pylori entre enero de 2023 y enero de 2025. El diagnóstico se estableció mediante test de aliento con urea marcada o biopsia gástrica con confirmación histológica. Los esquemas terapéuticos de primera línea fueron indicados empíricamente e incluyeron combinaciones de amoxicilina, claritromicina, metronidazol, levofloxacina, tetraciclina, subcitratado de bismuto y distintos inhibidores de bomba de protones (IBP). En caso de fracaso, se indicaron esquemas de segunda o tercera línea, incluyendo terapias cuádruples o alternativas con suplementos como cúrcuma. La evaluación de la respuesta terapéutica se realizó mediante un nuevo test de aliento o detección de antígeno fecal. Los datos se recolectaron a partir de historias clínicas electrónicas y se analizaron utilizando estadística descriptiva y pruebas de comparación adecuadas.

Resultados: Se incluyeron 258 pacientes (edad promedio 53,3 años; 59,3% mujeres). El diagnóstico fue por endoscopia con biopsia (72,5%) o test de aliento (27,5%). Los motivos principales de estudio fueron epigastralgia (38,8%), reflujo (23,3%) y dispepsia (22,5%). La tasa global de erradicación de la primera línea fue 78,1%. La terapia cuádruple con bismuto tuvo la mayor efectividad (89,1%), seguida por amoxicilina, metronidazol y claritromicina (86,7%). El régimen con amoxicilina y claritromicina fue menos efectivo (72,7%) ($p=0,046$). Entre los que fallaron primera línea (21,9%), el 67,9% respondieron a segunda línea. Todos los pacientes que recibieron tercera línea lograron erradicación. La tasa acumulada fue 95,7%.

Conclusiones: Este estudio reveló diferencias significativas en la efectividad de los esquemas terapéuticos para la erradicación de *Helicobacter pylori*, destacando una mayor eficacia de las terapias cuádruples frente a los regímenes triples basados en amoxicilina y claritromicina. Se subraya la necesidad de considerar la resistencia antimicrobiana local y fortalecer los sistemas de seguimiento para optimizar la atención clínica.

PÓSTER

Código: 0117

FRECUENCIA DE DERIVACIÓN OPORTUNA Y TEMPRANA E INDICACIÓN DE TRASPLANTE HEPÁTICO EN PACIENTES INTERNADOS POR CIRROSIS DESCOMPENSADA

Modalidad: Trabajos Científicos

Unidad Temática: a) GASTROENTEROLOGÍA 9. Hígado 9.5. Trasplante hepático

BEST, Stephanie | ZORN, Sebastián Cayetano | DI FONZO, Guido | GONZÁLEZ BALLERGA, Esteban

HOSPITAL DE CLÍNICAS "JOSÉ DE SAN MARTÍN" - UBA

Introducción: El trasplante hepático (TH) representa el tratamiento definitivo para pacientes con cirrosis descompensada o hepatocarcinoma (HCC). La evaluación y derivación temprana a centros de trasplante es crucial para mejorar la sobrevida, particularmente en hospitales que no realizan TH, como el Hospital de Clínicas "José de San Martín". Diversos factores clínicos, organizativos y sociales pueden interferir en el acceso oportuno a la lista de espera.

Objetivos: Describir la frecuencia de indicación de TH y la derivación oportuna a evaluación en centros de trasplante en pacientes con cirrosis descompensada internados entre enero de 2021 y diciembre de 2023.

Material y Métodos: Estudio observacional, retrospectivo, en curso. Se incluyeron pacientes mayores de 18 años con cirrosis descompensada o HCC internados en sala general, UTI o en seguimiento por consultorios de hepatología. Se excluyeron pacientes con falla hepática fulminante sin cirrosis previa. Se recolectaron variables sociodemográficas, etiología, comorbilidades, complicaciones de la cirrosis y scores pronósticos (MELD-Na, Child-Pugh, ACLF, DAMICO). Se analizó si cumplían criterios de derivación (MELD-Na mayor o igual a 15), si fueron derivados, el tiempo hasta la derivación y la continuidad en seguimiento ambulatorio. Se utilizó REDCap y estadística descriptiva.

Resultados: Se analizaron 69 pacientes, con media de edad de 64,2 años, 72,5% hombres. La etiología más frecuente fue el alcohol (62,3%), seguida de MASLD (24,6%) y HCV (15,9%). Se registraron 109 eventos de descompensación, con un promedio de 1,57 internaciones/paciente. Las causas más prevalentes fueron infecciones (53,2%, excluyendo PBE), ascitis (47,7%), encefalopatía hepática (42,2%) y hemorragia digestiva alta (20,2%). El MELD-Na promedio al ingreso fue 19 (DE 8,3), con indicación de derivación en 57,8% de los eventos, siendo urgente en 14,5%, aunque solo el 3,2% de estos fueron derivados. Al egreso, el MELD-Na fue 16 (DE 8,48), con indicación de derivación en 43,1%, concretada en el 6,3%. La mortalidad fue del 24,8%. En el 49,5% de los eventos se indicó seguimiento ambulatorio; 49 pacientes concurren, con un promedio de 24 días post-alta.

Conclusiones: En esta serie preliminar, más de la mitad de los pacientes internados por cirrosis descompensada presentaron indicación de evaluación para trasplante hepático, pero las tasas efectivas de derivación fueron marcadamente bajas, incluso en situaciones urgentes. Estos hallazgos reflejan posibles barreras estructurales, institucionales o de coordinación en la derivación oportuna, con impacto potencial sobre la morbilidad. Reforzar estrategias de identificación temprana, protocolización de la derivación y seguimiento podría optimizar el acceso a trasplante y mejorar resultados clínicos.

PÓSTER

Código: 0098

EVALUACIÓN DE LA INDICACIÓN DE VIDEOCOLONOSCOPIAS PARA CRIBADO DE CCR Y OPORTUNIDADES DE MEJORA MEDIANTE TISOMF EN UN HOSPITAL PÚBLICO DE REFERENCIA

Modalidad: Trabajos Científicos

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

Unidad Temática 2: a) GASTROENTEROLOGÍA 4. Colon y recto 4.4. Miscelánea

ANTELO, Marina1 | LAUDANNO, Sofia Lujan2 | STACH, Lucia2 | BILDER, Germán2 | MAQUIEIRA, Julián2 | GOLUBICKI, Mariano2 | OVIEDO, Ana2 | ACOSTA, Andrea2 | TOSINI, Javier2 | MENDEZ, Guillermo2 | CARBALLIDO, Marcela2 | UDABE, María Laura2 | ROCCA, Andrés Esteban2

ISCO, CONICET1; HOSPITAL DE GASTROENTEROLOGÍA CARLOS BONORINO UDAONDO2

Introducción: El porcentaje de pedidos inadecuados de videocolonoscopias (VCC's) es del 25-30% según la bibliografía, lo que implica que al revisar la inadecuación de tres salas de Endoscopia, se podría liberar una agenda completa. El potencial de ahorro financiero y la reducción de los tiempos de espera son claros beneficios de esto. Por otro lado, uno de los motivos de solicitud de VCC más frecuentes es el cribado del cáncer colorrectal (CCR). A pesar de que puede realizarse con VCC cada 10 años, el test inmunológico de sangre oculta en materia fecal (TISOMF) cada 2 años demostró similar sensibilidad y un costo exponencialmente menor, y por lo tanto, su utilización podría liberar turnos de VCC. En el Hospital de Gastroenterología "Dr. C. B. Udaondo" (HBU), los recursos de Endoscopia no pueden dar respuesta a la alta demanda, generando así una lista de espera de VCC's que supera los 1500 pedidos.

Objetivos: Analizar en nuestro hospital el porcentaje de VCC's realizadas para cribado del CCR, y describir el nivel de conocimiento de nuestros profesionales y sus prácticas actuales sobre este tema.

Material y Métodos: Se revisaron los motivos de pedido de las VCC's realizadas en el Servicio de Endoscopia del HBU entre el 01/7/24 y el 13/3/25, y los motivos de pedido de VCC's de los primeros 200 individuos en lista de espera. Además, se realizó una encuesta entre los 44 médicos/médicas de la planta del HBU que trabajan en Consultorios Externos sobre sus prácticas del cribado del CCR en el ámbito público.

Resultados: Durante el período analizado, se realizaron 486 VCC's, de las cuales 131 (27%) fueron indicadas para cribado del CCR (en población asintomática). De los motivos de 200 pedidos de VCC's analizados pendientes de realizar, 44 fueron "cribado del CCR" (22%). Por otro lado, 38 médicos/médicas (86% del total) respondieron la encuesta: 58% eran gastroenterólogos/as, 16% Oncólogos Digestivos, y 8% coloproctólogos; 35% tenían menos de 10 años de recibidos, 30% entre 10-20 años y 30% >20 años de recibidos. El 60% de los encuestados recomienda comenzar el cribado para CCR a los 50ª y el 40% a los 45ª. En cuanto al método e intervalo indicado, el 45% indica TISOMF anual, el 5% indica TISOMF cada dos años, y el restante 50% indica VCC para cribado: 21% cada 10 años y 26% cada 5 años. Ante la pregunta: "¿qué mejoraría el cribado del CCR?", respondió "tener mayor acceso a métodos de cribado" y 51% "disponer de un protocolo consensuado con los pasos a seguir".

Conclusiones: Nuestro análisis revela que entre el 25% de las VCC's solicitadas en el HBU son para cribado del CCR, destacando una oportunidad clara para optimizar el uso de los recursos, ya que el TISOMF ha demostrado ser una alternativa eficaz y de menor costo en este escenario. Además, observamos una falta de uniformidad en las prácticas, con una proporción considerable de nuestros profesionales que aún prioriza la VCC sobre el TISOMF. Por lo tanto, creemos que implementar un protocolo estandarizado de cribado del CCR con TISOMF cada dos años, entre los 50 y los 75ª, podría mejorar la eficiencia y la gestión de los recursos de Endoscopia en nuestro hospital.

PÓSTER

Código: 0132

PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DE UNA COHORTE DE PACIENTES ADULTOS CON PANCREATITIS CRÓNICA

Modalidad: Trabajos Científicos

Unidad Temática: a) GASTROENTEROLOGÍA 6. Páncreas 6.1. Patología inflamatoria

SOLDANO MALVAR, Florencia | BERGIOLI, Antonella | PASQUA, Analía Verónica | ORTIZ, María Justina | GONZALEZ, María Laura | MARCOLONGO, Mariano

HOSPITAL ITALIANO DE BUENOS AIRES

Introducción: La pancreatitis crónica (PC) es un síndrome inflamatorio-fibrótico heterogéneo que afecta a individuos con factores de riesgo (FR) genéticos, ambientales y otros. La combinación particular de FR que presenta cada paciente define el perfil clínico y evolutivo. Después de un primer episodio clínico de pancreatitis aguda (PA), algunos pacientes evolucionan con recurrencias clínicas (PR) y posterior progresión a la cronicidad, observándose en la práctica enfermos con PC temprana, establecida o avanzada. La identificación de las combinaciones individuales de FR permite intervenciones personalizadas.

Objetivos: Describir las características clínicas, morfológicas y etológicas de una cohorte de pacientes adultos con diagnóstico de PC.

Material y Métodos: Estudio observacional retrospectivo de pacientes con diagnóstico de PC atendidos en un centro de tercer nivel entre 2010 y 2025. El criterio morfológico fue confirmado por, al menos, un método de imagen (TC, RM o EUS; en el caso de la EUS se consideraron los criterios de Rosemont y se incluyeron los casos “compatibles” y los “sugerentes” con historia clínica que apoyaba el diagnóstico). Se relevaron datos demográficos, antecedentes personales y familiares, historia de PA o PR y FR incluyendo variantes evaluadas mediante panel multigénico (PRSS1, CFTR, SPINK1, CASR, CPA1, CTRC) en pacientes con sospecha de causa genética por edad de inicio de las manifestaciones clínicas o historia familiar.

Resultados: Se incluyeron 172 pacientes, 24 (14%) tenían menos de 35 años al momento del diagnóstico. 63% (N=108) eran varones. 80% (N=137) presentó signos de PC en TC y/o RM, mientras que 20% (N=35) fueron diagnosticados exclusivamente por EUS, sugiriendo formas tempranas. 34 pacientes tenían historia de PA y 77 de PR. 11 pacientes tenían antecedentes familiares de enfermedad pancreática exocrina. La presencia de, al menos, un FR se observó en el 63% de la cohorte total. La presencia de más de un FR se observó en el 28% de la cohorte total. Los FR identificados en la cohorte total fueron: tabaco (N=100), alcohol (N=44), páncreas divisum (N=16), variantes genéticas (N=5), hipercalcemia (N=3), hipertrigliceridemia (N=3), tumor de región periampular (N=1). Los FR en menores de 35 años fueron: tabaco (N=10), alcohol (N=8), variantes genéticas (N=3), páncreas divisum (N=3), hipertrigliceridemia (N=1). Las mutaciones genéticas incluyeron variantes en PRSS1, CFTR, SPINK1, CASR, y combinaciones de más de un gen.

Conclusiones: La EUS permitió diagnosticar una proporción significativa de formas morfológicamente tempranas. La mayoría de los pacientes tenía historia de episodios clínicos de pancreatitis evidenciando las distintas etapas de la enfermedad inflamatoria pancreática. La multifactorialidad es frecuente. La detección de variantes genéticas es posible no sólo en adultos jóvenes y permite brindar recomendaciones sobre su vigilancia y planificación familiar.

PÓSTER

Código: 0200
PEQUEÑOS TUMORES, GRANDES DESAFÍOS: SERIE DE NUEVE CASOS DE TUMORES NEUROENDOCRINOS GASTROINTESTINALES

Modalidad: Trabajos Científicos

Unidad Temática: a) GASTROENTEROLOGÍA 11. Investigación básica

ZAMBRANO, Verónica | LAUDANNO, Sofía | BUSTOS, Ricardo Enrique | SALABERRY, Antonella | NARANJO, María José | PAZMIÑO, Tana | FLORES, Santiago | CARRARO, Cecilia | BRICHTA, Jorge Ignacio | HUENS CASAL, Camila | MORENO, María Laura | CARBALLIDO, Marcela | ACOSTA, Andrea | OVIEDO, Ana | PATERNO, Mauricio | KUJARUK, Mirta | CARAVAGLIA, Gustavo | SPEISKY, Daniela | HERRERA, Rufino

HOSPITAL DE GASTROENTEROLOGÍA CARLOS BONORINO UDAONDO

Introducción: Los tumores neuroendocrinos (TNE) son infrecuentes, sin embargo su incidencia ha ido en aumento (2-5 por 100.000 habitantes). Aproximadamente el 50% se localizan en el tracto gastrointestinal, siendo el íleon su sitio más común. Se caracterizan por crecimiento lento, comportamiento indolente, alto potencial metastásico y posibilidad de secreción hormonal. Debido a su detección tardía, el 50% de los casos presentan metástasis al momento del diagnóstico, principalmente en el hígado. El síndrome carcinoide (SC) suele presentarse ante metástasis hepáticas o retroperitoneales. La confirmación se realiza mediante estudio histológico, inmunohistoquímica (Ki67), cromogranina A sérica (CGA) y ácido 5-hidroxiindolacético (5-HIAA) en orina. El tratamiento incluye: cirugía, análogos de somatostatina (ASS), quimioterapia (QT) y terapias dirigidas.

Objetivos: Describir las características clínicas, diagnósticas y terapéuticas de 9 casos de TNE gastrointestinales con distintas localizaciones y estadios, resaltando los retos diagnósticos y terapéuticos en el ámbito gastroenterológico.

Material y Métodos: Estudio retrospectivo y descriptivo de 9 pacientes con diagnóstico de TNE del tracto digestivo entre septiembre de 2023 y junio de 2025, atendidos en el Hospital de Gastroenterología “Dr. Carlos Bonorino Udaondo”.

Resultados: Se analizaron 9 pacientes con TNE, con una edad media de 59 años; el 55% fueron mujeres. Las localizaciones primarias más frecuentes fueron: íleon (44%), seguido de páncreas, papila duodenal, estómago, vesícula y unión gastrosófaga (cada una 11%). Según el grado histológico: G1 (33%), G2 (44%) y G3 (22%). El 78% presentó metástasis al diagnóstico, principalmente hepáticas (67%), ganglionares (56%) y óseas (22%). Se registraron casos aislados de metástasis peritoneal, anexial y pulmonar. La CGA estuvo elevada en 4 de 7 pacientes evaluables (57%), en 2 no se logró solicitar por fallecimiento. El SC se identificó en 3 casos, en 2 se midió 5-HIAA con niveles altos y en 2 coincidió con la presencia de metástasis hepáticas. Tratamientos iniciales: QT (33%), ASS (22%), cirugía (22%), sin tratamiento por deterioro rápido (11%) y sin definir (11%). El 45% se diagnosticó por complicaciones como oclusión intestinal y hemorragia. Tiempo promedio de evolución sin diagnóstico: 2 años. Al momento del análisis, 45% había fallecido y 55% seguía en control.

Conclusiones: Los TNE gastrointestinales representan un desafío clínico por su presentación inespecífica y evolución lenta, lo que dificulta su diagnóstico temprano. En esta serie, casi la mitad se diagnosticaron por complicaciones y algunos cursaron más de 2 años sin diagnóstico. El íleon fue la localización más frecuente. Con respecto al grado histológico, la mayoría de los casos fueron G2 (Ki67 3-20%). El 78% presentó metástasis al momento del diagnóstico y la mayoría requirió tratamiento

sistémico. Sólo un tercio presentó SC y en 2 de esos casos se asoció a metástasis, lo que refuerza su vínculo con estadios avanzados. Biomarcadores como el 5-HIAA y la CGA resultaron útiles en casos funcionales y metastásicos. La alta mortalidad se asoció al diagnóstico tardío y a enfermedad avanzada. Dada la creciente incidencia de los TNE, el reconocimiento oportuno en la práctica gastroenterológica es clave. Difundir casos clínicos favorece la sospecha precoz y un abordaje multidisciplinario que mejora el pronóstico.

PÓSTER

Código: 0271
DETERMINACIÓN DE FACTORES CLÍNICOS ASOCIADOS A IMO EN UNA COHORTE MULTICÉNTRICA DE GRAN TAMAÑO: ESTUDIO PROSPECTIVO ASISTIDO DIGITALMENTE

Modalidad: Trabajos Científicos

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

Unidad Temática 2: a) GASTROENTEROLOGÍA 3. Intestino delgado 3.5. Miscelánea

STEINBERG, Leandro1 | PEREYRA, Lisandro2 | BRUNO, Jessica3 | NAVAR, Sofia2 | † BUSTOS FERNANDEZ, José María4

FUNDACIÓN FAVALORO1; HOSPITAL ALEMAN2; GASTROTEST3; CMBF4

Introducción: La metanogénesis intestinal excesiva, conocida como IMO (Intestinal Methanogen Overgrowth), se ha relacionado con síntomas funcionales digestivos, especialmente constipación. Sin embargo, la evidencia sobre factores clínicos asociados es escasa, con muestras pequeñas y resultados dispares. Dada la creciente indicación del test de aire espirado (TAE) para su diagnóstico, es necesario contar con datos clínicos robustos que permitan orientar mejor su uso.

Objetivos: Determinar la prevalencia de IMO y los factores clínicos asociados, incluyendo predictores independientes, en pacientes evaluados mediante TAE en la práctica clínica.

Material y Métodos: Estudio prospectivo y multicéntrico realizado entre agosto 2024 y junio 2025. Los centros participantes utilizaron una herramienta digital inteligente que estandariza el informe del TAE y automatiza el almacenamiento de datos clínicos. Los pacientes completaron un cuestionario digital estructurado mediante código QR, que incluyó síntomas, antecedentes clínicos, patrón evacuatorio (escala de Bristol), IBS-SSS y DASS-21 para síntomas emocionales. El test fue realizado con equipos GastroCH4ECK R (Bedfont R), midiendo H2 y CH4 cada 20 minutos. IMO se definió según las guías del American College of Gastroenterology (ACG), como una concentración de metano ≥ 10 ppm en cualquier momento del test. Se realizó análisis bivariado y regresión logística multivariada para determinar predictores independientes.

Resultados: De 3076 estudios con determinación de CH₄, 1312 pacientes (42,7%) completaron el cuestionario clínico. La edad media fue de $41,5 \pm 14,5$ años, y el 79,8% fueron mujeres. La prevalencia de IMO fue del 43,8%. IMO se asoció a mayor edad (42,7 vs. 40,4 años; $p = 0,0047$) y al patrón Bristol: más frecuente en constipación (56%) y menos en diarrea (33%) ($p < 0,0001$). En el análisis bivariado, se observaron asociaciones significativas con distensión abdominal (OR 1,31), diarrea (OR 0,46) y antecedente de apendicectomía (OR 0,63). No se hallaron asociaciones significativas con la severidad de síntomas IBS-SSS ni con DASS-21. En el modelo multivariado ajustado, se identificaron como factores protectores: Patrón evacuatorio tipo diarrea (OR 0,46; IC95%: 0,35–0,61), Antecedente de apendicectomía (OR 0,60; IC95%: 0,42–0,83). Y como factor de riesgo independiente: Mayor edad (OR 1,02 por año; IC95%: 1,01–1,02). La constipación, otros síntomas digestivos y el puntaje IBS-SSS no alcanzaron significación estadística.

Conclusiones: Este estudio, basado en una cohorte clínica amplia y en una herramienta digital estandarizada, permitió identificar factores clínicos asociados a IMO. La asociación con edad, patrón evacuatorio y antecedentes quirúrgicos puede contribuir al desarrollo de algoritmos clínicos que orienten la indicación del TAE con medición de metano y optimicen su interpretación diagnóstica.

PÓSTER

Código: 0247
NEOPLASIA MUCINOSA INTRADUCTAL PANCREÁTICA MIXTA CON TRANSFORMACIÓN MALIGNA CONFIRMADA POR HISTOLOGÍA

Modalidad: Casos Clínicos

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

Unidad Temática 2: b) ENDOSCOPIA DIGESTIVA 1. Endoscopia Diagnóstica • Ecoendoscopia

CAIZA LASCANO, Erick Edwin | CHOQUE CARBALLO, Ana Karen Elsa | LAUDANNO, Sofia Luján | SALGADO ROSADO, Walter | HWANG, Hui Jer | NAZAR, Cristina | GARCÉS MULLER, Raúl Ariel | GUBITOSI, Analía Viviana | BASSO, Sandra | UDA-BE, María Laura | ROCCA, Andres

HOSPITAL DE GASTROENTEROLOGÍA CARLOS BONORINO UDAONDO

Introducción: Las neoplasia mucinosa papilar intraductal del páncreas (NMPI) son lesiones premalignas que pueden evolucionar a adenocarcinoma. Representa el tumor quístico pancreático mas frecuente y su riesgo de malignidad varía según el subtipo. Los signos de alto riesgo (dilatación ductal ≥ 10 mm, nódulo mural, adenopatías) guían la indicación de cirugía o vigilancia según guías internacionales.

Objetivos: Describir un caso de NMPI mixta con signos de alto riesgo y transformación maligna confirmada por biopsia guiada por ecoendoscopia.

Caso Clínico: Mujer de 69 años consulta por epigastalgia, saciedad precoz y pérdida de 6 kg en tres meses. Como antecedente refiere hallazgo de quiste pancreático en cortes inferiores realizados en TC de tórax por COVID-19, sin seguimiento posterior. El examen físico fue normal. Ante síntomas de alarma y dicho antecedente, se solicitaron RM, marcadores tumorales (CEA y CA 19-9) y prueba de función pancreática. La RM mostró dilatación del conducto pancreático principal de hasta 25 mm, mucina intraductal, atrofia del parénquima distal y adenopatías retroperitoneales > 10 mm. La elastasa fecal fue de 50 $\mu\text{g/g}$. CEA fue normal, CA 19-9 elevado. Se planteó una NMPI con probable transformación maligna, pero las adenopatías motivaron considerar diagnósticos diferenciales como linfoma o tuberculosis. Se realizó ecoendoscopia, que evidenció una lesión quística de 45 mm en cabeza pancreática, con componente mixto y dilatación ductal. Se efectuó punción del quiste y de las adenopatías, confirmando que correspondían al mismo proceso.

Resultados: El análisis citohistológico reveló una NMPI con displasia de alto grado asociada a adenocarcinoma intestinal. Las adenopatías también mostraron infiltración tumoral.

Conclusión: Se presenta un caso de NMPI mixta con signos de alto riesgo que evolucionó a adenocarcinoma invasivo. El diagnóstico fue posible gracias al abordaje multimodal, destacando el rol de la ecoendoscopia. Este caso refuerza la importancia de la vigilancia y tratamiento oportuno de las lesiones quísticas pancreáticas sospechosas.

PÓSTER

Código: 0103

PERFORMANCE DEL TEST DEL AIRE ESPIRADO CON 13C-UREA EN EL DIAGNÓSTICO DE INFECCIÓN POR HELICOBACTER PYLORI

Modalidad: Trabajos Científicos

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

MANTERO, Paula1 | FLEKENSTEIN, German R.2 | JANJETIC, Mariana A.3 | FUDA, Julian A.1 | TORTI, Horacio E.1 | CERNADAS, Gustavo4 | ZUBILLAGA, Marcela B.5 | GOLDMAN, Cinthia G.5

CÁTEDRA DE FÍSICA, FFYB, UBA1; CÁTEDRA DE FÍSICA, FFYB, UBA2; CÁTEDRA DE FÍSICA, FFYB, UBA; ESCUELA DE NUTRICIÓN, CISPAN, FMED, UBA; CONICET3; CÁTEDRA DE ANATOMÍA E HISTOLOGÍA, FFYB, UBA4; CÁTEDRA DE FÍSICA, FFYB, UBA; CONICET5

Introducción: El Test del Aire Espirado con 13C-Urea (13C-UBT) es un método popular y no invasivo utilizado para el diagnóstico de la infección por Helicobacter pylori.

Objetivos: El objetivo de este trabajo fue evaluar la performance de esta metodología en el diagnóstico inicial así como en el control post-tratamiento en adultos dispépticos de Buenos Aires, Argentina.

Material y Métodos: Realizamos un análisis retrospectivo de los datos recabados en dos estudios previos conducidos por nuestro laboratorio, en los que la presencia de H. pylori se determinó tanto por 13C-UBT como por histología a partir de biopsias gástricas. Adicionalmente, se analizó la performance del 13C-UBT en comparación a diagnósticos coincidentes de infección por H. pylori obtenidos por histología y amplificación por PCR en una submuestra con datos disponibles. El 13C-UBT se llevó a cabo usando un kit comercial, y espectrometría de masas de relaciones isotópicas como técnica de medición.

Resultados: Se evaluaron datos de 154 voluntarios para determinar la performance del 13C-UBT para el diagnóstico inicial de infección por H. pylori, considerando a la histología como el método de referencia. Para un valor de corte establecido en 3,5‰, la sensibilidad fue 93,0%, la especificidad 95,6%, la precisión 94,2%, el valor predictivo positivo (VPP) 96,4% y el valor predictivo negativo (VPN) 91,5%. El análisis del desempeño del 13C-UBT a partir de la submuestra con resultados concordantes de histología y PCR mostró mejoras en las métricas: sensibilidad 98,8%, especificidad 98,3%, precisión 98,6%, VPP 98,8% y VPN 98,3%. Por otro lado, el rendimiento del test para la confirmación de la erradicación de H. pylori se estudió en 46 pacientes, resultando en una sensibilidad de 94,4%, especificidad de 100,0%, precisión de 97,8%, VPP de 100,0% y VPN de 96,6%. El análisis de sensibilidad, especificidad y precisión en función del punto de corte reveló que el valor óptimo podría ser disminuido a 3,0‰ en nuestro laboratorio.

Conclusiones: Estos resultados demuestran que el 13C-UBT es un método no invasivo de elevada performance tanto para el diagnóstico inicial como para el control post-tratamiento de la infección por H. pylori.

PÓSTER

Código: 0038

COLANGITIS AGUDA SECUNDARIA A HIDATIDOSIS HEPÁTICA COMPLICADA: UNA ETIOLOGÍA INFRECUENTE

Modalidad: Casos Clínicos

Unidad Temática: a) GASTROENTEROLOGÍA 5. Vesícula y vías biliares 5.3. Obstrucción biliar no neoplásica

IMHOF, Micaela | LAUDANNO, Sofía Luján | HUENS CASAL, Camila | SALABERRY, Antonella | CARRARO, María Cecilia | CERIANI, Sergio | SALGADO ROSADO, Walter | GARCÉS MÜLLER, Raúl Ariel | MOREYRA, Mariana Melisa | CASTRO, Lilian

HOSPITAL DE GASTROENTEROLOGÍA CARLOS BONORINO UDAONDO

Introducción: La hidatidosis o equinococosis quística es una zoonosis causada por Echinococcus granulosus, endémica en áreas rurales de Sudamérica, Medio Oriente y Asia Central. El ser humano se infecta por ingestión de huevos del parásito a través de alimentos, agua o contacto con perros parasitados. El hígado es el órgano más frecuentemente afectado (50–70%) y el pulmón el segundo en frecuencia. En su forma no complicada, los quistes hepáticos pueden ser asintomáticos. Las complicaciones incluyen ruptura hacia la vía biliar (10–37%), colangitis aguda (5–17%), absceso hepático, peritonitis, compresión de órganos vecinos y anafilaxia.

Objetivos: Presentar un caso clínico de colangitis aguda secundaria a hidatidosis hepática, resuelto exitosamente mediante colangiopancreatografía retrógrada endoscópica (CPRE), evitando intervención quirúrgica mayor.

Material y Métodos: Paciente femenina de 68 años, procedente de zona rural de Potosí (Bolivia), con antecedentes de contacto con animales ovinos, bovinos, porcinos y perros. Consulta por cuadro de dos meses de evolución con dolor en hipocondrio derecho, vómitos esporádicos, ictericia y fiebre intermitente. Al ingreso, presentó laboratorio con patrón colestático. La ecografía abdominal reveló imagen quística heterogénea en segmentos IVb y VIII, con solución de continuidad hacia el conducto hepático izquierdo, provocando dilatación biliar. Se iniciaron antibióticos endovenosos y se tomaron hemocultivos. La tomografía axial computada mostró una lesión quística en contacto con la vía biliar, sugiriendo fistulización, y múltiples imágenes compatibles con abscesos hepáticos. Se realizó CPRE, observándose dilatación de la vía biliar y una imagen sacular intrahepática. Se practicó esfinterotomía, extracción con balón y canastilla de Dormia, logrando salida de membranas hidatídicas y desobstrucción de vía biliar. Se inició albendazol (10 mg/kg/día).

Resultados: La paciente evolucionó favorablemente, sin recurrencia de síntomas. Completó tres meses de albendazol y recibió seguimiento multidisciplinario. El hepatograma de control se normalizó. La colangiorensonancia de seguimiento no mostró dilatación biliar ni lesiones hepáticas residuales.

Conclusiones: La colangitis aguda secundaria a ruptura de quiste hidatídico hepático es una causa infrecuente pero grave, especialmente en pacientes de zonas endémicas. La CPRE permite un abordaje diagnóstico y terapéutico eficaz, evitando procedimientos quirúrgicos mayores y reduciendo la morbilidad. Este caso refuerza la importancia del enfoque multidisciplinario y del tratamiento mínimamente invasivo en patologías hepáticas parasitarias complicadas.

PÓSTER

Código: 0074

PRESENTACIÓN ATÍPICA DE UN TUMOR DEL ESTROMA GASTROINTESTINAL ASOCIADO A NEUROFIBROMATOSIS TIPO 1

Modalidad: Casos Clínicos

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

Unidad Temática 2: a) GASTROENTEROLOGÍA 3. Intestino delgado 3.5. Miscelánea

FLORES LOMBEYDA, Gabriel | CASTILLO, Luciana | JERVES, Saul | RICCIUTI, Mercedes | BIANCO, Gustavo | BAEZ, Elsa | CURRAS, Alfredo

HOSPITAL GENERAL DE AGUDOS DR. JUAN A. FERNÁNDEZ

Introducción: La relación entre la Neurofibromatosis tipo 1 (NF1) y los tumores del estroma gastrointestinal (GIST) está bien establecida. Los GIST se presentan de forma multifocal y se localizan en el intestino delgado (yeyuno e íleon) en más del 50% de los casos cuando se asocia a NF1, a diferencia de los GIST esporádicos cuya localización más frecuente es en estómago. La afectación duodenal representa solo el 5% de los casos, siendo aún más infrecuente la forma unifocal, conocida como GIST duodenal solitario.

Objetivos: Presentar el caso clínico de una paciente con GIST de localización infrecuente asociado a Neurofibromatosis tipo 1.

Caso Clínico: Paciente de sexo femenino de 49 años, con antecedentes de neurofibromatosis tipo 1 e hipotiroidismo. Consulta por episodio de melena y anemia sintomática. Los laboratorios muestran Hematocrito: 18.5% Hb.: 5.1g/dl. Posterior a estabilización de su estado hemodinámico, se realiza videoendoscopia digestiva alta que evidencia pólipos de tipo hiperplásicos de 3 - 5 mm, localizados en fondo y cuerpo de estómago. A nivel de segunda porción duodenal se observa lesión de aspecto subepitelial de 4 cm ulcerada con fondo de fibrina (Imagen A). La anatomía Patológica de la lesión duodenal informa en corion subepitelial proliferación de células ahusadas y ovals, sin mitosis anómalas, sin necrosis; con inmunohistoquímica que descarta leiomioma por ALM-negativo, schwannoma por s100 negativo, presenta c-KIT y DOG-1 positivo, confirmando el diagnóstico de GIST con bajo riesgo de

progresión. (Imagen B). Se realizan estudios complementarios para diagnóstico y estadificación. Enterorresonancia : Lesión sólida de 27 x 28 x 28 mm en la tercera porción duodenal (D3), con captación de contraste y supresión en difusión. No se identifican otras lesiones en el tubo digestivo. Presencia de neurofibroma paraaórtico izquierdo de 29 x 30 x 39 mm (Imagen C). Tomografía de cerebro, tórax, abdomen y pelvis: confirma la lesión en D3 y múltiples neurofibromas (flanco izquierdo, región parietal izquierda y paraaórtico izquierdo). Se realiza tratamiento quirúrgico; duodenectomía parcial (D3 -D4) con anastomosis termino- terminal y yeyunostomía de alimentación (Imagen D). La anatomía patológica de la pieza quirúrgica: GIST de tipo células fusiformes, unifocal de 2.5 x 2.3 cm, Índice mitótico: 3 mitosis/ 5mm2, G1 (bajo grado). Necrosis tumoral 5%, con márgenes de resección libres de lesión. Estadificación AJCC/UICC: Estadio I (pT2 N0 M0). En el control evolutivo a los 6 meses se encuentra asintomática bajo seguimiento multidisciplinario.

Conclusión: El GIST duodenal solitario constituye una manifestación inusual en una paciente con neurofibromatosis tipo 1, desafiando la presentación clásica multifocal. Este caso refuerza el valor del enfoque multidisciplinario y la necesidad de mantener un alto índice de sospecha clínica para detectar precozmente lesiones potencialmente tratables. Asimismo, destaca la importancia de considerar variantes de presentación inusuales en enfermedades con fenotipos clínicos complejos como la NF1, dado su impacto directo en las decisiones terapéuticas y el pronóstico del paciente.

PÓSTER

Código: 0009

COLANGITIS POR IGG4 UN DIAGNÓSTICO QUE SE ESCONDE TRAS LA ICTERICIA

Modalidad: Casos Clínicos

Unidad Temática: a) GASTROENTEROLOGÍA 9. Vesícula y vías biliares 5.3. Obstrucción biliar no neoplásica

Unidad Temática 2: a) GASTROENTEROLOGÍA 9. Hígado 9.4. Colestasis

LOPEZ ALVAREZ, Alejandro Miguel | HUERTA, María Fernanda | SENA, Daniela Paula | ADI, José | DUTTO, Carolina | FERNÁNDEZ, Gonzalo | LEIVA, Lorena | TORRES, Alfredo | VICTORIA, Romina | VIÑUELA, Carolina

HOSPITAL LUIS LAGOMAGGIORE

Introducción: La colangitis por IgG4 es una manifestación hepatobiliar de la enfermedad relacionada con IgG4, es un trastorno fibro inflamatorio sistémico. Se caracteriza por estenosis inflamatoria de los conductos biliares, elevación sérica de IgG4 y una infiltración linfoplasmocitaria rica en células IgG4, acompañada frecuentemente de fibrosis en patrón estoriforme y flebitis obliterante. Su importancia radica en que puede simular otras enfermedades colestásicas como la colangitis esclerosante primaria o incluso el colangiocarcinoma, lo que representa un desafío diagnóstico. No obstante, a diferencia de estas entidades, suele responder favorablemente al tratamiento con glucocorticoides.

Objetivos: Describir un caso de colangitis por IgG4 para destacar los retos diagnósticos, su diferenciación con otras colangiopatías y la importancia de un tratamiento adecuado y oportuno.

Caso Clínico: Paciente masculino de 37 años, con antecedentes de enolismo crónico, hepatopatía crónica, colecistomizado, presencia de estenosis de la vía biliar, interpretado como lesión quirúrgica secundaria, con requerimiento de colocación de stent y múltiples internaciones por cuadros colestásicos previos.

Resultados: Consulta por ictericia progresiva de una semana de evolución, acompañado de coluria, acolia, prurito generalizado. Examen físico: Abdomen blando, depresible levemente doloroso a la palpación profunda, hepatomegalia y matidez compatible con esplenomegalia. Analítica: GOT: 263 U/L (0-32), GPT: 222 U/L (0-31), FAL: 1449 U/L (VN: <180), LDH 220 U/L (VN 135-225) Bilirrubina total: 133 (VN: hasta 10), Bilirrubina Directa: 92.2 (VN: hasta 2), Bilirrubina indirecta: 40.8 (VN: hasta 8). Panel inmunológico (ANA, ASMA, AMA, LKM, ANCA c/p) resultó negativo, IgG4 sérica: 4.548 mg/dL (VN: 0.039-0.864 mg/dl). Ecografía abdominal: esteatosis hepática leve. RMN de abdomen con colangiografía: Aumento del tamaño hepático, líquido libre abdominal, engrosamiento parietal difuso de la vía biliar extrahepática con dilatación segmentaria de canalículos intrahepáticos. Se estableció diagnóstico de colangitis relacionada con IgG4 por criterios de Okazaki, afectación orgánica en imágenes e IgG4 sérico elevado. Se descartaron otras etiologías como colangitis esclerosante primaria, colangitis biliar primaria y síndrome de superposición. Se inicia tratamiento con corticoterapia sistémica, con respuesta clínica y bioquímica favorable a las 48 horas del inicio.

Conclusión: Este caso remarca la importancia de la sospecha clínica de colangitis por IgG4 en cuadros colestásicos atípicos, especialmente ante imágenes compatibles y elevación de IgG4 sérica. Un diagnóstico precoz y el inicio oportuno de corticosteroides pueden revertir la progresión y evitar complicaciones irreversibles, como la fibrosis biliar o la cirrosis.

PÓSTER

Código: 0012

DIÁDA FISIOTERAPIA DEL SUELO PÉLVICO - ABORDAJE NUTRICIONAL EN INCONTINENCIA FECAL : REPORTE DE UN CASO

Modalidad: Casos Clínicos

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

Unidad Temática 2: a) GASTROENTEROLOGÍA 8. Nutrición 8.1. Nutrición y clínica digesto-absortiva

GALLEGO, María1 | VALDEZ, Soledad2

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE LA PLATA1; CLÍNICA DE LA MUJER - PERINAT2

Introducción: La incontinencia fecal (IF), según los criterios Roma IV, se define como la pérdida involuntaria de gases o deposiciones de naturaleza líquida o sólida a través del ano, que se presenta de forma recurrente en individuos de al menos 4 años de edad, durante tres meses consecutivos, con una frecuencia de 2 a 4 episodios en las últimas 4 semanas. El sexo femenino, la edad y el antecedente de trauma obstétrico son factores de riesgo asociados para su desarrollo, deteriorando la calidad de vida social, emocional y económica de quienes la padecen. El tratamiento de primera línea comprende dietoterapia, farmacoterapia y fisioterapia del suelo pélvico. La manometría anorrectal permite definir las características de la disfunción y guiar el tratamiento.

Objetivos: Visibilizar el rol de la fisioterapia de suelo pélvico y de la dietoterapia en el abordaje interdisciplinario en la IF.

Caso Clínico: Paciente femenina de 74 años con diagnóstico de IF, de origen traumático obstétrico, asociado a trastornos digestivos funcionales con 15 años de evolución en la sintomatología, sin respuesta a tratamientos farmacológicos con inhibidores de la bomba de protones, laxantes y antiespasmódicos. La manometría anorrectal objetivó hipotonía del esfínter anal. Estudios médicos previos descartaron daño orgánico. Acude voluntariamente a la consulta nutricional con clínica de distensión abdominal recurrente, en ausencia de dolor, meteorismo abundante, urgencia defecatoria, incontinencia fecal y evidente deterioro de su calidad de vida. Refirió restricción dietética escalonada para controlar la sintomatología, sin resultados satisfactorios. Valoración del estado nutricional: leve desnutrición. Se evaluaron las ingestas mediante registro alimentario de 7 días. Se prescribió protocolo bottom-up approach para la dieta baja en FODMAP con seguimiento quincenal durante 4 semanas adicionando suplementación probiótica oral durante 90 días (Pediococcus acidilactici KABPTM 021, Lactobacillus plantarum KABPTM 022, Lactobacillus plantarum KABPTM 023). Se acompañó con estrategias de mindfuleating dirigidas hacia la interocepción y la atención plena y el abordaje conjunto con fisioterapia de suelo pélvico. Desde la fisioterapia se evalúa la fuerza y coordinación del músculo elevador del ano (MEA), gestión de presión abdominal y hábitos mediante diario miccional y defecatorio. La evaluación muscular inicial reveló exclusividad de actividad de musculatura accesoria y déficit de actividad perineal (0/5 según escala de OXFORD). Se realizó terapia manual con el objetivo de mejorar la fuerza, propiocepción y coordinación perineal. A partir de la evaluación con biofeedback electromiográfico de superficie se estableció plan diario de tratamiento muscular domiciliario. El seguimiento de la sintomatología y la clínica se evaluó mediante el Test Wexner al inicio y en la 5ta sesión de fisioterapia.

Resultados: La paciente respondió con adherencia a los lineamientos terapéuticos con evolución favorable de la sintomatología gastrointestinal, ausencia de IF y buen estado nutricional a los 2 meses de seguimiento. Mejoró la coordinación, la fuerza muscular perineal (3-5 en la escala de OXFORD) y los registros propioceptivo e interoceptivo, impactando positivamente en su calidad de vida. Se estableció continuidad del tratamiento fisioterapéutico mensual con monitoreo nutricional bimensual en función de la respuesta clínica de la paciente.

Conclusión: La relevancia del caso clínico expone la necesidad de brindar oportunamente tratamiento interdisciplinario a cargo de los distintos profesionales del equipo de salud, en este caso, completado con nutrición y kinesiólogía y de protocolizar el abordaje individualizado basado en la evidencia, enfatizando las recomendaciones clínicas de primera línea.

PÓSTER

Código: 0109

ENDOMETRIOSIS INTESTINAL COMO CAUSA DE ABDOMEN AGUDO OCLUSIVO

Modalidad: Casos Clínicos

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

Unidad Temática 2: a) GASTROENTEROLOGÍA 3. Intestino delgado 3.3. Neoplasia

VERA, Mirta | VÁZQUEZ ACEVEDO, Carla | PUERTO, Gonzalo | CROCCI, Evelin Mariel | PATERNO, Mauricio Rodrigo | SÁNCHEZ, María Florencia | LENCINAS, Sandra

HOSPITAL DE GASTROENTEROLOGÍA CARLOS BONORINO UDAONDO

Introducción: La endometriosis es la presencia de glándulas endometriales en sitios extrauterinos. Afecta al 10% de las mujeres en edad reproductiva y es causa de dolor abdominal pélvico crónico e infertilidad. Se considera endometriosis infiltrante profunda intestinal (EIP) cuando compromete más allá de la capa muscular. La prevalencia se encuentra entre el 3% y el 37%. Los casos de oclusión intestinal son aún más raros (0,1 al 0,7%). Las localizaciones predominantes son el recto, colon sigmoide, apéndice e intestino delgado. Siendo más frecuente cuando se asocia la infiltración de la pared intestinal con una angulación fija, como ileon distal y válvula

ileocecal. Debe sospecharse en pacientes en edad reproductiva con signos y síntomas de íleo. El mecanismo de obstrucción surge por la presencia de una masa en la luz o la pared intestinal, compresión extrínseca, adherencias o invaginación intestinal.

Objetivos: Resaltar la importancia de la patología benigna como causa de suboclusión intestinal.

Caso Clínico: Femenina de 33 años, antecedente de una cesárea. Consulta a guardia por dolor abdominal, estreñimiento y vómitos de un mes, que empeora en las últimas 48 hs agregando distensión abdominal. EF: hemodinámicamente estable, abdomen distendido, blando, doloroso en hemiabdomen inferior sin defensa ni reacción peritoneal. Laboratorio con Hto 28%, resto de parámetros normales. RX de abdomen: niveles hidroaéreos y dilatación de asas de intestino delgado. Se complementa con TC de abdomen y pelvis con contraste oral y EV que aporta engrosamiento mural estenosante de asa ileal con retracción del mesenterio adyacente y adenopatías, dilatación proximal y ausencia de pasaje de contraste, líquido libre laminar. Se decide conducta quirúrgica de urgencia, observándose a nivel de íleon distal, a 1 cm de válvula ileocecal, tumoración estenosante circunferencial con compromiso de la serosa, adenopatías mesentéricas. Se realiza resección ileocecal y ileoascendoanastomosis. Se externa sin complicaciones.

Resultados: La evaluación macroscópica evidencia asa entérica con disminución de calibre, a la apertura lesión blanquecina mal delimitada que perfora la serosa y compromete asa entérica adyacente; la microscopía arroja intestino delgado con presencia de endometriosis profunda, conformada por glándulas tubulares rodeadas por estroma endometrial que compromete submucosa, muscular propia y subserosa; denso proceso inflamatorio mixto seroso, 9 ganglios linfáticos con hiperplasia reactiva.

Conclusión: La endometriosis intestinal es una de las localizaciones más frecuentes dentro de las manifestaciones extragenitales de esta enfermedad. Entender esta patología como una posibilidad diagnóstica a la hora de abordar los cuadros de dolor abdominal y/o suboclusivos en mujeres en edad fértil es fundamental, un diagnóstico temprano de esta entidad y su correspondiente tratamiento podría disminuir la necesidad de cirugías de urgencia en contextos desfavorables y la morbilidad que ello implica.

PÓSTER

Código: 0272

ARQUITECTURA IMPERFECTA, CONSECUENCIAS PÉTREAS

Modalidad: Casos Clínicos

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

Unidad Temática 2: a) GASTROENTEROLOGÍA 9. Hígado 9.8. Miscelánea

LOPEZ FRANCO, Juan Jose | YEREMENKO, Anna | MOLINA, Fernanda | CALVO ROJAS, María Gabriela | GONZÁLEZ CREPSAC, Vera Lucía | ESTRADA, Carla Alejandra | LEIBOVICH, Natalia | VISCARDI, Juan | LUBIENIECKI, Daniela Carina | PADIN, Lorenzo

HOSPITAL DURAND

Introducción: El síndrome de Caroli es una malformación biliar congénita rara, caracterizada por dilatación segmentaria de los conductos biliares intrahepáticos asociada a fibrosis hepática congénita. La estasis biliar favorece la formación de litiasis intrahepática y predispone a colangitis recurrente y abscesos, generando elevada morbimortalidad.

Objetivos: Revisar un caso clínico de Síndrome de Caroli con presencia de litiasis intrahepáticas y sus complicaciones.

Caso Clínico: Paciente femenina de 32 años, tabaquista, con antecedente de consumo problemático de sustancias, cirugía hepática desconocida en la infancia e internación reciente en hospital público por cesárea de urgencia secundaria a taquicardia fetal, sospecha de síndrome de HELLP y colestasis extrahepática. Es derivada desde dicha institución al cuarto día postoperatorio por dolor abdominal en epigastrio irradiado a hipocondrio derecho, tipo cólico e intensidad 8/10, asociado a náuseas y vómitos, ictericia y edemas en miembros inferiores. Laboratorio: Plaquetas 41000, GOT 248, GPT 465, BT 2.45, BD 1.50, FAL 329. Ecografía abdominal: VBIH dilatada con múltiples imágenes litíicas de diferentes tamaños en su interior y líquido libre. Resonancia de abdomen con gadolinio: lóbulo hepático derecho con numerosas imágenes focales de límites relativamente bien definidos, colección subcapsular heterogénea, VBIH dilatada con contenido multilitiásico.

Resultados: Paciente evoluciona con cuadro clínico de sepsis y abdomen doloroso con signos de reacción peritoneal, motivo por el cual se decide conducta quirúrgica: laparotomía exploradora con hallazgo de peritonitis biliopurulenta por sospecha de ruptura de quiste hepático derecho. Por evolución tórpida requiere nueva intervención, se realiza relaparotomía exploradora y se constata evisceración grado II, colección subfrénica y colección subhepática. Se realiza toma de biopsia hepática con Trucut. La anatomía patológica informa: hallazgos compatibles con hepatopatía crónica con cambios ductales sugestivos de malformación biliar intrahepática.

Conclusión: El Síndrome de Caroli es una malformación hepática poco frecuente (<1/100000 nacidos vivos) que predispone a colangitis recurrente, litiasis intrahepática y complicaciones graves como sepsis o abscesos hepáticos. Es importante destacar otras complicaciones tales como las derivadas de la HTP y el colangiocarcinoma. El tratamiento se centra en prevenir la colangitis recurrente y detener

la progresión del daño hepático. La detección temprana y el seguimiento de estas malformaciones son fundamentales, ya que, al ser una entidad infrecuente, es importante la sospecha temprana para prevenir complicaciones severas.

PÓSTER

Código: 0197

A PROPÓSITO DE UN CASO: CÁNCER HEPÁTICO PRIMARIO, NO HEPATOCARCINOMA

Modalidad: Casos Clínicos

Unidad Temática: a) GASTROENTEROLOGÍA 9. Hígado 9.6. Neoplasia

APONTE TORRES, Marjorie Michelle | ZHAO, Chongwen | GONZALES BENÍTEZ, Melisa Laura | FASSIO, Eduardo | PEREZ, Soledad | RICCI, Anahi | SALA, Josefina

Hospital Nacional Prof. A. Posadas

Introducción: El hemangioendoteloma epiteliode hepático (HEH) es un tumor vascular maligno poco frecuente (menos de 1% de los cánceres primarios de hígado, incidencia que varía desde 0.1 a 1 caso por cada 100.000), con predominio en el género femenino. Se desarrolla en un hígado normal y se caracteriza por la presencia de células endoteliales vasculares epitelioides e histiocitoides en un estroma fibrótico. Su comportamiento clínico es variable, desde formas indolentes hasta presentaciones altamente agresivas. El diagnóstico se basa en hallazgos de imágenes e histología y su tratamiento varía desde resección quirúrgica, quimioembolización transarterial (TACE) hasta el trasplante hepático.

Objetivos: Describir un caso clínico de HEH con el fin de considerar dicha entidad en el diagnóstico diferencial de los tumores hepáticos.

Caso Clínico: Paciente femenina de 62 años, con historia de dolor en hipocondrio derecho y pérdida de peso progresiva de 2 años de evolución. Se le habían realizado varios estudios en 2023, incluyendo una RNM de abdomen que informaba en hígado voluminosa lesión nodular en segmentos IV y VII, de 91 x 84 mm, hiperintensa en T2, hipointensa en T1. Realizaba con el contraste, siendo compatible con hemangioma. Marcadores tumorales (AFP, CA-19.9) normales. Se efectuó en nuestro hospital nueva RNM (2024) en donde se describió la presencia de una formación voluminosa de 124 x 94 mm, de aspecto sólido, bordes lobulados, en segmentos I, II, III, IV, V y VII. Con señal hipointensa en T1 e hiperintensa en T2. En secuencias de difusión, restricción periférica. Con el contraste endovenoso, realce periférico con llenado progresivo en tiempo venoso y tardío, leve dilatación de la vía biliar intrahepática. Diagnóstico presuntivo: lesión infiltrativa de estirpe vascular.

Resultados: Se efectuó punción biopsia hepática guiada por ecografía que informó neoplasia vascular paucicelular, constituida por células epitelioides de citoplasma eosinófilo, algunas con vacuolas intracitoplasmáticas ocasionales. Se disponen en cordones y nidos pequeños, sobre estroma mixohialino. Inmunomarcación: CD31/CK8-18 positivos. Hallazgos morfológicos e inmunofenotipo vinculable a hemangioendoteloma epiteliode hepático. Considerando la extensión tumoral, la irreseccabilidad y la evidencia actual que no demuestra un beneficio significativo en la sobrevida global con quimioembolización, se descartaron la resección quirúrgica y TACE. Se decidió derivar a la paciente a trasplante hepático.

Conclusión: El HEH constituye una neoplasia primaria infrecuente, de comportamiento clínico variable y curso habitualmente indolente. Este caso resalta la importancia de considerar esta entidad en el diagnóstico diferencial de lesiones hepáticas atípicas y de evolución prolongada. Haciendo énfasis en el abordaje multidisciplinario para establecer el diagnóstico definitivo y seleccionar la estrategia terapéutica más adecuada.

PÓSTER

Código: 0162

PANCREATITIS RECURRENTE DE INICIO TEMPRANO: CUESTIONANDO LA ETIOLOGÍA "IDIOPÁTICA"

Modalidad: Casos Clínicos

Unidad Temática: a) GASTROENTEROLOGÍA 6. Páncreas 6.1. Patología inflamatoria

RANDAZZO, Paula | PASQUA, Analía Verónica | GONZALEZ, María Laura | MARCOLONGO, Mariano

HOSPITAL ITALIANO DE BUENOS AIRES

Introducción: La pancreatitis recurrente (PR) se define como la presencia de dos o más episodios de pancreatitis aguda separados por un período de resolución clínica completa. En adultos jóvenes predominan los factores de riesgo genéticos, anatómicos y tóxico-metabólicos.

Objetivos: Comunicar el caso de un paciente cuya historia clínica refleja las distintas etapas de la enfermedad inflamatoria pancreática y resalta la importancia de la investigación etiológica apropiada.

Caso Clínico: Varón de 29 años, con sobrepeso, esteatosis hepática y PR desde los 12 años. Colectectomizado tras el segundo episodio de pancreatitis. Cursó más de 10 internaciones durante las cuales se descartaron causas litíicas, anatómicas, tóxicas, metabólicas (calcemia y trigliceridemia normales), medicamentosas y autoinmunes. En 2 ocasiones presentó alteraciones transitorias del hepatograma, patrón

hepatocelular. En el transcurso del tiempo las imágenes mostraron progresión a pancreatitis crónica (PC) con desarrollo de lobularidad heterogénea, atrofia y arrosamiento del conducto pancreático. Elastasa normal, sin deficiencias nutricionales y sin signos clínicos de maldigestión. Se solicitó panel genético (PRSS1, CFTR, SPINK1, CPA1, CTRC, CASR), identificándose dos variantes heterocigotas patogénicas en CFTR: c.2856G>C (p.Met952Ile) y c.617T>G (p.Leu206Trp). Se identificó una variante en cada progenitor. Se interpretó que presenta un trastorno relacionado al CFTR. Tuvo consulta con Genética Clínica. Se realizó ecografía testicular dada la posible afectación de conductos deferentes, con resultado normal. Se descartó la disfunción de colangiocitos asociada a mutaciones en CFTR como causa de la alteración del hepatograma. Actualmente, se encuentra asintomático, recibiendo antioxidantes, en seguimiento multidisciplinario.

Conclusión: El canal codificado por el CFTR, ubicado en la membrana apical de las células ductales pancreáticas y otros epitelios, regula el transporte de cloro y bicarbonato. Su alteración impide la correcta alcalinización de las secreciones, favoreciendo la formación de tapones proteicos y el consecuente daño tisular. Las variantes del CFTR se clasifican en clases I a VI según el grado de alteración funcional y el fenotipo expresado. En los trastornos relacionados con el CFTR las mutaciones suelen ser de clases IV y V, que provocan disfunción parcial del canal. La presencia de dos mutaciones en CFTR aumenta hasta 40 veces el riesgo de pancreatitis. Además, existe interacción del CFTR con otros genes y factores ambientales, lo que causa una amplia heterogeneidad fenotípica. El estudio genético debería incorporarse en la evaluación de pacientes pediátricos y adultos jóvenes con PR o PC sin causa aparente. En este caso, permitió establecer el diagnóstico etiológico, anticipar manifestaciones asociadas y orientar su asesoramiento relacionado con la vigilancia clínica y la planificación familiar.

PÓSTER

Código: 0108
EL CONOCIMIENTO ALTERA LA ESTADÍSTICA

Modalidad: Casos Clínicos

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

ABRAMSON, David Bernardo | FUXMAN, Claudia Griselda | NACHMAN, Fabio

Hospital Universitario Fundación Favaloro

Introducción: La disfagia es un motivo de consulta frecuente en la práctica gastroenterológica, con una prevalencia estimada en mayores de 50 años de alrededor del 15%, pudiendo alcanzar cifras superiores en poblaciones especiales como pacientes institucionalizados, o aquellos con una patología neurológica de base. El grupo de posibles causas incluye condiciones orgánicas así como alteraciones del eje cerebro - intestino - microbiota, por lo que, en ocasiones, su enfoque tanto diagnóstico como terapéutico, requiere de un manejo multidisciplinario.

Objetivos: Comunicar un caso de liquen plano esofágico, refractario a tratamiento de primera línea, con rápida progresión endoscópica.

Caso Clínico: Paciente de 54 años, con antecedente de liquen plano vulvar, consultó al servicio de gastroenterología por disfagia esofágica, grado 3 de Dakkak y Bennet, por lo que se realizó endoscopia digestiva alta, que reveló signos de esofagitis y hernia de hiato. Se inició tratamiento con esomeprazol en dosis máxima, con control endoscópico a los 60 días. En el mismo, se evidenció progresión de la esofagitis en sentido proximal, con presencia de fibrina circunferencial que se desprendía con facilidad, desde los 15 cm de la arcada dentaria superior hasta tercio inferior, y marcada reducción del calibre de la luz del órgano; se tomaron biopsias, que no fueron concluyentes, y se agregó corticoide tópico. Dada la rápida progresión del compromiso digestivo, sin obtener respuesta al tratamiento, y en contexto del antecedente del liquen plano, se planteó considerar manifestación esofágica del mismo, y se decidió progresar a terapéutica biológica a base de fármacos anti JAK.

Resultados: Al día de la fecha, luego de 10 meses de tratamiento, la paciente se encuentra en remisión clínica y cuenta con control endoscópico que muestra islote de fibrina y discreta reducción de la luz del órgano, con franca mejoría respecto de estudio previo.

Conclusión: Nuestra práctica diaria nos enfrenta, naturalmente, a las condiciones más prevalentes. Cuando un paciente se presenta con un motivo de consulta frecuente, pero cuya causa no tiene alta prevalencia, es que debemos volver a las bases de la clínica médica y pensar a nuestros pacientes con un enfoque multidisciplinario. Junto al paciente, el conocimiento altera la estadística.

PÓSTER

Código: 0093
HEPATITIS AGUDA GRAVE ASOCIADA A ENFERMEDAD DE STILL DEL ADULTO

Modalidad: Casos Clínicos

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

Unidad Temática 2: a) GASTROENTEROLOGÍA 9. Hígado 9.5. Trasplante hepático

ALDAO, María Celeste | DOMINGUEZ VACACELA, Elio | LÓPEZ ROMERO, Lenin Andres | MOREIRA GRANDA, Edison Javier | ROMERO, María Josefina | GUE-

RRIERI, Itati | LÓPEZ ARTEAGA, Elba María | VÉLEZ DAZA, Giselle Carolina | SAA, Emilia Cristina | PINASCO, Rosalba | BRACONE, Hernán | TORRICO, Oscar | VARELA, María Julia | ALMEIDA VARGAS, Carlos | QUIJANO MERA, Jhonny

HOSPITAL DR. IGNACIO PIROVANO

Introducción: La enfermedad de Still del adulto (ESA) es un trastorno autoinflamatorio poco frecuente (1 caso/100000 habitantes/año) caracterizado por fiebre persistente, artritis y exantema evanescente. Entre sus complicaciones podemos encontrar el síndrome de activación de macrófagos (MAS), dolor abdominal debido a adenitis mesentérica, disfunción hepática leve que se observa en hasta el 70% de los pacientes con elevaciones leves de aminotransferasas, aunque también se han registrado casos de falla hepática fulminante. El mecanismo involucra hiperactivación de macrófagos y una "tormenta de citocinas", con valores marcadamente elevados de ferritina, IL1 e IL6. La ferritina sérica >10000 ng/mL es un marcador de inflamación extrema y sugiere complicaciones como MAS o hepatitis severa asociada. El tratamiento estándar de la ESA grave incluye pulsos de glucocorticoides; sin embargo, hasta un 30% de los pacientes son refractarios. Está recomendado el uso precoz de inhibidores de IL1 (anakinra, canakinumab) y de IL6 (tocilizumab) para controlar la tormenta de citocinas y prevenir la progresión a falla hepática.

Objetivos: Describir un caso de insuficiencia hepática aguda fulminante secundaria a enfermedad de Still del adulto, resaltando la importancia del diagnóstico precoz y la decisión terapéutica oportuna

Material y Métodos: Varón de 50 años, sin antecedentes hepáticos, con síndrome febril prolongado, rash evanescente y artralgias de 5 meses de evolución. En seguimiento por reumatología (sospecha de ESA vs. MAS). Consulta a guardia por ictericia, coluria y prurito de 7 días. Al examen físico, ictericia mucocutánea, rash maculopapular tenue, sin signos de encefalopatía inicial. Análítica inicial: ALT 851 U/L, AST 740 U/L, FAL 351 U/L, LDH 1196 U/L, bilirrubina total 9,5 mg/dL, RIN 2,08, TP 37 %. Marcadores virales (VHA E, VHB, VHC, VEB, CMV, HSV) y autoinmunes (ANA, SMA, LKM 1, AMA) negativos. Ferritina 42 541 ng/mL. Se realizan imágenes de abdomen (ecografía y TC): hígado de tamaño normal, sin trombosis ni colestasis. Sin ascitis. Se realiza punción aspiración de médula ósea sin hemofagocitosis; biopsia cutánea con infiltrado neutrofílico compatible con ESA. Evolucionó con desarrollo de encefalopatía hepática grado II y deterioro hemodinámico. Cumplió metilprednisolona 1 g/día por 3 días indicado por Reumatología. Se solicitó derivación para trasplante hepático urgente; se aceptó tras segunda evaluación. Durante la espera el paciente presentó shock séptico a foco respiratorio y falla multiorgánica, falleciendo al día 10 de la ictericia.

Conclusiones: La hepatitis fulminante secundaria a Enfermedad de Still es una complicación rara (< 3%) pero letal. Su reconocimiento precoz junto con la administración temprana de terapia inmunomoduladora, y una derivación oportuna a trasplante puede mejorar la supervivencia.

PÓSTER

Código: 0020
METÁSTASIS DUODENAL DE UN TUMOR DEL SACO VITELINO (SENSO ENDODÉRMICO): INFORME DE UN CASO

Modalidad: Casos Clínicos

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

Unidad Temática 2: b) ENDOSCOPIA DIGESTIVA 1. Endoscopia Diagnóstica • Esófago, Estómago y Duodeno

AGUIRRE RAMIREZ, Bryan | PACHECO RAMOS, Jheimy

HOSPITAL NACIONAL ARZOBISPO LOAYZA

Introducción: Las lesiones metastásicas del intestino delgado son más frecuentes que los tumores primarios. Las metástasis duodenales son la etiología más común del melanoma, el cáncer de mama y el cáncer de pulmón por vía hematológica.

Objetivos: Se presenta un caso raro e inusual de metástasis duodenal secundaria a un tumor del saco vitelino, así como una revisión de la literatura relacionada.

Material y Métodos: Varón de 24 años presentó un historial de 2 semanas de náuseas y vómitos persistentes, fatiga progresiva y dolor en las extremidades inferiores. Al ingresar a urgencias, la exploración física reveló dolor a la palpación en el cuadrante inferior derecho y una masa palpable. Ante la sospecha de un plastrón apendicular, una tomografía computarizada abdominal reveló un engrosamiento concéntrico e irregular de la tercera porción del duodeno con dilatación retrógrada (fecha verde); una masa heterogénea en el cuadrante derecho de 13 cm (fecha amarilla); y múltiples linfadenopatías en retroperitoneo con focos de necrosis. Los resultados bioquímicos mostraron hemoglobina 10,6 g/L, leucocitos 12770 mm³, velocidad de sedimentación globular 140 mm/h, alfafetoproteína (AFP) 121 ng/ml, b-HCG 18,8 mUI/ml, CEA y Ca 19,9 dentro de los valores normales. La ecografía testicular mostró una masa heterogénea con Doppler periférico en la gónada derecha. Asimismo, se realizó una endoscopia digestiva alta diagnóstica que reveló una lesión subepitelial ulcerada en la segunda porción del duodeno con estenosis del 95% de la luz duodenal. Los resultados histológicos de la lesión duodenal son concluyentes con un tumor del saco vitelino (TSV)

Resultados: El TSV es un tipo raro de tumor de células germinales no seminoma que histológicamente se asemeja al mesénquima del saco vitelino primitivo. Las

gónadas contienen aproximadamente el 80% del TSV y, generalmente, las de origen ovárico tienen un mejor pronóstico que su contraparte masculina. La presentación clínica varía desde asintomática, con la presencia de una masa testicular indolora, hasta síntomas inespecíficos como malestar, fatiga, dolor abdominal o pérdida de peso, acompañados de niveles séricos elevados de AFP, potencialmente >100 ng/mL. La metástasis del TSV se produce por vía linfática y hematológica; esta última se produce con mayor frecuencia en pulmones, hígados, cerebro y huesos. El espectro de posibles sitios metastásicos es amplio y puede incluir casi cualquier sistema orgánico, especialmente en el contexto de una enfermedad extensa. Generalmente las características endoscópicas de los tumores metastásicos en el tracto gastrointestinal superior se presentan como tumores submucosos y lesiones polipoides, ya sea con erosión o ulceración. Una posible explicación es que las células metastásicas no logran penetrar la red capilar del tracto gastrointestinal y se implantan en la submucosa. A medida que las lesiones crecen, puede desarrollarse erosión o ulceración de la mucosa suprayacente debido a la disminución del flujo sanguíneo en la porción central de la lesión. Si bien la presentación clínica más frecuente de las lesiones metastásicas del tracto digestivo superior es el dolor abdominal y la hemorragia gastrointestinal; el manejo endoscópico de la hemorragia gastrointestinal de origen tumoral es complejo debido a las altas tasas de resangrado, la mala respuesta tisular a las terapias endoscópicas convencionales. A pesar de la variedad de opciones de tratamiento endoscópico, la quimioterapia y/o radioterapia tras el diagnóstico de metástasis han demostrado la mejor tasa de supervivencia.

Conclusiones: La metástasis duodenal es un sitio poco frecuente de diseminación tumoral maligna, y nuestro caso representa uno de los pocos casos descritos en la literatura de presentación metastásica de un tumor del saco vitelino.

PÓSTER

Código: 0051

PRESENTACIÓN DE UN CASO DE OBSTRUCCIÓN AL TRACTO DE SALIDA CON DIAGNÓSTICO MANOMÉTRICO

Modalidad: Casos Clínicos

Unidad Temática: a) GASTROENTEROLOGÍA 1. Esófago 1.2. Trastornos motores

Unidad Temática 2: a) GASTROENTEROLOGÍA 1. Esófago 1.3. Neoplasia

CORDOBA, Claudia | FERREYRA VALVASSORI, Nair

SANATORIO ALLENDE

Introducción: Los criterios de diagnóstico manométricos de obstrucción del flujo de salida según la Clasificación de Chicago versión 4.0 se definen como una mediana elevada de IRP en la posición supino y sentado y $\geq 20\%$ de degluciones con presión intrabolo elevada en la posición supina, con evidencia de peristalsis. Una vez realizado el diagnóstico, parte de estos trastornos implican una obstrucción mecánica de la unión esofagagástrica que podría ser sutil y pasar desapercibida durante la evaluación endoscópica inicial por lo que se deben descartar causas secundarias estructurales mediante tomografía computarizada o la ecoendoscopia. Es por ello que el diagnóstico es un desafío, porque no refleja una entidad patológica clínica distintiva (diagnóstico no concluyente) sino que la manometría puede representar diagnósticos diferenciales clínicos amplios que deben ser estudiados.

Objetivos: Presentación de paciente con diagnóstico infrecuente de cáncer esofágico.

Caso Clínico: Paciente masculino de 62 años de edad con antecedentes personales de diabetes y leucemia de células granulares en remisión se presenta con disfagia intermitente para líquidos y sólidos, dolor torácico y vómito. Se solicita endoscopia digestiva que observa área eritematosa a nivel del cardias, se toman biopsias que no evidencian malignidad. Tomografía de tórax normal. Por impacción de cuerpo extraño se solicita nueva endoscopia que observa alimentos retenidos e impactados en el esófago se toman nuevas biopsias en cardias que descartan malignidad. Realizamos esofagograma que objetiva relajación intermitente del segmento esofágico inferior con leve retardo en la evacuación esofágica; Posteriormente se solicita manometría esofágica con obstrucción al tracto de salida no concluyente. Decidimos realizar endosonografía que establece el diagnóstico de lesión en unión esofagagástrica de aspecto neoproliferativa infiltrante con biopsias positivas.

Resultados: La mayoría de los pacientes con diagnóstico por manometría de obstrucción al flujo de salida tienen alivio de los síntomas con la resolución de las enfermedades primarias o con medicamentos solos. En nuestro paciente, se diagnosticó Adenocarcinoma invasor moderadamente diferenciado con presencia de células en anillo de sello. El tratamiento es quirúrgico, por lo que servicio de cirugía realiza gastrectomía total y tratamiento quimioterápico neoadyuvante.

Conclusión: Dado que las etiologías de obstrucción al tracto de salida son diversas, la estrategia de tratamiento se basa en un diagnóstico y tratamiento precisos de la etiología subyacente es por ello que queremos destacar la importancia de realizar estudios complementarios posterior a realizar manometría esofágica que sospeche dicho diagnóstico para descartar causas secundarias, como en el caso de nuestro paciente y realizar tratamiento precoz.

PÓSTER

Código: 0055

ESTRONGILOIDIASIS DISEMINADA. NO SE HALLA LO QUE NO SE SOSPECHA

Modalidad: Casos Clínicos

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

GONZÁLEZ, Gisele Eliana1 | CARRARO, María Cecilia1 | HUENS CASAL, Camila1 | ROHWAIN, María José1 | SANCHEZ, María Florencia1 | GARAVAGLIA, Gustavo1 | OJEDA, Agustina1 | HUERNOS, Sergio2 | CARTIER, Mariano G.2 | CERIANI, Sergio2 | GODOY, Emanuel2

HOSPITAL DE GASTROENTEROLOGÍA CARLOS BONORINO UDAONDO1; HOSPITAL UDAONDO2

Introducción: Strongyloides Stercoralis es un parásito nematodo endémico en regiones tropicales y subtropicales. En Argentina existen áreas de alta prevalencia: Misiones, Chaco, Formosa y Salta. En más del 50% de los casos hallamos eosinofilia en sangre periférica (5%- 10%), aunque su ausencia no lo descarta. En inmunodeprimidos puede producir formas graves: síndrome de hiperinfección y estrongiloidiasis diseminada, con una mortalidad de 15% y 85% respectivamente. El riesgo aumenta si la inmunidad celular esta alterada (uso de corticosteroides, factor mas frecuente). En las formas diseminadas se pueden hallar los parásitos en órganos y tejidos; en su migración pueden trasladar bacilos gram negativos (BGN) desde el intestino y originar meningitis, neumonía y septicemia. Por otra parte, el uso de anti TNF se ha asociado a aumento de riesgo de infecciones oportunistas; y aun están en estudio las tasas de reactivación de infecciones parasitarias.

Objetivos: Enfatizar en el cribado de Strongyloides Stercoralis en pacientes candidatos a tratamiento inmunosupresor biológico

Material y Métodos: Paciente femenina de 37 años de edad con antecedente de colitis ulcerosa hace 10 años, con mala adherencia al tratamiento. Acude por cuadro clínico de 1 mes de evolución caracterizado por deposiciones líquidas con sangre a razón de 15/día, dolor abdominal y registros febriles. Pérdida de peso 10 kg. Consume Loperamida con cada deposición e ibuprofeno ocasional. Laboratorio con anemia severa: Hto 24 Hb 6.5. Se interna, se realiza check list optimo e inicia corticoides endovenosos.

Resultados: Paciente no responde a tratamiento inicial, se realiza Infiximab. Intercede con cefalea intensa, Glasgow 10/15, anisocoria reactiva; vómitos y fiebre; hipotensión refractaria. TAC de encéfalo que descarta sangrado; Hto 21% Hb 6.5, globulos blancos 28240 (PMN 91%). Pasa a UTI por síndrome meníngeo y shock séptico, requiriendo IOT/ARM y vasopresores. Se realizan cultivos: se rescatan BGN en LCR y, en aspirado traqueal larvas de Strongyloides Stercoralis. Recibe tratamiento dirigido. Sin mejoría de cuadro abdominal, se realiza colectomía subtotal. Anatomía patológica: colon distal lesión endofítica ulcerada de 2.5 x 2 cm (Adenocarcinoma invasor con componente mucinoso NOMO); ileocolitis crónica con severa actividad asociada a estrongiloidiasis.

Conclusiones: La infección por Strongyloides Stercoralis es con frecuencia subestimada. Debe sospecharse en pacientes con factores de riesgo etiológico y eosinofilia, aunque en los casos de estrongiloidiasis masiva puede no hallarse. Existe una histomorfología superpuesta entre la estrongiloidiasis y la enfermedad inflamatoria intestinal. El reconocimiento de hallazgos histológicos específicos como microabscesos eosinofílicos en lamina propia y submucosa son propios de la infección. Las lesiones salteadas y los granulomas están presentes en ambas patologías, pero el proceso granulomatoso transmural en la estrongiloidiasis es causado por la presencia de larvas (patognomónico). Una baja sospecha de la infección nos puede llevar a la implementación de inmunosupresores con un riesgo elevado de la morbimortalidad.

PÓSTER

Código: 0135

DE LA PIEL AL ESTÓMAGO. UNA CAUSA INFRECIENTE DE HEMORRAGIA DIGESTIVA

Modalidad: Casos Clínicos

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

Unidad Temática 2: b) ENDOSCOPIA DIGESTIVA 2. Endoscopia Terapéutica • Esófago, Estómago y Duodeno

CIMMINO, Nicolás | RANDAZZO, Paula | GONZALEZ, Maria Laura | MARCOLONGO, Mariano

HOSPITAL ITALIANO DE BUENOS AIRES

Introducción: El carcinoma de células de Merkel (CCM) es un tumor neuroendocrino cutáneo agresivo y de baja incidencia, que suele afectar a adultos mayores y presenta alta tasa de recurrencia y metástasis. Las localizaciones a distancia más frecuentes incluyen ganglios linfáticos, pulmón, hígado y hueso. La afectación gástrica es excepcional y rara vez se manifiesta como hemorragia digestiva alta (HDA).

Caso Clínico: Paciente masculino de 68 años, con antecedente de resección tumoral en antebrazo izquierdo y vaciamiento axilar, con anatomía patológica compatible con CCM (Tp4, Np1b, CK20 y sinaptosina positivos, Ki-67 100%). Consulta por cuadro de melena y anemia sintomática. Se realiza endoscopia digestiva alta (VEDA), evidenciando mucosa gástrica corporal difusamente congestionada, de coloración negruzca, friable al roce, sin sangrado activo. Se toman biopsias. La

anatomía patológica confirma metástasis de CCM gástrico. Tras el alta inicial, reingresa por recurrencia de melena y caída del hematocrito. Se inicia tratamiento con inmunoterapia (Avelumab). Una nueva VEDA muestra progresión de la infiltración tumoral con sangrado en napa; se realiza hemostasia endoscópica con adrenalina e instilación de Hemospray, con éxito parcial. Ante la persistencia del sangrado, se decide tratamiento quirúrgico. Se realiza gastrectomía total, esplenopancreatectomía corporocaudal, resección de nódulo diafragmático y yeyunostomía. El análisis de la pieza quirúrgica confirma metástasis de CCM en estómago, diafragma y retroperitoneo. Evoluciona desfavorablemente y fallece al quinto día postoperatorio por tromboembolismo pulmonar.

Conclusión: La hemorragia digestiva de origen tumoral plantea un desafío diagnóstico y terapéutico. Si bien el sangrado por metástasis gástricas de CCM es excepcional, este caso ilustra el rol fundamental de la endoscopia terapéutica en el manejo inicial del sangrado, permitiendo medidas hemostáticas como la inyección con adrenalina y la aplicación de Hemospray. Estas estrategias pueden ofrecer control transitorio del sangrado, estabilizar al paciente y ganar tiempo para definir abordajes oncológicos o quirúrgicos, especialmente en patologías de mal pronóstico y curso agresivo.

PÓSTER

Código: 0223

COLITIS INDUCIDA POR INHIBIDORES DE PUNTOS DE CONTROL INMUNITARIOS: REPORTE DE DOS CASOS

Modalidad: Casos Clínicos

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

VALDETTARO, Bruno Dante | JUAREZ, Aimara | LANDA, Camila | HERNÁNDEZ ALDAO, Hernán Howard | CAMPOMENOSI, Federico | SOLIS, Malena | SPALLETTI, Leandro Andrés | VENTURA, Andrea

Hospital "San Roque", Gonnet

Introducción: La utilización de inmunoterapia basada en inhibidores de puntos de control inmunitarios (ICI) para diferentes tipos de cáncer constituye un gran avance terapéutico. Sin embargo, los ICI pueden causar efectos adversos inmunomediados, siendo la afectación gastrointestinal una de las más frecuentes. La presentación clínica varía desde diarrea leve hasta colitis grave. El diagnóstico se basa en los antecedentes, aspectos clínicos y la exclusión de otras causas. La evaluación endoscópica puede revelar desde mucosa normal hasta úlceras y friabilidad. El tratamiento consiste en la suspensión del fármaco y, en casos graves, corticoterapia y biológicos.

Objetivos: Presentar dos casos de colitis inducida por inmunoterapia.

Caso Clínico: Caso 1: Paciente masculino de 74 años con antecedente de cáncer de pulmón en tratamiento con pembrolizumab, consulta por diarrea crónica acuosa y síndrome de repercusión general de 4 meses de evolución. Caso 2: Paciente masculino de 66 años con antecedente de cáncer de pulmón en tratamiento con durvalumab, consulta por dolor abdominal y síndrome rectal de 20 días de evolución.

Resultados: Caso 1: Laboratorio con GB 12.000/mm³ y VSG 52 mm/h. Colonoscopia: compromiso total de la mucosa con eritema, pérdida del patrón vascular y erosiones de distribución continua y simétrica. Biopsias: criptitis, abscesos cripticos e infiltrado inflamatorio leve sin granulomas. Se interpretó como colitis inducida por inmunoterapia; se indicó suspensión de pembrolizumab e inicio de corticoterapia con buena evolución clínica. Caso 2: Laboratorio con GB 10.300/mm³, VSG 32 mm/h y calprotectina 503 µg/g. Colonoscopia hasta 35 cm del margen anal: mucosa con eritema, pérdida del patrón vascular, microulceraciones, secreción amarillenta y friabilidad de distribución continua y simétrica. Biopsias: distorsión criptica, criptitis, abscesos cripticos e infiltrado linfoplasmocitario sin granulomas. Se indicó corticoterapia y mesalazina sin respuesta clínica, por lo que se escaló a infliximab, con buena evolución posterior.

Conclusión: La colitis inducida por ICI representa una causa importante de interrupción del tratamiento inmunoterapéutico. Ante el creciente uso de estas terapias en oncología, es fundamental su sospecha clínica y endoscópica para instaurar rápidamente el tratamiento adecuado. En ambos casos presentados se identificó compromiso colónico moderado, coincidente con los síntomas, que requirió la suspensión del ICI y, en uno de ellos, el uso de biológicos por falta de respuesta a corticoides.

PÓSTER

Código: 0234

TUMOR DEL ESTROMA GASTROINTESTINAL (GIST): PRESENTACIÓN CON HEMORRAGIA DIGESTIVA MASIVA

Modalidad: Casos Clínicos

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

VILLALOBOS JIMÉNEZ, Marlon Andres | DE LOS RÍOS, Anahí Ayelén | QUINTERO GONZÁLEZ, Olga | ANDRUETTO, Jessica | BORTOT, Lorena | GONZÁLEZ BALLERGA, Esteban

HOSPITAL DE CLÍNICAS "JOSÉ DE SAN MARTÍN" - UBA

Introducción: Los tumores del estroma gastrointestinal (GIST) son neoplasias mesenquimatosas poco frecuentes, con una incidencia de 10–15 casos por millón de habitantes por año. Aunque pueden localizarse en cualquier parte del tracto digestivo, el 60–70% se origina en el estómago. La mayoría se diagnostica en forma incidental, con síntomas leves. Sin embargo 15–30% puede presentarse con sangrado digestivo. La hemorragia masiva con compromiso hemodinámico grave es rara menos del 5%, siendo una forma de presentación inusual. En estos casos, el sangrado suele deberse a ulceración mucosa sobre tumores grandes y ulcerados.

Objetivos: Describir un caso de GIST gástrico con hemorragia digestiva masiva como forma de presentación infrecuente y su resolución.

Caso Clínico: Varón de 79 años, con antecedentes de hipertensión arterial y diabetes tipo 1. Ingresó por cuadro clínico compatible con meningitis, realizando tratamiento con ceftriaxona, ampicilina y aciclovir. En el laboratorio presenta anemia (Hb 10.6 g/dL). Durante la internación evoluciona con hematemesis y hematoquecia con compromiso hemodinámico, requiriendo intubación orotraqueal, soporte vasoaditivo y múltiples transfusiones. Se realiza endoscopia digestiva alta, observándose una lesión subepitelial sobrelevada de 5 cm en cara posterior del cuerpo gástrico, cubierta por mucosa de aspecto normal, con úlcera central de fondo fibrinoso, bordes definidos y consistencia pétreo, sugerente de tumor subepitelial ulcerado sangrante. Ante la imposibilidad de controlar el sangrado por vía endoscópica, se realiza una embolización selectiva de la arteria gástrica izquierda y gastroduodenal, logrando estabilización clínica. Una vez compensado, el paciente es intervenido quirúrgicamente realizándose gastrectomía parcial. Con una anatomía patológica que confirmó GIST gástrico de bajo grado (G1), DOG1 y CD117 con márgenes libres.

Conclusión: Los GIST deben sospecharse ante lesiones subepiteliales gástricas, incluso en contextos agudos como sangrado digestivo. La hemorragia digestiva masiva como forma de presentación es infrecuente, pero de alto impacto clínico. La embolización arterial selectiva es una herramienta eficaz como puente a la cirugía, permitiendo la estabilización en escenarios de sangrado masivo.

PÓSTER

Código: 0236

CARCINOMA HEPATOCELULAR EN HÍGADO NO CIRRÓTICO: REPORTE DE CASO

Modalidad: Casos Clínicos

Unidad Temática: a) GASTROENTEROLOGÍA 9. Hígado 9.6. Neoplasia

Unidad Temática 2: a) GASTROENTEROLOGÍA 9. Hígado 9.7. Hígado graso

BORTOT GASTÓN, Lorena | GARRAFA, Ana Carolina | GONZÁLEZ BALLERGA, Esteban | GUERRA, Tadeo | LÓPEZ, Victoria Pilar | PAES DE LIMA, Andrea | SAROTTO, Luis | VOLPACCHIO, Mariano

HOSPITAL DE CLÍNICAS "JOSÉ DE SAN MARTÍN" - UBA

Introducción: El carcinoma hepatocelular (CHC) constituye la neoplasia primaria más frecuente del hígado. Aunque la mayor proporción de los casos surge en contextos de cirrosis hepática, entre el 10 % y el 20 % de los CHC se presentan en hígados sin cirrosis. Dentro de las etiologías que predisponen al desarrollo de CHC en hígado no cirrótico destacan la infección crónica por el virus de la hepatitis B, así como la disfunción metabólica vinculada a la enfermedad hepática esteatósica (MASLD). Es relevante señalar que el CHC en hígado no cirrótico suele identificarse en estadios más avanzados, dado que en esta población no se implementan estrategias sistemáticas de tamizaje.

Objetivos: Describir un caso de CHC en una paciente no cirrótica.

Caso Clínico: Paciente femenina de 58 años, con obesidad (IMC 32), que consultó por dolor abdominal de tipo cólico, de inicio agudo, localizado en hipocondrio derecho, con intensidad 9/10 y sin irradiación. Con pérdida ponderal de 17,1 % de su peso corporal en el último mes. En el laboratorio presentó elevación de AST a 1,4 x LSN, ALT a 1,7 x LSN y fosfatasa alcalina a 1,3 x LSN. Ecografía abdominal con masa sólida, heterogénea, en el lóbulo hepático derecho, sin dilatación de la vía biliar, vesícula biliar de paredes finas y dimensiones de 8 x 3 cm. Tomografía computarizada contrastada de abdomen y pelvis reveló una lesión de gran volumen, de bordes lobulados, situada en segmentos V y VI, de 95 x 71 mm, con realce heterogéneo durante la fase arterial. La resonancia magnética con contraste mostró un hígado con intensidad de señal preservada y una lesión polilobulada de señal heterogénea en secuencias T2, que presentaba captación de contraste, hallazgos sugestivos de CHC. Serologías virales, incluyendo VIH, y los autoanticuerpos (FAN, ASMA, AMA) resultaron negativas. Alfafetoproteína fue de 32 ng/ml. Se planteó biopsia dirigida al parénquima hepático indemne y de la lesión identificada; pero luego de ateneo multidisciplinario, el equipo quirúrgico decidió una estrategia cirugía resectiva. Se constató masa tumoral de 9 cm, sin evidencia de ascitis ni carcinomatosis peritoneal, resto del hígado normal macroscópicamente. El análisis histopatológico confirmó un CHC moderadamente diferenciado (grado II), con presencia de embolias vasculolinfáticas aisladas y márgenes quirúrgicos libres. El parénquima hepático adyacente exhibió arquitectura preservada, infiltrado inflamatorio discreto y focal en espacios porta, con hepatitis de interfase localizada. A nivel acinar esteatosis macro vesicular en aproximadamente el 20 % del tejido examinado.

Conclusión: Este caso demuestra que el carcinoma hepatocelular puede aparecer

como tumor voluminoso en hígados sin cirrosis, especialmente en el contexto de MASLD. Según las guías la resección hepática se plantea como una posible terapia de elección, con potencial curativo incluso. La falta de terapias adyuvantes efectivas refuerza la necesidad de detección precoz y seguimiento cercano.

PÓSTER

Código: 0213

POLIPOSIS LINFOMATOSA MÚLTIPLE COMO MANIFESTACIÓN DE LINFOMA DEL MANTO, REPORTE DE CASO

Modalidad: Casos Clínicos

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

BOTTINI, Araceli | PÉREZ, Esteban Natalia | HERMIDA, Cristina Raquel | MARUELLI, Silvina | CHIRIANO, Fabiela | SCACCHI, Agustina

Complejo médico Churruga Visca

Introducción: Introducción: El linfoma de células del manto (LCM) es un subtipo raro de linfoma no hodgkin (LNH) de células B. Se presenta en un 90% con afectación gastrointestinal más comúnmente poliposis linfomatosa múltiple a nivel ileocecal, aunque puede estar presente desde el estómago hasta el recto. Es una entidad muy poco frecuente y de comportamiento muy agresivo, se estima con una supervivencia media de 3-5 años. Para su diagnóstico es imprescindible la toma de biopsia y estudio histopatológico. El tratamiento de primera línea lo constituye la quimioterapia sistémica.

Objetivos: Objetivos: Presentar un caso de poliposis linfomatosa múltiple colónica, como manifestación de síndrome linfoproliferativo.

Caso Clínico: Paciente mujer de 57 años con antecedentes de cesárea, cáncer de mama en familiar de primer grado. No presenta estudios endoscópicos previos. Es derivada por dolor abdominal en flanco izquierdo, constipación y pérdida de peso significativa de un mes de evolución. Se realizó videocolonoscopia (VCC) con múltiples lesiones polipoides sésiles de entre 4-15mm que abarcan toda la circunferencia y trayecto colónico, se toman múltiples biopsias. Anatomía patológica (AP): mucosa colónica con un infiltrado linfocítico en lámina propia, constituido por elementos de pequeño tamaño y aspecto monótono. Con técnicas de inmunohistoquímica dicha proliferación expresa positividad para CD20, Bcl-2, CD5, CD43, CICLINA D1, SOX-11, MUM-1 y negatividad para CD3, Bcl-6 y CD23. La actividad proliferativa con Ki-67 es de aproximadamente 40%. Se deriva paciente a servicio de Hematología, se realiza PET TC: múltiples adenopatías hipermetabólicas a nivel cervical, mesentérico, retroperitoneales y engrosamiento a nivel del íleon. Punción de médula ósea: hallazgos morfológicos y el inmunoperfil expresado, son compatibles con infiltración de médula ósea por proceso linfoproliferativo B, CD5 positivo, Cyclina D1 y SOX11 negativos. P53: Positividad nuclear en más del 80% de las células neoplásicas. Serologías virales HIV, HBV, HCV, CMV Y EBV negativas.

Resultados: Inicio esquema oncohematológico específico protocolo Triangle. Se encuentra en seguimiento por especialidad de Hematología

Conclusión: se presentó un caso poliposis colónica secundaria a LCM, este el segundo sitio más frecuente de presentación, suele tener una evolución silente con diagnóstico tardío. Se estima que al momento del diagnóstico, hasta en el 70% de pacientes ya existe infiltración en ganglios linfáticos regionales, hígado, bazo y médula ósea. Debido a esto es importante para su sospecha y diagnóstico la correcta indicación y realización de VCC con eventual ileoscopia. Como diagnósticos diferenciales se plantean la poliposis intestinal, las enfermedades inflamatorias y linfoma MALT.

PÓSTER

Código: 0154

SÍNDROME DE NUTCRACKER: UNA CAUSA SUBESTIMADA DE DOLOR ABDOMINAL CRÓNICO

Modalidad: Casos Clínicos

Unidad Temática: a) GASTROENTEROLOGÍA 8. Nutrición 8.1. Nutrición y clínica digesto-absortiva

ZHAO, Chongwen | APONTE, Michelle | GONZALES, Melisa | SPIAZZI, Renata | OMONTE, Ana | CEREZO, Jimena | CONLON, Carolina | FASSIO, Eduardo

Hospital Nacional Prof. A. Posadas

Introducción: El síndrome de Nutcracker se define como la compresión de la vena renal izquierda como consecuencia de un ángulo aortomesentérico menor a 22-25°. En 70% de los casos se manifiesta con hematuria y proteinuria, (representando el 40% de las hematurias de causa desconocida) y en 30%, con dolor abdominal crónico asociado a congestión pélvica.

Objetivos: Describir un caso clínico de dolor abdominal crónico como presentación del síndrome de nutcracker.

Caso Clínico: Paciente femenina de 39 años de edad que consultó por dolor en hemiabdomen inferior, dismenorrea, hiporexia y pérdida de peso severa (26%) de 1 año de evolución. Realizó tratamiento con rifaximina por diagnóstico de SIBO, y tratamiento con anticonceptivos orales sin mejoría sintomática. Durante el seguimiento

se le habían realizado estudios ecográficos, endoscópicos, ginecológicos y de laboratorio sin lograr un diagnóstico. Acude a la guardia por aumento del dolor y distensión abdominal por lo que se realizó TC de abdomen y pelvis con contraste que evidencia reducción del calibre de vena renal izquierda por compresión y dilatación de plexos vasculares venosos pélvicos izquierdos, ángulo aortomesentérico de 11°. Se solicitó sedimento urinario sin proteinuria ni hemoglobinuria, ecografía doppler venoso abdominal con disminución del ángulo aortomesentérico con compresión de la vena renal en dicho sector (diámetro estenosis 0.8 mm).

Resultados: Se realizó flebografía de vena renal izquierda + ivus que informa vena renal izquierda dilatada, con estenosis significativa en tercio proximal del 84%, con dilatación aneurismática pos estenosis y reflujo significativo a vena gonadal izquierda. Congestión de plexo venoso peri uterino izquierdo. La paciente se encuentra en plan de realizar colocación de stent en dicha vena.

Conclusión: El síndrome de Nutcracker es una causa infrecuente de dolor abdominal crónico, y un desafío diagnóstico cuando se presenta como único síntoma. El caso clínico resalta la importancia de considerar esta entidad en pacientes con dolor abdominal, pérdida de peso, signos de congestión pélvica y estudios iniciales sin hallazgos concluyentes.

PÓSTER

Código: 0140

MÚLTIPLES PERFORACIONES DUODENALES: ¿CUÁNDO PENSAR EN TUMOR NEUROENDOCRINO?

Modalidad: Casos Clínicos

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

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

LÓPEZ, Victoria Pilar | OLMOS, Juan Ignacio | MOLFESO, Florencia | ANDRUETTO, Jesica | SAROTTO, Luis Ernesto | VOLPACCHIO, Mariano | BORTOT GASTÓN, Lorena | GONZÁLEZ BALLERGA, Esteban

HOSPITAL DE CLÍNICAS "JOSÉ DE SAN MARTÍN" - UBA

Introducción: El síndrome de Zollinger-Ellison (SZE) es una entidad poco frecuente, con una incidencia de 1 a 1,5 casos por millón de habitantes/año. Asociada a neoplasias neuroendocrinas, principalmente gastrinomas pancreáticos o duodenales, productores de gastrina. La hipergastrinemia resultante conduce a hipersecreción ácida gástrica, manifestándose clínicamente como úlceras pépticas recurrentes, diarrea crónica y enfermedad por reflujo gastroesofágico, y habitualmente no responden a tratamientos convencionales.

Objetivos: Resaltar la importancia de considerar el SZE como diagnóstico diferencial en pacientes con síntomas digestivos severos y persistentes, especialmente en presencia de úlceras pépticas múltiples y diarrea persistente.

Caso Clínico: Paciente femenina de 40 años con antecedentes de hipertensión arterial, tabaquismo y múltiples internaciones en otras instituciones con hallazgos de hipokalemia severa e insuficiencia renal aguda. Presenta cuadro de 4 años de evolución de émesis intermitente de hasta 15 vómitos/díarios, no asociados a la ingesta de alimentos, precedidos por náuseas que se autolimitan. Asociados a diarrea (en número de 5 deposiciones diarias, Bristol 7), y pérdida de peso del 36% del peso corporal en 1 año. Al ingreso evidenció hipokalemia severa e insuficiencia renal aguda. Se realiza videoendoscopia digestiva alta que mostró esofagitis severa (Clasificación Los Ángeles C), y gastroduodenopatía erosiva con múltiples úlceras duodenales. En contexto de diarrea crónica se realiza videocolonoscopia con toma de biopsias escalonadas, sin hallazgos patológicos. Se inicia tratamiento con omeprazol 40mg/d, a las 72 hs presentó shock séptico secundario a perforación duodenal, con tomografía computada abdominal que mostró engrosamiento simétrico y edema de asas delgadas, distensión colónica, ascitis y signos compatibles con colitis inflamatoria/infecciosa. Requirió múltiples intervenciones quirúrgicas por peritonitis bacteriana, absceso transrectal, perforación duodenal y hemorragia digestiva alta. Se solicitó dosaje de gastrina plasmática que fue de 710 pg/ml, y resonancia magnética donde se identificó un nódulo sólido vascularizado, subepitelial, en la pared posterior del bulbo duodenal. Con el diagnóstico de SZE se aumentó la dosis con omeprazol (180 mg/día) e inicio octreotida (0,3 mg/día); se realizó resección quirúrgica del tumor con enucleación y resección intestinal. El estudio histopatológico confirmó gastrinoma. La paciente luego de 30 días de tratamiento evolucionó favorablemente, con resolución de los síntomas y disminución de gastrina sérica (214 pg/mL). Se otorgó la extirpación hospitalaria, con seguimiento ambulatorio.

Conclusión: El Síndrome de Zollinger Ellison debe ser una entidad considerada ante la presencia de úlceras gástricas o duodenales atípicas, resistentes al tratamiento o asociadas a diarrea crónica. El diagnóstico precoz mediante dosaje de gastrina y estudios de localización tumoral es fundamental para el manejo adecuado. Este caso destaca el valor del enfoque multidisciplinario y el tratamiento combinado médico-quirúrgico, que permitió una mejora clínica significativa y evitó complicaciones mayores.

PÓSTER

Código: 0143
HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA SECUNDARIA A PROGRESIÓN DE MIELOMA MÚLTIPLE: REPORTE DE CASO

Modalidad: Casos Clínicos

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

Unidad Temática 2: b) ENDOSCOPIA DIGESTIVA 1. Endoscopia Diagnóstica • Esofago, Estómago y Duodeno

LOMBARDI ALVAREZ, Abigail | SEQUEIRA, Agustín | MICONI, Diego Gabriel | RASSELLI, Laureano | YAÑEZ, Carolina Daiana | GARCÍA ALLENDE, Leonardo | TONN, Eugenio Federico

HOSPITAL PRIVADO DE COMUNIDAD

Introducción: El mieloma múltiple (MM) es la segunda neoplasia oncohematológica en frecuencia, se caracteriza por la proliferación medular de células plasmáticas productoras de inmunoglobulinas monoclonales. Hasta un 20% de los pacientes presentan compromiso extramedular, esto conlleva un peor pronóstico. La afectación gastrointestinal es rara, siendo la localización más frecuente el intestino delgado. La infiltración gástrica por células plasmáticas es inusual y representa un desafío diagnóstico, ya que puede simular otras neoplasias del tracto digestivo (linfoma, GIST o adenocarcinoma)

Objetivos: Describir un caso de progresión extramedular gástrica de MM como causa infrecuente de hemorragia digestiva alta (HDA), y remarcar su importancia diagnóstica y pronóstica.

Caso Clínico: Paciente femenina de 49 años con MM diagnosticado por punción aspiración de médula ósea con infiltración plasmocitaria del 99%, fenotipo aberrante. Recibió quimioterapia con Bortezomib y Lenalidomida. Dos meses posterior a finalizar el tratamiento, presentó HDA. Se realizó VEDA que evidenció área de mucosa

congestiva y friable de 60 x 30 mm, con sangrado autolimitado; anatomía patológica inicial no concluyente. Una nueva VEDA de control al mes mostró progresión de lesión (100 x 30 mm). Se tomó biopsia sobre biopsia que reveló infiltración por células plasmáticas pobremente diferenciadas, compatibles con progresión extramedular de MM. Finalmente se indicó quimioterapia con esquema DT-PACE (dexametasona talidomida cisplatino doxorubicina ciclofosfamida etoposide)

Resultados: El compromiso extramedular gástrico en MM es una forma rara de progresión con implicancias pronósticas graves. Su presentación como HDA es infrecuente, lo que puede retrasar el diagnóstico. La histología y la inmunohistoquímica son claves para confirmar el origen plasmocitario, especialmente en lesiones de pobre diferenciación. Ante hallazgos endoscópicos atípicos en pacientes con MM, se deberían tomar biopsias profundas y/o dirigidas que confirmen la eventual progresión extramedular.

Conclusión: La progresión extramedular gástrica en pacientes con MM es una causa inusual de HDA que representa un desafío diagnóstico y mal pronóstico.

PÓSTER

Código: 0069
COLITIS ULCEROSA Y VHS-II: REPORTE DE CASO SOBRE UNA ASOCIACIÓN INFRECUENTE Y POTENCIALMENTE LETAL

Modalidad: Casos Clínicos

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

Unidad Temática 2: a) GASTROENTEROLOGÍA 7. Enfermedades infecciosas 7.4. Miscelánea

KAHN, Nicole Marie | FOGLINO, Maria Victoria | BLANCO, Axel | HIGA, Mariano | BALDERRAMO, Domingo Cesar

HOSPITAL PRIVADO UNIVERSITARIO DE CÓRDOBA

Introducción: La colitis ulcerosa (CU) es una enfermedad inflamatoria intestinal caracterizada por inflamación crónica de la mucosa colónica, con síntomas como proctorragia y dolor abdominal. La calprotectina fecal es un biomarcador clave para monitorear la actividad inflamatoria. Aunque el citomegalovirus (CMV) es una infección oportunista reconocida y bien documentada en pacientes inmunosuprimidos con CU, la literatura reporta escasos casos de infección por VHS-II, siendo excepcionalmente rara y que puede precipitar complicaciones graves como megacolon tóxico, perforación o hemorragia.

Objetivos: Reportar un caso de CU complicada por infección por VHS-II, destacando su diagnóstico, manejo interdisciplinario y el riesgo de complicaciones severas.

Material y Métodos: Paciente masculino de 47 años con diagnóstico de CU desde 2019, en tratamiento con Mesalazina (4 g/día), Azatioprina (100 mg/día) y Adalimumab (80 mg cada 15 días), en remisión desde 2023. En junio de 2025 comenzó con proctorragia persistente, tenesmo rectal y aumento de calprotectina fecal. Se realizó una videocolonoscopia con preparación colónica adecuada (Escala de Boston 8/9) en la cual se avanza hasta ciego. Desde los 10 cm hasta 20 cm del margen anal se observa una úlcera rectal extensa que ocupa el 75% de circunferencia, con base de fibrina, mucosa circundante eritematosa y pérdida del patrón vascular. A nivel de recto distal, mucosa eritematosa, friable, con pérdida del patrón vascular y úlceras de 3-5 mm en margen anal, se toman biopsias para estudios anatómo-patológicos y de biología molecular (Fig. 1 y 2).

Resultados: El análisis molecular (PCR) de las biopsias rectales fue positivo para VHS-II y negativo para Mycobacterium tuberculosis. Se diagnosticó úlcera rectal herpética sobre CU en un paciente inmunosuprimido. Se inició aciclovir 800 mg, 5 veces al día, durante 7 días. A los 10 días, el paciente reportó mejoría significativa. Se decide suspender tratamiento biológico con Adalimumab y rotar tratamiento a Ustekinumab, con plan de control endoscópico para valorar cicatrización.

Conclusiones: La infección por VHS-II en CU es una complicación rara que puede agravar la inflamación, aumentando el riesgo de megacolon tóxico, perforación o hemorragia. En este caso, la úlcera rectal extensa y la calprotectina elevada señalaron una actividad inflamatoria severa, probablemente exacerbada por inmunosupresión con azatioprina. La detección temprana mediante colonoscopia con biopsias y el tratamiento con aciclovir, en colaboración con infectología, fueron clave para la resolución. Este caso resalta la necesidad de un diagnóstico diferencial amplio en pacientes con CU y exacerbaciones refractarias, especialmente inmunosuprimidos. Urgen más estudios para definir guías de manejo de esta entidad infrecuente.

PÓSTER

Código: 0077
TROMBOSIS VENOSA CEREBRAL COMO MANIFESTACIÓN EXTRAINTestinal INFRECUENTE EN COLITIS ULCEROSA

Modalidad: Casos Clínicos

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

QUIROZ, Mariana Soledad | DI BARTOLO, Laura | MELANO, Florencia | ZARATE, Fabian

HOSPITAL CORDOBA

Introducción: Los eventos tromboembólicos son manifestaciones extraintestinales (MEI) en la Enfermedad Inflamatoria Intestinal (EII), siendo más frecuentes en la Colitis Ulcerosa (CU). La trombosis venosa cerebral (TVC) es una complicación poco frecuente, con alta morbilidad y mortalidad, a menudo infradiagnosticada. Suele relacionarse con el estado de hipercoagulabilidad durante las exacerbaciones agudas de la EII. Su detección temprana y tratamiento oportuno mejoran el pronóstico. Los síntomas más comunes incluyen cefalea (85,7%), convulsiones, déficit neurológico focal, alteraciones del sensorio y signos de hipertensión endocraneana. El seno sagital superior es la localización más frecuente.

Objetivos: Presentar dos casos infrecuentes de TVC en pacientes con CU y revisión de la literatura.

Material y Métodos: Caso 1: Varón de 19 años con CU izquierda desde 2020, adherencia parcial al tratamiento (Azatioprina + Mesalazina). Consulta por diarrea sin sangre y cefalea leve. Se realiza directo de materia fecal, coprocultivo, laboratorio y TC de abdomen todos normales. A los 5 días presenta disestesia que progresa a hemiplejía izquierda. TC cerebral: ACV hemorrágico; RMN de cerebro con gadolinio: Hematomas intraparenquimatosos parietales bilaterales asociado a edema vasogénico; Angio-RM: trombosis del seno sagital inferior. Evolucionan con múltiples complicaciones: infección por *Clostridium difficile*, abdomen agudo perforativo y colectomía. Estudios de hipercoagulabilidad negativos. Caso 2: Varón de 26 años con pancolitis ulcerosa desde 2021, corticodependiente en tratamiento con azatioprina y mesalazina. Consulta por diarrea con sangre. Coprocultivo: *Cryptosporidium*. Inicia tratamiento con nitazoxanida. A la semana presenta cefalea y episodio de amnesia transitoria; imágenes normales, a los 7 días nuevo cuadro con hemiparesia izquierda. RMN: infarto venoso con transformación hemorrágica y trombosis del seno sagital superior. Requiere internación en UTI, recibe corticoides y anticoagulación con enoxaparina. Perfil autoinmune con anticuerpos antifosfolípidos positivos; pendiente confirmación de SAF a los 6 meses.

Resultados: Caso 1: Tras internación prolongada, egresa con recuperación parcial; fallece 3 meses después por suboclusión por bridas postquirúrgicas. Caso 2: Buena evolución, egresa tras 20 días con anticoagulación y recuperación total a los 3 meses. Pendiente repetir perfil autoinmune

Conclusiones: La TVC afecta entre el 0,5% y 6,4% de pacientes con CU, principalmente jóvenes. Se debe sospechar ante síntomas neurológicos, especialmente en presencia de anemia, trombocitosis, hipoalbuminemia o déficit de vitamina D. Aunque no existen guías específicas, la anticoagulación mejora el pronóstico, siendo enoxaparina la más utilizada. Se recomienda mantenerla 3 meses si el factor desencadenante es transitorio, 6-12 meses si es idiopática y de forma indefinida en trombofilia. El cribado de trombofilia en fase aguda no se recomienda por su baja especificidad y escaso impacto pronóstico.

PÓSTER

Código: 0087

ENFERMEDAD DE WHIPPLE Y AMILOIDOSIS AL: PRESENTACIÓN SIMULTÁNEA DE DOS PATOLOGÍAS INFRECIENTES

Modalidad: Casos Clínicos

Unidad Temática: a) GASTROENTEROLOGÍA 3. Intestino delgado 3.1. Síndrome de malabsorción

ESCOBAR FERNANDEZ, Rafael | FIRVIDA, Sofía | PARDO, Bárbara Eugenia | RAMIREZ, Julieta Agustina

SANATORIO DR. JULIO MÉNDEZ

Introducción: La enfermedad de Whipple es una infección sistémica poco frecuente causada por *Tropheryma whippelii*, puede manifestarse con diarrea crónica, pérdida de peso, malabsorción y síntomas sistémicos inespecíficos. El diagnóstico se basa en la identificación de macrófagos PAS positivos en biopsias intestinales, complementado con técnicas moleculares, y el tratamiento se realiza con antibioterapia. La amiloidosis es un grupo de enfermedades caracterizadas por el depósito extracelular de proteínas fibrilares mal plegadas, con potencial compromiso multiorgánico. El diagnóstico se confirma mediante biopsia con tinción de rojo Congo y birrefringencia verde manzana bajo luz polarizada. Ambas entidades son infrecuentes de manera individual y su coexistencia en un mismo paciente es excepcional. A continuación, se describe el caso de una paciente en la que se evidenció simultáneamente ambas enfermedades.

Objetivos: Describir el caso clínico de una paciente con diagnóstico simultáneo de enfermedad de Whipple y amiloidosis AL.

Resultados: Mujer de 73 años con antecedentes de infarto agudo de miocardio, insuficiencia cardíaca, insuficiencia renal crónica y artritis reumatoidea seronegativa. Consulta por deterioro de la función renal, diarrea crónica de un año de evolución, y pérdida de peso. Al examen físico: hiperpigmentación cutánea, alopecia y adenopatías inguinales. En el laboratorio: anemia, hipoalbuminemia y signos de malabsorción. VEDA con biopsias duodenales con macrófagos PAS positivos, confirmando enfermedad de Whipple. Realiza tratamiento con ceftriaxona y trimetoprima-sulfametoxazol con buena evolución. Por afectación multiorgánica (cardíaca y renal) no evidenciada en la enfermedad de Whipple, se descarta enfermedad infiltrativa. Se realiza biopsia de grasa abdominal, con depósitos de amiloide (rojo Congo positivo

y birrefringencia verde manzana). El dosaje de cadenas ligeras mostró una relación Kappa/Lambda alterada, compatible con amiloidosis AL. Inició tratamiento con daratumumab, con respuesta clínica y bioquímica favorable.

Conclusiones: La enfermedad de Whipple debe considerarse dentro del diagnóstico diferencial de diarrea crónica cuando se presentan manifestaciones sistémicas como hiperpigmentación, adenopatías y pérdida de peso. En este caso, si bien se confirmó el diagnóstico de Whipple, la paciente también presentaba signos compatibles con enfermedades infiltrativas, lo que motivó ampliar el estudio. Existen reportes aislados de enfermedad de Whipple asociada a amiloidosis AA secundaria a inflamación crónica, pero no se han descrito casos de coexistencia con amiloidosis AL. La detección simultánea de ambas entidades, con compromiso gastrointestinal y sistémico, representa una combinación inusual y clínicamente relevante. Este caso subraya la importancia de sostener un enfoque diagnóstico integral y dinámico, incluso luego de un hallazgo relevante, y destaca el valor de considerar patologías infrecuentes concomitantes en pacientes con presentación clínica compleja.

PÓSTER

Código: 0045

ENFERMEDAD CELÍACA REFRACTARIA CON YEYUNOILEITIS ULCERATIVA: UNA FORMA INFRECIENTE DE UNA ENFERMEDAD FRECUENTE

Modalidad: Casos Clínicos

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

SALVATIERRA MARIMONT, Martín Alejandro | KAHN, Nicole Marie | BALDERRA-MO, Domingo | HIGA, Mariano

HOSPITAL PRIVADO UNIVERSITARIO DE CÓRDOBA

Introducción: La enfermedad celíaca (EC) es una enteropatía inflamatoria inmunomediada frecuente. Sin embargo, en un bajo porcentaje de pacientes puede evolucionar hacia formas refractarias, con manifestaciones clínicas severas y complicaciones potencialmente graves, como ulceraciones yeyunoileales y eventual evolución linfoproliferativa, generando un importante desafío diagnóstico y terapéutico.

Objetivos: Describir un caso de EC refractaria con yeyunoileitis ulcerativa persistente como forma infrecuente de presentación, destacando las dificultades diagnósticas y el abordaje multidisciplinario requerido para su manejo.

Caso Clínico: Paciente femenina de 39 años, sin antecedentes relevantes, diagnosticada con EC en 2014. En 2017 requirió internación de 5 días por diarrea y edemas en miembros inferiores, donde se objetivaron signos bioquímicos e histológicos compatibles con EC. Evolucionó favorablemente con dieta libre de gluten (DLG) hasta septiembre de 2024, cuando reingresa por vómitos persistentes, edemas bipalpebrales y periféricos, en contexto de síndrome malabsortivo. Durante internación se constatan anemia microcítica, hipoalbuminemia severa, hipovitaminosis múltiple y serología celíaca negativa. La enterorresonancia objetivó engrosamiento regular e hipervascular del yeyuno. La videoendoscopia digestiva alta (VEDA) mostró mucosa duodenal con aspecto empedrado, scalloping y múltiples úlceras tanto duodenales como en yeyuno proximal. Anatomía patológica reveló atrofia subtotal de vellosidades, sin incremento de linfocitos intraepiteliales, inflamación mononuclear difusa con eosinófilos. Inmunohistoquímica con infiltrado mixto T y B sin evidencia clara de monoclonalidad ni alta proliferación (K67 bajo). Se descartan causas infecciosas e inmunológicas. Se inicia tratamiento con corticoides endovenosos, nutrición parenteral intensiva y DLG estricta, con evolución clínica favorable. Al alta (octubre 2024), se indicó descenso progresivo de corticoides orales (finalización en noviembre), inició azatioprina (diciembre 2024) y transición de nutrición parenteral a enteral (marzo 2025) con suplementos orales.

Resultados: Pese a la mejoría nutricional y estabilidad clínica inicial, la paciente continúa desde marzo 2025 con soporte nutricional enteral e inmunosupresión. La enterorresonancia control fue normal; sin embargo, la cápsula endoscópica de junio 2025 mostró úlceras activas, estenosis múltiples y sangrado a lo largo de todo el intestino delgado. Actualmente se encuentra bajo seguimiento multidisciplinario (gastroenterología, nutrición, hematología y anatomía patológica), en espera de nueva VEDA con biopsias dirigidas para inmunofenotipificación ante sospecha de evolución linfoproliferativa.

Conclusión: Este caso representa una forma infrecuente y grave de EC refractaria tipo 1, con mala evolución nutricional y respuesta parcial a la dieta y al tratamiento inmunosupresor. La persistencia o recurrencia de síntomas en este grupo de pacientes adherentes a dieta debe alertar y motivar una reevaluación diagnóstica integral dado el riesgo de transformación linfomatosa. Se destaca la importancia del seguimiento estrecho y multidisciplinario con evaluación endoscópica, histológica e inmunofenotípica dirigida para la detección precoz de complicaciones graves.

PÓSTER

Código: 0016

ENTERITIS ACTÍNICA EXTENSA: UNA COMPLICACIÓN INFRECIENTE DEL TRATAMIENTO ONCOLÓGICO CON RESOLUCIÓN NO QUIRÚRGICA

Modalidad: Casos Clínicos

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

APONTE TORRES, Marjorie Michelle | ZHAO, Chongwen | SPIAZZI, Renata Alina | CERESO, María Jimena | OMONTE, Ana | CONLON, María Carolina | GONZALES BENÍTEZ, Melisa Laura | FASSIO, Eduardo

Hospital Nacional Prof. A. Posadas

Introducción: La enteritis actínica es una complicación secundaria a la radioterapia utilizada en el tratamiento de tumores abdominales y pélvicos. Se caracteriza por el daño directo de la mucosa intestinal provocando alteración de la barrera epitelial, del endotelio vascular y de la microbiota, estos cambios desencadenan un proceso inflamatorio crónico que puede evolucionar a la formación de úlceras, fistulas o adherencias. La extensión de la lesión gastrointestinal va a depender del tamaño del campo irradiado, la dosis administrada y factores intrínsecos del paciente. Puede presentarse con dolor abdominal, diarrea, hemorragia digestiva, estenosis u obstrucción. El tratamiento no está esquematizado, variando desde medidas de soporte, terapias endoscópicas o quirúrgicas.

Objetivos: Describir un caso de enteritis actínica extensa, destacando su forma de presentación, evolución clínica y respuesta al tratamiento médico-endoscópico

Caso Clínico: Femenina de 60 años, con antecedente de adenocarcinoma de recto estadio III diagnosticado en agosto de 2023, tratada con radioterapia tridimensional y quimioterapia neoadyuvantes, realizándose cirugía de Miles con confección de colostomía proximal en septiembre de 2024. En noviembre de 2024 presentó sangrado a través de la colostomía, requiriendo múltiples transfusiones de glóbulos rojos. Se realizó videoendoscopia digestiva alta sin evidencia de lesiones, endoscopia por ostomía, hasta 10 cm del íleon terminal, observándose restos sanguíneos frescos que sugerían origen proximal. Sin hallazgos patológicos en enterotomografía. Se realizó enteroscopia anterógrada sin hallazgos patológicos y retrógrada hasta 120 cm desde la válvula ileocecal, observándose restos hemáticos y coágulos en todo el trayecto, múltiples parches de mucosa congestiva y sitios con sangrado en napa. Se efectuó coagulación con argón plasma. Debido a la extensión de la afección intestinal, se inició tratamiento sistémico con meprednisona 40 mg con descenso progresivo

Resultados: Paciente continua seguimiento multidisciplinario, sin recurrencia de enfermedad.

Conclusión: El manejo de la enteritis actínica extensa representa un desafío clínico, especialmente en casos con sangrado crónico y refractario. Este caso destaca la importancia de una estrategia terapéutica conservadora, que incluye hemostasia con argón plasma y tratamiento sistémico con corticoides. Se subraya la necesidad de un enfoque individualizado, considerando que la mayoría de las terapias actuales están probadas para proctitis y colitis actínica, lo que abre un espacio para el estudio de la enteritis.

PÓSTER

Código: 0149

GIST: A PROPÓSITO DE UN CASO

Modalidad: Casos Clínicos

Unidad Temática: a) GASTROENTEROLOGÍA 3. Intestino delgado 3.3. Neoplasia
IMAN, Ailen | DEL ÁGUILA, Juan Pablo | ALFONSO, Tatiana Dalila | BRAICOVICH, Agustina | SOSA, Ian | ZAMBRANO, Liliana

HOSPITAL INTERZONAL GENERAL DE AGUDOS DR. D. PAROISSIEN

Introducción: Los tumores estromales (GIST) son los tumores del mesénquima más frecuentes del tracto gastrointestinal. Los sitios más frecuentes de presentación son el estómago (55%), e intestino delgado (31%) y tienen una incidencia global de 1.1-1.5/100000. Es más frecuente en personas de mediana edad sin distinción entre hombres y mujeres, área geográfica o etnia. Estos tumores podrían presentarse con diferentes manifestaciones clínicas, dependiendo del tamaño y la localización, incluyendo sangrado gastrointestinal, dolor y/o masa abdominal con o sin obstrucción intestinal. El diagnóstico histológico e inmunohistoquímico se hace basándose en que el 95% son positivos para el KIT CD 117 y con menor frecuencia para CD 34 (70% de positividad). Existe un 5% de GIST KIT negativos, en estos casos el marcador inmunohistoquímico DOG-1 hace diagnóstico.

Objetivos: Presentar un caso clínico de tumor del estroma gastrointestinal (GIST) de intestino delgado diagnosticado durante el estudio de una hemorragia digestiva de origen oscuro, resaltando la importancia de considerar esta entidad en el diagnóstico diferencial y el abordaje diagnóstico integral.

Caso Clínico: Paciente masculino de 61 años, con antecedentes de tabaquismo e hiperplasia prostática benigna (HPB), consulta por un cuadro clínico de aproximadamente 8 meses de evolución, caracterizado por pérdida de peso de 14 kg (17% del peso corporal), alteración del ritmo evacuatorio y dolor abdominal difuso. Los estudios de laboratorio muestran anemia con hematocrito de 27,1% y hemoglobina de 8,6 g/dL. Se realiza videocolonoscopia (VCC) y videoendoscopia digestiva alta (VEDA) de alta calidad. Durante la VCC se reseca con asa fría un pólipo sésil de 10 mm ubicado en el colon descendente. El análisis histopatológico revela un adenoma tubular con displasia epitelial de bajo grado y presencia de *Helicobacter pylori* positivo. Un mes después, el paciente consulta a la guardia por agravamiento del dolor abdominal, localizado en flanco izquierdo. Se realiza tomografía computada (TAC) de abdomen, que muestra engrosamiento en yeyuno con compromiso de la grasa mesentérica adyacente. Ante estos hallazgos, se decide realizar laparotomía exploradora durante la cual se identifica una masa dura, pétreo, localizada a 15 cm

de un asa fija, con microperforaciones y adenomegalias mesentéricas. No se evidencia compromiso de la cavidad abdominal ni presencia de líquido libre. Se realiza la resección segmentaria con márgenes oncológicos y anastomosis término-terminal con evolución postquirúrgica favorable. La pieza quirúrgica corresponde a una lesión tumoral de 3,1 × 2,5 × 2,2 cm, que ocupa el 80% de la circunferencia intestinal y obstruye aproximadamente el 90% de la luz. El estudio inmunohistoquímico confirma el diagnóstico de tumor del estroma gastrointestinal (GIST), con marcadores positivos para CD117, DOG1 y CD34 (focal). Actualmente el paciente se encuentra en tratamiento con Imatinib 400 mg por día, en seguimiento por el servicio de Oncología de nuestro centro.

Conclusión: El GIST del intestino delgado es una causa infrecuente pero relevante de hemorragia digestiva de origen oscuro. Su diagnóstico puede ser desafiante debido a su localización anatómica y la inespecificidad de los síntomas. En este caso, se identificó un tumor en el yeyuno como origen del sangrado, lo que resalta la importancia de considerar tumores del intestino delgado en pacientes con hemorragia persistente sin causa evidente tras endoscopia alta y colonoscopia. El paciente fue sometido a tratamiento quirúrgico, seguido de terapia con imatinib como tratamiento adyuvante. Este abordaje integral mejora significativamente el pronóstico, especialmente cuando el diagnóstico se realiza de forma oportuna y se inicia un manejo adecuado.

PÓSTER

Código: 0110

FISTULA GASTROCOLÓNICA SECUNDARIA A LINFOMA GÁSTRICO PRIMARIO

Modalidad: Casos Clínicos

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

Unidad Temática 2: b) ENDOSCOPIA DIGESTIVA 1. Endoscopia Diagnóstica • Esófago, Estómago y Duodeno

GUERRIERI, Itati | ROMERO, María Josefina | MOREIRA GRANDA, Edison Javier | LÓPEZ ARTEAGA, Elba María | ALDAO, María Celeste | LÓPEZ ROMERO, Lenin Andres | DOMÍNGUEZ VACACELA, Elio Dario | VÉLEZ DAZA, Giselle Carolina | MENDIETA, Fabiola | VARELA, María Julia | BRACONE, Hernán | TORRICO PAZ, Oscar | QUIJANO MERA, Jhonyy | SAA, Emilia Cristina

HOSPITAL DR. IGNACIO PIROVANO

Introducción: El linfoma gástrico primario es la neoplasia linfóide extranodal más común, constituye el 5% de las neoplasias gástricas, la mayoría cursa como linfoma MALT de bajo grado, y en menor frecuencia puede presentarse como linfoma difuso de células B grandes, forma agresiva típica en hombres mayores. Su presentación varía desde dispepsia, epigastralgia, pérdida de peso, anemia. El diagnóstico se realiza con endoscopia digestiva alta, toma de biopsia y estudio histopatológico, siendo fundamental descartar enfermedad sistémica. La fistula gastrocolónica es una complicación infrecuente, que indica invasión tumoral transmural y estadio avanzado.

Objetivos: Exponer una complicación poco frecuente del Linfoma gástrico primario, destacando la clínica, abordaje diagnóstico, conducta terapéutica y evolución.

Caso Clínico: Masculino de 75 años, hipertenso y diabético, consulta por epigastralgia, plenitud postprandial asociado a pérdida de peso de 6 meses de evolución; tomografía inicial evidencia masa esplénica quística, se realiza esplenectomía con gastrectomía parcial y pancreatocetomía distal; el estudio histopatológico de pieza gástrica informó Linfoma No Hodgkin de alto grado de células grandes B, fenotipo no centro germinal. Paciente evoluciona con intolerancia digestiva por lo que se decide internación para soporte nutricional y eventual inicio de quimioterapia. Al examen físico se evidencia dolor a la palpación en epigastrio. Se realiza laboratorio con leucocitosis y nueva tomografía con engrosamiento parietal gástrico de contenido heterogéneo, sin plano de clivaje con el colon. Se realiza endoscopia digestiva alta observando a nivel del estómago contenido fecal, fistula gastrocolónica gigante que compromete cara posterior y fundus gástrico. Se recibe anatomía patológica de estómago confirmando recidiva; inmunohistoquímica ACL, CD20, MUM1 positivo. Se realiza punción aspiración de medula ósea sin infiltración. Ante la estabilidad clínica y alta mortalidad de resección en bloque se decidió adoptar conducta conservadora con soporte nutricional y tratamiento sintomático. Por buena evolución se decide alta hospitalaria con seguimiento ambulatorio, planificando el inicio de quimioterapia con ciclofosfamida, doxorubicina, vincristina y rituximab.

Conclusión: La fistula gastrocolónica secundaria a linfoma gástrico primario es una manifestación rara pero grave, que conlleva a mal pronóstico. El diagnóstico requiere sospecha clínica, tomografía con contraste y endoscopia. En ausencia de sepsis, perforación o sangrado, la combinación de quimioterapia sistémica y soporte nutricional puede sustituir a la cirugía en pacientes seleccionados, con seguimiento estrecho y disponibilidad de opciones endoscópicas de rescates. Una detección temprana y un equipo multidisciplinario permite individualizar el tratamiento y priorizar la calidad de vida de estos pacientes.

PÓSTER

Código: 0116

NECROSIS ESOFÁGICA AGUDA EN PACIENTE CRÍTICO. REPORTE DE CASO*Modalidad: Casos Clínicos**Unidad Temática: a) GASTROENTEROLOGÍA 1. Esófago 1.4. Miscelánea**Unidad Temática 2: b) ENDOSCOPIA DIGESTIVA 1. Endoscopia Diagnóstica • Esófago, Estómago y Duodeno*

OJEDA MALLA, Julia Margoth | MIMURA, Humberto | FUGAZZA, Laura | SÁNCHEZ CELI, Adriana Mariuxi | CHAMBA ROSILLO, Tatiana Lorena | CALLE CALLE, Santiago Geovanny | PÉREZ GARCÍA, Jorge Luis | MARTINEZ DISERA, Sofía | AMUS, Camila

HOSPITAL INTERZONAL GENERAL DE AGUDOS PEDRO FIORITO DE AVELLANEDA

Introducción: La necrosis esofágica aguda o esófago negro se caracteriza por una apariencia negra circunferencial difusa de la mucosa esofágica, con prevalencia de 0,2% en autopsias y en endoscopias entre 0,01-0,28% de casos, con alta mortalidad que supera el 30% según algunas series. Su etiología es multifactorial y poco esclarecida, sospechando que la isquemia e hipoperfusión son desencadenantes. La clínica varía desde hematemesis, disfagia, dolor y melena.

Objetivos: Destacar la importancia del diagnóstico temprano, manejo oportuno y establecer los factores de riesgo de la necrosis esofágica aguda.

Caso Clínico: Descripción de un caso clínico con diagnóstico de Necrosis esofágica aguda y revisión de literatura.

Resultados: Femenina de 64 años, antecedentes de ex tabaquista, cáncer de mama intraductal resuelto con cuadrantectomía, radioterapia y tamoxifeno; macroadenoma hipofisario con resección parcial, hipotiroidismo y panhipopituitarismo con reemplazo hormonal. Ingresó por cuadro de sepsis a foco pulmonar y urinario, insuficiencia renal aguda prerrenal e insuficiencia suprarrenal aguda; recibe manejo hemodinámico, antibióticoterapia y corticoides a altas dosis. Intercurre con dolor torácico y disfagia, se realiza VEDA, que informa: esófago desde tercio superior en parches y luego en forma circunferencial sobre esófago medio hasta distal, comprometiendo toda la mucosa presencia de necrosis y desbridamiento, a los 20 cm de ADS lesión deprimida de bordes regulares, cubierta con fibrina, de 10 mm de diámetro. Úlcera duodenal Forrest III. Posterior a este hallazgo se descarta perforación por tomografía de cuello y tórax, donde reporta engrosamiento mucoso perimetral, circunferencial del esófago, sin extravasación del medio de contraste. Se indica omeprazol a altas dosis y reposo digestivo. La paciente evoluciona favorablemente, al control VEDA reporta esófago distal con áreas parcheadas de necrosis afectando sólo un tercio de la circunferencia y lengüeta con desbridamiento, se toman de biopsias. Se reciben serologías HIV, CMV y EBV no reactivas. Histología revela tejido necrótico con fibrina y polimorfonucleares compatible con necrosis esofágica aguda.

Conclusión: El esófago negro es una entidad poco conocida y con alta mortalidad que se presenta en pacientes críticos. En nuestro caso se establecieron como causas la sepsis, hiperlactacidemia, desequilibrio hemodinámico e hidroelectrolítico, insuficiencia renal aguda y antecedente de radioterapia; factores que en conjunto conducen a una hipoperfusión con la consiguiente isquemia y necrosis del órgano, destacando la importancia del diagnóstico precoz y manejo oportuno para mejorar el pronóstico. **OBSERVACIONES:** El caso clínico presentado evidencia la complejidad y gravedad de la necrosis esofágica aguda; la paciente con múltiples comorbilidades y sometida a un estrés fisiológico significativo, desarrolló esta complicación, lo que subraya la importancia de considerar esta entidad en pacientes críticos con factores de riesgo.

PÓSTER**Código: 0120****CUANDO EL PÁNCREAS HABLA A TRAVÉS DE LA PIEL: PANICULITIS COMO SIGNO DE PANCREATITIS***Modalidad: Casos Clínicos**Unidad Temática: a) GASTROENTEROLOGÍA 6. Páncreas 6.1. Patología inflamatoria*

FIORETTI, Mariano | LICCIARDELLO, Mariana | DEL PEDRO, María Virginia | ÁLVAREZ, Augusto

Complejo médico Churrua Visca

Introducción: La paniculitis pancreática (PP) es una manifestación cutánea poco frecuente de las enfermedades pancreáticas, se estima entre el 2%-3%. Puede desarrollarse secundaria a pancreatitis o neoplasia maligna pancreática. Suele presentarse como nódulos eritematosos dolorosos principalmente en miembros inferiores y puede preceder a los síntomas comunes de la enfermedad pancreática. La etiología es incierta, se cree que es secundario a la liberación de enzimas pancreáticas a la circulación con posterior impacción a nivel subcutáneo y necrosis grasa. Es fundamental diagnosticar y tratar rápidamente la causa subyacente. La confirmación se realiza por biopsia, donde se evidenciará paniculitis lobulillar neutrofílica con necrosis grasa, acompañados de calcificación focal y adipocitos sin núcleo, denominados "adipocitos fantasma", característicos de esta afección.

Objetivos: Este trabajo tiene como objetivo presentar un caso de PP, dado su pre-

sentación infrecuente, a fin de considerarla como diagnóstico diferencial de otras causas de paniculitis.

Caso Clínico: Paciente femenina de 60 años con antecedentes de pancreatitis litiasica, consulta por aparición súbita de múltiples nódulos eritematosos dolorosos en miembros inferiores y muslos. Refiere 5 días previos a la consulta, dolor abdominal a predominio epigástrico intenso, vómitos e hiporexia. Se realizó biopsia de las lesiones donde se evidenció necrosis grasa lobulillar con infiltración neutrofílica y adipocitos sin núcleo. En cuanto al dolor abdominal, se realizó laboratorio como datos positivos, amilasa 560, lipasas 510, bilirrubina total 3, bilirrubina directa 2,2, got 100, gpt 120, ecografía abdominal, donde se evidenció vía biliar dilatada sin litos; posteriormente por colangiografía, se observó alteración del tejido pancreático y peripancréatico, además un engrosamiento y stop a nivel de la ampolla de Vater. Se realiza CPRE donde se coloca stent y se toman biopsias, confirmando diagnóstico de adenocarcinoma.

Resultados: Inició tratamiento con AINES para tratamiento de PP con buena respuesta. Como tratamiento definitivo de la causa subyacente se realizó duodenopancreatectomía sin complicaciones inmediatas y sin ganglios regionales o magenes comprometidos.

Conclusión: La PP es un hallazgo clínico importante que puede preceder al diagnóstico de diversas enfermedades pancreáticas subyacentes, tanto benignas como malignas. La sospecha y reconocimiento temprano, confirmado por biopsia de la PP ofrece una valiosa oportunidad para realizar estudios diagnósticos oportunos, lo que podría conducir a una detección más temprana y a un mejor manejo de la enfermedad subyacente, especialmente cuando se trata de neoplasias malignas agresivas.

PÓSTER**Código: 0175****TUBERCULOSIS COLÓNICA MANIFESTADA POR PROCTORRAGIA***Modalidad: Casos Clínicos**Unidad Temática: a) GASTROENTEROLOGÍA 7. Enfermedades infecciosas 7.1. TBC**Unidad Temática 2: b) ENDOSCOPIA DIGESTIVA 1. Endoscopia Diagnóstica • Colon*

CÁRDENAS CÁRDENAS, Daniel Fernando | FIRVIDA, Sofía | PAGLIERE, Nicolás | ESCOBAR, Rafael

SANATORIO DR. JULIO MÉNDEZ

Introducción: La tuberculosis (TBC) afecta a un tercio de la población mundial y solo el 5-10% desarrollarán la enfermedad. La TBC pulmonar es la forma más frecuente (80%), la extrapulmonar representa el (15%-20%); y de la TBC gastrointestinal el 11% es colónica. Más frecuente en región ileocecal (65%-87%); pero puede tener otras localizaciones. Mayormente se ve en inmunosuprimidos, VIH, corticoterapia, enfermedad renal crónica, y cirrosis hepática. Los síntomas comunes son inespecíficos: dolor abdominal, pérdida de peso, fiebre, diarrea, anemia, y menos frecuentes como: alternancia de ritmo evacuatorio, hemorragia digestiva, síntomas obstructivos y ascitis. El diagnóstico debe integrar hallazgos clínicos, endoscópicos, histopatológicos, microbiológicos, moleculares e imagenológicos. La VCC con biopsias es el pilar inicial, permitiendo observar: úlceras transversales, estenosis o deformidad valvular ileocecal; con muestras para estudio histológico y microbiológico. La tinción para TBC tiene sensibilidad baja y es altamente específica, el cultivo incrementa la sensibilidad (hasta 53%) y la PCR mejora la sensibilidad en (21 a 85%).

Objetivos: Presentar un caso clínico de una patología poco frecuente, su abordaje diagnóstico y terapéutico.

Caso Clínico: Paciente de 66 años con cirrosis por enol, descompensada y en tratamiento antifímico por tuberculosis pulmonar, que presenta proctorragia sin descompensación hemodinámica y anemia moderada. La VCC evidencia mucosa congestiva ileal y una úlcera de 20mm, en colon mucosa congestiva y úlceras transversales mayores a 20mm con fibrina, se biopsia. Histología y cultivo negativos para TBC; con PCR para TBC colónica positiva. Se indica tratamiento antifímico por 9 meses con buena respuesta.

Resultados: La TBC colónica es una manifestación extrapulmonar que puede coexistir con TBC pulmonar, siendo un desafío diagnóstico por sus síntomas inespecíficos y remedar a otras enfermedades. Se presenta un paciente con dolor abdominal, ascitis, anemia ferropénica, y proctorragia. Los hallazgos endoscópicos pueden asemejar a otras patologías, mostrando úlceras que son mayormente transversales, estenosis y deformidad de la válvula ileocecal. En este caso hubo afección de válvula ileocecal y múltiples úlceras en todo el colon. Las biopsias tienen baja sensibilidad diagnóstica, el cultivo es el gold standard para TBC intestinal, con especificidad del 100% y muy baja sensibilidad. La PCR puede realizarse sobre muestra biológica, con sensibilidad del 80-90% y especificidad de 90-100%. En este caso, el diagnóstico se obtuvo por PCR.

Conclusión: Se abordó el caso de un paciente con cirrosis y tuberculosis pulmonar en tratamiento, que presentó proctorragia, se llegó al diagnóstico por hallazgos endoscópicos y pruebas moleculares. Es importante la sospecha diagnóstica ante síntomas inespecíficos y el diagnóstico requiere un enfoque multidisciplinario para realizar un tratamiento adecuado.

PÓSTER**Código: 0230**

LA PIEL COMO MAPA DE UNA ENFERMEDAD PROFUNDA

Modalidad: Casos Clínicos

Unidad Temática: a) GASTROENTEROLOGÍA 4. Colon y recto 4.2. Neoplasia
CANTONI, Pablo Nahuel | MARUELLI, Silvina Rosana | SCACCHI, María Agustina |
LICCIARDELLO, Mariana | CAMPOS, Lucía Mercedes

Complejo médico Churrua Visca

Introducción: las metástasis cutáneas de cáncer colorrectal (CCR) son hallazgos poco frecuentes en la práctica cotidiana. Aparecen en un 2.3% al 6% de los casos, siendo un signo de enfermedad avanzada que suele asociarse con metástasis en otros órganos y por lo tanto, mal pronóstico. La esperanza de vida desde su aparición es de 1 a 18 meses. Se suelen manifestar como nódulos firmes, móviles e indolores de color violáceo y las localizaciones más comunes son la piel abdominal (normalmente sobre cicatrices), pelvis, espalda, tórax, extremidades superiores, cabeza y cuello. Por su variabilidad morfológica pueden imitar múltiples patologías benignas.

Objetivos: presentar un caso de metástasis cutáneas de CCR por tratarse de una manifestación infrecuente de una patología muy prevalente a fin de tenerla en cuenta a la hora de abordar diagnósticos diferenciales de lesiones cutáneas.

Caso Clínico: paciente masculino de 71 años de edad con antecedentes de hipertensión arterial, dislipemia, diabetes mellitus tipo 2, infección grave por SARS-CoV2 que requirió intubación orotraqueal prolongada y posteriormente traqueostomía. Consultó por dos lesiones cutáneas faciales, una cupuliforme en mentón de 15 x 15 mm y la otra ubicada en la región parietal derecha de 5 x 5 mm, de al menos 6 meses de evolución. Inicialmente se planteó el diagnóstico de carcinoma basocelular (CBC) y se tomaron biopsias. Anatomía patológica de la primera lesión (AP): adenocarcinoma bien diferenciado. Inmunohistoquímica sugirió tumor primario gastrointestinal. Tomografía de tórax abdomen y pelvis con doble contraste: múltiples lesiones hepáticas compatibles con secundarismo. Videocolonoscopia: a 25 cm del margen anal una lesión exofítica friable y erosionada que comprometía el 75% de la luz. AP: adenocarcinoma bien diferenciado.

Resultados: Se solicitó PET-TC y evaluación por proctología y oncología para definir tratamiento. Días después el paciente evolucionó con peritonitis purulenta secundaria a perforación de colon sigmoides. Se realizó colectomía total, con evolución tórpida.

Conclusión: debido a la baja frecuencia de presentación y la variabilidad morfológica de las manifestaciones cutáneas, es crucial considerar a las metástasis de CCR como diagnóstico diferencial de otras lesiones cutáneas malignas o benignas, independientemente de su localización. A pesar de la tórpida evolución de nuestro paciente y de que al momento del diagnóstico se trate de una enfermedad oncológica avanzada, su conocimiento podría permitir brindar atención paliativa y mejorar la calidad de vida.

PÓSTER

Código: 0249
INSUFICIENCIA INTESTINAL SECUNDARIA A COMPROMISO EXTENSO DE LA MUCOSA POR LINFANGIECTASIA INTESTINAL DIFUSA ASOCIADA A DÉFICIT DE PROTEÍNAS

Modalidad: Casos Clínicos

Unidad Temática: a) GASTROENTEROLOGÍA 3. Intestino delgado 3.1. Síndrome de malabsorción

Unidad Temática 2: a) GASTROENTEROLOGÍA 8. Nutrición 8.1. Nutrición y clínica digesto-absortiva

AVNAIM, Lucila Belén | IANTORNO, Mauro Antonio | MORENO, María Laura | COSTA, Florencia | WASSNER, Carla | CARRARO, María Cecilia | KUJTA, Nadia | HUENS CASAL, Camila

HOSPITAL DE GASTROENTEROLOGÍA CARLOS BONORINO UDAONDO

Introducción: La linfangiectasia intestinal (LI), entidad infrecuente, se caracteriza por dilatación de vasos linfáticos y fuga de linfa hacia la luz intestinal. La LI primaria (enfermedad de Waldmann) es de inicio temprano y etiología indeterminada. La LI secundaria, debido al bloqueo del drenaje linfático se asocia a patologías como carcinoma o linfoma abdominal, fibrosis retroperitoneal, tuberculosis, sarcoidosis y pericarditis constrictiva. Se presenta con diarrea, vómitos, edemas, ascitis e infecciones recurrentes. La hipoalbuminemia (HA), hipogammaglobulinemia, linfopenia e hipocalcemia son la regla.

Objetivos: Presentar un caso de insuficiencia intestinal por compromiso extenso de la mucosa secundario a LI difusa, enteropatía perdutora de proteínas (EPP) y déficit de proteína S (DPS).

Caso Clínico: Caso clínico: varón, 45 años, consulta por diarrea crónica y desnutrición severa. Antecedentes: inmunodeficiencia no clasificada en tratamiento con inmunoglobulinas, LI, hipoalbuminemia, diarrea recurrente, trombosis a repetición anticoagulado y adenopatía cavitada. Clearance de α 1 antitripsina: 379 ml/24hs. Colonoscopia: disminución del patrón vascular, áreas de congestión y mosaico. Biopsias: inflamación inespecífica, histoarquitectura conservada y leve infiltrado linfoplasmocitario en lámina propia (LP) en colon y recto; duodenitis inespecífica, vellosidades ensanchadas con leve infiltrado en la LP y 1 folículo

linfoide, criptas, linfocitos intraepiteliales normales, sin parásitos. Enteroscopia anterógrada hasta 150 cm con múltiples placas blanco nacaradas a predominio proximal, edema, moco y friabilidad mucosa, compatible con LI confirmada por histología. Se indicó dieta, triglicéridos de cadena media y octreótide con mejoría clínica inicial. Múltiples internaciones intermite con diarrea (Clostridium Difficile y Giardiasis), ascitis quílosa, trombosis yugular y vasculopatía arterial severa. Requiere nutrición parenteral, colocación de stent y endarterectomía femoral bilateral. Capsula endoscópica: en yeyuno proximal LI aisladas con mucosa sana interpuesta, erosiones con restos hemáticos y sectores de mucosa mamelonada. Gran afectación en íleon distal con LI difusas. Se indicó budesonida oral sin adherencia. Internación finalmente por candidiasis esofágica, sarcopenia, desnutrición severa y progresión de su enfermedad vascular. Evoluciona con neumonía, sepsis y muerte.

Resultados: Nuestro caso presentó mala evolución dada la mala adherencia al tratamiento y la severidad del compromiso vascular.

Conclusión: La LI es una enfermedad compleja de variable extensión, clínica y gravedad. Los pacientes pueden presentar DPS adquirida por EPP y mayor susceptibilidad a trombosis venosa. La pérdida de otras proteínas plasmáticas (antitrombina III y proteína C) conduce a un estado protrombótico, sumada la hiperviscosidad plasmática por HA y un estado inflamatorio que potencia la activación endotelial predispone a eventos vasculares y empeora el pronóstico.

PÓSTER

Código: 0167
CITOMEGALOVIRUS COMO TRAMPA DIAGNOSTICA EN LESIONES GASTROINTESTINALES: SERIE DE CASOS

Modalidad: Casos Clínicos

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

CORDONE, María Antonella | BOETSCH, María Sol | ARNEDILLO, Daiana | CORTESE, María Mercedes | CARVALHO FLORIDO ABECASIS, Morena | SIGAL, Nicolás | RIGONI, Martina | REGGIARDO, María Virginia | RUFFINENGO, Orlando Enrique | BESSONE, Fernando

HOSPITAL CENTENARIO. ROSARIO

Introducción: El citomegalovirus (CMV) en pacientes inmunodeprimidos representa una importante causa de morbi-mortalidad. En individuos inmunocompetentes, en cambio, la infección suele ser asintomática. En el tracto gastrointestinal, puede causar lesiones que simulan procesos neoplásicos lo cual representa un desafío diagnóstico.

Caso Clínico: Caso clínico N°1: Hombre de 58 años, con antecedente de infarto agudo de miocardio, anemia severa, en estudio por pérdida de peso. Endoscopia: en unión cuerpo fúndica lesión sobrelevada ulcerada que ocupa las tres cuartas partes de la circunferencia. Anatomía patológica (AP): úlcera gástrica activa con cuerpos de inclusión por CMV. PCR EN TEJIDO (+) Carga viral: 1826 copias/ml. Se realiza ganciclovir endovenoso por 7 días y valganciclovir 900 mg vía oral completando 21 días. Endoscopia de control post tratamiento: en unión cuerpo fúndica lesión sobrelevada ulcerada, friable a la toma de biopsia, que impresiona de mayor tamaño con respecto a estudio previo. AP: compatible con adenocarcinoma. Caso clínico N°2: Hombre de 63 años, con antecedente de gastrectomía parcial por cáncer gástrico, que ingresa por hemorragia digestiva alta. Endoscopia: en curvatura menor a 5 cm por debajo del cardias, se observa úlcera cubierta por fibrina de bordes sobrelevados, indurados y friables de aproximadamente 20 mm. AP: proceso inflamatorio ulcerado con cuerpos de inclusión por CMV. Se repite endoscopia con toma de biopsia, compatible con adenocarcinoma. Caso clínico N°3: Mujer de 58 años, con antecedente de hipertensión arterial, diabetes, y proctorragia. Videocolonoscopia: A 15cm del margen anal polipo grande de 4 cm de diámetro pediculado, con realización de polipectomía. AP: Pólipo de tipo inflamatorio con extensas áreas de ulceración con tejido de granulación, intenso infiltrado inflamatorio crónico activo y glándulas con hiperplasia secretora, algunas dilatadas, con cuerpos de inclusión por CMV. Se cita a control para reevaluación endoscópica y se pierde contacto.

Conclusión: Los casos presentados muestran que la infección por CMV puede simular o coexistir con lesiones malignas del tracto gastrointestinal, incluso en pacientes sin inmunosupresión. La presencia de cuerpos de inclusión por CMV no descarta patología neoplásica, por lo que es clave un seguimiento endoscópico y diagnóstico histológico adecuado para detectar posibles adenocarcinomas subyacentes.

en PubMed, Scopus y SciELO, priorizando artículos publicados entre 2005 y 2024, que incluyeran series de casos, revisiones sistemáticas, guías o reportes clínicos con confirmación histológica. Discusión: La metástasis intestinal en sarcoma epitelioide es extremadamente infrecuente. Este caso resalta la importancia del uso de cápsula endoscópica en sangrados oscuros y el valor de la inmunohistoquímica para el diagnóstico.

Resultados: Resultados La paciente presentó anemia crónica sin exteriorización de sangrado. Las endoscopías alta y baja no identificaron lesión activa. La videocápsula endoscópica identificó una lesión ulcerada sangrante en yeyuno. La enteroscopia confirmó el hallazgo y permitió su localización quirúrgica. La inmunohistoquímica de la lesión: Anticuerpo monoclonal para vimentina, para EMA y para PANCK: Positiva en células atípicas. En base al cuadro histológico y los antecedentes oncológicos de la paciente, se concluyó que se trataba de una metástasis intestinal de sarcoma epitelioide. Dado el estadio avanzado de la enfermedad y la progresión tras múltiples líneas de tratamiento, se indicó inicio de quimioterapia con trabectedina 1,5 mg/m² en infusión continua cada 21 días. Por antecedentes cardiovasculares, se estableció control con ecocardiograma basal y previo a cada ciclo, en coordinación con cardiología.

Conclusión: Este caso demuestra la importancia de considerar el sarcoma epitelioide como diagnóstico diferencial de neoplasias epitelioideas poco diferenciadas, incluso en localizaciones atípicas como el intestino delgado. Asimismo, resalta el rol complementario de las técnicas endoscópicas avanzadas y la cirugía para el diagnóstico y control de síntomas en pacientes con metástasis digestivas.

PÓSTER

Código: 0194

TUMOR DE KRUKENBERG SECUNDARIO A ADENOCARCINOMA DE INTESTINO DELGADO EN PACIENTE CON ENFERMEDAD CELÍACA Y HEPATITIS C: REPORTE DE UN CASO EXCEPCIONAL

Modalidad: Casos Clínicos

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

Unidad Temática 2: a) GASTROENTEROLOGÍA 3. Intestino delgado 3.3. Neoplasia

ZAMBRANO, Verónica | MORENO, María Laura | AVNAIM, Lucila | SALABERRY, Antonella | FLORES, Santiago | LAUDANNO, Sofia | BOGLIETTI, Carlo | CARRARO, Cecilia | HUENS CASAL, Camila | IANTORNO, Mauro Antonio | PATERNO, Mauricio | FLEITAS, Walter | URANGA, Lucio | DE ARMAS, Emilia | ROBLES, Pablo | CARRANCIO, Adelina | SPEISKY, Daniela | ZEYTUNTSIAN, Natalia Marina

HOSPITAL DE GASTROENTEROLOGÍA CARLOS BONORINO UDAONDO

Introducción: La enfermedad celíaca (EC) es una enteropatía autoinmune desencadenada por el gluten en individuos genéticamente predispuestos. La no adherencia a la dieta libre de gluten (DLG) se asocia a mayor riesgo de adenocarcinoma de intestino delgado (ACa ID) y linfoma. En la EC, el ACa ID presenta alta prevalencia de inestabilidad de microsatélites (IMS) (70-80%), usualmente es de localización proximal y diagnóstico tardío. La infección crónica por virus de la hepatitis C (VHC) se asocia con EC, favoreciendo disfunción inmune e inflamación persistente. El tumor de Krukenberg (TK) es una metástasis ovárica, generalmente bilateral (80%), originada a partir de un adenocarcinoma, habitualmente de origen gástrico con células en anillo de sello (70%), seguido del colon y en menor medida de ID, afecta a mujeres menores de 50 años, su incidencia es del 1-21% y tiene mal pronóstico. Se trata con cirugía, quimio (QT) e inmunoterapia.

Objetivos: Presentar un caso inusual de ACa ID con TK en paciente de alto riesgo con EC no adherente a la DLG y VHC.

Caso Clínico: Mujer de 50 años, menopausia a los 37 y diagnóstico de EC a los 48 sin adherencia a la DLG y VHC. Consulta por dolor y distensión abdominal, vómitos postprandiales, pérdida de peso severa y anemia ferropénica. La endoscopia alta evidencia en segunda porción duodenal atrofia vellositaria (AV) y lesión estenosante infranqueable. Las biopsias informan AV grado 3A de la Clasificación de Marsh y ACa bien diferenciado de tipo intestinal sin IMS. La tomografía muestra lesión duodenal y yeyunal, adenopatías mesentéricas y masa anexial izquierda. Laboratorio: a-tTG IgA 5 U/ml, a-DGP IgG 4 U/m; CEA, CA 19.9 y CA 125 normales. La laparoscopia revela masa anexial adherida a planos profundos y escaso líquido seroso; la biopsia confirma metástasis tipo Krukenberg. Se realiza gastroyeyunoanastomosis. Actualmente en plan de QT.

Resultados: El presente caso resulta inusual, ya que el TK fue unilateral y se originó de un ACa ID, una localización sumamente rara. La infiltración profunda del TK y el mal estado nutricional limitaron el abordaje quirúrgico. La falta de adherencia a la DLG facilitó la aparición del ACa. Aunque no existe una asociación directa establecida entre el VHC y el ACa, su relación con hepatocarcinoma y linfoma de Hodgkin respalda su posible rol como cofactor inflamatorio y pro-oncogénico en pacientes predispuestos.

Conclusión: Este caso destaca la importancia de una vigilancia estrecha y multidisciplinaria en pacientes con EC y VHC, debido al riesgo alto de transformación maligna asociado a inflamación crónica y disfunción inmune. La falta de adherencia a la DLG se consolida como un factor determinante en la carcinogénesis intestinal, mientras que el rol del VHC como facilitador de inflamación y desarrollo neoplásico aún requiere mayor investigación. Un diagnóstico precoz es fundamental para evitar la progresión metastásica y mejorar el pronóstico clínico.

PÓSTER

Código: 0190

METÁSTASIS INTESTINAL DE SARCOMA EPITELIOIDE: PRESENTACIÓN DE UN CASO Y REVISIÓN DE LA LITERATURA

Modalidad: Casos Clínicos

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

CATÁNEO, Evelin Nataly | CASTILLO, Gabriela Miriam

SANATORIO ALLENDE

Introducción: Introducción: El sarcoma epitelioide es un tumor mesenquimal raro (<1% de los sarcomas), con dos variantes clínicas: distal y proximal. Tiende a metastatizar por vía linfática (22-48%) y hematogénica (pulmón, hueso, piel, cerebro). La afectación del intestino delgado es excepcional.

Objetivos: Objetivos Objetivo general: Describir un caso de metástasis intestinal de sarcoma epitelioide en una paciente joven, destacando su presentación clínica, abordaje diagnóstico y tratamiento, con revisión de la literatura disponible. Objetivos específicos: Analizar las características histopatológicas e inmunohistoquímicas del sarcoma epitelioide en localización intestinal. Discutir la utilidad de la cápsula endoscópica y la enteroscopia en el estudio de hemorragia digestiva de origen oscuro. Revisar las estrategias terapéuticas actuales para el sarcoma epitelioide avanzado.

Caso Clínico: Materiales y Métodos Se realizó una presentación de caso clínico única y una revisión narrativa de la literatura. Los datos del caso se recopilaron retrospectivamente de la historia clínica institucional. La paciente fue evaluada por anemia sintomática sin sangrado evidente. Se efectuaron videogastroscoopia y videocolonoscoopia sin hallazgos. Posteriormente se realizó videocápsula endoscópica y enteroscopia, que identificaron una lesión ulcerada en yeyuno medio. Se efectuó resección intestinal por laparotomía y anastomosis termino-terminal. El material quirúrgico fue procesado por anatomía patológica. La revisión bibliográfica se realizó

PÓSTER

Código: 0125

CELIAQUÍA Y LAS VUELTAS DE LA VIDA... ¿CASUALIDAD O CAUSALIDAD?

Modalidad: Casos Clínicos

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

Unidad Temática 2: b) ENDOSCOPIA DIGESTIVA 2. Endoscopia Terapéutica • Colon DE LOS RÍOS, Anahí Ayelén | BORTOT GASTÓN, Lorena | VILLALOBOS, Marlon | PAES DE LIMA, Andrea | ZAPATA, Gonzalo | MOREIRA GRECCO, Alejandro | GONZÁLEZ BALLERGA, Esteban

HOSPITAL DE CLÍNICAS "JOSÉ DE SAN MARTÍN" - UBA

Introducción: El vólvulo sigmoideo (VS) representa una causa infrecuente de obstrucción intestinal, su incidencia es del 10–15% de los cuadros obstructivos. Su alta tasa de recurrencia (30-70%) y potencial severidad ameritan un diagnóstico y tratamiento precoz. En la literatura existen reportes aislados de VS en pacientes con enfermedad celíaca (EC), sin especificar un mecanismo fisiopatológico entre ambas entidades. La terapéutica más adecuada del VS comprende la descompresión endoscópica seguida de la resección sigmoidea electiva mediante un abordaje abierto o laparoscópico.

Objetivos: Describir un caso de vólvulo sigmoideo recurrente en una paciente celíaca.

Caso Clínico: Mujer de 30 años con antecedentes de constipación crónica y anemia ferropénica. En 2021 presentó un episodio de obstrucción intestinal de resolución espontánea. Posteriormente, se diagnosticó EC por serología positiva y biopsia duodenal, iniciando tratamiento con dieta libre de gluten (DLG). Serología para Chagas negativa. Entre marzo de 2023 y julio de 2024 presentó tres episodios caracterizados por dolor abdominal severo tipo cólico, vómitos, distensión y ausencia de eliminación de gases y heces. En todos los casos, la tomografía abdominopelviana evidenció dilatación sigmoidea (~10 cm), alteración en la disposición vascular y rarefacción de la grasa mesentérica, hallazgos compatibles con VS. En los dos primeros episodios se realizó desvolvulación endoscópica con resolución satisfactoria. Se indicó colectomía electiva, opción rechazada por la paciente. En el tercer episodio de obstrucción intestinal se efectuó cirugía de urgencia tipo Hartmann, sin preparación colónica ni descompresión previa, con buena evolución postoperatoria. Actualmente la paciente continúa con DLG, correcta adaptación a ostomía y sin síntomas gastrointestinales ni nuevos episodios obstructivos.

Conclusión: Este caso describe la ocurrencia de VS recurrente en una paciente con EC, una asociación infrecuente pero con fundamentos fisiopatológicos posibles. La prevalencia independiente de ambas patologías, ~1% para EC y ~10% de las obstrucciones intestinales para el VS, ha llevado a debatir si se trata de una simple coincidencia estadística. Sin embargo, factores como la distensión intestinal secundaria a malabsorción de carbohidratos, la constipación crónica, la atonía intestinal propia de algunos celíacos y la presencia de dolicosigma podrían predisponer a la volvulación. Este hallazgo sugiere que más que una simple casualidad, podría tratarse de una causalidad o asociación biológicamente plausible. Visibilizar esta entidad permite definir tempranamente la indicación quirúrgica, disminuir la morbilidad asociada a la cirugía de urgencia del 10-20% al 2-6% si se realiza de manera electiva por personal entrenado, optimizar la calidad de vida de los pacientes y considerar el posible diagnóstico de EC ante cuadros obstructivos atípicos en pacientes jóvenes sin factores predisponentes evidentes.

PÓSTER

Código: 0011

DEL DOLOR ABDOMINAL AL DIAGNÓSTICO ONCOHEMATOLÓGICO: UN CASO DE LINFOMA MALT DUODENAL E ILEAL

Modalidad: Casos Clínicos

Unidad Temática: a) GASTROENTEROLOGÍA 3. Intestino delgado 3.3. Neoplasia
Unidad Temática 2: a) GASTROENTEROLOGÍA 2. Estómago - duodeno 2.1. Helicobacter pylori

LOPEZ ALVAREZ, Alejandro Miguel | HUERTA, María Fernanda | SENA, Daniela Paula | ADI, José | DUTTO, Carolina | FERNÁNDEZ, Gonzalo | LEIVA, Lorena | TORRES, Alfredo | VICTORIA, Romina | VIÑUELA, Carolina | JORGE, Oliver

HOSPITAL LUIS LAGOMAGGIORE

Introducción: Los linfomas MALT representan una variante de linfomas no Hodgkin, habitualmente localizados en el estómago, pero pueden presentarse en otras zonas del tubo digestivo como el duodeno e ileon donde son infrecuentes. Se asocian a infecciones crónicas por Helicobacter pylori (Hp), especialmente en localización gástrica. Su diagnóstico puede ser complejo y requiere estudios endoscópicos, anatomía patológica e inmunohistoquímica. El tratamiento puede consistir exclusivamente en erradicación bacteriana o requerir inmunoterapia según extensión y respuesta.

Objetivos: Describir el abordaje diagnóstico, tratamiento y seguimiento de un paciente con Linfoma MALT de localización multifocal.

Caso Clínico: Mujer de 49 años con antecedentes de tabaquismo (IPA 10), derivada por dolor abdominal, vómitos y anemia ferropénica.

Resultados: Se realiza video endoscopia digestiva alta: mucosa de cuerpo y antro congestiva, Lesión infiltrativa en bulbo duodenal se tomaron biopsias. Anatomía patológica informa infiltración linfocitaria difusa, cuerpo y antro gastritis crónica, Hp positivo. Posteriormente se realiza inmunohistoquímica aportando el diagnóstico de Linfoma de estirpe B, tipo MALT. CD20+, BCL2+, CD10-, CD5-, Cyclin D1-, Ki67 20%. TC de abdomen: Engrosamiento mural duodenal de 63 mm. PET - TC: Lesiones hipermetabólicas a nivel de duodeno e ileon proximal. Se confirmó el diagnóstico de linfoma MALT extranodal intestinal con afectación duodenal e ileal proximal sin enfermedad en otras localizaciones. El tratamiento inicial consistió en erradicación de Hp con esquema concomitante. Se indicó tratamiento con Rituximab en monoterapia por enfermedad multifocal, tamaño tumoral >6 cm. Actualmente en seguimiento con mejoría clínica, en espera de reevaluación por PET-TC y biopsias post tratamiento inmunoterápico.

Conclusión: El linfoma MALT duodenal es una entidad poco frecuente que puede estar asociado a HP, principalmente a nivel gástrico. La erradicación de Hp debe ser el primer paso terapéutico, pero no siempre es suficiente si hay afectación extensa o multifocal. Rituximab constituye una opción terapéutica eficaz y bien tolerada para estos casos. El seguimiento con imágenes y endoscopia es esencial para evaluar respuesta y prevenir recurrencias.

PÓSTER

Código: 0022

SÍNDROME DE PLUMMER-VINSON: UN DESAFÍO DIAGNÓSTICO EN LA PRÁCTICA CLÍNICA

Modalidad: Casos Clínicos

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

SADIR, Matías | CORCUY CLAROS, Roxana | SUAREZ, Pablo Sebastian | VELAZQUEZ, Jimena Carla Nadir

HOSPITAL PABLO SORIA

Introducción: La tríada de anemia ferropénica, disfagia y membranas esofágicas, conocida como Síndrome de Plummer-Vinson (SPV) o Paterson-Kelly (SPK), se presenta frecuentemente en mujeres de edad media, aunque en la bibliografía existen reportes de casos en otros grupos etarios. A pesar de que existen diversas hipótesis, su patogenia aún no se encuentra totalmente definida; el déficit de hierro es el principal responsable de las alteraciones anatómicas y funcionales que se producen a nivel esofágico. Su manifestación clínica principal es la disfagia, inicialmente intermitente y luego progresiva, asociada con síntomas atribuibles a ferropenia, como coiloniquia y queilitis, entre otros. El diagnóstico es clínico e imagenológico; la videoendoscopia digestiva alta (VEDA) es una herramienta esencial que permite además el abordaje terapéutico. Su tratamiento consiste tanto en la reposición de hierro como en técnicas endoscópicas que varían de acuerdo con la experiencia y la disponibilidad de cada centro

Objetivos: Este trabajo tiene como objetivo presentar un caso de SPV dada su manifestación infrecuente, a fin de tomar conciencia de esta entidad y tenerla en cuenta como diagnóstico diferencial en los casos de disfagia.

Material y Métodos: Presentamos el caso de una paciente femenina de 44 años sin antecedentes previos que inicia 5 meses previo a la consulta con disfagia alta/orofaríngea progresiva, que inicio con sólidos y progreso hasta los líquidos al momento de la consulta. El examen físico inicial reveló solo la presencia de queilitis angular y glositis atrófica, asociada a pérdida de peso voluntaria por disminución de la ingesta. Laboratorio HB 6.9g% hto:25.6% ferremia 23ug/dl VCM 55.3 fl. Se solicita videodeglución, se evidencia pequeña membrana a la altura de c5 c6, se realiza veda que se informa como normal.

Resultados: Inicio tratamiento con hematología de la anemia con hierro endovenoso y se mantuvo con hierro oral, presento mejoría sintomática y de laboratorio, a los dos meses del tratamiento la paciente no tiene problemas en la deglución, recuperando peso perdido previo a la consulta.

Conclusiones: El síndrome de Plummer-Vinson es una entidad poco frecuente pero clínicamente relevante, que debe sospecharse ante la presencia de disfagia asociada a anemia ferropénica, especialmente en mujeres de mediana edad. El reconocimiento oportuno permite instaurar un tratamiento eficaz con suplementación de hierro, lo que generalmente resulta en la resolución de los síntomas y la regresión de las membranas esofágicas. Además, el seguimiento a largo plazo es fundamental debido al riesgo incrementado de transformación maligna, principalmente en el tracto digestivo superior. Este caso destaca la importancia de un enfoque integral y multidisciplinario para un diagnóstico y manejo adecuados.

ENDOSCOPIA

TRABAJOS ORALES DISTINGUIDOS

Código: 0219

SUFICIENCIA DIAGNÓSTICA DE LA COLANGIOSCOPIA DIGITAL DE UN SOLO OPERADOR ASISTIDA POR INTELIGENCIA ARTIFICIAL DURANTE LA EVALUACIÓN EN TIEMPO REAL DE ESTENOSIS INDETERMINADA DE LA VÍA BILIAR: EL ENSAYO CLÍNICO MULTICÉNTRICO, ALEATORIZADO Y CONTROLADO ARTICO

Modalidad: Trabajos Científicos (presentado En Otro Congreso)

Unidad Temática: a) GASTROENTEROLOGÍA 5. Vesícula y vías biliares 5.2. Neoplasia

Unidad Temática 2: b) ENDOSCOPIA DIGESTIVA 1. Endoscopia Diagnóstica • Hígado, Vías Biliares y Páncreas

ROBLES-MEDRANDA, Carlos1 | BAQUERIZO-BURGOS, Jorge1 | CARLOS MÉNDEZ, Juan2 | PUGA-TEJADA, Miguel1 | EGAS-IZQUIERDO, María1 | MURILLO, Juan1 | ELÍAS-BERREZUETA, Cristina1 | TABACELIA, Daniela1 | ARÉVALO-MORA, Martha1 | CUNTO, Doménica1 | AVEIGA CEDEÑO, Leonardo Andres3 | ALCÍVAR-VÁSQUEZ, Juan1

INSTITUTO ECUATORIANO DE ENFERMEDADES DIGESTIVAS (IECED)1; MDCONSGROUP2; HOSPITAL ALTA COMPLEJIDAD "EL CRUCE". F. VARELA3

Introducción: Aunque la colangioscopia digital de un solo operador (digital single-operator cholangioscopy, DSOC) ofrece una imagen de alta calidad para la identificación de lesiones vías biliares, la adquisición adecuada de muestras mediante esta técnica sigue siendo un reto, especialmente en estenosis indeterminada de la vía biliar. El diámetro estrecho del colangioscopio, junto con las pinzas de biopsia pequeñas, da lugar a una cantidad insuficiente de muestras obtenidas para el análisis patológico. La toma de biopsias visualmente dirigidas optimizada puede mejorar la suficiencia diagnóstica. Los autores han desarrollado un nuevo modelo de inteligencia artificial (IA) para la identificación de características biliares malignas con excelentes resultados en un estudio previo off-line.

Objetivos: Evaluar la suficiencia diagnóstica de las biopsias guiadas por DSOC con asistencia de IA, durante la evaluación de la vía biliar en tiempo real.

Material y Métodos: Se realizó un ensayo clínico independiente, unicéntrico, aleatorizado y controlado, de suficiencia diagnóstica. Se diseñó dos grupos de estudio: biopsias guiadas por DSOC con asistencia de IA (grupo casos) vs biopsias guiadas por DSOC sin asistencia de IA (grupo controles). Se seleccionó pacientes adultos con indicación de DSOC, quienes fueron asignados aleatoriamente a cada grupo de estudio. Una muestra adecuada se definió como una muestra con epitelio biliar de tamaño superior a 0.1 mm. Se evaluó la suficiencia diagnóstica en ambos grupos, considerando tres patrones oro: impresión endoscópica, histología, y desenlace a un año (fallecido por la enfermedad).

Resultados: Se incluyó 65 pacientes (36 con asistencia de IA frente a 29 sin asistencia de IA), con una mediana de edad de 65 años (54-76) y un 49.2% de mujeres. La indicación más frecuente de DSOC fue la sospecha de tumor (41.5%). La suficiencia diagnóstica de la biopsia asistida por IA, comparada con la biopsia no asistida por IA, considerando el desenlace a un año como patrón oro, fue del 100% frente al 90.1% de sensibilidad, del 93.8% frente al 71.4% de especificidad, del 95.2% frente al 90.9% de valor predictivo positivo, del 100% frente al 71.4% de valor predictivo negativo y del 97.2% frente al 86.2% de coincidencia observada, con un área bajo la curva ROC de 0.98 frente a 0.81 ($p=0.111$). Al comparar la correlación del desenlace a un año con la biopsia asistida o no asistida por IA, la IA obtuvo una correlación de Kendall (τ) de 0.94 frente a la τ de 0.62 alcanzada por el endoscopista ($p<0.001$). La biopsia asistida por IA obtuvo una puntuación F1 del 97.6% para predecir el desenlace a un año, con un coeficiente de correlación de Matthews del 94.5%, superior al 90.9% y el 62.3% alcanzados por la biopsia no asistida por IA, respectivamente. Solo un paciente del grupo sin IA presentó biopsia con muestra insuficiente.

Conclusiones: La biopsia asistida por IA mejora significativamente la suficiencia diagnóstica en comparación con la biopsia sin IA. Además de la evaluación asistida de la vía biliar, la integración de la IA mejora la suficiencia y la fiabilidad de las biopsias, reduciendo el riesgo de falsos negativos y muestras insuficientes.

TRABAJOS ORALES DISTINGUIDOS

Código: 0224

CALIDAD HISTOPATOLÓGICA Y COMODIDAD DEL OPERADOR DURANTE LA TOMA DE BIOPSIA CON AGUJA FINA GUIADA POR ECOENDOSCOPIA MEDIANTE UN NUEVO DISPOSITIVO MOTORIZADO: RESULTADOS DE UN ESTUDIO PILOTO

Modalidad: Trabajos Científicos (presentado En Otro Congreso)

Unidad Temática: b) ENDOSCOPIA DIGESTIVA 2. Endoscopia Terapéutica • Ecoendoscopia

Unidad Temática 2: a) GASTROENTEROLOGÍA 6. Páncreas 6.2. Patología neoplásica

ROBLES-MEDRANDA, Carlos | BAQUERIZO-BURGOS, Jorge | ARÉVALO-MORA, Martha | EGAS-IZQUIERDO, María | CUNTO, Domenica | PUGA-TEJADA, Miguel | MURILLO, Juan | ELÍAS-BERREZUETA, Cristina | TABACELIA, Daniela | AVEIGA CEDEÑO, Leonardo Andres | ALCÍVAR-VÁSQUEZ, Juan

INSTITUTO ECUATORIANO DE ENFERMEDADES DIGESTIVAS (IECED)

Introducción: La eficacia de la aspiración con aguja fina (fine-needle aspiration, FNA) guiada por ecoendoscopia (endoscopic ultrasound, EUS) depende del sitio anatómico, tamaño del tejido objetivo, y la disponibilidad de un citopatólogo en el quirófano. Las agujas finas para la obtención de muestras de biopsia (fine-needle biopsy, FNB) permiten la recolección de muestras mediante el corte de tejido de la lesión diana. El empleo de un equipo de EUS-FNB motorizado (mFNB) permite la obtención de biopsias con: a) mayor tamaño; b) menor número de punciones; c) histoarquitectura más conservada; y d) menor contaminación sanguínea. Esto se traduce en un mejor análisis histológico.

Objetivos: Evaluar la seguridad, eficacia y comodidad de la mFNB, y comparar su rendimiento con el de una EUS estándar (sFNB).

Material y Métodos: Estudio piloto prospectivo, unicéntrico, realizado en pacientes mayores de 18 años que requirieron biopsia guiada por EUS entre septiembre de 2023 y noviembre de 2024. Se seleccionó pacientes programados para EUS-FNB debido a: lesiones submucosas, masas mediastínicas, ganglios linfáticos, cáncer de páncreas y masas intraperitoneales.

Resultados: Se incluyeron 40 pacientes, con una edad media de 65 años (57.8-69.2), 57.5% mujeres. La mayoría de las biopsias fueron hepáticas (55%), con una mediana de cuatro punciones. Se reportó un evento adverso leve (laceración de la mucosa) con mFNB (2.5%). El mFNB tuvo un éxito técnico del 97.5%. La biopsia fue definitiva en el 95.0% de los casos, con dos casos que reportaron muestras inadecuadas. Al comparar el rendimiento de mFNB frente a sFNB, la contaminación sanguínea en mFNB fue inferior al 25% en el 90% de los casos, mientras que el 72.5% de las muestras de sFNB reportaron una contaminación moderada. Ambos métodos obtuvieron muestras de tejido arquitectónicamente intactas en el 95% de los casos; sin embargo, el 87.5% de los mFNB presentó un fragmento de al menos 550 micras vs el 2.5% de las muestras mediante sFNB. El 65% de las muestras de mFNB fueron fragmentos múltiples con al menos uno de >5 mm de longitud (42.3% al menos un fragmento >10 mm); el 52.5% de las muestras de sFNB tuvieron una longitud >5 mm (2.5% presentaron un fragmento >10 mm). Se observó una mediana de triadas portales: 6 (4-8) con mFNB y 2 (0.5-2.75) con sFNB. La comodidad del mFNB se evaluó en términos del ajuste de la longitud del dispositivo, la comodidad en el ajuste, la comodidad para avanzar la aguja, la comodidad para retirar el estilete, la comodidad al presionar el botón de muestreo y la comodidad para expulsar la muestra de biopsia. Todos los parámetros fueron calificados como excelente.

Conclusiones: El mFNB es seguro y eficiente durante la EUS-FNB, con baja tasa de eventos adversos y un alto grado de éxito técnico. Los operadores indicaron altas expectativas clínicas y comodidad con respecto a los diferentes componentes de la aguja. mFNB obtuvo muestras de tejido más grandes y con menos contaminación de sangre en comparación con sFNB.

TRABAJOS ORALES DISTINGUIDOS

Código: 0111

EVALUACIÓN DE LA COMPETENCIA ENDOSCÓPICA EN RESIDENTES DE GASTROENTEROLOGÍA

Modalidad: Trabajos Científicos

Unidad Temática: b) ENDOSCOPIA DIGESTIVA 4. Endoscopia Miscelánea

BACIGALUPO, Delfina Maria | FIRVIDA, Sofia | SEQUEIRA, Agustín | VISSO, Ana Laura | ESCOBAR, Rafael

SANATORIO DR. JULIO MÉNDEZ

Introducción: La calidad en formación de endoscopia digestiva es fundamental para garantizar un desempeño seguro y eficaz. Actualmente, existe una tendencia hacia la educación basada en competencias, evaluando no solo el volumen de procedimientos, sino también la adquisición de habilidades técnicas y cognitivas. Diversas publicaciones establecieron umbrales para la adquisición de competencias, indicando que las habilidades técnicas en videoendoscopia digestiva alta (VEDA) y videocolonoscopia (VCC) se adquieren a partir de los 150 y 250 estudios respectivamente, y la competencia global en 250 y 300. Esto solo establece un punto de referencia para guiar la formación.

Objetivos: Evaluar y determinar el umbral en la adquisición de la competencia técnica en VEDA y VCC en residentes de gastroenterología.

Material y Métodos: Se realizó un estudio retrospectivo en base a las evaluaciones registradas en una base de datos sobre 4 residentes (R) durante sus 3 años de formación. Los médicos supervisores (MS) registraron los procedimientos realizados en pacientes y evaluaron la técnica de los R mediante una escala adaptada de la herramienta DOPS (Observación Directa de Habilidades Procedimentales). Se definió como "realización independiente" del procedimiento cuando el R llevó a cabo las tareas con ocasionales indicaciones verbales del MS o sin ellas. Se consideró "competente" al R cuando realizó de forma completa e independiente $\geq 90\%$ de los estudios. La VEDA se consideró completa al realizar la maniobra de retroflexión y la llegada a segunda porción duodenal; y la VCC al llegar al fondo cecal. Para una mejor valoración temporal se agruparon los estudios en bloques de 20, considerando competente al residente que realizara $\geq 90\%$ de los estudios de forma independiente por bloque ($\geq 18/20$).

Resultados: El Residente A realizó 191 VEDA y 143 VCC. El B 271 VEDA y 257 VCC. El C 176 VEDA y 198 VCC. El D 217 VEDA y 196 VCC. La competencia en VEDA se alcanzó a partir de los 40 estudios en el caso del R A, B y D; y 80 para el R C. La competencia en VCC se alcanzó a partir del siguiente número de estudios: D 40, A 60, B 80 y C 120. La adquisición de la competencia fue sostenida en la mayoría de los bloques (Tabla).

Conclusiones: Durante su formación, los residentes alcanzan un volumen adecuado de endoscopías realizadas de manera independiente, logrando la competencia técnica en promedio tras 40 estudios en VEDA y 80 en VCC, cifras que representan umbrales más precoces que los reportados previamente. Estos datos reflejan el desarrollo de habilidades técnicas básicas, que progresivamente se complementan con el fortalecimiento de las competencias cognitivas. La evaluación rigurosa y el registro sistemático del proceso formativo permitirán establecer una vía formal de certificación en endoscopia digestiva para los residentes.

TRABAJOS ORALES DISTINGUIDOS

Código: 0202

ROL DE LA IMAGING-ENHANCED ENDOSCOPY EN LA EVALUACIÓN DE ACTIVIDAD ENDOSCÓPICA EN ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL: RESULTADOS DE UN METAANÁLISIS EN RED DE ESTUDIOS DIAGNÓSTICOS

Modalidad: Trabajos Científicos (presentado En Otro Congreso)

Unidad Temática: b) ENDOSCOPIA DIGESTIVA 1. Endoscopia Diagnóstica • Colon

Unidad Temática 2: a) GASTROENTEROLOGÍA 4. Colon y recto 4.1. Enfermedad Inflamatoria intestinal

PUGA-TEJADA, Miguel1 | CAPOBIANCO, Ivan2 | PUGLIANO, Cecilia Lina2 | MAJUMDER, Snehal2 | ZAMMARCHI, Irene2 | SANTACROCE, Giovanni2 | DITONNO, Ilaria2 | NARDONE, Olga Maria3 | AVEIGA CEDEÑO, Leonardo Andres4 | ROBLES-MEDRANDA, Carlos1 | GHOSH, Subrata2 | IACUCCI, Marietta2

INSTITUTO ECUATORIANO DE ENFERMEDADES DIGESTIVAS (IECED)1; APC MICROBIOME IRELAND2; UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI NAPOLI FEDERICO II3; HOSPITAL ALTA COMPLEJIDAD "EL CRUCE". F. VARELA4

Introducción: La evaluación de actividad endoscópica precisa es crucial para el manejo eficaz de la enfermedad inflamatoria intestinal (EII). La endoscopia avanzada con imagen mejorada (imaging-enhanced endoscopy, IEE) ofrece ventajas significativas sobre la endoscopia estándar y de alta definición con luz blanca (SD-WLE y HD-WLE) para evaluar cambios inflamatorios sutiles, aproximando la endoscopia a la histología y prediciendo resultados clínicos.

Objetivos: Mediante un metaanálisis en red (network meta-analysis, NMA), comparar la suficiencia diagnóstica de la SD-WLE y la HD-WLE vs IEE: cromoendoscopia virtual (virtual cromoendoscopy, VCE), la endomicroscopia láser confocal basada en sonda (probe-confocal laser endomicroscopy, pCLE) y la endocitoscopia (ECS); en la evaluación de la actividad endoscópica, considerando la actividad histológica y eventos adversos mayores (major adverse outcomes, MAO) como patrones oro.

Material y Métodos: El protocolo del NMA se registró en PROSPERO (No. CRD42024585229). Se realizó una búsqueda sistemática en PubMed y Scopus desde el inicio de los tiempos hasta noviembre de 2024, identificando estudios que compararan al menos dos técnicas endoscópicas para la evaluación de la actividad endoscópica en EII. Se eliminó duplicados mediante la plataforma EPPI-Reviewer (No. 51645). Los datos recopilados incluyeron el diseño del estudio, la edad de la población, la técnica endoscópica, la puntuación endoscópica y el patrón oro.

Resultados: Tras eliminar 77 duplicados, se revisaron 164 manuscritos. Se analizaron 2844 pacientes de 29 manuscritos: 26/29 pacientes con colitis ulcerosa (CU), 25/29 prospectivos y 3/29 multicéntricos, todos en adultos. Las comparaciones por pares más frecuentes fueron entre HD-WLE vs. pCLE (7/29), HD-WLE vs. i-scan (6/29), y HD-WLE vs. Linked Color Imaging (LCI) (5/29). El patrón oro se basó en la actividad histológica en 14/29 estudios, MAO en 10/29, y ambos en 5/29 estudios. Para predecir la actividad histológica, la coincidencia observada fue del 69% para SD-WLE y del 75% para HD-WLE; 90% para i-scan, 88% para ECS, 87% para pCLE, 83% para imágenes de láser azul (BLI), y 79% para imágenes de autofluorescencia (AFI) ($p < .001$). Para la predicción de MAO, HD-WLE mostró una coincidencia observada del 65%, inferior al de i-scan (80%; $p < .001$). Considerando HD-WLE como referencia estadística del NMA, el modelo de efectos aleatorios demostró una sen-

sibilidad significativamente mayor para la evaluación de actividad endoscópica con i-scan (riesgo relativo 1.1793; $p = .0213$), pCLE (RR 1.286; $p = .0007$), ECS (RR 1.307; $p = .044$), LCI (RR 1.317; $p = .0007$) y autofluorescence imaging endoscopy (AFI; RR: 1.785; $p = .013$), y significativamente menor para SD-WLE (RR 0.603; $p = .043$). En comparación con HD-WLE, se observó una coincidencia observada significativamente mayor con pCLE (RR 1.135; $p = .047$) y ECS (RR 1.2618; $p = .025$).

Conclusiones: La IEE, incluyendo pCLE y ECS, mejoró significativamente la suficiencia diagnóstica para predecir la actividad histológica y la MAO en comparación con SD-WLE o HD-WLE durante la evaluación de actividad endoscópica en EII. Además, i-scan, LCI y la autofluorescencia mostraron mejoras sustanciales en la sensibilidad.

TRABAJOS ORALES DISTINGUIDOS

Código: 0185

DIFERENCIACIÓN OBJETIVA ENTRE PÁNCREAS NORMAL VS ESTEATOSIS, PANCREATITIS AGUDA Y CRÓNICA MEDIANTE UN NUEVO MODELO DE INTELIGENCIA ARTIFICIAL BASADO EN IMÁGENES DE DETECCIÓN DE FLUJO POR ECOENDOSCOPIA: RESULTADOS DE UN ESTUDIO PILOTO

Modalidad: Trabajos Científicos (presentado En Otro Congreso)

Unidad Temática: b) ENDOSCOPIA DIGESTIVA 1. Endoscopia Diagnóstica • Hígado, Vías Biliares y Páncreas

Unidad Temática 2: b) ENDOSCOPIA DIGESTIVA 1. Endoscopia Diagnóstica • Ecoendoscopia

ROBLES-MEDRANDA, Carlos | PUGA-TEJADA, Miguel | BAQUERIZO-BURGOS, Jorge | CUNTÓ, Doménica | EGAS-IZQUIERDO, María | MURILLO, Juan | ELIAS-BERREZUETA, Cristina | ALCIVAR-VASQUEZ, Juan | TABACELIA, Daniela | AREVALO-MORA, Martha | PITANGA-LUKASHOK, Hannah | DEL VALLE-ZAVALA, Raquel

INSTITUTO ECUATORIANO DE ENFERMEDADES DIGESTIVAS (IECED)

Introducción: Las imágenes por detección de flujo (detective flow imaging, DFI) es una tecnología de imagen por ecoendoscopia (endoscopic ultrasound, EUS) relativamente nueva, útil para la visualización de vasos finos (VF) a baja velocidad y en ausencia de artefactos de movimiento. Se han observado cambios en la microvasculatura en pancreatitis aguda (PA) y pancreatitis crónica (PC). Hasta ahora la detección de VF mediante DFI se ha medido de forma subjetiva, basándose en la impresión visual del endoscopista. En el presente estudio los autores desarrollaron un modelo de inteligencia artificial (IA) que mide objetivamente el número promedio y máximo de VF observados.

Objetivos: Establecer un valor de corte del número de VF detectados mediante un modelo de IA basado en DFI para diferenciar entre páncreas normal (PN) vs esteatosis pancreática (EP), PA y PC.

Material y Métodos: Se realizó un estudio piloto prospectivo, observacional. Se incluyó pacientes con PN y patológico (EP, PA y PC). Aquellos pacientes mayores de 18 años quienes requirieron EUS por dispepsia crónica, se les invitó a realizarse DFI del páncreas. El número de VF detectados mediante EUS-DFI fue estimado mediante un modelo de IA desarrollado por los autores. Mediante índice de Youden se calculó el valor de corte del número de VF para diferenciar entre PN vs patológico (EP, PA y PC).

Resultados: Se incluyeron 25 pacientes. La edad media fue de 54,7 años ($\pm 16,4$) y 17/25 (68%) eran mujeres. Entre los pacientes incluidos, 6/25 (24%) presentaron PN durante la EUS, 5/25 EP (20%), 3/25 PA (12%), 7/25 CP (28%) y 4/25 PC (16%). Se observó VF en 14/25 pacientes (56%). La mediana del número de VF observada en PN fue de 7 (5.5-13), mientras que la mediana del número de VF en los pacientes con páncreas patológico fue de 16 (15.5-17.5). La mediana del número de VF observada para EP, PA y PC fue de 15 (14.5-15.5), 17.5 (17.3-17.8) y 16 (15.5-17.5), respectivamente ($p = .505$). La mediana máxima del número de VF observada durante EUS-DFI en PN fue de 36 (35.5-42.0), EP 28 (27.5-28.5), PA 40.5 (34.3-46.8), y PC 40 (36.5-42.5). Se determinó un valor de corte de más de 10 VF para el diagnóstico de patología pancreática durante la evaluación con EUS-DFI, con una sensibilidad, especificidad, valor predictivo positivo (VPP), negativo (VPN), coincidencia observada y área bajo la curva ROC del 100%, 67%, 92%, 100%, 93% y 0.682, respectivamente.

Conclusiones: El modelo de IA basado en DFI-EUS fue capaz de diferenciar entre páncreas normal vs patológico, con una alta coincidencia observada. No se observaron diferencias entre EP, PA y PC en términos del número de VF.

TRABAJOS ORALES DISTINGUIDOS

Código: 0068

EVALUACIÓN DESCRIPTIVA DE LA EFECTIVIDAD DEL PLASMA ARGÓN EN PACIENTES CON REGANANCIA DE PESO POST-BYPASS GÁSTRICO DEBIDO A LA DILATACIÓN DE LA ANASTOMOSIS GASTROENTÉRICA

Modalidad: Trabajos Científicos

Unidad Temática: b) ENDOSCOPIA DIGESTIVA 2. Endoscopia Terapéutica • Esófago, Estómago y Duodeno

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

MANAZZONI, Dante | ALLENDE, Marina | ABECIA, Victor | PIZZALA, Juan | MARCOLONGO, Mariano

HOSPITAL ITALIANO DE BUENOS AIRES

Introducción: La cirugía de bypass gástrico es una de las intervenciones más efectivas para el tratamiento de la obesidad mórbida. No obstante, una proporción significativa de pacientes experimenta reganancia de peso a largo plazo, frecuentemente asociada a la dilatación de la anastomosis gastroentérica. El fracaso de aproximadamente el 20 % de los pacientes obesos sometidos a bypass gástrico para mantener la pérdida de peso durante los 18-24 meses posteriores está relacionado con el procedimiento quirúrgico, el paciente o ambos. El Plasma argón es una técnica endoscópica que utiliza plasma de argón para lograr la coagulación de tejidos de forma controlada y superficial y ha mostrado potencial para reducir el calibre de la anastomosis y favorecer la pérdida de peso. El propósito principal de aplicar Plasma argón en la anastomosis es reducir el calibre de la misma en casos donde la dilatación ha contribuido a la reganancia de peso. En este protocolo, se busca alcanzar un calibre de 15 mm, que es considerado óptimo para restaurar la restricción funcional y mejorar la saciedad postprandial.

Objetivos: Describir la efectividad del Plasma argón para reducir el calibre de la anastomosis gastroentérica hasta los 14-15 mm y favorecer la pérdida de peso en pacientes con reganancia post-bypass gástrico.

Material y Métodos: Estudio prospectivo-descriptivo. Evaluando paciente desde 2022 - 2024 Hospital Italiano de Buenos Aires, centro de tercer nivel especializado en cirugía bariátrica. Describir y analizar la evolución del diámetro anastomótico en una cohorte de pacientes tratados con plasma de argón, considerando el número total de sesiones necesarias, el diámetro final alcanzado y las complicaciones asociadas.

Resultados: El promedio de sesiones necesarias para que los pacientes llegaran a un diámetro reducido de la anastomosis fue de aproximadamente 4,5 sesiones. El tratamiento necesita al menos 4 a 6 sesiones para alcanzar diámetros <15 mm, que son clínicamente más restrictivos. Los respondedores tenían anastomosis iniciales dilatadas (>25 mm). Alcanzaron diámetros finales 13 mm. No presentaron complicaciones mayores. Esto sugiere que el tratamiento es efectivo en pacientes seleccionados, con respuesta visible incluso en pocas sesiones. Desde el punto de vista gastroenterológico, esto es clínicamente relevante, ya que una reducción cercana al 40% puede llevar a una anastomosis dilatada (por ejemplo, de 25 mm) a un rango funcional más restrictivo (15 mm). Se asocia potencialmente con mejor saciedad postprandial y control del peso. Solo el 15% de los pacientes presentó alguna complicación tras el tratamiento con plasma de argón. La complicación reportada fue HDA (hemorragia digestiva alta), en muy pocos casos.

Conclusiones: El tratamiento endoscópico con plasma de argón demostró ser una herramienta eficaz y segura para la reducción del diámetro de las anastomosis gastroentéricas dilatadas, especialmente en pacientes con reganancia ponderal post-bypass gástrico. Algunos pacientes lograron diámetros menores con pocas sesiones, mientras que otros requirieron intervenciones prolongadas para alcanzar resultados comparables. El seguimiento estrecho y la intervención temprana podrían optimizar los resultados. La tasa de complicaciones fue baja. Un balance favorable entre eficacia y seguridad es fundamental la selección adecuada del paciente, el monitoreo del diámetro de la anastomosis y la toma de decisiones basada en la evolución clínica individual.

TRABAJOS ORALES DISTINGUIDOS

Código: 0243

MANEJO DE LA ACALASIA MEDIANTE MIOTOMÍA ENDOSCÓPICA PERORAL ASISTIDA POR UN NUEVO DISPOSITIVO MULTIMODAL FLEXIBLE, ULTRAFINO, CON ENERGÍA DE MICROONDAS: UNA SERIE DE CASOS UNICÉNTRICA

Modalidad: Trabajos Científicos (presentado En Otro Congreso)

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

Unidad Temática 2: b) ENDOSCOPIA DIGESTIVA 2. Endoscopia Terapéutica • Esófago, Estómago y Duodeno

ROBLES-MEDRANDA, Carlos | PUGA-TEJADA, Miguel | BAQUERIZO-BURGOS, Jorge | EGAS-IZQUIERDO, María | MURILLO, Juan | ELÍAS-BERREZUETA, Cristina | CUNTO, Domenica | TABACELIA, Daniela | ARÉVALO-MORA, Martha | AVEIGA CEDENO, Leonardo Andres | PITANGA-LUKASHOK, Hannah | DEL VALLE-ZAVALLA, Raquel | ALCÍVAR-VÁSQUEZ, Juan

INSTITUTO ECUATORIANO DE ENFERMEDADES DIGESTIVAS (IECED)

Introducción: Los tratamientos para la acalasia buscan reducir la presión del esfínter esofágico inferior (EEI). La miotomía endoscópica peroral (POEM) es una terapia mínimamente invasiva para la acalasia con alto éxito técnico y clínico, y menos eventos adversos que la miotomía de Heller. Debido a la miotomía del EEI y a la falta de procedimientos antirreflujo, el POEM aumenta el riesgo de enfermedad por reflujo gastroesofágico (ERGE). Si bien se han desarrollado diversas herramientas para las diferentes etapas del POEM, algunos dispositivos aún requieren el intercambio

de accesorios. Recientemente se ha desarrollado un nuevo dispositivo multimodal, flexible y ultrafino que integra una microonda de ultraalta frecuencia capaz de cortar, diseccionar, inyectar y coagular.

Objetivos: Evaluar la realización de POEM mediante un nuevo dispositivo multimodal en términos de seguridad y eficacia.

Material y Métodos: Serie de casos prospectiva y unicéntrica. Pacientes con acalasia sometidos a POEM, con o sin funduplicatura (POEM-F). Todas las etapas (incisión, tunelización y miotomía) se realizaron con este nuevo dispositivo multimodal. El éxito técnico y clínico, junto con la seguridad, fueron los criterios de valoración principales; mientras que los síntomas de reflujo posoperatorio y la calidad de vida se evaluaron como resultados secundarios mediante el índice de gravedad del reflujo.

Resultados: Diecinueve pacientes (47,4% mujeres; mediana de edad: 48 años) con acalasia se sometieron a POEM, mientras que en el 63,2% se realizó funduplicatura. Entre estos pacientes, la acalasia se clasificó predominantemente como tipo II (80%), y el 31,6% había recibido tratamiento previo, como dilataciones neumáticas (5/6) y miotomía de Heller (1/6). La mediana de la puntuación de Eckardt preoperatoria fue de 7. Se utilizaron abordajes de miotomía anterior en el 84,2% de los casos. La POEM fue técnicamente factible en todos los pacientes, con una duración media total del procedimiento de 84,6 ± 26,9 minutos. El éxito clínico se evaluó en un seguimiento de un mes. El 73,7 % de los pacientes negó síntomas de reflujo gastroesofágico, reportados con un índice de gravedad del reflujo de 1. La mediana de la puntuación de Eckardt fue de 1. Durante el procedimiento, no se observó daño en el tejido mucoso ni se reportaron complicaciones inmediatas ni tardías post-POEM.

Conclusiones: Este nuevo dispositivo multimodal permite el manejo de la acalasia, con una mejoría sustancial en el 74% de los casos, sin sintomatología de ERGE durante el primer mes posterior al procedimiento. Las ventajas de esta herramienta son: (1) márgenes limpios gracias a un voltaje menor que el de los dispositivos monopoles estándar, (2) disección más profunda y visión clara del lecho muscular gracias a la cubierta protectora, (3) el uso de un solo dispositivo para el procedimiento, y (4) reducción del daño en el tejido mucoso. Se requieren un seguimiento más prolongado y estudios más amplios para validar esta novedosa tecnología.

TRABAJOS ORALES DISTINGUIDOS

Código: 0033

COLANGIOSCOPIA PARA EL ESTUDIO DE ESTENOSIS INDETERMINADAS DE LA VÍA BILIAR. EXPERIENCIA EN UN CENTRO DE TERCER NIVEL

Modalidad: Trabajos Científicos

Unidad Temática: a) GASTROENTEROLOGÍA 5. Vesícula y vías biliares 5.2. Neoplasia

Unidad Temática 2: a) GASTROENTEROLOGÍA 5. Vesícula y vías biliares 5.4. Miscalánea

SCIGLIANO, Facundo Nahuel | MANAZZONI, Dante | VILLAVEDE, Augusto | ABECIA, Victor | PIZZALA, Juan | MAHLER, Manuel | PEREZ, Tomas Manuel | MARCOLONGO, Mariano

HOSPITAL ITALIANO DE BUENOS AIRES

Introducción: La colangioscopia es una técnica endoscópica avanzada, que permite la visualización directa de los conductos biliares y la toma de biopsias en forma dirigida, proporcionando una herramienta valiosa, en particular en el diagnóstico de estenosis biliares indeterminadas, una condición que puede ser causada tanto por patología benigna como maligna.

Objetivos: Conocer en nuestro centro el rendimiento diagnóstico de la colangioscopia basándonos en la imagen endoscópica y su correlación con el resultado anatómopatológico para el estudio de estenosis indeterminadas

Material y Métodos: Estudio descriptivo y retrospectivo

Resultados: Se analizaron 32 pacientes con estenosis biliares indeterminadas en los cuales se realizó colangioscopia con toma de biopsias. Para estenosis con sospecha endoscópica de benignidad encontramos un 100% de concordancia relacionándolas con los resultados de la biopsia endoscópica con un valor predictivo negativo de 100% (IC95% 72-100). Para estenosis con sospecha endoscópica de malignidad, utilizando criterios de Mendoza, encontramos un 62 % de concordancia con los resultados de la biopsia endoscópica, con un valor predictivo positivo de 62% (IC95% 38-82). Sin embargo este valor se incrementa al 81% (IC95%: 58-95) cuando consideramos como verdaderos positivos aquellos casos con biopsia endoscópica sin atipia pero con confirmación de malignidad en la pieza quirúrgica de aquellos que fueron operados en el seguimiento. En términos de rendimiento diagnóstico de la colangioscopia con toma de biopsias obtuvimos una sensibilidad del 100% y una especificidad del 57% para diagnóstico de patología maligna en nuestro medio. Aunque la especificidad también aumenta al 73% (IC95% 45-92) al considerar como verdaderos positivos aquellos casos con biopsia inicial benigna pero con confirmación de malignidad mediante la anatomía patológica de la pieza quirúrgica en aquellos que fueron operados en el seguimiento. Se registraron 2 complicaciones post procedimiento (6,3%) que incluyeron 1 colangitis leve y 1 pancreatitis aguda leve post colangioscopia en el total de pacientes intervenidos.

Conclusiones: Concluimos que la colangioscopia es un método seguro, con una alta sensibilidad y valor predictivo negativo para el diagnóstico de patología maligna en nuestro centro.

TRABAJOS ORALES DISTINGUIDOS

Código: 0152
PREVALENCIA DE HALLAZGOS EN VIDEOENDOCÁPSULA

Modalidad: Trabajos Científicos

Unidad Temática: b) ENDOSCOPIA DIGESTIVA 1. Endoscopia Diagnóstica • Endocápsula

LASCANO, Ernesto | BARBA, Analía | FIRVIDA, Sofía | ESCOBAR, Rafael

SANATORIO DR. JULIO MÉNDEZ

Introducción: La videoendocápsula (VEC) es un método diagnóstico que permite la visualización directa de la totalidad del intestino delgado (ID) en pacientes con patologías como síndromes polipósicos, hemorragia potencial de intestino delgado, enfermedad de Crohn, entre otras. La única complicación absoluta es la retención en intestino delgado, que requiere manejo endoscópico o quirúrgico. Las lesiones más frecuentemente halladas son: angiodisplasias, erosiones y pólipos.

Objetivos: En el presente estudio se busca caracterizar y localizar los hallazgos en VEC de nuestro sanatorio.

Material y Métodos: Se analizó la base de datos de VEC e historias clínicas electrónicas de diciembre del 2016 a diciembre del 2024 del Sanatorio Dr. Julio Méndez. Se utilizaron 2 tipos de cápsulas: CapsoCam (visión 360°) y OMOM (visión 140°). Se incluyeron pacientes mayores de 18 años con sospecha de patología de ID. Se excluyeron pacientes con sospecha de estenosis intestinal, preparación deficiente y estudios incompletos. Las variables analizadas: edad, sexo, condición paciente (ambulatorio/internado), indicación de VEC y hallazgos con su localización. Se realizó un análisis retrospectivo, descriptivo y las variables se describieron como frecuencias absolutas y porcentajes.

Resultados: Se realizaron 123 estudios, 64 (52.03%) en el sexo femenino y 59 (47.97%) en el masculino. En 38 (30.89%) estudios no se encontraron hallazgos. En los 85 (69.11%) estudios con hallazgos, en 17 pacientes se encontró más de un hallazgo, con un total de 115 hallazgos. El grupo etario estuvo comprendido entre 34-95 años, promedio de 66.5 años. Se realizaron 106 (86.18%) estudios ambulatorios y 17 (13.82%) internados. Las indicaciones fueron: hemorragia potencial de intestino delgado: 102 (82.93%), sospecha de enfermedad inflamatoria intestinal: 5 (4.07%), poliposis adenomatosa familiar: 3 (2.44%), anemia ferropénica con angiodisplasia cecal: 3 (2.44%), síndrome de Peutz Jeghers: 2 (1.63%), sospecha de ileítis por videocolonoscopía: 1 (0.81%), vigilancia de enfermedad de Crohn: 1 (0.81%), enfermedad celiaca + enfermedad Crohn: 1 (0.81%), sospecha de síndrome carcinoide: 1 (0.81%), requerimiento de anticoagulación: 1 (0.81%), síndrome de Zollinger Ellison: 1 (0.81%), enfermedad celiaca refractaria: 1 (0.81%), anemia ferropénica con enfermedad celiaca potencial: 1 (0.81%). Los hallazgos fueron en orden de frecuencia: angiodisplasias 63 (54.78%), las cuales se ubicaron en: estómago: 2 (1.74%), duodeno: 6 (5.22%), yeyuno: 47 (40.87%), íleon: 8 (6.95%). Erosiones: 21 (18.26%) las cuales se ubicaron en: estómago: 12 (10.43%), duodeno: 7 (6.09%), yeyuno: 2 (1.74%). Pólipos: 15 (13.04%), los cuales se ubicaron en: estómago 5 (4.35%), duodeno: 1 (0.87%), yeyuno: 5 (4.35%), íleon: 4 (3.48%). Divertículos: 4 (3.48%), los cuales se ubicaron en: esfago: 2 (1.74%), duodeno: 1 (0.87%), yeyuno: 1 (0.87%). Sangrado activo: 3 (2.61%), el cual se ubicó en yeyuno: 2 (1.74%), íleon: 1 (0.87%). Úlceras: 2 (1.74%), las cuales se ubicaron en yeyuno: 1 (0.87%), íleon: 1 (0.87%). Linfangiectasias: 2 (1.74%), las cuales se ubicaron en yeyuno. Edema: 2 (1.74%), el cual se ubicó en duodeno. Ectasia vascular antral gástrica (GAVE): 2 (1.74%). Aftas 1 (0.87%), la cual se ubicó en yeyuno.

Conclusiones: La videoendocapsula es un estudio útil para detectar lesiones en intestino delgado, siendo las angiodisplasias el hallazgo más frecuente y la principal causa de hemorragia de intestino medio.

TRABAJOS ORALES DISTINGUIDOS

Código: 0062
RESULTADOS A LARGO PLAZO DEL POEM: EVALUACIÓN DEL IMPACTO DEL REFLUJO GASTROESOFÁGICO (ERGE)

Modalidad: Trabajos Científicos

Unidad Temática: b) ENDOSCOPIA DIGESTIVA 1. Endoscopia Diagnóstica • Esófago, Estómago y Duodeno

Unidad Temática 2: b) ENDOSCOPIA DIGESTIVA 2. Endoscopia Terapéutica • Esófago, Estómago y Duodeno

SABA ZOTTO, Federico | RAMÍREZ, Mauricio | SOLINAS, David | MIRAGLIA, Nicole | NIEPONICE, Alejandro

Hospital Universitario Fundación Favaloro

Introducción: La miotomía endoscópica por vía oral (POEM) se ha establecido como tratamiento de primera línea para la acalasia. Sin embargo, la aparición de ERGE postoperatorio sigue siendo un tema controvertido. Este estudio presenta los resultados a largo plazo de una cohorte única tratada con una técnica estandarizada de POEM que limita la extensión de la miotomía gástrica a 2 cm.

Objetivos: Evaluar los resultados clínicos y la incidencia de reflujo gastroesofágico (ERGE) a largo plazo en pacientes con acalasia tratados mediante miotomía en-

doscópica por vía oral (POEM), utilizando una técnica estandarizada con extensión gástrica limitada.

Material y Métodos: Se realizó un estudio observacional retrospectivo con análisis de datos prospectivamente recolectados. Entre noviembre de 2013 y octubre de 2021, se incluyeron 149 pacientes consecutivos con diagnóstico de acalasia que fueron sometidos a POEM electivo en el Instituto de Esófago del Hospital Universitario Fundación Favaloro. Dos pacientes fueron excluidos por conversión intraoperatoria a miotomía de Heller. La técnica de POEM aplicada consistió en una miotomía esofágica con extensión gástrica no mayor a 2 cm, guiada por parámetros endoscópicos tales como la evaluación de una válvula de Hill similar a un tipo II, la apertura espontánea de la unión esofagogastrica sin insuflación y la presencia de vasos penetrantes.

Resultados: POEM se completó exitosamente en 147 pacientes (98,6%). El seguimiento medio fue de 30 meses. La puntuación de Eckardt mejoró significativamente de 9,6 preoperatorio a <2 en todos los puntos de seguimiento hasta 36 meses. El 20% reportó síntomas de reflujo según los cuestionarios de calidad de vida, todos controlados con inhibidores de la bomba de protones. Solo el 7,3% presentó esofagitis grado A y un caso grado C en endoscopia. Ninguno requirió cirugía antireflujo.

Conclusiones: POEM demostró ser un procedimiento seguro y eficaz a largo plazo, con tasas de ERGE aceptables comparables a la miotomía de Heller. Una técnica cuidadosa que preserve las estructuras antireflujo y limite la extensión gástrica puede minimizar significativamente la aparición de ERGE clínicamente relevante.

TRABAJOS ORALES

Código: 0227
TASA DE RECURRENCIA DEL DIVERTÍCULO DE ZENKER CON DOS TÉCNICAS ENDOSCÓPICAS: ZPOEM VS SEPTOTOMÍA

Modalidad: Trabajos Científicos

Unidad Temática: b) ENDOSCOPIA DIGESTIVA 2. Endoscopia Terapéutica • Esófago, Estómago y Duodeno

MIRAGLIA, Lucia Nicole | SOLINAS, David | SABA ZOTTO, Federico | RAMÍREZ, Mauricio | NACHMAN, Fabio | NIEPONICE, Alejandro

Hospital Universitario Fundación Favaloro

Introducción: El tratamiento del divertículo de Zenker ha atravesado una evolución significativa en los últimos años. Se ha visto un cambio de perspectiva, favoreciendo el tratamiento endoscópico miniinvasivo por sobre el tratamiento quirúrgico abierto tradicional. Sin embargo, persiste el debate con respecto a cuál es la técnica endoscópica más eficaz. El objetivo de este estudio es comparar las tasas de recurrencia de la disfagia entre la Miotomía Endoscópica Peroral del Zenker (ZPOEM) y la septotomía por endoscopia flexible (FES). Se utilizarán sus siglas en inglés por estar ampliamente difundidas de esa manera.

Objetivos: Comparar la tasa de recurrencia de la disfagia entre dos técnicas endoscópicas para el tratamiento del Zenker: ZPOEM vs FES.

Material y Métodos: Se incluyeron todos los pacientes que fueron sometidos a tratamiento endoscópico para el divertículo de Zenker desde enero 2018 hasta diciembre 2022. Se agruparon según el tratamiento realizado: ZPOEM o FES. Ambos fueron realizados por el mismo cirujano experimentado. Cualquier indicio de disfagia fue interrogado cuidadosamente mediante la escala FOIS (Functional Oral Intake Scale) y registrado como indicador de recurrencia cuando los valores eran de 5 o menores. Se realizó endoscopia de control de manera rutinaria a los 6 meses del procedimiento o antes si se presentaron síntomas, agregando una estudio de tránsito esofágico contrastado. Se obtuvo el consentimiento de todos los pacientes para utilizar sus datos con fines científicos.

Resultados: Se incluyó un total de 51 pacientes divididos en dos grupos según el tratamiento realizado. En 29 pacientes se realizó ZPOEM, en 24 FES. Se registran las variables demográficas en la Tabla 1, sin diferencias significativas entre ambos grupos. La mediana de seguimiento para el grupo de ZPOEM fue de 12 meses (DS = 6.44) vs 18 meses en el de FES (DS= 14.47). Los pacientes en el grupo de FES tienen un seguimiento significativamente mayor ya que era la técnica predominante en el momento en el que inició la cohorte, cambiando hacia ZPOEM hacia el final. La mediana del tamaño diverticular fue igual en ambos grupos (4 cm en ambos casos). La recurrencia de la disfagia se presentó en el 10% (3/29) de los pacientes del grupo de ZPOEM vs. 33% (8/24) en el de FES (p= 0.049, CI 95%) (Tabla 2). En todos los casos de recidiva se corroboró con endoscopia y tránsito esofágico. Con respecto a la morbilidad, se presentaron eventos adversos a 30 días en 3 pacientes, 2 en el grupo ZPOEM y 1 en el de FES. En el grupo ZPOEM uno de los eventos fue un tromboembolismo pulmonar a los 20 días, no considerado directamente relacionado al procedimiento. El otro fue un sangrado digestivo que resolvió espontáneamente sin requerir otros estudios. En el grupo de FES solo se reportó un evento de sangrado, si bien no se encontró el sitio de sangrado, se considera relacionado al procedimiento.

Conclusiones: Este estudio sugiere que el ZPOEM podría ser superior a la septotomía para reducir la recurrencia de la disfagia en pacientes con divertículo de Zenker. Mientras las dos técnicas demostraron alta eficacia técnica y clínica con un bajo índice de eventos adversos, la menor recurrencia observada con el ZPOEM apoya su uso como un tratamiento con mayor durabilidad. Sin embargo, debido a que el estudio es retrospectivo y la muestra es de tamaño limitado, se necesitarían estudios prospectivos con mayores cohortes para confirmar estos hallazgos.

TRABAJOS ORALES

Código: 0215**PREDICTORES DE EFICACIA DE LA ABLACIÓN INTRADUCTAL POR RADIOFRECUENCIA EN EL COLANGIOCARCINOMA PERIHILIAR INOPERABLE: UN ESTUDIO RETROSPECTIVO UNICÉNTRICO***Modalidad: Trabajos Científicos (presentado En Otro Congreso)**Unidad Temática: a) GASTROENTEROLOGÍA 5. Vesícula y vías biliares 5.2. Neoplasia**Unidad Temática 2: b) ENDOSCOPIA DIGESTIVA 2. Endoscopia Terapéutica • Hígado, Vías Biliares y Páncreas*

ROBLES-MEDRANDA, Carlos | AREVALO-MORA, Martha | PUGA-TEJADA, Miguel | BAQUERIZO-BURGOS, Jorge | EGAS-IZQUIERDO, María | CUNTO, Doménica | MURILLO, Juan | ELIAS-BERREZUETA, Cristina | DEL VALLE-ZAVALA, Raquel | TABACELIA, Daniela | AVEIGA CEDEÑO, Leonardo Andres | ALCIVAR-VASQUEZ, Juan

INSTITUTO ECUATORIANO DE ENFERMEDADES DIGESTIVAS (IECED)

Introducción: Las opciones actuales de tratamiento para el colangiocarcinoma perihiliar (perihiliar cholangiocarcinoma, pCCA) son limitadas y tienen un pronóstico desfavorable. Al igual que en el cáncer de páncreas, La ablación intraductal por radiofrecuencia (radiofrequency ablation, RFA) guiada por ecoendoscopia (endoscopic ultrasound, EUS) representa una alternativa de tratamiento local, complementaria al tratamiento sistémico. Al momento no existe un protocolo de manejo estandarizado en cuanto al número de sesiones de RFA ni al número o tipo de prótesis necesarias para el drenaje biliar. Por lo tanto, generalmente se maneja según la experiencia del endoscopista.

Objetivos: Identificar factores predictores de eficacia clínica y seguridad en el manejo de pCCA mediante EUS-RFA.

Material y Métodos: Estudio retrospectivo unicéntrico que incluyó pacientes con diagnóstico de pCCA inoperable sometidos a EUS-RFA. Se realizó una regresión logística binomial (Odds Ratio, OR) para identificar posibles predictores de reintervención. Se utilizó un umbral de $p < .1$ para seleccionar las variables candidatas para un modelo multivariable con el fin de caracterizar mejor estos predictores.

Resultados: Se seleccionó 55 casos sometidos a EUS-RFA, con una mediana de edad de 70 años (60-76.5), 26 mujeres (47.3%), 69.1% sin tratamiento previo y 90.9% con papila nativa. La mayoría de los pacientes requirió tratamiento con RFA en un solo territorio de la vía biliar (94.5%), con una aplicación de RFA por procedimiento (98.2%), utilizando 10 vatios en el 96.4%. En 27 casos se colocó solo una prótesis (49.1%), dos en otros 27 y tres en solo uno (1.8%). Se colocó una prótesis plástica en 13 (23.6%) y uno metálico en 42 (76.4%). Se logró éxito técnico y clínico en 53 (96.4%) y 43 (78.2%), respectivamente; solo un caso presentó sangrado leve y tres casos con disfunción de la prótesis (5.5%). Fue necesaria una reintervención en 9 casos (16.4%). En comparación con los pacientes no intervenidos, los reintervenidos mostraron una menor fracción de papila nativa preoperatoria (95.7% vs. 66.7%; $p=.0266$), una menor bilirrubina preoperatoria (14.7 vs. 2 mg/dl; $p=.05$) y una mayor disfunción de la prótesis (0% vs. 33.3%; $p=.0032$). Tras la corrección de proporciones, la regresión logística multivariante demostró como factores preventivos para la reintervención, un nivel más alto de bilirrubina preoperatoria (OR 0.9; IC 95% 0.85-0.95; $p<.001$), la colocación de dos prótesis (OR 0.14; IC 95% 0.04-0.42; $p<.001$) y el uso de prótesis metálica (OR 0.13; IC 95% 0.03-0.41; $p<.001$).

Conclusiones: La EUS-RFA en pacientes con pCCA es una modalidad mínimamente invasiva, segura y eficaz. La EUS-RFA tiene un potencial rol en el tratamiento local de pacientes con pCCA irresecable. Su impacto en la supervivencia global (SG) requiere de estudios con una mayor muestra de casos.

TRABAJOS ORALES

Código: 0195**POEM MIOTOMÍA ENDOSCÓPICA PERORAL EN PACIENTE CON ACALASIA II (CON VIDEO)***Modalidad: Casos Clínicos**Unidad Temática: b) ENDOSCOPIA DIGESTIVA 2. Endoscopia Terapéutica • Esófago, Estómago y Duodeno*

Unidad Temática 2: a) GASTROENTEROLOGÍA 1. Esófago 1.2. Trastornos motores
LOMBARDI, Giuliana Gisele | **FIRVIDA, Sofia** | **PARDO, Barbara** | **VISSO, Ana Laura** | **ESCOBAR FERNANDEZ, Rafael**

SANATORIO DR. JULIO MÉNDEZ

Introducción: La acalasia es un trastorno primario de la motilidad esofágica. Se caracteriza por la alteración en la relajación de la unión esófago-gástrica (UEG) en ausencia de actividad peristáltica efectiva del cuerpo esofágico, por la pérdida de la función del componente inhibidor del plexo mientérico del esfínter esofágico inferior (EEI). Como consecuencia de la obstrucción del flujo de salida esofágico, los pacientes presentan síntomas clínicos de disfagia, regurgitación, dolor torácico, entre otros. La manometría esofágica permite el diagnóstico y caracterización de diferentes fenotipos

de acalasia y la sonda de imagen funcional del lumen (Endo FLIP) para la medición de la distensibilidad del esófago mediante planimetría por impedancia, es otra herramienta para definir la severidad de la enfermedad y además de medidas objetivas de la respuesta al tratamiento. El objetivo terapéutico principal es mejorar la obstrucción de la unión esófago-gástrica mediante la reducción de la presión del EEI y permitir, incluso en ausencia de peristasis, el vaciado efectivo del contenido esofágico, contribuyendo a reducir los síntomas y prevenir complicaciones. La miotomía endoscópica peroral (POEM) es la alternativa endoscópica mínimamente invasiva, técnica que consiste en crear un túnel submucoso a través de una pequeña incisión en la mucosa del esófago para acceder a las fibras musculares del EEI y realizar la miotomía.

Objetivos: Presentar un caso de POEM Miotomía endoscópica peroral en paciente con Acalasia II

Caso Clínico: Paciente masculino de 65 años con disfagia esofágica intermitente a sólidos por acalasia tipo II. Se realiza POEM. VEDA: A 15 cm de la UEG, se realiza incisión mucosa en cara posterior para acceder al tercer espacio. Se efectúa tunelización diseccionando la submucosa esofágica hasta estómago utilizando de forma alternante y repetitiva inyección más corte. Además, se realiza coagulación profiláctica de vasos y en sitios de sangrado con punta de knife y pinza hemostática. Se identifican las fibras musculares del EEI y se lleva a cabo miotomía transmural hasta 3 cm en estómago. El procedimiento finaliza con el cierre de la ventana mucosa con clips. Se realiza control funcional con planimetría de Endoflip™ con catéter 322 – 8 cm: índice de distensibilidad 1.2 mm2/mmHg pre miotomía y 5 mm2/mmHg post miotomía. A las 24 hs presenta esofagograma sin evidencia de fuga y adecuado pasaje de contraste. Por evolución clínica favorable, se otorga egreso hospitalario.

Resultados: Entre las opciones terapéuticas tradicionales para la acalasia, se encuentran las inyecciones de toxina botulínica, la dilatación neumática y la miotomía de Heller laparoscópica (MHL). Aunque MHL se ha considerado el tratamiento estándar por su eficacia a largo plazo, presenta limitaciones, especialmente en pacientes con recaídas o acalasia avanzada. El POEM surgió en 2008 como una técnica endoscópica mínimamente invasiva como una alternativa eficaz a los tratamientos tradicionales. Está indicada tanto como primer tratamiento como en previos fallidos. Los estudios revisados reportan una tasa de éxito clínico del 82 al 100 %, con mejora significativa de los síntomas según la escala de Eckardt y en la calidad de vida de los pacientes. No obstante, un inconveniente frecuente es el reflujo gastroesofágico postoperatorio, con tasas que alcanzan hasta el 50 % en algunos estudios, aun así, éste responde favorablemente con medicación de primera línea, y no suele generar síntomas graves en la mayoría de los casos.

Conclusión: El POEM es una técnica mínimamente invasiva que ha cambiado radicalmente la evolución natural de la enfermedad, mejorando significativamente la calidad de vida de los pacientes.

TRABAJOS ORALES

Código: 0030**TASA DE RECURRENCIA Y FACTORES ASOCIADOS EN MUCOSECTOMÍAS DE PÓLIPOS COLORRECTALES ≥ 2 CM***Modalidad: Trabajos Científicos**Unidad Temática: b) ENDOSCOPIA DIGESTIVA 2. Endoscopia Terapéutica • Colon*

FIRVIDA, Sofia | *VISSO, Ana Laura* | *PARDO, Bárbara Eugenia* | *ESCOBAR, Rafael*
SANATORIO DR. JULIO MÉNDEZ

Introducción: La resección mucosa endoscópica (RME) constituye una técnica eficaz para la extirpación de pólipos colorrectales ≥ 2 cm, contribuyendo a la prevención del cáncer colorrectal. No obstante, la recurrencia post RME representa un desafío clínico, con tasas reportadas entre 10-30%, asociadas a características del pólipo, técnica empleada y experiencia del endoscopista. Este estudio analiza la tasa de recurrencia y factores asociados para optimizar el manejo clínico.

Objetivos: Evaluar la tasa de recurrencia en RME de pólipos colorrectales ≥ 2 cm e identificar los factores asociados a una mayor probabilidad de recurrencia. **Material y Métodos:** Se incluyeron pacientes con RME de pólipos colorrectales ≥ 2 cm entre marzo del 2021 y febrero de 2025. La muestra consistió en 35 pacientes, de los cuales 9 no cumplieron con los criterios de inclusión. Las variables analizadas fueron: edad, sexo, características de los pólipos (tamaño, localización, morfología, histología), tipo de resección (bloque o fragmentos), presencia o no de recurrencia en el sitio de resección.

Resultados: La edad promedio fue de 76 años a predominio del sexo femenino (72%). La tasa de recurrencia fue del 30,7%. Todas ocurrieron en resecciones en fragmentos (n=8), principalmente en lesiones mayores de 30mm (n=6), con una clasificación de Paris 0IIa+0Is (n=4), localizadas predominantemente en ciego y colon derecho (n=5).

Conclusiones: La RME es una técnica segura y eficaz para el tratamiento de pólipos colorrectales ≥ 2 cm. No obstante, la recurrencia en el sitio de resección continúa siendo una limitación, especialmente en resecciones en fragmentos y en pólipos mayores a 40mm. En este estudio, se observó una tasa de recurrencia del 30,7%, un valor comparable al reportado por Belderbos et al. Se identificaron como factores asociados el tamaño del pólipo, su localización en colon proximal y el número de fragmentos utilizados en la resección. Estos hallazgos refuerzan la importancia de identificar de manera temprana los factores de riesgo de recurrencia y optimizar la técnica de resección. Asimismo, resalta la necesidad de capacitar al equipo endoscópico y establecer protocolos institucionales de vigilancia post - mucosectomía basados en evidencia.

TRABAJOS ORALES

Código: 0180
TASA DE CANULACIÓN BILIAR PROFUNDA SEGÚN LA ANATOMÍA MACROSCÓPICA DE LA PAPILA DUODENAL MAYOR

Modalidad: Trabajos Científicos

Unidad Temática: b) ENDOSCOPIA DIGESTIVA 2. Endoscopia Terapéutica • Hígado, Vías Biliares y Páncreas

Unidad Temática 2: b) ENDOSCOPIA DIGESTIVA 1. Endoscopia Diagnóstica • Hígado, Vías Biliares y Páncreas

GROISMAN, Martin | FIRVIDA, Sofia | DI DOMÉNICO, Diego Salvador | ESCOBAR, Rafael

SANATORIO DR. JULIO MÉNDEZ

Introducción: La colangio-pancreatografía retrógrada endoscópica (CPRE) requiere la canulación biliar profunda para la resolución de patologías obstructivas biliares. Esta puede ser dificultosa por factores como la morfología de la papila duodenal mayor (4 tipos según la clasificación de Haralldson et. al: tipo I o regular, tipo II o pequeña, tipo III o péndula y tipo IV o rugosa) y su relación con divertículos (papila intradiverticular, yuxtadiverticular y peridiverticular). Este estudio evaluó la tasa de canulación biliar, su dificultad y complicaciones post-CPRE en base a estas características anatómicas.

Objetivos: Analizar la influencia de la anatomía macroscópica de la papila duodenal mayor en las tasas de canulación biliar profunda exitosa, canulación dificultosa y complicaciones post-CPRE.

Material y Métodos: Estudio observacional, retrospectivo, de corte transversal realizado en centro de tercer nivel en CABA entre mayo 2021 y abril 2025. Se incluyeron pacientes ≥ 18 años con indicación adecuada de CPRE y papila nativa. Se excluyeron pacientes con instrumentación biliar previa, papila de aspecto infiltrativo o anatomía bilio-digestiva alterada. Se clasificó la papila según la morfología de acuerdo a la clasificación de Haralldsson y su relación con divertículos duodenales. Se evaluaron tasas de canulación biliar profunda y dificultosa, complicaciones post-CPRE y su asociación con la anatomía papilar.

Resultados: Se incluyeron 122 pacientes (50.8% mujeres, edad media de 63.2 años). La indicación principal fue litiasis coledociana (82.8%). La tasa global de complicaciones post-CPRE fue 9% (pancreatitis 1.6%, hemorragia 2.4%, perforación 2.4%, otras 2.4%). Las frecuencias de papila fueron: tipo I (58.2%), II (23%), III (15.6%) y IV (3.3%). Se observó localización yuxtadiverticular en 15.5% e intradiverticular en 3.3%. La tasa global de canulación biliar profunda fue 82%, reduciéndose a 52.6% en presencia de patología tumoral periampular (OR 6.2; $p < 0.01$). La canulación fue dificultosa en 18% de los casos exitosos. La papila tipo I se asoció significativamente a mayor tasa de canulación (OR 0.336; $p = 0.022$). La tipo IV se asoció a canulación dificultosa (OR 25.6; $p = 0.030$). La tipo II se relacionó con mayor riesgo de perforación (OR 28.7; $p = 0.009$), mientras que la tipo III con mayor riesgo de hemorragia post-CPRE (OR 12; $p = 0.013$). No se encontraron asociaciones significativas entre los tipos de papila y pancreatitis post-CPRE, tampoco entre las papilas yuxta e intradiverticulares con dificultad de canulación ni complicaciones, aunque se observó una tendencia cercana a presentar significancia estadística con hemorragia en papilas yuxtadiverticulares ($p = 0.063$).

Conclusiones: La morfología de la papila duodenal mayor influye significativamente en los resultados de la CPRE. Evaluar la anatomía de la papila es importante para una adecuada elección de la estrategia de abordaje, para así obtener mejores resultados y prevenir complicaciones.

PÓSTERS DISTINGUIDOS

Código: 0269
IDENTIFICACIÓN DE HIPERTENSIÓN PORTAL MEDIANTE LA CUANTIFICACIÓN OBJETIVA DE VASOS FINOS DEL BAZO POR IMAGEN DE DETECCIÓN DE FLUJO, ASISTIDA POR INTELIGENCIA ARTIFICIAL: RESULTADOS DE UN ESTUDIO PILOTO

Modalidad: Trabajos Científicos (presentado En Otro Congreso)

Unidad Temática: b) ENDOSCOPIA DIGESTIVA 1. Endoscopia Diagnóstica • Hígado, Vías Biliares y Páncreas

Unidad Temática 2: a) GASTROENTEROLOGÍA 9. Hígado 9.2. Hipertensión portal
ROBLES MEDRANDA, Carlos1 | BAQUERIZO BURGOS, Jorge1 | PUGA-TEJADA, Miguel1 | DEL VALLE-ZAVALA, Raquel1 | ALCÍVAR-VÁSQUEZ, Juan1 | MURILLO, Juan1 | ELÍAS BERREZUETA, Cristina1 | CUNTO, Domenica1 | ARÉVALO-MORA, Martha1 | EGAS IZQUIERDO, Maria1 | MENDEZ, Juan2 | PITANGA-LUKASHOK, Hannah1 | AVEIGA CEDEÑO, Leonardo Andres3 | TABACELIA, Daniela1

INSTITUTO ECUATORIANO DE ENFERMEDADES DIGESTIVAS (IECED)1; MDCONSGROUP2; HOSPITAL ALTA COMPLEJIDAD "EL CRUCE". F. VARELA3

Introducción: La ecoendoscopia (EUS), especialmente cuando se combina con tecnologías de imagen innovadoras como la imagen por detección de flujo (detective flow imaging, DFI), se ha convertido en una potente herramienta diagnóstica para

evaluar vasos finos (VF) y baja velocidad de flujo sin agentes de contraste. El DFI muestra información clara y precisa sobre la perfusión sanguínea con mayor resolución y sensibilidad en comparación con tecnologías convencionales como el Doppler color y el eFlow, y los agentes de contraste. Sin embargo, hasta ahora, estos hallazgos se han evaluado subjetivamente.

Objetivos: Los autores desarrollaron un modelo de inteligencia artificial (IA) que permite la estimación cuantitativa y objetiva de los VF detectados mediante EUS-DFI. Este estudio persigue establecer el valor de corte del número de VF esplénicos detectados para diferenciar los cambios causados por la hipertensión portal (HTP), y determinar la suficiencia diagnóstica de dicho valor de corte para diferenciar entre bazo normal vs patológico.

Material y Métodos: Estudio piloto observacional, prospectivo y unicéntrico. Se incluyeron pacientes mayores de 18 años con cirrosis hepática crónica e indicación de EUS. Los pacientes se dividieron en dos grupos: un grupo control (pacientes sin HTP) y un grupo con cirrosis (pacientes con HTP). Todos los pacientes se sometieron a EUS-DFI.

Resultados: Se incluyeron 27 pacientes: 12 sin http y 15 con HTP. La edad media fue de 61 años (DE: 13,9) y el 70,4% eran mujeres. El 38,5% de los pacientes del grupo control y el 60% de los casos presentaron VF observado durante la EUS-DFI. La mediana del número de VF detectados por el modelo de IA fue de 7 (2,8-8,0) en el grupo control y de 12 (11-14) en el grupo con HTP ($p < 0,001$). La mediana del número máximo de VF detectados fue de 38 (19,5-45,3) en el grupo control y de 32 (29-41,0) en el grupo con HTP ($p = 0,981$). El valor de corte para el número de VF promedio detectado por el modelo de IA se determinó en 10,5, con un área bajo la curva de 0,933. Este valor de corte permitió identificar HTP con una sensibilidad, especificidad, valores predictivos positivos y negativos, y una concordancia observada del 93,3%, 91,6%, 93,3%, 91,6% y 92,5%.

Conclusiones: En conclusión, el modelo de IA basado en EUS-DFI fue capaz de diferenciar entre pacientes sin HTP de aquellos con HTP con alta suficiencia diagnóstica utilizando un valor de corte de 10,5. El número de VF detectado podría utilizarse potencialmente como una medida objetiva para evaluar los cambios vasculares del bazo con EUS-DFI incluso en ausencia de esplenomegalia, lo que ayuda a establecer el pronóstico de la cirrosis hepática.

PÓSTERS DISTINGUIDOS

Código: 0239
EXPERIENCIA INICIAL DE TÉCNICA MIOTOMÍA PERORAL ENDOSCÓPICA PARA PACIENTES CON ACALASIA

Modalidad: Trabajos Científicos

Unidad Temática: b) ENDOSCOPIA DIGESTIVA 2. Endoscopia Terapéutica • Esófago, Estómago y Duodeno

Unidad Temática 2: a) GASTROENTEROLOGÍA 10. Neurogastroenterología 10.1. Acalasia

FERREYRA VALVASSORI, Nair | GIGENA, Ricardo Agustín | Gobelet, Jaqueline

SANATORIO ALLENDE

Introducción: La acalasia es un trastorno de la motilidad esofágica crónico caracterizado por una aperistalsis del cuerpo del esófago y una ausencia de relajación esfínter esofágico inferior. Se suele presentar con disfagia, regurgitación, dolor torácico y pérdida de peso, para evaluar estos síntomas se utiliza la escala de Eckardt que es un sistema de puntuación en donde un valor más elevado indica una enfermedad más sintomática. El POEM es una alternativa quirúrgica endoscópica a la miotomía de Heller laparoscópica, ofreciendo una eficacia comparable al tiempo, y con mínima invasividad y menor morbilidad.

Objetivos: Objetivo principal: Evaluar la eficacia clínica y técnica del POEM. Objetivos secundarios: Analizar el tiempo operatorio, eventos adversos, la estancia hospitalaria, la aparición de reflujo patológico post POEM y la reducción de la altura de la columna de bario en el esofagograma temporalizado.

Material y Métodos: Pacientes mayores de 18 años sometidos a POEM desde mayo de 2023 a abril de 2025, en el Sanatorio Allende. Estudio: Retrospectivo, Descriptivo, observacional. Los eventos adversos se categorizaron según la clasificación de Clavien-Dindo. Recolección de Datos: Todos los pacientes fueron evaluados por un equipo multidisciplinario. Tuvieron una evaluación diagnóstica antes de POEM que incluyó una endoscopia digestiva alta, esofagograma temporizado, manometría esofágica y estadificación clínica de la acalasia según la puntuación de Eckardt.

Resultados: El total de pacientes incluidos fueron 15. La edad promedio de la muestra fue de $49 \pm 4,73$ años, con mayoría en pacientes de sexo masculino (57%) sobre femenino (43%). El subtipo de Acalasia fue mayormente el Subtipo II el en 50% de la muestra (Según la clasificación de Chicago IV). La tasa de éxito técnico del POEM fue del 93,3% ya que uno de los pacientes presentó fibrosis en la mucosa y no se pudo realizar la miotomía. El tiempo operatorio medio fue de $116 \pm 6,3$ minutos. Las puntuaciones de los síntomas de Eckardt disminuyeron significativamente a los dos meses de seguimiento ($6,7 \pm 0,2$ frente a $2,79 \pm 0,18$ $p < 0,0001$). El porcentaje de pacientes con éxito clínico (Eckardt < 3): fue del 100% a los 3 meses de seguimiento. La altura de la columna de bario a los 5 min en el esofagograma temporizado se redujo de $6,8 \pm 4,9$ cm a $2,3 \pm 2,9$ cm ($p = 0,05$). En el esofagograma realizado al mes el 7 % (1 paciente) presentó signos de reflujo y 7 % (1 paciente) presentó un retraso leve en el vaciamiento esofágico. La estancia hospitalaria media fue de $1,79 \pm 0,5$ días. Se observó en las endoscopias posteriores al procedimiento que solo

el que solo el 7 % de los pacientes sometidos a POEM tuvieron esofagitis erosiva leve (Grado A de los Ángeles). No se observaron efectos adversos graves. Del total de pacientes 3 presentaron complicaciones. 2 de ellas fueron intraoperatorias de los cuales un paciente presentó microperforación de la mucosa subcardial, que se resolvió instalando un clip a ese nivel, y otro paciente presentó neumoperitoneo que se drenó con un trocar a nivel en Fosa ilíaca Izquierda. Solo un paciente presentó una complicación post operatoria que fue dehiscencia de la mucosa a nivel del cierre con clips, se resolvió colocando dos clips en dicha zona.

Conclusiones: El POEM es un procedimiento eficaz, seguro, mínimamente invasivo y que favorece a un alivio significativo de los síntomas de pacientes con diagnóstico de acalasia. Sin embargo, se necesitan muestras más grandes y estudios prospectivos, multicéntricos y con mayor tiempo de análisis para llegar a resultados más concluyentes.

PÓSTERS DISTINGUIDOS

Código: 0206

PERFIL ENDOSCÓPICO Y TERAPÉUTICO DE PACIENTES PEDIÁTRICOS CON INGESTA DE CÁUSTICOS: EXPERIENCIA DE 7 AÑOS EN HOSPITAL PEDIÁTRICO DE ALTA COMPLEJIDAD

Modalidad: Trabajos Científicos

Unidad Temática: b) ENDOSCOPIA DIGESTIVA 3. Endoscopia Pediátrica

ARCO, Karina | GERAIGE, Wilma | TORRES, Mariana | ROITMAN, Paula | FIES-TAS, Kerly | VAQUER, Giuliana

HOSPITAL NOTTI

Introducción: La ingesta accidental de sustancias cáusticas constituye una causa importante de urgencia pediátrica, principalmente en niños menores de cinco años. Estos agentes provocan lesiones químicas en la mucosa del tracto digestivo superior, con un amplio espectro de gravedad. La evaluación endoscópica temprana resulta fundamental para establecer el grado de compromiso tisular, guiar el manejo terapéutico y predecir complicaciones a largo plazo.

Objetivos: Evaluar características demográficas, los hallazgos endoscópicos según la clasificación de Zargar, la presencia de gastritis y la necesidad de dilataciones esofágicas en pacientes pediátricos con ingesta de cáusticos atendidos entre 2018 y 2024.

Material y Métodos: Se llevó a cabo un estudio retrospectivo descriptivo mediante el análisis de registros de endoscopias de guardia realizadas a pacientes pediátricos diagnosticados con ingesta de cáusticos desde enero de 2018 hasta diciembre de 2024. Se extrajeron datos demográficos (sexo, edad), diagnóstico endoscópico principal clasificado según la escala de Zargar, día de la consulta (día hábil o fin de semana), y la necesidad de dilataciones esofágicas, especificando número y tipo de balón utilizado. Además, se registró la evolución tras el uso de inyección de triamcinolona como terapia adyuvante.

Resultados: Se identificaron 161 pacientes, de los cuales 106 (65.8%) fueron varones y 55 (34.2%) mujeres. La edad promedio fue de 3 años. La clasificación endoscópica de Zargar evidenció: 60 casos (37.3%) sin lesión; 39 (24.2%) con grado I; 54 (33.5%) con grado II (40 casos IIA y 14 IIB); y 9 (5.6%) con grado III. Se detectó gastritis en 25 pacientes (15.5%), principalmente en aquellos con esofagitis grado II y III. Las endoscopias de guardia se realizaron mayormente en días hábiles (59.4%), y el resto en fines de semana (40.6%). En cuanto a tratamiento, 25 pacientes con lesiones grado IIA/IIB (46%) y 7 con grado III (77.7%) requirieron dilataciones esofágicas. Las dilataciones se efectuaron con balones y bujías de Savary, en intervalos promedio de tres meses; cinco pacientes presentaron estenosis refractarias y requirieron dilataciones cada 21 días. Quince pacientes recibieron inyecciones de triamcinolona tras las dilataciones, sin observarse cambios significativos en la frecuencia de estas. Dos pacientes fueron sometidos a ascenso gástrico.

Conclusiones: En este estudio retrospectivo se evidenció que la ingesta de cáusticos en pacientes pediátricos afectó predominantemente a varones menores de 4 años. La clasificación endoscópica de Zargar permitió categorizar con precisión el grado de lesión esofágica, observándose una prevalencia significativa de grados IIA y IIB. La presencia de gastritis se asoció mayormente con lesiones esofágicas severas. La mayoría de los pacientes con lesiones grado II y III requirieron dilataciones esofágicas, siendo necesarias múltiples sesiones en casos de estenosis refractarias. La adición de triamcinolona no modificó significativamente la frecuencia de las dilataciones. Estos hallazgos resaltan la importancia del seguimiento endoscópico estricto y la individualización del tratamiento en esta población para optimizar los resultados terapéuticos y prevenir complicaciones a largo plazo.

PÓSTERS DISTINGUIDOS

Código: 0209

ESTUDIO RETROSPECTIVO OBSERVACIONAL SOBRE LA SEGURIDAD DE LA ENDOSCOPIA DIGESTIVA EN PACIENTES CON TRASPLANTE DE MÉDULA ÓSEA CON TROMBOCITOPENIA

Modalidad: Trabajos Científicos

Unidad Temática: b) ENDOSCOPIA DIGESTIVA 4. Endoscopia Miscelánea

PARDES VITORES, Roberto | PEREZ RUGE, Diana | PERALTA, Angel Daniel | RIERA, Leandro

HOSPITAL UNIVERSITARIO CEMIC

Introducción: Los estudios endoscópicos son cada vez más empleados en el diagnóstico y manejo de ciertas complicaciones gastrointestinales de pacientes con trasplante de médula ósea. Las complicaciones gastrointestinales suelen presentarse antes, durante y después de un trasplante de médula ósea (TAMO). Entre las principales complicaciones gastrointestinales de TAMO se encuentran: vómitos, disfgia, diarrea, dispepsia y hemorragia gastrointestinal. La permanencia de estos síntomas requiere un diagnóstico mediante endoscopia y biopsias. En estas presentaciones clínicas los profesionales pueden presentar dudas sobre la realización de estudios endoscópicos. Se evaluó la seguridad y la existencia de complicaciones hemorrágicas posterior a la realización de endoscopia en pacientes con antecedente de TAMO con trombocitopenia.

Objetivos: Realizar un análisis detallado y tasa de complicaciones post procedimientos de pacientes a los que se le realizó endoscopia.

Material y Métodos: Se realizó un estudio retrospectivo, observacional de serie de casos, el cual se llevó a cabo en un Hospital de Argentina, utilizando registros físicos y electrónicos de historias clínicas correspondientes al periodo comprendido entre enero de 2009 y diciembre de 2024. Fueron incluidos adultos (>18 años) con TAMO, que fueron sometidos a endoscopia durante el periodo determinado. Este grupo de estudio fue conformado por aquellos con trombocitopenia <50.000/mm3 y >50.000/mm3 al momento del estudio.

Resultados: Se incluyeron un total de 36 procedimientos endoscópicos (VEDA/VCC) realizados en pacientes que recibieron TAMO. La distribución fue la siguiente: endoscopia digestiva alta (VEDA) en 20 casos (55.6%), videocolonoscopía (VCC) en 13 casos (36.1%) y videorectosigmoidoscopia en 3 casos (8.3%). 27 procedimientos (75%) fueron realizados en pacientes de sexo masculino, y 9 (25%) en pacientes de sexo femenino. Durante la internación, 9 pacientes (25%) recibieron transfusiones de hemoderivados, aunque ninguna estuvo relacionada a sangrado post-procedimiento. No se registraron complicaciones hemorrágicas a las 24 hs ni diferidas, y ningún paciente falleció por causas asociadas al estudio. Las variables categóricas fueron comparadas mediante prueba de chi-cuadrado y las variables continuas mediante prueba de t de Student según su distribución. Debido a la ausencia de complicaciones, no se calculó odds ratio, y la prueba de Fisher arrojó un valor de $p = 1$, indicando ausencia de diferencia estadística entre los grupos.

Conclusiones: En esta serie de pacientes con trasplante de médula ósea sometidos a procedimientos endoscópicos diagnósticos, no se observó hemorragia gastrointestinal post-procedimiento, incluso en aquellos con recuentos de plaquetas inferiores a 50.000/mm3. Estos hallazgos indican que en un contexto clínico controlado y con una correcta selección de pacientes, la endoscopia digestiva diagnóstica podría considerarse segura en presencia de trombocitopenia moderada. Si bien el tamaño de la muestra fue limitado, y la ausencia de eventos impiden realizar caracterizaciones estadísticas concluyentes, los datos obtenidos aportan evidencia observacional útil para la práctica clínica, acorde a lo encontrado en la bibliografía revisada.

PÓSTERS DISTINGUIDOS

Código: 0203

LESIÓN DE DIEULAFOY EN COLON: UNA CAUSA RARA DE HEMORRAGIA DIGESTIVA BAJA

Modalidad: Casos Clínicos

Unidad Temática: b) ENDOSCOPIA DIGESTIVA 1. Endoscopia Diagnóstica • Colon

Unidad Temática 2: b) ENDOSCOPIA DIGESTIVA 2. Endoscopia Terapéutica • Colon

FABBRO, Gabriel | BUSCAGLIA, Raniero | YANTORNO, Martin | GARBI, Maria Laura | CORREA, Gustavo | ZÚÑIGA, Andrés | RIZZI, Bruno | GARCIA, Magdalena | TUFARE, Francisco

HIGA San Martín La Plata

Introducción: La lesión de Dieulafoy es una causa poco frecuente de sangrado gastrointestinal. Se define como una arteriola submucosa dilatada aberrante que erosiona la capa mucosa, generando sangrado. Se localizan principalmente en estómago (70%) y en esófago (15%) y raramente se localizan en colon (menos del 2%).

Objetivos: Reportar un caso de hemorragia digestiva baja secundaria a lesión de Dieulafoy en colon derecho.

Caso Clínico: Se presenta el caso de una paciente femenina de 86 años con antecedentes de hipertensión arterial, cardiopatía isquémica y artritis reumatoide, ingresada por sospecha de hemorragia digestiva alta en contexto de anemia y melena. La endoscopia digestiva alta evidenció úlceras gástricas Forrest IIC, por lo que recibió tratamiento con inhibidores de la bomba de protones. A los 10 días, reingresó por hematoquecia y anemia. La nueva endoscopia alta mostró gastropatía congestiva, mientras que en la colonoscopia se evidenció diverticulosis colónica y restos hemáticos en colon izquierdo y sigmoides con principal sospecha de sangrado de origen diverticular. Ante la persistencia de hematoquecia y requerimiento transfusional se realizó angiotomografía y videocápsula endoscópica sin lograr localizar fuente de sangrado. Se indicó nueva colonoscopia en la cual, tras lavado energético, a nivel del ángulo hepático se observó lesión vascular pequeña (<2 mm) con sangrado en napa, interpretándose dicho hallazgo como lesión de Dieulafoy. Se colocó hemoclip constatándose cese del sangrado.

Resultados: Los diagnósticos iniciales incluyeron úlceras gástricas Forrest IIC versus hemorragia diverticular. Sin embargo, el hallazgo clave fue la lesión de Dieu-

lafoy en colon derecho, detectada durante la segunda colonoscopia, recibiendo tratamiento endoscópico, logrando la hemostasia. La hemoglobina se recuperó y mantuvo estable tras varias transfusiones y posterior al tratamiento, con valores de hemoglobina al ingreso de 6.2 g/dl y al egreso en 8.1 g/dl, sin evidencia de nueva exteriorización de sangrado gastrointestinal.

Conclusión: La lesión de Dieulafoy en colon, aunque rara, debe considerarse en pacientes con hemorragia digestiva baja recurrente y sin diagnóstico, especialmente en pacientes adultos mayores. El diagnóstico endoscópico preciso y la colocación de clips hemostáticos son efectivos para lograr la hemostasia definitiva y evitar recidivas en este tipo de lesiones. Este reporte de caso resalta la importancia de una evaluación exhaustiva en la identificación de lesiones poco frecuentes de sangrado digestivo bajo.

PÓSTERS DISTINGUIDOS

Código: 0019

G POEM PÍLOROMIOTOMÍA ENDOSCÓPICA PERORAL EN PACIENTE CON GASTROPARESIA REFRACTARIA

Modalidad: Casos Clínicos

Unidad Temática: b) ENDOSCOPIA DIGESTIVA 2. Endoscopia Terapéutica • Esófago, Estómago y Duodeno

FIRVIDA, Sofía | PARDO, Bárbara Eugenia | PORFILIO GULARTE, Giovanna | ESCOBAR, Rafael

SANATORIO DR. JULIO MÉNDEZ / CLÍNICA SANTA ISABEL

Introducción: La gastroparesia es un trastorno crónico caracterizado por un vaciamiento gástrico retardado sin evidencia de obstrucción mecánica. Los síntomas incluyen náuseas, vómitos, saciedad precoz y pérdida de peso. La causa más frecuente es la diabetes, aunque también puede ser posquirúrgica, inducida por medicamentos o idiopática. El diagnóstico requiere una video endoscopia digestiva alta (VEDA) para descartar obstrucción y una gammagrafía gástrica que confirme retención >20% a las 4 horas. La gastroparesia refractaria se define por síntomas persistentes pese a dieta y procinéticos. Las opciones terapéuticas tradicionales presentan limitaciones, por lo que la píloromiotomía endoscópica peroral (G-POEM) ha surgido como una alternativa prometedora, segura y mínimamente invasiva.

Objetivos: Presentación de un caso de G POEM en paciente con gastroparesia refractaria.

Material y Métodos: Mujer de 42 años con gastroparesia refractaria secundaria a escitalopram, eszopiclona y topiramato sin respuesta a metoclopramida ni medidas dietéticas tras 6 meses. La gammagrafía con Tecnecio-99 mostró una retención del 91,85% a los 60 minutos. Se realizó G-POEM bajo intubación orotraqueal e insuflación con CO₂. Se logró acceder a tercer espacio a través de ventana mucosa gástrica en posición posterolateral a 5 cm del píloro. Se realizó tunelización diseccionando la submucosa hasta visualizar anillo pilórico, y se realizó miotomía transmural de distal a proximal de 3 cm de longitud, preservando la serosa. El cierre de la mucosotomía se efectuó con 5 clips hemostáticos. Posteriormente, la paciente presentó hematemesis y dolor abdominal. Se descartó fuga por TC y se realizó una nueva VEDA que evidenció fallo parcial del cierre. Se retiraron los clips y se colocó un clip over the scope (OTSC).

Resultados: No existe consenso definitivo sobre la técnica óptima del G-POEM, especialmente respecto a la longitud y profundidad de la miotomía. Estudios en modelos ex vivo sugieren que una longitud de 3 cm es ideal para ampliar efectivamente el canal pilórico, evitando complicaciones en el bulbo duodenal por su fragilidad vascular. La miotomía de espesor completo ha demostrado reducir el tiempo operatorio sin aumentar eventos adversos ni riesgo de reflujo. El cierre de la mucosotomía depende de su orientación: los clips son adecuados para incisiones longitudinales, mientras que el sistema OTSC es preferido en incisiones transversales. Aunque ambos son eficaces, el OTSC mostró menor tasa de fallos.

Conclusiones: El G-POEM es una opción terapéutica eficaz y segura para la gastroparesia refractaria, con tasas de éxito clínico del 60-70% a corto plazo. Su carácter mínimamente invasivo y perfil favorable de seguridad lo posicionan como tratamiento de primera línea en casos seleccionados, mejorando significativamente la calidad de vida de los pacientes.

PÓSTERS

Código: 0084

HALLAZGOS ENDOSCÓPICOS EN PACIENTES QUE SE ESTUDIAN POR ENGROSAMIENTO PARIETAL DEL TRACTO GASTROINTESTINAL DETECTADO POR TOMOGRAFÍA COMPUTADA

Modalidad: Trabajos Científicos

Unidad Temática: a) GASTROENTEROLOGÍA 11. Investigación básica

Unidad Temática 2: b) ENDOSCOPIA DIGESTIVA 4. Endoscopia Miscelánea

ARISIO VILLENA, Sandra Gabriela | MOHADEB, Florencia | PAREDES, Sandy | ALONSO, Tomas | MISSISSIAN, Pedro | SANCHEZ, Sol Angeles | MARELLI, Ana Paula | BARRERA MIRANDA, John Edward | BARSÍ, María | ARENAS TENENBAUM, Judith | SARCONI, Liliana | FRÍAS, Silvia Eliazabeth | VISTARINI, Ce-

ilia | CALCAGNO, Ramiro | ROMEO, Juan Manuel | PRECETTI, Fabian | MARINI, Eduardo

HOSPITAL GENERAL DE AGUDOS JOSE MARIA RAMOS MEJIA

Introducción: Debido al aumento en el uso de técnicas de diagnóstico por imágenes, como la Tomografía Computada (TC), la presencia de engrosamiento en la pared de algún segmento del tracto gastrointestinal (TGI) constituye un hallazgo frecuente en pacientes que se realizan este estudio. Existen distintas características del engrosamiento como focalidad, simetría y asociación con adenopatías, que nos orientan hacia distintos diagnósticos diferenciales. El engrosamiento puede ser causado por patologías infecciosas, inflamatorias, isquémicas o neoplásicas. También puede ser un defecto de imagen secundario a segmentos mal distendidos o estar presente en condiciones que favorecen el desarrollo de edema en la pared intestinal como: cirrosis, insuficiencia cardíaca (IC), síndrome nefrótico e hipoalbuminemia. Esta entidad lleva a la realización de estudios endoscópicos para evaluar la presencia de patología subyacente generando un aumento de los costos de atención en salud y la realización de estudios invasivos, sin una guía clínica ni consensos que lo avalen.

Objetivos: Describir los hallazgos endoscópicos en pacientes adultos que se sometieron a dichos estudios por engrosamiento tomográfico de la pared del tracto digestivo. Evaluar otros indicadores de importancia como adenopatías por TC y valores de hemoglobina.

Material y Métodos: Estudio retrospectivo, descriptivo, de corte transversal de pacientes que se realizaron estudios endoscópicos, en la Unidad de Gastroenterología de un Hospital entre Abril de 2017 y Junio de 2025, por engrosamiento parietal diagnosticado por TC.

Resultados: Se incluyó un total de 24 pacientes. La edad media fue de 58 años. En cuanto a la localización del engrosamiento parietal las más frecuentes fueron ciego (25%, N=6) seguido de sigmoides (20.8%, N=5), recto (12.5%, N=3) y antro gástrico (12.5%, N=3). El 58.3% (N=14) de los pacientes presentaron, además, adenopatías. El 37.5% de los pacientes se realizó TC por dolor abdominal. En el 79% (N=19) de los pacientes se encontraron hallazgos patológicos en los estudios endoscópicos de estos el 73.6% (N=14) presentaba lesiones tumorales. En el 89.4% de los pacientes la ubicación del engrosamiento tomográfico fue coincidente con la ubicación endoscópica de la lesión. De los pacientes que presentaron hallazgos patológicos en el estudio endoscópico el 57.8% (N=11) de ellos presentaba adenopatías en la TC. El 54% de los pacientes presentaban anemia al momento del estudio endoscópico.

Conclusiones: En la mayoría de los casos el engrosamiento tomográfico se correspondió con lesiones endoscópicamente significativas, principalmente adenocarcinomas. La anemia y la presencia de adenopatías en la TC podrían ser factores predictivos de patología orgánica.

PÓSTERS

Código: 0222

SOPORTE DE OXÍGENO DURANTE LA SEDACIÓN EN VIDEO-ENDOSCOPIA DIGESTIVA ALTA: EFICACIA Y EVENTOS ADVERSOS ASOCIADOS AL USO DE MASCARILLA FACIAL ENDOSCÓPICA VS CÁNULA NASAL CONVENCIONAL: RESULTADOS DEL ENSAYO CLÍNICO ALEATORIZADO RESPIRAR

Modalidad: Trabajos Científicos (presentado En Otro Congreso)

Unidad Temática: b) ENDOSCOPIA DIGESTIVA 4. Endoscopia Miscelánea

PUGA-TEJADA, Miguel1 | MURILLO, Juan1 | ELIAS-BERREZUETA, Cristina1 | BAQUERIZO-BURGOS, Jorge1 | EGAS-IZQUIERDO, María1 | AREVALO-MORA, Martha1 | TABACELIA, Daniela1 | AVEIGA CEDEÑO, Leonardo Andres2 | ALCÍVAR-VÁSQUEZ, Juan1 | CUNTO, Domenica1 | ROBLES-MEDRANDA, Carlos1

INSTITUTO ECUATORIANO DE ENFERMEDADES DIGESTIVAS (IECED)1; HOSPITAL ALTA COMPLEJIDAD "EL CRUCE". F. VARELA2

Introducción: La video-endoscopia digestiva alta (VEDA) realizada bajo sedación conlleva un riesgo inherente de compromiso respiratorio, por lo que un soporte de oxígeno eficaz es crucial. Las cánulas nasales convencionales (CNC) pueden ser insuficientes para un soporte respiratorio óptimo, lo que impulsa alternativas como la mascarilla facial endoscópica (MFE). La MFE ofrece un mejor soporte respiratorio sin interferir con el procedimiento endoscópico.

Objetivos: Comparar la eficacia y seguridad de una MFE vs CNC en pacientes sometidos a VEDA bajo sedación, en términos de constantes vitales, eventos adversos asociados a ambas estrategias, y experiencia informada por el paciente.

Material y Métodos: Estudio unicéntrico que incluyó a pacientes encaminados a VEDA y bajo sedación con propofol. Los participantes fueron aleatorizados para recibir oxígeno en cualquiera de los dos grupos. Se registraron los signos vitales electrónicamente durante y después del procedimiento. Se realizó una encuesta ad hoc de medición de la experiencia informada por el paciente (patient-reported experience measures, PREEM).

Resultados: Se incluyeron 104 pacientes (MFE: 52 y CNC: 52). La mediana de edad fue de 59 años (RIC 46.5-67), 71.2% eran mujeres. Se documentó una puntuación prequirúrgica ASA de I en 43%, 52% II y 9% III. No hubo diferencia estadística en las características basales entre los grupos. Durante la VEDA y la recuperación anestésica, la regresión ANOVA reveló disminuciones significativas en la presión arterial sistólica (PAS; p=.042) presión arterial media (p<.01) y presión arterial diastó-

lica (PAD; $p=0.0397$), la frecuencia cardíaca, la frecuencia respiratoria y la saturación de oxígeno no mostraron variabilidad significativa a lo largo de los procedimientos endoscópicos. Sin embargo, ocho casos de desaturación con CNC requirieron cambio a MFE ($p=.448$). No se observaron diferencias significativas en la proporción de otros eventos adversos, como maniobras de apertura de la vía aérea, ventilación, movimiento corporal, tos, epistaxis y dolor de garganta. La evaluación mediante PREEM no mostró diferencias significativas entre los grupos, pero los pacientes con MFE informaron una tasa significativamente mayor de asistencia a actividades laborales que el grupo con CNC (21.2% vs 3.8%), mientras que los pacientes con CNC informaron descansar en casa con mayor frecuencia después del procedimiento que el grupo con MFE (46.2% vs 34.6%; $p=.0285$).

Conclusiones: MFE es un dispositivo útil para la maniobrabilidad del endoscopista y para un soporte de oxígeno confortable adicional para el paciente, lo que repercute positivamente en la experiencia de la atención médica. La MFE proporciona una oxigenación efectiva durante la VEDA bajo sedación con propofol, reduciendo los eventos de desaturación en comparación con la CNC, aunque la diferencia no haya sido estadísticamente significativa.

PÓSTERS

Código: 0076

TRATAMIENTO ENDOSCÓPICO DE LITIASIS COLEDOCIANA EN EMBARAZO

Modalidad: Trabajos Científicos

Unidad Temática: b) ENDOSCOPIA DIGESTIVA 2. Endoscopia Terapéutica • Hígado, Vías Biliares y Páncreas

FERNANDEZ REYES, Lucas | MIÑO, Gaston

HOSPITAL J.B ITURRASPE

Introducción: El embarazo, entre otros factores, mediante mecanismos hormonales favorecen la estasis biliar, lo que incrementa el riesgo de formación de cálculos biliares. Se estima que una de cada 1200 gestantes presenta migración de cálculos biliares al colédoco, con la consecuente aparición de síntomas. La Colangiopancreatografía retrógrada endoscópica (CPRE) es una opción terapéutica de primera línea. **Objetivos:** Comentar la experiencia durante 12 años en el manejo, seguimiento y tratamiento de las pacientes gestantes con síndrome coledociano

Material y Métodos: Estudio descriptivo, de corte transversal, retrospectivo, utilizando base de datos del Servicio de Cirugía General del hospital J.B Iturraspe de gestantes que presentaron síndrome coledociano litiasico en el periodo de enero del 2013 a junio 2025. Se les realizó análisis bioquímicos, ecografía abdominal y obstétrica, y en ocasiones, colangiorensonancia magnética. Valoración pre y posquirúrgica materno-fetal a cargo de Obstetricia y Anestesia.

Resultados: Se identificaron un total de 26 pacientes embarazadas con litiasis coledociana durante el periodo de estudio. La edad promedio fue 25 años y la edad gestacional 19 semanas. En el 65,4% (N=17) de las CPRE la vía biliar quedó expedita en el primer procedimiento. En el 26,92% de los casos (N=7) se colocó stent. En una paciente con colangitis y shock séptico se realizó un drenaje nasobiliar. Solo en un caso se presentó dificultad para la canulación (Grafico 1). El tiempo promedio de la CPRE fue de 21 minutos. Trece pacientes (50%) ya habían sido sometidas a colecistectomía. Siete pacientes luego de la CPRE fueron a colecistectomía laparoscópica. Una gestante de 33 semanas se realizó colecistostomía percutánea por fiebre persistente en un contexto de colecistitis aguda que no resolvió con antibióticoterapia. Los laboratorios de control presentaron hiperamilasemia asintomática en 4 pacientes. No hubo complicaciones con el procedimiento. Dos gestantes requirieron una segunda CPRE durante la misma hospitalización, y una de ellas presentó un tercer ingreso para resolver el cuadro de litiasis múltiples. Una gestante de 22 años con 6 semanas de embarazo, que fue dada de alta con controles obstétricos y quirúrgicos adecuados, presentó un aborto espontáneo dos semanas después de la CPRE. Al término del embarazo, las pacientes que no fueron colecistectomizadas y que presentaban stent de plástico fueron citadas por el Servicio de Cirugía para completar sus tratamientos correspondientes.

Conclusiones: La CPRE es un procedimiento seguro y eficaz en un equipo entrenado y con experiencia en el manejo de la vía biliar. Un enfoque multidisciplinario durante la internación garantiza en las pacientes embarazadas un correcto seguimiento y control del feto y la patología biliar.

PÓSTERS

Código: 0112

EFICACIA DEL TRATAMIENTO CON APC EN PACIENTES CON REGANANCIA DE PESO POST CIRUGIA BARIATRICA

Modalidad: Trabajos Científicos

Unidad Temática: b) ENDOSCOPIA DIGESTIVA 2. Endoscopia Terapéutica • Esófago, Estómago y Duodeno

Unidad Temática 2: b) ENDOSCOPIA DIGESTIVA 4. Endoscopia Miscelánea

CROCCI, Evelin Mariel | LEDESMA, Cesar | BELLO, Gustavo | SANCHEZ, Christian | CERISOLI, Cecilio | CARO, Luis Ernesto

GEDYT

Introducción: La reganancia de peso es una complicación frecuente tras el bypass gástrico en Y de Roux (RYGB), vinculada en muchos casos a la dilatación de la anastomosis gastroyunal. La coagulación con plasma de argón (APC) ha emergido como una alternativa endoscópica segura y eficaz para reducir su calibre y restaurar parcialmente el mecanismo restrictivo.

Objetivos: El objetivo de este estudio fue evaluar la eficacia clínica y el perfil de seguridad del APC en pacientes con reganancia ponderal post-RYGB.

Material y Métodos: Estudio retrospectivo realizado entre 2014 y 2024 en una cohorte de 63 pacientes con antecedentes de RYGB y reganancia de peso, tratados con APC en un centro especializado. Se aplicaron parámetros técnicos estandarizados (70 W, 1 a 1.5 L/min) y se realizó un seguimiento mensual. Se definió eficacia clínica como una reducción mayor o igual al 5% del peso corporal total (PCT) y/o mayor o igual al 10% del exceso de peso recuperado. Se evaluaron además complicaciones y hallazgos endoscópicos.

Resultados: Se incluyeron 63 pacientes, el 84% mujeres. La reganancia observada entre el peso postquirúrgico mínimo y el peso previo al tratamiento fue de 17.4 kg, en un promedio de tiempo de 7.9 años. El 71.4% alcanzó una reducción mayor o igual al 5% del PCT, y el 88.9% logró una pérdida mayor o igual al 10% del exceso de peso recuperado, en un tiempo de seguimiento de 2 a 3 años. Se observó mejor eficacia en pacientes con anastomosis dilatada mayor a 20 mm (75.0%) en comparación con aquellos menor a 20 mm (67.7%). La tasa de complicaciones fue del 7.9%, incluyendo únicamente eventos moderados a severos (estenosis, hemorragia, perforación). Se identificó esófago de Barrett en el 11.1% de los pacientes, si bien el RYGB ha sido considerada una cirugía con efecto protector frente

Conclusiones: El tratamiento con APC demostró ser eficaz y seguro en pacientes con reganancia ponderal tras RYGB, con mejores resultados en aquellos con anastomosis significativamente dilatada. Estos datos superan ligeramente lo reportado en la literatura internacional, lo que podría atribuirse a un protocolo de seguimiento intensivo y el uso de parámetros técnicos uniformes. Su bajo perfil de complicaciones y la posibilidad de aplicación ambulatoria respaldan su inclusión en el abordaje multidisciplinario de la reganancia. Este estudio aporta evidencia nacional relevante y plantea que la estandarización del tratamiento y el seguimiento estructurado podrían optimizar los resultados. Se sugieren futuros estudios prospectivos con mayor tamaño muestral y evaluación de parámetros metabólicos para validar estos hallazgos.

PÓSTERS

Código: 0127

QUISTE DE DUPLICACION INTESTINAL COMO CAUSA INFRECUENTE DE PANCREATITIS AGUDA, RESOLUCION ENDOSCÓPICA

Modalidad: Casos Clínicos

Unidad Temática: b) ENDOSCOPIA DIGESTIVA 2. Endoscopia Terapéutica • Hígado, Vías Biliares y Páncreas

Unidad Temática 2: a) GASTROENTEROLOGÍA 5. Vesícula y vías biliares 5.1. Litiasis biliar

TRIMARCO, Maria de Los Angeles | SEQUEIRA, Agustín | MICONI, Diego Gabriel | GARCÍA ALLENDE, Leonardo | BERSANO, Fernanda Valentina | RASTELI, Laureano | YANEZ, Carolina Daiana | TONN, Eugenio Federico

HOSPITAL PRIVADO DE COMUNIDAD

Introducción: El quiste de duplicación duodenal es una anomalía congénita poco frecuente que puede permanecer asintomática hasta la edad adulta. Las manifestaciones clínicas incluyen dolor abdominal, náuseas o vómitos. Se han descrito casos en adultos de pancreatitis aguda y obstrucción biliar. El adecuado diagnóstico y la elección del tratamiento son de relevancia para un correcto abordaje. Dado que las alternativas endoscópicas podrían ser efectivas y de menor impacto en la morbilidad que la cirugía, se ha descrito a la marsupialización endoscópica como una técnica que consiste en establecer una comunicación entre la cavidad del quiste y la luz duodenal.

Objetivos: Presentar la resolución endoscópica de un quiste de duplicación intestinal en un paciente con pancreatitis aguda.

Caso Clínico: Paciente femenino de 31 años de edad sin antecedentes conocidos consulta por dolor abdominal localizado en epigastrio irradiado a ambos hipocondrios y región dorsal de 6 horas de evolución. En el laboratorio inicial presenta leucocitosis y amilasa de 980 UI/L, y se interna por cuadro de pancreatitis aguda. Para su estudio etiológico, se solicitó una colangio-resonancia que evidencia en colédoco distal imagen con contenido líquido y litiasis en su interior, sugerente de coledocolitiasis. Con este hallazgo imagenológico, se realizó una ecoendoscopia que informa imagen que se origina de la tercera capa de la pared intestinal con múltiples imágenes litíasicas, por lo que se plantea como diagnóstico diferencial un quiste de duplicación intestinal. Se realiza colecistectomía laparoscópica con colangiografía intraoperatoria y colocación de guía transcística, para luego realizar duodenoscopia que visualiza un gran abombamiento yuxtapapilar y salida de guía hacia duodeno. En este último procedimiento, con papilotomía aguja, se realiza apertura del quiste con drenaje de su contenido y con asa de polipectomía se toma macrobiopsia de la pared del mismo. La anatomía patológica informa epitelio vellositario enteral compatible con quiste de duplicación duodenal. La paciente evolucionó favorablemente y se otorga alta hospitalaria a las 24 horas.

Resultados: La cuidadosa valoración del quiste de duplicación duodenal permite

diferenciarla de otras lesiones, como el coledococoele. Más aún en cuadros de pancreatitis aguda, en la cual el diagnóstico etiológico y el abordaje terapéutico menos invasivo podrían mejorar el pronóstico y evolución de los pacientes. Teniendo en cuenta, que el quiste de duplicación intestinal es una entidad benigna con baja tasa de malignización, debería considerarse la posibilidad de tratamiento endoscópico como alternativa segura y eficaz en el manejo de estas lesiones. El seguimiento a largo plazo de pacientes sometidos a resección parcial es importante para reducir complicaciones.

Conclusión: La marsupialización endoscópica es una modalidad de tratamiento mínimamente invasivo alternativo a la cirugía que podría considerarse de elección en pacientes con quistes de duplicación duodenal.

PÓSTERS

Código: 0237

IMPACTACIÓN DE CUERPO EXTRAÑO EN FOSA APENDICULAR: PRESENTACIÓN DE CASO CLÍNICO

Modalidad: Casos Clínicos

Unidad Temática: b) ENDOSCOPIA DIGESTIVA 2. Endoscopia Terapéutica • Colon

Unidad Temática 2: b) ENDOSCOPIA DIGESTIVA 4. Endoscopia Miscelánea

AMUS, Camila | MARTINEZ DI SERA, Sofia | CHAMBA ROSILLO, Tatiana | PÉREZ GARCÍA, Jorge Luis | ALSINA, Fernanda | AGUILAR, Carla | MIMURA, Humberto | PAZMIÑO, Karen | OJEDA MALLA, Julia Margoth | CALLE CALLE, Santiago Geovanny | FUGAZZA, Laura

HOSPITAL INTERZONAL GENERAL DE AGUDOS PEDRO FIORITO DE AVellaneda

Introducción: La ingesta accidental de cuerpos extraños es muy frecuente en la población general. En el 80-90% de los casos la resolución es espontánea, ya que el objeto logra atravesar el tracto digestivo sin causar daños. La prevalencia de impactación en el colon es baja, y solo un pequeño porcentaje requiere intervención médica o quirúrgica. Los objetos que llegan a impactarse en colon suelen hacerlo nivel de válvula ileocecal, ciego, apéndice, ángulos colónicos o unión rectosigmoidea. Dado su baja frecuencia estos casos siguen planteando desafíos terapéuticos.

Objetivos: Presentar un caso inusual de impactación de un clavo metálico en apéndice, analizando las dificultades en la toma de decisiones en la terapéutica endoscópica.

Caso Clínico: Se presenta un caso clínico de ingesta accidental de cuerpo extraño metálico punzante con impactación cecal.

Resultados: Paciente masculino de 19 años sin antecedentes personales, consulta 24 horas posterior a la ingesta accidental de cuerpo extraño (clavo metálico de 2.5 cm de largo). Al examen físico paciente asintomático, afebril, hemodinámicamente estable. Se realiza radiografía de abdomen que muestra objeto en fosa ilíaca derecha, sin signos de perforación y control radiológico a las 24 hs sin progresión del mismo. Tomografía de abdomen sin contraste reporta objeto en fondo cecal, por lo que se decide internación con inicio de antibiótico terapia profiláctica y estimulación colónica con laxantes bajo observación estricta. Frente a la permanencia del cuerpo extraño en topografía cecal habiendo transcurrido 4 días desde la ingesta se plantea en consenso con servicio de cirugía general realizar colonoscopia. Se avanza hasta íleon terminal, encontrándose cuerpo extraño impactado en orificio apendicular, se desimpacta con pinza de cuerpo extraño, se enlaza con ansa y extrae cuidadosamente, sin complicaciones inmediatas. Control por tomografía de abdomen contrastada sin hallazgos patológicos. El paciente evoluciona favorablemente, permaneciendo asintomático, tolerando dieta y con catarsis positiva, por lo cual es externado con seguimiento ambulatorio.

Conclusión: La impactación de los cuerpos extraños en colon deben contar con un seguimiento clínico estricto y un abordaje interdisciplinario para determinar la mejor vía de resolución del cuadro. Este caso pone en evidencia una presentación atípica de ubicación de cuerpo extraño en el orificio apendicular cuyo abordaje endoscópico demostró un resultado eficaz y seguro, evitando la intervención quirúrgica en un paciente joven disminuyendo así su morbilidad.

PÓSTERS

Código: 0129

RESECCIÓN ENDOSCÓPICA CON TUNELIZACIÓN SUBMUCOSA DE LESIÓN SUBEPITELIAL RECTAL

Modalidad: Casos Clínicos

Unidad Temática: b) ENDOSCOPIA DIGESTIVA 2. Endoscopia Terapéutica • Colon
ALMARAZ, Marianella | ABOY, Pablo José María | CAMPOS MENDOZA, Jannina | BEZZONI, Pablo | PALMA, Agustina | YANTORNO, Martin | TUFARE, Francisco

HIGA San Martín La Plata

Introducción: Las lesiones subepiteliales del tracto digestivo representan un desafío diagnóstico y terapéutico. Su abordaje depende del tamaño, localización y sospecha etiológica. En los últimos años, el desarrollo de técnicas endoscópicas avanzadas ha permitido el tratamiento mínimamente invasivo de estas lesiones, incluso aquellas que comprometen la capa muscular propia. Una de estas técnicas

es la resección endoscópica con tunelización submucosa (STER, por sus siglas en inglés) que permite un acceso seguro a la lesión a través de un túnel submucoso, preservando la mucosa suprayacente y reduciendo el riesgo de perforación libre.

Objetivos: Describir la aplicación de la técnica STER para la resección de una lesión subepitelial del recto y destacar su factibilidad, seguridad y eficacia en esta localización anatómica poco habitual para el procedimiento.

Caso Clínico: Paciente femenina de 71 años, en la que se detectó en forma incidental una lesión subepitelial de 15 mm aproximadamente en recto inferior, durante una videocolonoscopia de tamizaje. La ecoendoscopia rectal reveló una lesión hipocóica, de bordes regulares, homogénea, mayor a 15 mm de diámetro, dependiente de la muscular propia, con hallazgos sugerentes de tumor del estroma gastrointestinal (GIST). Dada su localización y características, se decidió realizar resección endoscópica mediante técnica STER.

Resultados: El procedimiento se realizó bajo sedación profunda con un gastroscopio. Se efectuó un ojal mucoso 3 cm distales a la lesión con cuchillo ESD Micro-Tech de 2 milímetros tipo O, seguido de la creación de un túnel submucoso. La resección en bloque fue lograda sin complicaciones. El cierre del defecto mucoso se realizó con la colocación de cinco clips endoscópicos. La paciente evolucionó sin eventos adversos y fue dada de alta a las 24 horas. El análisis histopatológico posterior confirmó el diagnóstico de leiomioma con márgenes libres.

Conclusión: La técnica STER representa una opción segura y eficaz para la resección de lesiones subepiteliales profundas en localizaciones complejas como el recto. Su principal ventaja radica en la preservación de la integridad mucosa, lo que favorece una recuperación rápida y disminuye el riesgo de complicaciones. Este caso ejemplifica su aplicabilidad fuera del esófago y estómago, extendiendo sus indicaciones en el tracto digestivo inferior.

PÓSTERS

Código: 0198

REPORT DE CASO: CARCINOMA ESCAMOSO IN SITU DE LA UNIÓN ESÓFAGO-GÁSTRICA CON TRATAMIENTO CON MUCOSECTOMÍA MULTIBANDAS

Modalidad: Casos Clínicos

Unidad Temática: b) ENDOSCOPIA DIGESTIVA 2. Endoscopia Terapéutica • Esófago, Estómago y Duodeno

Unidad Temática 2: b) ENDOSCOPIA DIGESTIVA 1. Endoscopia Diagnóstica • Esófago, Estómago y Duodeno

GROISMAN, Martin | FIRVIDA, Sofia | DI DOMÉNICO, Diego Salvador | ESCOBAR FERNANDEZ, Rafael

SANATORIO DR. JULIO MÉNDEZ

Introducción: El cáncer esofágico es el séptimo tumor maligno más frecuente y la sexta causa de muerte por cáncer a nivel mundial. El carcinoma escamoso es el subtipo más común globalmente, aunque en los países occidentales predomina el adenocarcinoma. La localización habitual del carcinoma escamoso es en los dos tercios superiores del esófago, siendo menos frecuente en el tercio inferior. La supervivencia a 5 años es menor al 25%, debido al diagnóstico tardío, con un 40% de los casos presentando metástasis al momento del diagnóstico. En poblaciones de alto riesgo se recomienda la cromoendoscopia con Lugol, que tiene una sensibilidad del 92-100% para detectar displasia escamosa, aunque con especificidad variable. La resección endoscópica es el tratamiento de elección en estadios tempranos.

Objetivos: Describir un caso de carcinoma escamoso in situ de la unión esofagogástrica en un paciente de alto riesgo, tratado mediante resección endoscópica mucosa con ligadura multibanda.

Caso Clínico: Paciente masculino de 78 años, ex tabaquista severo, con antecedentes de adenocarcinoma gástrico tratado con gastrectomía subtotal y quimioterapia adyuvante con CAPOX en 2023, y comorbilidades cardiovasculares. En endoscopia de control se identificó lesión plana elevada de 12 mm, y otra adyacente de 8 mm, ambas con pérdida de tinción al Lugol, adyacentes a unión esofagogástrica. Se realizó mucosectomía con bandas sin complicaciones. La anatomía patológica informó carcinoma escamoso in situ con márgenes libres en la lesión mayor, y displasia escamosa de bajo grado con márgenes libres en la menor. El paciente evolucionó sin complicaciones en el post-procedimiento y continúa en seguimiento.

Resultados: El paciente tenía factores de riesgo relevantes: sexo masculino, edad avanzada y tabaquismo. La lesión fue clasificada como T1a (M1), N0, M0. La resección endoscópica mucosa (EMR) es apropiada en lesiones M1 o M2, evitando cirugía mayor. La técnica de ligadura con bandas permite reseccionar en bloques lesiones menores de 20 mm limitadas a la mucosa, sin requerir inyección submucosa. Se han reportado tasas de curación superiores al 95%, con recurrencia local del 2.4% y complicaciones menores al 2%. Comparada con la disección submucosa endoscópica (ESD), la EMR tiene menor tasa de resección en bloque y mayor recurrencia, pero es más rápida, segura y accesible.

Conclusión: El carcinoma escamoso esofágico continúa siendo un desafío por su alta mortalidad. La identificación de pacientes de riesgo y el uso de técnicas diagnósticas como la cromoendoscopia vital con lugol permiten detectar precozmente lesiones esofágicas escamosas. La mucosectomía multibanda es una opción eficaz y segura en lesiones in situ menores a 20 mm, con alta tasa de resecciones curativas y bajo riesgo de complicaciones. La selección adecuada del paciente y de la técnica son fundamentales para optimizar los resultados.

PÓSTERS

Código: 0130**SÍNDROME DE BOERHAAVE COMPLICADO CON MEDIASTITIS: RESOLUCIÓN ENDOSCÓPICA***Modalidad: Casos Clínicos**Unidad Temática: b) ENDOSCOPIA DIGESTIVA 2. Endoscopia Terapéutica • Esófago, Estómago y Duodeno**ARCE, Eugenia | OLMOS, Juan Ignacio | BORTOT, Lorena | GONZÁLEZ BALLERGA, Esteban***HOSPITAL DE CLÍNICAS "JOSÉ DE SAN MARTÍN" - UBA**

Introducción: El síndrome de Boerhaave consiste en una perforación espontánea del esófago potencialmente mortal, provocando mediastinitis grave, sepsis y en consecuencia, muerte. Afecta con mayor frecuencia a los varones entre 50 y 70 años de edad. Clínicamente conforma la tríada de Mackler: vómito, dolor torácico intenso y enfisema subcutáneo cervical. El retraso en el diagnóstico explica su alta tasa de mortalidad, de hasta el 40-60% en los pacientes tratados a las 48 horas. Aunque su incidencia no está clara, algunos estudios la estiman en aproximadamente 3 casos por 1.000.000 personas al año.

Objetivos: Reconocer la importancia del diagnóstico temprano del síndrome de Boerhaave para mejorar el pronóstico y evaluar el abordaje endoscópico como una opción terapéutica eficaz y segura.

Caso Clínico: Varón de 72 años que consulta por dolor torácico y disnea CF III 48 horas posteriores a un episodio de vómito de contenido alimenticio. Ingresó hemodinámicamente estable, febril con enfisema subcutáneo cervical y dificultad respiratoria por lo que se decide intubación orotraqueal. Laboratorio con marcada leucocitosis, tomografía de tórax que evidencia la presencia de neumomediastino con múltiples burbujas peri-esofágicas, engrosamiento de la mucosa esofágica, múltiples ganglios mediastinales de aspecto reactivo y derrame pleural bilateral. Se interpreta el cuadro como perforación esofágica con mediastinitis y empiema por lo que se realiza un manejo multidisciplinario entre cirugía de tórax y gastroenterología. Se procede a realizar decorticación pleural, colocación de drenaje torácico izquierdo y yeyunostomía. Posteriormente se realiza la videoendoscopia digestiva alta encontrándose a 20 cm de ADS, dos orificios enfrentados de aproximadamente 20 mm en las paredes anterior y posterior del esófago, con salida de material purulento; y observándose la mucosa pleural compatible con perforación esofágica. Se avanza un stent metálico autoexpandible totalmente cubierto con fijación mediante tres clips metálicos. A las 72 hs evoluciona afebril, mejorando los parámetros respiratorios por lo que se realiza su extubación y retiro del drenaje pleural. Una semana después, se evalúa tolerancia a la vía oral reiniciando dieta blanda. A las 4 semanas se decide retirar el stent bajo guía endoscópica donde se evidencia la correcta cicatrización del tejido con mucosa sana y tejido de granulación.

Conclusión: La perforación esofágica secundaria a Síndrome de Boerhaave es una complicación grave y de mal pronóstico si no se detecta a tiempo ya que se ha demostrado que perforaciones detectadas antes de las 24hs tienen una mortalidad aproximada de 10 a 20% aumentando al doble en perforaciones detectadas tardíamente. Este caso resalta la importancia de considerar el síndrome de Boerhaave como diagnóstico diferencial ante un cuadro de dolor torácico posterior a vómitos. La evolución clínica favorable del paciente demuestra que con un diagnóstico oportuno, el abordaje endoscópico puede ser una alternativa segura y eficaz al tratamiento quirúrgico tradicional.

PÓSTERS

Código: 0082**DILATACIÓN ESOFÁGICA COMPLEJA ASISTIDA POR TÉCNICA "RENDEZ VOUS"***Modalidad: Casos Clínicos**Unidad Temática: b) ENDOSCOPIA DIGESTIVA 2. Endoscopia Terapéutica • Esófago, Estómago y Duodeno**ROMERO, María Josefina | MOREIRA GRANDA, Edison Javier | GUERRIERI, Itati | ALDAO, María Celeste | LÓPEZ ROMERO, Lenin Andres | DOMINGUEZ VACACELA, Elio Dario | VARELA, María Julia | BRACONE, Hernán | PINASCO, Rosalba | TORRICO PAZ, Oscar José | SAA, Emilia Cristina***HOSPITAL DR. IGNACIO PIROVANO**

Introducción: La técnica "Rendez Vous" es un procedimiento que combina dos abordajes para facilitar el acceso o tratar patologías difíciles de alcanzar por una sola vía. Se utilizó dicha técnica combinando un abordaje retrógrado vía endoscópica y anterógrado oral para recanalizar una estenosis esofágica compleja al no tener guía fluoroscópica disponible.

Objetivos: Exponer un caso clínico sobre la implementación de una técnica segura y práctica para controlar una dilatación esofágica con el fin de asegurar su éxito terapéutico, prevenir complicaciones y mejorar la calidad de vida de los pacientes.

Caso Clínico: Paciente masculino de 42 años de edad, con antecedente de perforación esofágica secundaria a ingestión de hueso de pollo que requirió esofagectomía y gastrostomía para alimentación, consulta por disfagia esofágica a sólidos progre-

siva asociada a pérdida de peso de más de 10 kg. Se realiza videodeglución que evidencia pasaje de contraste a vía aérea. Se realizan dos endoscopias altas que evidencian estenosis tubular puntiforme infranqueable a 15 cm de la arcada dental superior y se realizan dilataciones con balón hidráulico hasta 12 mm que resultaron inefectivas. En una tercer endoscopia, se accede con endoscopio slim de 5,5 mm a través de gastrostomía hasta el extremo distal de la estenosis, con gastroscopio estándar se accede por cavidad oral hasta extremo proximal. Sin fluoroscopia, la visión retrógrada identificó la luz verdadera. Se atravesó la estenosis, se exteriorizó guía y se dilató con balón CRE progresivamente de 8 a 18 mm. Sin complicaciones. El paciente evoluciona favorablemente, sin disfagia, hasta su cirugía de reconstrucción del tránsito esofágico.

Conclusión: El abordaje "Rendez Vous" es una opción eficaz y segura en procedimientos terapéuticos. La literatura reporta un éxito del 90% y un riesgo de perforación del 5%. Su aplicación permite una mejor visualización y control del procedimiento, sobre todo en centros que no cuentan con fluoroscopia. En este caso, el abordaje facilitó la dilatación progresiva y exitosa mejorando la calidad de vida del paciente.

PÓSTERS

Código: 0248**SANGRADO INTESTINAL RECURRENTE EN RENDUN-OSLER-WEBER: ABORDAJE INTEGRAL Y AVANCES EN EL MANEJO***Modalidad: Casos Clínicos**Unidad Temática: b) ENDOSCOPIA DIGESTIVA 4. Endoscopia Miscelánea**Unidad Temática 2: a) GASTROENTEROLOGÍA 2. Estómago - duodeno 2.6. Miscelánea**CONDOR, Lizett | GARBI, María Laura | GONZALES, Lara | PALMA, Agustina | TUFARE, Francisco | YANTORNO, Martín***HIGA San Martín La Plata**

Introducción: El síndrome de Rendu-Osler-Weber es una enfermedad autosómica dominante. Las mutaciones más comunes se encuentran en los genes ENG y ACVRL1, que están involucrados en la angiogénesis y en la proliferación y diferenciación de las células endoteliales. El diagnóstico es principalmente clínico, basado en los criterios de Curazao: epistaxis espontánea y recurrente, telangiectasias múltiples en sitios característicos, malformaciones arteriovenosas viscerales y un familiar de primer grado con HHT. La presencia de tres o más criterios se considera diagnóstica. El tratamiento de primera línea se basa en la terapia de reemplazo de hierro y tratamiento endoscópico de lesiones vasculares del tubo digestivo, siendo el APC de elección. Las intervenciones endoscópicas reiteradas están desaconsejadas si no se han logrado controlar los síntomas después de las primeras 3 intervenciones. El bevacizumab ha demostrado ser efectivo en el tratamiento de esta enfermedad en casos severos o refractarios al tratamiento convencional.

Objetivos: Analizar las nuevas perspectivas en el manejo del sangrado intestinal en el síndrome de Rendun-Osler-Weber, con énfasis en la evolución del tratamiento desde las técnicas endoscópicas, como el argón plasma (APC), hasta el uso de agentes biológicos antiangiogénicos como el bevacizumab, valorando su eficacia, indicaciones y aplicación clínica.

Caso Clínico: Paciente masculino de 56 años con antecedentes familiares de síndrome Rendun-Osler-Weber. Debuta en 2016 con episodios repetidos de epistaxis y melena, con anemia ferropénica con alto requerimiento transfusional (semanal). Desde 2016 a 2020 se realizaron múltiples estudios endoscópicos con evidencia de lesiones vasculares tipo telangiectasias, que fueron tratadas con APC, sin control de los síntomas. En comité multidisciplinario se decide iniciar tratamiento con bevacizumab con respuesta favorable inmediata, sin presentar efectos adversos.

Resultados: Actualmente se encuentra en tratamiento de mantenimiento, asintomático, sin requerimientos transfusionales hasta la fecha.

Conclusión: El manejo de la hemorragia digestiva en el síndrome de Rendun-Osler-Weber ha experimentado una evolución significativa, desde el manejo endoscópico para el control inmediato y localizado del sangrado hasta llegar al uso de anticuerpos monoclonales antiangiogénicos, como el bevacizumab que ha demostrado ser un tratamiento seguro y efectivo en el manejo de casos severos y refractarios al enfoque convencional de estos pacientes.

PÓSTERS

Código: 0251**HEMATOMA ESPLENICO: UNA RARA COMPLICACIÓN DE LA VIDEOCOLONOSCOPIA***Modalidad: Casos Clínicos**Unidad Temática: b) ENDOSCOPIA DIGESTIVA 1. Endoscopia Diagnóstica • Esófago, Estómago y Duodeno**CEREDA, María Valentina1 | CEREDA, María Valentina2***HOSPITAL EL CARMEN1; HOSPITAL EL CARMEN - OSEP -2**

Introducción: La VCC es un procedimiento diagnóstico y terapéutico ampliamente

utilizado, cuya incidencia de complicaciones graves es baja. Entre las complicaciones más frecuentes de la VCC se encuentran la perforación intestinal y el sangrado. Otras menos comunes incluyen neumotórax, neumomediastino, vólvulo, encarceración de hernias, absceso retroperitoneal, enfisema subcutáneo, bacteriemia, endocarditis, reacciones vagas y broncoespasmo con insuficiencia respiratoria. No obstante, entre estas, el hematoma esplénico representa una entidad clínica inusual pero potencialmente letal, con una incidencia reportada de 0.004%. El primer caso documentado fue descrito en 1974 por Wherry y Zehner. Los mecanismos patogénicos que provocan lesión esplénica no están completamente dilucidados; sin embargo, se han propuesto el trauma directo, la distensión colónica por insuflación de aire y la tracción excesiva del ligamento esplenocólico. Los pacientes con esplenomegalia o adherencias peritoneales presentan mayor riesgo. El diagnóstico de hematoma esplénico posterior a la VCC puede resultar desafiante, dado que sus manifestaciones clínicas suelen ser inespecíficas y su detección, tardía.

Objetivos: Analizar las complicaciones infrecuentes derivadas de procedimientos endoscópicos en un hospital del centro de la provincia de Mendoza

Caso Clínico: Se presenta el caso de una paciente de sexo femenino, de 59 años de edad, sin antecedentes relevantes que se realizó VCC para prevención de cáncer de colon. Consultó en la guardia externa por dolor abdominal de 10 días de evolución, que comenzó inmediatamente posterior a la VCC, y empeoramiento del mismo. Al examen físico, la paciente se encontraba hemodinámicamente estable, con abdomen doloroso a la palpación en hipocondrio izquierdo (intensidad 7/10), con signos de defensa, ruidos hidroaéreos presentes y sin signos de peritonismo. Tomografía computarizada (TC) de abdomen y pelvis evidenció colección subcapsular a lo largo del borde lateral del bazo con densidades mixtas. Servicio de Cirugía indicó drenaje subcutáneo guiado por TC objetivando contenido hemático, presentando posteriormente caída significativa de hematocrito y hemoglobina, aumento del dolor abdominal y descompensación hemodinámica. En laparotomía exploratoria de urgencia se objetiva ruptura esplénica con coágulos adheridos. Se procedió a realizar esplenectomía en fragmentos sin complicaciones.

Resultados: -

Conclusión: Es importante considerar la ruptura esplénica como diagnóstico diferencial en pacientes que presentan dolor abdominal persistente, signos clínicos como el signo de Kehr positivo y anemia aguda tras una VCC, una vez descartadas complicaciones más frecuentes como la perforación intestinal y el sangrado activo. Es fundamental mantener un alto índice de sospecha, monitorizar estrechamente al paciente y llevar a cabo una investigación diagnóstica oportuna y exhaustiva.

PÓSTERS

Código: 0263

DISECCIÓN ENDOSCÓPICA SUBMUCOSA DE TUMOR NEUROENDÓCRINO RECTAL

Modalidad: Casos Clínicos

Unidad Temática: b) ENDOSCOPIA DIGESTIVA 2. Endoscopia Terapéutica • Colon
BACIGALUPO, Delfina Maria | FIRVIDA, Sofia | VISSO, Ana Laura | ESCOBAR, Rafael

SANATORIO DR. JULIO MÉNDEZ

Introducción: Los tumores neuroendócrinos rectales (TNE-r) son neoplasias epiteliales originadas en las células neuroendocrinas del recto y representan el 2° sitio en frecuencia de tumores neuroendocrinos del tracto gastrointestinal, con una incidencia en aumento debido a la utilización de la colonoscopia (VCC) para la pesquisa del cáncer colorrectal. La mayoría de los TNE-r son asintomáticos y diagnosticados de forma incidental durante la VCC. Suelen ser bien diferenciados, de bajo grado (G1 o G2), <10 mm, carecen de invasión linfovascular y presentan un riesgo metastásico <3%, por lo que la resección endoscópica es la terapéutica de elección. Dentro de las técnicas de resección se encuentran la resección mucosa endoscópica (EMR) convencional, EMR modificada, EMR bajo agua, la disección endoscópica submucosa (ESD) y la resección endoscópica transmural (eFTR).

Objetivos: Presentación de caso de disección endoscópica submucosa (ESD) de TNE rectal con margen de resección profundo comprometido (R1).

Caso Clínico: Paciente femenina de 66 años con evidencia de lesión subepitelial rectal en VCC pesquisa. Ecoendoscopia con punción: TNE de 2° y 3° capa de 9.2 x 5.7mm. Se realiza ESD. Se recibe anatomía patológica (AP): TNE bien diferenciado (G1) con margen inferior en contacto con lesión. VCC control: cicatriz de 6 mm blanco nacarada con vasos de neoformación y consistencia dura a la tracción con pinza, aspecto fibrótico, sin lesión residual, se biopsia. AP: mucosa con histioarquitectura preservada. Comité de tumores indica manejo conservador y vigilancia endoscópica.

Resultados: Dentro de las terapéuticas endoscópicas para TNE-r <10 mm, la ESD presenta una tasa de resección completa (R0) del 89% y <1% de recurrencia local, la EMR modificada con bandas una tasa R0 del 95% y la eFTR del 100%. El manejo conservador tras una resección endoscópica de un TNE-r <10 mm con margen profundo comprometido (resección R1) sin invasión linfovascular ni metástasis a distancia, es un tema debatido, pero avalado por la evidencia. Diversos estudios han documentado una tasa de recurrencia del 0% tras un seguimiento a 2 años. La resección de la cicatriz es una alternativa posible, pero no ha demostrado un beneficio claro en términos de supervivencia a largo plazo. A la vez, en caso de recurrencia, el crecimiento lento de estas lesiones permitiría considerar una eFTR como estrategia terapéutica.

Conclusión: La evidencia indica que en pacientes con TNE-r <10 mm, G1 y resección R1, sin invasión linfovascular ni metástasis a distancia, como el caso de nuestra paciente, la progresión tumoral es poco frecuente y la supervivencia libre de progresión es alta, permitiendo un seguimiento conservador mediante la vigilancia endoscópica activa.

PÓSTERS

Código: 0261

QUE MALA ESPINA: A PROPÓSITO DE UN CASO

Modalidad: Casos Clínicos

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

Unidad Temática 2: b) ENDOSCOPIA DIGESTIVA 2. Endoscopia Terapéutica • Esófago, Estómago y Duodeno

VALLEJOS ZOILO, Eliana Jacqueline | RIVEROS, Ignacio | KNAUS, Samuel | GIMENEZ, Romina Magali | RIOS ALONSO, Marina

HOSPITAL INTERDISTRITAL EVITA DE FORMOSA

Introducción: La perforación gástrica secundaria a cuerpo extraño es una complicación poco frecuente pero potencialmente grave. Tradicionalmente el manejo de este tipo de patologías era quirúrgico, pero con los avances en endoscopia terapéutica, se han logrado resolver estas patologías de manera mínimamente invasiva.

Objetivos: El objetivo de esta presentación es describir el abordaje diagnóstico y terapéutico por vía endoscópica y quirúrgica del caso de un paciente con perforación gástrica secundaria a cuerpo extraño, destacando la importancia de tener siempre la sospecha, detectarlo tempranamente y abordar de manera multidisciplinaria.

Caso Clínico: Se detalla, a continuación, el caso de un paciente masculino de 65 años con antecedentes de HTA que consultó por presentar dolor abdominal localizado en epigastrio e hipocondrio derecho de 24hs de evolución, tipo punzante que fue aumentando a una intensidad 8/10, asociado a distensión abdominal, que inició posterior a ingesta de alimentos copiosos (pescado). Al examen físico se encontraba estable hemodinámicamente, afebril, sin requerimiento de oxígeno, con tránsito intestinal conservado. Abdomen tenso y doloroso a la palpación a nivel de hemiabdomen superior. Se realiza radiografía de tórax y abdomen donde se constata signo de Jobert, por lo cual se decide realizar TC. TC informo: a nivel gástrico en región prepilórica imagen lineal hiperdensa atribuible a cuerpo extraño que condiciona área de solución de continuidad con presencia de trayecto de burbujas aéreas y general neumoperitoneo anterior, con rarefacción de la grasa circundante. Laboratorio con elevación de reactantes de fase aguda. Se decide realizar VEDA, en la cual se visualiza en región antro pilórica cuerpo extraño tubular con bordes afilados que perforaba la pared gástrica, se realizó extracción del mismo con pinza de cuerpo extraño y se procedió a realizar cierre del defecto con hemoclips de 13mm y 17mm, colocándose luego sonda nasoyeyunal k108. Posteriormente se realizó laparoscopia exploradora y se constató fibrina asociada a plastrón en zona de antro pilórico, se decidió realizar maniobras hidroneumáticas constatándose fuga aérea, por lo cual se procedió a realizar gastrorrafia con sutura barbada 2/0. Se colocaron drenajes ofrecido a la zona quirúrgica.

Resultados: Evolucionando posteriormente estable, afebril, con mejoría del cuadro clínico, recibiendo alimentación por sonda nasoyeyunal, iniciando al quinto día postoperatorio ingesta por vía oral con buena tolerancia. Cumplió 7 días de antibióticoterapia endovenosa y se le fueron retirando los drenajes de manera progresiva, siendo externado al séptimo día postoperatorio.

Conclusión: Los cuerpos extraños localizados a nivel gástrico son patologías comunes, sin embargo, cuando generan perforación del órgano hueco se transforma en una complicación. La combinación del abordaje endoscópico y laparoscópico representa una alternativa segura y eficaz en casos seleccionados de perforación gástrica, subrayando la importancia de individualizar el manejo y aprovechar las herramientas mínimamente invasivas cuando estén disponibles.

PÓSTERS

Código: 0225

MANEJO HÍBRIDO DE OBSTRUCCIÓN INTESTINAL RECURRENTE EN SÍNDROME DE PEUTZ-JEGHERS: REPORTE DE UN CASO

Modalidad: Casos Clínicos

Unidad Temática: b) ENDOSCOPIA DIGESTIVA 2. Endoscopia Terapéutica • Intestino Delgado

Unidad Temática 2: a) GASTROENTEROLOGÍA 3. Intestino delgado 3.5. Miscelánea

GALVÁN CLAROS, Mariana Elizabeth1 | LÓPEZ, Sergio1 | VALDIVIEZO, Erica1 | DIEHL, Fernando2 | VILLEGAS, Manuel1 | SANTILLÁN MÁRQUEZ, María Eugenia1 | PATRON COSTAS, Lucas1

HOSPITAL SAN BERNARDO1; SAN BERNARDO2

Introducción: El síndrome de Peutz-Jeghers (SPJ) es una enfermedad polipósica

autosómica dominante poco frecuente, caracterizada por pólipos hamartomatosos gastrointestinales y pigmentación mucocutánea. Sus complicaciones incluyen sangrado e intususcepción del intestino delgado, con riesgo de cirugía de emergencia.

Objetivos: Describir el manejo de un caso de obstrucción intestinal recurrente por SPJ, abordado mediante laparotomía asociada a enteroscopia intraoperatoria.

Caso Clínico: Paciente masculino de 20 años, con SPJ diagnosticado a los 11 años y antecedente de enterotomía en 2022 por oclusión intestinal, además de múltiples intususcepciones por pseudocclusión, con controles endoscópicos anuales a la espera de una enteroscopia. Consultó en guardia por dolor abdominal de 3 días, predominante en fosa ilíaca izquierda, acompañado de vómitos. Laboratorio: hematócrito 32.6%, hemoglobina 10.3 g/dl, leucocitos 5080 x10⁹/L, plaquetas 435 x10⁹/L. Se solicitó una tomografía contrastada que mostró intususcepción yeyunal proximal e íleo-ileal, con engrosamiento mural y pólipos endoluminales. Se indicó laparotomía con enteroscopia intraoperatoria: se halló intususcepción a 20 cm de asa fija por pólipo, realizándose resección de 10 cm de intestino. A través de la enterotomía se avanzó el endoscopio hacia proximal, extrayéndose tres pólipos pediculados (15–20 mm) con asa. Luego hacia distal se identificaron múltiples pólipos (6–30 mm), reseccionándose 12 adicionales de mayor tamaño. Se completó con anastomosis término-terminal. La histología confirmó 15 pólipos hamartomatosos sin displasia.

Resultados: El paciente evolucionó favorablemente, sin recurrencias del cuadro.

Conclusión: Se resalta la utilidad del abordaje híbrido en centros que no disponen de enteroscopia, permitiendo prolongar el intervalo entre laparotomías, minimizar complicaciones y preservar mayor longitud intestinal.

PÓSTERS

Código: 0226

SÍFILIS RECTAL: FÁCIL DE TRATAR ¿DIFÍCIL DE DIAGNOSTICAR?

Modalidad: Casos Clínicos

Unidad Temática: b) ENDOSCOPIA DIGESTIVA 1. Endoscopia Diagnóstica • Colon

Unidad Temática 2: a) GASTROENTEROLOGÍA 7. Enfermedades infecciosas 7.4. Mixelánea

BRIZUELA, Johanna Paola Pilmaiquen | FIRVIDA, Sofia | LOMBARDI, Giuliana | LEW, Javier | GONZALEZ BAUER, Tabaré | ESCOBAR, Rafael

SANATORIO DR. JULIO MÉNDEZ

Introducción: La sífilis es una enfermedad sistémica causada por la espiroqueta *Treponema Pallidum* (TP), se transmite principalmente por vía sexual y se reporta una incidencia en aumento a nivel global. En su estadio primario se observa típicamente en el sitio de inoculación una lesión única, ulcerada e indolora conocida como chancro, observada por lo general en genitales o región perianal. La presentación rectal, sífilis rectal, es rara y variable, en los reportes de casos se ha descrito en forma de fisura anal, úlceras perianales, úlcera rectal, proctitis e incluso como pseudotumor, por lo que puede confundirse fácilmente con patologías no venéreas si no se tiene una alta sospecha diagnóstica.

Objetivos: Presentar un caso de sífilis rectal primaria, patología anorrectal infrecuente que se presentó como una lesión sospechosa de neoplasia.

Caso Clínico: Paciente masculino de 51 años, sin antecedentes relevantes, consulta por alteración del ritmo evacuatorio y detección de una masa rectal durante la autoexploración. Rectoscopia: lesión indurada y sangrante localizada a 5 cm del margen anal, inicialmente sugestiva de neoplasia. Dosaje de CEA 19.9 dentro de valores normales y Resonancia magnética (RMN) de recto: engrosamiento anterior del recto inferior y adenopatías meso rectales (Figura 1). Videocolonoscopia: recto inferior úlcera única de 20 mm de diámetro con fondo de fibrina y bordes definidos (Figura 2). Por sospecha de origen infeccioso, además de muestras para estudio histopatológico se tomaron biopsias para PCR de tuberculosis, citomegalovirus y serologías para infecciones de transmisión sexual (ITS). Informe de laboratorio: VDRL de 64 dil, FTA Abs positiva; resto de serologías y PCR negativas. Informe histopatológico: mucosa con intenso infiltrado linfoplasmocitario mediante tinción con hematoxilina y eosina (Figura 3) y múltiples microorganismos compatibles con espiroquetas a través de la tinción de Warthin-Starry (Figura 4). Se interpreta cuadro como sífilis rectal primaria manifestada con chancro rectal, con exclusión de patología neoplásica. Fue tratado con una dosis de penicilina G benzatínica 2.4 millones UI. Al tercer mes de seguimiento, el paciente presentó remisión completa del cuadro clínico y endoscópico (Figura 5), con normalización de los parámetros bioquímicos, incluyendo la negativización del VDRL.

Resultados: La sífilis, como toda ITS, es prevenible pero también estigmatizante, lo que puede dificultar su diagnóstico dado que muchas veces los pacientes niegan o evitan comentar conductas sexuales de riesgo. El equipo médico debe estar siempre alerta y explicar que su libre evolución puede derivar en serios problemas de salud. El diagnóstico se realiza a través de métodos directos, que detectan al TP o indirectos (serológicos), que detectan los anticuerpos generados contra el TP, mediante pruebas no treponémicas como el VDRL y treponémicas como la FTA Abs. En cuanto al tratamiento, la penicilina G benzatínica continúa siendo el antibiótico de elección, las dosis requeridas dependen del estadio de la enfermedad. El seguimiento se realiza con la clínica y dosaje de VDRL cada tres meses hasta el año posterior al tratamiento o hasta lograr la negativización o títulos bajos en forma sostenida (<4 Dil).

Conclusión: La sífilis rectal primaria es una causa poco frecuente de patología anorrectal. Sin embargo, debido a su presentación variable y al aumento de las prácticas

sexuales de riesgo, resulta fundamental considerarla en el diagnóstico diferencial de lesiones anorrectales atípicas. Solicitar serologías para ITS en estos casos permitiría hacer un diagnóstico y tratamiento adecuados, evitar estudios innecesarios y prevenir su transmisión.

PÓSTERS

Código: 0253

HEMORRAGIA DIGESTIVA POR HIPERTENSION PORTAL NO CIRRÓTICA DE CAUSA POCO FRECUENTE

Modalidad: Casos Clínicos

Unidad Temática: a) GASTROENTEROLOGÍA 6. Páncreas 6.1. Patología inflamatoria

Unidad Temática 2: b) ENDOSCOPIA DIGESTIVA 2. Endoscopia Terapéutica • Esófago, Estómago y Duodeno

VALLEJOS ZOILO, Eliana Jacqueline1 | RIVEROS, Ignacio1 | PAREDES, Sebastián2 | KNAUS, Samuel1 | GERULA, Walter1

HOSPITAL INTERDISTRICTAL EVITA DE FORMOSA1; HOSPITAL DE ALTA COMPLEJIDAD PTE. JUAN DOMINGO PERON2

Introducción: La hipertensión portal es una patología que se caracteriza por un aumento de la presión del sistema venoso portal superior a 5mmHg de gradiente hepático, que presenta manifestaciones clínicas por encima de 10mmHg. Se la asocia con mayor frecuencia a la cirrosis hepática, pero otro grupo de causas que son las no cirróticas (obstrucciones prehepáticas, intrahepáticas no cirróticas, posthepáticas). Las complicaciones suelen ser las mismas para ambos grupos: varices esofágicas, ascitis, esplenomegalia, hemorragia digestiva alta.

Objetivos: El objetivo de este trabajo es presentar el caso de una paciente que ingresó con cuadro de hemorragia digestiva alta de origen variceal secundaria a hipertensión portal por compresión extrínseca de un pseudoquistes pancreático gigante, intentando abordar la forma de resolverlo desde el punto de vista endoscópico.

Caso Clínico: Se presenta el caso de una paciente femenina de 60 años con antecedente de HTA, DBT II, colecistectomizada hace 2 años, ingresó por cuadro de hemorragia digestiva alta, iniciando con hematemesis de 3 días de evolución, asociado a dolor punzante localizado en epigastrio de intensidad moderada. Al examen físico presenta ictericia cutaneomucosa, hemodinámicamente estable, abdomen doloroso a la palpación en epigastrio. Oligúrica, con episodios de melena. Se realiza ecografía abdominal donde se constata formación quística a nivel del páncreas. Se lleva a cabo TC de abdomen con protocolo para páncreas, informándose en topografía del páncreas voluminosa formación hipodensa de aspecto quístico que reemplazaba casi en su totalidad el parénquima, con paredes de 4,5mm que realizaba de manera homogénea con contraste, presentando contenido heterogéneo, midiendo 110x96x148mm, que ejercía efecto de masa sobre las estructuras adyacentes tanto vasculares como órganos contiguos, generando circulación lateral y dilatación de la vía biliar. Con moderada cantidad de ascitis y distensión leve de asas intestinales. Presentó laboratorio con leve leucocitosis con desviación de la fórmula a la izquierda, alteración del coagulograma, perfil pancreático normal, con patrón colestásico.

Resultados: Se realiza videoendoscopia digestiva alta, donde se constató varices esofágicas, realizándose banding, y a nivel gástrico se constata compresión extrínseca. Se envía muestra de líquido ascítico presentando cultivo positivo para *E. coli* sensible a carbapenems, con GASa de >1,1gr/dL. Posteriormente se realiza CPRE con colocación de stent biliar, y ecoendoscopia y se realiza drenaje transgástrico.

Conclusión: La hipertensión portal no cirrótica generalmente se produce por causas vasculares, trombosis portales o esplénicas, o compresión extrínseca. El pseudoquistes de páncreas representa alrededor del 5% de las causas de hipertensión portal no cirrótica de origen pancreático. Es importante saber abordar las complicaciones como tratar las varices esofágicas, drenar la ascitis, pero enfocarse principalmente en la causa de la misma. Una vez resuelta la causa de base, generalmente los pacientes vuelven a un estado base, mejorando signo sintomatología y parámetros complementarios.

PÓSTERS

Código: 0182

RESOLUCIÓN ENDOSCÓPICA DE ESTENOSIS DE ANASTOMOSIS POST DUODENO-PANCREATECTOMÍA CEFÁLICA

Modalidad: Casos Clínicos (presentado En Otro Congreso)

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

FERREYRA VALVASSORI, Nair | CATANEO, Evelin | GOBELET, Jaqueline | GIGENA, Ricardo Agustín

SANATORIO ALLENDE

Introducción: La neoplasia sólida pseudopapilar es un tumor poco frecuente que generalmente se localiza en la cola del páncreas. La ecoendoscopia con toma de biopsia e inmunohistoquímica puede ayudar en el diagnóstico preoperatorio. La cir-

gía es el tratamiento de elección; Y una resección con márgenes libres es curativa. Si está ubicado en cabeza la indicación quirúrgica es de pancreatoduodenectomía céfalica. Una complicación tardía es la estenosis de la anastomosis pancreatoyeyunal que consecuentemente puede generar insuficiencia exocrina y endocrina. El diagnóstico se puede realizar con resonancia de abdomen, ya que la clínica del paciente suele ser inespecífica. Los abordajes quirúrgicos para el restablecimiento del flujo pancreático en estas afecciones se asocian con una morbilidad significativa es por ello que surgen nuevas técnicas menos invasivas.

Objetivos: Demostrar la eficacia del drenaje endoscópico para el tratamiento de la estenosis de anastomosis post pancreatomectomía céfalica

Caso Clínico: Paciente femenina de 48 años de edad que inicia con dolor abdominal en hipocondrio derecho, se realiza resonancia de abdomen que evidencia lesión quística de 25 mm por lo que se decide solicitar ecoendoscopia que evidencia tu pseudopapilar (Tumor de Franz) en cabeza de páncreas. Se realiza duodeno-pancreatomectomía céfalica. En el post quirúrgico continuó con controles clínicos y de elastasa fecal por ambulatorio con buena evolución. A los 4 años comienza con síntomas compatibles con insuficiencia pancreática exocrina asociado a pérdida de peso. Se solicita tomografía de abdomen que evidencia dilatación del wirsung, descartando recidiva tumoral por lo que se discute en comité multidisciplinario y se decide realizar ecoendoscopia para drenaje del wirsung. Se realizó drenaje guiado por endosonografía, dejando instalado stent plástico doble pigtail, desde el wirsung hacia el estómago. Paciente evolucionó asintomática post procedimiento. Al año se solicita tomografía de abdomen donde se observa stent in situ, sin dilatación del Wirsung. Se presenta nuevamente en comité interdisciplinario y se decide el retiro del mismo.

Resultados: La ecoendoscopia abre un nuevo abanico de posibilidades terapéuticas en las técnicas endoscópicas para el drenaje del conducto pancreático en pacientes con obstrucción del mismo. Si bien no existen datos que sugieran qué abordaje es superior, el transgástrico proporciona al endoscopista la mayor flexibilidad para la punción del páncreas. En cuanto a la elección de stent, se han preferido los plásticos en comparación con los metálicos debido a que tienen una inserción menos traumática y riesgo menor de migración. En algunos estudios se describe una tasa de éxito técnico del 92,5% y tasas de éxito clínico del 87,5% en manos de endoscopistas experimentados

Conclusión: Los datos han demostrado que el procedimiento endoscópico puede ser seguro y eficaz para resolver los síntomas relacionados a la dilatación del Wirsung post estenosis postquirúrgica de la pancreatoyeyuno-anastomosis, el drenaje transgástrico guiado por ecoendoscopia sigue siendo una de las intervenciones terapéuticas de ecoendoscopia más complejas técnicamente, por lo que se deben seleccionar los pacientes adecuadamente por endoscopistas experimentados.

PÓSTERS

Código: 0191
INVAGINACIÓN YEYUNAL COMO MANIFESTACIÓN DE UNA LESIÓN SUBEPITELIAL: REPORTE DE CASO

Modalidad: Casos Clínicos

Unidad Temática: b) ENDOSCOPIA DIGESTIVA 1. Endoscopia Diagnóstica • Intestino Delgado

Unidad Temática 2: b) ENDOSCOPIA DIGESTIVA 1. Endoscopia Diagnóstica • Intestino Delgado

ZÚÑIGA, Andrés | GARBI, María Laura | BEZZONI, Pablo | FABBRO, Gabriel | PALMA, Agustina | RIZZI, Bruno | YANTORNO, Martin | TUFARE, Francisco

HIGA San Martín La Plata

Introducción: La invaginación intestinal en adultos es una causa infrecuente de obstrucción intestinal, representando menos del 5% de los casos. A diferencia del contexto pediátrico, en adultos suele deberse a una lesión orgánica subyacente y la presentación clínica es inespecífica y muy variable. Los tumores estromales gastrointestinales (GIST) son tumores mesenquimales con comportamiento clínico variable que se originan en las células intersticiales de Cajal, con una baja incidencia y localización variada a lo largo del tracto digestivo. Presentamos un caso clínico de invaginación intestinal secundario a una causa poco frecuente.

Objetivos: Describir un caso de invaginación yeyunal secundaria a GIST ulcerado, así como su abordaje diagnóstico y terapéutico.

Caso Clínico: Paciente masculino de 38 años sin antecedentes relevantes, consulta por cuadro de vómitos recurrentes, deshidratación y pérdida de 10 kg en siete meses de evolución. Al examen físico, se palpa una masa dolorosa en flanco izquierdo. En el laboratorio presenta anemia leve (Hb 10.9 g/dL), sin otras alteraciones. Se realiza una TC abdominopélvica con contraste oral y endovenoso que muestra imagen compatible con invaginación yeyunal asociado a dilatación gástrica. Se decide realizar enteroscopia por push que evidencia lesión elevada y ulcerada, subpediculada, que impresiona subepitelial, obstruyendo casi el 100% de la luz intestinal; se toman biopsias y se marca con tinta china. Posteriormente se realiza laparotomía exploradora, evidenciando invaginación a 20 cm del ángulo de Treitz, con tumor central. Se resecan 15 cm de yeyuno y ganglios mesentéricos, con evolución postoperatoria favorable.

Resultados: La anatomía patológica revela inmunohistoquímica para CD117 y AML positivos, CD34 positivo heterogéneo, S100 negativo y Ki67 >7 mitosis/CGG confirmando así el diagnóstico de GIST. Según los criterios de Fletcher, se clasifica

como tumor de riesgo intermedio a alto. Se decide iniciar tratamiento adyuvante con imatinib, al día de la fecha continua bajo control oncológico.

Conclusión: La invaginación intestinal en adultos debe considerarse un signo de alarma ante la posibilidad de una lesión orgánica subyacente. La enteroscopia por push es un método accesible que debe ser considerado para el diagnóstico de lesiones localizadas en yeyuno proximal. El diagnóstico y la estratificación pronóstica del GIST se realiza en base a su caracterización inmunohistoquímica, siendo el tratamiento adyuvante con imatinib una estrategia indicada en casos seleccionados según los criterios de Fletcher. Este caso resalta la importancia del enfoque multidisciplinario en patologías digestivas poco frecuentes con implicancias oncológicas.

PÓSTERS

Código: 0133
VISIÓN ENDOSCÓPICA DE NECROSIS GÁSTRICA SECUNDARIA A SÍNDROME PILÓRICO: REPORTE DE CASO

Modalidad: Casos Clínicos

Unidad Temática: b) ENDOSCOPIA DIGESTIVA 1. Endoscopia Diagnóstica • Esófago, Estómago y Duodeno

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

MARTINEZ DI SERA, Sofia | CHAMBA ROSILLO, Tatiana Lorena | MIMURA, Humberto | PAZMIÑO, Karen | CALLE CALLE, Santiago Geovanny | PÉREZ GARCÍA, Jorge Luis

HOSPITAL INTERZONAL GENERAL DE AGUDOS PEDRO FIORITO DE AVELLANEDA

Introducción: La necrosis gástrica es una patología infrecuente producida por la muerte del tejido gástrico secundaria a múltiples etiologías, como isquemia, infección u obstrucción mecánica. Su fisiopatología se explica por el aumento abrupto de la presión intragástrica que conlleva a la disminución del flujo sanguíneo hacia la mucosa y pared del órgano desencadenando así la isquemia. La evaluación endoscópica de estos casos es poco frecuente, ya que el diagnóstico suele realizarse en etapas tardías, requiriendo así un tratamiento quirúrgico al ingreso.

Objetivos: Exponer los hallazgos endoscópicos tempranos de un caso de necrosis gástrica secundaria a síndrome pilórico.

Caso Clínico: Se presenta un caso clínico con diagnóstico de necrosis gástrica secundaria a síndrome pilórico.

Resultados: Paciente masculino de 53 años con antecedentes de cirrosis por enol de reciente diagnóstico, consulta por vómitos e intolerancia a la vía oral de dos semanas de evolución asociado a pérdida de peso significativa. Al examen físico abdomen distendido, timpánico con dolor en epigastrio, sin signos de peritonismo. Se coloca sonda nasogástrica obteniendo abundante débito de retención. Analítica reporta anemia leve, hiperbilirrubinemia y FAL elevada. Se realiza tomografía de abdomen sin contraste que evidencia vía biliar intra y extrahepática dilatada con cambio de calibre a nivel de cabeza del páncreas y extensa distensión gástrica con engrosamiento parietal a nivel pilórico y duodenal. Ante hallazgos se realiza endoscopia que evidencia: esofagitis D de los Ángeles, en cuerpo gástrico, comprometiendo curvatura mayor y cara posterior, se evidencia gran lesión de aspecto necrótico friable al roce con bordes vitales bien delimitados, con sospecha endoscópica de necrosis gástrica; además a nivel duodenal compresión extrínseca que permite el paso a segunda porción con resalto. Posteriormente se realiza laparotomía exploratoria y, por mal estado intraquirúrgico del paciente, se opta por gastroenteroanastomosis descompresiva. Cursa con evolución tórpida postquirúrgica y obita.

Conclusión: La necrosis gástrica es una patología rara y de alta morbimortalidad, que en este caso se presenta como una complicación secundaria al síndrome pilórico. Su visión endoscópica es un hallazgo infrecuente debida al mal estado general presentado por los pacientes desde el inicio del cuadro. Los hallazgos más frecuentes son la ulceración y la coloración negruzca de la mucosa gástrica siendo su visualización extremadamente atípica. Observaciones: Se decide la presentación de este caso debido a la falta de estadísticas estimativas de prevalencia e incidencia de la necrosis gástrica. Su rápida evolución y alta morbimortalidad suele requerir resolución quirúrgica temprana dejando a la endoscopia con una utilidad limitada.

PÓSTERS

Código: 0007
ESTENOSIS ESOFÁGICA SEVERA EN EPIDERMÓLISIS BULLOSA DEL ADULTO: UNA ALTERNATIVA TERAPÉUTICA CON ESOFILIP

Modalidad: Casos Clínicos

Unidad Temática: b) ENDOSCOPIA DIGESTIVA 2. Endoscopia Terapéutica • Esófago, Estómago y Duodeno

Unidad Temática 2: a) GASTROENTEROLOGÍA 1. Esófago 1.4. Miscelánea

VILLALOBOS, Marlon | OLMOS, Juan Ignacio | MARIÑO CAMACHO, Gabriel Adrian | BUSTAMANTE, Jaime | MANZUR, Graciela | PEREZ, Rafael | BORTOR, Lorena | GONZÁLEZ BALLERGA, Esteban

HOSPITAL DE CLÍNICAS "JOSÉ DE SAN MARTÍN" - UBA

Introducción: La epidermólisis bullosa (EB) es una genodermatosis monogénica caracterizada por fragilidad mecánica del epitelio cutáneo mucoso, con formación de ampollas o erosiones ante mínimos traumatismos. Su incidencia se estima en 19 casos por millón de nacidos vivos y su prevalencia en 8 por millón de habitantes. Entre las complicaciones viscerales de esta enfermedad destaca la estenosis esofágica por su frecuencia y severidad producida por fibrosis progresiva tras ciclos de lesión y reparación. Esto genera disfagia, riesgo de aspiración y desnutrición, requiriendo intervenciones periódicas. Tradicionalmente, el tratamiento consiste en dilataciones con balones o bujías, que exigen extrema precaución por la vulnerabilidad tisular. En este contexto, el EsoFLIP (Funcional Lumen Imaging Probe) representa una técnica innovadora que combina dilatación esofágica con medición dinámica del lumen mediante planimetría de impedancia, permitiendo visualización en tiempo real del diámetro y distensibilidad esofágica. Aunque la experiencia en EB es aún limitada y derivada sobre todo de casos pediátricos, los resultados preliminares sugieren buena seguridad y eficacia, perfilando al EsoFLIP como herramienta prometedora para el manejo de estenosis esofágicas complejas en estos pacientes.

Objetivos: Describir el tratamiento de la estenosis esofágica con EsoFLIP como alternativa terapéutica segura en un paciente adulto con EB.

Caso Clínico: Caso clínico: Femenina de 67 años, con diagnóstico de EB. Consulta por un cuadro de cuatro años de evolución caracterizado por disfagia orofaríngea progresiva a sólidos, asociada a pérdida ponderal significativa (-20%). Se realiza una VEDA, que evidencia una estenosis esofágica puntiforme a 15 cm de la arcada dentaria superior (ADS), infranqueable al endoscopio. La seriada esofagogastrodudenal complementaria confirma una zona de estrechamiento localizado en el tercio superior esofágico.

Resultados: Posteriormente, se decide realizar una dilatación con EsoFLIP. Durante el procedimiento, inmediatamente distal a la región cricofaríngea, se identifica una estenosis anular fibrótica, puntiforme, a 15 cm de la ADS, nuevamente infranqueable con el endoscopio. Se introduce bajo visión directa un catéter EsoFLIP ES-320, logrando franquear la estenosis sin incidentes. Se insufla el balón con un volumen inicial de 15 ml, centrando la estenosis dentro del segmento activo del dispositivo. En la consola se observa el característico "signo de reloj de arena". Se realizan dilataciones progresivas, aumentando 10 ml cada 30 segundos, hasta alcanzar un volumen final de 40 ml. Al final del procedimiento se obtiene una imagen tubular continua, con desaparición del defecto central y un diámetro luminal de 18 mm. Posteriormente, se retira el balón y se progresa el endoscopio a través del segmento estenosado, observando desgarro longitudinal controlado de la mucosa. La mucosa esofágica remanente se evidencia friable, denudada y con sangrado espontáneo al roce. La paciente evoluciona favorablemente, iniciando dieta líquida a las 24 horas, con progresión a dieta blanda y luego sólida en el curso de una semana, sin eventos adversos.

Conclusión: El uso de EsoFLIP en estenosis esofágica severa asociada a EB representa una alternativa terapéutica viable y segura, capaz de ofrecer dilataciones controladas con menor riesgo de trauma tisular y potencial para integrarse en el manejo estándar de esta compleja complicación.

PÓSTERS

Código: 0046

COLANGITIS DE CAUSA INFRECIENTE: REPORTE DE UN CASO

Modalidad: Casos Clínicos

Unidad Temática: b) ENDOSCOPIA DIGESTIVA 2. Endoscopia Terapéutica • Hígado, Vías Biliares y Páncreas

Unidad Temática 2: a) GASTROENTEROLOGÍA 5. Vesícula y vías biliares 5.3. Obstrucción biliar no pilórica

MILICH, Mayra Melina | VILLEGAS, Manuel | VALDIVIEZO, Erica M. | SANTILLÁN MÁRQUEZ, María Eugenia | GALVÁN CLAROS, Mariana Elizabeth | BULACIO, Fernando Gabriel | CONDORÍ BURGOS, Rodrigo Marcelo

HOSPITAL SAN BERNARDO

Introducción: Se define como colangitis a la inflamación e infección de la vía biliar intra y extrahepática, la cual puede ser de curso agudo, recidivante o crónico. Su fisiopatología se explica a partir de una obstrucción de la vía biliar, con posterior colonización bacteriana que se traduce en una infección de la misma. En el 90% de los casos se produce a partir de coledocolitiasis (secundaria a migración de litos desde la vesícula biliar), seguido por obstrucción neoplásica o tumoral, lesiones quirúrgicas, post CPRE, y menos frecuentemente por colangitis esclerosante primaria, infecciones virales (CMV), parasitosis, prótesis biliares, etc. Ante un abordaje terapéutico temprano esta patología puede tener una mortalidad de un 8-10%, pero estas cifras ascienden a un 75% ante la evolución a un shock séptico.

Objetivos: Se presenta el siguiente caso clínico sobre un paciente con diagnóstico de colangitis, inicialmente sospechando causa litiasica. Posterior a la realización de CPRE, se arriba al diagnóstico objetivándose obstrucción de la vía biliar por una causa poco frecuente, sin litiasis en la misma. El objetivo en este caso es tener en consideración que existen causas de obstrucción de vía biliar que además del drenaje de la misma, pueden requerir otras medidas para su tratamiento o resolución.

Caso Clínico: Se recibe en guardia central paciente masculino de 64 años derivado del interior de la provincia, por cuadro de dolor abdominal localizado en hipocondrio

derecho, de tipo cólico e intermitente de aproximadamente un mes de evolución, al cual se agrega fiebre e ictericia 5 días previos a la derivación. El laboratorio de ingreso informaba: Hb 14, Hto 37, Glóbulos blancos 15.700, Neutrófilos 81%, bilirrubina total 9.1, Bilirrubina directa 7.8, GOT 43, GPT 31, FAL 194, Amilasa 46. La ecografía abdominal informa hígado de estructura conservada, vesícula biliar con microlitiasis, y colédoco de 10 mm. sin lograr visualizarse litiasis en el mismo. Ante sospecha de colangitis por coledocolitiasis se inicia tratamiento antibiótico y se solicita ColangioRMN donde se observa colédoco de 9mm, y aparente defecto de relleno endoluminal a nivel de colédoco distal de 6x8mm. Se realiza CPRE de urgencia, donde mediante colangiografía inicial se objetiva colédoco de 10 mm con imagen negativa a nivel distal del mismo. Se procede a canular papila, con salida inmediata desde vía biliar de parásito vivo alargado, blanquecino de aproximadamente 60 mm de longitud, el cual no se logra rescatar. Posteriormente se utiliza balón extractor, obteniéndose otro parásito muerto, con tinción biliar de 11 cm de longitud. Se constata permeabilidad de vía biliar sin imágenes negativas, finalizándose procedimiento.

Resultados: El paciente cursó buena evolución, iniciando tratamiento con mebendazol (en conjunto con el grupo familiar) y posterior alta hospitalaria, con seguimiento por consultorio externo.

Conclusión: La infección por *Ascaris lumbricoides* constituye un problema en Salud Pública predominantemente en Latinoamérica y África (se estima que existen 807 millones de personas infectadas a nivel mundial), con consecuencias como desnutrición, retraso en el crecimiento, asociación a poliparasitosis, y morbi-mortalidad asociada principalmente a complicaciones. Las formas de afectación con mayor morbi-mortalidad son la obstrucción intestinal, seguido por presentaciones clínicas poco frecuentes como la invasión pancreática y de vías biliares, siendo éste último el caso del paciente presentado. Debe destacarse además de la intervención sobre la patología mayor (en este caso, colangitis aguda), el tratamiento de la causa de base: parasitosis, sospechándose y realizando tratamiento oportuno en instancias previas a manifestación de complicaciones, sobre todo en nuestro medio donde se conoce una prevalencia alta de dicha parasitosis.

PÓSTERS

Código: 0218

MÁS ALLÁ DEL ESÓFAGO, COMPLICACIONES POST INGESTA CÁUSTICA: REPORTE DE UN CASO

Modalidad: Casos Clínicos

Unidad Temática: b) ENDOSCOPIA DIGESTIVA 1. Endoscopia Diagnóstica • Esófago, Estómago y Duodeno

Unidad Temática 2: a) GASTROENTEROLOGÍA 1. Esófago 1.4. Miscelánea

GALVÁN CLAROS, Mariana Elizabeth | LÓPEZ, S.R. | VALDIVIEZO, Erica | PATRÓN COSTAS, Lucas | VILLEGAS, Manuel | SANTILLÁN MÁRQUEZ, María Eugenia | MILICH, Mayra Melina | BULACIO, Fernando Gabriel | CONDORÍ BURGOS, Rodrigo Marcelo

SAN BERNARDO

Introducción: La ingestión de cáusticos es una emergencia médica con riesgo elevado de complicaciones agudas y tardías. Las lesiones afectan desde la orofaringe hasta el tracto digestivo inferior, comprometiendo incluso la vía aérea. La clasificación endoscópica de Zargar permite estratificar la severidad y el riesgo de perforación y estenosis. La estenosis esofágica post-cáustica ocurre en más del 80 % de los casos Zargar IIB, y las estenosis gástricas en un 30-60 %. Ambas complicaciones coexisten en alrededor del 20 % de los casos. Pese a su impacto, se reporta escasa evidencia específica.

Objetivos: Exponer un caso clínico de esofagitis cáustica grave con evolución a estenosis esofágica y compromiso antro pilórico, resaltando la relevancia de esta complicación en pacientes con condiciones neurológicas asociadas.

Caso Clínico: Paciente femenina de 20 años, con antecedentes de retraso neuromaturo que ingresa por guardia luego de presentar ingesta accidental de desengrasante industrial, potente alcalis, sin saber referir el volumen. Al examen físico se encontraba con excitación psicomotriz, con erosiones y eritema en cavidad oral. Por sospecha de compromiso de vía aérea se decidió IOT, se solicitó endoscopia de urgencia, en la que se informó esófago medio y proximal con mucosa edematizada, grisácea, afectación circunferencial, pequeñas áreas de necrosis y úlceras profundas (Zargar IIIa) En estómago, gran úlcera profunda en cuerpo y antro hacia región prepilórica, con coágulos y tejido necrótico, no logrando valorar piloro y duodeno. Se realizó TC de tórax y abdomen descartando perforación. Se inició tratamiento con corticoides, antibióticos y alimentación parenteral, con buena evolución. A las 4 semanas luego de internación presentó vómitos postprandiales, por lo que se solicitó nueva TC evidenciando engrosamiento mural (4 mm) circunferencial del tercio medial y distal del esófago, y engrosamiento de la pared gástrica a nivel del antro. Se realizó una endoscopia que informó a los 15 cm de la ADS estenosis concéntrica infranqueable al paso del endoscopio. La seriada esofagogastrica confirmó importante estrechamiento esofágico con signos sugerentes de úlceras y compromiso de región antro-pilórica.

Resultados: Ante la estenosis esofágica severa y la afectación gástrica asociada, se decidió realizar una yeyunostomía quirúrgica para asegurar una vía enteral de alimentación. Posterior a la cirugía permanece estable y en seguimiento.

Conclusión: La esofagitis cáustica grave puede evolucionar a estenosis esofágica y, en algunos casos, asociarse a estenosis gástrica, lo que complejiza el abordaje

clínico y terapéutico. La detección oportuna de estas complicaciones mediante estudios de imagen y endoscopia, permite definir estrategias terapéuticas. El caso presentado resalta la necesidad de mayor visibilidad de estas presentaciones combinadas y de consensos claros para su prevención, manejo y seguimiento a largo plazo.

PÓSTERS

Código: 0075

DISPOSITIVO OCLUSOR SEPTAL COMO TRATAMIENTO DE FÍSTULA TRAQUEOESOFÁGICA REFRACTARIA POST-ESOFAGUECTOMÍA: REPORTE DE CASO

Modalidad: Casos Clínicos

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

Unidad Temática 2: b) ENDOSCOPIA DIGESTIVA 2. Endoscopia Terapéutica • Esófago, Estómago y Duodeno

LOMBARDI ALVAREZ, Abigail | SEQUEIRA, Agustín | MICONI, Diego Gabriel | YAÑEZ CHAVEZ, Carolina | RASTELLI, Laureano | GARCÍA ALLENDE, Leonardo | FIOLO, Eduardo | TONN, Eugenio Federico

HOSPITAL PRIVADO DE COMUNIDAD

Introducción: El cáncer de esófago representa la octava neoplasia a nivel mundial, siendo el carcinoma escamoso su forma más prevalente. El tratamiento quirúrgico continúa siendo una de las opciones terapéuticas disponibles. Una de las complicaciones graves postquirúrgicas es la fístula, comúnmente en sitios de anastomosis. El diagnóstico y tratamiento precoz, preferentemente endoscópico, son claves para su resolución.

Objetivos: Describir la resolución endoscópica de una fístula traqueo-esofágica (FTE) crónica y refractaria mediante una técnica inusual con dispositivo ocluser septal (DOS) en una paciente con esofaguectomía por carcinoma escamoso.

Caso Clínico: Paciente femenina de 68 años, con antecedentes de trasplante cardíaco (2017) y timectomía con radioterapia por Timoma (1987). Por diagnóstico reciente de carcinoma escamoso de tercio medio esofágico completó quimio-radioterapia neoadyuvante y posterior esofaguectomía total con confección de tubo gástrico y anastomosis cervical. Evolucionó en posoperatorio inmediato con neumonía multifocal y síndrome de distress respiratorio agudo requiriendo asistencia respiratoria mecánica prolongada y posterior traqueostomía. Por sospecha de complicación post-quirúrgica se solicita tomografía con contraste que evidencia FTE, iniciándose tratamiento con sistema de vacío endoscópico (VAC). Se realizan distintas modalidades de terapéutica endoscópica entre ellas: hemoclips, nuevo sistema VAC e inyección de plasma rico en plaquetas, sin cierre de defecto, probablemente debido a compresión de balón traqueal. Se decide finalmente colocar un DOS (tipo Amplatzer) guiado por endoscopia y fibrobroncoscopia. El procedimiento se realiza con éxito evidenciando cierre parcial de la fístula en los controles endoscópicos posteriores.

Resultados: Las FTE postquirúrgicas son complicaciones infrecuentes pero con alta morbilidad. El tratamiento depende de múltiples factores como etiología, localización y tamaño. Si bien existen distintas opciones endoscópicas, en casos refractarios, la colocación de dispositivos diseñados originalmente para cardiología intervencionista como el DOS representan una alternativa terapéutica.

Conclusión: La utilización del DOS es una opción innovadora y mínimamente invasiva para el tratamiento de FTE crónicas post-quirúrgicas, especialmente en pacientes con múltiples comorbilidades y fracaso de terapias convencionales.

PÓSTERS

Código: 0160

VARICES DESCENDENTES: UNA CAUSA POCO FRECUENTE DE HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA

Modalidad: Casos Clínicos

Unidad Temática: b) ENDOSCOPIA DIGESTIVA 1. Endoscopia Diagnóstica • Esófago, Estómago y Duodeno

Unidad Temática 2: a) GASTROENTEROLOGÍA 1. Esófago 1.4. Miscelánea

ALLEGRETTI, Santiago | PROMENZIO, Esteban Miguel | ANTÚNEZ, Alejandro Carlos

HOSPITAL MUNICIPAL RAMON SANTAMARINA DE TANDIL

Introducción: A pesar de que la hemorragia digestiva alta por varices esofágicas es una entidad bastante frecuente, las varices proximales o en downhill representan aproximadamente el 0,1% de estos casos. A diferencia de las varices distales producidas por aumento de la presión portal, las varices proximales son el resultado de una obstrucción a nivel de la vena cava superior. Localizadas en el tercio superior o medio del esófago, representan un subgrupo poco frecuente de hemorragia aguda por varices esofágicas.

Objetivos: Destacar la importancia en el diagnóstico diferencial de la etiología de varices esofágicas.

Caso Clínico: Revisión de un caso clínico de hemorragia digestiva alta por varices esofágicas secundario a síndrome de vena cava superior.

Resultados: Paciente femenina de 46 años con antecedentes de diabetes tipo 1, insuficiencia renal crónica en diálisis trisemanal y catéter subclavio izquierdo; acude a servicio de emergencias por haber presentado tres episodios de hematemesis; se constata descompensación hemodinámica. Se inicia fluidoterapia sin respuesta, por lo que requiere vasopresores. Se realiza veda; esófago: Inmediatamente por debajo de cricofaríngeo hasta los 25 cm de ads cordón azulado tortuoso, impresiona a los 20 cm de ads hematoma esofágico, sin sangrado activo. Se toma conducta expectante decidiéndose no realizar terapéutica endoscópica. Paciente ingresa a UCI con vasopresores e intubación orotraqueal. Se realiza Angiotac la cual informa vena cava superior colapsada con pasaje parcial a través del catéter, vasos colaterales en trayecto para traqueal y circulación colateral en tórax alto. No pudiendo descartar trombosis y debido al sangrado reciente se decide no iniciar anticoagulación. Se lleva a cabo interconsulta con servicio de hemodinamia en hospital de alta complejidad quien sugiere realizar angioplastia y colocación de stent. Paciente con evolución desfavorable relacionado a su enfermedad de base sobreviniendo el óbito.

Conclusión: Las varices esofágicas descendentes son una entidad poco frecuente, siendo consecuencia de una alteración en la circulación del retorno venoso esofágico medio y superior hacia la vena cava superior. Es probable que la frecuencia de este trastorno sea mayor de lo estimado y que, ante la ausencia de datos clínicos sugestivos, algunos signos pasen inadvertidos para el endoscopista. Se debe tener en cuenta que un paciente con varices esofágicas sin signos de enfermedad hepática debe ser evaluado con mayor profundidad para detectar cualquier obstrucción de la vcs. La terapia definitiva sigue siendo la de la causa que originó el svcs en primera instancia, dado que además hoy día no existen datos científicos que avalen una u otra estrategia de profilaxis secundaria en aquellos pacientes en los que no es posible el restablecimiento del flujo venoso.

PÓSTERS

Código: 0172

TRATAMIENTO DE FÍSTULA GÁSTRICA CON TERAPIA DE VACÍO ENDOSCÓPICA EN POSTOPERATORIO DE ESOFAGECTOMÍA

Modalidad: Casos Clínicos

Unidad Temática: b) ENDOSCOPIA DIGESTIVA 2. Endoscopia Terapéutica • Esófago, Estómago y Duodeno

VELAZCO CABUT, Gonzalo Javier | MARTINEZ, Francisco | CASBARIEN, Octavio | CAMPOY, Daniel

HOSPITAL CENTRAL

Introducción: Las perforaciones esofágicas y las dehiscencias de sutura tras cirugía esofagagástrica son complicaciones graves, asociadas a elevada morbilidad por mediastinitis, peritonitis y sepsis. Entre las opciones terapéuticas, la terapia de vacío endoscópica (TVE) o Endo-Vac se ha consolidado como una alternativa eficaz y segura. Consiste en una esponja conectada a una sonda nasogástrica que, mediante presión negativa, reduce la contaminación y el edema, estimula la granulación por angiogénesis y favorece el cierre progresivo del defecto con baja tasa de eventos adversos.

Objetivos: Describir el uso de terapia de vacío endoscópica como tratamiento exitoso de una fístula gastropleural postquirúrgica, en una paciente con antecedente de esofagectomía, destacando su efectividad como alternativa mínimamente invasiva en escenarios de alta complejidad.

Caso Clínico: Paciente femenina de 51 años con antecedente de ingesta cáustica en la infancia, con múltiples dilataciones endoscópicas. Consulta por disfagia severa, pérdida de peso de 9 kg en tres meses y consumo crónico de IBP. Se realizó VEDA en la que se observó estenosis franqueable a 30 cm de ADS; biopsia con hiperplasia escamosa sin atipia. Se indicó esofagectomía distal tipo Ivor Lewis. Al día 20 postoperatorio desarrolló shock séptico secundario a empiema pleural, requiriendo drenaje quirúrgico y cuidados intensivos. Se realizó VEDA que informó anastomosis esofagagástrica sin dehiscencia evidente; imposibilidad de evaluar cavidad gástrica por restos alimentarios; burbujeo en tubo pleural al insuflar. Se realizó diagnóstico de fístula gastropleural por tomografía. Luego se realizó nueva VEDA que evidenció orificio fistuloso de 10 mm en remanente gástrico proximal, con tejido granular. Se inició terapia de vacío endoscópica (E-VAC), con cuatro recambios durante 34 días, logrando cierre completo de la fístula. Posteriormente se re-instaló dieta oral con buena tolerancia. Alta hospitalaria tras 93 días de internación, 56 en UTI.

Resultados: La paciente presentó una fístula gastropleural sin dehiscencia anastomótica evidente, que fue diagnosticada por tomografía y confirmada endoscópicamente. La terapia de vacío permitió resolución completa sin necesidad de reintervención quirúrgica. La evolución clínica fue favorable, con buena tolerancia oral y sin complicaciones posteriores. La intervención endoscópica evitó procedimientos invasivos en una paciente con alto riesgo quirúrgico, destacando el valor de un abordaje multidisciplinario.

Conclusión: La terapia de vacío endoscópica constituye una herramienta segura y eficaz en el manejo de fístulas del tracto digestivo superior postquirúrgicas. Su aplicación permitió el cierre exitoso de una fístula gastropleural tras esofagectomía, con adecuada evolución clínica y sin recurrencia, destacando su valor en contextos de alta complejidad.

PÓSTERS

Código: 0258

MANEJO ENDOSCÓPICO DE ESTENOSIS COLÓNICA POST-QUIRÚRGICA EN PACIENTE CON ENFERMEDAD DIVERTICULAR COMPLICADA

Modalidad: Casos Clínicos

Unidad Temática: a) GASTROENTEROLOGÍA 4. Colon y recto 4.3. Enfermedad diverticular

CHOQUE CARBALLO, Ana Karen Elsa | CAIZA LASCANO, Erick Edwin | UDABE, Maria Laura | ROCCA, Andres | SALGADO ROSADO, Walter | LAUDANNO, Sofia | GARCES MULLER, Raul

HOSPITAL DE GASTROENTEROLOGÍA CARLOS BONORINO UDAONDO

Introducción: Las estenosis colónicas benignas postquirúrgicas son una complicación relativamente frecuente tras resecciones colorrectales, con una prevalencia del 5 al 30%. El manejo endoscópico constituye una alternativa terapéutica eficaz y menos invasiva frente a la reintervención quirúrgica, especialmente en casos seleccionados con estenosis cortas, sintomáticas y sin signos de malignidad.

Objetivos: Describir la resolución endoscópica de una estenosis colónica postquirúrgica en una paciente con antecedente de colectomía izquierda por diverticulitis complicada, destacando la evolución clínica y la efectividad del tratamiento con dilatación con balón hidroneumático.

Caso Clínico: Paciente de sexo femenino, 77 años, sin comorbilidades relevantes. En 2019 consulta por cambio en el ritmo evacuatorio. Colonoscopia mostró estenosis infranqueable a 19cm del margen anal, cuyo estudio histológico informó colitis crónica moderada. Un mes después, evoluciona con oclusión intestinal y requiere ostomía de descarga urgente. En 2022 se plantea cierre de ostomía. Estudios muestran engrosamiento del sigma y lesiones estenosantes sin signos de malignidad. En 2024 se realiza colectomía izquierda convencional. Anatomía patológica: enfermedad diverticular complicada con estenosis fibrosa. En el postoperatorio, persiste estenosis del lumen colónico distal que compromete el 100% de la luz. Se realizaron tres sesiones de dilatación endoscópica con balón hidroneumático triaxial (12–20mm), de forma progresiva, con duración de 60 a 90 segundos por calibre. Se utilizó visión directa endoscópica y radioscopia, sin requerir administración de corticoides locales.

Resultados: La paciente presentó buena tolerancia a los procedimientos sin complicaciones. Se logró éxito técnico y resolución clínica del cuadro obstructivo. Luego de la tercera sesión, se permitió la reconstrucción del tracto intestinal con restitución del tránsito, manteniéndose en seguimiento ambulatorio sin recurrencias a la fecha.

Conclusión: La dilatación endoscópica con balón hidroneumático demostró ser una estrategia efectiva, segura y mínimamente invasiva para el manejo de una estenosis colónica benigna postquirúrgica. En pacientes adecuadamente seleccionados, esta técnica puede evitar una nueva intervención quirúrgica, con bajo riesgo de complicaciones y alta tasa de éxito clínico.

PÓSTERS

Código: 0065

PRIMER STENT PANCREÁTICO BIODEGRADABLE UTILIZADO EN ARGENTINA EN RESECCIÓN ENDOSCÓPICA DE AMPULOMA: REPORTE DE UN CASO

Modalidad: Casos Clínicos

Unidad Temática: b) ENDOSCOPIA DIGESTIVA 2. Endoscopia Terapéutica • Hígado, Vías Biliares y Páncreas

DI SANTO, Agustín | BRIZ, Camila | RIOS GARZON, Jonnathan Efrain | ORBE, Guido

Sanatorio Güemes

Introducción: Los tumores de la región periampular representan una entidad poco frecuente y clínicamente relevante debido a su potencial de transformación maligna. Dentro de estos, los adenomas ampulares suelen ser hallazgos incidentales en estudios endoscópicos realizados por otros motivos, lo que resalta la importancia de su detección y manejo oportuno.

Caso Clínico: Paciente femenina de 68 años con hallazgo de lesión periampular de forma incidental durante una endoscopia digestiva alta realizada por dispepsia secundaria a gastritis por *Helicobacter pylori*. En la endoscopia se evidenció lesión periampular, con biopsia compatible con adenoma tubular con displasia de bajo grado. La paciente permaneció asintomática respecto a la lesión, con estudios de laboratorio dentro de parámetros normales. Una evaluación complementaria mediante ultrasonografía endoscópica (USE) reveló una papila hipocogénica de 12 mm con compromiso de la muscular de la mucosa duodenal, sin invasión del conducto pancreático lo que permitió establecer el diagnóstico de ampuloma en estadio T1N0. Ante estos hallazgos, se decidió realizar una colangiopancreatografía retrógrada endoscópica (CPRE). Durante el procedimiento, se identificó una papila de aproximadamente 10 mm, que fue resecada mediante papilectomía endoscópica en bloque con asa, tras elevación con adrenalina y azul de metileno. Como parte de la estrategia para prevenir complicaciones, se utilizó supositorio de indometacina y se colocó un stent pancreático reabsorbible Archimedes de 6 FR

x 4 cm (Acher), marcando el primer caso documentado de su uso en Argentina. En el postoperatorio, la paciente presentó buena evolución clínica, con leve aumento de enzimas pancreáticas sin dolor abdominal. Se otorgó alta sanatorial con control por ambulatorio. El informe anatomopatológico confirmó la presencia de un adenoma ampular con displasia de bajo grado y márgenes libres de lesión. Se realizó seguimiento por ambulatorio, la paciente permaneció asintomática. Durante el seguimiento, se controló con nueva CPRE donde se evidenció región ampular con adecuada epitelización dando resultado en la anatomía patológica mucosa duodenal sin alteraciones.

Conclusión: Este caso no solo destaca el abordaje exitoso de un ampuloma mediante técnicas mínimamente invasivas, sino que también representa un hecho importante en la endoscopia terapéutica en Argentina, al tratarse del primer caso documentado de un stent pancreático reabsorbible en el país.

PÓSTERS

Código: 0134

TÉCNICA DE STENT SOBRE STENT PARA LA EXTRACCIÓN DE STENTS ESOFÁGICOS PARCIALMENTE CUBIERTOS CON INGROWTH TISULAR: REPORTE DE DOS CASOS

Modalidad: Casos Clínicos

Unidad Temática: b) ENDOSCOPIA DIGESTIVA 2. Endoscopia Terapéutica • Esófago, Estómago y Duodeno

Unidad Temática 2: a) GASTROENTEROLOGÍA 1. Esófago 1.4. Miscelánea

VELAZCO CABUT, Gonzalo Javier | MARTINEZ, Francisco | CASBARIEN, Octavio | RICHARDI, Ana | CAMPOY, Daniel

HOSPITAL CENTRAL

Introducción: La colocación de stents esofágicos autoexpandibles parcialmente cubiertos (SEMS-PC) se utiliza en estenosis benignas refractarias. Su menor tasa de migración es ventajosa, pero el desarrollo de ingrowth tisular puede dificultar o impedir su extracción. La técnica de "stent sobre stent" consiste en colocar un segundo stent totalmente cubierto (SEMS-TC) dentro del primero, generando compresión e isquemia del tejido hiperplásico, con el objetivo de facilitar su remoción.

Objetivos: Describir la utilidad de la técnica de "stent sobre stent" como estrategia para lograr la extracción de SEMS-PC complicados con ingrowth tisular en estenosis esofágicas benignas refractarias.

Caso Clínico: Caso clínico 1 Paciente femenina de 30 años con VIH y antecedente de esofagitis por CMV, que desarrolló estenosis esofágica benigna recurrente. Requirió seis dilataciones neumáticas con respuesta parcial, indicándose colocación de SEMS-PC (120 mm x 20 mm). A las cinco semanas, se intentó extracción mediante VEDA, sin éxito por ingrowth tisular en ambos extremos. Se realizaron cuatro intentos fallidos combinando tracción, dilatación con balón, triamcinolona y fulguración con plasma de argón. Se indicó técnica de stent sobre stent, colocando un SEMS-TC (150 mm x 20 mm). Tras 17 días, se retiró el nuevo stent y se constató resolución completa del ingrowth. Se extrajo el SEMS-PC sin complicaciones. Caso clínico 2 Paciente masculino de 52 años, con antecedente de ingesta cáustica y esofagectomía tipo Ivor Lewis. Evolucionó con fistula esófago-pleural y estenosis anastomótica refractaria, con múltiples dilataciones. Se colocó un SEMS-PC (120 mm x 20 mm). A las ocho semanas, falló su extracción por ingrowth en ambos extremos. Se intentó tracción y dilatación sin éxito. Se colocó un SEMS-TC (150 mm x 20 mm). A las tres semanas, se retiró el nuevo stent, con reducción parcial del ingrowth distal. Desde allí, se logró extraer el SEMS-PC. Se trató sangrado en napa con hemostático, sin complicaciones.

Resultados: En ambos casos, la técnica permitió resolver ingrowth tisular refractario, facilitando la extracción segura del SEMS-PC. Se evitó cirugía, sin eventos adversos mayores. El tiempo de permanencia del segundo stent (2-3 semanas) fue suficiente para inducir regresión del tejido hiperplásico. Un caso presentó sangrado controlado endoscópicamente.

Conclusión: La técnica de "stent sobre stent" es una alternativa segura y eficaz para el retiro de SEMS-PC con ingrowth. Su aplicación planificada puede evitar procedimientos quirúrgicos, ofreciendo una solución endoscópica en estenosis benignas complejas.

PÓSTERS

Código: 0137

APLICACIÓN DE ENDOVAC: ESTRATEGIA AVANZADA PARA EL MANEJO DE DEHISCENCIA ANASTOMÓTICA

Modalidad: Casos Clínicos

Unidad Temática: b) ENDOSCOPIA DIGESTIVA 2. Endoscopia Terapéutica • Colon

Unidad Temática 2: a) GASTROENTEROLOGÍA 4. Colon y recto 4.4. Miscelánea

BUSTAMANTE, Jaime | MARIÑO CAMACHO, Gabriel Adrian | MOLFESO, Florencia | OLMOS, Juan Ignacio | WONAGA, Andres | PAES DE LIMA, Andrea | MOREIRA, Alejandro | BORTOT, Lorena | GONZÁLEZ BALLERGA, Esteban

HOSPITAL DE CLÍNICAS "JOSÉ DE SAN MARTÍN" - UBA

Introducción: Las complicaciones postquirúrgicas gastrointestinales, como las dehiscencias anastomóticas, fugas y perforaciones, representan un desafío importante en la práctica clínica, debido a su alta morbilidad y mortalidad (6 -22%). El sistema EndoVAC es una técnica medico - endoscópica avanzada y una herramienta efectiva para el manejo de defectos de la pared gastrointestinal, favoreciendo el cierre progresivo de las fistulas y dehiscencias mediante drenaje continuo de secreciones, material necrótico, y estimulación del tejido de granulación.

Objetivos: Destacar la utilidad de la terapia EndoVAC en el tratamiento de complicaciones en dehiscencia anastomosis quirúrgicas.

Caso Clínico: Mujer de 20 años con antecedentes de constipación crónica. Evaluada con videocolonoscopio sin hallazgos patológicos, serologías para chagas negativa, manometría anorrectal normal, biopsias rectales con resultado anatomopatológico compatible con hipoganglionosis. En el curso evolutivo, presentó fecaloma asociado a dilatación colónica masiva en toda su extensión y posterior complicación con perforación colónica (abdomen agudo), por lo cual se realizó colectomía total. Al quinto día presentó dolor abdominal, con salida de secreción purulenta y fétida por el ano. Se realizó rectosigmoidoscopia donde se evidenció dehiscencia de la anastomosis del 30% de la circunferencia y una longitud en su eje mayor de 50 mm, y se decidió la colocación del sistema EndoVac con el objetivo de preservar la anastomosis. Por vía endoscópica, se colocó en la cavidad posterior a la dehiscencia, catéter con esponja de poliuretano, conectado a sistema de aspiración negativa continua (-125 mmHg). Se realizaron sesiones de lavado, recambio del drenaje y esponja cada 72 hrs. Siendo un total de cinco intervenciones. En la última sesión se implementó terapia con Argón Plasma para revitalizar los bordes de la dehiscencia.

Resultados: Resolución completa de la dehiscencia.

Conclusión: La fuga anastomótica es una complicación grave de la cirugía del tubo digestivo y representa un desafío terapéutico. La terapia EndoVAC es una técnica endoscópica segura con una tasa de éxito elevada (80-90%) para tratar fistulas en todo el tracto gastrointestinal. En este caso clínico, el tratamiento de la fistula fue exitoso, revitalizando el tejido de la mucosa y rescatando la anastomosis. La resolución y evolución clínica favorable demuestra que la terapia EndoVAC sigue siendo una terapéutica de primera línea.

PÓSTERS

Código: 0017
COLANGIOSCOPIA CON LITOTRICIA ELECTROHIDRÁULICA: UNA SOLUCIÓN EFECTIVA PARA LITIASIS COLEDOCIANA DIFÍCIL TRAS CPRE FALLIDA

Modalidad: Casos Clínicos

Unidad Temática: b) ENDOSCOPIA DIGESTIVA 2. Endoscopia Terapéutica • Hígado, Vías Biliares y Páncreas

Unidad Temática 2: b) ENDOSCOPIA DIGESTIVA 1. Endoscopia Diagnóstica • Hígado, Vías Biliares y Páncreas

KAHN, Nicole Marie | SALVATIERRA MARIMONT, Martin Alejandro | BALDERRAMO, Domingo | HIGA, Mariano Antonio

HOSPITAL PRIVADO UNIVERSITARIO DE CÓRDOBA

Introducción: La litiasis coledociana difícil se caracteriza por cálculos mayores a 15 mm, múltiples, impactados en conductos intrahepáticos o hepático común, con anatomía alterada o fallo de CPRE estándar. La colangioscopia es una técnica avanzada para su manejo tras CPRE fallida.

Objetivos: Demostrar la utilidad de la colangioscopia con litotricia electrohidráulica en litiasis coledociana difícil.

Material y Métodos: Mujer de 56 años con obesidad (IMC 40), diabetes tipo II, pancreatitis biliar y colecistectomía con tubo de Kehr (enero 2025, La Rioja). En marzo 2025, derivada al Hospital Privado Universitario de Córdoba por shock séptico tras retiro del tubo (45 días postquirúrgico). En guardia, se constata sepsis y orificio fistuloso abdominal con drenaje biliar (600 ml). La tomografía abdominal muestra colangitis complicada y abscesos hepáticos (segmentos VI-VII). Se inicia antibioticoterapia empírica tras cultivos y se interna. La colangiografía revela dilatación biliar intrahepática, edema parietal (colangitis) y dos cálculos de 15 y 12 mm en conducto hepático común (Fig. 1). Se realiza CPRE evidenciando tres litiasis mayores a 15 mm, colédoco no dilatado y fuga biliar (Fig. 2). Se efectúa papilotomía y colocación de stent biliar plástico de 10 F. La paciente mejora, con hepatograma en descenso y parámetros inflamatorios normales. Se da alta con antibioticoterapia y seguimiento ambulatorio. A las 6 semanas, con fuga biliar resuelta y fistula cerrada, se realiza CPRE retirando el stent. Se observa colédoco de 20 mm con tres cálculos de 15-25 mm. Se realiza colangioscopia con litotricia electrohidráulica, fragmentando un cálculo y extrayendo fragmentos con canastilla de Dormia. Por litiasis residual, se coloca nuevo stent plástico de 10 F y se programa otra sesión. A las 4 semanas, en nueva CPRE se retira el stent, constatando colédoco de 20 mm con dos cálculos de 15-20 mm. Se realiza colangioscopia con litotricia electrohidráulica, fragmentando y extrayendo los cálculos. Se observa colédoco proximal-medio con mucosa congestiva y lesiones cicatrizales, sin signos de malignidad.

Resultados: La paciente evoluciona asintomática, con hepatograma normal. La ecografía de control muestra hígado normal, sin lesiones focales, vías biliares no dilatadas y colédoco de 5 mm con paredes levemente engrosadas (secular).

Conclusiones: La colangioscopia permite visualizar los conductos biliares, detectando cálculos residuales post-CPRE con sensibilidad de 90-95% y especificidad de

95%. La litotricia electrohidráulica tiene eficacia de 83-91% en la primera sesión y 97-100% en la segunda, con riesgo de hemobilia o perforación (0-9%). La litotricia láser (Holmio) ofrece eficacia similar (69-81% primera sesión, 97-100% segunda sesión), con mayor precisión pero mayor costo. Las limitaciones incluyen costo, disponibilidad de equipos y necesidad de operadores capacitados. Es una técnica segura (complicaciones <7%) y efectiva para litiasis coledociana difícil tras CPRE fallida.

PÓSTERS

Código: 0159
MÁS ALLÁ DEL ESTÓMAGO: HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA POR LESIÓN DE DIEULAFOY ESOFÁGICA

Modalidad: Casos Clínicos

Unidad Temática: b) ENDOSCOPIA DIGESTIVA 1. Endoscopia Diagnóstica • Esófago, Estómago y Duodeno

Unidad Temática 2: b) ENDOSCOPIA DIGESTIVA 2. Endoscopia Terapéutica • Esófago, Estómago y Duodeno

RIGONI, Martina | ARNEDILLO, Daiana | BOETSCH, Maria Sol | CARVALHO FLORIDO ABECASIS, Morena | CORDONE, María Antonella | CORTESE, Maria Mercedes | SIGAL, Nicolás | GALIMBERTI, Alceo | TANNO, Federico | BESSONE, Fernando

HOSPITAL CENTENARIO. ROSARIO

Introducción: La lesión de Dieulafoy representa un 1.5% de las causas de hemorragia digestiva pero, pese a su infrecuencia, la importancia radica en que suele presentarse como hemorragia masiva con inestabilidad hemodinámica. El 80% se localiza a nivel gástrico, seguido por duodeno, colon y recto, siendo anecdótico su hallazgo a nivel esofágico.

Caso Clínico: Paciente masculino de 65 años, con antecedentes de nefrectomía izquierda por cáncer renal en tratamiento inmunoterápico con pembrolizumab, trombosis venosa profunda y tromboembolismo pulmonar anticoagulado con apixaban. Cursó dos internaciones recientes por hemorragia digestiva alta sin poder determinar mediante endoscopia el origen del sangrado. Presenta nuevo ingreso a servicio de emergencias por hematemesis masiva asociado a inestabilidad hemodinámica. Se realiza videoendoscopia digestiva alta de urgencia con evidencia de sangrado en jet de un vaso visible prominente en esófago distal. Se procede a la colocación de dos clips hemostáticos. Evoluciona favorablemente.

Conclusión: El diagnóstico de la lesión de Dieulafoy supone un reto debido a la dificultad de su visualización, especialmente en localizaciones excepcionales como la esofágica. Alcanzar el diagnóstico es fundamental considerando su potencial gravedad y elevada tasa de recurrencia. Decidimos comunicar este caso dada su baja incidencia en la práctica, ejemplificando la dificultad diagnóstica que, en ocasiones, precisa la realización de endoscopias repetidas.

PÓSTERS

Código: 0138
SÍNDROME DE BEAN O NEVO AZUL, DIAGNÓSTICO POR CÁPSULA ENDOSCÓPICA

Modalidad: Casos Clínicos

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

Unidad Temática 2: b) ENDOSCOPIA DIGESTIVA 1. Endoscopia Diagnóstica • Endocápsula

LASCANO, Ernesto1 | BARBA, Analía1 | FIRVIDA, Sofia1 | ESCOBAR, Rafael1 | DÍAZ, Ana Belen2

SANATORIO DR. JULIO MÉNDEZ1; FUNDACION FAERAC2

Introducción: El síndrome del nevo azul es una enfermedad autosómica dominante infrecuente caracterizada por la presencia de angiomas cutáneos que pueden afectar a otros órganos, principalmente el tracto gastrointestinal. Se manifiesta como hemorragia digestiva de cualquier origen, con anemia secundaria a la misma. Su incidencia se estima en 1:14.000 nacidos vivos.

Objetivos: Presentar un caso clínico de una patología poco frecuente con su abordaje diagnóstico y terapéutico.

Caso Clínico: Masculino de 67 años con antecedentes cardiovasculares: hipertensión arterial, cirugía de revascularización miocárdica con realización de 4 bypass y fibrilación auricular paroxística de reciente diagnóstico. Cuadro clínico de 24 horas caracterizado por síncope, 7 días previos había iniciado anticoagulación con rivaroxaban por fibrilación auricular, presentando posteriormente melena. Laboratorio de ingreso: Hto 19 Hb 6.3 Urea 70 Cr 1 TP 63, resto dentro de parámetros normales. Durante internación recibe 4 unidades glóbulos rojos más hemoderivados y requerimiento de vasopresores. Se realiza videoendoscopia digestiva alta (VEDA) sin hallazgos y en colonoscopia (VCC) se progresa hasta ángulo esplénico por restos hemáticos, sin localización de sitio de sangrado. Se repiten VEDA y VCC sin hallazgos. Se realiza videoendoscopia que evidencia: múltiples formaciones vas-

culares violáceas desde duodeno hasta yeyuno medio-distal (flebetasias), algunas tortuosas que configuran golfos venosos y puntos rojos compatibles con síndrome de nevo azul. Se realiza enteroscopia anterógrada y tratamiento con argón plasma con posterior evolución favorable.

Resultados: El síndrome de nevo azul puede afectar a ambos sexos por igual. Hallazgos: malformaciones venosas desde el nacimiento, similares a botones de tinte azul cubiertas por piel que se palpan firmes. Varían en número, tamaño, profundidad, con extensión a músculos y articulaciones. Las malformaciones vasculares del tracto gastrointestinal se localizan frecuentemente en intestino delgado y pueden provocar sangrado digestivo o anemia ferropénica. El diagnóstico se establece por hallazgos clínicos y estudios de imagen. Las malformaciones cutáneas no requieren tratamiento, la resección se limita a fines estéticos. Las malformaciones intestinales se tratan de acuerdo a la extensión, en lesiones escasas sin sangrado se recomienda feroterapia y transfusiones. Las hemorragias severas se manejan con esclerosis endoscópica, ligadura y argón plasma. La resección quirúrgica se reserva para sangrado crónico. El tratamiento con fármacos antiangiogénicos presentan resultados variables.

Conclusión: El diagnóstico es complejo como fue en nuestro caso, en donde se diagnosticaron diferentes lesiones hemangiomatosas en la cápsula endoscópica antes del diagnóstico definitivo. Es importante exponer que debe sospecharse y puede reconocerse mediante un examen cutáneo cuidadoso en asociación con anemia o sangrado digestivo.

PÓSTERS

Código: 0089

HALLAZGOS COLONOSCÓPICOS EN PACIENTES CON SANGRE OCULTA EN MATERIA FECAL POSITIVA, ESTUDIO DESCRIPTIVO

Modalidad: Trabajos Científicos

Unidad Temática: b) ENDOSCOPIA DIGESTIVA 1. Endoscopia Diagnóstica • Colon

Unidad Temática 2: a) GASTROENTEROLOGÍA 4. Colon y recto 4.2. Neoplasia

MOREIRA GRANDA, Edison Javier | ROMERO, Maria Josefina | GUERRIERI, Itati | REGNASCO, Juan Santiago | SAA, Emilia Cristina | BRACONE, Hernán

HOSPITAL DR. IGNACIO PIROVANO

Introducción: El cáncer colorrectal es una de las neoplasias más frecuentes y un grave problema de salud pública global. En Argentina, en 2020 se registraron 15.605 nuevos casos de cáncer colorrectal; con 7.217 muertes en 2022, representando el 12% de todas las muertes por tumores malignos. El Programa Nacional de Prevención y Detección Temprana del Cáncer Colorrectal recomienda la realización bial del test inmunológico de sangre oculta en heces en personas de 50 a 75 años que no presenten antecedentes personales o familiares de cáncer colorrectal, historia de enfermedad inflamatoria intestinal, síntomas sugestivos ni factores de riesgo conocidos. Para los grupos de riesgo, se establecen evaluaciones específicas ajustadas a sus necesidades. Un resultado positivo en el test inmunológico de sangre oculta en heces requiere realizar una videocolonoscopia, la prueba más sensible para detección temprana.

Objetivos: Describir los hallazgos en videocolonoscopia en pacientes con test inmunológico de sangre oculta en heces positivo.

Material y Métodos: Análisis retrospectivo mediante la revisión de datos de individuos entre 50 y 75 años de edad con test inmunológico de sangre oculta en heces positiva y videocolonoscopia realizadas en el Hospital Pirovano en CABA del 1° de enero de 2020 al 1° de enero de 2024.

Resultados: De 717 pacientes evaluados; 21,6% (n=155) tuvieron un test inmunológico de sangre oculta en heces positivo, pero solo el 42,6% (n=66) completaron la videocolonoscopia. Entre ellos, se encontraron hallazgos en el 80% de los casos, destacándose pólipos (36,4%), hemorroides internas (34,8%), diverticulosis (18,1%) y angiectasias (4,5%). La prevalencia de cáncer colorrectal fue del 3% y la tasa de detección de adenomas del 33,3%.

Conclusiones: Este estudio confirma la efectividad del test inmunológico de sangre oculta en heces en la identificación de lesiones colorrectales significativas y sugiere que la incidencia de cáncer colorrectal en pacientes con dicho test positivo está dentro de los estándares internacionales. Sin embargo, la baja adherencia a la videocolonoscopia tras un resultado positivo (42,6%) subraya la necesidad de mejorar las estrategias educativas y administrativas para aumentar la participación en los seguimientos. Estos hallazgos son cruciales para optimizar los programas de tamizaje de cáncer colorrectal en Argentina, adaptándolos a las necesidades de la población local y mejorando los resultados en salud pública.

GASTROENTEROLOGÍA - ÍNDICE POR AUTORES

Apellido y Nombres	Casos Clínicos	Nº Página	Resúmenes Científicos	Nº Página
ABECIA, VÍCTOR	0144	7		
ABOY, PABLO JOSÉ MARÍA	0231	13		
ABRAMSON, DAVID BERNARDO	0108	24		
ABURTO, MARÍA			0257	10
ACOSTA, ANDREA			0098, 0105, 0200	19, 10, 20
ADAMI - ASTUTI, PAOLA- BRUNO			0142	8
ADI, JOSÉ	0009, 0011	14, 34		
ADOLFO, SCHNEIDER			0267	10
AGUIRRE RAMÍREZ, BRYAN	0020	24		
AHUALLI, JULIÁN GASTÓN			0142	8
AHUMARÁN, GABRIEL			0142	8
ALACH, EDUARDO			0119	7
ALACH, ROCÍO BELÉN			0119	7
ALCÍVAR-VÁSQUEZ, JUAN			0266	9
ALDABE, NOEL			0023	18
ALDAO, MARÍA CELESTE	0093, 0110	24, 30		
ALFONSO, TATIANA DALILA	0149	30		
ALMARAZ, MARIANELLA	0231	13		
ALMEIDA VARGAS, CARLOS	0093	24		
ALONSO, TOMAS	0099, 0146	14, 13		
ÁLVAREZ, AUGUSTO	0120	31		
AMAMOU, ASMA			0257	10
AMUS, CAMILA	0116	30		
ANDRUETTO, JESICA	0140, 0234	27, 26		
ÁNGELES, S	0099	14		
ANTELO, MARINA			0098, 0105	19, 10
APONTE, MICHELLE	0154	27		
APONTE TORRES, MARJORIE MICHELLE	0016, 0197	29, 23		
ARBUES, GUILLERMO ERNESTO			0153	16
ARCO, KARINA	0221	14		
ARENAS TENENBAUM, JUDITH	0099, 0146	14, 13		
ARÉVALO-MORA, MARTHA			0266	9
ARGÜERO, JULIETA			0158	11
ARISIO VILLENA, SANDRA GABRIELA	0099, 0146	14, 13		
ARNEDILLO, DAIANA	0167	32	0031	13

Apellido y Nombres	Casos Clínicos	Nº Página	Resúmenes Científicos	Nº Página
AULAR, DANIELA			0142	8
AVEIGA CEDEÑO, LEONARDO ANDRÉS			0266	9
AVNAIM, LUCILA BELÉN	0194, 0249	33, 32		
BAEZ, ELSA	0074	21		
BALDERRAMO, DOMINGO CÉSAR	0045, 0069	29, 28	0273	7
BALDONI, FERNANDO			0166	9
BAQUERIZO-BURGOS, JORGE			0266	9
BARBAGLIA, YANINA			0037	8
BARREYRO, FERNANDO JAVIER			0267, 0273	10, 7
BARSI, MARÍA	0099, 0146	14, 13		
BASIGLIO, CECILIA			0049	12
BASSO, SANDRA	0247	20		
BAYARRI, LUCILA			0158	11
BEDINI, OSCAR ALFREDO			0142	8
BELLINI, SOFÍA			0212	8
BERGIOLI, ANTONELLA			0132	19
BERGIOLI CARRASCO, MARÍA ANTONELLA			0157, 0178	15, 12
BESSONE, FERNANDO	0167	32	0049	12
BEST, STEPHANIE			0117	19
BESTANI, MARÍA CLAUDIA	0122	15		
BIANCO, GUSTAVO	0074	21		
BILDER, GERMÁN			0098	19
BLANCO, AXEL	0069	28		
BOETSCH, MARIA SOL	0167	32	0031	17
BOGGIO MARZET, CHRISTIAN			0018	16
BOGLIETTI, CARLO	0194	33		
BONO, LAURA			0158	11
BORETTO, ANGELA			0037	8
BORI, JAVIER			0142	8
BORI, MATÍAS			0187, 0273	18, 7
BORTOT GASTÓN, LORENA	0125, 0140, 0234, 0236	34, 27, 26, 26	0187, 0262	18
BOTTINI, ARACELI	0213	27		
BRACONE, HERNÁN	0093, 0110	24, 30		
BRAICOVICH, AGUSTINA	0149	30		
BRICHTA, JORGE IGNACIO			0200	20
BRIZ, CAMILA			0052	13
BRUNO, JESSICA			0254, 0271	11, 271
BUCCI, PAMELA			0037	8

Apellido y Nombres	Casos Clínicos	Nº Página	Resúmenes Científicos	Nº Página
BURKE, LOUISE			0257	10
BUSTOS, RICARDO ENRIQUE			0200	20
BUSTOS FERNÁNDEZ, JOSÉ MARÍA(+)			0254, 0271	11, 20
CAIZA LASCANO, ERICK EDWIN	0247	20		
CALCAGNO, RAMIRO	0099, 0146	14, 13		
CALLE CALLE, SANTIAGO GEOVANNY	0116	30		
CALVO ROJAS, MARÍA GABRIELA	0240, 0272	14, 23		
CAMACHO-CRUZ, JHON			0018	16
CAMPAÑA, MARÍA ÁNGELES			0136	17
CAMPOMENOSI, FEDERICO	0223	26		
CAMPOS, LUCÍA MERCEDES	0230	31		
CAMPOS MENDOZA, JANNINA	0231	13		
CANTEROS, SANTIAGO			0023	18
CANTONI, PABLO NAHUEL	0230	31		
CAPOBIANCO, IVÁN			0257	10
CARAVAGLIA, GUSTAVO			0200	20
CARBALLIDO, MARCELA			0098, 0105, 0200	19, 10, 20
CÁRDENAS CÁRDENAS, DANIEL FERNANDO	0175	31		
CARIELLO, MARINA			0064	16
CARONIA, VIRGINIA			0267	10
CARRAL, VIRGINIA			0141	7
CARRANCIO, ADELINA	0194	33		
CARRARO, MARÍA CECILIA	0038, 0055, 0194, 0249	21, 25, 33, 32	0200	20
CARTIER, MARIANO G.	0055	25		
CARVALHO FLORIDO ABECASIS, MORENA	0167	32	0031	17
CASSELLA, FEDERICO			0052	13
CASTELLANOS, KARINA	0122	15		
CASTILLO, GABRIELA MIRIAM	0190	33	0078	9
CASTILLO, LUCIANA	0074	21		
CASTRO, LILIAN	0038	21		
CATÁNEO, EVELIN NATALY	0190	33		
CEREZO, MARÍA JIMENA	0016, 0154	29, 27		
CERIANI, SERGIO	0038, 0055	21, 25		
CERNADAS, GUSTAVO			0103	21
CHAMBA ROSILLO, TATIANA LORENA	0116	30		
CHIRIANO, FABIOLA	0213	27		

Apellido y Nombres	Casos Clínicos	Nº Página	Resúmenes Científicos	Nº Página
CHOQUE CARBALLO, ANA KAREN ELSA	0247	20		
CIMMINO, NICOLÁS	0135	25		
CONLON, MARÍA CAROLINA	0016, 0154	29, 27		
CONTRERAS, MARCELA			0119	7
CORBO, MARÍA DE LUJAN			0049	12
CORCUY CLAROS, ROXANA	0022	34		
CORDOBA, CLAUDIA	0051	25		
CORDONE, MARÍA ANTONELLA	0167	32	0031	17
CORREA, GUSTAVO			0166	9
CORTESE, MARÍA MERCEDES	0167	32	0031	17
COSTA, FLORENCIA	0249	32		
CROCCI, EVELIN MARIEL	0109	22		
CROTTY, RORY			0257	10
CUNTO, DOMENICA			0266	9
CURIA, ANDREA			0187, 0262	18
CURRAS, ALFREDO	0074	21		
DADEA, MARÍA LUCÍA			0136	17
DE ARMAS, EMILIA	0194	33		
DE LOS RÍOS, ANAHÍ AYLÉN	0125, 0234	34, 26		
DE PAULA, JUAN ANDRÉS			0141, 0170, 0212	7, 11, 8
DEL ÁGUILA, JUAN PABLO	0149	30		
DEL PEDRO, MARÍA VIRGINIA	0120	31		
DEL VALLE AUBONE, MARÍA			0273	7
DEL VALLE-ZAVALA, RAQUEL			0266	9
DI BARTOLO, LAURA	0077	28	0078	9
DI FONZO, GUIDO			0117	19
DITONNO, ILARIA			0257	16
DOMÍNGUEZ VACACELA, ELIO DARÍO	0093, 0110	24, 30		
DULBECCO, MARIELA			0166	9
DULCICH, FLORENCIA	0122	15	0142	8
DUTTO, CAROLINA	0009, 0011	22, 34		
EGAS-IZQUIERDO, MARÍA			0266	9
ELÍAS-BERREZUETA, CRISTINA			0266	9
ESCOBAR FERNÁNDEZ, RAFAEL	0087, 0175	29, 31	0091	17
ESTEVEZ, GUADALUPE			0153	16
ESTRADA, CARLA ALEJANDRA	0240, 0272	14, 23		
ETCHEVERS, MARÍA JOSEFINA			0141, 0170, 0212	7, 11, 8
FABBRO, GABRIEL			0166	9

Apellido y Nombres	Casos Clínicos	Nº Página	Resúmenes Científicos	Nº Página
FASSIO, EDUARDO	0016, 0154, 0197	29, 27, 23		
FERNÁNDEZ, GONZALO	0009, 0011	22, 34		
FERNÁNDEZ, GUILLERMO RUBÉN			0142, 0273	8, 7
FERNÁNDEZ SOBREIRA, JULIÁN			0018	16
FERNÁNDEZ VILLAR, GONZALO			0141	7
FERREYRA VALVASSORI, NAIR	0051	25		
FIESTAS, KERLY	0221	14		
FILO, GLADYS L.			0142	8
FIORETTI, MARIANO	0120	31		
FIRVIDA, SOFÍA	0087, 0175	29, 31	0091	17
FLEITAS, WALTER	0194	33		
FLEKENSTEIN, GERMÁN R.			0103	21
FLORES, SANTIAGO	0194	33	0200	20
FLORES LOMBEYDA, GABRIEL	0074	21		
FOGLINO, MARÍA VICTORIA	0069	28		
FRÍAS, SILVIA ELIAZABETH	0099, 0146	14, 13		
FUDA, JULIÁN A.			0103	21
FUGAZZA, LAURA	0116	30		
FUXMAN, CLAUDIA GRISELDA	0108	24		
GALLEGGO, MARÍA	0012	22		
GARAVAGLIA, GUSTAVO	0055	25		
GARAY, IÑAKI			0119	7
GARBI, MARÍA LAURA	0231	13		
GARCÉS, SANDRA			0254	11
GARCÉS MULLER, RAÚL ARIEL	0038, 0247	21, 20		
GARCÍA, MAGDALENA			0166	9
GARCÍA ALLENDE, LEONARDO	0143	28		
GARRAFA, ANA CAROLINA	0236	26		
GELVEZ, JESÚS			0187	18
GERAIGE, WILMA	0221	14		
GHOSH, SUBRATA			0257	10
GIORGIS, ORNELLA	0240	14		
GODOY, EMANUEL	0055	25		
GOLDMAN, CINTHIA G.			0103	21
GOLUBICKI, MARIANO			0098, 0105	19, 10
GONZÁLES, MELISA	0154	27		
GONZÁLES BENÍTEZ, MELISA LAURA	0016, 0197	29, 23		

Apellido y Nombres	Casos Clínicos	Nº Página	Resúmenes Científicos	Nº Página
GONZÁLEZ, ÁNGELA			0158	11
GONZÁLEZ, GISELE ELIANA	0055	25		
GONZÁLEZ, MARÍA LAURA	0135, 0144, 0162	25, 15, 23	0064, 0132, 0136, 0153, 0157, 0158, 0178	16, 19, 17, 16, 15, 11, 12
GONZÁLEZ BALLERGA, ESTEBAN	0125, 0140, 0234, 0236	34, 27, 26	0117, 0187, 0262, 0273	19, 18, 18, 7
GONZÁLEZ CREPSAC, VERA LUCÍA	0272	23		
GORANSKY PATIÑO, JEREMÍAS			0153	16
GRACIELA RÍOS, MARITZA			0018	16
GUBITOSI, ANALÍA VIVIANA	0247	20		
GUERRA, TADEO	0236	26		
GUERRIERI, ITATÍ	0093, 0110	24, 30		
GUTIÉRREZ, ANA MARÍA	0122	15		
GUZMAN, MAURICIO			0166	9
HAYES, BRIAN			0257	10
HERMIDA, CRISTINA RAQUEL	0213	27		
HERNANDEZ, MALEN			0049	12
HERNÁNDEZ ALDAO, HERNÁN HOWARD	0223	26		
HERRERA, RUFINO			0200	20
HIGA, MARIANO	0045, 0069	29, 28		
HIGUERA, MICHELLE			0018	16
HUENS CASAL, CAMILA	0038, 0055, 0122, 0194, 0249	21, 25, 15, 33, 32	0200	20
HUERNOS, SERGIO	0055	25		
HUERTA, MARÍA FERNANDA	0009, 0011	22, 34		
HWANG, HUI JER	0247	20		
IACUCCI, MARIETA			0257	10
IANTORNO, MAURO ANTONIO	0194, 0249	33, 32		
IMAN, AILEN	0149	30		
IMHOF, MICAELA	0038	21		
INCAHUANACO, LIBERTH			0037	8
INSAURRALDE, WALTER			0142	8
IRIARTE, SONIA MARIEL			0023	18
JANJETIC, MARIANA A.			0103	21
JERVES, SAUL	0074	21		
JORGE, OLIVER	0011	34		
JUAREZ, AIMARA	0223	26		
KAHN, NICOLE MARIE	0045, 0069	29, 28		
KAZANIETZ, VANESA KARINA			0153	16
KUJARUK, MIRTA			0105, 0200	10, 20

Apellido y Nombres	Casos Clínicos	Nº Página	Resúmenes Científicos	Nº Página
KUJTA, NADIA	0249	32		
LABATO, MARÍA CELIA			0153	16
LANDA, CAMILA	0223	26		
LAUDANNO, OSCAR MIGUEL ORESTE			0142	8
LAUDANNO, SOFÍA LUJÁN	0038, 0122, 0194, 0247	21, 15, 33, 20	0098, 0200	19, 20
LEDESMA, CLAUDIA			0023	18
LEIBOVICH, NATALIA	0272	23		
LEIVA, LORENA	0009, 0011	22, 34		
LENCINAS, SANDRA	0109	22		
LICCIARDELLO, MARIANA	0120, 0230	31, 31		
LINDAO, MAURO	0122	15		
LLERENA, FREDERICK			0142	8
LOMBARDI ÁLVAREZ, ABIGAIL	0143	28		
LÓPEZ, KAROLINA			0018	16
LÓPEZ, VICTORIA PILAR	0140, 0236	27, 26	0187	18
LÓPEZ ÁLVAREZ, ALEJANDRO MIGUEL	0009, 0011	22, 34		
LÓPEZ ARTEAGA, ELBA MARÍA	0093, 0110	24, 30		
LÓPEZ FRANCO, JUAN JOSÉ	0240, 0272	14, 23		
LÓPEZ ROMERO, LENIN ANDRÉS	0093, 0110	24, 30		
LUBERTINO, MARTÍN ALEJANDRO			0153	16
LUBIENIECKI, DANIELA CARINA	0240, 0272	14, 23		
MAHLER, MANUEL	0144	15		
MAIDANA, ENZO GABRIEL			0267	10
MAIORANA, FACUNDO			0267	10
MAJEWSKI, IGNACIO	0240	14		
MAJUMDER, SNEHALI			0257	10
MANAZZONI, DANTE	0144	15	0153	16
MANCERO, ANDRÉS	0144	15		
MANCINI, MARÍA DEL PILAR			0158	11
MANCIOLA, FEDERICO	0231			
MANDUCA, PAMELA			0141, 0170, 0212	7, 11, 8
MANTERO, PAULA			0103	21
MAQUIEIRA, JULIÁN			0098, 0105	19, 10
MARCENO, FLORENCIA	0240	14		
MARCOLONGO, MARIANO	0135, 0144, 0162	25, 15, 23	0064, 0132, 0136, 0141, 0153, 0157, 0158, 0170, 0178, 0212	16, 19, 17, 7, 16, 15, 11, 11, 12, 8
MARELLI, ANA PAULA	0099, 0146	14, 13		

Apellido y Nombres	Casos Clínicos	Nº Página	Resúmenes Científicos	Nº Página
MARINARO, MARÍA BELÉN			0037	8
MARINI, EDUARDO	0099, 0146	14, 13		
MARIÑO CAMACHO, GABRIEL ADRIÁN			0262	18
MARTÍN, CARLOS	0231	13		
MARTÍNEZ, SOLEDAD			0170, 0212	11, 8
MARTÍNEZ DISERA, SOFÍA	0116	30		
MARTÍNEZ ELHELOU, SOLANGE			0141, 0170, 0212	7, 11, 8
MARTÍNEZ RAMÍREZ, RUBY MARCELA			0070	16
MARUELLI, SILVINA ROSANA	0213, 0230	27, 31		
MARZULLO, SANTIAGO			0052	13
MEDINA-MONROY, FERNANDO			0018	16
MELANO, FLORENCIA	0077	28	0078	9
MÉNDEZ, GUILLERMO			0098, 0105	19, 10
MÉNDEZ, JUAN			0266	9
MENDIETA, FABIOLA	0110	30		
MICONI, DIEGO GABRIEL	0143	28		
MIMURA, HUMBERTO	0116	30		
MISSISSIAN, PEDRO	0099, 0146	14, 13		
MOHADEB, FLORENCIA	0099, 0146	14, 13		
MOLFESO, FLORENCIA	0140	27		
MOLINA, FERNANDA	0272	23		
MONTERO, JOAQUÍN			0031	17
MONZON, VERÓNICA			0153	16
MORAEI, JENNIFER			0257	10
MOREIRA GRANDA, EDISON JAVIER	0093, 0110	24, 30		
MOREIRA GRECCO, ALEJANDRO	0125	34		
MORENO, MARÍA LAURA	0194, 0249	33, 32	0200	20
MOREYRA, MARIANA MELISA	0038	21		
MURILLO, JUAN			0266	9
NACHMAN, FABIO	0108	24		
NADALES, ÁNGEL			0070	16
NARANJO, MARÍA JOSÉ			0200	20
NAVAR, SOFÍA			0254, 0271	11, 20
NAZAR, CRISTINA	0247	20		
OJEDA, AGUSTINA	0055	25		
OJEDA MALLA, JULIA MARGOTH	0116	30		
OLIVETTI, ANTONELLA ELIDA OLGA			0187	18
OLMOS, JUAN IGNACIO	0140	27		

Apellido y Nombres	Casos Clínicos	Nº Página	Resúmenes Científicos	Nº Página
OMONTE, ANA	0016, 0154	29, 27		
ORTÍZ, MARÍA JUSTINA			0132, 0157, 0178	19, 15, 12
OVIEDO, ANA			0098, 0105, 0200	19, 10, 20
PACHECO RAMOS, JHEIMY	0020	24		
PADÍN, LORENZO	0240, 0272	14, 23		
PAES DE LIMA, ANDREA	0125, 0236	34, 26		
PAGLIERE, NICOLÁS	0175	31		
PALAVECINO, EDUARDO MARTÍN			0153	16
PALMA, AGUSTINA			0166	9
PALMA, LINA			0187	18
PALMILI, GONZALO	0221	14		
PARDO, BÁRBARA EUGENIA	0087	29	0091	17
PARDO, ILSE			0187	18
PAREDES, SEBASTIÁN	0099		0273	7
PAREDES RODRÍGUEZ, SANDY STEPHANIE	0146	13		
PARISI, CLAUDIO			0158	11
PASQUA, ANALÍA VERÓNICA	0144, 0162	15, 23	0132, 0136, 0153, 0157, 0178	19, 17, 16, 15, 12
PATERNI, MAURICIO RODRIGO	0109, 0194	22, 33	0200	20
PAZ, TAREK	0221	14		
PAZMIÑO, TANA			0200	20
PELUSA, FABIÁN			0049	12
PEPA, PABLO DAMIÁN			0142	8
PEREYRA, LISANDRO			0254, 0271	11, 20
PÉREZ, ESTEBAN NATALIA	0213	27		
PÉREZ, PABLO MARTÍN			0052	13
PÉREZ, SOLEDAD	0197	23		
PÉREZ GARCÍA, JORGE LUIS	0116	30		
PÉREZ PETERLING, PABLO			0254	11
PESÁNTEZ, MARÍA FERNANDA			0064	16
PEZZARINI, ELEONORA			0049	12
PÍA SICOLI, ADRIÁN OMAR			0064	16
PINASCO, ROSALBA	0093	24		
PIOVAROLI, FLORENCIA			0105	10
PIZZALA, JUAN	0144	15		
PORTILLO, L	0099	14		
PRECETTI, FABIÁN	0099, 0146	14, 13		
PRETTO, LAUTARO			0049	12
PUCCI, BETIANA			0142	8

Apellido y Nombres	Casos Clínicos	Nº Página	Resúmenes Científicos	Nº Página
PUERTO, GONZALO	0109	22		
PUGA-TEJADA, MIGUEL			0257, 0266	10, 9
QUIJANO MERA, JHONNY	0093, 0110	24, 30		
QUINTERO GONZÁLEZ, OLGA	0234	26		
QUINTEROS MOYANO, AYDE GABRIELA			0262	18
QUIÑONEZ, SABRINA	0240	14		
QUIROGA, GABRIEL			0037	8
QUIROZ, MARIANA SOLEDAD	0077	28	0078	9
RAMIREZ, JULIETA AGOSTINA	0087	29	0091	17
RANDAZZO, PAULA	0135, 0162	25, 23		
RASTELLI, LAUREANO	0143	28		
REGGIARDO, MARÍA VIRGINIA	0167	32		
REYES, DIANA			0023	18
REYNOSO, AIXA			0023	18
RICCÍ, ANAHÍ	0197	23		
RICCIUTI, MERCEDES	0074	21		
RIGONI, MARTINA	0167	32	0031, 0142	17, 8
RIZZI, BRUNO			0166	9
ROBBIO, JUAN			0105	10
ROBLES, PABLO	0194	33		
ROBLES-MEDRANDA, CARLOS			0266	9
ROCCA, ANDRÉS ESTEBAN	0122, 0247	15, 20	0098	19
RODIL, AGUSTINA			0049	12
RODRIGUEZ, PABLO			0142	8
ROHWAIN, MARÍA JOSÉ	0055	25		
ROITMAN, PAULA	0221	14		
ROMEO, JUAN MANUEL	0099, 0146	14, 13		
ROMERO, MARÍA JOSEFINA	0093, 0110	24, 30		
RUFFINENGO, ORLANDO ENRIQUE	0167	32	0031	17
SAA, EMILIA CRISTINA	0093, 0110	24, 30		
SADIR, MATÍAS	0022	34		
SADLER, MARCOS RODOLFO			0136	17
SALA, JOSEFINA	0197	23		
SALABERRY, ANTONELLA	0038, 0194	21, 33	0200	20
SALGADO ROSADO, WALTER	0038, 0247	21, 20		
SALINAS, LORENA			0023	18
SALMON PICO, JONATHAN			0262	18
SALVADOR DE ÁVILA, ALEXANDRA			0018	16

Apellido y Nombres	Casos Clínicos	Nº Página	Resúmenes Científicos	Nº Página
SALVATIERRA MARIMONT, MARTÍN ALEJANDRO	0045	29		
SÁNCHEZ, MARÍA BELÉN			0141, 0170, 0212	7, 11, 8
SÁNCHEZ, MARÍA FLORENCIA	0055, 0109	25, 22		
SÁNCHEZ CELI, ADRIANA MARIUXI	0116	30		
SANTACROCE, GIOVANNI			0257	16
SARCONI, LILIAN	0099, 0146	14, 13		
SAROTTO, LUIS ERNESTO	0140, 0236	27, 26		
SCACCHI, MARÍA AGUSTINA	0213, 0230	27, 31		
SCIGLIANO, FACUNDO NAHUEL	0144	15		
SENA, DANIELA PAULA	0009, 0011	22, 34		
SEQUEIRA, AGUSTÍN	0143	28		
SIGAL, NICOLÁS	0167	32	0031	17
SOBRERO, JOSEFINA			0141, 0170, 0212	7, 11, 8
SOLDANO MALVAR, FLORENCIA			0132, 0157, 0178	19, 15, 12
SOLEDAD, MARTÍNEZ			0141	7
SOLER, ANÍBAL	0221	14		
SOLIS, MALENA	0223	26		
SOSA, IAN	0149	30		
SOTO OCA, OMAR			0273	7
SPALLETI, LEANDRO ANDRÉS	0223	26		
SPEISKY, DANIELA	0122, 0194	15, 33	0200	20
SPIAZZI, RENATA	0154	27		
SPIAZZI, RENATA ALINA	0016	29		
SPINA, JUAN CARLOS			0136	17
STACH, LUCÍA			0098, 0105	19, 10
STEINBERG, LEANDRO			0254, 0271	11, 20
SUÁREZ, EDECIO			0142	8
SUÁREZ, PABLO SEBASTIÁN	0022	34		
SUSANA, MELINA			0187	18
TABACELIA, DANIELA			0266	9
TEDESCHI, FABIÁN ALEJANDRO			0037	8
THOME, MARCELO			0142	8
TONN, EUGENIO FEDERICO	0143	28		
TORRES, ALFREDO	0009, 0011	22, 34		
TORRES, MARIANA	0221	14		
TORRICO, OSCAR	0093	24		
TORRICO PAZ, OSCAR	0110	30		
TORTI, HORACIO E.			0103	21

Apellido y Nombres	Casos Clínicos	Nº Página	Resúmenes Científicos	Nº Página
TOSINI, JAVIER			0098, 0105	19, 10
TREVIZAN, VICTORIA			0031	17
TUFARE, FRANCISCO	0231	13	0166	9
UDABE, MARÍA LAURA	0122, 0247	15, 20	0098	19
URANGA, LÚCIO	0194	33		
USTARES, FERNANDO			0142	8
VALDETTARO, BRUNO DANTE	0223	26		
VALDEZ, SOLEDAD	0012	22		
VAQUER, GIULIANA	0221	14		
VARELA, MARÍA JULIA	0093, 0110	24, 30		
VÁZQUEZ ACEVEDO, CARLA	0109	22		
VELÁZQUEZ, ANDREA			0141, 0170	7, 11
VELÁZQUEZ, ANDREA ANTONELLA			0212	8
VELÁZQUEZ, JIMENA CARLA NADIR	0022	34		
VÉLEZ DAZA, GISELLE CAROLINA	0093, 0110	24, 30		
VENTURA, ANDREA	0223	26		
VERA, MIRTA	0109	22		
VERA, NATALIA VANESSA			0023	18
VICTORIA, ROMINA	0009, 0011	22, 34		
VILLALOBOS, MARLON	0125	34		
VILLALOBOS JIMÉNEZ, MARLON ANDRÉS	0234	26		
VILLAVERDE, AUGUSTO	0144	15		
VIÑUELA, CAROLINA	0009, 0011	22, 34		
VISCARDI, JUAN	0272	23		
VISTARINI, CECILIA	0099, 0146	14		
VOLPACCHIO, MARIANO	0140, 0236	27, 26		
WASSNER, CARLA	0249	32		
YAMASATO, FLORENCIA			0262	18
YANTORNO, MARTÍN	0231	13	0166	9
YÁÑEZ, CAROLINA DAIANA	0143	28		
YEREMENKO, ANNA	0240, 0272	14, 23		
ZALAZAR, FABIÁN			0037	8
ZAMBRANO, LILIANA	0149	30		
ZAMBRANO, VERÓNICA	0194	33	0200	20
ZAMMARCHI, IRENE			0257	10
ZAPATA, GONZALO	0125	34		
ZAPATA, PEDRO DARÍO			0267	10
ZARATE, FABIÁN	0077	28	0078	9

Apellido y Nombres	Casos Clínicos	Nº Página	Resúmenes Científicos	Nº Página
ZEYTUNTSIAN, NATALIA MARINA	0194	33		
ZHAO, CHONGWEN	0016, 0154, 0197	29, 27, 23		
ZITELLI, LUDMILA			0031	17
ZORN, SEBASTIÁN CAYETANO			0117, 0142	19, 8
ZUBILLAGA, MARCELA B.			0103	21

ENDOSCOPIA - ÍNDICE POR AUTORES

Apellido y Nombres	Casos Clínicos	Nº Página	Resúmenes Científicos	Nº Página
ABECIA, VÍCTOR			0033, 0068	37, 36
ABOY, PABLO JOSÉ MARÍA	0129	44		
AGUILAR, CARLA	0237	44		
ALCÍVAR-VÁSQUEZ, JUAN			0185, 0215, 0219, 0222, 0224, 0243, 0269	36, 39, 35, 42, 35, 37, 40
ALDAO, MARÍA CELESTE	0082	45		
ALLEGRETTI, SANTIAGO	0160	50		
ALLENDE, MARINA			0068	36
ALMARAZ, MARIANELLA	0129	44		
ALONSO, TOMÁS			0084	42
ALSINA, FERNANDA	0237	44		
AMUS, CAMILA	0237	44		
ANTÚNEZ, ALEJANDRO CARLOS	0160	50		
ARCE, EUGENIA	0130	45		
ARCO, KARINA			0206	41
ARENAS TENENBAUM, JUDITH			0084	42
AREVALO-MORA, MARTHA			0185, 0215, 0219, 0222, 0224, 0243, 0269	36, 39, 35, 42, 35, 37, 40
ARISIO VILLENA, SANDRA GABRIELA			0084	42
ARNEDILLO, DAIANA	0159	52		
AVEIGA CEDEÑO, LEONARDO ANDRÉS			0202, 0215, 0219, 0222, 0224, 0243, 0269	36, 39, 35, 42, 35, 37, 40
BACIGALUPO, DELFINA MARÍA	0263	46	0111	35
BALDERRAMO, DOMINGO	0017	52		
BAQUERIZO-BURGOS, JORGE			0185, 0215, 0219, 0222, 0224, 0243, 0269	36, 39, 35, 42, 35, 37, 40
BARBA, ANALÍA	0138	52	0152	38
BARRERA MIRANDA, JOHN EDWARD			0084	42
BARSI, MARÍA			0084	42
BELLO, GUSTAVO			0112	43
BERSANO, FERNANDA VALENTINA	0127	43		
BESSONE, FERNANDO	0159	52		
BEZZONI, PABLO	0129, 0191	44, 48		
BOETSCH, MARÍA SOL	0159	52		
BORTOT, LORENA	0007, 0130, 0137	48, 45, 51		
BRACONE, HERNÁN	0082	45	0089	53

Apellido y Nombres	Casos Clínicos	Nº Página	Resúmenes Científicos	Nº Página
BRIZ, CAMILA	0065	51		
BRIZUELA, JOHANNA PAOLA PILMAIQUEN	0226	47		
BULACIO, FERNANDO GABRIEL	0046, 0218	49		
BUSCAGLIA, RANIERO	0203	41		
BUSTAMANTE, JAIME	0007, 0137	48, 51		
CAIZA LASCANO, ERICK EDWIN	0258	51		
CALCAGNO, RAMIRO			0084	42
CALLE CALLE, SANTIAGO GEOVANNY	0133, 0237	48, 44		
CAMPOS MENDOZA, JANNINA	0129	44		
CAMPOY, DANIEL	0134, 0172	51, 50		
CAPOBIANCO, IVÁN			0202	36
CARLOS MÉNDEZ, JUAN			0219	35
CARO, LUIS ERNESTO			0112	43
CARVALHO FLORIDO ABECASIS, MORENA	0159	52		
CASBARIEN, OCTAVIO	0134, 0172	51, 50		
CATANEO, EVELIN	0182	47		
CEREDA, MARÍA VALENTINA	0251	45		
CERISOLI, CECILIO			0112	43
CHAMBA ROSILLO, TATIANA LORENA	0133, 0237	48, 44		
CHOQUE CARBALLO, ANA KAREN ELSA	0258	51		
CONDOR, LIZETT	0248	45		
CONDORÍ BURGOS, RODRIGO MARCELO	0046, 0218	49		
CORDONE, MARÍA ANTONELLA	0159	52		
CORREA, GUSTAVO	0203	41		
CORTESE, MARÍA MERCEDES	0159	52		
CROCCI, EVELIN MARIEL			0112	43
CUNTÓ, DOMÉNICA			0185, 0215, 0219, 0222, 0224, 0243, 0269	36, 39, 35, 42, 35, 37, 40
DEL VALLE-ZAVALA, RAQUEL			0185, 0215, 0243, 0269	36, 39, 37, 40
DI DOMÉNICO, DIEGO SALVADOR	0198	44	0180	40
DI SANTO, AGUSTÍN	0065	51		
DÍAZ, ANA BELEN	0138	52		
DIEHL, FERNANDO	0225	46		
DITONNO, ILARIA			0202	36
DOMÍNGUEZ VACACELA, ELIO DARÍO	0082	45		
EGAS-IZQUIERDO, MARÍA			0185, 0215, 0219, 0222, 0224, 0243, 0269	36, 39, 35, 42, 35, 37, 40

Apellido y Nombres	Casos Clínicos	Nº Página	Resúmenes Científicos	Nº Página
ELÍAS-BERREZUETA, CRISTINA			0185, 0215, 0219, 0222, 0224, 0243, 0269	36, 39, 35, 42, 35, 37, 40
ESCOBAR FERNÁNDEZ, RAFAEL	0019, 0138, 0195, 0198, 0226, 0263	42, 52, 39, 44, 47, 46	0030, 0111, 0152, 0180	39, 35, 38, 40
FABBRO, GABRIEL	0191, 0203	48, 41		
FERNANDEZ REYES, LUCAS			0076	43
FERREYRA VALVASSORI, NAIR	0182	47	0239	40
FIESTAS, KERLY			0206	41
FILO, EDUARDO	0075	50		
FIRVIDA, SOFÍA	0019, 0138, 0226, 0263	42, 52, 47, 46	0030, 0111, 0152, 0180	39, 35, 38, 40
FRÍAS, SILVIA ELIAZABETH			0084	42
FUGAZZA, LAURA	0237	44		
GALIMBERTI, ALCEO	0159	52		
GALVÁN CLAROS, MARIANA ELIZABETH	0046, 0218, 0225	49, 49, 46		
GARBI, MARIA LAURA	0191, 0203, 0248	48		
GARCES MULLER, RAUL	0258	51		
GARCIA, MAGDALENA	0203	41		
GARCÍA ALLENDE, LEONARDO	0075, 0127	50, 43		
GERAIGE, WILMA			0206	41
GERULA, WALTER	0253	47		
GHOSH, SUBRATA			0202	36
GIGENA, RICARDO AGUSTÍN	0182	47	0239	40
GIMENEZ, ROMINA MAGALÍ	0261	46		
GOBELET, JAQUELINA	0182	47	0239	40
GONZÁLES, LARA	0248	45		
GONZÁLEZ BALLERGA, ESTEBAN	0007, 0130, 0137	48, 45, 51		
GONZALEZ BAUER, TABARÉ	0226	47		
GROISMAN, MARTÍN	0198	44	0180	40
GUERRIERI, ITATÍ	0082	45	0089	53
HIGA, MARIANO ANTONIO	0017	52		
IACUCCI, MARIETTA			0202	36
KAHN, NICOLE MARIE	0017	52		
KNAUS, SAMUEL	0253, 0261	47		
LASCANO, ERNESTO	0138	52	0152	38
LAUDANNO, SOFÍA	0258	51		
LEDESMA, CÉSAR			0112	43
LEW, JAVIER	0226	47		
LOMBARDI, GIULIANA GISELE	0195, 0226	39, 47		

Apellido y Nombres	Casos Clínicos	Nº Página	Resúmenes Científicos	Nº Página
LOMBARDI ÁLVAREZ, ABIGAIL	0075	50		
LÓPEZ, S.R.	0218	49		
LÓPEZ, SERGIO	0225	46		
LÓPEZ ROMERO, LENIN ANDRÉS	0082	45		
MAHLER, MANUEL			0033	37
MAJUMDER, SNEHALI			0202	36
MANAZZONI, DANTE			0033, 0068	37, 36
MANZUR, GRACIELA	0007	48		
MARCOLONGO, MARIANO			0033, 0068	37, 36
MARELLI, ANA PAULA			0084	42
MARINI, EDUARDO			0084	42
MARIÑO CAMACHO, GABRIEL ADRIÁN	0007, 0137	48, 51		
MARTÍNEZ, FRANCISCO	0134, 0172	51, 50		
MARTÍNEZ DI SERA, SOFÍA	0133, 0237	48, 44		
MÉNDEZ, JUAN			0269	40
MICONI, DIEGO GABRIEL	0075, 0127	50, 43		
MILICH, MAYRA MELINA	0046, 0218	49		
MIMURA, HUMBERTO	0133, 0237	48, 44		
MIÑO, GASTÓN			0076	43
MIRAGLIA, LUCÍA NICOLE			0062, 0227	38, 38
MISSISSIAN, PEDRO			0084	42
MOHADEB, FLORENCIA			0084	42
MOLFESO, FLORENCIA	0137	51		
MOREIRA, ALEJANDRO	0137	51		
MOREIRA GRANDA, EDISON JAVIER	0082	45	0089	23
MURILLO, JUAN			0185, 0215, 0219, 0222, 0224, 0243, 0269	36, 39, 35, 42, 35, 37, 40
NACHMAN, FABIO			0227	38
NARDONE, OLGA MARÍA			0202	36
NIEPONICE, ALEJANDRO			0062, 0227	38
OJEDA MALLA, JULIA MARGOTH	0237	44		
OLMOS, JUAN IGNACIO	0007, 0130, 0137	48, 45, 51		
ORBE, GUIDO	0065	51		
PAES DE LIMA, ANDREA	0137	51		
PALMA, AGUSTINA	0129, 0191, 0248	44, 48, 45		
PARDO, BARBARA	0195	39		
PARDO, BÁRBARA EUGENIA	0019	42	0030	39
PAREDES, SANDY			0084	42

Apellido y Nombres	Casos Clínicos	Nº Página	Resúmenes Científicos	Nº Página
PAREDES, SEBASTIÁN	0253	47		
PAREDES VITORES, ROBERTO			0209	41
PATRÓN COSTAS, LUCAS	0218, 0225	49, 46		
PAZMIÑO, KAREN	0133, 0237	48, 44		
PERALTA, ÁNGEL DANIEL			0209	41
PEREZ, RAFAEL	0007	48		
PEREZ, TOMÁS MANUEL			0033	37
PÉREZ GARCÍA, JORGE LUIS	0133, 0237	48, 44		
PEREZ RUGE, DIANA			0209	41
PINASCO, ROSALBA	0082	45		
PITANGA-LUKASHOK, HANNAH			0185, 0243, 0269	36, 37, 40
PIZZALA, JUAN			0033, 0068	37, 36
PORFILIO GULARTE, GIOVANNA	0019	42		
PRECETTI, FABIÁN			0084	42
PROMENZIO, ESTEBAN MIGUEL	0160	50		
PUGA-TEJADA, MIGUEL			0185, 0202, 0215, 0219, 0222, 0224, 0243, 0269	36, 36, 39, 35, 42 35, 37, 40
PUGLIANO, CECILIA LINA			0202	36
RAMÍREZ, MAURICIO			0062, 0227	38, 38
RASTELI, LAUREANO	0127	43		
RASTELLI, LAUREANO	0075	50		
REGNASCO, JUAN SANTIAGO			0089	53
RICHARDI, ANA	0134	51		
RIERA, LEANDRO			0209	41
RIGONI, MARTINA	0159	52		
RÍOS ALONSO, MARINA	0261	46		
RÍOS GARZÓN, JONNATHAN EFRAIN	0065	51		
RIVEROS, IGNACIO	0253, 0261	47, 46		
RIZZI, BRUNO	0191, 0203	48, 41		
ROBLES-MEDRANDA, CARLOS			0185, 0202, 0215, 0219, 0222, 0224, 0243, 0269	36, 36, 39, 35, 42 35, 37, 40
ROCCA, ANDRÉS	0258	51		
ROITMAN, PAULA			0206	41
ROMEO, JUAN MANUEL	0084	42		
ROMERO, MARÍA JOSEFINA	0082	45	0089	53
SAA, EMILIA CRISTINA	0082	45	0089	53
SABA ZOTTO, FEDERICO			0062, 0227	38
SALGADO ROSADO, WALTER	0258	51		

Apellido y Nombres	Casos Clínicos	Nº Página	Resúmenes Científicos	Nº Página
SALVATIERRA MARIMONT, MARTÍN ALEJANDRO	0017	52		
SÁNCHEZ, CHRISTIAN			0112	43
SÁNCHEZ, SOL ANGELES			0084	42
SANTACROCE, GIOVANNI			0202	36
SANTILLÁN MÁRQUEZ, MARÍA EUGENIA	0046, 0218, 0225	49, 49, 46		
SARCONI, LILIANA			0084	42
SCIGLIANO, FACUNDO NAHUEL			0033	37
SEQUEIRA, AGUSTÍN	0075, 0127	50, 43	0111	35
SIGAL, NICOLÁS	0159	52		
SOLINAS, DAVID			0062, 0227	38, 38
TABACELIA, DANIELA			0185, 0215, 0219, 0222, 0224, 0243, 0269	36, 39, 35, 42, 35, 37, 40
TANNO, FEDERICO	0159	52		
TONN, EUGENIO FEDERICO	0075, 0127	50		
TORRES, MARIANA			0206	41
TORRICO PAZ, OSCAR JOSÉ	0082	45		
TRIMARCO, MARÍA DE LOS ANGELES	0127	43		
TUFARE, FRANCISCO	0129, 0191, 0203, 0248	44, 48, 41, 45		
UDABE, MARÍA LAURA	0258	51		
VALDIVIEZO, ERICA M.	0046, 0218, 0225	49, 49, 46		
VALLEJOS ZOILO, ELIANA JACQUELINE	0253, 0261	47, 46		
VAQUER, GIULIANA			0206	41
VARELA, MARÍA JULIA	0082	45		
VELAZCO CABUT, GONZALO JAVIER	0134, 0172	51, 50		
VILLALOBOS, MARLON	0007	48		
VILLAVARDE, AUGUSTO			0033	37
VILLEGAS, MANUEL	0046, 0218, 0225	49, 49, 46		
VISSO, ANA LAURA	0195, 0263	39, 46	0030, 0111	39, 35
VISTARINI, CECILIA			0084	42
WONAGA, ANDRÉS	0137	51		
YANTORNO, MARTÍN	0129, 0191, 0203, 0248	44, 48, 41, 45		
YÁÑEZ, CAROLINA DAIANA	0127	43		
YÁÑEZ CHAVEZ, CAROLINA	0075	50		
ZAMMARCHI, IRENE			0202	36

ACTA

GASTROENTEROLÓGICA LATINOAMERICANA

Suplemento Vol 55 año 2025