

AOTA

GASTROENTEROLÓGICA LATINOAMERICANA

Suplemento Vol 56 año 2026



**GASTRO
ENDO
2026 BA**

DEL 17 AL 19 SEPTIEMBRE

Sheraton Buenos Aires Hotel
& Convention Center

RESÚMENES DE TRABAJOS

MÁS INFORMACIÓN EN

www.gastroendo.org



Gastroendo2026

Sociedades organizadoras



Órgano oficial





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

Dra. Silvina Gonçalves

VICEPRESIDENTE

Dra. Rosa Ramos

SECRETARIO

Dr. Gabriel Ahumarán

PROSECRETARIO

Dr. Javier Valentini

TESORERA

Dra. Patricia González

PROTESORERA

Dra. Agostina Pascual Russo

VOCALES TITULARES

Dra. Florencia Molfeso

Dr. Pablo Calzetta

Dr. Ezequiel Balaban

VOCALES SUPLENTE

Dra. Vanina Forestier

Dr. Nelson Mejía

Dra. Vanessa Rojas

ÓRGANO DE FISCALIZACIÓN TITULAR

Dr. Alfredo García

ÓRGANO DE FISCALIZACIÓN SUPLENTE

Dra. Judith Doweck

REVISORES NACIONALES

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

Edita: Sociedad Argentina de Gastroenterología, Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina. ISSN 2469 -1119



TRES SOCIEDADES, UN MISMO PROPÓSITO, GASTROENDO 2026

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 2026.

Hemos recibido un total de 284 resúmenes (198 de gastroenterología y 86 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, e-póster distinguido y e-póster) y "no aceptados". Fueron aceptados 125 de Gastroenterología: 13 presentación oral, 26 e-posters distinguidos y 86 e-póster. En el área de Endoscopia se aceptaron 59: 11 presentación oral, 11 e-poster distinguido y 37 e-póster.

En nombre de los Comités Organizadores de GASTROENDO 2026, 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.

Federico Yañez
Director

GASTROENDO 2026

Federación Argentina de Asociaciones
de Endoscopia Digestiva

Juan Bordato
Director

GASTROENDO 2026

Federación Argentina
de Gastroenterología

Alejandro Nieponice
Director

GASTROENDO 2026

Sociedad Argentina
de Gastroenterología



Comité organizador

Comité Científico FAAED

DIRECTORES:

Dr. Federico Yáñez

Dr. Gastón Jury

SECRETARIOS CIENTÍFICOS:

Dr. Nelson Condado y Dr. Héctor Bolzán

Comité Científico SAGE

DIRECTORES:

Dr. Alejandro Nieponice

Dra. Marina Cariello

SECRETARIOS CIENTÍFICOS:

Dr. Andrés Ditaranto y Dr. Juan Pablo Stefanolo

Comité Científico FAGE

DIRECTORES:

Dr. Juan Bordato

Dr. Matías Amateis

SECRETARIAS CIENTÍFICAS:

Dra. Leticia Baroni y Dra. Marianela Bedini

COORDINADOR ACADÉMICO:

Dr. David Solinas

Curso de Pediatría

COORDINADORA: Dra. Mariela Antoniska

Curso de Nutrición

COORDINADORA: Lic. Constanza Echevarría

Congreso de asistentes en endoscopia

COORDINADORA: Lic. Vanina Echarte

CO-CORDINADORA: Lic. Bárbara Agulian

Curso de Posgrado Endoscopia

COORDINADOR: Dr. Sebastián Paredes

Coordinadora Curso Posgrado Gastroenterología

COORDINADORAS: Dra. Erica Valdiviezo y Dra. Marcela González

HANDS ON médicos

COORDINADORES: Dr. Héctor Bolzán y Dr. Alberto Vogler

HANDS ON asistentes

COORDINADORES: Lic. Nadia Pocztter y Dr. Héctor Bolzán

Workshop de Endoscopia

COORDINADOR: Dr. Mario Donatelli



Evaluadores de resúmenes científicos

Abecia Soria, Víctor Hugo	Chiriano, Fabiela	Huertas, Roberto	Rausch, Astrid
Adami, Paola Andrea	Cilla, Eliana	Iannicillo, Hernán	Rebay, Mercedes
Ahumarán, Gabriel	Cimmino, Daniel Gustavo	Iriarte, Sonia Mariel	Redondo, Agustina
Alach, Eduardo	Collia, Karina	Kirschbaum, Fernando	Renda, Pedro
Alasino, Pablo	Colombato, Luis	Linares, María Eugenia	Rinaudo, Santiago
Allende, Marina	Contreras, Marcela	Llamosas, María Clara	Saba Zotto, Federico
Amateis, Matías	Cordero, Hernán	Lotero Polesel, Julio César	Sánchez, Belén
Andrenacci, Paola	Correa, Gustavo	Lumi, Carlos Miguel	Sánchez, Christian
Antoniska, Mariela	Daino, Diego	Manazzoni, Dante	Sayanes, María Victoria
Argüero, María Julieta	Daruich, Jorge	Marchi, Laura	Sequeira, Agustín
Bai, Julio C.	De Paula, Juan Andrés	Marini, Juan	Smecuol, Edgardo Gustavo
Barba, Analía	Ditaranto, Andrés	Martini, Giselle	Soifer, Luis
Baroni, Leticia	Doweck, Judith	Matanó, Raúl	Solinas, David
Barrera, Darío	Dutack, Alejandro	Maynat, Alejandra	Spallone, Liliana
Barreyro, Fernando Javier	Echevarría, Constanza	Melano, Florencia	Stefanolo, Juan Pablo
Barril, Sergio	Esteves, Sebastián	Mella, José Manuel	Tawil, José
Bedini, Marianela Patricia	Etchevers, María Josefina	Mihura, Matías	Temprano, María de la Paz
Belloni, Rodrigo	Ferrario, Martín	Miraglia, Lucia Nicole	Tioni, Rogelio
Berman, Saúl	Ferretti, Sebastián	Nazar, María Cristina	Trakal, Juan José
Bolomo, Andrea	Figueredo, Ricardo	Nieponice, Alejandro	Trelles, Félix
Bolzan, Héctor	Filo, Gladys L	Oliva, Laura	Turchi, Matías
Bori, Javier	Fuster, Mauricio	Olmos, Jorge Atilio	Uranga, Lucio
Bosch, Jorge	Fuxman, Claudia Griselda	Orsi, Marina	Vaccaro, María Inés
Bucciarelli, Federico	Gadano, Adrián	Ortiz, Lucia	Valdiviezo, Érica
Cabrera, Paula	Gallo, María Julieta	Páez, Mauro	Valentini, Javier
Campos, Lucía Mercedes	García, María Laura	Paredes, Sebastián	Van Domsellaar, Manuel
Canelas, Alejandro	Giménez, Fernando	Pasqua, Analía Verónica	Vasen, Walter
Canseco, Sandra	Giraud, Florencia	Perna, Lorena Aldana	Ventura, Andrea
Carnevalle, Guillermo	González Ballerga, Esteban	Piskorz, María Marta	Villamil, Federico
Carraro, María Cecilia	González del Solar, Carlos	Pizzala, Juan	Wonaga, Andres
Carrica, Sebastián Augusto	González, Andrea	Poles, Natalia	Yañez, Federico
Cartier, Mariano	Gruz, Fernando	Porfilio Gularte, Giovanna	Yonamine, Karina
Cassella, Federico Ignacio	Guerrina, Claudio	Puga-Tejada, Miguel	Zandalazini, Hugo
Castellotti, Sheila	Gutiérrez, Silvia Cristina	Ramírez, Mauricio	Zarate, Fabián



MAIN SPONSOR
GASTROENTEROLOGÍA

MAIN SPONSOR
ENDOSCOPIA



SPONSOR PLATINO



Johnson & Johnson



Índice

	Pág.
1^{RO} y 2^{DO} PUESTO AL MEJOR TRABAJO	8
GASTROENTEROLOGÍA	
Presentaciones Orales	10
Posters distinguidos	14
Pósters	22
ENDOSCOPIA DIGESTIVA	
Presentaciones Orales	51
Pósters Distinguidos	38
Pósters	58
ÍNDICE DE AUTORES POR ORDEN ALFABÉTICO	
Gastroenterología	71
Endoscopia digestiva	86



PRESENTACIONES ORALES:

1^{er} Puesto/Mejor Trabajo

Código: 310

RESULTADOS DE LA MIOTOMÍA ENDOSCÓPICA PER-RECTAL EN EL MANEJO DEL MEGACOLON CONGÉNITO Y ADQUIRIDO: SEGUIMIENTO A LARGO PLAZO DE UNA SERIE DE CASOS

Modalidad: Trabajos Científicos - Oral

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

PORFILIO GULARTE, Giovanna | YAÑEZ, Federico | ESCOBAR, Rafael | PARADELO, Gustavo | LLERA SOSA, María Milena | VERON, Gabriel Aníbal | CARAMES, Juan Carlos | CÁRDENAS COBOS, Minerva | PUGA-TEJADA, Miguel | KAHALEH, Michel

Instituto EIRA Misionero de Gastroenterología y Motilidad Digestiva

2^{do} Puesto/Mejor Trabajo

Código: 282

FACTORES ASOCIADOS AL FRACASO TERAPÉUTICO EN LITIASIS COLEDOCIANA DIFÍCIL SOMETIDA A COLANGIOPANCREATOGRÁFIA RETRÓGRADA ENDOSCÓPICA

Modalidad: Trabajos Científicos - Oral

Unidad Temática: a) GASTROENTEROLOGÍA 5. Vesícula y vías biliares 5.1. Litiasis biliar

ZÚÑIGA, Andrés | CONDORI, Ricardo Leonel | RIZZI, Bruno | FABBRO, Gabriel | CAMPOS MENDOZA, Jannina | ABOY, Pablo Jose Maria | ALMARAZ, Marianella | PALMA, Agustina | BEZZONI, Pablo | GULLINO, Lorenzo | REDONDO, Agustina | GARABENTO, Leonardo | YANTORNO, Martin | TUFARE, Francisco | CORREA, Gustavo

HIGA San Martín La Plata



E-POSTERS DISTINGUIDOS:

1^{er} Puesto/Mejor Trabajo

Código: 242

ADENOCARCINOMA COLORRECTAL TIPO COMPLEJO LINFOGLANDULAR: UNA ENTIDAD RECIENTEMENTE RECONOCIDA CON POTENCIALES DESAFÍOS DIAGNÓSTICOS. SERIE DE TRES CASOS

Modalidad: Casos Clínicos - Poster Distinguido

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

REBOLINI, Inés | BERGIOLI CARRASCO, Maria Antonella | FUENTES, Romina | SANCHEZ, Maria Florencia | SANTINO, Juan Pablo | GONZÁLEZ, María Laura | ALLENDE, Marina | MARCOLONGO, Mariano

Instituto EIRA Misionero de Gastroenterología y Motilidad Digestiva



**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

GASTROENTEROLOGÍA

PRESENTACIONES ORALES

Código: 0016

MÁS ALLÁ DE LA CLASIFICACIÓN DE LONDRES: ENDOTIPOS ANORRECTALES BASADOS EN DATOS EN DEFECACIÓN OBSTRUIDA - PATRONES FISIOLÓGICOS DISTINTOS CON RESPUESTA SIMILAR AL BIOFEEDBACK

Modalidad: Trabajos Científicos - Oral

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

SANTANA, Mauro Martín | PISKORZ, María M | GUTIERREZ ARISPE, Fernanda | TÉVEZ, Adriana Elizabeth | MONCADA RODRÍGUEZ, Gabriela Anabel | GONZÁLEZ BALLERGA, Esteban | OLMOS, Jorge Atilio

Hospital de Clínica José de San Martín UBA

Introducción: La Clasificación de Londres (CL) organiza los parámetros de la manometría anorrectal de alta resolución (MAAR) en dominios categóricos, pero no integra la interacción entre retroalimentación sensorial, coordinación y reserva motora en el potencial de rehabilitación. El biofeedback (BFB) mejora la coordinación defecatoria, aunque sus predictores de respuesta no están bien definidos.

Objetivos: El objetivo fue: (1) comparar la respuesta al BFB según dominios de la CL; y (2) evaluar si el agrupamiento basado en datos identifica endotipos anorrectales con distinto potencial rehabilitador.

Material y Métodos: Se analizaron retrospectivamente pacientes consecutivos con defecación obstruida (DO) que realizaron MAAR y completaron un programa estandarizado de BFB entre 2020 y 2024. Se excluyeron pacientes con incontinencia fecal aislada. Los parámetros se categorizaron según la CL (RAIR, tono/contractilidad, coordinación, sensibilidad), integrando el test de expulsión del balón (TEB) como variable de coordinación. En una segunda etapa se aplicaron ACP y agrupamiento k-means ($k = 3$) con edad, sexo y ocho variables fisiológicas.

Resultados: Se incluyeron 69 pacientes (83% mujeres, edad media 58 ± 13 años). Solo el TEB se asoció con la respuesta al BFB (TEB normal $\rightarrow$ mayor éxito; $p = 0,02$). El ACP explicó el 43,8% de la varianza (CP1=23,4%; CP2=19,6%) e identificó tres endotipos: (1) "debilidad anal/coordinación preservada": tono bajo, sensibilidad normal, TEB normal en 60%; respuesta 47%; (2) "disinergia coordinación-dominante": tono moderado, alteración universal de coordinación con falla del TEB; respuesta 58%; (3) "hipertónico-hiposensitivo": tono elevado, hiposensibilidad rectal, patrones mixtos de RAIR/TEB; respuesta 57%. Las tasas de respuesta no difirieron entre clusters ($p = 0,76$).

Conclusiones: La CL mostró valor discriminativo limitado, siendo el TEB el único predictor de respuesta favorable al BFB. La integración basada en datos reveló endotipos anorrectales fisiológicamente coherentes con distintos equilibrios entre integridad motora, coordinación y sensibilidad. Estos endotipos delinean trayectorias rehabilitadoras diferenciadas y respaldan una transición hacia la fenotipificación cuantitativa en el piso pélvico.

PRESENTACIONES ORALES

Código: 0018

ENDOTIPOS BASADOS EN DATOS EN ESCLEROSIS SISTÉMICA REVELAN FIRMAS DE RIESGO DIFERENCIADAS PARA DISFUNCIÓN MOTORA ESOFÁGICA: ANÁLISIS DE APRENDIZAJE AUTOMÁTICO EN UNA COHORTE LATINOAMERICANA

Modalidad: Trabajos Científicos - Oral

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

PISKORZ, María M | TÉVEZ, Adriana Elizabeth | LOPEZ MEILLER, María Jose | GUTIERREZ ARISPE, Fernanda | SANTANA, Mauro Martín | MONCADA RODRÍGUEZ, Gabriela Anabel | GONZÁLEZ BALLERGA, Esteban | OLMOS, Jorge Atilio

Hospital de Clínica José de San Martín UBA

Introducción: La esclerosis sistémica (ES) presenta fenotipos vasculares, pulmonares y cutáneos heterogéneos que influyen en la disfunción motora esofágica (DME). Los predictores tradicionales tienen utilidad limitada.

Objetivos: El objetivo fue aplicar aprendizaje automático no supervisado para identificar endotipos clínicos asociados con motilidad normal, motilidad esofágica ineficaz (MEI) y contractilidad ausente (CA).

Material y Métodos: Se analizaron 127 pacientes con ES sometidos a manometría de alta resolución (MAR). Cincuenta y un variables no manométricas (cutáneas, vasculares, pulmonares, serológicas y capilarescópicas) informaron el agrupamiento k-means. El ACP definió los ejes clínicos. Un random forest multinomial predijo motilidad normal, MEI o CA; un modelo binario predijo cualquier DME. El rendimiento se evaluó mediante validación cruzada estratificada en 5 pliegues.

Resultados: Emergieron tres endotipos coherentes: C0 ($n=86$): compromiso vascular leve, función pulmonar conservada (DLCO/CVF $\geq 80\%$), baja prevalencia de EPI (26,5%); C1 ($n=18$): fenotipo vascular grave con DLCO marcadamente reducida ($\sim 60\%$), mayor carga de EPI (50%) e hipertensión pulmonar frecuente (71%); C2 ($n=23$): severidad vascular y de EPI combinadas, DLCO $< 75\%$, EPI 81,8% y microstomía 69,6%. El riesgo de DME aumentó escalonadamente: 65,1% en C0, 88,9% en C1 y 91,3% en C2. Casi todos los estudios con MAR normal (30/34) ocurrieron en C0, definiendo un perfil de "bajo riesgo". El CP1 (14,4%) estuvo impulsado por lesión vascular, carga de EPI, microstomía y DLCO/CVF reducida; el CP2 ($\sim 6\%$) reflejó duración de la enfermedad e hipertensión pulmonar. El modelo binario alcanzó exactitud 0,75 y AUC 0,68, con los principales predictores: EPI, DLCO reducida, telangiectasias y pitting digital.

Conclusiones: La fenotipificación mediante aprendizaje automático reveló tres fenotipos de ES reproducibles con riesgo creciente de DME. La DLCO reducida y la EPI fueron los contribuyentes clave. La DME esofágica y la ERGE pueden actuar como marcadores y amplificadores de la enfermedad pulmonar a través de microaspiración, reflejos neurogénicos y vías fibróticas compartidas. La fenotipificación puede optimizar el uso de la MAR y orientar una atención estratificada por riesgo en la ES.

PRESENTACIONES ORALES

Código: 0019

ENDOTIPOS DE SII CON PREDOMINIO DE DIARREA IDENTIFICADOS POR APRENDIZAJE AUTOMÁTICO: FENOTIPOS INFLAMATORIO, EJE INTestino-CEREBRO E INTERMEDIO EN UNA COHORTE LATINOAMERICANA

Modalidad: Trabajos Científicos - Oral

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

PISKORZ, María M | TÉVEZ, Adriana Elizabeth¹ | LITWIN, Nestor² | GUTIERREZ ARISPE, Fernanda¹ | SANTANA, Mauro Martín¹ | MONCADA RODRÍGUEZ, Gabriela Anabel¹ | GONZÁLEZ BALLERGA, Esteban¹ | OLMOS, Jorge Atilio¹

Hospital de Clínica José de San Martín UBA¹; LABORATORIO LITWIN²

Introducción: El síndrome de intestino irritable con predominio de diarrea (SII-D) es un trastorno heterogéneo que involucra activación inmune, hipersensibilidad visceral, alteraciones de la motilidad y desregulación del eje intestino-cerebro.

Objetivos: El objetivo fue identificar endotipos reproducibles mediante aprendizaje automático y evaluar su separación biológica respecto de controles sanos.

Material y Métodos: Se analizaron adultos que cumplían criterios Roma IV para SII-D de una cohorte latinoamericana prospectiva ($n=236$; edad media $42,0 \pm 16,1$ años; 53% mujeres; IBS-SSS disponible en $n=121$). El conjunto de datos incluyó perfil sintomático detallado, medidas psicológicas (HADS-A/D), calprotectina fecal y citocinas séricas (IL-6, IL-8, IL-10, TNF- α). Se aplicó agrupamiento no supervisado ($k=2-5$), con k óptimo=3 (silueta 0,31). Un ACP secundario incorporó controles sanos para examinar la separación biológica.

Resultados: Emergieron tres endotipos mecanicistas: (1) Endotipo eje intestino-cerebro ($n=34$): mayor dolor y distensión (Likert $\approx 4,8$), HADS-A/D elevados e IBS-SSS más alto (357 ± 63); (2) Endotipo inflamatorio ($n=42$): IL-6, IL-8 y calprotectina más elevadas ($187 \pm 172 \mu\text{g/g}$), con IL-10 aumentada como respuesta regulatoria compensatoria a la inflamación mucosa leve; menor gravedad sintomática (IBS-SSS 208 ± 65); (3) Endotipo intermedio ($n=160$): síntomas moderados con baja actividad inflamatoria. El ACP (36% de varianza explicada) demostró clara separación entre endotipos. Al incorporar controles sanos, todos se agruparon en una región diferenciada, evidenciando que el SII-D presenta alteraciones fisiológicas e inflamatorias ausentes en individuos sanos. Los modelos de random forest (AUC 0,75) identificaron la carga psicológica (HADS-A/D), la forma de las heces y los marcadores inflamatorios como los predictores más potentes de gravedad sintomática.

Conclusiones: El aprendizaje automático identificó tres endotipos reproducibles de SII-D -eje intestino-cerebro, inflamatorio e intermedio- con firmas sintomáticas, inmunes y psicológicas únicas. La separación biológica respecto de controles sanos respalda al SII-D como un trastorno con alteraciones fisiológicas e inmunes medibles, y provee un marco mecanicista para un abordaje terapéutico diferenciado según endotipo.

PRESENTACIONES ORALES

Código: 0020

PERFIL INFLAMATORIO SISTÉMICO, DISTRÉS PSICOLÓGICO Y GRAVEDAD SINTOMÁTICA EN SII CON PREDOMINIO DE DIARREA: ESTUDIO OBSERVACIONAL EN COHORTE LATINOAMERICANA

Modalidad: Trabajos Científicos - Oral

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

PISKORZ, Maria M | TÉVEZ, Adriana Elizabeth | LITWIN, Nestor | SANTANA, Mauro Martín | GUTIERREZ ARISPE, Fernanda | GONZÁLEZ BALLERGA, Esteban | OLMOS, Jorge Atilio

Hospital de Clínica José de San Martín UBA

Introducción: El SII con predominio de diarrea (SII-D) involucra activación inmune de bajo grado, alteraciones del eje intestino-cerebro y factores metabólicos, aunque la interacción entre estos dominios y su contribución a la gravedad sintomática permanece poco clara.

Objetivos: El objetivo fue caracterizar los perfiles inflamatorios sistémicos en pacientes con SII-D y examinar sus asociaciones con síntomas, estrés psicológico y sobrepeso.

Material y Métodos: Estudio observacional transversal que incluyó 107 pacientes con SII-D (criterios Roma IV) y 46 controles sanos. Se cuantificaron calprotectina fecal por ELISA y 27 citocinas séricas por ensayo multiplex. Se evaluaron ansiedad, depresión, somatización (HADS, PHQ-15) y gravedad sintomática (IBS-SSS). Las comparaciones entre grupos se realizaron con pruebas no paramétricas con corrección por tasa de falsos descubrimientos (FDR). Se construyó un modelo de regresión lineal multivariable con el IBS-SSS como variable dependiente.

Resultados: Los pacientes con SII-D presentaron calprotectina fecal significativamente más elevada (68,0 [39,5–163,0] vs 29,5 [21,2–51,8] µg/g; $p < 0,001$) y mayores concentraciones séricas de IL-6, IL-8 e IL-10 (todas $q < 0,05$), mientras que el TNF-α fue menor que en controles ($q < 0,001$), configurando una firma inmune cualitativamente distinta. Dentro del grupo SII-D, los marcadores inflamatorios mostraron correlaciones débiles con la gravedad sintomática y los parámetros del hábito evacuatorio, sin resistir la corrección por multiplicidad. Los pacientes con sobrepeso/obesidad presentaron concentraciones de IL-6 más elevadas que los normopeso (3,39 vs 2,18 pg/mL; $p = 0,002$), sin diferencias en calprotectina. El modelo multivariable explicó el 21% de la varianza del IBS-SSS ($R^2 = 0,21$; $p = 0,043$), con tendencias de asociación para ansiedad ($\beta = +23,8$; $p = 0,055$) y somatización ($\beta = +20,5$; $p = 0,074$), sin que ningún predictor inflamatorio alcanzara significación independiente.

Conclusiones: El SII-D se caracteriza por activación inmune sistémica de bajo grado y calprotectina elevada, pero los marcadores inflamatorios explican escasamente la gravedad sintomática individual. El sobrepeso amplifica la inflamación sistémica sin incrementar la inflamación intestinal. Estos hallazgos respaldan un modelo multidimensional del SII-D en el que la activación inmune coexiste con el estrés psicológico como componentes parcialmente independientes.

PRESENTACIONES ORALES

Código: 0023

RISANKIZUMAB REDUCE LOS SÍNTOMAS RELACIONADOS CON LA ENFERMEDAD DE CROHN Y EL USO DE TERAPIAS CONCOMITANTES EN ADULTOS: RESULTADOS A 1 AÑO DEL ESTUDIO ASPIRE-CD

Modalidad: Trabajos Científicos - Oral

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

CHARABATY, Aline¹ | GRIFFITH, Jenny² | YANG, Yang³ | COOK, Erin³ | ZAMBRA-NO, Javier² | MARTINS, Bruno³ | JOSHI, Namita² | KIM, Brooke² | CORRADETTI, Santiago⁴ | KEEFER, Laurie⁵

JOHNS HOPKINS SCHOOL OF MEDICINE¹; ABBVIE, INC.²; ANALYSIS GROUP, INC.³; ABBVIE S.A.⁴; ICAHN SCHOOL OF MEDICINE AT MOUNT SINAI⁵

Introducción: ASPIRE-CD, un estudio observacional prospectivo en curso basado en encuestas a pacientes, se llevó a cabo para conocer la experiencia en condiciones de práctica real de adultos con enfermedad de Crohn (EC) de actividad moderada a severa tratados con risankizumab (RZB).

Objetivos: Presentar los resultados del primer año del estudio, centrados en los cambios de los síntomas relacionados con la EC después de iniciar RZB en los adultos participantes de ASPIRE-CD.

Material y Métodos: Los pacientes adultos con EC de Estados Unidos que se inscribieron en ASPIRE-CD completaron encuestas previo al inicio del tratamiento con RZB por vía intravenosa, y fueron seguidos por 52 semanas. Se evaluaron síntomas de EC, incluidos dolor abdominal (promedio y máximo, rango 0–10; 0 = sin dolor; 10 = el peor dolor posible), urgencia defecatoria (necesidad de correr al baño para evitar un accidente; sí/no) y deposiciones líquidas o muy blandas (sí/no), considerando períodos de recuerdo de 24 horas y 7 días. La fatiga se evaluó mediante el Functional Assessment of Chronic Illness Therapy-Fatigue (FACIT-Fatigue) (rango 0–52; a menor puntuación, mayor fatiga; <40: presencia de fatiga). Para la fatiga se utilizó como umbral de mejoría clínicamente significativa un incremento mínimo de 4 puntos. Se evaluó el alivio de las manifestaciones extraintestinales (MEI; sí/no) desde el inicio de RZB en quienes recibían tratamiento para dichas manifestaciones al inicio. El uso de corticosteroides (incluidos prednisona/budesonida por vía oral y esteroides tópicos) y de productos de venta libre de uso terapéutico para la EC (incluidos medicamentos para el estreñimiento, antidiarreicos, analgésicos y suplementos vitamínicos-minerales) se evaluó con un período de recuerdo de 4 semanas (sí/no).

Resultados: ASPIRE-CD incluyó 286 pacientes que iniciaron RZB (mujeres: 57,0%; edad media [DE]: 45,7 [14,8] años; blancos: 90,2%; con experiencia previa con bio-

lógicos o inhibidores de JAK: 75,2%). De estos pacientes, 213 (74,5%) completaron la encuesta de la semana 52, y el 86,4% continuaba en tratamiento con RZB. El dolor abdominal promedio y máximo mejoró significativamente ya desde la semana 2, con mejoría adicional hasta la semana 52, tanto en el recuerdo de 7 días como en el de 24 horas (Fig. 1). Se observaron mejoras sostenidas similares en la urgencia defecatoria y en las deposiciones líquidas o muy blandas (Fig. 1). Casi la mitad de los pacientes ($n = 136$; 47,6%) presentaba fatiga al inicio, y el 54,4% de ellos logró una mejoría clínicamente significativa para la semana 52. Entre los pacientes que al inicio recibían tratamiento para MEI articulares ($N = 16$) y cutáneas ($N = 28$), el 25,0% y el 46,4%, respectivamente, informaron alivio a la semana 52. Para la semana 52, el uso de corticosteroides y productos de venta libre había disminuido, respectivamente, del 33,9% al 7,0% y del 72,0% al 48,8% ($p < 0,001$ para ambos).

Conclusiones: En ASPIRE-CD, los pacientes con EC presentaron una mejoría rápida, sostenida y significativa de los síntomas de la enfermedad y alivio de las MEI (por ejemplo, artritis y afecciones cutáneas), además de una reducción en el uso concomitante de corticosteroides y productos de venta libre a un año de haber iniciado tratamiento con RZB

PRESENTACIONES ORALES

Código: 0057

VONOPRAZAN EN LA ERRADICACIÓN HELICOBACTER PYLORI TRAS SU INTRODUCCIÓN EN ARGENTINA: PRIMEROS DATOS DEL REGISTRO ARGENTINO HELICOBACTER PYLORI

Modalidad: Trabajos Científicos - Oral

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

LAUDANNO, Oscar Miguel Oreste¹ | AHUMARÁN, Gabriel² | ADAMI, Paola³ | BORI, Javier⁴ | INSAURRALDE, Walter⁵ | AHUALLI, Julián Gastón⁶ | BEDINI, Oscar Alfredo⁷ | LLERENA VALDIVIA, Frederick Greg⁸ | FILO, Gladys L¹ | QUINTEROS MOYANO, Ayde Gabriela⁹ | PEPA, Pablo Damián¹⁰ | RIGONI, Martina¹¹ | DULCICH, Florencia¹² | SUÁREZ, Edecio¹³ | USTARES, Fernando¹⁴ | THOME, Marcelo¹⁵ | RODRÍGUEZ, Pablo César¹⁶ | AULAR, Daniela¹ | ASTUTTI, Bruno Alberto¹⁷ | FERNÁNDEZ, Guillermo Rubén¹⁸

INSTITUTO DE INVESTIGACIONES MÉDICAS ALFREDO LANARI, UNIVERSIDAD DE BUENOS AIRES¹; CLÍNICA MONTE GRANDE²; SANATORIO MODELO QUILMES³; SANATORIO BRITÁNICO⁴; SAMIC⁵; CIMEQ⁶; SANATORIO BRITÁNICO⁷; CLÍNICA SAN JORGE⁸; HOSPITAL DE CLÍNICAS⁹; HIGA PERGAMINO¹⁰; HOSPITAL CENTENARIO¹¹; HOSPITAL UDAONDO¹²; HOSPITAL ROSSI¹³; SANATORIO LAVALLE¹⁴; HIGA EVA PERÓN¹⁵; INSTITUTO MODELO CÓRDOBA¹⁶; SANATORIO MODELO QUILMES¹⁷; GAHEEND¹⁸

Introducción: Vonoprazan, inhibidor potásico competitivo del ácido, se incorpora crecientemente a los esquemas de tratamiento Helicobacter pylori (H pylori). La evidencia internacional lo posiciona principalmente en regímenes duales o triples con tasas de erradicación superiores a las de Inhibidores de bomba de protones (IBP) clásicos en zonas de alta resistencia a claritromicina como Argentina. Vonoprazan fue lanzado comercialmente en Argentina en mayo-junio 2025 y no se dispone hasta ahora de datos sobre su patrón de uso en la vida real en nuestro país.

Objetivos: Describir el patrón de uso de vonoprazan en el Registro Argentino de H pylori (Hp-ArgReg), como tratamiento de erradicación y su perfil de seguridad. Comparar su efectividad frente a IBP clásicos, en pacientes naïve, según el esquema antibiótico

Material y Métodos: Estudio descriptivo, multicéntrico, nacional sobre la cohorte Hp-ArgReg ($N = 2068$ pacientes). Participan Investigadores de 9 Provincias Argentinas y se identificaron los pacientes que recibieron vonoprazan y clasificados según esquema antibiótico utilizado, resultado del tratamiento erradicador y eventos adversos. Además se hizo un análisis restringido de efectividad a pacientes naïve entre vonoprazan e IBP, en dos esquemas: terapia dual (amoxicilina, con o sin adyuvantes) y cuádruple con bismuto ya que fueron los más utilizados.

Resultados: Desde su disponibilidad comercial (Junio 2025), vonoprazan se utilizó en el 12,1 % (70/580) de los tratamientos prescritos para erradicación de H pylori, con 0 casos registrados previamente. El 88,5% (62/70) de los pacientes eran naïve a tratamiento erradicador previo. El esquema predominante fue el cuádruple con bismuto 40/70 (57%), seguido por esquema dual vonoprazan-amoxicilina con o sin Zinc: 15/70 (21,4%), cuádruple concomitante: 7/70 (10,0%), esquemas triples 6/70 (8,6%) y secuencial con zinc 2 (2,86%). La tasa de erradicación global fue del 92,9% (65/70), sin diferencias relevantes entre bismuto-cuádruple (92,5%) y dual (93,3%). Se reportaron eventos adversos en 30/70 pacientes (42,9%), predominantemente diarrea y dolor abdominal; 96,7% leves. En el análisis restringido a naïve, en terapia Dual, la erradicación fue 91,7% con vonoprazan (11/12) versus 83,3% con IBP (25/30), sin significación estadística ($p = 0,66$). En el esquema Cuádruple con bismuto no hubo diferencias: 92,1% con vonoprazan (35/38) versus 94,8% con IBP (71/749; $p = 0,45$)

Conclusiones: En la práctica argentina, vonoprazan se incorporó mayoritariamente como acompañante de esquemas cuádruples con bismuto, donde su efectividad fue indistinguible de los IBP clásicos. La única señal de posible ventaja se observó en terapia dual, esquema dependiente de la supresión ácida sostenida, en dirección consistente con la literatura internacional, aunque sin alcanzar significación por el reducido tamaño muestral. Estos hallazgos exploratorios sugieren que el beneficio diferencial del vonoprazan se concentraría en esquemas pH-dependientes.

PRESENTACIONES ORALES

Código: 0114

CÁNCER COLORRECTAL EN UN HOSPITAL DE REFERENCIA: EXPERIENCIA 2019-2025

Modalidad: Trabajos Científicos - Oral

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

CORDONE, María Antonella | RUFFINENGO, Orlando | TAMAGNONE, Norberto | BIAVA, Alexia | RIGONI, Martina | CARVALHO FLORIDO ABECASIS, Morena | BOETSCH, María Sol | SIGAL, Nicolas | RODRIGUEZ G., Juan | ZUCCA, Sofia | BESSONE, Fernando

HOSPITAL CENTENARIO

Introducción: El cáncer colorrectal (CCR) constituye una de las principales causas de incidencia y mortalidad por cáncer en Argentina. En los últimos años se ha observado un incremento de casos en menores de 50 años, mientras que la detección precoz mediante programas de tamizaje continúa siendo el principal determinante del pronóstico.

Objetivos: Describir las características epidemiológicas, clínicas, anatomopatológicas y terapéuticas de los pacientes con adenocarcinoma colorrectal atendidos entre 2019 y 2025. Asimismo, comparar las características según grupos etarios (<50 y >50 años) y analizar los factores asociados al estadio tumoral y a la presentación clínica.

Material y Métodos: Estudio observacional, descriptivo y analítico, retrospectivo, de corte transversal. Se incluyeron 189 pacientes con diagnóstico histológico de adenocarcinoma colorrectal invasor atendidos entre 2019 y 2025. Las comparaciones se realizaron mediante pruebas de Chi-cuadrado/Fisher y Wilcoxon/Kruskal-Wallis con R 4.4.0 ($p < 0,05$).

Resultados: La edad media fue de $54,4 \pm 11,2$ años, con predominio masculino (66,7%). El 30,7% correspondió a CCR de inicio temprano (<50 años), sin diferencias significativas respecto al grupo >50 años. El diagnóstico se realizó en pacientes sintomáticos en el 98,9%, siendo excepcional el tamizaje (1,1%). Los síntomas más frecuentes fueron pérdida de peso (52,9%), proctorragia (33,7%) y dolor abdominal (24,6%), con una mediana de evolución de 5 meses (RIC 2–8,5). El 84,1% de los diagnósticos se realizó por videocolonoscopia. Predominaron los tumores en colon izquierdo (40,7%), seguidos del recto (36%) y colon derecho (23,3%); el 85,7% fueron moderadamente diferenciados. Los estadios IV (39,5%) y III (34,6%) fueron los más frecuentes, y el 39,5% presentó metástasis al diagnóstico, principalmente hepáticas. Se observó asociación entre localización tumoral y presentación clínica: anemia predominante en colon derecho (75%; $p = 0,005$) y proctorragia en recto (61,8%; $p = 0,001$). La elevación de CEA se asoció significativamente con enfermedad avanzada, observándose en el 80,8% de los pacientes en estadio IV ($p = 0,001$). El 80,4% recibió tratamiento quirúrgico y el 87,5% tratamiento oncológico, principalmente con estrategia adyuvante (64,3%). Al cierre, el 51,8% de los pacientes había fallecido.

Conclusiones: En esta cohorte, el cáncer colorrectal se diagnosticó predominantemente en estadios avanzados, con escasa detección mediante tamizaje. El cáncer colorrectal de inicio temprano representó casi un tercio de los casos, sin diferencias significativas respecto del grupo >50 años. Estos hallazgos resaltan la necesidad de fortalecer las estrategias de detección precoz y favorecer el acceso oportuno al diagnóstico.

PRESENTACIONES ORALES

Código: 0141

FRECUENCIA DE LESIONES PRENEOPLÁSICAS GÁSTRICAS Y SU ASOCIACIÓN CON LA INFECCIÓN POR HELICOBACTER PYLORI EN VIDEOENDOSCOPIAS DIGESTIVAS ALTAS CON BIOPSIAS: EXPERIENCIA DEL HOSPITAL DE CLÍNICAS "JOSÉ DE SAN MARTÍN"

Modalidad: Trabajos Científicos - Oral

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

QUINTEROS, Ayde | LÓPEZ, Victoria Pilar | QUINTERO GONZÁLEZ, Olga | GONZÁLEZ BALLERGA, Esteban | GAMMON, María | PUSKOVIC, Andrea

HOSPITAL DE CLÍNICAS

Introducción: El cáncer gástrico continúa siendo una de las principales causas de morbilidad a nivel mundial. Su desarrollo ocurre a través de la cascada de Correa, una secuencia de cambios histopatológicos que culmina en el adenocarcinoma gástrico. Aunque existen numerosos estudios internacionales sobre lesiones preneoplásicas gástricas, la evidencia proveniente de centros argentinos es limitada. Conocer la frecuencia de estas lesiones y su relación con Helicobacter pylori puede contribuir a optimizar las estrategias de detección, vigilancia y prevención.

Objetivos: Estimar la frecuencia de lesiones preneoplásicas gástricas, en pacientes con videoendoscopias digestivas altas con biopsias, en el Hospital de Clínicas "José de San Martín" entre el 1 de enero de 2022 y el 31 de diciembre de 2024 y evaluar su asociación con la infección por Helicobacter pylori.

Material y Métodos: Estudio observacional, descriptivo, retrospectivo y de corte transversal. Se incluyeron 373 videoendoscopias digestivas altas con biopsias gástricas realizadas entre el 1 de enero de 2022 y el 31 de diciembre de 2024 en pacientes adultos del Hospital de Clínicas "José de San Martín". Se analizaron los informes anatomopatológicos correspondientes, registrándose edad, sexo, presencia de atrofia gástrica, metaplasia intestinal, displasia e infección por Helicobacter pylori. La muestra se describió mediante media $\pm$ desvío estándar y frecuencias absolutas y relativas. Se realizaron análisis bivariados según la presencia de atrofia gástrica, metaplasia intestinal e infección por Helicobacter pylori, utilizando las pruebas de Wilcoxon, Chi-cuadrado de Pearson o exacta de Fisher.

Resultados: Se incluyeron 373 videoendoscopias digestivas altas con biopsias gástricas. La edad media de la población fue de 58 ± 16 años y predominó el sexo femenino (58%). La atrofia gástrica estuvo presente en el 4% ($n = 15$) de los casos, correspondiendo al 2,4% a atrofia leve, al 1,1% a moderada y al 0,5% a severa. La metaplasia intestinal se observó en el 21% ($n = 80$) de los casos y la displasia de bajo grado en el 0,5% ($n = 2$). La infección por Helicobacter pylori se detectó en el 47% ($n = 174$) de la población estudiada. En comparación con los pacientes sin infección por Helicobacter pylori, aquellos con infección presentaron una mayor frecuencia de metaplasia intestinal (26% vs. 18%; $p = 0,052$) y de atrofia gástrica (5,7% vs. 2,5%; $p = 0,11$), aunque esta última sin alcanzar significación estadística. La edad, el sexo y la frecuencia de displasia fueron similares entre ambos grupos ($p > 0,05$).

Conclusiones: La metaplasia intestinal fue la lesión preneoplásica más frecuentemente identificada en la población estudiada, dado que representa una etapa de mayor riesgo en la secuencia de carcinógenesis gástrica, su identificación, junto con el diagnóstico y tratamiento oportuno de la infección por Helicobacter pylori, podría contribuir a disminuir la progresión hacia el cáncer gástrico.

PRESENTACIONES ORALES

Código: 0174

EL DESAFÍO DEL MANEJO DE LA HIPERTENSIÓN DUCTAL PANCREÁTICA EN LA PRÁCTICA CLÍNICA, EXPERIENCIA RETROSPECTIVA EN SANATORIO ALLENDE CERRO.

Modalidad: Trabajos Científicos - Oral

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

BOSIO, Agustina | FERREYRA VALVASSORI, Nair | GOBELET, Jaqueline

SANATORIO ALLENDE

Introducción: La hipertensión ductal pancreática puede deberse a estenosis, obstrucción, variantes anatómicas o disrupción ductal. El drenaje endoscópico permite restablecer o redirigir el flujo de manera mínimamente invasiva.

Objetivos: Describir las características clínicas, las estrategias endoscópicas, el éxito técnico y la seguridad inmediata del tratamiento con prótesis en la patología ductal pancreática benigna.

Material y Métodos: Estudio observacional, descriptivo y retrospectivo de adultos tratados entre enero de 2020 y junio de 2026. Se analizaron etiología, presentación clínica, características ductales, vía de acceso, dilatación, prótesis, éxito técnico y eventos adversos. Se definió éxito técnico como la colocación adecuada de una prótesis por vía transpapilar o transmural guiada por ecoendoscopia. Se aplicó estadística descriptiva.

Resultados: Se incluyeron siete pacientes; seis fueron varones (85,7%) y la edad media fue $60,1 \pm 16,4$ años. Las etiologías fueron disrupción ductal en tres casos (42,9%), pancreatitis crónica en dos (28,6%), páncreas divisum en uno (14,3%) y estenosis post duodenopancreatectomía céfalica en uno (14,3%). Predominaron el dolor abdominal (42,9%) y la pancreatitis aguda recurrente (28,6%). El diámetro medio del conducto pancreático principal fue 7,08 mm (rango: 3-19). El drenaje se realizó mediante ecoendoscopia en cuatro pacientes (57,1%) y colangiopancreatografía retrógrada endoscópica en tres (42,9%). En todos se utilizaron prótesis plásticas; dos fueron de doble pigtail. Solo un paciente requirió dilatación. El éxito técnico fue del 100% y no hubo eventos adversos inmediatos. En dos pacientes se retiró la prótesis tras resolverse la estenosis, entre los cuatro y diez meses. En el resto de los casos las prótesis pancreáticas no fueron retiradas debido al breve período de seguimiento transcurrido desde el procedimiento inicial.

Conclusiones: DISCUSIÓN: Esta serie muestra que la hipertensión ductal pancreática excede el escenario clásico de la pancreatitis crónica y constituye un problema anatómico heterogéneo que exige estrategias individualizadas. La ecoendoscopia fue necesaria en más de la mitad de los casos, resaltando su valor cuando el acceso retrógrado no resulta factible. La ausencia de dilatación en la mayoría reflejó el predominio de disrupciones y otras alteraciones no estenóticas, y no una menor complejidad. El éxito técnico completo, sin eventos adversos inmediatos, sugiere que la integración de ambos abordajes permite resolver anatomías diversas y evitar procedimientos más invasivos en pacientes seleccionados. Estos resultados aportan evidencia de práctica real en un escenario terapéutico complejo y poco estandarizado, aunque el tamaño muestral y el seguimiento limitado restringen la evaluación de la eficacia sostenida. CONCLUSIONES: El drenaje endoscópico con prótesis plásticas mostró elevada factibilidad técnica y seguridad inmediata favorable. La complementariedad entre los abordajes transpapilar y transmural permitió adaptar el tratamiento a distintas etiologías y anatomías. Se requiere seguimiento prolongado para evaluar respuesta clínica, recambios, retiro protésico y recurrencia.

PRESENTACIONES ORALES

Código: 0203

EFICACIA DE LA TERAPIA CUÁDRUPLE CON BISMUTO MÁS ANTISECRETORES PARA LA ERRADICACIÓN DE HELICOBACTER PYLORI. EXPERIENCIA EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL EN ARGENTINA.

Modalidad: Trabajos Científicos - Oral

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

SALVATIERRA MARIMONT, Martín Alejandro | KHAN, Nicole Marie | LOZITA, Santiago | BALDERRAMO, Domingo

Hospital Privado Universitario de Córdoba

Introducción: La infección por *Helicobacter pylori* (H. Pylori) continúa siendo un problema de salud relevante a nivel mundial y regional, dada su elevada prevalencia y su asociación con dispepsia, enfermedad ulcerosa péptica y cáncer gástrico. El aumento progresivo de la resistencia antibiótica ha reducido la eficacia de los esquemas triples clásicos, motivando un cambio en las recomendaciones terapéuticas internacionales, que priorizan actualmente las terapias cuádruples con bismuto (TCB). La evidencia local sobre la efectividad de TCB en condiciones de vida real en Argentina, tanto con inhibidores de la bomba de protones (IBP) como con los nuevos bloqueantes ácidos potasio-competitivos (PCAB), es aún escasa.

Objetivos: Determinar la tasa de erradicación de H. pylori con la terapia cuádruple con bismuto más IBP o PCAB, confirmada por test de aliento con urea con carbono 13, y explorar su asociación con tratamiento previo, antisecretor utilizado y tabaquismo.

Material y Métodos: Estudio observacional, retrospectivo, de centro único, sin grupo control concurrente ni estudios de sensibilidad antibiótica. Se incluyeron pacientes bajo tratamiento con TCB más IBP/PCAB en mayores o igual a 18 años con test de aliento de control, entre enero 2024 y diciembre 2025. La erradicación se definió como test negativo; los resultados indeterminados se excluyeron del análisis. Se calculó la tasa de erradicación con IC95% y se compararon subgrupos mediante chi-cuadrado o test exacto de Fisher.

Resultados: Se evaluaron 150 cursos de tratamiento (mediana de edad de 55 años, RIC 48-63; 66,9% mujeres). El 94,7% con IBP (predominando pantoprazol y esomeprazol) y 5,3% con vonoprazan. Tres cursos (2,0%) fueron indeterminados y excluidos. Sobre 147 evaluables, la tasa de erradicación fue del 83,7% (123/147; IC95%: 76,9%-88,8%). No se hallaron diferencias significativas según antecedente de tratamiento previo (naïve 82,4% vs. fracaso previo 87,2%; p=0,62), antisecretor utilizado (IBP 83,5% vs. PCAB 87,5%; p=1,00) ni hábito tabáquico (no fumador 83,0%, fumador actual 84,2%, ex-fumador 85,7%; p=0,94).

Conclusiones: En este centro de tercer nivel, TCB asociado a IBP o PCAB alcanzó una tasa de erradicación del 83,7%, por debajo del umbral óptimo (>90%) recomendado internacionalmente. Fue numéricamente superior a lo reportado previamente en la institución con levofloxacino (76,2%), sin comparación concurrente. No se identificaron factores clínicos asociados al fracaso terapéutico, hallazgo limitado por el diseño retrospectivo, tamaño muestral y la ausencia de estudios de resistencia antibiótica. Estos datos aportan evidencia local actualizada y respaldan a TCB como primera línea en la práctica real, señalando la necesidad de estudios prospectivos multicéntricos con evaluación de resistencia.

PRESENTACIONES ORALES

Código: 0224

EL GENOTIPO AA DE CCL11 -384A>G SE ASOCIA CON EOSINOFILIA DUODENAL Y SÍNDROME DE DISTRÉS POSPRANDIAL EN PACIENTES CON DISPEPSIA FUNCIONAL

Modalidad: Trabajos Científicos - Oral

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

MAIORANA, Facundo Nicolás | CARONIA, Virginia | ACARDI, Soraya | VERON, Maia | DUARTE GUZOWSKI, Mara | TAGLIARINI, Lara | BIALAS, Braian | TATARIN, Nestor | VERON, Georgina | VEGLIA, Juan | VARGAS, Fernando | MAZAEDA, Azul | CAVEDON, Helianne Florencia | ANONNIS, María Agustina | LEZCANO, Ariana Ayleen | RAMIREZ, Alejandro | SCHNEIDER, Adolfo | ROSES, Jorge | BARREYRO, Fernando Javier

FUNDACION BARCELO - FACULTAD DE MEDICINA - SEDE SANTO TOME

Introducción: La dispepsia funcional (DF) es un trastorno del eje intestino-cerebro de elevada prevalencia, siendo su fisiopatología no aclarada en su totalidad. La eosinofilia duodenal de bajo grado se ha asociado con el síndrome de distrés posprandial (PDS). La eotaxina-1, codificada por CCL11, es uno de los principales factores quimiotácticos responsables del reclutamiento de eosinófilos en el tracto gastrointestinal. El genotipo AA del polimorfismo promotor CCL11-384A>G (rs17809012) se ha relacionado con mayor expresión y liberación de eotaxina-1.

Objetivos: Determinar la asociación del genotipo AA con eosinofilia duodenal de bajo grado, PDS y síntomas posprandiales en pacientes con DF.

Material y Métodos: Estudio multicéntrico realizado en Misiones y Corrientes desde 01/2023-01/2026. Se incluyeron pacientes sometidos a videoendoscopia digestiva

alta por dispepsia que cumplieran criterios Roma IV. Se obtuvieron biopsias de la segunda porción duodenal, antro y cuerpo gástrico. La anatomía patológica utilizó hematoxilina-eosina y Giemsa para detectar *Helicobacter pylori*. Se extrajo ADN de las biopsias gástricas, se determinó el genotipo por RFLP, además, de las biopsias duodenales se extrajo RNA para determinar expresión de eotaxina-1 por RT-qPCR. Se evaluaron cinco campos de gran aumento (HPF) y se definió eosinofilia duodenal de bajo grado como >10 eosinófilos x HPF. Se realizaron análisis de X², Wilcoxon/Kruskal-Wallis y regresión logística; p < 0,05 se consideró significativo.

Resultados: Se analizaron 254 pacientes; 168 (66,1%) fueron mujeres, con edad media de 49,9±11,9 años. La prevalencia de H. pylori fue 51,2%, PDS 41%, síndrome de dolor epigástrico 44% y sobreposición 15%. El genotipo AA estuvo presente en 91 pacientes (35,8%). La eosinofilia duodenal de bajo grado fue más frecuente en AA que en AG/GG (51,7% vs. 22,6%; p<0,001). En el análisis multivariado, AA permaneció asociado independientemente con eosinofilia duodenal (ORa 3,82; IC95% 2,11-6,92; p<0,001), junto con H. pylori (ORa 2,88; IC95% 1,60-5,21; p<0,001). El PDS fue más frecuente en AA (53,8% vs. 33,5%), manteniéndose la asociación luego del ajuste multivariado (ORa 2,41; IC95% 1,40-4,14; p=0,001). Asimismo, el genotipo AA se asoció con mayor score sintomático de saciedad precoz (OR 2,36; IC95% 1,36-4,11), y distensión posprandial (OR 2,54; IC95% 1,46-4,43).

Conclusiones: El genotipo AA identifica un endofenotipo de DF caracterizado por mayor infiltración eosinofílica duodenal, predominio de síntomas posprandiales, y mayor probabilidad de PDS. Estos hallazgos describen, por primera vez, la posible activación del eje eotaxina-1/CCL11-eosinófilo en la fisiopatología de la DF. La identificación de este mecanismo podría contribuir a una estratificación biológica de los pacientes y abrir la posibilidad de desarrollar terapias dirigidas a mecanismos fisiopatológicos específicos.

PRESENTACIONES ORALES

Código: 0247

SÍNDROME COLEDOCIANO. REVISIÓN DEL ABORDAJE TERAPÉUTICO Y COMPLICACIONES EN UN HOSPITAL DE ALTA COMPLEJIDAD EN LOS ÚLTIMOS DIEZ AÑOS.

Modalidad: Trabajos Científicos - Oral

Unidad Temática: a) GASTROENTEROLOGÍA 5. Vesícula y vías biliares 5.1. *Litiasis biliar*

RODRIGUEZ, Victoria | ANTONISKA, Mariela | CONTRERAS, Mónica

HOSPITAL GARRAHAN

Introducción: La litiasis biliar, históricamente considerada una enfermedad del adulto, ha aumentado significativamente en la población pediátrica, probablemente en relación con el incremento de la obesidad infantil. La coledocolitiasis constituye la principal causa de obstrucción biliar y su diagnóstico se basa en la integración de hallazgos clínicos, bioquímicos y por imágenes. El tratamiento incluye colecistectomía con colangiografía intraoperatoria o colangiopancreatografía retrógrada endoscópica (CPRE), según cada caso.

Objetivos: Analizar las complicaciones médicas y el abordaje terapéutico del síndrome coledociano en niños menores de 18 años atendidos en un hospital de alta complejidad entre los años 2014 y 2024.

Material y Métodos: Estudio retrospectivo, descriptivo. Se analizaron las historias clínicas electrónicas de pacientes menores de 18 años con diagnóstico de síndrome coledociano atendidos en un hospital de alta complejidad entre los años 2014 y 2024. Se analizaron: edad, sexo, patología de base, laboratorio al diagnóstico y estudios por imágenes. Fueron excluidos los pacientes con malformaciones de la vía biliar, hepatopatías y colecistitis aguda sin compromiso de la vía biliar. Las variables categóricas se resumieron como frecuencias absolutas y porcentajes, y las continuas como mediana y media. El análisis estadístico se llevó a cabo utilizando el entorno de programación R versión 4.5.

Resultados: Se incluyeron 165 pacientes, el 73% fueron mujeres adolescentes y la obesidad fue la enfermedad de base más frecuente (46%). La pancreatitis aguda constituyó la forma de presentación predominante (67%). La ecografía sugirió síndrome coledociano en poco más de la mitad de los casos y aproximadamente el 50% fueron confirmados mediante colangiorresonancia. Cerca del 90% presentó hepatitis al diagnóstico y el 100% elevación de fosfatasa alcalina y gamma-glutamil transferasa. Una Bilirrubina total al diagnóstico > 4 mg/dL se correlacionó con tasas mayores de resolución mediante CPRE vs colecistectomía. Entre los 110 pacientes con pancreatitis aguda, el 41,8% presentó colestasis, observándose una asociación significativa entre ambas entidades (X²; p=0,008). El 80,6% se resolvió por colecistectomía y el 19,4% requirió CPRE seguida de colecistectomía.

Conclusiones: El aumento de la patología biliar en pediatría, especialmente en adolescentes con obesidad, destaca la importancia de implementar estrategias preventivas. La colangiorresonancia resulta clave para confirmar el compromiso de la vía biliar y orientar la conducta terapéutica, dado que los hallazgos ecográficos pueden sobreestimar la presencia de coledocolitiasis. Debido a que la mayoría de los cálculos migran espontáneamente, la colecistectomía continúa siendo el tratamiento más frecuente.

PRESENTACIONES ORALES

Código: 0282

FACTORES ASOCIADOS AL FRACASO TERAPÉUTICO EN LITIASIS COLEDOCIANA DIFÍCIL SOMETIDA A COLANGIOPANCREATOGRAFÍA RETRÓGRADA ENDOSCÓPICA

Modalidad: Trabajos Científicos - Oral

Unidad Temática: a) GASTROENTEROLOGÍA 5. Vesícula y vías biliares 5.1. Litiasis biliar

ZÚÑIGA, Andrés | CONDORI, Ricardo Leonel | RIZZI, Bruno | FABBRO, Gabriel | CAMPOS MENDOZA, Jannina | ABOY, Pablo Jose Maria | ALMARAZ, Marianella | PALMA, Agustina | BEZZONI, Pablo | GULLINO, Lorenzo | REDONDO, Agustina | GARABENTO, Leonardo | YANTORNO, Martin | TUFARE, Francisco | CORREA, Gustavo

HIGA San Martín La Plata

Introducción: La litiasis coledociana dificultosa representa uno de los escenarios más complejos de la CPRE terapéutica. Aunque existen múltiples factores potencialmente involucrados en la dificultad de extracción, su impacto relativo sobre los resultados clínicos continúa siendo motivo de debate.

Objetivos: Describir los resultados terapéuticos de una cohorte de pacientes con litiasis coledociana dificultosa e identificar los factores asociados al fracaso terapéutico.

Material y Métodos: Estudio unicéntrico retrospectivo analítico realizado entre 2021 a 2025, en servicio de Gastroenterología del Hospital San Martín de La Plata. Se analizaron 327 procedimientos de CPRE por litiasis coledociana dificultosa. Se evaluaron variables anatómicas y relacionadas con las características de la litiasis. Los desenlaces principales fueron la resolución completa final, la necesidad de múltiples procedimientos, el requerimiento de litotripsia y la persistencia de litiasis al cierre del seguimiento. Se realizaron análisis mediante curvas ROC y regresión logística multivariada.

Resultados: La resolución completa final se alcanzó en el 75% de los casos y el 50,6% logró resolución en una sola sesión, con una tasa global de complicaciones inmediatas del 4,3%. El 25% no alcanzó resolución completa endoscópica, requiriendo drenaje biliar o derivación quirúrgica. Se evidenció un incremento progresivo de la complejidad terapéutica, con mayores tasas de éxito mediante extracción convencional, resultados intermedios con litotripsia mecánica y concentración de los casos más complejos en el grupo que requirió láser. El tamaño del cálculo mostró asociación directa con todos los indicadores de dificultad. El punto de corte identificado fue ≥ 15 mm para fracaso de resolución de la CPRE. En la tabla 1 se resumen los resultados por tamaño. En el análisis multivariado, el tamaño del cálculo fue predictor independiente de persistencia de litiasis (OR 1,12 por mm; IC95% 1,07–1,17; $p < 0,001$). Por otro lado, la estenosis distal al lito constituyó el principal predictor anatómico de dificultad con una resolución final menor que aquellos sin dicho factor (30,8% vs 78,8% respectivamente) y mayor requerimiento de litotripsia (50% vs 24,8%), asociándose independientemente con persistencia de litiasis (OR 6,50; IC95% 2,57–16,45; $p < 0,001$).

Conclusiones: La litiasis coledociana dificultosa presenta un amplio espectro de complejidad terapéutica. El tamaño del cálculo y la estenosis distal fueron los principales determinantes independientes de fracaso terapéutico. La identificación pre-procedimiento de estos factores podría facilitar la estratificación de riesgo y la planificación temprana de estrategias avanzadas de extracción.

POSTERS DISTINGUIDOS

Código: 0067

ENTEROPATÍA INMUNOMEDIADA POR PEMBROLIZUMAB SIMULANDO ENFERMEDAD CELÍACA: REPORTE DE CASO Y REVISIÓN DE LA LITERATURA.

Modalidad: Casos Clínicos - Poster Distinguido

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

AQUINO, Lucia¹ | ALFICI, Hugo² | GALUPPO, Juan² | LORENZATI, María Angelica² | FERREYRA, Victoria¹ | BARREYRO, Fernando¹

SANATORIO IOT¹; CENTRO INTEGRADO DE PATOLOGÍA Y CITOLOGÍA (CI-PAC)²

Introducción: Entre los avances más importantes de la inmunoterapia se encuentran los inhibidores de check point inmunológico. El pembrolizumab es un anticuerpo monoclonal dirigido contra PD-1, aprobado para múltiples neoplasias. Sin embargo, la activación sostenida del sistema inmune, induce eventos adversos asociados a la autoinmunidad, pudiendo afectar varios órganos, dentro de ellos el tracto gastrointestinal. La manifestación clínica de la afectación gastrointestinal puede ser desde diarrea aguda, urgencia defecatoria, dolor abdominal cólico, mucorrea y enterorragia, y en algunos se manifiesta como enfermedad inflamatoria intestinal.

Objetivos: -Describir un caso de enteropatía inmunomediada asociada al tratamiento con pembrolizumab en una paciente con cáncer de pulmón, destacando sus características clínicas, endoscópicas e histopatológicas, el abordaje terapéutico y la evolución clínica. -Comparar el caso con los reportes previamente publicados de duodenitis asociada a inhibidores de PD-1. -Resaltar la importancia del reconocimiento precoz y del tratamiento oportuno con corticosteroides para optimizar la evolución clínica y evitar complicaciones.

Caso Clínico: Paciente femenino de 51 años, con cáncer de pulmón de células no pequeñas (Adenocarcinoma) Estadio III con progresión cerebral, realizó tratamiento

con pembrolizumab, iniciando dos semanas luego del tercer ciclo con diarrea acuosa (más de 10 episodios/día), se descartaron diagnósticos diferenciales de diarrea infecciosa. En los estudios endoscópicos se destaca duodenitis atrófica y mucosa colónica normal, con biopsias que evidencian hallazgos compatibles con enterocolitis por ICI, recibió corticoides endovenosos con mejoría del cuadro.

Conclusión: Esta entidad constituye una manifestación poco frecuente de la toxicidad gastrointestinal inducida por ICI y puede representar un importante desafío diagnóstico debido a su similitud clínica e histológica con otras causas de atrofia vellositaria. Este caso destaca la importancia de obtener biopsias intestinales incluso cuando la mucosa presenta un aspecto endoscópico normal. El reconocimiento precoz y el inicio oportuno de corticoterapia permitieron una rápida mejoría clínica, evitando la progresión de la toxicidad, desnutrición y la necesidad de terapias de rescate.

POSTERS DISTINGUIDOS

Código: 0080

ASCITIS DOLOROSA: UNA FORMA DE PRESENTACIÓN INUSUAL DE UNA ENFERMEDAD INFRECUENTE

Modalidad: Casos Clínicos - Poster Distinguido

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

ARCE, Eugenia | MARIÑO CAMACHO, Gabriel Adrian | ANTELO MARTÍNEZ, Pablo | QUARROZ, Juan | FALCON, Florencia | ANA, Salazar | GONZÁLEZ BALLERGA, Esteban

Hospital de Clínica José de San Martín UBA

Introducción: La gastroenteritis eosinofílica (GEEo) es una forma de enfermedad gastrointestinal eosinofílica (EGID), un grupo de enfermedades inflamatorias crónicas, inmunomediadas y poco frecuentes, caracterizadas por infiltración eosinofílica del tracto gastrointestinal en ausencia de causas secundarias que la justifiquen. Su presentación clínica depende tanto de la localización como de la profundidad del compromiso de la pared gastrointestinal. La afectación de la mucosa suele manifestarse con dolor abdominal, diarrea, náuseas, vómitos o pérdida de peso; el compromiso de la capa muscular puede ocasionar obstrucción o pseudoobstrucción intestinal, mientras que la afectación de la capa serosa puede presentarse como ascitis eosinofílica, la forma de presentación menos frecuente.

Objetivos: Destacar la importancia de considerar la gastroenteritis eosinofílica dentro de los diagnósticos diferenciales en pacientes con eosinofilia periférica y síntomas gastrointestinales, especialmente ante cuadros de evolución prolongada o de difícil diagnóstico.

Caso Clínico: Paciente de 20 años con antecedentes de diabetes gestacional e hipotiroidismo. Consultó por diarrea de 1 mes de evolución (4-6 deposiciones diarias, Bristol 6-7), asociada a dolor abdominal epigástrico de intensidad 10/10, sin irradiación y vómitos. En el laboratorio presentó leucocitosis con eosinofilia periférica (3.500 eosinófilos/ μ L; 15%). Al examen físico se constató ascitis moderada. La tomografía computada confirmó la presencia de ascitis y evidenció engrosamiento difuso del antro gástrico y del duodeno proximal. Debido a la persistencia del dolor abdominal y la sospecha de abdomen agudo quirúrgico, se realizó una laparoscopia exploradora, observándose enteritis y ascitis, con evacuación del líquido ascítico. El estudio citológico del líquido mostró un 59% de eosinófilos, sin evidencia de células neoplásicas, con un GASA menor de 1,1 g/dL. Los estudios parasitológicos, hemocultivos y el panel de enfermedades autoinmunes resultaron negativos. Posteriormente se realizó una VEDA que evidenció gastroduodenopatía congestiva. El estudio histológico informó gastritis crónica con hasta 46 eosinófilos por campo de gran aumento y duodenitis con infiltrado de hasta 26 eosinófilos. Integrando los hallazgos clínicos, radiológicos e histológicos, y tras excluir causas secundarias de eosinofilia, se estableció el diagnóstico de gastroenteritis eosinofílica, iniciándose tratamiento con corticoides sistémicos, con rápida respuesta clínica. Un mes después de la suspensión del tratamiento presentó recaída clínica caracterizada por dolor abdominal, vómitos e intolerancia a la vía oral. Las nuevas biopsias duodenales evidenciaron infiltrado eosinofílico intenso, con hasta 220 eosinófilos por campo, compatible con duodenitis eosinofílica. Se reinició tratamiento con corticoides, con franca mejoría clínica y recuperación de la tolerancia oral, otorgándose el alta con prednisona por vía oral.

Conclusión: La presentación con ascitis eosinofílica constituye una forma poco frecuente de gastroenteritis eosinofílica (5%) y representa un desafío diagnóstico, ya que puede simular patologías quirúrgicas. Este caso resalta la importancia de la confirmación histológica tras excluir causas secundarias de eosinofilia. La sospecha clínica y la toma sistemática de biopsias digestivas son fundamentales para el diagnóstico, incluso cuando la mucosa presenta un aspecto endoscópico normal.

POSTERS DISTINGUIDOS

Código: 0089

VANCOMICINA ORAL COMO TERAPIA ADYUVANTE EN ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL DIFÍCIL DE TRATAR ASOCIADA A PATOLOGÍA HEPATOBILIAR AUTOINMUNE: PRESENTACIÓN DE CUATRO CASOS DE UN CENTRO DE TERCER NIVEL

Modalidad: Casos Clínicos - Poster Distinguido

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

MANCINI, María Del Pilar | SÁNCHEZ, Belén | MANDUCA, Pamela | MARTINEZ ELHELOU, Solange | CABAÑA, Karen | DE PAULA, Juan Andrés | SOBRERO, Josefina | ETCHEVERS, María Josefina | MARCOLONGO, Mariano

Hospital Italiano

Introducción: La enfermedad inflamatoria intestinal (EII) asociada a patología hepatoautoinmune, colangitis esclerosante primaria (CEP) y/o hepatitis autoinmune (HAI), comparten un mecanismo fisiopatológico basado en la disbiosis intestinal, que genera alteración del metabolismo de ácidos biliares, disfunción de la barrera mucosa y disregulación inmune sostenida. En este contexto, la vancomicina oral (VO), antibiótico de mínima absorción sistémica capaz de modificar la microbiota intestinal y potencial efecto inmunomodulador, ha sido propuesta como terapia adyuvante en pacientes con EII refractaria y patología hepatobiliar asociada. La evidencia disponible es limitada y deriva principalmente de reportes y series de casos, con predominio de pacientes con Colitis Ulcerosa (CU) asociada a CEP y una mayor representación de población pediátrica.

Objetivos: Describir las características clínicas y evolución de cuatro casos de EII difícil de tratar y patología hepatobiliar autoinmune asociada tratados con VO como terapia adyuvante.

Caso Clínico: Material y métodos: Se presenta una serie de casos de cuatro pacientes con EII y con patología hepatobiliar autoinmune, tratados con VO como terapia adyuvante tras refractariedad a dos o más líneas de tratamiento biológico. Se analizaron datos demográficos, características clínicas, tratamientos previos, esquema de VO (dosis, duración), tratamiento concomitante, respuesta clínica, bioquímica y/o endoscópica, y eventos adversos. Dado el diseño descriptivo, no se realizó análisis estadístico inferencial.

Resultados: Se incluyeron cuatro pacientes (tres mujeres), con edades entre 17 y 35 años. Tres presentaban CU y uno EC, asociadas a CEP, HAI u overlap. Todos recibieron VO como tratamiento adyuvante al tratamiento biológico en curso. Las características clínicas, esquema terapéutico y la evolución de cada caso se detallan en la Tabla 1. Tres de los cuatro pacientes presentaron respuesta favorable. Dos alcanzaron remisión clínica sostenida, uno de ellos con respuesta endoscópica (el otro sin evaluación endoscópica disponible al momento del análisis). Un tercer paciente alcanzó remisión clínica y endoscópica (Imagen 1), mientras que el restante no presentó respuesta. No se documentaron eventos adversos atribuibles al fármaco en ningún caso.

Conclusión: La VO representa una alternativa terapéutica adyuvante con evidencia creciente en casos seleccionados de EII asociada a patología hepatobiliar autoinmune, refractaria a varias líneas de tratamiento. Los hallazgos son consistentes con la evidencia disponible. La complejidad de los casos; trasplante de órgano sólido, trastornos protrombóticos y comorbilidades autoinmunes otorga a esta serie un valor particular como aporte desde la práctica clínica real en un subgrupo de pacientes complejos. Se requieren estudios prospectivos que validen estos hallazgos y definan criterios de selección, dosis óptima y duración del tratamiento.

POSTERS DISTINGUIDOS

Código: 0093

“USO DE TERAPIA TERAPIA DE CIERRE ASISTIDO POR VACÍO EN EL MANEJO MULTIDISCIPLINARIO DE ENFERMEDAD DE CROHN CON AFECTACIÓN PERIANAL COMPLEJA”

Modalidad: Casos Clínicos - Poster Distinguido

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

TORRELO, María Rosario | BALDERRAMO, Domingo

Hospital Privado Universitario de Córdoba

Introducción: La enfermedad de Crohn (EC) con compromiso perianal complejo representa un desafío diagnóstico y terapéutico por su curso, impacto en la calidad de vida y necesidad de intervenciones médico-quirúrgicas. El abordaje multidisciplinario permite optimizar control inflamatorio, drenaje de colecciones, preservación esfinteriana y cicatrización.

Objetivos: Exponer un caso de EC con compromiso luminal y perianal complejo, destacando el rol del tratamiento quirúrgico escalonado incluyendo la terapia de cierre asistido por vacío (VAC).

Caso Clínico: Paciente de 19 años, sin otros antecedentes patológicos, con diagnóstico de EC en 2020 con afectación pancolónica. Inició tratamiento con corticoides y mantenimiento con azatioprina con respuesta clínica. En 2023 ingresó por brote severo de EC, evidenciándose múltiples orificios internos en recto, sin exteriorización cutánea. Inició tratamiento con infliximab EV y azatioprina. A los 6 meses presentó progresión de EC a pesar de optimización de infliximab; enfermedad perianal, fistulas y colección en hendidura, con necesidad de drenaje de abscesos, colocación de setones e ileostomía de protección. Se cambió el tratamiento a ustekinumab, optimizado a 90 mg SC c/ 4 semanas, presentando respuesta bioquímica y endoscópica, con cicatrización mucosa. Posteriormente, en colografía distal se observó estenosis colónica filiforme y extensa, que comprometía colon descendente y sigmoideas. En paralelo, mejoría de la enfermedad perianal y ausencia de proctitis. Debido a la

buena respuesta endoluminal, se realizó resección colónica de la zona estenótica y anastomosis colorrectal con ileostomía de protección, seguida de cierre a los 2 meses. A los 3 meses del cierre, reactivación de la actividad fistulizante perianal, requiriendo nuevos drenajes y fistulectomías. A los dos meses, colonoscopia mostró mucosa ileocolónica conservada y persistencia de un orificio fistuloso único (10 mm) próximo al margen anal relacionado con fistula que drenaba a glúteo izquierdo.

Resultados: Se realizó cierre del orificio interno por anoscopia, colocación de terapia VAC sobre dicho defecto por 3 semanas, con evolución local satisfactoria y adecuada granulación. Esto permitió colocación posterior de setones en el trayecto principal y otros trayectos asociados. Finalmente, se modificó el tratamiento a Upadacitinib 45mg/d, con progresión del cierre de trayectos fistulosos.

Conclusión: Este caso ilustra la complejidad del manejo de la EC perianal fistulizante, donde el control luminal no siempre se correlaciona con la resolución perianal. La combinación de ileostomía de descarga, drenaje de colecciones, colocación de setones, cierre del orificio interno asociado a terapia VAC permitió un abordaje escalonado orientado a la mejoría de la EC perianal. La terapia VAC fue útil para favorecer la cicatrización del trayecto de mayor tamaño en contexto de enfermedad perianal compleja, y refuerza la importancia del manejo multidisciplinario e individualizado.

POSTERS DISTINGUIDOS

Código: 0115

“USO DE TERAPIA TERAPIA DE CIERRE ASISTIDO POR VACÍO EN EL MANEJO MULTIDISCIPLINARIO DE ENFERMEDAD DE CROHN CON AFECTACIÓN PERIANAL COMPLEJA”

Modalidad: Casos Clínicos - Poster Distinguido

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

GENGA ALBARRACIN, Delfina | DELLA GIUSTINA, Federico | LUCERO, Silvana | STORNI, Cynthia | PONDE DE LEON, Javier | VERASAY, Natalia | LAMAS, Emanuel | VAZQUEZ DE NOVOA, Francisco Martín | BORGABELLO, Gaston

NUEVO HOSPITAL SAN ROQUE

Introducción: La neurofibromatosis tipo 1 es un trastorno genético autosómico dominante (gen NF1) en el que se desarrollan tumores benignos y malignos en el sistema nervioso central y periférico. Puede presentar manifestaciones gastrointestinales en el 5-25% de los pacientes, aunque rara vez como una manifestación inicial. Puede cursar con dolor abdominal, obstrucción intestinal, perforación, diarrea, masa palpable y sangrado gastrointestinal. En el caso de afectaciones vasculares puede manifestarse con aneurismas, estenosis, malformaciones arteriovenosas.

Objetivos: Presentar un caso clínico de hemorragia digestiva baja secundaria a una causa infrecuente en un paciente con neurofibromatosis tipo 1, destacando los desafíos diagnósticos, el abordaje interdisciplinario y las implicancias para el manejo clínico.

Caso Clínico: Masculino de 23 años con antecedente quirúrgico de apendicectomía y antecedente familiar de un hermano con NF1, consulta por múltiples episodios de enterorragia asociado a dolor abdominal de 20 días de evolución. Le realizaron en dos oportunidades videoendoscopias alta y baja sin objetivar sitio de sangrado (Boston de 6). Por persistencia de sintomatología y descompensación hemodinámica es derivado a centro de mayor complejidad. Ingresó hemodinámicamente inestable, al examen físico presentaba: palidez generalizada, máculas hiperpigmentadas en abdomen y región lumbar, abdomen doloroso en FII sin reacción peritoneal ni defensa muscular. Al tacto rectal se palpa ampolla rectal con restos de materia fecal y sangre. Serología viral, PCR dengue y ANA no reactivos. Se decide internación en terapia intensiva con diagnóstico de shock hipovolémico 2° hemorragia digestiva baja. Evolucionó con requerimiento de vasopresores y transfusiones sanguíneas. Se realiza angiografía diagnóstica: hipervascularización en marco colónico y dilataciones aneurismáticas a nivel de la arteria hepática. A los 10 días intermite nuevamente con episodios de enterorragia con requerimiento de transfusiones, se realiza angiografía: signos de sangrado activo en asas intestinales de flanco izquierdo, angiodisplasias intestinales. Servicio de hemodinamia realiza angiografía terapéutica: embolización selectiva de 2° y 3° ramas de la arteria mesentérica superior. Días posteriores comienza con dolor abdominal constante en flanco izquierdo y región lumbar homolateral, se constata caída de Hb, sin exteriorización de sangrado. Mediante tomografía: hematoma retroperitoneal izquierdo que desplaza riñón homolateral en sentido ventral, en probable relación a aneurisma conocido. Se realiza una 3° angiografía: embolización de arteria lumbar izquierda. Durante internación se realiza enteroscopia en otro nosocomio, sin identificar sitio de sangrado ni estigmas de sangrado reciente. Endoscopia sin hallazgos relevantes. Es valorado por servicio de dermatología y neurología quienes solicitan RM cerebral, confirmando el diagnóstico de neurofibromatosis mediante criterios clínicos.

Conclusión: Este caso destaca la importancia de considerar la neurofibromatosis tipo 1 dentro de los diagnósticos diferenciales de hemorragia digestiva baja, así como la relevancia del abordaje interdisciplinario y el uso de técnicas endovasculares para el diagnóstico y tratamiento oportunos, evitando una intervención quirúrgica de mayor complejidad.

POSTERS DISTINGUIDOS

Código: 0116

FÍSTULA COLECISTOCOLÓNICA COMO PRESENTACIÓN DE ENFERMEDAD DE CROHN EN UNA PACIENTE JOVEN: REPORTE DE UN CASO.

Modalidad: Casos Clínicos - Poster Distinguido

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

DAPELO BORIO, Nazarena | DELLA GIUSTINA, Federico | GENGA ALBARRACIN, Delfina | LAMAS, Jorge Emanuel | LUCERO, Silvana | MACIAS MERCANTE, Valentina | PONCE DE LEON, Javier | STORNI, Cynthia | VAZQUEZ DE NOVOA, Francisco Martín

NUEVO HOSPITAL SAN ROQUE

Introducción: Introducción: La enfermedad de Crohn es una enfermedad inflamatoria intestinal crónica que puede presentarse con complicaciones fistulizantes y estenosantes. La fístula colestocólica es una manifestación excepcional, con pocos casos descritos en la literatura. Presentamos el caso de una paciente cuya forma de presentación inicial fue una hemorragia digestiva asociada a una fístula colestocólica, lo que permitió el diagnóstico de enfermedad de Crohn.

Objetivos: Presentar un caso de enfermedad de Crohn de reciente diagnóstico cuya forma de presentación inicial fue una hemorragia digestiva y una fístula colestocólica.

Caso Clínico: Paciente de 21 años con antecedente de diabetes mellitus insulino-requiriente y enfermedad celiaca, cursa internación en unidad de terapia intensiva por cuadro de distress respiratorio secundario a neumonía bilateral. Intercede con episodio de enterorragia por lo que se realiza videocolonoscopia donde se visualizan úlceras y estenosis colonicas, y se toman biopsias. Luego se realiza tomografía abdominal que informa aire en vesícula biliar secundario a fístula colestocólica. Finalmente, se decide en conjunto con servicio de Coloproctología resolver fístula con colestectomía, hemicolectomía derecha e ileostomía. Se realiza nuevamente videocolonoscopia posterior a la cirugía, donde se objetivó estenosis colonica a los 40cm y a los 60 cm del margen anal, ambas franqueables, se tomaron biopsias.

Resultados: En la videocolonoscopia se observó válvula ileocecal edematosa, ulcerada, entreabierta; en colon transverso se observaron tres úlceras en diferentes sectores con compromiso hemicircunferencial, profundas, de bordes definidos, cubiertas con fibrina que disminuyen la luz del órgano, y que alteran con mucosa de aspecto normal y trama vascular conservada. En sigma también se observó otra úlcera longitudinal, profunda. La anatomía patológica reveló disminución de masa glandular y de células calciformes, con cambios reparativos en epitelio y focos de ulceración reemplazada por tejido de granulación; corion con intenso infiltrado mononuclear y neutrófilos que migran al epitelio, y luces glandulares conformando microabscesos crípticos; con presencia de acúmulos de histiocitos con células gigantes multinucleadas con diagnóstico final de Ileititis crónica en actividad y colitis crónica moderada en actividad. Las biopsias obtenidas de videocolonoscopia post hemicolectomía de las estenosis, revelaron infiltrado inflamatorio mononuclear y neutrófilos que migran al epitelio y a las luces glandulares conformando microabscesos crípticos.

Conclusión: La fístula colestocólica constituye una manifestación excepcional de la enfermedad de Crohn. Este caso destaca la importancia de considerar presentaciones atípicas de la enfermedad inflamatoria intestinal e integrar los hallazgos clínicos, endoscópicos, imagenológicos y anatomopatológicos para establecer un diagnóstico y tratamiento oportunos.

POSTERS DISTINGUIDOS

Código: 0123

¿Y SI NO ERA UN COLANGIOCARCINOMA? LA ENFERMEDAD RELACIONADA CON IGG4 COMO CAUSA REVERSIBLE DE UNA ESTENOSIS BILIAR PERSISTENTE.

Modalidad: Casos Clínicos - Poster Distinguido

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

MARTÍNEZ RUIZ, Mauricio Jesús

Sanatorio Güemes

Introducción: La enfermedad relacionada con IgG4 es una enfermedad fibroinflamatoria sistémica inmunomediada, caracterizada por infiltración linfoplasmocitaria rica en células plasmáticas IgG4 positivas, fibrosis de patrón estoriforme y flebitis obliterante. Puede comprometer múltiples órganos, siendo el páncreas y la vía biliar dos de las localizaciones más frecuentes. El compromiso biliar puede manifestarse como estenosis del colédoco, ictericia obstructiva y alteración del hepatograma, simulando un colangiocarcinoma u otras causas de obstrucción biliar. Su reconocimiento precoz es fundamental, ya que presenta una excelente respuesta al tratamiento inmunosupresor, evitando procedimientos invasivos e incluso cirugías innecesarias.

Objetivos: Presentar un caso de enfermedad relacionada con IgG4 que debutó como una estenosis biliar persistente con alta sospecha inicial de malignidad, resaltando la importancia de considerar esta entidad dentro del diagnóstico diferencial de las estenosis biliares de etiología incierta.

Caso Clínico: Hombre de 63 años, oriundo de Comodoro Rivadavia, con antecedentes de colestectomía, diabetes mellitus tipo 2 no insulino-requiriente y fibrosis hepática avanzada (F3) secundaria a enfermedad hepática esteatótica asociada a disfunción metabólica (MASLD). Consultó por alteración persistente del hepatograma con patrón colestático, asociada a pérdida ponderal superior al 10 % del peso corporal. Como parte del estudio etiológico se realizó una colangiografía, que

evidenció una estenosis biliar con cambio de calibre de bordes irregulares y parcialmente definidos, altamente sugestiva de una lesión neoplásica de la vía biliar. Ante la sospecha de colangiocarcinoma se realizó una colangiopancreatografía retrógrada endoscópica (CPRE), durante la cual se colocó una prótesis plástica para asegurar el drenaje biliar. Posteriormente se efectuó una colangioscopia con toma de biopsias dirigidas de la estenosis. El estudio anatomopatológico informó pequeños fragmentos de mucosa revestidos por epitelio biliar con cambios reactivos, vasos de neoformación e infiltrado inflamatorio mixto, sin evidencia de malignidad. La ausencia de confirmación histológica, junto con una evolución clínica y bioquímica no concordante con la sospecha inicial de neoplasia, motivó la ampliación del estudio etiológico mediante dosaje sérico de IgG4, que resultó significativamente elevado. Integrando los hallazgos clínicos, bioquímicos, imagenológicos e histológicos se estableció el diagnóstico de enfermedad relacionada con IgG4 con compromiso de la vía biliar, iniciándose tratamiento con corticoides y posteriormente azatioprina como terapia de mantenimiento.

Resultados: Tras el inicio del tratamiento inmunosupresor el paciente presentó una evolución clínica y bioquímica favorable, con descenso progresivo de los parámetros de colestasis y normalización del hepatograma. La resolución del cuadro obstructivo permitió el retiro de la prótesis biliar durante el seguimiento. Hasta la actualidad permanece asintomático, con adecuada respuesta al tratamiento y sin evidencia de recaídas.

Conclusión: La enfermedad relacionada con IgG4 constituye una causa infrecuente pero potencialmente reversible de estenosis biliar y debe incluirse dentro de los diagnósticos diferenciales de toda estenosis biliar de etiología incierta, especialmente cuando la evolución clínica no es la esperada o no existe confirmación histológica de malignidad. El reconocimiento temprano de esta entidad permite evitar procedimientos endoscópicos repetidos y cirugías innecesarias, ya que la respuesta al tratamiento inmunosupresor suele ser rápida y favorable.

POSTERS DISTINGUIDOS

Código: 0138

ENFERMEDAD DE CROHN DE EVOLUCIÓN COMPLEJA: DESAFÍOS TERAPÉUTICOS EN PACIENTE CON ANTECEDENTE DE LINFOMA DE HODGKIN Y GLOMERULONEFRITIS POR IGA.

Modalidad: Casos Clínicos - Poster Distinguido

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

OJEDA, Andrea Agustina | ROHWAIN, Maria Jose | HUERNOS, Sergio | GIL, Anibal Héctor | BALABAN, Ezequiel | TIRADO, Pablo Ricardo | TIRADO, Lucia Luna | SAMBUELLI, Alicia | CARTIER, Mariano | FLORES, Santiago de Jesus | NARANJO, Maria Jose | SALABERRY, Antonella | PAZMIÑO, Tana

HOSPITAL BONORINO UDAONDO

Introducción: La enfermedad de Crohn (EC) de inicio pediátrico suele presentar un curso más agresivo, con mayor extensión y riesgo de progresión, requiriendo múltiples estrategias terapéuticas a lo largo de su evolución. La aparición de comorbilidades graves, como neoplasias o manifestaciones extraintestinales, condiciona las decisiones terapéuticas y limita las opciones disponibles. Presentamos el caso de una paciente con EC extensa, refractaria a múltiples tratamientos, cuya evolución estuvo marcada por el desarrollo de linfoma de Hodgkin y glomerulonefritis por IgA.

Objetivos: Describir la evolución clínica y terapéutica de una paciente con EC de inicio pediátrico y analizar los desafíos del manejo en presencia de comorbilidades oncológicas y renales.

Caso Clínico: Se presenta una paciente con diagnóstico de EC ileocolónica extensa a los 11 años, seguida en un centro de referencia. Se revisó de forma retrospectiva su historia clínica, incluyendo características de la enfermedad, tratamientos recibidos, respuesta clínica, eventos adversos y comorbilidades asociadas.

Resultados: Al diagnóstico recibió corticoterapia intravenosa sin respuesta adecuada. Posteriormente inició tratamiento con mercaptopurina e Infiximab, con respuesta parcial y persistencia de corticodependencia, por el cual se rotó a Adalimumab, requiriendo optimización de dosis. Durante la evolución desarrolló un linfoma de Hodgkin tratado con radioterapia, lo que obligó a suspender el tratamiento biológico. Meses después presentó proteinuria, diagnosticándose glomerulonefritis por IgA, tratada con budesonida oral y tópica. Ante la persistencia de actividad inflamatoria inició Vedolizumab, con respuesta parcial y necesidad de optimización mensual. Durante este tratamiento desarrolló alteración del hepatograma con exámenes complementarios normales. Tras la suspensión de Vedolizumab, las alteraciones bioquímicas hepáticas se normalizaron a los seis meses. Por lo que se rotó tratamiento a Ustekinumab con optimización del intervalo de administración, sin alcanzar control adecuado de la enfermedad. Finalmente inició Risankizumab, completando la inducción y continuando mantenimiento con optimización mensual, encontrándose actualmente bajo seguimiento clínico.

Conclusión: La enfermedad de Crohn de inicio pediátrico puede evolucionar con un curso altamente refractario, requiriendo sucesivas rotaciones terapéuticas. La coexistencia de antecedentes oncológicos y manifestaciones extraintestinales, como la glomerulonefritis por IgA, complejiza la selección del tratamiento y exige un abordaje multidisciplinario e individualizado. Este caso resalta la necesidad de disponer de múltiples alternativas terapéuticas con adecuados perfiles de eficacia y seguridad para optimizar el control de la enfermedad y mejorar el pronóstico a largo plazo.

POSTERS DISTINGUIDOS

Código: 0140

TELOMEROPATÍA COMO CAUSA INFRECUENTE DE HEMORRAGIA DIGESTIVA RECURRENTE POR ECTASIAS VASCULARES: REPORTE DE UN CASO

Modalidad: Casos Clínicos - Poster Distinguido

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

CARDONATTI, Matias Gustavo | MEJIA BEYEH, Nelson | DONATELLI, Mario Emilio | CHRISTIANI, Agustín | SAENZ, Maria Belen

HOSPITAL UNIVERSITARIO AUSTRAL

Introducción: La hemorragia digestiva por ectasias vasculares constituye una causa infrecuente de sangrado recurrente, y el compromiso multiorgánico obliga a buscar enfermedades sistémicas o genéticas subyacentes. El síndrome de Coats plus es una telomeropatía excepcional, causada por variantes del gen CTC1.

Objetivos: Presentar un caso de hemorragia digestiva recurrente en el que el diagnóstico etiológico permitió implementar una terapia dirigida.

Caso Clínico: Paciente masculino de 39 años con antecedentes de enfermedad renal crónica terminal por glomerulonefritis pauciinmune, retinopatía de causa incierta y baja talla, en seguimiento por el servicio desde 2021 por cuadros recurrentes de hemorragia digestiva secundaria a múltiples ectasias vasculares en antro gástrico, duodeno y yeyuno proximal. Requirió desde su diagnóstico 14 intervenciones endoscópicas con coagulación con plasma de Argon de ectasias antrales, con respuesta parcial a Ciclofosfamida, Talidomida, Infliximab, y octreótide de depósito. Cursó última internación en agosto 2025 por exacerbación de sangrado digestivo, con respuesta satisfactoria a infusión endovenosa de Octreótide. Durante la misma se realizó estudio genético detectándose dos variantes del gen CTC1, confirmando el diagnóstico de síndrome de Coats plus con compromiso multivisceral (ocular, digestivo, óseo y neurológico). Posterior al diagnóstico se decidió iniciar tratamiento con Bevacizumab 5 mg/kg/mes, con excelente tolerancia, disminución de frecuencia de sangrados digestivos leves y de requerimiento transfusional consecuentemente. No requirió nuevas internaciones desde entonces.

Resultados: El síndrome de Coats plus es una telomeropatía secundaria a las variantes bialélicas del gen CTC1 ocasiona alteraciones microvasculares multisistémicas. El compromiso gastrointestinal se observa en hasta un tercio de los pacientes y puede manifestarse como ectasias vasculares del estómago, intestino delgado y/o colon, constituyendo un desafío terapéutico por la limitada eficacia del tratamiento endoscópico aislado. No existe un tratamiento estandarizado. En los últimos años se han publicado casos aislados con respuesta favorable a bevacizumab, probablemente relacionada con la inhibición de la angiogénesis patológica mediada por VEGF. Nuestro caso destaca la mejoría clínica sostenida, con reducción de episodios de sangrado y del requerimiento transfusional luego del inicio de bevacizumab, tras la confirmación genética del diagnóstico.

Conclusión: En pacientes jóvenes con hemorragia digestiva recurrente por ectasias vasculares y compromiso extradigestivo debe sospecharse una enfermedad genética. El diagnóstico molecular puede modificar la conducta terapéutica. En este caso, el tratamiento con Bevacizumab se asoció con una evolución clínica favorable.

POSTERS DISTINGUIDOS

Código: 0143

ENCEFALOMIOPATÍA NEUROGASTROINTESTINAL MITOCONDRIAL (MNGIE): A PROPÓSITO DE UN CASO

Modalidad: Casos Clínicos - Poster Distinguido

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

ZAMBRANO, Liliana | DEL AGUILA, Juan | SOSA, Ian | IMAN, Ailen | AMARILLA, Cristhian

HIGA DR DIEGO PAROISSIN

Introducción: La encefalomiopatía neurogastrointestinal mitocondrial (MNGIE) es una enfermedad mitocondrial ultrarrara de herencia autosómica recesiva, causada por mutaciones en el gen TYMP que producen deficiencia de timidina fosforilasa y alteraciones secundarias del ADN mitocondrial. Se caracteriza por un compromiso multisistémico progresivo con manifestaciones gastrointestinales y neurológicas, entre las que destacan la dismotilidad gastrointestinal, la desnutrición severa, la neuropatía periférica y la leucoencefalopatía. Su baja prevalencia y heterogeneidad clínica condicionan un diagnóstico frecuentemente tardío, asociado a elevada morbilidad y deterioro nutricional severo. El tratamiento se basa en medidas de soporte nutricional y paliativo; sin embargo, el trasplante hepático y el trasplante alogénico de progenitores hematopoyéticos constituyen terapias modificadoras de la enfermedad capaces de estabilizar su progresión.

Objetivos: Presentar un caso de encefalomiopatía neurogastrointestinal mitocondrial enfatizando la relevancia del enfoque multidisciplinario y el diagnóstico oportuno en una enfermedad mitocondrial ultrarrara.

Caso Clínico: Paciente femenina de 34 años, sin antecedentes patológicos, con

antecedente familiar de fallecimiento de un hermano por desnutrición severa. Consultó por cuadro clínico de dos años de evolución caracterizado por deposiciones diarreas, pérdida ponderal severa y progresiva (34%; peso habitual 50 kg, peso actual 33 kg), vómitos recurrentes y hace un año disfagia orofaríngea progresiva de sólidos a líquidos. Se solicitaron estudios complementarios, descartando infecciones gastrointestinales, enfermedad celíaca, trastornos metabólicos, hormonales y colagenopatías, serologías negativas. El perfil nutricional mostró hipocolesterolemia. Tomografía de cuello, tórax, abdomen y pelvis sin particularidades. La Videodeglución reportó disfagia moderada en las tres etapas de la deglución y dispraxia lingual. Fonoaudiología constató rigidez moderada de la musculatura orofaríngea e indica alimentación con volúmenes menores a 10ml con posturas compensatorias. Se realizó videoendoscopia digestiva alta con ausencia de lesiones o alteraciones estructurales en esófago y estómago, se descartó esofagitis eosinofílica y presentó gastritis crónica con leve actividad inflamatoria con *Helicobacter Pylori* positivo, recibió tratamiento. Durante la evaluación se constató oftalmoplejía, ptosis palpebral bilateral y ausencia de reflejo nauseoso. Se interconsulta con Clínica Médica y Neurología quienes solicitan resonancia magnética cerebral que evidenció extensa leucoencefalopatía bilateral y simétrica con compromiso de sustancia blanca supratentorial e infratentorial, incluyendo cápsulas internas, fibras pontinas transversas y pedúnculos cerebelosos medios. El conjunto de los hallazgos clínicos, los exámenes complementarios y el antecedente familiar orientaron al diagnóstico de una enfermedad mitocondrial. El cual fue posteriormente confirmado mediante exoma genético mitocondrial. Se indicó nutrición enteral por gastrostomía. Actualmente, la paciente presenta recuperación ponderal y se encuentra pendiente de valoración para un posible trasplante hepático como terapia modificadora de la enfermedad.

Conclusión: MNGIE es una enfermedad excepcional cuyo diagnóstico representa un desafío debido a la inespecificidad de sus manifestaciones gastrointestinales. Se destaca la importancia de considerar esta entidad en pacientes jóvenes con desnutrición severa, síntomas de dismotilidad gastrointestinal y antecedentes familiares sugestivos. El reconocimiento temprano de la enfermedad permite instaurar medidas de soporte nutricional oportunas y derivar precozmente a terapias modificadoras de la enfermedad.

POSTERS DISTINGUIDOS

Código: 0162

"CAUSA INFRECUENTE DE DIARREA PERSISTENTE, EN UN PACIENTE INMUNOCOMPROMETIDO: REPORTE DE UN CASO"

Modalidad: Casos Clínicos - Poster Distinguido

Unidad Temática: a) GASTROENTEROLOGÍA 7. Enfermedades infecciosas 7.3. HIV

ESCUDERO, Ulises | GARCIA ALLENDE, Leonardo | MICONI, Diego Gabriel | RASTELLI, Laureano | SEQUEIRA, Agustín | TONN, Federico, Eugenio | YAÑEZ, Carolina

Hospital Privado de Comunidad

Introducción: La diarrea persistente en pacientes con infección por HIV avanzado constituye un desafío diagnóstico debido a la amplia variedad de etiologías involucradas. Aunque las infecciones oportunistas representan la causa más frecuente, la persistencia del cuadro clínico y la ausencia de identificación microbiológica obligan a ampliar el diagnóstico diferencial y considerar etiologías menos frecuentes.

Objetivos: Presentar un caso que pone de manifiesto la importancia de ampliar el diagnóstico diferencial en pacientes con infección por HIV avanzado y diarrea persistente cuando los estudios microbiológicos no identifican la etiología.

Caso Clínico: Paciente masculino de 43 años con diagnóstico de HIV/SIDA desde 2011, sin adherencia al tratamiento antirretroviral ni a las profilaxis para infecciones oportunistas, con antecedentes de neumonía por "Pneumocystis jirovecii", herpes simple crónico y esquizofrenia. Consultó por una semana de diarrea acuosa no disenteria, vómitos, fiebre y compromiso del estado general. Al ingreso presentaba hipotensión, deshidratación y anemia. La tomografía abdominal evidenció engrosamiento difuso del marco colónico compatible con colitis. Los estudios microbiológicos, incluyendo coprocultivo, coproparasitológico, Clostridioides difficile, carga viral para CMV y hemocultivos, fueron negativos. La carga viral para VIH fue de 182.810 copias/ml y el recuento de linfocitos CD4 de 24 células/mm³. A pesar del tratamiento empírico antibiótico y antifúngico, persistió con diarrea, por lo que se indicó evaluación endoscópica.

Resultados: La videoendoscopia digestiva alta mostró cuatro úlceras antrales con fondo fibrinoso "en sacabocados", mientras que la videocolonoscopía evidenció áreas parcheadas de mucosa congestiva desde colon ascendente hasta recto, sin otras alteraciones relevantes. Las biopsias gástricas mostraron inflamación crónica activa, mientras que las biopsias seriadas de colon y recto confirmaron sarcoma de Kaposi gastrointestinal, estableciendo la etiología del cuadro clínico.

Conclusión: El sarcoma de Kaposi gastrointestinal debe considerarse dentro de los diagnósticos diferenciales en pacientes con VIH avanzado y diarrea persistente luego de descartar causas infecciosas. En nuestro caso, los hallazgos endoscópicos fueron sutiles e inespecíficos, sin las lesiones violáceas o nodulares clásicas. La ausencia de lesiones características no excluye el compromiso gastrointestinal. La toma sistemática de biopsias escalonadas permitió establecer el diagnóstico definitivo, destacando el papel fundamental de la histopatología para lograr un diagnóstico oportuno e iniciar el tratamiento correspondiente.

POSTERS DISTINGUIDOS

Código: 0188

HEPATITIS INMUNOMEDIADA PROBABLE ASOCIADA A PEMBROLIZUMAB EN PACIENTE CON CARCINOMA UROTELIAL

Modalidad: Casos Clínicos - Poster Distinguido

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

CABALLERO FLOREZ, Christian Camilo | AGOZINO, Marina Susana | DI SANTO, Agustín | VIOLA, Luis

Sanatorio Güemes

Introducción: Los inhibidores de puntos de control inmunitario pueden producir lesión hepática de gravedad variable. El diagnóstico requiere una relación temporal compatible y la exclusión de otras etiologías.

Objetivos: Presentar un caso de hepatitis inmunomediada probable secundaria a pembrolizumab y discutir el proceso diagnóstico diferencial.

Caso Clínico: Mujer de 71 años con antecedente de infarto agudo de miocardio que requirió angioplastia de la arteria coronaria derecha y carcinoma urotelial de alto grado, tratado previamente con carboplatino y gemcitabina, seguido de radioterapia vesical y ganglionar. Recibió dos dosis de pembrolizumab, el 12 de marzo y el 16 de abril de 2026. Ingresó el 2 de junio por astenia, adinamia e hiporexia, con alteración del hepatograma; el control previo de mayo era normal.

Resultados: Al ingreso presentó bilirrubina total 4,7 mg/dl, bilirrubina directa 3,6 mg/dl, fosfatasa alcalina 980 U/l, alanina aminotransferasa 1510 U/l y aspartato aminotransferasa 2322 U/l, sin encefalopatía y con pruebas de coagulación normales. El patrón bioquímico fue mixto, con índice R de 4,2. No presentaba consumo de alcohol ni exposición reciente a otros fármacos potencialmente hepatotóxicos. Se encontraba afebril, sin eosinofilia. Las serologías para hepatitis A, B y C, virus de la inmunodeficiencia humana, citomegalovirus y Epstein-Barr fueron no reactivas. La inmunoglobulina G fue normal; los anticuerpos antinucleares, antimusculo liso y anti-mitocondriales fueron negativos. Los estudios por imágenes abdominales (ecografía, resonancia magnética y colangiografía) no evidenciaron litiasis, compromiso hepático tumoral, dilatación ni obstrucción de la vía biliar. El cuadro fue clasificado como hepatitis inmunomediada grado 4 según los Criterios de Terminología Común para Eventos Adversos. Se suspendió pembrolizumab y se iniciaron corticoides. Durante la internación descendieron la bilirrubina total de 4,7 a 3,4 mg/dl, la alanina aminotransferasa de 1510 a 1217 U/l y la aspartato aminotransferasa de 2322 a 1295 U/l. No se realizó biopsia hepática por la mejoría clínica y bioquímica, ni re-exposición al fármaco; el diagnóstico se sostuvo mediante criterios clínicos y de exclusión. Egresó con esquema descendente de meprednisona y seguimiento por Hepatología y Oncología.

Conclusión: La toxicidad hepática por pembrolizumab debe considerarse ante una alteración significativa del hepatograma durante o después de la inmunoterapia. La relación temporal, el hepatograma previo normal, la exclusión de otras etiologías y la respuesta al tratamiento permitieron sostener el diagnóstico probable y establecer una conducta terapéutica oportuna.

POSTERS DISTINGUIDOS

Código: 0192

VÁRICES COLÓNICAS IDIOPÁTICAS: UNA CAUSA EXCEPCIONAL DE HEMORRAGIA DIGESTIVA BAJA. REPORTE DE CASO

Modalidad: Casos Clínicos - Poster Distinguido

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

GARZON, Ana | MONGE, Jossely | SALABERRY, Antonella | GONZÁLEZ, Gisele Eliana | BUSTOS, Ricardo Enrique | PORTILLO, Matías Joaquín | UDABE, María Laura | CARRARO, María Cecilia | CARTIER, Mariano

HOSPITAL CARLOS BONORINO UDAONDO

Introducción: Las várices colónicas idiopáticas constituyen una causa infrecuente de hemorragia digestiva baja. Se definen por la presencia de vasos dilatados en toda la mucosa colónica o en parte de ella. La presentación, en ausencia de hipertensión portal es extremadamente rara (incidencia <0.07% - aproximadamente 50 casos han sido descritos) y su presentación familiar es excepcional, lo cual sugiere un importante componente hereditario subyacente. No se han asociado factores de riesgo específicos.

Objetivos: Describir una causa inusual de hemorragia digestiva baja.

Caso Clínico: Masculino, 43 años. Cuadro clínico de 4 días de evolución caracterizado por proctorragia, astenia y disnea. Niega dolor abdominal o pérdida de peso. Refiere ingesta de analgésicos antiinflamatorios no esteroideos en los últimos 5 días secundario a contractura muscular. Se solicitan laboratorios con evidencia de anemia severa (HTO 17, HB 5.7) con requerimiento transfusional. VEDA (sin hallazgos patológicos). VCC (canulación ileal, desde íleon terminal a sigma múltiples cordones azulados tortuosos, no se observaron otras lesiones. ID Várices colónicas). Como parte del estudio de función hepática se solicita elastografía hepática que informa F0-F1 (7.2Kpa). Doppler esplenoportal (sin evidencia de alteraciones). TC abdomen y pelvis con contraste (sin hallazgos patológicos) descartándose así hipertensión portal, malformaciones vasculares sistémicas o cirrosis. El paciente aporta un estudio endoscópico de su padre del año 2012 el cual evidencia várices colónicas y

pólipos en colon izquierdo. Aporta además una videocolonoscopia de su hermano informada como normal. Continúa seguimiento ambulatorio con servicios de proctología e intestino delgado.

Conclusión: El hallazgo de várices colónicas en un paciente joven sin hepatopatía crónica obliga a investigar su historial familiar. La ausencia de várices en su hermano plantea la hipótesis de una penetrancia variable en este patrón hereditario. La técnica endoscópica juega un rol importante en el diagnóstico debido a que la insuflación excesiva podría mimetizar una mucosa normal aplanando las várices. Debido a la baja prevalencia de esta condición, no existe un protocolo terapéutico establecido por lo que el tratamiento constituye un verdadero desafío y el seguimiento debe ser estrecho y multidisciplinario.

POSTERS DISTINGUIDOS

Código: 0196

LA EDAD NO EXCLUYE EL GEN: POLIPOSIS JUVENIL ASOCIADA A CÁNCER GÁSTRICO EN PACIENTE AÑOSO

Modalidad: Casos Clínicos - Poster Distinguido

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

PAZMIÑO, Tana¹ | LUCIANO, Sol Belén¹ | CARRARO, Cecilia¹ | CARTIER, Mariano¹ | UDABE, María Laura¹ | ROCCA, Andrés Esteban¹ | STACH, Lucía² | PIOVAROLI, Florencia³ | DULCICH, Florencia⁴ | GUTIÉRREZ, Ana María¹ | BESTANI, María Claudia¹ | CASTELLANOS, Karina¹ | ITHURRALDE, Javier¹ | MIRTA, Kujaruk¹ | GOLUBICKI, Mariano⁴ | ANTELO, Marina⁵

HOSPITAL BONORINO UDAONDO¹; ONCOLOGÍA HOSPITAL UDAONDO²; BIOLOGÍA MOLECULAR DEL HOSPITAL UDAONDO E IATG³; LABORATORIO BIOLOGÍA MOLECULAR DEL HOSPITAL UDAONDO E IATG⁴; ONCOLOGÍA HOSPITAL UDAONDO E ISCO, UNLA, CONICET⁵

Introducción: El síndrome de poliposis juvenil (SPJ) es un síndrome de cáncer gastrointestinal hereditario de herencia autosómica dominante, infrecuente, caracterizada por pólipos hamartomatosos gastrointestinales, principalmente en colon y en estómago. El término "juvenil" alude al tipo histológico, no a la edad de aparición, siendo su diagnóstico más frecuente en niños o adultos jóvenes. Se asocia a variantes patogénicas en los genes SMAD4 o BMPR1A (50–60%), asociándose el SMAD4 a poliposis gástrica extensa y mayor riesgo de malignización. Debido a que en el 20–50% de los casos puede haber casos de novo, su diagnóstico en adultos mayores, especialmente sin antecedentes familiares, constituye un desafío.

Objetivos: Presentar un caso clínico de SPJ diagnosticado en un adulto mayor.

Caso Clínico: Varón de 71 años, sin antecedentes personales ni familiares de patología gastrointestinal; consultó por melena recurrente, anemia con requerimiento de transfusión y pérdida de peso. Se realizó endoscopia digestiva alta y duodenoscopia que evidenciaron >100 pólipos gástricos (techo, cuerpo y antro) y múltiples pólipos sésiles <5 mm en bulbo duodenal, cuya histología informó "pólipos hamartomatosos". En su videocolonoscopia se identificaron 30–40 pólipos entre 4–25 mm a predominio de colon proximal, de los cuales se resecaron 12 (histología: pólipos hamartomatosos, adenomas tubulo-villosos, y pólipos hiperplásicos). El paciente fue derivado a asesoramiento genético oncológico en donde se le solicitó un estudio genético de cáncer hereditario.

Resultados: El caso fue discutido en comité interdisciplinario; debido al sangrado digestivo recurrente, a la anemia con requerimiento transfusional, y al diagnóstico clínico de poliposis hamartomatosa, se decidió realizar gastrectomía total con reconstrucción en doble tracto. La pieza quirúrgica del estómago reveló múltiples pólipos hamartomatosos con displasia de bajo y alto grado, y adenocarcinoma intramucoso sobre pólipo hamartomatoso. Se propuso manejo endoscópico de sus pólipos colónicos. El panel multigénico de cáncer hereditario por NGS evidenció una variante en el gen SMAD4 (c.1245_1248del) que fue clasificada como patogénica, confirmando así un SPJ por SMAD4.

Conclusión: Este caso demuestra que el SPJ puede diagnosticarse por primera vez en adultos mayores, incluso sin antecedentes familiares, y confirma la fuerte correlación entre el gen SMAD4 y una afectación gástrica extensa. Además, la presencia de adenomas en colon no debe descartar la sospecha diagnóstica. El reconocimiento oportuno de este síndrome permite abordar las posibles complicaciones neoplásicas e implementar el asesoramiento genético y la evaluación de los familiares en riesgo.

POSTERS DISTINGUIDOS

Código: 0197

CUANDO UN PEQUEÑO PÓLIPO ESCONDE UN DIAGNÓSTICO INFRECLENTE: TUMOR DE CÉLULAS GRANULARES DE ESÓFAGO ©

Modalidad: Casos Clínicos - Poster Distinguido

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

CABALLERO, Sofía | RIU, María Cecilia | DERCOLE, Vanina | MARUELLI, Silvina | PENAYO SOLIS, Florencia Noemi | DEL PEDRO, María Virginia | ALVAREZ, Augusto | SUAREZ, Daniela | TOSTI, Romina | PEREZ ESTEBAN, Natalia | FERRO, Camila | BONILLA FAJARDO, Nelssy Del Valle

HOSPITAL CHURRUCA VISCA

Introducción: El tumor de células granulares es una neoplasia infrecuente, generalmente benigna, que se origina en las células de Schwann. Solo alrededor del 8% de los casos compromete el tracto gastrointestinal, siendo el esófago su localización más frecuente. Descrito inicialmente por Abrikossoff en 1926, suele diagnosticarse como un hallazgo incidental durante la endoscopia digestiva alta (VEDA).©

Objetivos: Presentar una neoplasia benigna infrecuente diagnosticada como hallazgo incidental en un paciente asintomático.©

Caso Clínico: Se trata de un paciente masculino de 60 años, asintomático, con antecedentes de hipertensión arterial, dislipidemia, cardiopatía isquémica, accidente cerebrovascular sin secuelas y gastritis crónica por *Helicobacter pylori* tratada. Se realizó una VEDA, identificando en el tercio distal del esófago un pólipo sésil de 4 mm, amarillento y recubierto por mucosa lisa, asociada a esofagitis grado C (clasificación de Los Ángeles). Además, se evidenció eritema gástrico difuso moderado y leve en bulbo duodenal. Se optó por un abordaje integral que incluye la resección endoscópica (polipectomía) de la lesión esofágica y biopsias gástricas para *Helicobacter pylori*. ©

Resultados: El estudio anatomopatológico mostró una proliferación de células con citoplasma ampliamente granular y núcleos picnóticos, sin actividad mitótica ni necrosis. El diagnóstico definitivo se realizó mediante un panel de inmunohistoquímica, siendo positiva para S100, SOX-10, inhibina A y CD68, y negativa para pancitoqueratina y desmina, confirmando el diagnóstico de tumor de células granulares y descartando un origen epitelial (carcinoma) o muscular (leiomioma). En el control endoscópico al año no se evidenció lesión residual macroscópica. ©

Conclusión: El tumor de células granulares esofágico es una entidad poco frecuente que debe considerarse como diagnóstico diferencial en lesiones submucosas. Ante una lesión polipoide esofágica de pequeño tamaño, debe considerarse la posibilidad de las lesiones subepiteliales en esa localización, siendo el leiomioma la de mayor frecuencia. En lesiones con estas características y de mayor tamaño, la ecoendoscopia podría orientar el estudio de la misma y realizar diagnósticos diferenciales. Se destaca la importancia de realizar una adecuada semiología endoscópica, a fin de evitar resecciones innecesarias o incompletas de lesiones más profundas. ©

POSTERS DISTINGUIDOS

Código: 0210

HISTOPLASMOSIS GASTROINTESTINAL COMO PRESENTACIÓN INICIAL DE HISTOPLASMOSIS DISEMINADA EN UN PACIENTE CON MIELOMA MÚLTIPLE

Modalidad: Casos Clínicos - Poster Distinguido

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

BLANCO, Axel | CARLINO, Yanina | FOGLINO, María Victoria | NOGUEIRA, María de Los Milagros

Hospital Privado Universitario de Córdoba

Introducción: La histoplasmosis gastrointestinal es una manifestación poco frecuente de la infección por *Histoplasma capsulatum*, habitualmente asociada a enfermedad diseminada en pacientes inmunocomprometidos. El compromiso digestivo suele localizarse en íleon terminal y colon derecho, pudiendo presentarse como úlceras, estenosis o lesiones pseudotumorales que simulan enfermedad inflamatoria intestinal o neoplasias, constituyendo un desafío diagnóstico.

Objetivos: Describir la presentación clínica, endoscópica e histopatológica de un caso de histoplasmosis colónica manifestada como hemorragia digestiva en un paciente con mieloma múltiple.

Caso Clínico: Paciente masculino de 81 años con mieloma múltiple de cadenas livianas en tratamiento con lenalidomida y enfermedad renal crónica. Consultó por síndrome febril secundario a infección urinaria y, durante la internación, presentó hematoquezia con descenso de hemoglobina de 8,2 a 7,1 g/dl. Se realizó colonoscopia, observándose cuatro úlceras de bordes definidos y fondo fibrinoso localizadas en válvula ileocecal, colon ascendente y colon transverso, sin compromiso del íleon terminal ni otras alteraciones de la mucosa. Se obtuvieron biopsias para estudio anatomopatológico, microbiológico y biología molecular. Tras una evolución inicial favorable, reingresó una semana después por melena y anemia grave (Hb 5,9 g/dl), requiriendo transfusión. La videoendoscopia digestiva alta fue nuevamente normal. Posteriormente presentó deterioro clínico con fiebre persistente, shock séptico e insuficiencia respiratoria, requiriendo ingreso a cuidados intensivos.

Resultados: La tomografía de tórax mostró infiltrados micronodulares difusos sugestivos de infección oportunista. El estudio anatomopatológico de las biopsias colónicas evidenció levaduras intracitoplasmáticas compatibles con *Histoplasma capsulatum*, mientras que las determinaciones para citomegalovirus fueron negativas. Se inició tratamiento con itraconazol y antibióticoterapia de amplio espectro ante la sospecha de histoplasmosis diseminada. Debido al rápido deterioro clínico no fue posible completar estudios microbiológicos respiratorios. El paciente evolucionó con shock refractario y falleció. La colonoscopia con toma sistemática de biopsias permitió establecer el diagnóstico etiológico.

Conclusión: La histoplasmosis gastrointestinal debe considerarse dentro de los diagnósticos diferenciales de úlceras colónicas y hemorragia digestiva en pacientes inmunocomprometidos. La colonoscopia con biopsias múltiples es fundamental para el diagnóstico precoz y puede constituir la primera evidencia de enfermedad diseminada. La sospecha clínica y el abordaje multidisciplinario entre gastroenterología, anatomía patológica y microbiología son esenciales para instaurar un tratamiento oportuno.

POSTERS DISTINGUIDOS

Código: 0226

HISTIOCITOSIS DE CÉLULAS DE LANGERHANS Y EL DESAFÍO DEL COMPROMISO GASTROINTESTINAL: SERIE DE CASOS

Modalidad: Casos Clínicos - Poster Distinguido

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

BELLINI, Sofía | SOBRERO, Josefina | LUBERTINO, Martín | GONZÁLEZ, María Laura | MARCOLONGO, Mariano

Hospital Italiano

Introducción: La histiocitosis de células de Langerhans (HCL) es una neoplasia mielode inflamatoria que, si bien constituye el trastorno histiocítico neoplásico más frecuente, es una entidad excepcional en adultos, con una incidencia aproximada de 1 caso por millón de habitantes por año. Afecta principalmente huesos y piel. El compromiso gastrointestinal es excepcional (2–3%) y presenta manifestaciones clínicas y endoscópicas heterogéneas, lo que dificulta su reconocimiento. El diagnóstico requiere confirmación histopatológica mediante inmunohistoquímica, siendo habitual que los hallazgos endoscópicos sean normales o inespecíficos.

Objetivos: Describir la presentación clínica, los hallazgos endoscópicos e histopatológicos y la relevancia clínica de la evaluación digestiva en pacientes adultos con HCL, destacando las dificultades diagnósticas del compromiso gastrointestinal.

Caso Clínico: Revisión retrospectiva de tres pacientes con HCL. Todos presentaron síntomas digestivos y fueron evaluados mediante videoendoscopia alta y videocolonoscopia con toma de biopsias. Se describen forma de presentación, compromiso sistémico, hallazgos endoscópicos e histopatológicos y su impacto diagnóstico.

Resultados: Se incluyeron tres pacientes, con edades entre 20 y 90 años. Los tres presentaron compromiso gastrointestinal por HCL confirmado histológicamente, siendo los hallazgos endoscópicos marcadamente heterogéneos. En un paciente, la videoendoscopia alta y la videocolonoscopia fueron macroscópicamente normales, diagnosticándose infiltración rectal únicamente mediante biopsias. Otro presentó una colitis difusa sin características específicas, cuyo estudio histopatológico confirmó infiltración por HCL. En el tercer caso se identificó infiltración por HCL en un pólipo colónico.

Conclusión: Esta serie de casos pone en evidencia el desafío diagnóstico del compromiso digestivo en la HCL, aportando ejemplos con hallazgos endoscópicos normales o inespecíficos e infiltrado histológico en localizaciones de baja frecuencia anatómica. La presentación clínica inespecífica y la posibilidad de hallazgos incidentales dificultan su detección. Sin embargo, su identificación puede orientar el tratamiento sistémico, evitar abordajes innecesarios o reconocer formas de debut de la enfermedad. La sospecha activa con toma de biopsias es esencial, incluso en contextos clínicos atípicos o hallazgos endoscópicos poco sugestivos.

POSTERS DISTINGUIDOS

Código: 0231

CRIPTOCOCOSIS DISEMINADA CON COMPROMISO COLÓNICO PSEUDOTUMORAL EN UNA PACIENTE RECEPTORA DE TRASPLANTE RENAL

Modalidad: Casos Clínicos - Poster Distinguido

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

AMAYA MENDOZA, Deiler | LAUDANNO, Oscar Miguel Oreste | LAFAGE, Matías | DI DONATO, María Belén | AULAR, Daniela | PEDROSA, Larissa | DURRUTY, Manuela

INSTITUTO DE INVESTIGACIONES MÉDICAS ALFREDO LANARI, UNIVERSIDAD DE BUENOS AIRES

Introducción: La criptococosis es una micosis oportunista que habitualmente compromete el sistema respiratorio y el sistema nervioso central. La afectación del tracto gastrointestinal es excepcional y, cuando se presenta, constituye un desafío diagnóstico, ya que puede imitar macroscópicamente a las neoplasias epiteliales mediante lesiones pseudotumorales. Ante lesiones exofíticas mamelonadas en pacientes inmunocomprometidos, el endoscopista debe mantener un alto índice de sospecha de etiología infecciosa.

Objetivos: Objetivo Describir un caso de criptococosis colónica con presentación tumoral en una paciente trasplantada renal, destacando el rol de la endoscopia en el diagnóstico diferencial y en la detección de diseminación sistémica.

Caso Clínico: Mujer de 65 años con antecedente de trasplante renal (2018) en terapia inmunosupresora triple (tacrolimus, micofenolato de sodio y meprednisona), que consultó por síndrome constitucional (pérdida de 10 kg), diarrea, proctorragia y anemia ferropénica. La videocolonoscopia (Boston 2-2-2) evidenció dos lesiones mamelonadas de aspecto tumoral: una en colon transverso que ocluía el 1/3 de la luz, y otra similar, parcialmente estenosante, a 20 cm distal de la primera. Se tomaron múltiples biopsias.

Resultados: Las biopsias informaron estructuras levaduriformes compatibles con *Cryptococcus*. Para evaluar diseminación, se realizó una punción lumbar (presión de apertura: 5 cm H₂O); el líquido cefalorraquídeo confirmó levaduras compatibles con *criptococo*. El fondo de ojo objetivó una lesión coriorretiniana hipopigmentada sugestiva de compromiso ocular. Con el diagnóstico de criptococosis diseminada

(compromiso colónico, neurológico, respiratorio y ocular), se inició tratamiento con anfotericina B liposomal endovenosa y fluconazol (400 mg/día), logrando una evolución favorable y estabilidad clínica.

Conclusión: La criptococosis colónica puede manifestarse como lesiones tumorales sincrónicas y obstructivas que simulan fielmente un cáncer de colon. En pacientes trasplantados o inmunocomprometidos, toda lesión sospechosa debe biopsiarse de manera, dado que las infecciones oportunistas integran el diagnóstico diferencial. El hallazgo endoscópico de criptococosis digestiva debe motivar la búsqueda sistemática e inmediata de compromiso del sistema nervioso central y de otros órganos, lo que permite instaurar tratamiento oportuno y mejorar la sobrevida.

POSTERS DISTINGUIDOS

Código: 0238

VARICES ECTÓPICAS ILEOCOLÓNICAS COMO CAUSA DE HEMORRAGIA DIGESTIVA DE ORIGEN OSCURO: DESAFÍO DIAGNÓSTICO

Modalidad: Casos Clínicos - Poster Distinguido

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

RIVEROS, Damian | VELAZCO CABUT, Gonzalo Javier | CASBARIEN, Octavio | LA SALVIA, Daniela | DAFFRA, Pamela | MARTINEZ, Francisco | CAMPOY, Daniel

HOSPITAL CENTRAL DE MENDOZA

Introducción: La hemorragia digestiva de origen oscuro secundaria a várices ectópicas es una entidad infrecuente y de difícil diagnóstico en la práctica gastroenterológica de adultos. Su identificación suele retrasarse debido a que las lesiones se localizan fuera del alcance de la endoscopia convencional y por lo general pasan desapercibidas en estudios de imagen estándar, requiriendo un alto índice de sospecha clínica y el uso de tecnologías endoscópicas avanzadas.

Objetivos: Presentar el abordaje diagnóstico de un paciente con hemorragia digestiva recurrente y anemia crónica secundaria a várices ileocolónicas, detectadas durante su transición al centro de adultos.

Caso Clínico: Paciente masculino de 15 años con antecedentes desde los 7 años de múltiples internaciones (14 episodios) por hematoquecia, melena y anemia severa refractaria, con requerimiento frecuente de soporte transfusional y hierro endovenoso. Durante su evolución, se descartó enfermedad inflamatoria intestinal (mediante clínica, entero resonancia y videocolonoscopía con toma de biopsias), divertículo de Meckel (cámara gamma negativa), otras causas inflamatorias (calprotectina negativa) y presencia de hipertensión portal.

Resultados: En la transición al centro de adultos, la videocápsula endoscópica identificó dilataciones venosas compatibles con ectasias en el íleon distal y el colon. Posteriormente, se realizó una videocolonoscopía con intubación profunda de íleon terminal (40 cm), que reveló dos cordones vasculares azulados y tortuosos en el íleon y un cordón similar en el colon derecho. Cabe destacar que tanto la angiografía como la enterotomografía con doble contraste resultaron negativas para estas lesiones. La arteriografía únicamente evidenció un desarrollo prominente de la arteria mesentérica inferior. Evaluado de forma multidisciplinaria se decidió realizar tratamiento quirúrgico.

Conclusión: Las várices ectópicas no asociadas a hipertensión portal representan una entidad etiológica extremadamente infrecuente y un verdadero desafío clínico en el adulto joven. Este caso resalta la necesidad de mantener una alta sospecha diagnóstica ante hemorragias digestivas de origen oscuro de larga data, donde la videocápsula y la ileoscopia profunda resultan determinantes para identificar anomalías vasculares de difícil visualización radiológica.

POSTERS DISTINGUIDOS

Código: 0242

ADENOCARCINOMA COLORRECTAL TIPO COMPLEJO LINFOGLANDULAR: UNA ENTIDAD RECIENTEMENTE RECONOCIDA CON POTENCIALES DESAFÍOS DIAGNÓSTICOS. SERIE DE TRES CASOS

Modalidad: Casos Clínicos - Poster Distinguido

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

REBOLINI, Inés | BERGIOLI CARRASCO, María Antonella | FUENTES, Romina | SANCHEZ, María Florencia | SANTINO, Juan Pablo | GONZÁLEZ, María Laura | ALLENDE, Marina | MARCOLONGO, Mariano

Hospital Italiano

Introducción: El adenocarcinoma colorrectal tipo complejo linfoglandular (LGCC) es una variante histológica recientemente incorporada a la clasificación de tumores digestivos de la OMS. Su reconocimiento es relevante porque puede plantear dificultades en el diagnóstico diferencial con adenomas que comprometen complejos linfoglandulares y presentan pseudoinvasión. Dada la escasa evidencia, la descripción de nuevos casos amplía el conocimiento de esta entidad. Presentamos nuestra experiencia diagnóstica en resección endoscópica.

Objetivos: Describir las características clínicas, endoscópicas e histopatológicas de tres LGCC diagnosticados por resección endoscópica y los principales desafíos diagnósticos.

Caso Clínico: Se identificaron tres mujeres de 42, 56 y 69 años con adenocarcinoma invasor subtipo complejo linfoglandular (LGCC), correspondientes a adenocarcinomas T1 desarrollados sobre adenomas. En los tres casos, el diagnóstico de LGCC se estableció sobre la pieza de resección endoscópica. Las principales características clinicopatológicas se resumen en la Tabla 1.

Resultados: Las lesiones se localizaron en colon derecho en dos pacientes (una con tumores sincrónicos en ciego y colon ascendente) (1-2) y en sigmoides en la restante (3), midiendo 2-6 cm y correspondieron a lesiones sésiles o LST. Todas fueron resecadas endoscópicamente: mucosectomía piecemeal y en bloque. El diagnóstico de LGCC se estableció en la pieza de resección endoscópica por identificación de glándulas fusionadas y anguladas, necrosis luminal, focos de desmoplasia estromal, células tumorales infiltrantes aisladas y pérdida de la lámina propia, hallazgos que confirmaron la invasión y diferenciaron esta variante de la pseudoinvación. La profundidad de invasión submucosa osciló entre 0,3 y 1,7 mm. Todas las lesiones presentaron ausencia de tumor budding. Hubo invasión linfovascular en un caso; los márgenes fueron evaluables solo en la resección en bloque. Las proteínas MMR se encontraron conservadas (inmunoquímica). Dos pacientes requirieron cirugía complementaria: una por invasión linfovascular y otra por adenocarcinoma colorectal sincrónico. En ambos no hubo tumor residual ni compromiso ganglionar. La tercera continuó vigilancia endoscópica por ausencia de criterios histológicos de alto riesgo. Al año, ninguna presentó recurrencia.

Conclusión: El LGCC constituye una variante recientemente reconocida del adenocarcinoma colorrectal cuyo diagnóstico puede establecerse en piezas de resección endoscópica de pólipos T1. Su correcta identificación permite diferenciarlo de la pseudoinvación y aplicar adecuadamente los criterios actuales de estratificación del riesgo y manejo del pólipo cáncer. La difusión de sus características clinicopatológicas contribuirá a mejorar el reconocimiento de esta entidad en la práctica de gastroenterólogos, endoscopistas y patólogos.

POSTERS DISTINGUIDOS

Código: 0248

DEL ABDOMEN AGUDO QUIRÚRGICO A LA CRISIS METABÓLICA

Modalidad: Casos Clínicos - Poster Distinguido

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

HERRERO, Marcos Ezequiel

SANATORIO 9 DE JULIO

Introducción: La porfiria aguda intermitente es una enfermedad metabólica hereditaria poco frecuente causada por un defecto en la síntesis del grupo hemo. Se caracteriza por episodios de dolor abdominal intenso, náuseas, vómitos y manifestaciones neuropsiquiátricas, lo que frecuentemente retrasa el diagnóstico.

Caso Clínico: Paciente femenina de 30 años con antecedentes de enfermedad celíaca, ansiedad, depresión y síndrome de compás aortomesentérico. En 2021 fue sometida a cirugía laparoscópica con liberación duodenal y entero-entero anastomosis por síndrome de Wilkie. Presentaba múltiples internaciones previas por dolor abdominal e intolerancia digestiva. Ingresó el 17/08/2025 por dolor abdominal, náuseas y vómitos. La ecografía abdominal no mostró alteraciones significativas. La tomografía computada evidenció leve engrosamiento duodenal, distensión gástrica y cambios posquirúrgicos intestinales. La videoendoscopia digestiva alta informó hernia hiatal y gastropatía congestiva, con mejoría inicial y posterior alta médica. El 23/08/2025 reingresó por recurrencia de los síntomas. Una nueva tomografía no evidenció hallazgos relevantes. La enterorresonancia mostró engrosamiento de la tercera porción duodenal con disminución de su calibre, sin obstrucción. Se realizó laparoscopia exploradora con VEDA intraoperatoria, constatándose mismos hallazgos previos y adherencias intestinales secundarias a cirugías previas, efectuándose adhesiolisis con mejoría parcial. Durante la internación presentó episodios de orina rojiza. La persistencia del dolor abdominal severo, la ausencia de hallazgos concluyentes y antecedentes de episodios previos motivaron la sospecha de porfiria aguda intermitente. Se solicitaron determinaciones urinarias de ácido delta-aminolevulínico (ALA) y porfobilinógeno (PBG). La paciente evolucionó con dolor refractario, requiriendo ingreso a terapia intensiva para analgesia avanzada. Hematología destacó la recurrencia de los síntomas durante varios años y reforzó la sospecha diagnóstica.

Resultados: Las determinaciones de ALA y PBG realizadas durante la crisis confirmaron el diagnóstico de porfiria aguda intermitente. Debido a la falta de respuesta al tratamiento, se inició tratamiento con hemina intravenosa durante cuatro días consecutivos. Presentó mejoría clínica, con disminución significativa del dolor abdominal, recuperación de la tolerancia oral y reducción de los requerimientos analgésicos, permitiendo el egreso.

Conclusión: La PAI constituye una causa infrecuente de dolor abdominal recurrente y un importante desafío diagnóstico. Este caso resalta la necesidad de considerarla ante cuadros abdominales severos con estudios negativos o insuficientes para explicar la sintomatología. La presencia de orina rojiza y la recurrencia de los episodios fueron claves para orientar el diagnóstico. El reconocimiento precoz y el tratamiento oportuno con hemina permitieron una evolución favorable, evitando nuevas intervenciones y mejorando significativamente la evolución clínica.

POSTERS DISTINGUIDOS

Código: 0267

SINGULTUS REFRACTARIO TRAS TERAPIA ORTOMOLECULAR: EL ROL DEL AZUL DE METILENO

Modalidad: Casos Clínicos - Poster Distinguido

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

HERRERO, Marcos Ezequiel

SANATORIO 9 DE JULIO

Introducción: El singultus persistente o hipo refractario es un síntoma infrecuente que puede asociarse a múltiples etiologías, incluyendo causas neurológicas, metabólicas, tóxicas o farmacológicas. En la mayoría de los casos ceden espontáneamente o con tratamientos convencionales, algunas situaciones raras presentan resistencia a la terapéutica habitual, siendo clave identificar agentes desencadenantes poco frecuentes

Caso Clínico: Paciente masculino de 49 años, sin antecedentes patológicos ni quirúrgicos, sin medicación crónica, que ingresa por singultus persistente, refractario a metoclopramida, cleboprida + bromazepam y baclofeno. Al ingreso se realizaron estudios de laboratorio, tomografía de cerebro, tórax, abdomen y pelvis, y resonancia de cerebro, todos sin hallazgos patológicos. Se descartaron causas neurológicas y lesiones locorregionales a nivel del nervio frénico y diafragma. La videoendoscopia digestiva alta no evidenció alteraciones

Resultados: Se administró clorpromazina, suspendida por reacción alérgica, y se realizaron ajustes de baclofeno y administración de corticoides endovenosos, sin respuesta clínica. Posteriormente, el paciente refirió haber recibido el día previo al inicio del singultus un tratamiento ortomolecular intravenoso que incluía vitamina C, vitaminas B, biotina, magnesio, L-carnitina, glutatión, azul de metileno, serotonina y NAD. Según bibliografía consultada, el azul de metileno puede inducir singultus refractario. Finalmente, la aplicación de frío local en el cuello permitió la resolución inmediata del hipo. El singultus refractario constituye un desafío diagnóstico y terapéutico. En este caso, la ausencia de hallazgos estructurales o neurológicos y la temporalidad con un tratamiento ortomolecular intravenoso sugieren una relación causal con el azul de metileno. El mecanismo propuesto se relaciona con la acción del azul de metileno sobre el sistema nervioso central y periférico: puede estimular receptores serotoninérgicos y colinérgicos, aumentando la excitabilidad del nervio frénico y del diafragma, generando contracciones involuntarias persistentes que se manifiestan como hipo refractario. La resolución mediante estímulo local (frío en el cuello) coincide con reportes de manejo de singultus inducido por irritación química del nervio frénico. Este caso subraya la importancia de indagar tratamientos recientes o exposiciones a fármacos o sustancias menos convencionales en pacientes con hipo persistente

Conclusión: El singultus refractario puede ser inducido por sustancias poco frecuentes, como el azul de metileno administrado intravenosamente. Su efecto sobre los receptores serotoninérgicos y colinérgicos del nervio frénico explica la persistencia del hipo ante tratamientos convencionales. La historia clínica detallada y la identificación de agentes desencadenantes son esenciales, y medidas simples como la aplicación de frío local pueden ser efectivas cuando los tratamientos farmacológicos fallan.

POSTERS DISTINGUIDOS

Código: 0272

LA OTRA CARA DE LA ACTIVACIÓN INMUNE: UN DESAFÍO DIAGNÓSTICO EN UNA PACIENTE CON DIARREA PERSISTENTE

Modalidad: Casos Clínicos - Poster Distinguido

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

MOLINA, Fernanda | YEREMENKO, Anna | PEIRANO SCHIAFFINO, María Belén | LOPEZ FRANCO, Juan Jose | GONZÁLEZ CREPSAC, Vera Lucía | QUINONES, Sabrina | MAURETTE, María Victoria | MAJEWSKI, Ignacio | LUBIENIECKI, Daniela Carina | PADIN, Lorenzo

Hospital Durand

Introducción: La incorporación de los inhibidores de puntos de control inmunitario ha revolucionado el tratamiento de múltiples neoplasias, mejorando el pronóstico y la supervivencia de los pacientes. Sin embargo, su uso creciente ha dado lugar a una nueva clase de eventos adversos inmunomediados, cuyo reconocimiento representa un desafío en la práctica clínica debido a la superposición de sus manifestaciones con otras entidades, especialmente las infecciosas.

Objetivos: Describir un caso clínico que ilustra las dificultades diagnósticas frente a un cuadro de diarrea persistente en una paciente con cáncer de pulmón en tratamiento con inmunoterapia.

Caso Clínico: Paciente de 51 años con diagnóstico de cáncer de pulmón de células no pequeñas, en tratamiento con pembrolizumab asociado a quimioterapia desde septiembre de 2024, con múltiples internaciones por diarrea sanguinolenta en contexto de infección por *Clostridioides difficile* (CD). Ante la reagudización de la sintomatología tras una nueva infusión de inmunoterapia, se realizaron estudios microbiológicos de materia fecal y videocolonoscopia. Está evidenció compromiso mucoso continuo hasta el ángulo esplénico, con pérdida del patrón vascular, friabilidad de la mucosa y ulceraciones superficiales. La histología mostró una rectocolitis activa con predominio en colon izquierdo y recto, mientras que la inmunohistoquí-

mica para citomegalovirus fue negativa. Debido a la persistencia de los síntomas pese al tratamiento dirigido para CD y a la ausencia de hallazgos endoscópicos compatibles con colitis pseudomembranosa, se desestimó a este microorganismo como causa principal del cuadro y se consideraron otros diagnósticos diferenciales.

Resultados: Los hallazgos endoscópicos e histológicos presentaban similitudes con los observados en la colitis ulcerosa; sin embargo, la cronología del inicio de los síntomas tras el comienzo del tratamiento con pembrolizumab y su relación temporal con cada ciclo de inmunoterapia orientaron el diagnóstico hacia una colitis inmunomediada asociada a inhibidores de puntos de control inmunitario. El cuadro fue clasificado como un evento adverso grado 2 según los Criterios de Terminología Común para Eventos Adversos (CTCAE). Se inició tratamiento con corticosteroides sistémicos, con respuesta clínica parcial, lo que motivó la suspensión transitoria de la inmunoterapia. Posteriormente, se observó una mejoría clínica significativa, reforzando la sospecha diagnóstica de colitis inmunomediada asociada a pembrolizumab.

Conclusión: La colitis inmunomediada puede presentar cambios endoscópicos e histológicos de cronicidad que dificultan su diferenciación respecto de la enfermedad inflamatoria intestinal. En pacientes oncológicos, donde las infecciones gastrointestinales son frecuentes, existe el riesgo de atribuir erróneamente toda diarrea a una etiología infecciosa. La persistencia de los síntomas tras la resolución microbiológica, junto con la integración de los hallazgos clínicos, endoscópicos e histológicos y la relación temporal con la inmunoterapia, constituyen elementos fundamentales para el diagnóstico oportuno de esta entidad.

POSTERS DISTINGUIDOS

Código: 0277

APARICION DE COLITIS ULCEROSA Y COLANGITIS ESCLEROSANTE DE NOVO TRAS UN TRANSPLANTE HEPATICO POR HEPATITIS AUTOINMUNE: UN VERDADERO DILEMA DIAGNOSTICO Y TERAPEUTICO

Modalidad: Casos Clínicos - Poster Distinguido

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

SIGAL, Nicolas | BESSONE, Fernando | REGGIARDO, Virginia | RUFFINENGO, Orlando | TANNO, Federico | CORDONE, María Antonella | CARVALHO FLORIDO ABECASIS, Morena | RIGONI, Martina | BOETSCH, Maria Sol | ZUCCA, Sofia | RODRIGUEZ GIAMMALVA, Juan Ignacio

HOSPITAL CENTENARIO

Introducción: La enfermedad inflamatoria intestinal (EII) de novo tras el trasplante hepático (TH) es infrecuente y representa un desafío por el equilibrio entre la inmunosupresión requerida para preservar el injerto y el riesgo de infecciones oportunistas. La asociación entre colangitis esclerosante primaria (CEP) y colitis ulcerosa (CU) incrementa el riesgo de cáncer colorrectal (CCR). Presentamos un caso de CU de novo posterior a TH por hepatitis autoinmune (HAI), complicado por infecciones oportunistas y desarrollo posterior de CEP.

Caso Clínico: Mujer de 36 años con cirrosis por HAI tipo 1 diagnosticada a los 17 años, sometida a TH en 2018 tras múltiples descompensaciones, iniciando inmunosupresión con tacrolimus. Cinco meses después presentó diarrea sanguinolenta y anemia; descartadas causas infecciosas y enfermedad celíaca, la rectoscopia con biopsias confirmó CU. Se indicó mesalazina y se reemplazó tacrolimus por ciclosporina. La evolución fue tórpida por adherencia irregular y complicaciones. En 2020 desarrolló Mal de Pott con colección epidural lumbar, confirmado por biopsia, requiriendo tratamiento antituberculoso prolongado y laminectomía. En 2021 presentó reactivación grave de CU tras uso de AINES; la biopsia evidenció inclusiones por citomegalovirus (CMV). Recibió ganciclovir y, por refractariedad a corticoides, inició infliximab en conjunto con Infectología. Posteriormente desarrolló falla secundaria al anti-TNF. En 2024, ante actividad endoscópica persistente (Mayo 2) y nefrotoxicidad por ciclosporina, se reinició tacrolimus y se indicó vedolizumab, alcanzando por primera vez remisión clínica de la CU. En 2026 consultó por prurito y colestasis; la colangio-RMI mostró hallazgos compatibles con CEP, iniciándose ácido ursodesoxicolico y vigilancia anual para CCR y colangiocarcinoma.

Conclusión: La CU de novo post-TH constituye un diagnóstico infrecuente que obliga a descartar enfermedad injerto contra huésped, infecciones y toxicidad farmacológica. El tratamiento inmunosupresor y biológico requiere una evaluación individualizada, especialmente ante antecedentes de tuberculosis. En este caso, vedolizumab permitió el control de la CU con un perfil de seguridad favorable. La aparición posterior de CEP añade complejidad al seguimiento del caso, por el diagnóstico diferencial con rechazo crónico y el incremento del riesgo de CCR, destacando la necesidad de una abordaje multidisciplinario.

POSTERS DISTINGUIDOS

Código: 0301

CUANDO LA BIOPSIA NO ALCANZA: NEOPLASIA PAPILAR INTRADUCTAL DE LA VÍA BILIAR COMO DIAGNÓSTICO DE SOSPECHA CLÍNICO-ENDOSCÓPICA

Modalidad: Casos Clínicos - Poster Distinguido

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

KARP, Milagros¹ | MOREYRA, Mariana Melisa¹ | BUSTOS, Ricardo Enrique¹ | KISCH, Ayelen¹ | ROMERO, Gustavo Andres¹ | CARTIER, Mariano Gastón¹ | CARRARO, María Cecilia¹ | PEREZ FERNANDEZ, Ignacio¹ | HABERMAN, Diego²

HOSPITAL CARLOS BONORINO UDAONDO¹; CENTRO ROSS²

Introducción: La neoplasia papilar intraductal de la vía biliar (IPNB) es una lesión pre maligna infrecuente, considerada el equivalente biliar de la IPMN pancreática. En un tercio de los casos, genera hipersecreción de mucina y puede causar obstrucción intermitente simulando causa litiasica. Representa el 7-12% de los tumores de vía biliar en occidente. Se asocia a hepatolitiasis, cirrosis biliar secundaria, colangitis esclerosante primaria y malformaciones biliares. Se presenta con dolor abdominal, ictericia y colangitis recurrente. El pronóstico depende de la reseccabilidad completa. La multifocalidad y la dilatación bilateral intrahepática se asocian a mala evolución.

Objetivos: Destacar la IPNB como diagnóstico diferencial infrecuente de las colestasis no litiasicas.

Caso Clínico: Mujer de 73 años colecistectomizada, con múltiples internaciones por colestasis intermitente sin diagnóstico definitivo. Ingresó por colangitis aguda, con patrón colestático. La ecografía mostró hepatopatía crónica, dilatación de la vía biliar intra y extrahepática, esplenomegalia y ascitis leve. La CPRE evidenció bilis mucopurulenta y extracción de litos, con vía biliar extrahepática dilatada, imágenes negativas intraluminales y estenosis cortas múltiples intrahepáticas. La colangiografía confirmó el hallazgo, agregando irregularidad difusa del calibre ductal. La colangioscopia, permitió la visualización directa de mucosa nodular, vellosa e irregular con vasos dilatados en la vía biliar intrahepática izquierda y abundante contenido mucoso, hallazgo altamente sugestivo de IPNB, aunque la anatomía patológica solo informó inflamación crónica inespecífica. Considerando que una biopsia negativa no excluye enfermedad (valor predictivo negativo hasta 40%). Debido al compromiso biliar difuso y a la edad avanzada de la paciente, el comité oncoquirúrgico desestimó la resección y optó por manejo conservador con drenaje biliar endoscópico y seguimiento clínico estrecho.

Resultados: La paciente no adhirió al seguimiento. Reingresó meses después con colangitis aguda sobre cirrosis biliar secundaria, con evolución a shock séptico y requerimiento de ARM en UTI. Falleció sin poder concretarse una nueva CPRE de rescate, pese al tratamiento antibiótico instaurado.

Conclusión: La IPNB es una entidad rara, debe sospecharse ante secreción mucosa en la vía biliar, asociada a dilatación ductal y hallazgos endoscópicos característicos. La colangioscopia permite la visualización directa y la toma de biopsias dirigidas

POSTERS DISTINGUIDOS

Código: 0337

METÁSTASIS DUODENAL TARDÍA DE CARCINOMA RENAL DE CÉLULAS CLARAS 23 AÑOS DESPUÉS DE LA NEFRECTOMÍA

Modalidad: Casos Clínicos - Poster Distinguido

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

VARGAS, Mara Ayelen | BERNUÉS, Juan Esteban | CALVO, Sebastian | PRIEDE Y PANTALEON, Brenda Sofia | DONATI, Juan Ignacio | SAYANES, María Victoria | MELISSA, Hidalgo | MORAN, Gabriela | SALDIAS, Nicolas

HIGA DR OSCAR ALENDE

Introducción: El carcinoma renal de células claras presenta una marcada tendencia a desarrollar metástasis tardías. Los sitios de diseminación más frecuentes son pulmón, hueso, hígado, glándulas suprarrenales y cerebro; sin embargo, el compromiso del tracto gastrointestinal es infrecuente. Su presentación clínica suele ser inespecífica siendo la hemorragia digestiva una forma de presentación habitual.

Objetivos: Presentar un caso de metástasis duodenal de carcinoma renal de células claras diagnosticada 23 años después de la nefrectomía.

Caso Clínico: Materiales y métodos: Paciente masculino de 61 años con antecedente de nefrectomía izquierda en 2003 por carcinoma renal de células claras. Consultó por melena y anemia sintomática, requiriendo internación. La videoendoscopia digestiva alta evidenció, en segunda porción duodenal, una lesión exofítica, mamelonada, friable, sangrante al contacto, de 3 cm, con ulceración central. La videocolonoscopia con ileoscopia y adecuada preparación, descartó lesiones responsables del sangrado digestivo. La patológica informa metástasis de carcinoma renal de células claras. La tomografía computada estadificadora constata lesión duodenal heterogénea de 50 mm adyacente a cabeza de pancreática, asociada a dilatación del conducto pancreático proximal, sin evidencia de enfermedad metastásica a distancia. Paciente en seguimiento por los servicios de Cirugía y Oncología para definir la estrategia terapéutica.

Resultados: El estudio histopatológico informa proliferación monótona de células claras con núcleos ovalados, leve a moderado pleomorfismo nuclear y amplio citoplasma claro, dispuestas en láminas sólidas. Inmunohistoquímica positiva para PAX8, confirmando el diagnóstico de metástasis duodenal de carcinoma renal de células claras.

Conclusión: La metástasis duodenal por carcinoma renal constituye una manifestación excepcional que puede presentarse incluso décadas después del tratamiento del tumor primario. Este caso destaca la importancia de incluirla dentro de los diagnósticos diferenciales de las lesiones duodenales sangrantes en pacientes con antecedente de carcinoma renal.

POSTERS

Código: 0010

ESTUDIO LATINOAMERICANO E IBEROAMERICANO SOBRE CONSTIPACIÓN REFRACTARIA PEDIÁTRICA: REDEFINIENDO UNA ENTIDAD CLÍNICA COMPLEJA

Modalidad: Trabajos Científicos - Poster

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

FERNANDEZ SOBREIRA, Julian¹ | VELASCO- BENÍTEZ, Carlos Alberto² | DAZA CARREÑO, Wilson³ | HIGUERA CARRILLO, Michelle⁴ | VELASCO- SUÁREZ, Daniela Alejandra⁵

HOSPITAL MATERNO INFANTIL DE TIGRE "FLORENCIO ESCARDO"¹; HOSPITAL UNIVERSITARIO DEL VALLE²; FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD, UNL-PAF³; UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA FACULTAD DE MEDICINA⁴; UNIVERSIDAD DEL VALLE⁵

Introducción: La constipación funcional constituye uno de los trastornos gastrointestinales más frecuentes en la población pediátrica. Sin embargo, persiste una importante heterogeneidad en la definición de aquellos pacientes que no responden adecuadamente al tratamiento convencional. La ausencia de criterios uniformes dificulta la investigación clínica, la comparación entre estudios y la toma de decisiones terapéuticas.

Objetivos: Determinar cómo los gastroenterólogos pediátricos latinoamericanos e iberoamericanos definen la constipación intratable y establecer criterios consensuados para una nomenclatura y definición clínica unificadas.

Material y Métodos: Estudio transversal basado en una encuesta electrónica aplicada a gastroenterólogos pediátricos de Latinoamérica e Iberoamérica. Se utilizó un cuestionario previamente validado que evaluó aspectos relacionados con la duración de los síntomas, definición de fracaso terapéutico, nivel de atención requerido para el diagnóstico, criterios de tratamiento óptimo y terminología preferida. Se realizaron análisis univariados y bivariados, calculando odds ratio (OR) e intervalos de confianza del 95%.

Resultados: Participaron 429 gastroenterólogos pediátricos, de los cuales el 45,7% pertenecían a la Sociedad Latinoamericana de Gastroenterología, Hepatología y Nutrición Pediátrica (LASPGHAN), el 16,3% a LASPGHAN Iberoamérica y el 38% no estaban afiliados a la sociedad. Los principales hallazgos fueron: • El 94,6% consideró indispensable evaluar la persistencia de los síntomas pese a recibir tratamiento médico óptimo. • El 51% definió un período de 2-3 meses como tiempo mínimo para considerar refractariedad. • El 51,7% identificó como fracaso terapéutico la falta de respuesta al uso de dos laxantes. • El 93% apoyó incluir el concepto de "tratamiento médico óptimo" dentro de los criterios diagnósticos. • El 86,7% consideró que la adherencia terapéutica debe ser evaluada por un pediatra o gastroenterólogo pediátrico. • El 83,1% prefirió reemplazar el término "constipación intratable" por "constipación refractaria" o "constipación resistente al tratamiento". Los gastroenterólogos iberoamericanos mostraron una mayor preferencia por la denominación "constipación resistente al tratamiento" en comparación con los latinoamericanos (OR 1,96; IC95% 1,08-3,55; p=0,0157).

Conclusiones: Los gastroenterólogos pediátricos de Latinoamérica e Iberoamérica muestran un amplio consenso en la necesidad de redefinir la constipación refractaria pediátrica mediante criterios clínicos estandarizados. La persistencia de síntomas pese a un tratamiento médico óptimo, adecuadamente supervisado y cumplido durante al menos 2-3 meses, tras excluir causas orgánicas estructurales, neurológicas y metabólicas, emerge como el elemento central de esta definición, mientras que el término "constipación intratable" pierde respaldo entre los especialistas. Estos hallazgos proporcionan una base sólida para armonizar la nomenclatura, fortalecer la investigación colaborativa y avanzar hacia futuras guías de práctica clínica basadas en criterios consensuados.

POSTERS

Código: 0012

DE LA INMUNIDAD EXAGERADA A LA LUZ ESTRECHA

Modalidad: Casos Clínicos - Poster

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

YEREMENKO, Anna | MOLINA, Fernanda | LOPEZ FRANCO, Juan José | GONZÁLEZ CREPSAC, Vera Lucía | ESTRADA, Carla Alejandra | GIORGIS, Ornella | VISCARDI, Juan Pablo | IGNACIO SEBASTIÁN, Majewski | LUBIENIECKI, Daniela Carina | PADIN, Lorenzo

Hospital Durand

Introducción: La disfagia en pacientes jóvenes representa un desafío diagnóstico, especialmente cuando se asocia a estenosis esofágicas complejas, multifocales o recurrentes. Si bien las causas pépticas, inflamatorias, infecciosas y congénitas suelen considerarse al momento del diagnóstico, la evolución clínica y la refractariedad al tratamiento obligan a ampliar la mirada. La evaluación clínica integral, junto con el abordaje endoscópico, resulta fundamental para orientar la etiología, tratar la obstrucción y prevenir complicaciones.

Objetivos: Revisar un caso de estenosis esofágicas multifocales refractarias en síndrome de ganancia de función de STAT1.

Caso Clínico: Paciente masculino de 19 años, con antecedente de inmunodeficiencia combinada por ganancia de función de STAT1 (STAT1-GOF), que consulta por disfagia progresiva a sólidos de años de evolución, con posterior compromiso para líquidos y requerimiento de adaptación de la dieta. El esofagograma inicial evidenció estenosis esofágicas multifocales, con compromiso cervical, de unión cervicotorácica y tercio medio. En las videoendoscopias digestivas altas (VEDAs) realizadas se observaron estenosis recurrentes, en ocasiones infranqueables, asociadas a mucosa friable, ulceraciones, exudados blanquecinos y esofagitis severa. Los estudios microbiológicos documentaron *Candida albicans* con posterior resistencia a fluconazol, por lo que requirió tratamiento antifúngico endovenoso. Entre 2022 y 2025 se realizaron múltiples dilataciones endoscópicas con balón neumático, con mejoría parcial y transitoria de los síntomas, pero recurrencia tanto sintomática como endoscópica.

Resultados: Se realizó nueva VEDA en junio de 2026, en la cual se constató estenosis fibrótica infranqueable a 25 cm de la arcada dentaria superior, de 6 mm de diámetro. Se realizó dilatación con bujías de Savary-Gilliard (10, 12.8 y 14 Fr) bajo control radioscópico, logrando franquear la estenosis. Se identificó además una segunda estenosis distal, franqueable. Actualmente presenta buena tolerancia a sólidos y líquidos, y continúa en seguimiento por Gastroenterología, Inmunología y Nutrición, en tratamiento con gammaglobulinas y soporte nutricional.

Conclusión: El síndrome STAT1-GOF constituye un error innato de la inmunidad infrecuente, de expresión heterogénea y morbimortalidad significativa. En este contexto, el compromiso esofágico puede responder a mecanismos multifactoriales, donde confluyen la susceptibilidad a candidiasis mucocutánea crónica, la inflamación persistente, la esofagitis severa, la injuria mucosa repetida y la fibrosis progresiva. Este caso destaca la importancia de considerar causas infrecuentes ante estenosis esofágicas complejas, multifocales o refractarias, especialmente en pacientes jóvenes con evolución tórpida. El manejo requiere una estrategia individualizada, con control de la inflamación/infección, optimización nutricional, tratamiento endoscópico seriado y abordaje multidisciplinario.

POSTERS

Código: 0013

ENDOTIPOS DEFINIDOS POR DATOS REDEFINEN LA ERGE REFRACTARIA: INTEGRACIÓN DE MÉTRICAS COMPLEMENTARIAS LYON 2.0 PARA CONECTAR LOS TRASTORNOS FUNCIONALES Y EL REFLUJO ÁCIDO

Modalidad: Trabajos Científicos - Poster

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

PISKORZ, María M | OLMOS, Juan Ignacio | TÉVEZ, Adriana Elizabeth | GUTIERREZ ARISPE, Fernanda | SANTANA, Mauro Martín | GONZÁLEZ BALLERGA, Esteban | MONCADA RODRÍGUEZ, Gabriela Anabel | OLMOS, Jorge Atilio

Hospital de Clínica José de San Martín UBA

Introducción: El consenso Lyon 2.0 propone métricas complementarias al tiempo de exposición ácida (TEA) -episodios de reflujo, impedancia basal nocturna media (MNBI), índice sintomático (IS), probabilidad de asociación sintomática (PAS) y competencia de la unión gastroesofágica (UGE)- para mejorar el diagnóstico de la ERGE. Sin embargo, su utilidad conjunta para definir endotipos fisiológicos en pacientes con síntomas refractarios no ha sido establecida.

Objetivos: Identificar endotipos fisiológicos en pacientes con reflujo refractario mediante la integración de métricas complementarias del Lyon 2.0 a través de análisis de agrupamiento basado en datos.

Material y Métodos: Se analizaron en forma retrospectiva 295 pacientes con síntomas de reflujo refractario que realizaron manometría de alta resolución y pH-impedanciometría de 24 horas entre 2017 y 2024. Los pacientes se clasificaron según el TEA en ERGE (>6%), borderline (4–6%) o trastorno funcional (<4%). Mediante análisis de componentes principales (ACP) y agrupamiento k-means (k=3) se integraron todas las métricas cuantitativas para identificar endotipos fisiológicos.

Resultados: De los 295 pacientes (mediana de edad 46 años, 61% mujeres), 92 presentaban ERGE, 25 valores borderline y 178 trastorno funcional. El ACP identificó dos ejes principales que explicaron el 72,5% de la varianza: carga de reflujo/asociación sintomática e integridad de la mucosa esofágica. El agrupamiento k-means delimitó tres endotipos: (1) Funcional/barrera normal (n=132): TEA 0,7%, menos de 40 episodios, MNBI 2750 Ω, IS/PAS <20%; (2) Hipersensibilidad al reflujo/barrera conservada (n=114): TEA 2,8%, 60–80 episodios, MNBI 2100 Ω, IS/PAS ≈80%; (3) ERGE ácida/falla de barrera (n=49): TEA 12,1%, más de 80 episodios, MNBI 950 Ω, IS/PAS >80%, presión del EEI 14 mmHg, morfología UGE tipo III en el 27%.

Conclusiones: Las métricas complementarias del Lyon 2.0 -en particular la MNBI y el número de episodios de reflujo- discriminan mejor que el TEA aislado. El análisis de agrupamiento evidenció un continuo fisiológico desde los trastornos funcionales hasta la ERGE ácida, determinado principalmente por la integridad mucosa y la carga de reflujo. La incorporación de estas variables permite una fenotipificación más precisa y fundamenta estrategias diagnósticas y terapéuticas individualizadas en el reflujo refractario.

POSTERS

Código: 0014

EPIDEMIOLOGÍA, PREDICTORES Y CINÉTICA DE FERMENTACIÓN DE GASES EN 21.352 TESTS DE AIRE ESPIRADO CON HIDRÓGENO Y METANO EN UNA COHORTE LATINOAMERICANA

Modalidad: Trabajos Científicos - Poster

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

PISKORZ, María M | TÉVEZ, Adriana Elizabeth | SANTANA, Mauro Martín | GUTIERREZ ARISPE, Fernanda | MONCADA RODRÍGUEZ, Gabriela Anabel | GONZÁLEZ BALLERGA, Esteban | OLMOS, Jorge Atilio

Hospital de Clínica José de San Martín UBA

Introducción: El test de aire espirado con hidrógeno y metano es el estudio estándar para el diagnóstico de sobrecrecimiento bacteriano del intestino delgado (SIBO) y sobrecrecimiento de organismos metanogénicos intestinales (OMI). Sin embargo, son escasos los estudios a gran escala que integren epidemiología, predictores y comportamiento cinético de la producción de gases.

Objetivos: El objetivo de este trabajo fue describir la epidemiología, los predictores clínicos y los fenotipos cinéticos de fermentación en una cohorte latinoamericana de gran tamaño.

Material y Métodos: Se analizaron 21.352 tests de aire espirado (15.697 solo hidrógeno; 5.655 hidrógeno-metano) realizados en un centro latinoamericano entre 2016 y 2025. Las muestras se recolectaron cada 15 minutos tras la ingesta de glucosa o lactulosa. Se definió SIBO como un ascenso de H₂ ≥20 ppm en ≤90 min, e OMI como CH₄ ≥10 ppm. Se evaluaron tendencias temporales, positividad según sustrato, predictores multivariados y parámetros cinéticos (pico, Tmáx, AUC). Los fenotipos de fermentación se derivaron mediante agrupamiento cinético.

Resultados: La edad media fue 42,0 ± 16,1 años; 53,1% mujeres. La positividad para SIBO se mantuvo estable (6,0–9,2%; p=NS). En la cohorte H₂-CH₄, el 9,2% cumplió criterios de SIBO, el 46,6% de OMI y el 52,4% fue positivo para alguno; el 82% de los positivos fue CH₄-predominante. La positividad anual no mostró variación significativa (OR ajustado 1,03/año; p=0,64). El sustrato influyó marcadamente: la positividad para SIBO fue del 6,0% con glucosa frente al 27,1% con lactulosa (p<0,001). El sexo femenino (OR 1,58; p<0,001) y la edad avanzada (OR 1,09/década; p<0,001) fueron predictores independientes de positividad H₂-CH₄. Se identificaron cinco fenotipos cinéticos: CH₄-dominante (37%), plano/bajo (19%), H₂ leve (18%), H₂-dominante (16%) y mixto (10%).

Conclusiones: En este análisis de 10 años y 21.352 tests, la positividad fue estable y estuvo impulsada principalmente por la producción de metano. La elección del sustrato fue el determinante más importante de la positividad aparente y del comportamiento cinético. Los fenotipos de fermentación identificados revelan patrones fisiológicos no contemplados por los criterios actuales y ofrecen un marco para la interpretación mecanicista del test de aire espirado.

POSTERS

Código: 0015

RENDIMIENTO DIAGNÓSTICO DE LA TABLETA DE BARIO DE 13 MM Y EL ESOFAGOGRAMA DE BARIO CRONOMETRADO EN TRASTORNOS DE LA MOTILIDAD ESOFÁGICA: ESTUDIO LATINOAMERICANO MULTIMODAL

Modalidad: Trabajos Científicos - Poster

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

GUTIERREZ ARISPE, Fernanda | PISKORZ, María M | OLMOS, Juan Ignacio | GHERGO, Jose | TÉVEZ, Adriana Elizabeth | SANTANA, Mauro Martín | GONZÁLEZ BALLERGA, Esteban | OLMOS, Jorge Atilio

Hospital de Clínica José de San Martín UBA

Introducción: El rol diagnóstico de la tableta de bario de 13 mm y el esofagograma de bario cronometrado (EBC) no ha sido completamente definido en el contexto de la Clasificación de Chicago v4.0 (CCv4.0).

Objetivos: El objetivo de este trabajo fue establecer umbrales radiológicos óptimos y evaluar un modelo diagnóstico integrado para acalasia y obstrucción al flujo de salida de la unión gastroesofágica (OFUGE), incorporando retención de la tableta, métricas del EBC, características clínicas, endoscopia y manometría de alta resolución (MAR).

Material y Métodos: Cohorte prospectiva de centro terciario que incluyó adultos sintomáticos y controles sanos sometidos a prueba estandarizada con tableta de 13 mm, EBC no líquido a 1 y 5 minutos, y MAR. Los desenlaces primarios fueron: (1) disfagia vs. controles y (2) acalasia/OFUGE vs. disfagia no-OFUGE. Se calcularon curvas ROC, puntos de corte de Youden, sensibilidad/especificidad, valores predictivos y correlaciones no paramétricas. Un modelo multivariable de random forest integró variables radiológicas, clínicas y endoscópicas.

Resultados: Se incluyeron 61 individuos (mediana de edad 52 años; 57% mujeres): 33 acalasia (40% tipo II), 7 OFUGE, 10 disfagia no-OFUGE y 11 controles. El tiempo de pasaje de la tableta discriminó eficazmente disfagia de controles (AUC 0,84); el punto de corte óptimo fue 50 s (especificidad 100%). Para acalasia/OFUGE, un umbral ≥120 s mostró sensibilidad del 77,5% y especificidad del 80%. La retención a los

5 minutos presentó un VPP del 94% para disfunción significativa de la UGE. El EBC líquido aportó valor complementario: una columna de bario ≥ 2 cm a los 5 min ofreció sensibilidad del 72,5% y especificidad del 80%. El modelo multimodal de random forest superó a todas las variables individuales (AUC 1,00), con mayor importancia para el tiempo de pasaje de la tableta, la altura de la columna a los 5 min, el ancho del bario y la dilatación esofágica.

Conclusiones: Un tiempo de pasaje ≥ 120 s constituye un umbral radiológico robusto para la disfunción de la UGE. La tableta de 13 mm es una herramienta de tamizaje eficiente, mientras que el EBC -en particular la columna a los 5 min- aporta resolución fisiológica complementaria. La integración multimodal mejora significativamente la precisión diagnóstica y respalda un abordaje alineado con la CCv4.0 para la evaluación de acalasia y OFUGE.

POSTERS

Código: 0017

DISCORDANCIA ENTRE MALABSORCIÓN E INTOLERANCIA A LA LACTOSA: LECCIONES DE UNA COHORTE LATINOAMERICANA DE GRAN TAMAÑO

Modalidad: Trabajos Científicos - Poster

Unidad Temática: a) GASTROENTEROLOGÍA 3. Intestino delgado 3.5. Miscelánea
PISKORZ, Maria M | GUTIERREZ ARISPE, Fernanda | TÉVEZ, Adriana Elizabeth | SANTANA, Mauro Martin | MONCADA RODRÍGUEZ, Gabriela Anabel | GONZÁLEZ BALLERGA, Esteban | OLMOS, Jorge Atilio

Hospital de Clínica José de San Martín UBA

Introducción: Introducción: El test de aire espirado con hidrógeno (TAE) es ampliamente utilizado para diagnosticar la malabsorción bioquímica de lactosa (ML), aunque muchos pacientes atribuyen sus síntomas abdominales a "intolerancia a la lactosa" (IL) independientemente de los resultados objetivos. La verdadera superposición entre ML e IL en la práctica clínica habitual es incierta, en particular en América Latina.

Objetivos: El objetivo fue cuantificar la discordancia entre ML e IL en una cohorte de gran tamaño y caracterizar la cinética del hidrógeno durante el TAE con lactosa.

Material y Métodos: Se analizaron retrospectivamente 2.907 TAE con lactosa de 3 horas consecutivos realizados en un centro latinoamericano. Todos utilizaron una carga oral de lactosa con mediciones seriadas de hidrógeno cada 15–30 minutos. La ML se definió según criterios estándar (ascenso de H_2 sobre la basal), mientras que la IL requirió ML más aparición o empeoramiento de dolor abdominal, distensión y/o diarrea durante o inmediatamente después del test. Se realizaron regresión logística multivariable y comparación de parámetros cinéticos (basal, pico, tiempo al pico, AUC) entre tests ML-positivos y ML-negativos.

Resultados: La ML se registró en 1.010/2.907 pacientes (34,7%), mientras que solo 182 (6,3%) cumplieron criterios de IL. Durante el test, el 18% de los ML-positivos desarrolló síntomas frente al 8% de los ML-negativos (OR 2,47; IC 95% 1,98–3,08; $p < 0,0001$). Los tests ML-positivos mostraron un ascenso tardío y sostenido (pico mediano de $\Delta H_2 \approx 100$ ppm a los 150 min) con mayor exposición acumulada, mientras que los ML-negativos presentaron solo fluctuaciones leves y tempranas en torno a la basal. En el análisis multivariable, el sexo femenino se asoció inversamente con ML (OR ajustado 0,73; IC 95% 0,60–0,89; $p = 0,002$). No se identificaron predictores independientes de IL.

Conclusiones: En esta cohorte latinoamericana, un tercio de los pacientes cumplió criterios de ML, pero solo una minoría presentó IL concomitante, evidenciando una marcada discordancia entre malabsorción bioquímica e intolerancia percibida. Los patrones cinéticos diferenciados refuerzan que un TAE positivo es un subrogante pobre de IL clínicamente relevante y no debería justificar automáticamente la exclusión de lactosa de por vida. La ausencia de ML tampoco descarta la generación de síntomas por otros mecanismos de la interacción intestino-cerebro.

POSTERS

Código: 0024

EFFECTIVIDAD EN VIDA REAL DE UPADACITINIB EN PACIENTES CON COLITIS ULCEROSA DE MODERADA A SEVERA: HALLAZGOS PROVISIONALES SOBRE LOS PATRONES DE TRATAMIENTO EN EL ESTUDIO PROFUNDUS

Modalidad: Trabajos Científicos - Poster

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

PARKES, Gareth¹ | FUMERY, Mathurin² | BETTENWORTH, Dominik³ | ARMUZZI, Alessandro⁴ | MORISSET, Pierre⁵ | MALLICK, Madhuja⁵ | CHEN, Shirley H⁶ | KIM, Jae Rok⁶ | RAUSCH, Astrid⁶ | PANACCIONE, Remo⁷

THE ROYAL LONDON HOSPITAL¹; AMIENS UNIVERSITY HOSPITAL²; CED SCHWERPUNKTPRAXIS³; HUMANITAS RESEARCH HOSPITAL⁴; ABBVIE, INC.⁵; HOSPITAL BRITÁNICO⁶; UNIVERSITY OF CALGARY⁷

Introducción: Upadacitinib (UPA), un inhibidor oral reversible de la janus quinasa (JAK1), está aprobado para el tratamiento de la colitis ulcerosa (CU) de moderada a severa. Si bien los ensayos pivotaes respaldan su uso, la evidencia en vida real

(RW) sobre UPA en CU sigue siendo limitada. Este análisis provisional del estudio abierto prospectivo en vida real de UPA en CU (PROFUNDUS) evalúa los patrones de tratamiento en la consulta de pacientes con CU

Objetivos: Evaluar la efectividad, mejoría sintomática y seguridad de UPA en pacientes con CU de moderada a severa en semana 26 en el marco del estudio PROFUNDUS

Material y Métodos: Entre los pacientes elegibles había adultos (de 18 a 79 años) con CU de moderada a severa que iniciaron UPA en 16 países; los investigadores tomaron las decisiones terapéuticas de acuerdo con las guías locales. La reducción gradual de esteroides fue opcional y a criterio del investigador. Este análisis provisional evaluó el conjunto completo de análisis (FAS), compuesto por 494 de los primeros 500 pacientes que cumplieron los requisitos, dieron su consentimiento informado e iniciaron la administración de UPA una vez al día, de acuerdo al prospecto local. Se evaluaron los datos demográficos basales (BL), las características clínicas, los motivos de interrupción y el uso de corticosteroides (CS) al final de la inducción y hacia la semana 26 de mantenimiento en los pacientes del FAS y según el estado de terapia avanzada (TA) (con exposición previa a TA vs TA-naïve; fecha de corte: 28/02/25)

Resultados: En el FAS en la BL (última medición durante o antes de la dosis inicial), la edad media (DE) de los pacientes fue de 39,4 (13,3) años, siendo un 57,1% hombres y un 21,5% pacientes con uso de CS; la duración media (DE) de la enfermedad fue de $7,8 \pm 7,0$ años, con un 54,6% de los pacientes con experiencia previa en TA y un 14,2% fallaron a ≥ 1 JAKi. En la semana 26, el 82,8% de los pacientes seguían recibiendo UPA (con experiencia previa en TA: 79,6%; TA-naïve: 86,6%; tabla 1). Los motivos más frecuentes para interrumpir el tratamiento fueron los eventos adversos (6,3%), la falta de eficacia (2,8%) y la adherencia al tratamiento de los pacientes (2,6%; tabla 1). Dentro de la población general, la mayoría de los pacientes estaban en tratamiento con UPA 30 mg al inicio del mantenimiento y en la semana 26 (88,7%, 80,6%), y menos con UPA 15 mg (11,3%, 14,1%); una proporción numéricamente mayor de pacientes con experiencia previa en TA permanecieron en UPA 30 mg (84,2% frente al 76,4%) o escalaron a UPA 45 mg (6,1% frente al 4,2%) hacia la semana 26 en comparación con los pacientes TA-naïve. De entre los pacientes que utilizaban CS, aproximadamente la mitad (52,2%) permanecieron con CS al final de la inducción entre los pacientes que recibieron cualquier dosis de UPA (con experiencia previa en TA: 58 versus TA-naïve: 41,7%), lo cual disminuyó al 33,9% en la semana 26, con una distribución comparable entre los subgrupos. Los datos de seguridad de PROFUNDUS se han publicado anteriormente, mostrando un perfil coherente con los ensayos clínicos

Conclusiones: La mayoría de los pacientes con CU de moderada a severa que iniciaron tratamiento de mantenimiento con UPA 30 mg se mantuvieron en esta dosis hacia la semana 26, lo que refleja una alta persistencia en la vida real; estos datos sugieren que la terapia de mantenimiento con UPA puede facilitar la reducción de la dependencia de CS con el tiempo

POSTERS

Código: 0028

MEJORÍAS EN LAS PUNTUACIONES ENDOSCÓPICAS SIMPLES PARA ENFERMEDAD DE CROHN EN PACIENTES CON ENFERMEDAD FISTULIZANTE PERIANAL TRATADOS CON UPADACITINIB: ANÁLISIS POST HOC DE LOS ENSAYOS DE FASE III

Modalidad: Trabajos Científicos - Poster

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

CHIOREAN, Michael¹ | IRVING, Peter M.² | REINISCH, Walter³ | OGHOLIKHAN, Sina⁴ | SERAHATI, Sara⁴ | VAN HAAREN, Stijn⁴ | REYNOSO, Aixa⁵ | SEMINERIO-DIEHL, Jennifer⁶

NORTHWEST IMMUNOLOGY INSTITUTE¹; INFLAMMATORY BOWEL DISEASE CENTRE²; MEDICAL UNIVERSITY OF VIENNA³; ABBVIE, INC.⁴; Gedy⁵; UNIVERSITY OF SOUTH FLORIDA⁶

Introducción: Upadacitinib (UPA), un inhibidor oral de la JAK, se asoció con tasas más altas de resolución de fístulas en comparación con placebo (PBO) durante la semana 52 de mantenimiento entre los pacientes con enfermedad de Crohn fistulizante perianal (PFCD)

Objetivos: Investigar la asociación entre la respuesta de la fístula y la mejoría de la mucosa rectal con UPA durante la semana 12 de inducción y 52 de mantenimiento en pacientes con enfermedad de Crohn

Material y Métodos: Los pacientes recibieron 45 mg de UPA (UPA45) o PBO una vez al día (QD) durante 12 semanas (U-EXCEL, U-EXCEED); los que respondieron a UPA45 fueron reasignados al azar para recibir UPA 15 mg (UPA15), UPA 30 mg (UPA30) o PBO QD durante 52 semanas (U-ENDURE). Entre los pacientes con PFCD con drenaje basal, se evaluaron la respuesta endoscópica [puntuación endoscópica simple para la enfermedad de Crohn (SES-CD)] y la resolución de la fístula (ausencia de drenaje espontáneo o provocado) en las semanas de inducción 12/24 y en las semanas de mantenimiento 0 y 52. Los datos se resumen tal como se observó antes de los eventos intercurrentes (interrupción prematura del medicamento del estudio o inicio de la medicación de rescate relacionada con la EC) y se presentan como media (DE) para la población general y en los pacientes con una respuesta inadecuada al tratamiento previo con TNF (TNF-RI).

Resultados: Al inicio de la inducción, 66 pacientes (PBO, n = 22; UPA45, n = 44) tenían PFCD drenante; la mayoría de los pacientes tratados con UPA tenían TNF-RI

(N/n = 38/44 [86%]). En la semana 12 de inducción, el 50,0% (N/n=20/40) de los pacientes tratados con UPA45 lograron una resolución del drenaje de la fístula perianal (FP). Desde el inicio hasta la semana 12, las puntuaciones de SES-CD del colon total en los pacientes tratados con UPA45 se redujeron de manera similar entre los pacientes con o sin resolución (17,6 [7,3] a 9,5 [7,3] frente a 17,6 [7,3] a 11,1 [8,1]). Se observaron resultados comparables en el recto, con puntuaciones que disminuyeron de 4,5 [3,2] a 2,9 [2,5] frente a 4,5 [3,2] a 2,6 [2,7], respectivamente (figura 1). En el grupo tratado con PBO (n = 22), solo 2 pacientes (9,1%) resolvieron el drenaje, sin que se observara ninguna mejoría en las puntuaciones de SES-CD. Entre los pacientes tratados con UPA con fístulas drenantes al inicio de la inducción, el SES-CD siguió mejorando entre las 0 y las 52 semanas del ensayo de mantenimiento en (colon entero: UPA15: 10,9 [5,9] a 7,3 [6,0]; UPA30: 7,0 [5,6] a 3,7 [3,4]) y el recto (UPA15: 3,0 [3,0] a 1,2 [1,8]; UPA30: 1,8 [1,9] a 0,1 [0,4]; figura 1). Ningún paciente tratado con PBO con PF basal alcanzó la semana 52 para colon entero (15,1 [9,8] a 0,0 [0]) o recto (3,3 [2,1] a 0 [0]; figura 1). Se observaron tendencias similares entre los pacientes con TNF-RI.

Conclusiones: Los pacientes tratados con UPA con PFCD drenante mostraron mejorías endoscópicas hacia la semana 52 de mantenimiento, independientemente de la respuesta de la fístula, y la mayoría de los pacientes tenían TNF-RI. Si bien el tamaño de la muestra es limitado, estos hallazgos sugieren que la resolución de la fístula es independiente de la mejoría endoscópica en los pacientes con enfermedad de Crohn tratados con UPA.

POSTERS

Código: 0029

LINFOMA DIFUSO DE CÉLULAS B DE CENTRO GERMINAL CON PRESENTACIÓN COMO HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA Y LESIONES GÁSTRICAS Y DUODENALES MÚLTIPLES

Modalidad: Casos Clínicos - Poster

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

GUTIERREZ ARISPE, Fernanda | PISKORZ, María M | OLMOS, Juan Ignacio | GHERGO, Jose | TÉVEZ, Adriana Elizabeth | SANTANA, Mauro Martín | GONZÁLEZ BALLERGA, Esteban | OLMOS, Jorge Atilio

CENTRO DE ESTUDIOS DIGESTIVOS (CED)

Introducción: El linfoma difuso de células B grandes (LDCBG) de tipo centro germinal es un subtipo molecular del linfoma difuso de células B grandes, el linfoma no Hodgkin más común, que representa aproximadamente el 30-40% de todos los casos. El compromiso gastrointestinal representa aproximadamente el 10% de todos los casos de LDCBG y constituye el linfoma más común del tracto gastrointestinal. El estómago es el sitio más frecuentemente afectado (53-63%), seguido del intestino delgado (18-26%) y el colon-recto (20-24%). Se suele manifestar dolor abdominal (70%), síntomas obstructivos (especialmente en localización colorrectal), cambios en el hábito intestinal (18%) y con complicaciones (sangrado o perforación).

Objetivos: Presentar un caso de LDCB de centro germinal con compromiso gástrico y duodenal múltiple, cuya forma de presentación fue un síndrome anémico severo secundario a hemorragia digestiva alta, en el contexto de una enfermedad oncológica avanzada en estudio.

Caso Clínico: Se presenta el caso clínico de un paciente de 53 años, de sexo masculino, con antecedente de 5 meses el cual inicia con un síndrome coleociano con respuesta a tratamiento instaurado con corticoides en ciudad de origen, pero luego progresa con pérdida de 10 kilogramos de peso, plenitud posprandial y saciedad precoz. Presentaba lesiones sólidas en cola de páncreas, riñón e hígado documentadas por tomografía computada y resonancia magnética de abdomen, con biopsia hepática con diagnóstico histológico no definitivo (hemangioendotelio epitelioide versus hemangioma fibroso). Se interna por síndrome anémico severo (hemoglobina 5,1 g/dl, hematocrito 15,6%) en rango transfusional, asociado a injuria renal aguda (creatinina 5,2 mg/dl). Se realizó VEDA, transfusión de glóbulos rojos (4 unidades) y hierro endovenoso.

Resultados: La VEDA evidenció una lesión ulcerada de 60 milímetros en cuerpo gástrico sin sangrado activo al momento del procedimiento, múltiples lesiones exofíticas de 6 a 10 milímetros en estómago y lesiones exofíticas con ulceración central en duodeno. Se tomaron biopsias gástricas cuyos resultados, integrados con el estudio anatomopatológico de las lesiones sistémicas, permitieron establecer el diagnóstico definitivo de linfoma difuso de células B de centro germinal. El paciente evolucionó favorablemente durante la internación con mejoría progresiva de la función renal y tolerancia oral, recibiendo el alta médica con seguimiento ambulatorio programado.

Conclusión: El linfoma difuso de células B grandes de tipo centro germinal con compromiso gastrointestinal puede presentarse de forma poco habitual como hemorragia digestiva alta severa y síndrome anémico grave. La presencia de lesiones gástricas y duodenales múltiples, especialmente en pacientes con síntomas constitucionales y compromiso multiorgánico, debe despertar la sospecha de una enfermedad linfoproliferativa. En este caso, la endoscopia digestiva alta con toma de biopsias fue fundamental para alcanzar el diagnóstico definitivo, permitiendo integrar los hallazgos histológicos con las lesiones sistémicas previamente identificadas. Este caso resalta la importancia de un abordaje multidisciplinario y de considerar al linfoma dentro de los diagnósticos diferenciales de las lesiones gastrointestinales multifocales.

POSTERS

Código: 0033

TUBERCULOSIS INTestinal Y PERITONEAL EN PACIENTE INMUNOCOMPETENTE: DESAFÍO DIAGNÓSTICO EN UNA MUJER JOVEN BOLIVIANA.

Modalidad: Casos Clínicos - Poster

Unidad Temática: a) GASTROENTEROLOGÍA 7. Enfermedades infecciosas 7.1. TBC

JENSEN PADILLA, Mauricio¹ | VILLALOBOS ESPADA, Iver² | CALDERÓN SILES, Evelin Vanessa²

HIGA RODOLFO ROSSI¹; INSTITUTO GASTROENTEROLOGICO BOLIVIANO JAPONES²

Introducción: La tuberculosis (TB) continúa siendo un problema de salud pública global. Según la Organización Mundial de la Salud, en 2022 se notificaron 10,6 millones de nuevos casos y 1,6 millones de muertes relacionadas con TB. La forma pulmonar constituye más del 80% de los casos, mientras que las formas extrapulmonares representan entre 15–20% en pacientes inmunocompetentes y hasta el 50% en inmunocomprometidos. La tuberculosis abdominal, que incluye el compromiso intestinal y peritoneal, representa aproximadamente el 3–5% de las formas extrapulmonares y constituye una entidad de difícil diagnóstico debido a su presentación clínica inespecífica. Puede simular enfermedades inflamatorias intestinales, procesos neoplásicos o cuadros de abdomen agudo, lo que frecuentemente retrasa el diagnóstico y el inicio del tratamiento. En Sudamérica hay una elevada prevalencia de la enfermedad. En Bolivia, la incidencia reportada supera los 100 casos por 100.000 habitantes.

Objetivos: Analizar los desafíos diagnósticos de la tuberculosis intestinal y peritoneal en una paciente inmunocompetente, resaltando la importancia de integrar hallazgos clínicos, bioquímicos y moleculares para un diagnóstico oportuno.

Caso Clínico: Se trata de una mujer de 23 años, inmunocompetente, procedente de Cochabamba, Bolivia. Sin antecedentes de relevancia, quien acudió por cuadro de tres meses de evolución caracterizado por dolor abdominal difuso, distensión abdominal, diarrea, pérdida de peso y fiebre. El examen físico mostró ascitis moderada. Los análisis revelaron anemia, reactantes elevados, CA-125 elevado, el análisis del líquido ascítico mostró GASA de 0.5 y niveles elevados de ADA (80 U/L), orientando la sospecha diagnóstica hacia tuberculosis peritoneal. La tomografía mostró engrosamiento ileal, adenopatías mesentéricas y ascitis. La endoscopia mostró gastritis nodular antral, biopsias con granulomas sin necrosis en estómago, y la colonoscopia evidenció una úlcera ileal, con dificultad al paso del endoscopio, biopsias inflamación crónica severa con formación de granulomas sin necrosis central. En estudios dirigidos el diagnóstico se confirmó por GeneXpert positivo en biopsia de úlcera ileal y por PCR en materia fecal. Se inició tratamiento antituberculoso con esquema estándar HZRE.

Resultados: La paciente completó el tratamiento antituberculoso sin efectos adversos relevantes. A los 10 meses de seguimiento permaneció asintomática, con recuperación del estado nutricional, ecografía abdominal sin ascitis, radiografía de tórax sin evidencia de compromiso pulmonar y colonoscopia de control con intubación ileal sin alteraciones.

Conclusión: La tuberculosis intestinal y peritoneal debe considerarse dentro de los diagnósticos diferenciales del dolor abdominal crónico y la ascitis de etiología no aclarada, incluso en pacientes inmunocompetentes. La integración de los hallazgos clínicos, bioquímicos, endoscópicos, histopatológicos y moleculares permitió establecer un diagnóstico y tratamiento oportuno, favoreciendo una evolución clínica satisfactoria.

POSTERS

Código: 0037

DISPEPSIA INVESTIGADA: ASOCIACIÓN HELICOBACTER PYLORI Y METAPLASIA INTestinal EN ROSARIO.

Modalidad: Trabajos Científicos - Poster

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

PRATTO, Daniel

CENTRO DE ESPECIALIDADES MEDICAS AMBULATORIAS ROSARIO

Introducción: Los síntomas dispepticos crónicos son comunes en la población general. La asociación entre presencia de Helicobacter Pylori (Hp) y metaplasia intestinal (MI) aún no ha sido caracterizada en nuestra región.

Objetivos: Investigar esta asociación ya que no existe ningún trabajo epidemiológico realizado en la Rosario

Material y Métodos: El diseño del estudio es descriptivo, transversal y retrospectivo. Se incluyeron los pacientes que consultaron por dispepsia en el primer nivel de atención. Se realizó en la Unidad de endoscopia ambulatoria CEMAR en el año 2024. Criterios de inclusión pacientes con dispepsia que no respondieron al tratamiento de prueba con IBP, a los que se les realizó un examen endoscópico y toma de biopsia. En la endoscopia se tomaron dos biopsias del antro y una de la incisura y del cuerpo gástrico analizados por un único patólogo con la clasificación de Sidney. Así como

la identificación de MI. Obtención de datos historias clínicas de los pacientes con los criterios de inclusión. Se emplearon técnicas de análisis descriptivo para las variables bajo estudio

Resultados: En el periodo de estudio se incluyeron 225 pacientes que cumplieron con los criterios, se excluyeron 52 pacientes. Masculinos 43(19%) con edad promedio 43 años, femenino 182(81%) con edad promedio 48 años Se identificó HP en 117 ptes. (52%) La MI se detectó en 34 ptes. (15%) y la asociación HP-MI en 14 ptes. (6%).

Conclusiones: La prevalencia de la infección por *Helicobacter pylori* (52%) y de metaplasia intestinal (15%) son similares a otras regiones geográficas. La asociación entre *Helicobacter pylori* y metaplasia intestinal fue baja (6%). Este es un problema de salud pública ya que es importante en la detección precoz de lesiones preneoplásicas gástricas en pacientes de riesgo, su vigilancia y el tratamiento erradicador de *H. pylori*.

POSTERS

Código: 0038

DUODENO EN LA DISPEPSIA NO ULCEROSA INVESTIGADA: OBJETIVO ENFERMEDAD CELÍACA.

Modalidad: Trabajos Científicos - Poster

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

PRATTO, Daniel

CENTRO DE ESPECIALIDADES MEDICAS AMBULATORIAS ROSARIO

Introducción: La elevada incidencia de enfermedad celíaca (EC) en pacientes con dispepsia no ulcerosa evidencia la necesidad de efectuar durante la endoscopia alta una correcta evaluación del duodeno. Se han observado síntomas de dispepsia como únicas manifestaciones. la evaluación pausada del duodeno es importante.

Objetivos: Evaluar la prevalencia de los signos endoscópicos de EC en los pacientes con dispepsia ulcerosa investigada.

Material y Métodos: Estudio descriptivo, transversal y retrospectivo. se realizó en la Unidad de endoscopia ambulatoria CEMAR en el año 2024-25. Criterios de inclusión: ptes. con endoscopia alta por dispepsia sin lesión con signos endoscópicos de EC en duodeno. Biopsias 2 en bulbo y 4 post-bulbar. Atrofia vellosidades. Linfocitos intraepiteliales >40/100 enterocitos. Hiperplasia criptas. Estadística: Se emplearon técnicas de análisis descriptivo para las variables bajo estudio.

Resultados: En el periodo de estudio se incluyeron 277 pacientes. Con respecto al sexo: Mujeres (85%) con edad promedio (30 años); varones (15%) con edad promedio (35 años). 15 cumplieron con los criterios inclusión. De los cuales 13(86%) fueron diagnosticados por histología como EC. En este estudio la prevalencia fue del 4.6%.

Conclusiones: Los resultados indican que la prevalencia de EC en pacientes con dispepsia investigada es mayor que la estimada en la población en general (4.6%). Con una buena sensibilidad y especificidad de la endoscopia. Debería considerarse el monitoreo serológico para esta enfermedad en la evaluación de estos pacientes.

POSTERS

Código: 0039

COMPOSICIÓN CORPORAL MEDIANTE DXA EN PACIENTES CELÍACOS. UN ESTUDIO RETROSPECTIVO DE CORTE TRANSVERSAL.

Modalidad: Trabajos Científicos - Poster

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

DI PAOLO, Mirjana | BUTTAZZONI, Mirena | CARRETERO, Marcelina | GONZÁLEZ, María Laura | MARCOLONGO, Mariano | MATOSO, María Dolores

Hospital Italiano

Introducción: La enfermedad celíaca (EC) se asocia frecuentemente con alteraciones en el metabolismo óseo y mineral. Dado que el fenotipo clínico experimenta una transición desde una forma malabsorbtiva hacia el normopeso o la obesidad, la evaluación precisa de la composición corporal resulta esencial para determinar el riesgo metabólico y de sarcopenia. Este estudio utilizó la absorciometría de rayos X de doble energía (DXA) para caracterizar la composición corporal y la densidad mineral ósea (DMO) en una cohorte contemporánea de adultos con EC.

Objetivos: Realizar un estudio descriptivo inicial de la composición corporal de los pacientes con EC menores de 52 años en un centro de tercer nivel.

Material y Métodos: Se llevó a cabo un estudio observacional, retrospectivo y monocéntrico que incluyó a 77 pacientes con EC (73% de sexo femenino) menores de 52 años; se excluyeron las mujeres menopáusicas. Se utilizó DXA para medir el Z-score del índice de masa magra apendicular (IMMA), el Z-score del contenido mineral óseo (CMO) y el Z-score de la DMO total.

Resultados: Los parámetros de tejido blando, incluidos los Z-scores del IMMA y de la masa grasa, se agruparon entorno a cero en ambos sexos, lo que indica un perfil de composición corporal comparable al de la población de referencia del NHANES. Por el contrario, la salud ósea se encontró comprometida de manera consistente,

especialmente en el sexo femenino. Las pacientes presentaron Z-scores de DMO total negativos en todos los grupos etarios, registrándose la media más baja en la cohorte de 40 a 44 años (-1.0 ± 1.0). Los Z-scores del CMO también fueron predominantemente negativos (p. ej. -1.1 ± 1.5 en el grupo de 40 a 44 años). Los pacientes masculinos mostraron Z-scores de DMO heterogéneos, que oscilaron entre -1.04 ± 1.0 (25–29 años) y valores positivos en los subgrupos de mayor edad.

Conclusiones: En esta cohorte, el fenotipo moderno de la EC presenta una composición de tejido blando preservada. No obstante, la baja DMO sigue siendo un hallazgo persistente, en particular en mujeres premenopáusicas. Estos resultados resaltan la necesidad de la realización de un cribado sistemático mediante DXA en pacientes adultos con EC, independientemente de su índice de masa corporal o presentación clínica.

POSTERS

Código: 0042

DETERMINANTES SOCIALES DE SALUD Y CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS DE PACIENTES CON CIRROSIS: ANÁLISIS TRANSVERSAL DE UN REGISTRO INSTITUCIONAL.

Modalidad: Trabajos Científicos - Poster

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

GÓMEZ PERDIGUERO, Gonzalo | RODRIGUEZ, Angela | SANCHEZ, Andrea | HUEBLA, Mayra | CALZETTA, Pablo Anibal | CURRAS, Alfredo

HOSPITAL JUAN A. FERNANDEZ

Introducción: Los determinantes sociales de salud (DSS) influyen en los desenlaces clínicos en los pacientes con cirrosis, con evidencia exclusivamente en estudios europeos y norteamericanos. Existe escasa evidencia de DSS integrando las características clínicas en pacientes con cirrosis en Latinoamérica.

Objetivos: Describir los determinantes sociales de salud y las características clínicas de pacientes con cirrosis.

Material y Métodos: Estudio de corte transversal de un registro institucional con datos prospectivos de pacientes con cirrosis del Hospital Juan A. Fernández de Buenos Aires. Se incluyeron adultos con diagnóstico de cirrosis asistidos por el servicio de Hepatología entre noviembre de 2025 y abril de 2026. Los DSS fueron evaluados mediante encuesta estructurada organizada en cuatro áreas: demográfica, social, familiar y educativa. En los pacientes que requirieron internación mayor a 48 horas, se evaluaron las características clínicas al ingreso (incluyendo Child-Pugh y MELD-Na) y los desenlaces durante la hospitalización: desarrollo de ACLF, infecciones nosocomiales, requerimiento de vasopresores y asistencia respiratoria mecánica, alta hospitalaria y muerte. Las variables categóricas se presentan como frecuencia y porcentaje; las variables numéricas como mediana y rango intercuartílico (RIC).

Resultados: Entre noviembre de 2025 y abril de 2026 se incluyeron 85 pacientes con cirrosis. La mediana de edad fue de 61 años (RIC: 52–68) y 61% eran de sexo masculino. La etiología más frecuente fue relacionada con el consumo de alcohol en 45%, seguida de MASLD en el 15%. En cuanto a los DSS, en el área demográfica el 76% era de nacionalidad Argentina y el 54% residía fuera de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. En el área social, el 64% carecía de cobertura de salud, el 43% se encontraba sin actividad laboral y el 16% tenía condiciones inestable en su vivienda. En el área familiar, el 44% no tenía pareja estable, el 25% vivía solo y el 15% carecía de red de contención familiar. En el área educativa, el 50,7% únicamente tenía primaria completa o no tenía instrucción básica. Se analizaron 34 pacientes que tuvieron un episodio de internación, predominó la etiología de la cirrosis asociada al consumo de alcohol en 53%. Al ingreso, la mediana del Child Pugh fue 9 puntos (RIC: 7–11) y MELD-Na de 20 puntos (RIC: 15–24). Unos de los motivos de internación más frecuente fue la hemorragia digestiva variceal con el 18%. Durante la internación, el 23% desarrolló ACLF, la infección nosocomial se diagnosticó en el 22,6%, 13% requirió vasopresores y el 3% asistencia respiratoria mecánica. La mortalidad fue del 3,4%, con una mediana de estadía hospitalaria de 14 días (RIC: 6–20).

Conclusiones: Los pacientes con cirrosis asistidos en un hospital público de Buenos Aires presentan una elevada carga de vulnerabilidad social, junto con características y desenlaces clínicos graves durante la internación. El análisis de la asociación entre los DSS y los desenlaces clínicos constituye el próximo paso de esta línea de investigación. Estos resultados ponen de manifiesto la escasez de datos regionales sobre este tema y la necesidad de incorporar los determinantes sociales de salud como parte integral del seguimiento de los pacientes con cirrosis en Latinoamérica.

POSTERS

Código: 0045

ÚLCERAS ESOFÁGICAS ASOCIADAS A SÍNDROME DE DRESS: UNA ENTIDAD INFRECUENTE. REPORTE DE UN CASO.

Modalidad: Casos Clínicos - Poster

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

TUAPANTE QUINTUÑA, Paul Adrian | CABANAS, Sofía | OLIVERA, Oscar Alberto

HOSPITAL CENTRAL DE SAN ISIDRO "DR. MELCHOR A. POSEE"

Introducción: El síndrome de reacción a medicamentos con eosinofilia y síntomas

sistémicos es una reacción adversa cutánea severa inducida por hipersensibilidad a fármacos, de carácter multisistémico y potencialmente mortal. Los agentes más frecuentemente implicados son los anticonvulsivantes aromáticos, alopurinol y antibióticos betalactámicos. Las manifestaciones clínicas incluyen fiebre, exantema cutáneo, eosinofilia, linfadenopatías y compromiso de órganos internos. La afectación gastrointestinal es infrecuente (<5 %). El síntoma disfagia se ha reportado en aproximadamente el 3.9 % de los casos.

Objetivos: Describir un caso de síndrome de DRESS con úlceras esofágicas, destacando la afectación digestiva como una manifestación rara y potencialmente subdiagnosticada de esta entidad.

Caso Clínico: Paciente femenina de 46 años de edad, sin antecedentes, acudió a urgencias con cuadro clínico de tres semanas de evolución caracterizado por fiebre persistente, artralgias en grandes articulaciones y exantema cutáneo localizado en miembros inferiores y tronco. Refirió consumo de amoxicilina-clavulánico por cinco días, cuatro semanas previas al inicio de los síntomas en el contexto de un cuadro de catarro de vía aérea superior. Se decidió su internación con diagnóstico de fiebre de origen desconocido. Las serologías para VDRL, HIV, virus de hepatitis B y C, virus Epstein-Barr (IgG/IgM), citomegalovirus, toxoplasmosis y virus herpes simple, colagenograma, anticuerpos ANCA (p y c) y el anticoagulante lúpico, resultaron negativos. Se observó hipereosinofilia periférica con recuento relativo de 15.6% y valor absoluto de 1528/mm³ y obtuvo 7 puntos en la escala diagnóstica RegiSCAR por lo que se confirmó el diagnóstico de DRESS. Inició tratamiento con metilprednisolona 500 mg día intravenosa. En el segundo día de tratamiento manifestó disfagia para sólidos. Se realizó una video endoscopia digestiva alta, la cual mostró úlceras múltiples de entre 15 a 35 mm, con bordes levemente sobre elevados y fondo liso y limpio en toda la extensión del esófago, además de una antropatía erosiva. Se tomaron múltiples biopsias (gástricas, duodenales y esofágicas). El estudio histopatológico reportó en esófago mucosa revestida por epitelio escamoso superficialmente ulcerado con infiltrado inflamatorio linfocitario y eosinofílico con menos de 15 eosinófilos por campo de gran aumento y una gastritis crónica inactiva. Se ajustó tratamiento con omeprazol 40 mg cada 12 horas endovenoso, sucralfato 10 ml por vía oral cada 6 horas durante 7 días y se mantuvo corticoterapia. Su evolución clínica fue favorable manifestando remisión completa del síntoma luego de 2 semanas de iniciada la corticoterapia. En el control endoscópico ambulatorio a los dos meses se observó mucosa esofágica normal.

Conclusión: El síndrome de DRESS es una entidad infrecuente con compromiso multiorgánico y difícil diagnóstico por su presentación inespecífica y latencia prolongada. Las manifestaciones gastrointestinales incluyen principalmente colitis, mientras que la esofagitis ulcerativa es excepcional. En pacientes con disfagia, la endoscopia con biopsias permite confirmar el compromiso mucoso y descartar diagnósticos diferenciales, como la esofagitis eosinofílica e infecciosa. El tratamiento con corticosteroides intravenosos está indicado ante compromiso visceral. Dada la baja frecuencia y el subregistro de la afectación esofágica, es fundamental mantener un alto índice de sospecha y promover nuevos reportes para optimizar el diagnóstico y tratamiento.

POSTERS

Código: 0049

“FRECUENCIA EN LA DETECCIÓN DE ADENOMAS COLORRECTALES EN PACIENTES MENORES DE 50 AÑOS”

Modalidad: Trabajos Científicos - Poster

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

SEMRIK, Nadia Mileva | TRAKÁL, Juan José | ZARATE, Fabian | TRAKÁL, Esteban | GORORDO IPIÑA, R. Carolina | BENAVIDEZ, Aanalía | BONAMICO, Agustina

Clínica Universitaria Reina Fabiola

Introducción: Los adenomas colorrectales son un precursor común del cáncer colorrectal; la detección y la extirpación de estos puede ayudar a prevenir la progresión hacia el cáncer colorrectal (CCR), el segundo cáncer más frecuente en Argentina. Sin embargo, es una de las neoplasias más simples de prevenir. En los últimos años, han surgido algunos cambios epidemiológicos relacionados con la edad y el riesgo de CCR. Sin embargo, aún no se ha determinado si los factores de riesgo modificables, no modificables, o ambos, explican el aumento de la incidencia de CCR de inicio temprano, y se necesita una mejor comprensión de estos factores para incorporarlos en las estrategias preventivas que incluyen a personas menores de 50 años en el grupo de detección y así determinar la necesidad de adelantar la edad de comienzo del SCCR en nuestro país.

Objetivos: Determinar frecuencia de adenomas colorrectales en video colonoscopia (VCC) en pacientes menores de 50 años. Determinar relación entre presencia de adenomas colorrectales y sexo masculino, obesidad y tabaquismo.

Material y Métodos: Estudio observacional, retrospectivo y analítico. Se evaluaron historias clínicas de pacientes ambulatorios adultos, de ambos sexos, que se realizaron su VCC digestiva en el periodo comprendido entre Enero 2023 a Enero 2024 en la Clínica Universitaria Reina Fabiola. Se analizaron las siguientes variables: sexo, edad, detección de adenomas, preparación colónica, obesidad y tabaquismo. La muestra se presentó con estadística descriptiva; medidas de posición y dispersión para variables continuas y frecuencias absolutas y relativas para variables categóricas. La relación entre presencia de adenomas colorrectales y sexo masculino, obesidad y tabaquismo se analizó con prueba de Chi cuadrado. Se consideró significativo un valor de $p \leq 0.05$.

Resultados: La muestra estudiada estuvo conformada por 323 pacientes. La distribución por sexo fue similar entre varones y mujeres. La edad media (DE) fue de 51,6 (11,3) años. Al categorizar la edad, se observó que el 32% tenían entre 41 a 50 años, y el 31,4% de los pacientes tenían entre 51 a 60 años. En relación a los factores de riesgo, el 22,7% de los pacientes eran obesos, un 15,8% eran tabaquistas y el 5,6% presentaban ambos factores. La tasa de detección de adenomas calculada fue del 32%. Los adenomas tuvieron una distribución similar en pacientes mayores y menores de 50 años (32% vs 31,2%; $p=0,326$) y en relación al sexo (36,6% en hombres vs 27,8% en mujeres; $p=0.094$). Por el contrario, fueron más frecuentes en pacientes obesos (54,9% vs 23,4%; $p<0,0001$) y tabaquistas (50,7% vs 27,3%; $p=0,0002$).

Conclusiones: En este estudio, la frecuencia de adenomas colorrectales detectados por VCC fue de 32% (TDA). No encontramos una relación entre el sexo y la presencia de adenomas colorrectales. Por el contrario, sí observamos una asociación clara entre la obesidad y el tabaquismo con adenomas. Esto sugiere que la implementación de estrategias de prevención que aborden estos factores de riesgo, especialmente en individuos menores de 50 años, podría ser un paso importante para reducir la carga del cáncer colorrectal en la población general. Para validar estos hallazgos, sería necesario realizar estudios prospectivos más amplios que incluyan a una población diversa y que permitan una evaluación más precisa de los factores de riesgo implicados.

POSTERS

Código: 0050

GIST COMO INCIDENTALOMA: A PROPÓSITO DE UN CASO.

Modalidad: Casos Clínicos - Poster

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

DE CASTRO STAFF, Maria Isabella

HIGA DR DIEGO PAROISSIEN

Introducción: Los tumores del estroma gastrointestinal (GIST) son las neoplasias mesenquimáticas mas frecuentes del tracto digestivo, aunque representan menos del 1% de todos los tumores gastrointestinales. Los sitios mas frecuentes de presentación son el estomago (55%) e intestino delgado (31%), seguidos de colorrectal (6%) y esofágico (<1%). Tienen una incidencia global de 1.1-1.5/100000 .La presentación clínica es variable y depende del tamaño y de la localización del tumor, incluyendo sangrado gastrointestinal, dolor abdominal y obstrucción intestinal.

Objetivos: Presentar un caso clínico de GIST de intestino delgado como incidentaloma en paciente con anemia crónica de aparente origen ginecológico.

Caso Clínico: Paciente femenina de 48 años de edad con antecedentes de anemia ferropénica, miomatosis uterina y quiste ovárico, en seguimiento por servicio de ginecología. Ingresa a quirófano para anexohisterectomía, durante acto quirúrgico se constata la presencia de masa de aspecto cerebroide en intestino delgado a 130cm del asa fija. Se realiza valoración intraoperatoria por equipo de cirugía general, quienes deciden realizar la resección de dicha masa y enterointeroanastomosis. Presenta evolución favorable en el post operatorio, una vez recibido informe de anatomía patológica concurre a control con cirugía general, quienes la derivan a gastroenterología con resultados de anatomía patológica que informa: En macroscopia: pieza quirúrgica de 8x8x6cm. A la microscopia: Proliferación de células fusiformes con tasa mitótica <5/5mm², con márgenes quirúrgicos libres de lesión, T3NXMX. IMH: DOG1 positivo, CD117 positivo, DESMIRNA negativo, Ki 67 positivo en menos del 10%, S100 negativo, como conclusión, tumor de estroma gastrointestinal (GIST). Posterior a la valoración se decide solicitar TC de torax, abdomen y pelvis con doble contraste para pesquisa de eventual secundarismo, laboratorios y posteriormente VEDA/VCC para complementar algoritmo diagnóstico. Estudios pendientes hasta la fecha, paciente asintomática, aguardando turno con oncología para seguimiento en conjunto.

Conclusión: Al tratarse de un GIST <10cm, con márgenes libres, resecado completamente (R0), sin ruptura del mismo, con índice mitótico <5/5mm² y inmunofenotipo característico (DOG1+/CD117+) se clasifica como riesgo intermedio de recurrencia según la clasificación de Joensuu- NIH modificada (24% aproximadamente), por lo cual se decidió realizar seguimiento, sin indicación de tratamiento adyuvante por el momento. Los GIST son tumores poco frecuentes y aproximadamente el 18% se tratan de incidentalomas. De todos los GIST, el 30% aproximadamente se originan en intestino delgado, por lo cual el detección de un GIST yeyunal durante una anexohisterectomía es un hallazgo particularmente infrecuente.

POSTERS

Código: 0051

CUANDO EL SANGRADO NO PROVIENE DEL TUBO DIGESTIVO

Modalidad: Casos Clínicos - Poster

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

ORDÓÑEZ JARAMILLO, Juan Jose | LOPEZ FRACO, Juan Jose | YEREMENKO, Anna | PEIRANO SCHIAFFINO, Maria Belen | VISCARDI, Juan | GRUZ, Fernando | QUIÑONES, Sabrina | MAJEWSKI, Ignacio | LUBIENIECKI, Daniela Carina | PADIN, Lorenzo

Hospital Durand

Introducción: El pseudoaneurisma de la arteria hepática es una complicación poco frecuente, pero potencialmente grave de la cirugía hepatobiliar. Esta se puede manifestar con hemorragia digestiva alta, ya sea por hemobilia o por fistulización directa con el tubo digestivo. Clínicamente suele presentarse con la tríada de Quincke: dolor abdominal, ictericia, hemorragia digestiva alta.

Objetivos: Revisar un caso sobre Hemorragia digestiva alta (HDA) secundaria a pseudoaneurisma de la arteria hepática.

Caso Clínico: Paciente masculino de 28 años con antecedente de colecistectomía laparoscópica que consulta dolor abdominal inespecífico de siete días de evolución, asociado a hematemesis con compromiso hemodinámico y requerimiento transfusional. Se realizaron dos VEDAS en las que no se logró identificar la fuente del sangrado, por lo que se realiza angiografía mesentérica evidenciándose un pseudoaneurisma de gran tamaño de la arteria hepática derecha, al cual se le realiza embolización selectiva con coils.

Resultados: El paciente continúa con hemorragia, por lo que se solicita nueva VEDA y duodenoscopia, objetivándose sangrado activo a través de la papila. Debido a la persistencia del sangrado a pesar del tratamiento endovascular y endoscópico, se realizó laparotomía exploradora con resección del aneurisma de la arteria hepática derecha, evolucionando favorablemente sin nuevos episodios de hemorragia.

Conclusión: La hemorragia digestiva alta secundaria a un pseudoaneurisma de la arteria hepática, es una entidad poco frecuente, grave y de difícil diagnóstico. La identificación precoz y el abordaje interdisciplinario son fundamentales para reducir la morbilidad asociada y mejorar el pronóstico.

POSTERS

Código: 0059

EFICACIA DE GUSELKUMAB EN ADULTOS LATINOAMERICANOS CON COLITIS ULCERATIVA MODERADA Y GRAVE: ANÁLISIS POST HOC DE LOS ENSAYOS QUASAR Y ASTRO

Modalidad: Trabajos Científicos - Poster

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

BALDERRAMO, Domingo¹ | GOMES, Tarcia N F² | MARTINEZ, Manuel³ | SASSAKI, Ligia Yukie⁴ | ARGOLLO, Marjorie⁴ | SILVA JUNIOR, Roberto⁵ | ROLIM, Alexander de Sa⁶ | SCARAFIA, Santiago² | LASA, Juan⁷

Hospital Privado Universitario de Córdoba¹; JOHNSON & JOHNSON INNOVATIVE MEDICINE²; ESCUELA DE MEDICINA Y CIENCIAS DE LA SALUD (EMCS) DEL TECNOLÓGICO DE MONTERREY, MEXICO³; SÃO PAULO STATE UNIVERSITY (UNESP), MEDICAL SCHOOL⁴; FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS DA SANTA CASA DE SÃO PAULO⁵; INSTITUTO MEDICINA EM FOCO⁶; HOSPITAL BRITÂNICO⁷

Introducción: La prevalencia de la colitis ulcerativa (CU) está aumentando en América Latina (LatAm), aunque la representación regional en ensayos clínicos de EII sigue siendo limitada. Guselkumab (GUS), un inhibidor selectivo de acción dual de la subunidad IL-23p19 mediante la neutralización de IL-23 y la unión al receptor CD64, ha demostrado eficacia y un perfil de seguridad favorable en ensayos globales fase 2/3 en CU. Este análisis post hoc evaluó la eficacia de GUS en pacientes latinoamericanos con CU.

Objetivos: Realizar un análisis descriptivo en adultos de LatAm con CU moderada a grave, enrolados en los ensayos fase 2/3 QUASAR y fase 3 ASTRO.

Material y Métodos: Los pacientes incluidos recibieron inducción: GUS 200 mg IV (QUASAR) o 400 mg SC (ASTRO) en las semanas 0, 4, y 8 versus placebo. Mantenimiento: GUS 100 mg cada 8 semanas, 200 mg cada 4 semanas o placebo. Los desenlaces de eficacia en la inducción (semana 12) incluyeron respuesta y remisión clínica, mejoría y remisión endoscópica. Los resultados de mantenimiento se describieron por dosis de GUS dentro de cada estudio.

Resultados: Se incluyeron 126 participantes latinoamericanos con CU, de Brasil (68,3%), Argentina (21,2%) y México (10,6%) (QUASAR n=49; ASTRO n=77); 104 recibieron GUS. En la semana 12, GUS mostró mayores tasas que placebo de respuesta clínica (71,3% vs 28,0%), remisión clínica (31,3% vs 4,0%), mejoría endoscópica (38,8% vs 4,0%) y remisión endoscópica (20,0% vs 0%). En mantenimiento, la remisión clínica fue del 40,7% y 35,7% a la semana 24 (ASTRO) y del 44,4% y 40,0% a la semana 44 (QUASAR) para 100 mg c/8 semanas y 200 mg c/4 semanas, respectivamente.

Conclusiones: Se observaron resultados clínicos y endoscópicos favorables con GUS en pacientes latinoamericanos con CU moderada a grave durante la inducción y el mantenimiento, aportando evidencia regional y respaldando su evaluación continua, incluida la generación de evidencia del mundo real.

POSTERS

Código: 0060

ANÁLISIS DE SEGURIDAD AGRUPADO DE GUSELKUMAB EN EII EN AMÉRICA LATINA: ENSAYOS FASE 2/3 EN ENFERMEDAD DE CROHN Y COLITIS ULCERATIVA

Modalidad: Trabajos Científicos - Poster

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

LASA, Juan¹ | GOMES, Tarcia² | SASSAKI, Ligia Yukie³ | ARGOLLO, Marjorie³ | MARTINEZ, Manuel⁴ | SCARAFIA, Santiago² | BALDERRAMO, Domingo⁵

HOSPITAL BRITÂNICO¹; JOHNSON & JOHNSON INNOVATIVE MEDICINE²; SÃO PAULO STATE UNIVERSITY (UNESP), MEDICAL SCHOOL³; ESCUELA DE MEDICINA Y CIENCIAS DE LA SALUD (EMCS) DEL TECNOLÓGICO DE MONTERREY⁴; Hospital Privado Universitario de Córdoba⁵

Introducción: Las enfermedades inflamatorias intestinales (EII), incluyendo enfermedad de Crohn (EC) y colitis ulcerativa (CU), están aumentando en América Latina, región con alta carga de tuberculosis y otras infecciones oportunistas. La limitada representación de pacientes latinoamericanos en ensayos clínicos globales genera escasez de datos regionales de seguridad. Guselkumab (GUS), inhibidor selectivo de IL 23p19 con acción dual, ha demostrado un perfil de seguridad favorable en estudios fase 2/3.

Objetivos: Análisis post hoc para evaluar la seguridad agrupada en pacientes latinoamericanos con EC o CU moderada a grave.

Material y Métodos: Se incluyeron pacientes adultos de estudios fase 2b/3 (GALAXI 2&3, GRAVITI, QUASAR, ASTRO) de Argentina, Brasil, Colombia y México. Los pacientes recibieron GUS o placebo. Los desenlaces de seguridad se evaluaron hasta un año y se resumieron de forma descriptiva por tratamiento y enfermedad. Se calcularon tasas de incidencia ajustadas por tiempo (por 100 paciente-años).

Resultados: Se incluyeron 188 pacientes (EC n=62; CU n=126; GUS n=156; placebo n=32), principalmente de Brasil (78%). La mayoría presentó fracaso o intolerancia a terapias avanzadas previas. El seguimiento mediano fue de 47,1 semanas para GUS y 25,1 semanas para placebo. Las tasas de incidencia de eventos adversos, eventos adversos graves e infecciones fueron 481,1; 19,8; y 106,1 con GUS vs 557,0; 57,1; y 95,2 con placebo. No se reportaron casos de tuberculosis activa.

Conclusiones: GUS mostró un perfil de seguridad consistente con la evidencia global, sin nuevas señales de seguridad hasta un año de exposición en población latinoamericana.

POSTERS

Código: 0062

PROBABLE UTILIDAD DE LA ALFA-TIMOSINA EN PACIENTES CON INFECCIONES RECIDIVANTES Y HEPATOPATÍAS CRÓNICAS: RESULTADOS DE UN ESTUDIO PILOTO Y PROSPECTIVO

Modalidad: Trabajos Científicos - Poster

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

GUMA, Carlos¹ | GUMA STROHMAYER, Magdalena¹ | MACÍAS, Zenón¹ | BLAKE, Mariano² | MORETTI, Romina³

CENTRO INTEGRAL DE GASTROENTEROLOGÍA¹; CONICET²; HOSPITAL EVA PERON (SAN MARTÍN)³

Introducción: La Alfa-Timosina (L-Tm) es un péptido de 28 aminoácidos, segregado por el timo del ser humano, fue introducida por su efecto inmunomodulador para el tratamiento de hepatitis virales. En esta experiencia prospectiva se valora un probable efecto beneficioso de la L-Tm en pacientes (pts) con hepatopatías crónicas e infecciones recidivantes.

Objetivos: Valorar la eventual respuesta terapéutica de la L-Tm, en forma prospectiva, en una experiencia piloto, en pacientes portadores de enfermedades hepáticas crónicas y avanzadas.

Material y Métodos: A partir del 2017 se diseñó un protocolo prospectivo y se incorporan pts mayores de 18 años y ambulatorios y con estos criterios de admisión: enfermedades hepáticas crónicas y avanzadas (EHCA) como Cirrosis Hepática (CH) o fibrosis severa (F3), según los criterios diagnósticos internacionales. Que además presentaran infecciones diversas y recidivantes, hasta los 3 meses previos a ser admitidos. Luego del consentimiento informado comenzaron con dosis de 1.6 mg de L-Tm, subcutánea (s.c.), bisemanal, y un mínimo de 12 meses de seguimiento terapéutico (ST) fue exigido para su valoración con la terapéutica instituida. Los resultados fueron valorados en un corte al 8/2024, según la presencia o no de recidiva infecciosa y secundariamente por la progresión de la EHCA, factores comórbidos asociados, efectos colaterales y mortalidad global del grupo en estudio durante el ST.

Resultados: Nueve pts fueron valorados en "resultados" por reunir los criterios de admisión (55% de sexo femenino, rango 45-81 años, promedio 62); los cuales padecían EHCA e infecciones recidivantes: 6 cirróticos, 2 con F3 y la restante una Amiloidosis Hepatorrenal, más infecciones recidivantes y diversas (Tabla). Al cabo de 54 (rango 24-88) meses de ST promedio con L-Tm 8/9 (88%) no presentaron recidiva infecciosa y la restante (12%) falleció por sepsis, luego de abandonar a la L-Tm por más de tres meses en forma accidental; 7/9 pts (78%) mantuvieron su enfermedad hepática sin progresión y 2 (22%) progresaron de una CH Child-Pugh A a un estadio B (pts 5 y 9 de la tabla N° 1). Un paciente al comenzar con L-Tm presentó un Ca de cardias, prosiguió con L-Tm y al cabo de 87 meses está con sobrevida (pte 1 de la Tabla). Durante el ST no hubo efectos colaterales por L-Tm y no se registraron casos de Covid-19 durante el periodo pandémico. La mortalidad global del grupo fue de 33% (3/9) a 51 meses de ST promedio: una pte con CH y hemorragia digestiva

baja, otra por CH más sepsis y la restante por Insuficiencia renal crónica asociada a amiloidosis. (Tabla).

Conclusiones: La L-Tm en este grupo tratado sugiere un curso favorable en pts cirróticos e infecciones. Nuevos estudios controlados son necesarios para convalidar estos resultados.

POSTERS

Código: 0064

ANSIEDAD Y DEPRESIÓN EN PACIENTES CON ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL: PREVALENCIA Y ASOCIACIÓN CON VARIABLES CLÍNICAS

Modalidad: Trabajos Científicos - Poster

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

RAMIREZ, Julieta Agustina | BACIGALUPO, Delfina María | BARBA, Analía | ESCOBAR, Rafael

Sanatorio Julio Mendez

Introducción: La enfermedad inflamatoria intestinal es una patología crónica que afecta significativamente la calidad de vida de los pacientes. La ansiedad y la depresión son las comorbilidades psiquiátricas más frecuentes y se han asociado con una evolución clínica desfavorable, incluyendo mayor actividad de la enfermedad, peor adherencia al tratamiento y mayor riesgo de hospitalización. En Argentina existen pocos estudios que evalúen la prevalencia de estos trastornos y su asociación con variables clínicas.

Objetivos: Describir la prevalencia de síntomas de ansiedad y depresión en pacientes con enfermedad inflamatoria intestinal y evaluar su asociación con variables clínicas.

Material y Métodos: Se realizó un estudio observacional y transversal que incorporó prospectivamente pacientes adultos con diagnóstico de enfermedad inflamatoria intestinal, atendidos en el Sanatorio Dr. Julio Méndez entre enero y mayo de 2026. La presencia de síntomas de ansiedad y depresión se evaluó mediante la escala Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS), considerando positivo un puntaje ≥ 8 en las subescalas correspondientes. La actividad clínica se evaluó mediante el Harvey-Bradshaw Index en pacientes con enfermedad de Crohn y el Partial Mayo Score en pacientes con colitis ulcerosa. Las asociaciones se evaluaron mediante pruebas de Chi-cuadrado de Pearson, Fisher y Kruskal-Wallis, considerando significativo un valor de $p < 0,05$.

Resultados: Se incluyeron 91 pacientes con una edad media de $54,6 \pm 18,3$ años y el 59,3% fueron mujeres. El 75,8% presentaban colitis ulcerosa y 24,2% enfermedad de Crohn. La prevalencia de síntomas de ansiedad fue del 40,7% ($n=37$) y de depresión del 25,3% ($n=23$). La actividad clínica se asoció significativamente con la presencia de ansiedad ($p=0,005$) y depresión ($p=0,006$). Asimismo, el uso de mesalazina se asoció con una menor frecuencia de ansiedad ($p=0,026$) y depresión ($p=0,013$); no se observó asociación entre el uso de este tratamiento y la actividad de la enfermedad ($p=0,469$). La terapia biológica se asoció con mayor ansiedad ($p=0,042$), pero no con depresión ($p=0,066$). No se observaron asociaciones significativas con edad, sexo, tipo de EII, tiempo de evolución, uso de corticoides, manifestaciones extraintestinales ni antecedente de cirugía.

Conclusiones: Los síntomas de ansiedad y depresión fueron frecuentes en nuestra cohorte y se asociaron significativamente con la actividad clínica de la enfermedad, en concordancia con la evidencia internacional. Estos resultados sugieren la necesidad de incorporar su evaluación sistemática mediante herramientas validadas, ya que su detección precoz podría contribuir a un abordaje más integral y a optimizar el manejo de los pacientes con EII.

POSTERS

Código: 0068

PSEUDOOBSTRUCCIÓN INTESTINAL CRÓNICA PEDIÁTRICA: PRESENTACIÓN CLÍNICA, MANEJO Y EVOLUCIÓN EN UNA SERIE DE CASOS

Modalidad: Trabajos Científicos - Poster

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

VAQUER FERNANDEZ, Giuliana | TORRES, Mariana | ROITMAN, Paula | ARCO, Karina

HOSPITAL NOTTI

Introducción: La pseudoobstrucción intestinal crónica pediátrica es una enfermedad rara caracterizada por alteración grave y crónica de la motilidad gastrointestinal, con síntomas obstructivos recurrentes en ausencia de lesión mecánica identificable. Puede presentar compromiso simultáneo de otros sistemas con musculatura lisa, en particular el tracto genitourinario. Definida formalmente por el Taller de Consenso Internacional de 1997 y actualizada en el consenso ESPGHAN 2018, la PIPO tiene una incidencia estimada de 1 caso cada 40.000 nacidos vivos. Su diagnóstico suele ser tardío debido a la superposición clínica con constipación funcional crónica, enfermedad de Hirschsprung y síndrome de intestino irritable, entre otros cuadros.

Objetivos: Describir la presentación clínica, el abordaje diagnóstico y terapéutico, y la evolución de pacientes pediátricos con diagnóstico confirmado de PIPO en un centro terciario de Argentina.

Material y Métodos: Serie de casos retrospectiva y descriptiva de pacientes pediátricos consecutivos con diagnóstico confirmado de PIPO según los criterios del Consenso de 1997 y/o ESPGHAN 2018, atendidos en el Servicio de Gastroenterología del Hospital Pediátrico Dr. Humberto Notti de Mendoza entre 2007 y 2024. Se describen características demográficas, clínicas, diagnósticas, terapéuticas y evolutivas mediante estadística descriptiva.

Resultados: Se incluyeron 7 pacientes (5 mujeres, 2 varones). La mediana de edad al inicio de los síntomas fue de 4 años (rango 2–11) y al diagnóstico de 7 años (rango 3–12), con un retraso diagnóstico mediano de 18 meses (rango 8–144). Las manifestaciones predominantes fueron constipación severa (4/7) y distensión abdominal (5/7), con desarrollo de desnutrición en la mayoría de los casos. La biopsia rectal fue normal en los 4 pacientes en quienes se realizó, descartando enfermedad de Hirschsprung. La biopsia de espesor completo en uno de los casos fue compatible con compromiso neuromuscular, mientras que en otro se identificó miopatía visceral. El estudio genético permitió confirmar síndrome de Rett (variante patogénica en MECP2) en un caso. La pesquisa urológica mediante cistouretrografía miccional seriada detectó compromiso con megavejiga e hipococontractilidad del detrusor en 3/7 casos (43%). En el plano nutricional, 2 pacientes se mantuvieron con vía oral exclusiva, 3 requirieron gastrostomía con función alimentaria y descompresiva, y 1 presentó dependencia absoluta de alimentación parenteral. Recibieron tratamiento antibiótico cíclico por sobrecrecimiento bacteriano 5/7 pacientes y procinéticos 4/7. Cuatro pacientes fueron sometidos a cirugía abdominal, predominantemente ileostomía descompresiva. Las complicaciones mayores incluyeron enfermedad renal crónica terminal en lista de trasplante (1/7), deshidratación severa recurrente asociada a enemas domiciliarios inadecuados (1/7) e hipopotasemia severa con kalemia de 1 mEq/L (1/7). La mediana de seguimiento fue de 24 meses (rango 8–160), sin mortalidad documentada.

Conclusiones: La PIPO en nuestro medio reproduce el patrón clínico descrito en la literatura internacional, con elevada morbilidad, retraso diagnóstico significativo y alta frecuencia de compromiso nutricional y multisistémico. El abordaje requiere integración multidisciplinaria y seguimiento prolongado en centros con experiencia en fallo intestinal pediátrico. La presencia de compromiso urológico asociado configura un subgrupo de mayor gravedad y peor pronóstico, lo que refuerza la necesidad de pesquisa activa desde el momento del diagnóstico.

POSTERS

Código: 0077

COMPLICACIONES INUSUALES DE LA PANCREATITIS

Modalidad: Casos Clínicos - Poster

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

GOBELET, Jaquelina Maricel | CATÁNEO, Evelin Nataly

SANATORIO ALLENDE

Introducción: La pancreatitis aguda necrotizante puede evolucionar con complicaciones locales y sistémicas de elevada morbimortalidad, como colecciones infectadas, hemorragia, fistulas y disrupción del conducto pancreático. En los últimos años, el abordaje mínimamente invasivo, con predominio de las técnicas endoscópicas, ha desplazado progresivamente a la cirugía como estrategia terapéutica inicial.

Objetivos: Describir el manejo endoscópico escalonado de un paciente con pancreatitis aguda necrotizante complicada, resaltando el papel de las diferentes técnicas endoscópicas como alternativa al tratamiento quirúrgico.

Caso Clínico: Paciente masculino de 54 años con antecedentes de hipertensión arterial y dislipemia que ingresó por pancreatitis aguda alitiásica grave, complicada con síndrome de respuesta inflamatoria sistémica, necrosis pancreática infectada y múltiples colecciones abdominales, requiriendo internación en UTL. Inicialmente se realizó drenaje percutáneo de las colecciones y posteriormente necrosectomías endoscópicas (tres procedimientos) mediante acceso transgástrico. Durante la evolución presentó hemorragia digestiva alta secundaria a pseudoaneurisma de la arteria coronaria estomacal distal tratado mediante embolización angiográfica, además de una fistula duodenal tratada inicialmente con sistema Apollo X-Tack y posteriormente con terapia EndoVAC hasta su cierre completo. En reingresos posteriores desarrolló nuevas colecciones asociadas a sospecha de disrupción del conducto pancreático, tratadas mediante drenaje guiado por ecoendoscopia con colocación de prótesis, y una fistula colónica secundaria a migración de drenaje percutáneo, resuelta mediante cierre endoscópico con clips Mantis.

Resultados: Se logró el control de las complicaciones mediante una estrategia escalonada mínimamente invasiva, evitando la necesidad de cirugía abierta. El paciente presentó resolución de las colecciones abdominales, cierre completo de las fistulas duodenal y colónica, recuperación de la vía oral y alta hospitalaria con evolución clínica favorable.

Conclusión: La pancreatitis aguda necrotizante complicada requiere un abordaje multidisciplinario individualizado. En pacientes seleccionados, la combinación secuencial de técnicas endoscópicas terapéuticas permite resolver complicaciones complejas como necrosis infectada, fistulas y colecciones, disminuyendo la necesidad de cirugía y sus potenciales complicaciones.

POSTERS

Código: 0078

TERATOMA MADURO PANCREÁTICO: REPORTE DE UN CASO

Modalidad: Casos Clínicos - Poster

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

DASSORI, Micaela | SITZMANN, Federico | FIGUEREDO VERA, Cinthia Lariza | FIGUEROA, Matilde | ROYG JARA, Diego Sebastian | SARTORI, Diego Eloy

HOSPITAL ESCUELA DE AGUDOS "DR RAMON MADARIAGA"

Introducción: Las lesiones quísticas pancreáticas constituyen un grupo heterogéneo de entidades con comportamiento biológico variable, cuyo diagnóstico diferencial representa un desafío en la práctica clínica. Entre ellas, los teratomas maduros pancreáticos son neoplasias germinales benignas infrecuentes, originadas a partir de células germinales pluripotenciales y caracterizadas por la presencia de tejidos derivados de una o más capas embrionarias. Representan una localización extragonadal extremadamente rara, con menos de un centenar de casos descriptos en la literatura mundial.

Objetivos: Resaltar el valor de la ecoendoscopia con PAAF en la evaluación de lesiones quísticas pancreáticas complejas y destaca la importancia de considerar el teratoma pancreático dentro de los diagnósticos diferenciales cuando se identifican componentes grasos intralesionales, favoreciendo una adecuada planificación terapéutica.

Caso Clínico: Paciente masculino de 48 años sin antecedentes patológicos de relevancia, que consultó en el año 2026 por dolor abdominal en hemiabdomen superior, plenitud postprandial y sensación de pesadez de varios meses de evolución. El examen físico no evidenció hallazgos significativos y los estudios de laboratorio no mostraron alteraciones de relevancia, no incluyendo marcadores tumorales.

Resultados: En el presente caso, la resonancia magnética permitió identificar una lesión quística multiloculada con componente adiposo localizada en la cabeza y el proceso uncinado pancreático, orientando la sospecha diagnóstica y motivando su discusión en comité hepatobiliopancreático. La posterior caracterización mediante ecoendoscopia con punción aspirativa con aguja fina (PAAF) posibilitó obtener material citológico compatible con teratoma pancreático antes de la resolución quirúrgica, una situación comunicada en escasas oportunidades debido a la baja frecuencia de esta entidad. Si bien el diagnóstico diferencial incluye neoplasias quísticas mucinosas, neoplasias papilares mucinosas intraductales, tumores sólidos pseudopapilares y pseudoquistes pancreáticos, la integración de los hallazgos clínicos, radiológicos y ecoendoscópicos permitió aumentar la certeza diagnóstica y orientar la conducta terapéutica. Este caso resalta el valor de la ecoendoscopia con PAAF en la evaluación de lesiones quísticas pancreáticas complejas y destaca la importancia de considerar el teratoma pancreático dentro de los diagnósticos diferenciales cuando se identifican componentes grasos intralesionales, favoreciendo una adecuada planificación terapéutica.

Conclusión: El teratoma pancreático constituye una entidad inusual cuyo diagnóstico preoperatorio continúa siendo un desafío. Este caso destaca la importancia de considerar esta lesión dentro del diagnóstico diferencial de las lesiones quísticas pancreáticas con componente graso y resalta el valor de la ecoendoscopia con punción aspirativa con aguja fina (PAAF) como herramienta para orientar el diagnóstico y la planificación terapéutica.

POSTERS

Código: 0081

"DETECCIÓN DE ESTEATOSIS Y FIBROSIS HEPÁTICA MEDIANTE ELASTOGRAFÍA DE TRANSICIÓN EN PACIENTES CON ALTO RIESGO METABÓLICO IDENTIFICADOS DURANTE UNA CAMPAÑA DE OBESIDAD"

Modalidad: Casos Clínicos - Poster

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

ARCE, Eugenia | FUENTES, Sebastian | CURIA, Andrea | BORI, Matias | QUEVEDO, Pilar | GONZÁLEZ BALLERGA, Esteban

HOSPITAL DE CLÍNICAS

Introducción: La esteatosis hepática metabólica (MASLD) es una de las principales causas de enfermedad hepática crónica y se asocia estrechamente con obesidad, diabetes tipo 2 (DM2) y síndrome metabólico. En estas poblaciones, la prevalencia de esteatosis supera el 70% y muchos pacientes presentan fibrosis no diagnosticada. Las campañas de pesquisa en poblaciones de alto riesgo permiten detectar precozmente MASLD y fibrosis hepática.

Objetivos: Determinar la prevalencia de MASLD y fibrosis hepática significativa/avanzada en pacientes con DM2 y/o obesidad.

Material y Métodos: Pacientes evaluados durante la "Semana de la Obesidad" del Hospital de Clínicas José de San Martín. Fueron derivados a hepatología los participantes con DM2 y/o obesidad. Se realizó elastografía de transición (FibroScan®) para determinar esteatosis hepática mediante CAP y fibrosis hepática mediante rigidez hepática (kPa). Se analizaron variables demográficas, antropométricas, metabólicas.

Resultados: Se evaluaron en la campaña 319 pacientes, de los cuales 176 (55,2%)

fueron derivados a hepatología. 37 (21,0%) fueron excluidos por no estar en ayunas en el momento de la evaluación y no concurrir posteriormente a las consultas cuando se los citó por diferentes motivos. Los 139 restantes (79%) se realizaron FibroScan, de los cuales 4 (2,3%) presentaron elastografías técnicamente inválidas debido a obesidad mórbida. Por lo que 135 pacientes obtuvieron estudios válidos. La prevalencia de esteatosis hepática fue del 83,7%, predominando la esteatosis severa (S3) en el 65,9% de los casos. El 33,3% de los pacientes tenían indicación de derivación oportuna al hepatólogo por presentar FibroScan > 8Kpa y un 18,5% presentó fibrosis avanzada (> o igual F3). Los pacientes con mayor grado de fibrosis presentaron valores significativamente superiores de peso (97 kg en F0-F1 vs. 127 kg en F4; p=0,016), IMC (38,4 vs. 48,7 kg/m²; p=0,008) y perímetro de cintura (115 vs. 131 cm; p=0,001). Asimismo, la diabetes mellitus tipo 2 se asoció significativamente con fibrosis hepática, observándose una mayor proporción de pacientes diabéticos en los estadios más avanzados de fibrosis (p=0,001).

Conclusiones: La elastografía permitió identificar una alta prevalencia de esteatosis y fibrosis hepática en pacientes con alto riesgo metabólico. El 18,5% presentó fibrosis avanzada (mayor o igual a F3) y el 33,3% requirió derivación al hepatólogo (FibroScan mayor o igual a F2), destacando el valor de las campañas de pesquisa para la detección precoz.

POSTERS

Código: 0082

RENDIMIENTO DIAGNÓSTICO DEL TEST DE AIRE ESPIRADO EN UNA MUESTRA DE 97 PACIENTES: ¿SOBREPEDIDO O ALTA PREVALENCIA REAL?

Modalidad: Trabajos Científicos - Poster

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

CARRASCOSA, Patricia | CAPUNAY, Carlos

DIAGNÓSTICO MAIPÚ POR IMÁGENES Y LABORATORIO

Introducción: El sobrecrecimiento bacteriano del intestino delgado (SIBO) es una de las causas identificables más frecuentes de síntomas digestivos inespecíficos, como la distensión y el dolor abdominal. Su diagnóstico depende casi por completo del test de aire espirado, ya que el cultivo de aspirado yeyunal, el método de referencia clásico, es invasivo y de uso excepcional en la práctica clínica. En los últimos años, el reconocimiento del sobrecrecimiento de arqueas metanogénicas (IMO, por sus siglas en inglés) como entidad distinta del SIBO clásico amplió el espectro diagnóstico del mismo estudio: mientras el hidrógeno señala proliferación bacteriana, el metano refleja arqueas que enlentecen el tránsito intestinal y se asocian a constipación.

Objetivos: Determinar la proporción de estudios positivos (SIBO, IMO o mixto) frente a negativos en una muestra de pacientes derivados por sospecha clínica de sobrecrecimiento. Caracterizar el motivo de consulta y la presencia de síntomas durante el estudio, y evaluar su asociación con la positividad. Discutir si la tasa de positividad hallada respalda la adecuación del pedido del estudio en la práctica asistencial diaria.

Material y Métodos: Se evaluaron 100 estudios consecutivos con resultado de hidrógeno y metano, motivo de consulta y registro de síntomas durante el estudio. Se excluyeron 3 pacientes derivados por otro motivo, sin sospecha de sobrecrecimiento intestinal, quedando 97 estudios para el análisis. El test se realizó con sustrato de lactulosa 10 g, con mediciones de H2 y CH4 cada 30 minutos durante 180 minutos, con equipo GastroCH4ECK® Gastrolyzer® (Bedfont Scientific).

Resultados: El 76,3% de los estudios resultó positivo: 36,1% SIBO, 27,8% IMO y 12,4% mixto, contra 23,7% de estudios negativos. El motivo de consulta más frecuente fue distensión abdominal (58,8%), seguido de flatulencias (14,4%). El 63,9% de los pacientes desarrolló síntomas durante el estudio (meteorismo, eructos, dolor abdominal, distensión o aumento de ruidos hidroaéreos), con un promedio de 2,3 síntomas simultáneos. La positividad fue mayor en quienes presentaron síntomas durante el estudio (83,9%) que en quienes no los presentaron (61,8%). La muestra tuvo una edad promedio de 43,1 años y 73,2% de mujeres.

Conclusiones: La bibliografía que define SIBO solo por hidrógeno reporta cifras más bajas (24,8% en un registro multicéntrico reciente); compararla con nuestro 76,3% sin aclarar el criterio induce a error. Agrupamos SIBO, IMO y mixto como positivo porque las tres requieren tratamiento, aunque distinguir el subtipo sigue siendo clave: la rifaximina sola rinde bien en SIBO aislado, pero su eficacia cae con metano positivo (IMO o mixto), donde la combinación con neomicina es superior. Tres de cada cuatro pacientes derivados tuvieron un hallazgo tratable, y la positividad fue mayor con síntomas durante el estudio, lo que respalda que la indicación del test fue clínicamente adecuada.

POSTERS

Código: 0091

"ENFERMEDAD POR IGG4 SIMULADORA DE NEOPLASIA PANCREÁTICA: RETRASO DIAGNÓSTICO E INDICACIÓN QUIRÚRGICA POR SOSPECHA DE MALIGNIDAD EN UNA SERIE DE CASOS"

Modalidad: Trabajos Científicos - Poster

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

APONTE TORRES, Marjorie Michelle | PERNA, Lorena Aldana

Hospital profesor A Posadas

Introducción: La enfermedad por IgG4 es un trastorno fibroinflamatorio inmunomediado que puede comprometer prácticamente cualquier órgano. En Estados Unidos, la incidencia se estima en 0,78-1,39 casos por 100.000 personas-año (2015-2019) y la prevalencia en 5,3 por 100.000 habitantes (2019). El fenotipo pancreato-hepatobiliar es el más frecuente a nivel global (29-31%), aunque cohortes latinoamericanas recientes muestran una distribución fenotípica distinta. Su presentación clínica e imagenológica puede simular una neoplasia pancreática, y el patrón histológico inicial, sin estudios dirigidos a IgG4, puede resultar indistinguible de una pancreatitis crónica inespecífica, retrasando el diagnóstico definitivo. Series quirúrgicas internacionales reportan que hasta el 40% de las duodenopancreatectomías por sospecha de malignidad en pacientes con pancreatitis autoinmune podrían haberse evitado con adecuada dosificación de IgG4 y aplicación de los criterios diagnósticos disponibles.

Objetivos: Describir el retraso diagnóstico y las intervenciones quirúrgicas realizadas por sospecha de neoplasia pancreática en una serie de pacientes con diagnóstico confirmado de enfermedad por IgG4

Material y Métodos: Serie de casos descriptiva, retrospectiva, de 5 pacientes con enfermedad por IgG4 (diagnóstico según criterios ACR/EULAR 2019) que debutaron con una masa pancreática confundida con neoplasia y requirieron cirugía antes del diagnóstico definitivo. Se analizaron variables demográficas, retraso diagnóstico, tipo de cirugía, histología inicial y revisada, e IgG4 sérica. Se aplicó estadística descriptiva (media, mediana y rango).

Resultados: Se incluyeron 5 pacientes (2 mujeres, 3 varones), edad promedio 67 años. El retraso diagnóstico presentó una media de 34,4 meses (mediana 19; rango 5-88). Cuatro de cinco pacientes fueron sometidos a duodenopancreatectomía y uno a derivación hepaticoyeyunal con colecistectomía. En los cinco casos la biopsia inicial informó pancreatitis crónica inespecífica; la revisión histológica evidenció infiltrado linfoplasmocitario compatible en los 5 casos, con fibrosis estoriforme y/o flebitis en 3 de 5, y confirmación inmunohistoquímica de IgG4 en 4 de 5. El valor de IgG4 sérica fue heterogéneo: 3 pacientes con elevación marcada, 1 dentro de rango normal, y 1 sin determinación disponible. El CA 19-9 fue normal en los 4 casos evaluados. (Tabla 1).

Conclusiones: La enfermedad por IgG4 constituye un diagnóstico diferencial que debe considerarse activamente ante una masa pancreática sospechosa de malignidad, dado que puede simularla clínica, imagenológica e histológicamente cuando la biopsia es insuficiente. Un valor normal de IgG4 sérica no descarta la enfermedad. Su reconocimiento temprano podría evitar cirugías mayores innecesarias y reducir la morbilidad asociada.

POSTERS**Código: 0092**

INFECCIONES OPORTUNISTAS E INFECCIONES SEVERAS EN PACIENTES CON ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL BAJO TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO AVANZADO. EXPERIENCIA REAL DE 8 AÑOS EN UN CENTRO DE VOLUMEN MEDIO.

Modalidad: Trabajos Científicos - Poster

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

TORELLO, María Rosario | SALVATIERRA MARIMONT, Martín Alejandro | BALDE-RRAMO, Domingo

Hospital Privado Universitario de Córdoba

Introducción: La frecuencia de la enfermedad inflamatoria intestinal (EII) ha ido en aumento en los países latinoamericanos. Las infecciones oportunistas e infecciones severas (IO/IS) son una complicación potencial en pacientes que reciben tratamientos avanzados (TA), particularmente cuando se combinan con corticosteroides e inmunosupresores.

Objetivos: Evaluar la frecuencia de las IO/IS en pacientes con EII sometidos a tratamientos avanzados en un contexto real.

Material y Métodos: Se realizó un estudio observacional con datos del registro (n=395) de un centro de volumen medio en Argentina. Se incluyeron pacientes adultos con diagnóstico de EII [colitis ulcerosa (CU) o enfermedad de Crohn (EC)] que tuvieran al menos un TA prescrito. Se analizó la presencia de IO/IS luego de iniciado el TA y el uso de tratamientos concomitantes (corticoides e inmunosupresores) durante el seguimiento. Las variables cualitativas se describieron como porcentajes y las cuantitativas como medianas y rangos intercuartílicos (IQR 25-75). Las variables se compararon mediante las pruebas chi-cuadrado y U de Mann-Whitney.

Resultados: Se incluyeron 118 pacientes (58,5% CU, 41,5% EC) que recibieron 180 TA durante el seguimiento (2017-2025). La mediana de edad fue de 44,5 años (IQR 25-75: 32-55,5), y el 54,2% eran mujeres. Un total de 24 (20,3%) pacientes presentaron IO durante el seguimiento y se observaron 35 episodios de IO de los 180 TA prescritos. Dos pacientes (8,3%) presentaron un desenlace fatal, siendo éstas definidas como IS. Los episodios de IO fueron infecciones de piel y partes blandas (n=10, 28,6%), colitis por citomegalovirus (n=7, 20%), colitis por *Clostridium difficile* (n=6, 17,1%), infección por virus herpes zoster (n=3, 8,6%), infección compleja por herpes simple (n=3, 8,6%), infección fúngica (n=3, 8,6%), neumonía grave (n=2, 5,7%) y tuberculosis intestinal (n=1, 2,9%). La distribución de los episodios de IO según la clase de fármaco fue: Anti-TNF (n=21, 60%), anti-IL 12-23/IL-23 (n=9, 25,7%),

vedolizumab (n=4, 11,4%), e inhibidores de JAK (n=1, 2,9%). La proporción de episodios de IO fue similar según el uso de fármacos anti-TNF (19,8%) frente a fármacos no anti-TNF (17,7%), p=0,6. En 26 (74,3%) de los episodios de IO los pacientes recibían corticosteroides simultáneamente. El uso simultáneo de corticosteroides se asoció a un mayor número (>1 episodios) de episodios de IO por paciente (100% vs 50%, p=0,04). Dentro de los pacientes con uso simultáneo de corticosteroides, hubo un número similar de episodios si los TA era anti-TNF en comparación con otra clase (50% vs. 67% respectivamente, p=0,7).

Conclusiones: El uso concomitante de corticosteroides fue un factor de riesgo de IO/IS en los pacientes con EII que recibieron TA. No se observó una mayor frecuencia de IO/IS en los pacientes que recibían agentes anti-TNF en comparación con TA de otras clases. Se necesitan más estudios para evaluar las IO/IS en regiones con acceso limitado a los TA.

POSTERS**Código: 0094**

IMPACTO CLÍNICO DEL RETRASO EN EL ACCESO AL TRATAMIENTO AVANZADO DE LA ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL EN LATINOAMÉRICA. EXPERIENCIA DE 8 AÑOS EN UN CENTRO DE VOLUMEN MEDIO.

Modalidad: Trabajos Científicos - Poster

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

SALVATIERRA MARIMONT, Martín Alejandro | TORELLO, María Rosario | BALDE-RRAMO, Domingo

Hospital Privado Universitario de Córdoba

Introducción: La frecuencia de la enfermedad inflamatoria intestinal (EII) ha ido en aumento en los países latinoamericanos. Argentina presenta una importante heterogeneidad en los sistemas sanitarios, lo que puede retrasar el acceso al tratamiento avanzado (TA) para la EII.

Objetivos: Evaluar la demora en el acceso a los TA y su impacto en los pacientes con EII.

Material y Métodos: Se realizó un estudio observacional con datos del registro (n=395) de un centro de volumen medio de Argentina. Se incluyeron pacientes adultos diagnosticados de EII [colitis ulcerosa (CU) o enfermedad de Crohn (EC)] que tuvieran al menos un TA prescrito. Se excluyeron los pacientes que accedieron a los TA a través de ensayos clínicos. Se definió el tiempo de acceso como el período (en días) entre la solicitud del mismo y el inicio del tratamiento. Durante este período, se evaluaron las complicaciones basándose en un criterio de valoración compuesto que incluía la reagudización de la EII (definida como un aumento de la dosis de corticosteroides orales o la necesidad de hospitalización), la necesidad de cirugía relacionada con la EII o infecciones graves (que requirieron hospitalización y tratamiento intravenoso). Las variables cualitativas se describieron como porcentajes, mientras que las cuantitativas se informaron como medianas y rangos intercuartílicos (IQR 25-75). Las variables se compararon mediante las pruebas chi-cuadrado y U de Mann-Whitney.

Resultados: Se incluyeron 108 pacientes (58,5% CU, 41,5% EC) que recibieron 163 TA a través de diferentes líneas de terapia durante el seguimiento de 2017-2024 (1L: 108, 2L: 38, 3-5L: 17). La mediana de edad fue de 44 años (IQR 25-75: 30-55), y el 55,6% eran mujeres. La mediana del tiempo de acceso para todas las líneas de TA fue de 31 días (IQR 25-75: 28-62), sin diferencias significativas entre las líneas terapéuticas [1L: 31 días (IQR 25-75: 28-76), 2L: 32 días (IQR 25-75: 30-61), 3L-5L: 29 días (IQR 25-75: 20-38), p=NS]. 101/163 (62%) de los TA solicitados fueron anti-TNF. El tiempo de acceso fue similar según la clase de fármaco [anti-TNFs 31 días (IQR 25-75: 27-62) vs. agentes no anti-TNF 31 días (IQR 25-75: 28-63) (p=0,6)]. Un total de 36 (22%) indicaciones de TA se asociaron a complicaciones mientras los pacientes esperaban el tratamiento (32 reagudizaciones, 3 cirugías relacionadas con la EII y una infección grave). Los pacientes que experimentaron complicaciones tuvieron un tiempo de acceso más largo en comparación con los que no experimentaron complicaciones [61 días (IQR 25-75: 31-122) frente a 31 días (IQR 25-75: 25-61) respectivamente, p<0,01].

Conclusiones: Se observó un retraso de más de 4 semanas en más de la mitad de los pacientes con indicación de TA. El retraso fue similar según el tipo de EII, la clase de fármaco y la línea de tratamiento. Se observó una mayor frecuencia de complicaciones en los pacientes con un mayor retraso en recibir el TA solicitado. Se necesitan políticas para mejorar el tiempo de acceso a los tratamientos avanzados, evitando las complicaciones asociadas al retraso en el acceso.

POSTERS**Código: 0098**

UTILIDAD DE LA REACCIÓN EN CADENA DE POLIMERASA EN EL DIAGNÓSTICO DE COLITIS POR CITOMEGALOVIRUS EN PACIENTES INMUNOCOMPROMETIDOS: ESTUDIO RETROSPECTIVO EN UN CENTRO DE TERCER NIVEL.

Modalidad: Trabajos Científicos - Poster

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

FOGLINO, María Victoria | SANCHEZ, Ariel | KURPIS, María | BALDERRAMO, Domingo

Hospital Privado Universitario de Córdoba

Introducción: La colitis por citomegalovirus (CMV) es una complicación frecuente en pacientes inmunocomprometidos. El diagnóstico requiere el compromiso tisular activo, cuyo estándar de referencia es la anatomía patológica (AP) con inmunohistoquímica (IHQ). La reacción en cadena de la polimerasa (PCR) cualitativa presenta alta sensibilidad para detectar ADN de CMV, con la limitación de no discriminar si la localización del mismo es intracitoplasmático, extracelular o intravascular. Esto limita su uso en el diagnóstico de la colitis por CMV, que se relaciona solo con el compromiso intracitoplasmático de las células de la mucosa intestinal. Además, se desconoce si hay diferencia en la eficacia diagnóstica en pacientes inmunocomprometidos diferentes a la enfermedad inflamatoria intestinal (EII). No existen cohortes en Latinoamérica que comparen ambos métodos en pacientes con sospecha de colitis por CMV.

Objetivos: Evaluar el rendimiento diagnóstico de la PCR-CMV cualitativa en biopsia colónica en pacientes adultos inmunocomprometidos con sospecha de colitis por CMV respecto al estándar de oro (AP con IHQ). Evaluar las diferencias en el rendimiento diagnóstico de la PCR-CMV entre pacientes con EII y otras causas de inmunosupresión.

Material y Métodos: Se realizó un estudio observacional, retrospectivo, analítico y unicéntrico. Se incluyeron 215 adultos (>18 años) inmunocomprometidos con sospecha de colitis por CMV en los que realizó biopsia colónica (sigma/recto) por video-colonoscopía y se evaluó simultáneamente por PCR-CMV cualitativa y AP con IHQ entre agosto de 2019 y marzo de 2026. Se calculó la sensibilidad, especificidad y valores predictivos con intervalos de confianza del 95% (IC95%) y concordancia (kappa de Cohen) para la PCR-CMV. La comparación de los porcentajes entre grupos se realizó con la prueba exacta de Fisher. Se consideró un valor de $P < 0,05$ como estadísticamente significativo.

Resultados: La PCR-CMV fue positiva en 68/215 (31,6%) pacientes y la AP con IHQ en 5/215 (2,3%) pacientes. Los 5 casos con AP e IHQ positivos también fueron PCR-CMV positivos. Tomando la AP con IHQ como referencia, la PCR-CMV mostró una sensibilidad del 100% (IC95% 56,6-100), especificidad 70% (IC95% 63,5-75,8), valor predictivo positivo 7,4% (IC95% 3,2-16,1) y valor predictivo negativo 100% (IC95% 97,5-100), con concordancia muy baja (kappa=0,098). No hubo diferencias significativas entre los pacientes con EII y otros subgrupos de inmunocomprometidos en relación a la positividad de la PCR-CMV (23,4% vs. 35,1%; $P=0,128$) ni de AP con IHQ (3,1% vs. 2,0%; $P=0,635$).

Conclusiones: El resultado negativo de PCR-CMV en biopsia de colon permitiría excluir de forma efectiva la colitis por CMV. En pacientes con PCR-CMV positiva es necesario esperar el resultado de la AP con IHQ para confirmar el diagnóstico de certeza de colitis por CMV. Estos hallazgos, los primeros en una cohorte argentina, apoyan integrar ambos métodos ante la sospecha de colitis por CMV.

POSTERS

Código: 0108

HIPERTENSIÓN PORTAL EN AUSENCIA DE CIRROSIS: UN DESAFÍO DIAGNÓSTICO

Modalidad: Casos Clínicos - Poster

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

RAMIREZ, Julieta Agustina | BACIGALUPO, Delfina María | BARBA, Analía | DEL REY, Gianina | MARTINEZ, Romina | ESCOBAR, Rafael

Sanatorio Julio Mendez

Introducción: La hipertensión portal (HTP) se asocia principalmente a cirrosis hepática; sin embargo, menos del 10% de los casos corresponden a causas no cirróticas. La enfermedad vascular portosinusoidal (EVPS) comprende un grupo de enfermedades vasculares hepáticas caracterizadas por lesiones de las vénulas portales y/o sinusoides que comparten un fenotipo clínico definido por HTP en ausencia de cirrosis. Representa una causa infrecuente y subdiagnosticada de HTP. Su diagnóstico requiere excluir cirrosis mediante biopsia hepática adecuada, junto con hallazgos clínicos e histológicos compatibles.

Objetivos: Describir un caso clínico de enfermedad vascular portosinusoidal.

Caso Clínico: Paciente masculino de 51 años con antecedentes de obesidad, tabaquismo severo y arteriopatía periférica, que consultó por dolor abdominal y síndrome febril de dos semanas de evolución. La angio-TC evidenció trombosis extensa del sistema venoso esplácnico con compromiso de la vena porta, vena esplénica, confluente esplenomesentérico y venas mesentéricas superior e inferior, asociada a esplenomegalia. Se descartaron causas hematológicas (factor V Leiden, mutación G20210A de la protrombina, JAK2 y biopsia de médula ósea), infecciosas y oncológicas. Durante la evaluación se constataron manifestaciones de HTP. La videoendoscopia digestiva alta mostró várices esofágicas de gran tamaño y várices gástricas. La elastografía hepática evidenció una rigidez de 8,8 kPa, compatible con fibrosis significativa. Ante la sospecha de HTP no cirrótica, se realizó biopsia hepática transyugular con medición del gradiente de presión venosa hepática (5 mmHg). El estudio histológico mostró expansión fibrótica portal leve con septos incompletos, hipervascularización portal, herniaciones vasculares y vasos periportales anómalos, sin evidencia de cirrosis, compatibles con EVPS.

Resultados: La EVPS representa aproximadamente el 5% de los casos de HTP y

continúa siendo una entidad poco reconocida. La presencia de HTP asociada a baja rigidez hepática, ausencia de hallazgos de cirrosis y gradiente de presión venosa hepática normal constituyó un escenario diagnóstico desafiante. Si bien la trombosis portal se describe hasta en el 40% de los pacientes, su presentación inicial como trombosis extensa del eje porto-mesentérico es infrecuente. La ausencia de causas protrombóticas identificables y la integración de los hallazgos clínicos, hemodinámicos e histológicos permitieron arribar al diagnóstico.

Conclusión: Este caso resalta la importancia de considerar EVPS ante HTP sin etiología evidente y destaca el papel de la biopsia hepática para confirmar el diagnóstico.

POSTERS

Código: 0113

ENGROSAMIENTO GÁSTRICO DIFUSO Y PÉRDIDA DE PESO EN UN PACIENTE DE 82 AÑOS: MÁS ALLÁ DE LA SOSPECHA DE NEOPLASIA.

Modalidad: Casos Clínicos - Poster

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

FOGLINO, María Victoria | KAHN, Nicole Marie | SALVATIERRA MARIMONT, Martin Alejandro | BLANCO, Axel | NOGUEIRA, Milagros | BENAVIDEZ, Analía | CARLINO, Yanina

Hospital Privado Universitario de Córdoba

Introducción: La enfermedad de Ménétrier es una gastropatía hipertrófica adquirida poco frecuente, con una prevalencia mundial estimada de menos de 1 cada 200.000 adultos y menos de mil casos publicados. Esta entidad se caracteriza por pliegues gástricos gigantes en cuerpo y fondo, hiperplasia foveolar, atrofia glandular y pérdida variable de proteínas que con frecuencia se traduce en hipoalbuminemia. Suele diagnosticarse entre la cuarta y sexta décadas de la vida, con predominio en varones, y puede simular una neoplasia tanto clínica como imagenológicamente.

Objetivos: Presentamos un caso de enfermedad de Ménétrier en un paciente octogenario, grupo etario poco representado en la literatura, en quien la sospecha inicial de neoplasia gástrica se replanteó por completo tras la correlación clínico-endoscópica e histológica, que permitió arribar al diagnóstico definitivo.

Caso Clínico: Presentamos un paciente masculino de 82 años, con antecedentes de cardiopatía isquémica e hipertensión arterial, que acude a nuestra institución por un cuadro clínico de 15 días de evolución caracterizado por anorexia, vómitos, diarrea acuosa y descenso de 5 kg de peso. Al ingreso, el laboratorio evidenció trastornos hidroelectrolíticos y valores de albúmina sérica de 3,44 g/dl. La tomografía computada de abdomen con contraste mostró un engrosamiento parietal difuso del fondo y el cuerpo gástricos, sin adenopatías ni enfermedad a distancia. Se realizó videoendoscopia digestiva alta en la que se observaron pliegues engrosados en cuerpo y fondo, con antro congestivo y atrófico, por lo que se tomaron biopsias amplias y profundas con ansa fría. Los marcadores tumorales solicitados resultaron negativos. Durante la internación presentó múltiples intercurencias, entre ellas neumonía intrahospitalaria y diselectrolitemia severa, con leve descenso de valores de albúmina sérica. Al recibir el informe de anatomía patológica, que confirmó el diagnóstico de enfermedad de Ménétrier, se inició tratamiento de soporte con inhibidores de la bomba de protones y nutrición enteral, gestionándose además la autorización de cetuximab como tratamiento dirigido. A la espera de la aprobación de este anticuerpo monoclonal, el paciente falleció en su domicilio por un paro cardiorrespiratorio, en el contexto de un deterioro progresivo del estado general.

Resultados: La histología informó hiperplasia foveolar, glándulas dilatadas quística-mente y atrofia glandular con pérdida de células parietales, sin inflamación por *Helicobacter pylori*. La correlación de estos hallazgos con el cuadro clínico, las imágenes y la endoscopia confirmó el diagnóstico de enfermedad de Ménétrier.

Conclusión: La integración de las imágenes, la endoscopia y la histología permitió reconocer una entidad rara y tratable, evitando confundirla con una neoplasia. El aporte de este caso radica en que identificar el patrón endoscópico de pliegues gigantes obliga a realizar una toma de biopsia amplia y profunda con ansa, que resultó determinante para arribar al diagnóstico. Su reconocimiento es clave por la heterogeneidad de la presentación y por el riesgo aumentado de adenocarcinoma gástrico.

POSTERS

Código: 0119

CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS, ENDOSCÓPICAS Y EVOLUTIVAS DE LA ENFERMEDAD ULCEROSA PÉPTICA COMO CAUSA DE HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA NO VARICEAL

Modalidad: Trabajos Científicos - Poster

Unidad Temática: a) GASTROENTEROLOGÍA 2. Estómago - duodeno 2.2. Enfermedad ácido péptica

MOREIRA, Glender | TOPOR, Ivan | BACIGALUPO, Delfina María | ESCOBAR, Rafael

Sanatorio Julio Mendez

Introducción: La hemorragia digestiva alta no variceal es una de las consultas más frecuentes en endoscopia digestiva, con mortalidad reportada del 1-5%. La enfermedad ulcerosa péptica explica el 32-36% de los casos. Gran parte de la evidencia local proviene de series de casos aisladas, por lo que buscamos generar datos propios sobre los factores asociados a resangrado y mortalidad intrahospitalaria.

Objetivos: Describir las características clínicas, endoscópicas y evolutivas de pacientes con hemorragia digestiva alta no variceal por úlcera péptica, e identificar factores asociados a resangrado y mortalidad intrahospitalaria.

Material y Métodos: Estudio observacional, retrospectivo, descriptivo y exploratorio, realizado durante el período 2021-2025. Se incluyeron 51 pacientes evaluados por VEDA en contexto de hemorragia digestiva alta no variceal. Se analizaron variables demográficas, clínicas (incluyendo la escala de Glasgow-Blatchford), endoscópicas (Forrest) y evolutivas, definiendo úlcera gigante duodenal como aquella ≥ 2 cm. Se calcularon OR crudos (IC95%) mediante test de Chi², considerando $p < 0,05$.

Resultados: El 82,4% tenía >65 años; predominó el sexo masculino (58,8%). La úlcera duodenal fue el hallazgo más frecuente (64,7%), con Forrest III predominante (58,8%). La tasa de resangrado fue 15,7% (8/51) y la mortalidad 9,8% (5/51). La úlcera gigante duodenal mostró la asociación más fuerte con resangrado (OR 93,33; IC95% 8,45-1030,33; $p < 0,001$), superando incluso a Forrest III como protector (OR 0,03; $p < 0,001$). Dentro del subgrupo Forrest IA/IB, la úlcera gigante duodenal fue el único factor que distinguió completamente a quienes resangraron (Fisher $p = 0,029$). El requerimiento de vasopresores fue el principal predictor de mortalidad (OR 49,82; IC95% 2,51-989,67; $p < 0,001$).

Conclusiones: El tamaño de la úlcera duodenal emerge como un factor a considerar, junto a Forrest, en la estratificación de riesgo de resangrado, mientras que la gravedad clínico-hemodinámica inicial condiciona la mortalidad intrahospitalaria. Estos resultados sientan una base para estudios prospectivos con mayor tamaño muestral y análisis multivariado.

POSTERS

Código: 0121

ISQUEMIA MESENTÉRICA CRÓNICA DE LOCALIZACIÓN CECAL: UN DESAFÍO DIAGNÓSTICO. A PROPÓSITO DE UN CASO

Modalidad: Casos Clínicos - Poster

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

MOREIRA, Glender | TOPOR, Ivan | BACIGALUPO, Delfina María | ESCOBAR, Rafael

Sanatorio Julio Mendez

Introducción: La isquemia mesentérica crónica es una entidad infrecuente, secundaria en la mayoría de los casos a enfermedad aterosclerótica de los troncos viscerales, principalmente de la arteria mesentérica superior. Su tríada clásica caracterizada por dolor posprandial, pérdida de peso y sitofobia no siempre está completa, lo que retrasa el diagnóstico. En ocasiones la hipoperfusión crónica se manifiesta con lesiones isquémicas de la mucosa colónica visibles por endoscopia, pudiendo simular una colitis isquémica idiopática.

Objetivos: Describir un caso de isquemia mesentérica crónica secundaria a oclusión aislada de la arteria mesentérica superior, con manifestación endoscópica atípica de injuria isquémica en ciego y colon derecho.

Caso Clínico: Mujer de 68 años, hipertensa, diabética tipo 2, tabaquista, con dolor abdominal crónico en fosa ilíaca derecha, posprandial, asociado a diarrea no disenterica alternante, proctorragia y pérdida de 8 kg en un año y medio, sin sitofobia. Laboratorio con anemia leve e hipovitaminosis B12. La colonoscopia mostró, desde fondo cecal hasta ángulo hepático, parches de mucosa pálida con pérdida del patrón vascular y una úlcera de 10 mm de bordes congestivos y fondo fibrinoso adyacente a la válvula ileocecal. La biopsia confirmó lecho ulceroso con signos de injuria isquémica crónica, con resto del colon histológicamente normal. La angiografía y la angiografía mesentérica evidenciaron oclusión significativa y aislada de la arteria mesentérica superior de etiología aterosclerótica, con permeabilidad distal a través de una arteria mesentérica inferior de calibre aumentado y circulación colateral por arco de Riolo desarrollado. Se inició antiagregación plaquetaria, estatina y cese tabáquico, con plan de revascularización quirúrgica por cirugía vascular. La paciente evolucionó asintomática.

Conclusión: La afectación cecal y del colon derecho es infrecuente en la isquemia colónica, a diferencia del colon izquierdo, zona límite de irrigación habitualmente comprometida. Este patrón orientó hacia patología de la arteria mesentérica superior y fue clave para sospechar una etiología vascular proximal, confirmada por imágenes. La integración de la clínica, la endoscopia, la anatomía patológica y los estudios vasculares permitió establecer el diagnóstico etiológico y definir la conducta terapéutica adecuada, evitando demoras ante una condición con riesgo de progresar a isquemia mesentérica aguda. Este caso destaca la importancia de mantener un alto índice de sospecha de IMC ante presentaciones incompletas de la tríada clásica y hallazgos endoscópicos atípicos, especialmente en pacientes con perfil de riesgo cardiovascular.

POSTERS

Código: 0128

¿LA MORFOLOGÍA DE LA PAPILA MAYOR INFLUYE EN LA CANULACIÓN BI-

LIAR Y EN LAS COMPLICACIONES RELACIONADAS CON LA COLANGIOPANCREATOGRFIA RETRÓGRADA ENDOSCÓPICA?

Modalidad: Trabajos Científicos - Poster

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

MONSALVE, Leidy | RIOS, Jonnathan

Sanatorio Güemes

Introducción: La colangiopancreatografía retrógrada endoscópica (CPRE) es el procedimiento de elección para el tratamiento de múltiples enfermedades biliopancreáticas. La dificultad de canulación constituye el principal factor de riesgo para pancreatitis post-CPRE y otros eventos adversos. La clasificación de Haraldsson categoriza la morfología de la papila mayor en cuatro tipos y podría permitir predecir la complejidad técnica del procedimiento; sin embargo, la evidencia disponible continúa siendo limitada, especialmente en nuestra población.

Objetivos: Determinar la asociación entre la morfología de la papila mayor, según la clasificación de Haraldsson, y la falla de canulación biliar, así como evaluar su relación con las complicaciones asociadas a la CPRE.

Material y Métodos: Estudio de cohorte ambispectivo realizado en pacientes mayores de 18 años sometidos a CPRE terapéutica con papila nativa. La cohorte retrospectiva comprende pacientes incluidos entre septiembre de 2021 y julio de 2023 y la fase prospectiva incorpora pacientes desde marzo de 2026. Se registran variables demográficas, indicación del procedimiento, tipo de papila, tiempo e intentos de canulación, pasajes al conducto pancreático, técnica de canulación, éxito del procedimiento y complicaciones (pancreatitis post-CPRE, hemorragia y perforación). El análisis estadístico incluye estadística descriptiva, pruebas de Chi-cuadrado o exacta de Fisher para variables categóricas y t de Student o U de Mann-Whitney para variables continuas, considerando significativo un valor de $p < 0,05$.

Resultados: El estudio se encuentra en fase de recolección y consolidación de la base de datos correspondiente a la cohorte ambispectiva. Se está realizando el control de calidad de los registros y el análisis estadístico de las variables relacionadas con la morfología papilar, la dificultad de canulación y las complicaciones del procedimiento. Los resultados finales serán presentados una vez completado el reclutamiento y análisis de la muestra.

Conclusiones: Este estudio permitirá evaluar el valor predictivo de la clasificación de Haraldsson sobre la dificultad de canulación y las complicaciones de la CPRE en nuestra población. La identificación de fenotipos papilares de mayor riesgo podría contribuir a optimizar la estrategia de canulación y disminuir los eventos adversos relacionados con el procedimiento.

POSTERS

Código: 0136

MANEJO MULTIDISCIPLINARIO EN ENFERMEDAD CELÍACA REFRACTARIA COMPLICADA CON YEYUNOILEÍTIS ULCERATIVA, ESPRÚE COLÁGENO Y SUPERPOSICIÓN CON COLANGITIS BILIAR PRIMARIA.

Modalidad: Casos Clínicos - Poster

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

NARANJO LARA, María Jose | MORENO, María Laura | HUENS CASAL, Camila | PERALTA, Agustina | AVNAIM, Lucila | IANTORNO, Mauro Antonio | CARRARO, María Cecilia | PATTERNO, Mauricio | FLEITAS, Walter | COSTA, Florencia | WASSNER, Carla | KUJTA, Nadia | KISH, Ayelen | UDABE, María Laura | BESSO, Celeste | CARTIER, Mariano

HOSPITAL UDAONDO

Introducción: La enfermedad celíaca refractaria (ECR) representa el 1-4% de los casos de enfermedad celíaca (EC) y el 10-20% de la EC no respondedora. La edad avanzada al diagnóstico y la homocigosidad del HLA-DQ2 son factores de riesgo. Se caracteriza por persistencia de síntomas de malabsorción y atrofia vellositaria (AV) a pesar de adherencia a la dieta libre de gluten por más de 12 meses. Se clasifica en tipo I y II según el fenotipo de los linfocitos intraepiteliales (LIEs) evaluados por citometría de flujo (CF) o inmunohistoquímica (IHQ). El tipo II presenta LIEs aberrantes (CD3+ CD8 -) cuya prevalencia excede el 20% por CF y el 50% mediante (IHQ), más expansión monoclonal. Tiene mal pronóstico, alto riesgo de progresión a linfoma de células T asociado a enteropatía (30-50% a los 5 años), insuficiencia intestinal e infecciones. Se asocia con complicaciones graves: yeyunoileítis ulcerativa (YIU) y esprúe colágeno (SC). La evaluación diagnóstica incluye: enterografía por TC/RM, videocápsula endoscópica (VCE) y PET-TC con 18F-FDG (de elección para detectar linfoma).

Objetivos: Presentar un caso de ECR II, yeyunoileítis ulcerativa, esprúe colágeno y colangitis biliar primaria (CBP), destacando el rol de VCE y PET-TC en detección de complicaciones y exclusión de linfoma, así como la importancia del abordaje multidisciplinario.

Caso Clínico: Femenina de 71 años, antecedente de EC e hipotiroidismo. Se interna por diarrea crónica de 2 meses de evolución, dolor abdominal, pérdida de peso de 10 kg y anasarca. Al ingreso desnutrición severa, síndrome de malabsorción y patrón colestásico. Serología para EC: IgA total 221; a-DGP IgG 16 y a-tTG IgA 1 U/ml. Endoscopia alta: signos de AV en duodeno e histología Marsh 3C y SC. IHQ:

pérdida de expresión de CD8 en >50% de LIEs. Colonoscopia: íleon terminal con patrón en mosaico y úlceras de 2-3 mm; biopsias confirmaron ileítis crónica. Se inició nutrición parenteral total. Esteatorrea moderada (esteatocrito: 10%; elastasa fecal normal) y enteropatía perdedora de proteínas (clearance de alfa1 antitripsina: 41 ml/24 hs). Perfil autoinmune por colestasis persistente: anti-mitocondriales M2 positivos, diagnóstico de CBP e inicio de ácido ursodesoxicólico. TC de tórax y enterotc evidenció trombosis en arteria pulmonar, derrame pleural bilateral y moderada ascitis. Se inició anticoagulación. La VCE evidenció marcado patrón en empedrado en intestino proximal (imagen 1), linfangiectasias y múltiples ulceraciones en yeyuno e íleon (YIU). El PET-TC no evidenció captaciones anómalas. Se inició tratamiento con corticoides sistémicos.

Resultados: Tras 12 semanas presentó evolución favorable: ganancia ponderal de 10 kg, normalización de parámetros nutricionales y bioquímicos. Transición exitosa a nutrición enteral y corticoides vías orales. Al egreso continúa con corticoides en descenso y budesonida oral en cápsulas abiertas. Pendiente enteroscopia con biopsias. **Conclusión:** El manejo de la ECR exige un abordaje multidisciplinario y los mayores esfuerzos para descartar linfoma. Intervenciones nutricionales escalonadas y control riguroso de complicaciones son fundamentales en el manejo de la falla intestinal.

POSTERS

Código: 0137

SÍNDROME DE BOUVERET: IMITADOR DE PATOLOGÍA NEOPLÁSICA Y HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA. REPORTE DE DOS CASOS

Modalidad: Casos Clínicos - Poster

Unidad Temática: a) GASTROENTEROLOGÍA 5. Vesícula y vías biliares 5.1. Litiasis biliar

NARANJO LARA, María Jose | HUENS CASAL, Camila | PORTILLO, Matías Joaquín | MONGE, Jossely | GARZON, Ana | CARRARO, María Cecilia | LÓPEZ GO-DOY, Raúl Martín | UDABE, María Laura | LLANQUIMAN, Pablo Emanuel | ZAMBRANO, Verónica | GONZÁLEZ, Gisele Eliana | KUJARUK, Mirtha | GARAVAGLIA, Gustavo | ROBLES, Pablo | DE ARMAS, Emilia | CHOQUE, Paola | PATTERNO, Mauricio | CARTIER, Mariano

HOSPITAL UDAONDO

Introducción: El síndrome de Bouveret (SB) es una forma infrecuente de íleo biliar proximal debido a la migración de un cálculo a través de una fistula colecistoduodenal (FCD). Representa un desafío clínico debido a sus manifestaciones inespecíficas. Los síntomas más frecuentes incluyen náuseas, vómitos (87%), dolor abdominal (71%), hematemesis (15%) y pérdida de peso (14%). La respuesta inflamatoria local inducida puede simular otras patologías, siendo un importante distractor clínico, endoscópico y anatomopatológico.

Objetivos: Describir dos presentaciones clínicas atípicas del SB y el papel de la respuesta inflamatoria local como distractor diagnóstico

Caso Clínico: Caso 1: Femenina de 35 años, antecedente de litiasis biliar (LB). Presentó vómitos, distensión abdominal y saciedad precoz. Endoscopia alta (VEDA): deformación antropilórica, cubierta por mucosa de aspecto conservado. Se intentó franquear sin éxito, observando sectores de mucosa de aspecto inflamatorio. Anatomía patológica (AP): proliferación linfocítica atípica (CD45+, Ki67 60%), sugiere proceso linfoproliferativo. Tac de abdomen: vesícula biliar (VB) parcialmente colapsada con aire y litiasis en su interior, incluida en plastrón inflamatorio con delimitación imprecisa con la pared antrodoodenal, lito de 50 x 37 mm impactado en tercera porción duodenal. Se decide conducta quirúrgica: laparotomía con enterotomía. Se realiza nueva VEDA con revisión AP en centro oncológico que descartó malignidad, confirmando hiperplasia de glándulas de Brunner con inflamación reactiva secundaria al trauma del cálculo. Caso 2: Masculino de 44 años, antecedente de LB e internación previa en otra institución por Hemorragia digestiva alta (HDA). Con VEDA que reveló coágulo gigante adherente (Forrest IIb) ocupando cavidad gástrica, impidiendo adecuada visualización. Ingresó por cuadro de vómitos y saciedad precoz. VEDA informó estenosis infranqueable en bulbo duodenal con úlcera cubierta por fibrina. AP: inflamación crónica activa. TAC de abdomen: estómago distendido con solución de continuidad entre pared vesicular y región antropilórica, presencia de lito de 30 mm en luz gástrica. Se decide conducta quirúrgica: gastrotomía laparoscópica con extracción de macrolito y gastrorrafia

Resultados: El análisis retrospectivo de los casos reveló un retraso diagnóstico, con síntomas inespecíficos que condujeron a manejos conservadores iniciales. El diagnóstico definitivo se logró tras la identificación por imagen (Tomografía computarizada) de la triada de Rigler en ambos pacientes. La resolución del cuadro se obtuvo mediante la extracción exitosa del lito, sin evidencia de complicaciones postoperatorias inmediatas en ninguno de los casos.

Conclusión: El SB debe considerarse dentro de los diagnósticos diferenciales en SOTS, especialmente en pacientes con LB. La respuesta inflamatoria secundaria a la FCD y al trauma mecánico del cálculo puede simular enfermedades neoplásicas o presentarse con complicaciones inusuales, como HDA. La correlación entre los hallazgos clínicos, endoscópicos, tomográficos y anatomopatológicos resulta fundamental para establecer el diagnóstico y orientar el tratamiento oportuno.

POSTERS

Código: 0139

REGRESIÓN ESPONTÁNEA DE CARCINOMA HEPATOCELULAR AVANZADO EN HÍGADO SIN CIRROSIS: UN FENÓMENO INFRECIENTE, REPORTE DE UN CASO.

Modalidad: Casos Clínicos - Poster

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

CALZETTA, Pablo Anibal | CURRAS, Alfredo | FLORES, Gabriel | GOMEZ PERDIGUERO, Gonzalo | HUEBLA, Mayra

HOSPITAL GENERAL DE AGUDOS DR. JUAN A. FERNÁNDEZ

Introducción: La mayoría de los carcinomas hepatocelulares (CHC) se desarrollan sobre hígados con cirrosis siendo infrecuente su aparición en hígados sin cirrosis, representando el 15-20 % de los casos. La regresión espontánea (RE), definida como la desaparición parcial o completa de la masa tumoral y/o de su invasión en otras estructuras en ausencia de un tratamiento oncológico específico o directo, es excepcional, con una prevalencia del 0.4%. Sólo han sido reportados alrededor de 90 casos, de los cuales la mayoría fueron en pacientes con cirrosis hepática secundaria a hepatitis crónica por virus B, virus C y de etiología asociada a alcohol. **Objetivos:** Presentar un caso clínico de una regresión espontánea de carcinoma hepatocelular en hígado sin cirrosis.

Caso Clínico: Paciente masculino de 68 años, consulta tras hallazgo incidental en una ecografía abdominal de una lesión sólida hepática. Se realiza Resonancia de abdomen trifásica que evidenció un nódulo heterogéneo en el segmento V hiperintenso en T2 de 94 x 68 x 85 mm con realce parcial y heterogéneo tras la inyección de gadolinio en fase portal y tardía con restricción en difusión asociado a trombosis tumoral de la rama izquierda de la vena porta (Figura 1). En los laboratorios presentó función hepática conservada y alfafetoproteína: 53.417 ng/ml. Tomografía de tórax sin lesiones. Ante la presencia de un probable CHC sobre un hígado sin cirrosis se realizó biopsia hepática percutánea que confirmó la presencia de proliferación hepatocelular atípica y de fibrosis portal leve. Por la imposibilidad de realizar tratamiento quirúrgico debido a la invasión vascular, se indicó tratamiento sistémico con Atezolizumab-Bevacizumab, el cual no inició por demoras en la provisión. A los 5 meses, una nueva resonancia evidenció regresión espontánea con reducción tumoral de 55 x 52 x 52 mm, resolución completa de la trombosis portal (Figura 2) y normalización de la AFP a 0,9 ng/mL. Se realizó una segmentectomía hepática IV/V y parcial del VIII. La anatomía patológica confirmó un hepatocarcinoma moderadamente diferenciado con 60% de necrosis, márgenes de resección libres y ausencia de invasión linfovascular o satelitosis (Figura 3). En el postoperatorio evoluciona asintomático, con tomografía control libre de enfermedad y AFP de 1 ng/mL (Figura 4).

Conclusión: La RE del CHC sobre un hígado sin cirrosis representa un escenario clínico excepcional que desafía la evolución natural de los tumores hepáticos. En nuestro caso la resolución de la trombosis portal y un remanente hepático suficiente permitió la resección quirúrgica garantizando una supervivencia prolongada libre de enfermedad.

POSTERS

Código: 0142

TUMOR DE ABRIKOSSOFF: A PROPÓSITO DE UN CASO.

Modalidad: Casos Clínicos - Poster

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

ZAMBRANO, Liliana | BRAICOVICH, Agustina | IMAN, Ailen | PERALTA, Oscar

HIGA DR DIEGO PAROISSIEN

Introducción: El tumor de células granulares o tumor de Abrikossoff es una neoplasia infrecuente de probable origen en las células de Schwann. La afectación del tracto gastrointestinal es rara y la localización gástrica representa menos del 1% de las neoplasias del estómago, con escasos casos descritos en la literatura. La mayoría de las lesiones son benignas y se diagnostican de manera incidental. El diagnóstico se basa en el estudio histopatológico, caracterizado por células poligonales con abundante citoplasma granular eosinófilo y positividad para S-100. La ecoendoscopia permite determinar la capa de origen, el tamaño y la extensión de la lesión, información útil para definir la conducta terapéutica, que puede variar desde la vigilancia en lesiones pequeñas y asintomáticas hasta la resección endoscópica o quirúrgica en caso de presentar predictores de malignidad.

Objetivos: Describir un caso de tumor de células granulares gástrico, revisar los aspectos diagnósticos y terapéuticos; enfatizando el papel de anatomía patológica y la ecoendoscopia en la estratificación del riesgo de malignidad y la toma de decisiones.

Caso Clínico: Paciente femenina de 45 años de edad, con antecedentes de anemia crónica, metrorragia en seguimiento por Ginecología y antecedente familiar de primer grado de cáncer de colon. Derivada a Gastroenterología para estudio de anemia. En nuestro servicio se realizaron estudios complementarios para descartar posibles patologías con perfil tiroideo normal y resultados negativos para enfermedad celíaca y otras enfermedades crónicas metabólicas. Y se realizó estudios endoscópicos; en la Videocolonoscopia de alta calidad se describe hemorroides internas como único hallazgo. En la videoendoscopia digestiva alta se evidenció en cuerpo gástrico, sobre curvatura mayor presencia de 5 pólipos sésiles de 5mm aprox., de los cuales se extrae el más representativo para estudio anatomopatológico. Quienes describen, una mucosa gástrica conservada y a nivel de corion se observan células de citoplasma granular eosinófilos con núcleo pequeño delimitado por tramo

fibrovascular, PAS positivo citoplasmático, en las cuales se realizó técnicas de inmunomarcación S100 con resultado positivo. Estos hallazgos se vinculan con tumor de células granulares (Tumor de Abrikossoff), no se evidenciaron predictores de malignidad. Para completar la caracterización de la lesión se realizó ecoendoscopia, que identificó dos lesiones polipoideas de 6 y 7 mm, originadas en la mucosa y submucosa, respectivamente, sin características sugestivas de invasión. Ante los hallazgos anatomopatológicos, endoscópicos y ausencia de sintomatología gástrica en la paciente, se decidió conducta conservadora con seguimiento mediante ecoendoscopia al año.

Conclusión: El tumor de Abrikossoff gástrico es una entidad excepcional, con una incidencia de 1 caso por cada millón de habitantes al año, que suele diagnosticarse de manera incidental. El diagnóstico definitivo requiere confirmación histopatológica e inmunohistoquímica, mientras que la ecoendoscopia permite caracterizar la profundidad y extensión de la lesión, orientando la conducta terapéutica. La integración de los hallazgos permite una adecuada estratificación del riesgo y la individualización del manejo, evitando procedimientos terapéuticos innecesarios.

POSTERS

Código: 0151

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DE LESIÓN FOCAL PANCREÁTICA: IMÁGENES SIMILARES, DECISIONES DIFERENTES.

Modalidad: Casos Clínicos - Poster

Unidad Temática: a) GASTROENTEROLOGÍA 6. Páncreas 6.2. Patología neoplásica
 RANDAZZO, Paula | ACHILLI, Agustín | PASQUA, Analía Verónica | GONZÁLEZ, María Laura | MARCOLONGO, Mariano

Hospital Italiano

Introducción: Las lesiones focales sólidas pancreáticas (LFSP) comprenden un amplio espectro de entidades con implicancias diagnósticas y terapéuticas diferentes, siendo la más frecuente el adenocarcinoma ductal. Sin embargo, lograr diferenciar imagenológicamente otras lesiones como el bazo accesorio intrapancreático (BAIP) y los tumores neuroendocrinos (TNE) puede ser extremadamente dificultoso.

Objetivos: Comunicar un caso de LFSP que resalta la importancia de integrar los hallazgos clínicos, bioquímicos, endoscópicos e imagenológicos para orientar la conducta.

Caso Clínico: Mujer de 59 años sin antecedentes de relevancia, consultó por pirosis y esteatorrea de tres meses de evolución. El laboratorio de rutina con perfil nutricional fue normal, con serología para enfermedad celíaca negativa. El estudio de materia fecal reveló una elastasa de 23 µg/g (VR: mayor de 200 µg/g). Ante el diagnóstico de insuficiencia pancreática exocrina (IPE), se solicitaron una tomografía computada y una resonancia magnética con contraste. Ambas identificaron una lesión nodular con bordes bien definidos de 22 mm en el cuerpo pancreático, inicialmente interpretada como un bazo accesorio intrapancreático. En la endoscopia digestiva alta se evidenció esofagitis erosiva grado C y múltiples úlceras duodenales. La colonoscopia no mostró hallazgos patológicos. Se solicitó dosaje de gastrinemia con previa suspensión de inhibidores de la bomba de protones, que resultó elevada 328 pg/mL (VR: menor a 115 pg/mL), lo que planteó la sospecha de síndrome de Zollinger-Ellison con IPE secundaria a inactivación enzimática por hiperacidez luminal. Se reevaluaron imágenes del páncreas. Se realizó un centellograma esplénico con eritrocitos desnaturalizados con el propósito de descartar tejido esplénico ectópico, el cual fue negativo. El PET/TC con Ga-68 DOTATATE no fue accesible inicialmente. El caso fue discutido en ateneo multidisciplinario y se decidió no realizar ecoendoscopia con punción por consideraciones relacionadas con la seguridad y porque, dada la alta sospecha de gastrinoma, su resultado no modificaría la conducta quirúrgica. Se realizó enucleación laparoscópica de la lesión. El estudio anatomopatológico confirmó un tumor neuroendocrino bien diferenciado G2 productor de gastrina, con Ki-67 del 16% y márgenes quirúrgicos libres. La evolución posoperatoria fue favorable, con recuperación de la función secretora exocrina. Un PET/TC con Ga-68 DOTATATE realizado posteriormente no evidenció enfermedad.

Conclusión: En el marco de las LFSP, el BAIP y los TNE pueden ser morfológicamente indistinguibles en imágenes convencionales. En el contexto de una LFSP hipervascular, la presencia de diarrea crónica y úlceras múltiples debe encender la sospecha de gastrinoma. Este caso destaca que la integración de métodos funcionales (centellograma esplénico, PET-DOTATATE) y el análisis del contexto clínico-bioquímico son indispensables para evitar errores diagnósticos y guiar una terapéutica adecuada.

POSTERS

Código: 0152

RESECCIÓN ENDOSCÓPICA DE ESPESOR TOTAL (FTRD) EN LESIONES COLORRECTALES COMPLEJAS: SERIE DE CASOS Y CORRELACIÓN CON LA EVIDENCIA ACTUAL.

Modalidad: Casos Clínicos - Poster

Unidad Temática: a) GASTROENTEROLOGÍA 4. Colon y recto 4.2. Neoplasia
 GIGENA, Ricardo Agustín | CATÁNEO, Evelin Nataly

SANATORIO ALLENDE

Introducción: La resección de lesiones colorrectales complejas representa un desafío, particularmente ante fibrosis submucosa, ausencia de elevación (non-lifting) o sospecha de invasión superficial. Si bien la resección mucosa endoscópica y la disección submucosa endoscópica constituyen técnicas ampliamente utilizadas, su eficacia puede verse limitada en determinados escenarios. FTRD permite realizar una resección endoscópica de espesor total mediante el despliegue de un clip tipo over the scope previo a la resección con asa, posibilitando la obtención de una pieza que incluye mucosa, submucosa y muscular propia. Las recomendaciones actuales consideran su utilización principalmente en lesiones pequeñas, preferentemente menores 20 mm, no susceptibles de resección convencional, lesiones non-lifting por fibrosis y carcinomas colorrectales T1 seleccionados. Se presentan dos casos representativos de diferentes indicaciones del FTRD, analizados en relación con la evidencia científica disponible.

Objetivos: Describir dos escenarios clínicos de utilización del FTRD en lesiones colorrectales complejas y analizar los resultados técnicos, anatomopatológicos y evolutivos en relación con la evidencia científica actual.

Caso Clínico: Se presentan dos pacientes con lesiones colorrectales complejas tratados mediante resección endoscópica de espesor total con FTRD. Caso 1: paciente con lesión de crecimiento lateral no granular en colon ascendente, Paris 0-IIb y patrón Kudo IV. Tras la inyección submucosa se identificó un área sin elevación efectiva. La biopsia informó adenoma tubular con displasia de bajo grado. Debido al componente non-lifting, se planificó una estrategia híbrida. Se realizó resección bajo agua de los márgenes para reducir el diámetro de la lesión y permitir la captura del segmento no elevable, seguida de marcación y resección con FTRD. La anatomía patológica confirmó adenoma tubular con displasia de bajo grado. En la colonoscopia de control no se observaron signos de recurrencia en el sitio de resección. Caso 2: paciente con lesión plana sobrelevada con depresión central de 15 mm en colon transversal, Paris 0-IIa+0-IIc y patrón Kudo V. Se realizó marcación periférica y resección transmural completa mediante FTRD, sin complicaciones inmediatas. El estudio anatomopatológico informó adenocarcinoma invasor moderadamente diferenciado, con compromiso de mucosa y submucosa hasta una profundidad de 0,1 cm, sin angioinvasión y con márgenes libres. La muestra incluyó muscular propia. En el control endoscópico se observó la cicatriz de resección previa y la evaluación histológica no demostró malignidad residual.

Resultados: Se obtuvo éxito técnico en ambos procedimientos, sin complicaciones inmediatas ni requerimiento de cirugía de rescate. El seguimiento mostró ausencia de recurrencia local en el adenoma y de malignidad residual en el adenocarcinoma. Los casos ilustran dos indicaciones actuales del FTRD: lesiones non-lifting por fibrosis y carcinomas colorrectales T1 seleccionados. Los resultados obtenidos son concordantes con la evidencia publicada, que demuestra altas tasas de éxito técnico y un perfil de seguridad favorable en pacientes adecuadamente seleccionados.

Conclusión: El FTRD representa una alternativa terapéutica valiosa en lesiones colorrectales complejas cuando la resección convencional no es factible. La adecuada selección de los pacientes permitió obtener resultados concordantes con la evidencia actual, destacando su utilidad tanto en lesiones non-lifting como en carcinomas colorrectales T1 seleccionados.

POSTERS

Código: 0157

EL ERUCTO SUPRAGÁSTRICO PATOLÓGICO PUEDE IDENTIFICARSE EN HAS- TA UNA QUINTA PARTE DE LOS PACIENTES CON ENFERMEDAD POR REFLUJO GASTROESOFÁGICO CONCLUYENTE

Modalidad: Trabajos Científicos - Poster

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

CHAN, Walter¹ | FRANZ, Allison² | GARCIA MARMOLEJO, Juan Pablo³ | HURTTE, Edward⁴ | PESANTEZ, María Fernanda⁵ | PIA SICOLI, Adrián Omar⁶ | SMITH, Smith, Nathon⁷ | TUDEHOPE, Fiona⁸ | ARGÜERO, María Julieta⁹ | BARBER CASSELLES, Claudia⁷ | CISTERNAS, Daniel⁸ | GLASINOVIC, Esteban⁹ | HANI, Alibis³ | ROGERS, Benjamin² | SAWADA, Akinari⁹ | SERRA, Jordi⁷ | YASAKI, Etsuro⁶ | ZERBIB, Frank¹⁰ | SIFRIM, Daniel⁶ | GYAWALI, Prakash⁴

HARVARD MEDICAL SCHOOL¹; UNIVERSITY OF LOUISVILLE SCHOOL OF MEDICINE²; PONTIFICIA UNIVERSIDAD JAVERIANA, HOSPITAL SAN IGNACIO³; WASHINGTON UNIVERSITY SCHOOL OF MEDICINE⁴; Hospital Italiano⁵; WINGATE INSTITUTE FOR NEUROGASTROENTEROLOGY, QUEEN MARY UNIVERSITY⁶; DIGESTIVE SYSTEM RESEARCH UNIT, UNIVERSITY HOSPITAL VALL D'HEBRON⁷; FACULTAD DE MEDICINA UNIVERSIDAD DEL DESARROLLO⁸; DEPARTMENT OF GASTROENTEROLOGY, OSAKA METROPOLITAN UNIVERSITY⁹; CENTRE MEDICO-CHIRURGICAL MAGELLAN, HÔPITAL HAUT-LÉVÊQUE; UNIVERSITÉ DE BORDEAUX¹⁰

Introducción: El eructo supra gástrico (ESG) puede desencadenar episodios de reflujo; sin embargo, la contribución del ESG a la carga de reflujo patológico no se comprende completamente.

Objetivos: Caracterizar e identificar predictores clínicos del fenotipo de enfermedad por reflujo gastroesofágico (ERGE) asociado a ESG excesivo.

Material y Métodos: Estudio multicéntrico que incluyó pacientes con tiempo de exposición ácida (TEA) >6% en monitoreo de pH-impedancia realizado sin tratamiento antisecreto, provenientes de 11 centros terciarios internacionales. Los episodios de ESG fueron identificados manualmente. Se definió ESG excesivo como 13 episodios

en 24 horas. El TEA relacionado con ESG se determinó mediante la duración del pH <4 posterior a un episodio de ESG. Se realizaron análisis univariados y multivariados para evaluar la relación entre ESG excesivo y ERGE concluyente.

Resultados: De 580 pacientes (edad $56,1 \pm 0,6$ años; 62% mujeres) provenientes de cuatro regiones del mundo (Europa, Norteamérica, Latinoamérica y Asia), 107 (18,5%) presentaron ESG excesivo ($p = 0,97$ entre regiones). El fenotipo de ERGE asociado a ESG excesivo presentó un TEA total menor ($p = 0,01$), con un $24,6 \pm 2,2\%$ del TEA total atribuible al ESG, un mayor número total de episodios de reflujo (TER; $p = 0,0006$) y un mayor número de episodios sintomáticos relacionados con ESG ($p < 0,0001$). En el análisis de regresión logística, un mayor TER (OR 1,01; IC95%: 1,002–1,020; $p = 0,011$) y la presencia de síntomas asociados al ESG (OR 1,33; IC95%: 1,23–1,40; $p < 0,0001$) predijeron de forma independiente la presencia de ESG excesivo, mientras que los síntomas predominantemente perceptivos (pirosis/dolor torácico; OR 0,17; IC95%: 0,04–0,71; $p = 0,0034$) y un mayor TEA total (OR 0,90; IC95%: 0,83–0,98; $p = 0,01$) fueron predictores negativos. En el análisis de curvas ROC, >115 TER y >56 episodios de reflujo proximal alcanzaron una especificidad superior al 90% para identificar ESG excesivo.

Conclusiones: El ESG excesivo se observa en hasta el 20% de los pacientes con ERGE concluyente, siendo atribuible al ESG aproximadamente al 25% del TEA. Un mayor número total de episodios de reflujo (>115 TER) y una mayor cantidad de síntomas asociados al ESG son predictores del fenotipo de ERGE relacionado con ESG excesivo. Se requerirán estudios prospectivos futuros para determinar el impacto de estos hallazgos sobre el manejo clínico de los pacientes y los resultados sintomáticos

POSTERS

Código: 0170

PREVALENCIA DE BACTERIEMIA EN PACIENTES CON COLANGITIS AGUDA GRAVE.

Modalidad: Trabajos Científicos - Poster

Unidad Temática: a) GASTROENTEROLOGÍA 5. Vesícula y vías biliares 5.1. Litiasis biliar

HORIANSKI, Yamila | DASSORI, Micaela | SITZMANN, Federico | LUDOJOSKI, Belén | FIGUEROA VERA, Cinthia Lariza | FIGUEROA, Matilde | FLORES LUCENA, Montserrat | AQUINO, Lucia | REINECK, Rosana Paola | SARTORI, Diego Eloy | ROYGA JARA, Diego

HOSPITAL ESCUELA DE AGUDOS "DR RAMON MADARIAGA"

Introducción: La colangitis aguda es una urgencia obstructiva biliar con una mortalidad cercana al 10%, cuya evolución a bacteriemia y shock séptico depende de la infección biliar y el grado de disfunción orgánica estratificado por las Guías de Tokio (TG18).

Objetivos: Evaluar la asociación entre colangitis aguda grave y bacteriemia en pacientes mayores de 18 años ingresados al Hospital Madariaga en el periodo comprendido entre enero del año 2021 hasta enero del año 2023.

Materiales y Métodos: Estudio retrospectivo, observacional, de corte transversal y monocéntrico en pacientes internados por colangitis aguda. Se analizaron variables clínicas, microbiológicas y de laboratorio al ingreso. Tras evaluar la normalidad de las variables cuantitativas mediante la prueba de Shapiro-Wilk, se aplicó la prueba t de Student para aquellas con distribución normal y la U de Mann-Whitney para las de distribución no normal. Para el análisis de variables categóricas se utilizó el test Exacto de Fisher. El análisis inferencial se consideró estadísticamente significativo con un valor de $p < 0,05$, empleando el software Jamovi.

Resultados: La prevalencia global de bacteriemia fue del 43,9% ($n = 25$), incrementándose progresivamente según la gravedad: 20% en colangitis leve, 41,2% en moderada y 70% en grave (Prueba Exacta de Fisher; $p < 0,001$). La colangitis grave se asoció frecuentemente con bacteriemia, en comparación con la colangitis leve (OR 9,33; IC95%: 2,18–39,96; $p = 0,003$). Los leucocitos fueron significativamente más elevados en el grupo con bacteriemia (mediana 17.480 vs. 11.280 células/mm³; $p < 0,001$). La mortalidad intrahospitalaria global fue del 12,3%, significativamente mayor en pacientes con bacteriemia (24% vs. 3,1%; $p = 0,036$). Escherichia coli fue el germen más frecuentemente aislado (22,8%).

Conclusiones: La estratificación TG18 constituye una herramienta útil no solo para predecir disfunción orgánica, sino también la probabilidad de bacteriemia, orientando la toma oportuna de hemocultivos, inicio temprano de antibióticoterapia empírica y el drenaje biliar precoz para reducir la morbilidad.

POSTERS

Código: 0172

DE LA INFECCIÓN POR HELICOBACTER PYLORI AL LINFOMA MALT REFRACTARIO: EVOLUCIÓN CLÍNICA Y RESPUESTA AL TRATAMIENTO DE RESCATE.

Modalidad: Casos Clínicos - Poster

Unidad Temática: a) GASTROENTEROLOGÍA 2. Estómago - duodeno 2.3. Neoplasia
VITELLINI, Facundo | SUAREZ, Florencia Micaela | BERTONE, María Florencia | MAIER, Katerina | MELANO, Florencia | ZARATE, Fabian | DI BARTOLO, Laura | CASTILLO, Gabriela | CASTRO ALIVES, Lis Ileana | CERDAS, Natalia

Hospital Córdoba

Introducción: El linfoma MALT gástrico es el linfoma extranodal más frecuente y presenta una estrecha asociación con la infección por Helicobacter pylori. Si bien la erradicación bacteriana constituye el tratamiento inicial y puede inducir remisión en un elevado porcentaje de los casos, algunos pacientes presentan progresión de la enfermedad y requieren tratamiento sistémico.

Objetivos: Describir un caso de linfoma MALT gástrico diagnosticado tras dos esquemas de erradicación de Helicobacter pylori, con refractariedad a la primera línea de tratamiento quimioterápico y remisión completa luego de tratamiento de rescate y trasplante autólogo.

Caso Clínico: Paciente masculino de 51 años, tabaquista, con antecedente de infección por Helicobacter pylori tratada con esquema triple convencional. Posteriormente presenta epigastralgia progresiva, náuseas, vómitos posprandiales y pérdida ponderal. La videoendoscopia digestiva alta evidenció gastropatía erosiva y dos lesiones ulceradas en cuerpo gástrico. Las biopsias mostraron gastritis crónica activa con persistencia de H. pylori y metaplasia intestinal, sin infiltración linfomatosa, por lo que se indicó un segundo esquema de erradicación. Ante la persistencia clínica se repitió la endoscopia, observándose compromiso infiltrativo difuso del cuerpo gástrico. La inmunohistoquímica confirmó un linfoma MALT. La tomografía evidenció engrosamiento parietal gástrico con adenopatías locoregionales y retroperitoneales.

Resultados: Se inició tratamiento con seis ciclos de rituximab, ciclofosfamida, vincristina y prednisona (R-CVP). El PET/CT posterior evidenció persistencia de enfermedad metabólicamente activa con compromiso ganglionar y peritoneal, confirmando infiltración linfomatosa mediante biopsia peritoneal. Se indicó segunda línea con rituximab, dexametasona, citarabina y cisplatino (R-DHAP) seguida de trasplante autólogo de progenitores hematopoyéticos. En el seguimiento, el PET/CT demostró remisión metabólica completa, posteriormente se realizó endoscopia de control (imagen 1), donde las biopsias gástricas no evidenciaron infiltración linfomatosa.

Conclusión: La persistencia de síntomas y de alteraciones endoscópicas tras el tratamiento de Helicobacter pylori debe motivar un seguimiento estrecho con nuevas biopsias, ya que el diagnóstico de linfoma MALT puede requerir re-evaluaciones sucesivas. En casos refractarios, el abordaje multidisciplinario y el escalamiento terapéutico permiten alcanzar remisiones completas.

POSTERS

Código: 0175

ENFERMEDAD PERIANAL REFRACTARIA EN ENFERMEDAD DE CROHN: ¿ACTIVIDAD INFLAMATORIA O INFECCIÓN OCULTA?

Modalidad: Casos Clínicos - Poster

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

SALABERRY, Antonella | LUCIANO, Sol Belén | ROHWAIN, María José | HUERNOS, Sergio | CARTIER, Mariano Gastón | CARRARO, María Cecilia | HUENS CASAL, Camila | GARAVAGLIA, Gustavo | GODOY, Emanuel | MONGE NUÑEZ, Natalia | BALABAN, Ezequiel | GIL, Anibal Héctor | TIRADO, Pablo Ricardo | LUNA TIRADO, Lucia | SAMBUELLI, Alicia | NARANJO LARA, María Jose | PAZMIÑO, Tana | FLORES RECALDE, Santiago | OJEDA, Andrea Agustina

HOSPITAL UDAONDO

Introducción: La enfermedad perianal constituye una de las manifestaciones más complejas de la Enfermedad de Crohn, afectando aproximadamente al 25–35% de los pacientes y representa un desafío diagnóstico y terapéutico. La persistencia de lesiones a pesar del tratamiento biológico obliga a considerar diagnósticos diferenciales, entre ellos la tuberculosis perianal, entidad infrecuente que puede simular actividad inflamatoria y modificar significativamente la conducta terapéutica.

Objetivos: Presentar un caso de tuberculosis perianal diagnosticada durante el seguimiento de una paciente con Enfermedad de Crohn con compromiso perianal fistulizante refractario. El caso permite discutir las dificultades diagnósticas y terapéuticas que plantea la coexistencia de estas dos patologías.

Caso Clínico: Paciente femenina de 81 años con antecedente de Enfermedad de Crohn colónica, diverticulosis y absceso perianal que inicialmente fue tratado con drenaje, colocación de sedal y antibióticoterapia. Evolucionó con dolor e induración perineal, constatándose en examen bajo anestesia, estenosis de colon sigmoideas, por lo cual se decide realizar sigmoidectomía con ileostomía de protección. El postoperatorio se complicó con edema agudo de pulmón e infarto agudo de miocardio, requiriendo angioplastia con colocación de tres stents coronarios. Tras su recuperación se decidió reiniciar tratamiento con Ustekinumab, logrando remisión endoscópica, aunque persistió la enfermedad perianal fistulizante.

Resultados: A pesar de la remisión endoscópica alcanzada con Ustekinumab, la paciente presentó persistencia de enfermedad perianal compleja con fístula transesfinteriana. Durante uno de los múltiples exámenes bajo anestesia, el estudio histopatológico de biopsias perianales evidenció granulomas con necrosis caseosa central y bacilos ácido-alcohol resistentes, confirmando el diagnóstico de tuberculosis perianal. Se suspendió el tratamiento biológico e inició tratamiento antifímico durante ocho meses, con mejoría clínica y cierre parcial del trayecto fistuloso. Tras completar el esquema terapéutico, se realizó reintroducción con Ustekinumab, alcanzando adecuado control clínico de la enfermedad sin evidencia de reactivación infecciosa.

Conclusión: La tuberculosis perianal en pacientes con enfermedad de Crohn puede presentarse como enfermedad fistulizante persistente y confundirse con actividad

inflamatoria, lo que puede retrasar el diagnóstico, especialmente en pacientes bajo tratamiento biológico. La confirmación histopatológica permitió modificar la estrategia terapéutica, tratar una infección potencialmente grave y reintroducir posteriormente el tratamiento biológico de forma segura, con buena evolución clínica. Este caso destaca la importancia de un enfoque multidisciplinario y de la evaluación etiológica exhaustiva ante la falta de respuesta terapéutica.

POSTERS

Código: 0176

ANÁLISIS INICIAL DE LA PREVALENCIA DEL SÍNDROME DE RESECCIÓN ANTERIOR Y FACTORES ASOCIADOS EN PACIENTES OPERADOS POR CÁNCER DE RECTO CON PRESERVACIÓN ESFÍNTERICA.

Modalidad: Trabajos Científicos - Poster

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

OJEDA, Andrea Agustina | CORAGLIO, Mariana Fernanda | COLLIA, Karina | CARTIER, Mariano | MILITO, Daniela

HOSPITAL BONORINO UDAONDO

Introducción: El tratamiento estándar para la curación del cáncer de recto ha sido históricamente la cirugía con escisión total del mesorrecto (ETM), incorporándose la neoadyuvancia como herramienta adicional. Esta cirugía se asocia a una morbilidad significativa debido a trastornos funcionales anorrectales que afectan la calidad de vida de los pacientes. El conjunto de síntomas funcionales -urgencia, incontinencia y fragmentación evacuatoria- se define como síndrome de resección anterior (SRA) que puede evaluarse a través de un score denominado Score de SRA (LARS) que otorga un puntaje según la gravedad de los síntomas.

Objetivos: Estimar la prevalencia de SRA y clasificar a la población en: SRA mayor y menor según severidad en el Score. Identificar factores de riesgo asociados.

Material y Métodos: Estudio de corte transversal, descriptivo y retrospectivo. Población: mayores de 18 años operados por cáncer de recto con preservación esfinteriana por debajo de los 13 cm, desde 2010 a 2026, en el Hospital de Gastroenterología Dr. C. Bonorino Udaondo, 12 meses luego de operación de Dixon o si requirieron ileostomía, >12 meses desde el cierre de la misma. Se envió un formulario telefónico con el Score de SRA (LARS): sin SRA (0-20), SRA menor (21-29), SRA mayor (30-42). Se consideran factores a evaluar: edad <50 y >50 años, sexo, neoadyuvancia, complicaciones postquirúrgicas (dehiscencia, abscesos, fistulas, hematomas, peritonitis), tiempo de ileostomía <1 año o >1 año y altura tumoral <5 cm, 6-10 cm y >10 cm del margen anal. Análisis descriptivo con frecuencias y porcentajes; comparaciones mediante test de Fisher ($p<0,05$).

Resultados: Se contactaron 105 pacientes de la base de datos de pacientes operados por cáncer de recto, 44 respondieron el formulario, fueron excluidos 8 con ostomía activa, quedando 36 para el análisis. El 52,8% fueron varones (19/36), con una mediana de edad de 58,5 años (rango 36-89). El 63,9% recibió neoadyuvancia. La prevalencia global de SRA fue 66,7% (24/36), con predominio de la forma mayor (44,4%) sobre la menor (22,2%). Se observó mayor afectación en varones (73,7% vs 58,8%), en quienes recibieron neoadyuvancia (78,3% vs 46,2%), con mayor proporción de SRA mayor en irradiados (52,2% vs 30,8%), en tumores bajos ≤5 cm (75%) y >10 cm (100%) respecto a tumores de 6-10 cm (62,1%), y en quienes presentaron complicaciones postquirúrgicas (83,3% vs 63,3%). El 100% de los menores de 50 años (6/6) presentó SRA, todos ellos habían recibido neoadyuvancia. Ninguna de las variables demostró diferencias estadísticas significativas aunque la neoadyuvancia y la edad < a 50 mostraron tendencia hacia mayor prevalencia de SRA ($p=0,071$ y $p=0,079$ respectivamente).

Conclusiones: Aproximadamente dos de cada tres pacientes operados por cáncer de recto en nuestra serie presentan SRA, con predominio de las formas graves. La identificación de pacientes de alto riesgo (hombres, tumores bajos, irradiados, menores de 50 años) debería motivar una derivación temprana a gastroenterología para un manejo dirigido con el objetivo de mejorar la calidad de vida de estos pacientes.

POSTERS

Código: 0179

PREVALENCIA DE SÍNTOMAS GASTROINTESTINALES Y SU ASOCIACIÓN CON BURNOUT Y ESTRÉS PERCIBIDO EN MÉDICOS RESIDENTES

Modalidad: Trabajos Científicos - Poster

Unidad Temática: a) GASTROENTEROLOGÍA 11. Investigación básica

ARCE, María Carolina | ESCOBAR, Rafael | BACIGALUPO, Delfina María | LOMBARDI, Giuliana Gisele

Sanatorio Julio Mendez

Introducción: La residencia médica es una etapa de formación de elevada exigencia psicofísica, de jornadas laborales prolongadas, exposición a situaciones con alto impacto emocional y privación de sueño. Este entorno propicia el desarrollo de estrés crónico y del síndrome de burnout, definido por agotamiento emocional, desperso-

nalización y baja realización personal. Fisiopatológicamente, el estrés crónico afecta el eje intestino-cerebro, alterando la motilidad, la secreción gástrica y la permeabilidad de la mucosa, lo que se traduce en diversos síntomas gastrointestinales. A pesar de la vinculación entre el estrés y la salud digestiva, no existe conocimiento sobre la prevalencia de estos síntomas en médicos residentes y su asociación con el burnout y el estrés percibido.

Objetivos: Estimar la prevalencia de síntomas gastrointestinales (SGI) y su asociación con el síndrome de burnout y el estrés percibido en médicos residentes.

Material y Métodos: Se realizó un estudio observacional, descriptivo, prospectivo, de corte transversal en un sanatorio de CABA. La población de estudio incluyó a médicos residentes, jefes de residentes e instructores de especialidades médicas básicas con al menos tres meses de antigüedad. Se recolectaron los datos mediante una encuesta digital autoadministrada y anónima. Se inició con los datos sociodemográficos, laborales y se utilizaron escalas validadas: Maslach Burnout Inventory (MBI) para evaluar el burnout, escala de estrés percibido (PSS-14) y la escala de evaluación de síntomas gastrointestinales (GSRS) para la severidad de las molestias digestivas registrando además síntomas extraintestinales y antecedentes de enfermedades orgánicas como variables de control. Para el análisis estadístico se utilizó el nivel de significancia de $p<0,05$, también pruebas no paramétricas U de Mann-Whitney y Kruskal-Wallis para la comparación de grupos, el test de Chi cuadrado para variables categóricas y el coeficiente de Spearman para evaluar correlaciones, calculando además el Odds Ratio (OR) para explorar la asociación entre el síndrome de burnout y la presencia de SGI.

Resultados: Del total de 151 residentes y 10 jefes de residentes e instructores, respondieron 67 (59,1% mujeres; mediana de edad 30 años). La prevalencia de síntomas gastrointestinales fue del 97% y la de síntomas graves del 44,8%. El antecedente de enfermedad gastrointestinal orgánica previa (OR 20,84; IC 95%: 2,50-173,85; $p=0,005$), el sexo femenino (OR 3,24; IC 95%: 1,15-9,11; $p=0,026$) y el año de residencia R2-R3 (OR 2,84; IC 95%: 1,05-7,69; $p=0,040$) se asociaron independientemente con la presencia de síntomas gastrointestinales graves. El 91,0% presentó burnout (29,9% leve, 34,3% moderado, 26,9% severo) y el 86,6% estrés percibido moderado. Como resultado de asociaciones, la presencia de burnout y el nivel de estrés percibido no alcanzaron significancia estadística en relación a síntomas gastrointestinales.

Conclusiones: Los SGI y el síndrome de burnout presentan una elevada prevalencia en médicos residentes. El antecedente de enfermedad gastrointestinal orgánica, el sexo femenino y cursar el 2do o 3er año de residencia se asociaron con una mayor probabilidad de presentar SGI graves. Si bien estos hallazgos respaldan la implementación de estrategias institucionales orientadas al bienestar integral del médico en formación, se requieren estudios con un mayor tamaño muestral para evaluar la asociación entre los síntomas gastrointestinales y síndrome de burnout y establecer si existe una correlación estadísticamente significativa entre ambas condiciones.

POSTERS

Código: 0180

LINFOMA DE TEJIDO LINFOIDE ASOCIADO A MUCOSAS DEL COLON: UN DIAGNÓSTICO INESPERADO EN UN PACIENTE JOVEN CON ENFERMEDAD DE CROHN E INMUNOSUPRESIÓN PROLONGADA

Modalidad: Casos Clínicos - Poster

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

PAZMIÑO, Tana | ROHWAIN, María Jose | HUERNOS, Sergio | GIL, Anibal Héctor | BALABAN, Ezequiel | TIRADO, Pablo Ricardo | LUNA TIRADO, Lucia | SAMBUELLI, Alicia | GARAVAGLIA, Gustavo | SALABERRY, Antonella | OJEDA, Andrea Agustina | FLORES, Santiago | NARANJO LARA, María Jose | CARRARO, Cecilia | CARTIER, Mariano

HOSPITAL BONORINO UDAONDO

Introducción: El linfoma extranodal de la zona marginal del tejido linfoide asociado a mucosas (MALT) representa aproximadamente el 9% de los linfomas B no Hodgkin, siendo el estómago su localización más frecuente. El compromiso colónico es excepcional y representa menos del 0,5% de las neoplasias colorrectales. En pacientes con enfermedad inflamatoria intestinal (EII), las lesiones ulceradas suelen atribuirse a actividad inflamatoria; sin embargo, la inmunosupresión y otros factores predisponentes obligan a incluir enfermedades linfoproliferativas en el diagnóstico diferencial.

Objetivos: Describir un caso de linfoma MALT colónico diagnosticado durante la evaluación de una reactivación de enfermedad de Crohn en un paciente joven con antecedente de inmunosupresión prolongada.

Caso Clínico: Varón de 21 años con diagnóstico en la infancia de colitis ulcerosa, posteriormente reclasificada como enfermedad de Crohn (EC). En 2014 fue diagnosticado de hepatitis autoinmune y en 2016 de colangitis esclerosante primaria, por lo que en 2019 se realizó trasplante hepático, iniciando inmunosupresión prolongada con tacrolimus y azatioprina; en el postoperatorio presentó un brote psicótico, con posterior diagnóstico de esquizofrenia. Evolucionó con infección recurrente por clostridioides difficile, que requirió trasplante de microbiota fecal. Recibió adalimumab (refractoriedad primaria), luego infliximab (suspendido por anafilaxia) e inició ustekinumab optimizado. Consultó por reagudización de la EC. La videocolonoscopia evidenció mucosa ileal con parches congestivos y, en colon ascendente, úlceras

superficiales aisladas (<15 mm), de bordes netos y cubiertas por fibrina, se tomaron biopsias.

Resultados: El estudio histopatológico confirmó linfoma MALT. Fue derivado a oncohematología para estadificación mediante entero-TC que mostró signos de EII, y el PET-TC evidenció captación hipermetabólica hepática bilobar, intestinal delgado, ganglionar abdominal y una lesión ósea, compatibles con enfermedad linfoproliferativa. La biopsia de médula ósea no mostró infiltración. Se decide iniciar tratamiento con rituximab; realizó 4 ciclos con adecuada tolerancia, a la espera de nueva imagen control.

Conclusión: El linfoma MALT colónico es una neoplasia excepcional, especialmente en pacientes jóvenes. La asociación entre EC y linfoma permanece controvertida; mientras algunos estudios describen un mayor riesgo de linfomas extranodales, otros no evidencian un incremento significativo de su incidencia; parece que el tratamiento inmunodepresor podría desempeñar un papel en el desarrollo de estos tumores. Este caso destaca que la coexistencia de EC, trasplante hepático e inmunosupresión prolongada configura un escenario de especial complejidad, en el que las lesiones endoscópicas deben biopsiarse y obligan a considerar enfermedades linfoproliferativas dentro del diagnóstico diferencial.

POSTERS

Código: 0190

PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DE UNA COHORTE PROSPECTIVA DE PACIENTES CON CÁNCER DE PÁNCREAS

Modalidad: Trabajos Científicos - Poster

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

VILLA, Mariano Nicolas | ESTEVEZ, Guadalupe | PASQUA, Analía Verónica | KAZANIETZ, Vanesa | MONZON, Veronica | LABATO, Maria | GORANSKY, Jeremias | MANAZZONI, Dante | LUBERTINO, Martin | PALAVECINO, Maria | GONZÁLEZ, María Laura | MARCOLONGO, Mariano | ARBUES, Guillermo

Hospital Italiano

Introducción: El cáncer de páncreas (CP) es una neoplasia agresiva. Las proyecciones muestran que será la 2ª causa de muerte oncológica hacia 2030. Solo el 10% de los casos se asocia a predisposición hereditaria; la mayoría de los casos se relaciona con factores de riesgo (FR) ambientales conocidos en su conjunto como "exposoma". Esto resalta la importancia de analizar los FR más prevalentes en nuestra población para diseñar estrategias locales de prevención y diagnóstico temprano.

Objetivos: Describir la epidemiología de una cohorte de pacientes con CP en un centro de tercer nivel de Buenos Aires.

Material y Métodos: Se incluyeron de manera prospectiva pacientes >=18 años con diagnóstico histológico de adenocarcinoma ductal de páncreas entre marzo-2025 y junio-2026. Los datos se obtuvieron mediante el autorreporte guiado por un cuestionario estandarizado y los registros de la historia clínica. Variables analizadas: edad, sexo, grupo sanguíneo, estadio al diagnóstico, tabaquismo, consumo de alcohol, patrón alimentario, actividad física, IMC, diabetes (DM), páncreas graso, pancreatitis crónica, enfermedad periodontal, lesiones precursoras, otros tumores y antecedentes familiares oncológicos.

Resultados: Se incluyeron 48 pacientes. El 81,2% (39/48) presentó enfermedad inicialmente irresecable. El 54,2% (26/48) de los diagnósticos se obtuvo por biopsia de páncreas, el 29,2% (14/48) por biopsia de metástasis y el 16,7% (8/48) por pieza quirúrgica. Entre los FR modificables, el 60,4% tenía antecedente de tabaquismo (activo o previo), el 56,2% consumía alcohol (8,3% >=15 g/día). El 60,4% presentaba sobrepeso u obesidad (43,8% obesidad), el 87,2% realizaba actividad física insuficiente (<2,5 h/semana) y el 54,2% adhería a un patrón alimentario occidental. Enfermedad periodontal: 39,6%. La DM estuvo presente en el 37,5% de los pacientes y fue de reciente manifestación (<3 años) en el 50% de los casos. El 16,7% presentaba lesiones precursoras (IPMN). Características demográficas y FR no modificables resumidos en Tabla 1.

Conclusiones: En concordancia con la literatura, la mayoría de los tumores fueron irresecables al diagnóstico, lo cual señala la importancia de mejorar las estrategias de prevención y diagnóstico temprano. Se identificó una alta prevalencia de FR tóxico-metabólicos: tabaquismo, obesidad, sedentarismo y patrón alimentario occidental, todos modificables desde la salud pública. La DM de reciente manifestación fue frecuente y podría constituir una señal de alarma para solicitar estudios por imágenes. La prevalencia de enfermedad periodontal fue significativa y es necesario profundizar el estudio de su rol en el origen del CP. La presencia de lesiones precursoras en una proporción de pacientes apoya su vigilancia activa. La identificación de familiares de 1er grado con CP, colon y mama resalta la importancia de la consulta de asesoramiento genético en todos los casos. Los resultados son preliminares aunque ya señalan oportunidades de intervención.

POSTERS

Código: 0191

IMPACTACIÓN ALIMENTARIA COMO OPORTUNIDAD DIAGNÓSTICA DE ESOFAGITIS EOSINOFÍLICA: ESTUDIO DE CORTE TRANSVERSAL EN UN CENTRO DE TERCER NIVEL

Modalidad: Trabajos Científicos - Poster

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

ESTEVEZ, Guadalupe | BAYARRI, Lucila | GONZÁLEZ, María Laura | MARCOLONGO, Mariano | ARGUERO, María Julieta

Hospital Italiano

Introducción: La esofagitis eosinofílica (EoE) es una enfermedad inflamatoria inmunológica crónica del esófago, dada por síntomas de disfunción esofágica e infiltración de la mucosa por >=15 eosinófilos por campo de gran aumento, tras excluir otras causas de eosinofilia esofágica. En adultos se presenta principalmente con disfagia e impactación de bolo alimentario (IBA), aunque también puede manifestarse con pirosis refractaria a inhibidores de la bomba de protones (IBP), dolor torácico no cardíaco y regurgitación. La IBA es una complicación aguda de la EoE y motivo frecuente de endoscopia digestiva alta (VEDA) de urgencia. Entre el 30%-70% de los adultos que consultan por IBA presentan diagnóstico histológico de EoE.

Objetivos: Estimar la frecuencia de EoE en pacientes adultos con IBA que requirieron VEDA de urgencia. Describir la proporción de diagnósticos realizados durante la VEDA índice vs. en forma diferida.

Material y Métodos: Estudio de corte transversal en pacientes >= 18 años sometidos a VEDA de urgencia por IBA en un hospital de tercer nivel de Buenos Aires (enero 2016-mayo de 2026). Se excluyeron cuerpo extraño no alimentario, EoE previa y patología oncológica esofagagástrica. Se registraron variables demográficas, clínicas, atópicas, endoscópicas, histológicas, de seguimiento y tratamiento. En los pacientes no biopsiados durante la VEDA índice, el tiempo al diagnóstico se definió como el intervalo hasta la primera biopsia con EoE.

Resultados: Se identificaron 172 pacientes con IBA; tras aplicar los criterios de exclusión, 160 fueron incluidos. De ellos, 68 (42,5%) tuvieron biopsias esofágicas durante el seguimiento y solo 26 (16,2%) en la VEDA índice. Entre los pacientes con evaluación histológica, 16 presentaron EoE (frecuencia de 23,5%; 16/68; IC95% 15,0-34,9). De estos, 6 (37,5%) fueron diagnosticados durante la impactación y 10 (62,5%) en forma diferida con una mediana del tiempo hasta el diagnóstico de 64,5 días (RIQ 16,5-119,8). Los pacientes con EoE tuvieron una mediana de edad de 37 años (RIQ 30,3-45,3), 14/16 (87,5%) fueron varones, la disfagia fue el síntoma predominante (8/16; 50,0%) y la atopia se dio en 9/16 (56,3%). Los pacientes biopsiados fueron significativamente más jóvenes, con mayor frecuencia de sexo masculino y antecedentes de atopia que aquellos no biopsiados. El puntaje EREFS mostró una mediana de 1 (RIQ 1-2,3). Trece pacientes (81,3%) recibieron IBP, uno (6,3%) tratamiento combinado con IBP y corticoides tópicos deglutidos, y ninguno tratamiento biológico.

Conclusiones: En esta cohorte de adultos con IBA, cerca de un cuarto de los pacientes presentó EoE. La baja tasa de biopsia durante la VEDA índice y la selección no aleatoria de los pacientes biopsiados limitan la estimación real en toda la cohorte. Más de la mitad de los casos se diagnosticó en forma diferida, con una mediana cercana a dos meses, pero la proporción de pacientes no biopsiados fue elevada. Esto sugiere la relevancia de la toma sistemática de biopsias durante la impactación.

POSTERS

Código: 0198

REGISTRO INSTITUCIONAL DE PESQUISA DE CÁNCER DE PÁNCREAS EN INDIVIDUOS DE ALTO RIESGO: RESULTADOS PRELIMINARES DE UNA COHORTE AMBISPECTIVA

Modalidad: Trabajos Científicos - Poster

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

ROJAS VÁZQUEZ, Joaquín Mariano | PASQUA, Analía Verónica | GONZÁLEZ, María Laura | MARCOLONGO, Mariano

Hospital Italiano

Introducción: El adenocarcinoma ductal de páncreas (ACDP) presenta un comportamiento agresivo y un pronóstico desfavorable. Representa la 4ta causa de muerte por cáncer y se estima que para 2030 será la 2da. La pesquisa no está recomendada en la población general, pero sí en individuos de alto riesgo (IAR). Los criterios de inclusión a los programas de pesquisa se han modificado progresivamente en el tiempo, sin embargo, existe información limitada sobre su implementación en la práctica clínica, incluyendo indicaciones de ingreso, hallazgos durante el seguimiento y adherencia, especialmente en cohortes de Latinoamérica.

Objetivos: Describir las indicaciones de ingreso al programa de pesquisa de ACDP, los hallazgos imagenológicos basales y evolutivos y la adherencia en una cohorte de IAR para ACDP en un centro de tercer nivel.

Material y Métodos: Estudio de cohorte unicéntrico. Se incluyeron pacientes adultos con criterio de pesquisa por alto riesgo de ACDP según las recomendaciones vigentes (CAPS 2013 y 2020, ASGE 2022 y NCCN 2026) incluyendo cáncer de páncreas familiar (CA.PA.FA) y portadores de variantes patogénicas en STK11, CDKN2A, BRCA1/2, ATM, PALB2, PRSS1, genes reparadores del ADN o TP53, según los criterios específicos de cada guía. El protocolo de pesquisa incluyó colangiopancreatografía por resonancia magnética (CPRM) y ecoendoscopia (EUS) +/- hemoglobina glicosilada (HbA1c) al ingreso, con seguimiento anual, alternando ambos estudios por imágenes +/- HbA1c. Se relevaron variables demográficas, criterio de ingreso y hallazgos basales y evolutivos.

Resultados: Se incluyeron 59 pacientes. La mediana de edad fue 54 años (RIC 45-64); el 86% fueron mujeres. Las indicaciones más frecuentes fueron mutación

BRCA2 (34%), CA.PA.FA (22%) y mutación BRCA1 (17%). El 51% completó ambos estudios por imágenes basales, el 31% inició el programa solo con CPRM y el 19% no lo inició aún. Entre quienes iniciaron con uno o ambos estudios por imágenes (n=48), el 44% (n=21) presentó hallazgos patológicos basales, principalmente neoplasia mucinosa papilar intraductal sin signos de alarma (n= 11) y páncreas graso (n=10), mientras que el 56% (n=27) tuvo estudios normales. La mediana de seguimiento fue de 13 meses (RIC 0-45). Durante el seguimiento, el 56% realizó al menos un control posterior al basal, y en 3 pacientes (6%) se detectaron nuevos hallazgos imagenológicos a los 36, 56 y 61 meses, respectivamente; ninguno presentó ACDP. El 17% (n=10) tuvo pérdida de seguimiento.

Conclusiones: Presentamos la primera experiencia local de un programa de pesquisa de ACDP en IAR. Se detectaron hallazgos jerarquizables en una proporción significativa de los pacientes que iniciaron la pesquisa, lo que refuerza la importancia de la vigilancia activa en esta población. Este registro podría constituir una herramienta para mejorar los circuitos de derivación y la adherencia, y su seguimiento aportaría evidencia local para optimizar los programas de prevención y diagnóstico temprano.

POSTERS

Código: 0200

PREVALENCIA DE ESTEATOSIS HEPÁTICA EN PACIENTES CON ENFERMEDAD CELÍACA EN UN CENTRO DE TERCER NIVEL

Modalidad: Trabajos Científicos - Poster

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

RODRÍGUEZ DURÁN, Paula Belén | RANDAZZO, Paula | CARRETERO, Marcelina | MARCOLONGO, Mariano | MATOSO, María Dolores

Hospital Italiano

Introducción: La enfermedad celiaca (EC) se considera un factor de riesgo para el desarrollo de esteatosis hepática (EH). La prevalencia de EH en pacientes con EC es variable, oscilando entre 20% y 45% según los estudios publicados. Se han propuesto distintos mecanismos fisiopatológicos para explicar esta asociación; sin embargo, no existen reportes publicados al momento en Argentina.

Objetivos: Estimar la prevalencia de EH en adultos con EC atendidos en un hospital universitario de tercer nivel de complejidad.

Material y Métodos: Se realizó un estudio observacional, descriptivo, retrospectivo y de corte transversal. Se incluyeron adultos con diagnóstico de EC según criterios serológicos e histológicos, afiliados a un sistema de salud cerrado de un hospital universitario de tercer nivel de la Ciudad autónoma de Buenos Aires diagnosticados entre el año 2014 y 2024. Se registraron variables demográficas, clínicas y metabólicas. El diagnóstico de EH se estableció mediante estudios por imágenes. Se estimó la prevalencia con su correspondiente intervalo de confianza del 95% (IC95%).

Resultados: De los 368 pacientes con EC identificados, se excluyeron 10 por antecedente de hepatopatía crónica, resultando en una cohorte final de 358 pacientes. De ellos, el 70% (n=251) contaba con al menos un estudio de imagen abdominal que permitió evaluar la presencia de EH. La realización de imágenes se asoció significativamente con la presencia de síntomas digestivos (80% versus 63%, $p < 0.001$). La prevalencia de EH fue del 18% (IC95% 13-23%). La mediana de edad fue de 42 años [Intervalo intercuartil (IIC 30-55)], y el 75% eran mujeres (n= 267). Entre las comorbilidades, el 4% tenía diabetes (n=13) y el 15% hipotiroidismo (n=52). La mediana del índice de masa corporal (IMC) fue de 24 kg/m² (IIC 21-27). El 29% refería consumo de alcohol (n=104). Los pacientes con EH presentaron mayor edad, IMC y prevalencia de diabetes en comparación con aquellos sin EH (Tabla 1). El 93% tuvo seguimiento por gastroenterología y un 67% por alimentación.

Conclusiones: La prevalencia de EH observada en esta cohorte argentina de pacientes con EC fue del 18%, ubicándose en el límite inferior de lo reportado en la literatura internacional. Estos hallazgos podrían estar relacionados con un perfil metabólico favorable de la cohorte, el seguimiento multidisciplinario y las limitaciones inherentes al uso predominante de ecografía como método diagnóstico. Se requieren estudios prospectivos que permitan confirmar estos resultados y evaluar el impacto del seguimiento nutricional sobre el riesgo de EH en pacientes con EC.

POSTERS

Código: 0201

CARACTERIZACIÓN DEL LINFOGRAMA EPITELIAL POR CITOMETRÍA DE FLUJO EN PACIENTES PEDIÁTRICOS CON AUTOINMUNIDAD CELÍACA

Modalidad: Trabajos Científicos - Poster

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

CEREJO, Martina Lucila | GONZÁLEZ, Juliana | RIZZO, Agustín | ROFFE, Georgina | BOTTERO, Adriana Jorgelina | ROCCA, Ana

HOSPITAL GARRAHAN

Introducción: La Enfermedad Celiaca (EC) es una enfermedad crónica, inmunomediada, sistémica, precipitada por la ingestión de proteínas tóxicas del trigo, cebada

y centeno, comúnmente llamadas gluten, que afectan al intestino delgado en individuos genéticamente predispuestos. Su prevalencia a nivel mundial es de aproximadamente del 1%. El diagnóstico se basa en una combinación de manifestaciones clínicas gluten dependientes, anticuerpos específicos positivos y lesiones histológicas compatibles (atrofia vellositaria con incremento de Linfocitos intraepiteliales $\geq 25/100$ según Clasificación de Marsh Oberhuber), considerándose EC convencional a Marsh 3 en bulbo y 2da porción duodenal y EC ultracorta a Marsh 3 en bulbo duodenal con duodeno normal o Marsh 1. Ante cambios histológicos leves con incremento de linfocitos intraepiteliales (LIES) y/o ausencia de atrofia vellositaria, pueden surgir dificultades diagnósticas y resultar de utilidad el análisis mediante citometría de flujo de la población de los linfocitos de lámina propia, linfograma epitelial, con la detección de los LIES, cobrando particular relevancia el recuento elevado de receptores de células T gamma delta $\geq 15\%$ y la disminución de los LIES tipo natural killer (NK) $\leq 6\%$. En la bibliografía se describe que en la EC el 89.7% se presenta con dicho linfograma y el 10% restante un linfograma celíaco parcial (TCR- gamma delta $\geq 15\%$ y/o NK $\leq 6\%$ en bulbo y/o duodeno).

Objetivos: Caracterizar el linfograma epitelial estudiado a través de citometría de flujo en pacientes con autoinmunidad celíaca en nuestra población.

Material y Métodos: Estudio retrospectivo, descriptivo y observacional (abril de 2024-junio de 2026) basado en la revisión de historias clínicas, informes endoscópicos, histológicos y resultados de citometría de flujo de pacientes pediátricos con autoinmunidad celíaca.

Resultados: Se analizaron 44 pacientes con autoinmunidad celíaca, 22 de sexo femenino y 22 de sexo masculino, con edad media al diagnóstico de 8.7 años (rango 2 años-18 años). Del total de pacientes, 21 presentaron diagnóstico final de EC convencional: 15/21 con linfograma celíaco (71%) y 6/21 con linfograma parcial (NK $\leq 6\%$ en el 100%). En todos los pacientes con EC ultracorta (n=16) se detectó linfograma celíaco compatible en bulbo, 11 de ellos (68.8%) asociaron linfograma parcial en la 2da porción duodenal. De los 7 pacientes restantes 2 se asumieron como EC potencial con linfograma parcial y 5 fueron no celíacos con linfograma normal.

Conclusiones: En nuestra cohorte de pacientes celíacos convencionales un 71% presentó un linfograma celíaco completo, siendo menor a lo reportado. Los restantes presentaron un patrón citométrico incompleto a pesar de exhibir atrofia vellositaria severa y actividad serológica compatible. Ningún paciente diagnosticado presentó linfograma no celíaco en ambas muestras. Estos hallazgos sugieren que la ausencia del linfograma celíaco completo no excluye el diagnóstico de enfermedad celiaca activa y destacan la necesidad de interpretar la citometría de flujo en conjunto con los hallazgos clínicos, serológicos e histológicos. Se destaca que el 100% de pacientes con diagnóstico de enfermedad celiaca ultracorta presentó perfil celíaco completo en bulbo duodenal. Creemos que el linfograma epitelial podría ser útil como herramienta complementaria en casos especiales como EC ultracorta. Son necesarios estudios de mayor número de pacientes para determinar la inclusión del linfograma epitelial en el algoritmo diagnóstico de enfermedad celiaca.

POSTERS

Código: 0204

MASAS PANCREÁTICAS: DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL MÁS ALLÁ DE LAS NEOPLASIAS

Modalidad: Casos Clínicos - Poster

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

LOMBARDI, Giuliana Gisele | MALAGA, Ignacio | HENSEL, Alejandro | DE MARIA, Julio

hospital el cruce

Introducción: Muchas enfermedades pancreáticas crónicas pueden favorecer el desarrollo de adenocarcinoma de páncreas, el cual suele manifestarse en imágenes como una masa sólida pancreática. Su identificación precoz y el tratamiento quirúrgico oportuno pueden modificar significativamente el pronóstico. Sin embargo, patologías benignas también pueden presentarse como masas pancreáticas y simular una neoplasia, constituyendo los denominados pseudotumores pancreáticos. Debido a la superposición de sus manifestaciones clínicas e imagenológicas con las del cáncer de páncreas, el diagnóstico preoperatorio continúa siendo un desafío, por lo que la correlación entre los hallazgos clínicos, imagenológicos, serológicos e histopatológicos resulta fundamental para establecer un diagnóstico preciso.

Objetivos: Presentar caso clínico de pseudotumor causado por una patología benigna que impresionaba una neoplasia de páncreas

Caso Clínico: Paciente masculino 75 años en plan de DPC por lesión en cabeza de páncreas evidenciada por TC + síndrome de impregnación y síndrome coledociano. Ante la sospecha de neoplasia pancreática, EUS con PAAF. EUS: páncreas heterogéneo, de aspecto lobulado en todo su parénquima, sin lesiones focales definidas. A nivel de la cabeza pancreática, área de mayor nodularidad. PAAF. Anatomía patológica: fragmentos estromales con infiltrado inflamatorio linfoplasmocitario e inmunomarcación para IgG4 superior a 15 células por campo de gran aumento, sin células neoplásicas. RMN aumento de volumen de la cabeza pancreática y halo hipointenso periférico. IgG4 sérica 15 veces superior al límite normal, con marcadores tumorales negativos. Se estableció el diagnóstico de pancreatitis autoinmune tipo 1. Se inició tratamiento con meprednisona con evolución clínica favorable, aumento de peso y mejoría de los parámetros del hepatograma.

Resultados: La diferenciación entre el cáncer de páncreas y las lesiones benignas que simulan una neoplasia constituye un importante desafío diagnóstico. El cáncer

de páncreas es una de las neoplasias con mayor mortalidad a nivel mundial, por lo que un diagnóstico precoz y el tratamiento quirúrgico oportuno, pueden modificar significativamente el pronóstico. Sin embargo, no todas las masas pancreáticas corresponden a neoplasias malignas. Las lesiones no cancerosas, son denominadas pseudotumores inflamatorios (PTI). Son lesiones ocupantes de espacio no neoplásicas que pueden desarrollarse en cualquier órgano, incluido el páncreas, y presentan un amplio espectro de manifestaciones clínicas, radiológicas e histopatológicas, lo que dificulta su diagnóstico diferencial con las neoplasias malignas. Pueden presentarse como lesiones únicas o múltiples y se caracterizan histológicamente por un infiltrado inflamatorio. Se han asociado a enfermedades autoinmunes, procesos inflamatorios crónicos, infecciones, traumatismos, entre otros. En caso del páncreas, se incluyen la pancreatitis crónica, pancreatitis del surco y la pancreatitis autoinmune. La pancreatitis autoinmune tipo 1 relacionada IgG4 puede presentarse como una masa pancreática asociada a ictericia obstructiva. En este contexto, la EUS con biopsia desempeña un papel clave para obtener confirmación histológica. El diagnóstico se basa en la integración de los hallazgos imagenológicos, la elevación de IgG4 sérica, la histología compatible, el compromiso extrapancreático y la respuesta a corticoterapia. En el presente caso, la rápida mejoría clínica, bioquímica y radiológica tras el tratamiento con corticoides confirmó el diagnóstico y evitó una cirugía pancreática innecesaria.

Conclusión: Los PTI en contexto de pancreatitis autoinmune tipo 1 puede simular una neoplasia pancreática, considerarlo como diagnóstico diferencial es fundamental para un diagnóstico preciso. Esto permite evitar cirugías innecesarias e iniciar oportunamente corticoterapia

POSTERS

Código: 0209

EFFECTIVIDAD DE LA TERAPIA CUÁDRUPLE CONCOMITANTE PARA LA ERRADICACIÓN DE *HELICOBACTER PYLORI* EN UN HOSPITAL DE ALTA COMPLEJIDAD: ESTUDIO DE COHORTE RETROSPECTIVA

Modalidad: Trabajos Científicos - Poster

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

DASSORI, Micaela | SITZMANN, Federico | FIGUEROA, Matilde | REINECK, Rosana Paola | SARTORI, Diego Eloy

HOSPITAL ESCUELA DE AGUDOS "DR RAMON MADARIAGA"

Introducción: *Helicobacter pylori* constituye una de las infecciones bacterianas más frecuentes a nivel mundial y se asocia con gastritis crónica, úlcera péptica y cáncer gástrico. La creciente resistencia antimicrobiana ha reducido la eficacia de los esquemas tradicionales, motivo por el cual la terapia cuádruple concomitante se recomienda como tratamiento empírico de primera línea. Sin embargo existe escasa evidencia local sobre su efectividad.

Objetivos: Evaluar la efectividad de la terapia cuádruple concomitante para la erradicación de *Helicobacter pylori*, describir las características demográficas, endoscópicas y anatomopatológicas de los pacientes, así como determinar la tasa de erradicación mediante el test de antígeno fecal posterior al tratamiento.

Material y Métodos: Estudio observacional, descriptivo, de cohorte retrospectiva. Se incluyeron pacientes adultos con infección por *Helicobacter pylori* confirmada por anatomía patológica de biopsias obtenidas durante videoendoscopia digestiva alta, tratados con terapia cuádruple concomitante durante el año 2025. Los pacientes fueron identificados mediante la base de datos del laboratorio del hospital correspondiente a los controles de erradicación con test de antígeno fecal y, posteriormente, se revisaron las historias clínicas para obtener las variables clínicas, endoscópicas y anatomopatológicas. La efectividad del tratamiento se evaluó mediante el resultado del test de antígeno fecal posterior al tratamiento.

Resultados: Se incluyeron 109 pacientes con diagnóstico de infección por *Helicobacter pylori*. La edad media fue de $44,4 \pm 15,9$ años, con predominio del sexo femenino. El hallazgo endoscópico predominante fue la gastropatía, mientras que el diagnóstico anatomopatológico más frecuente fue gastritis crónica activa. Tras el tratamiento con terapia cuádruple concomitante, 91 pacientes (83,5%) lograron la erradicación de la infección, evidenciada por un test de antígeno fecal negativo, mientras que 18 (16,5%) presentaron persistencia de la infección.

Conclusiones: La terapia cuádruple concomitante demostró una elevada efectividad para la erradicación de *Helicobacter pylori* en nuestra población, alcanzando una tasa de erradicación del 83,5%. Los hallazgos respaldan su utilización como esquema terapéutico de primera línea en nuestro medio y aportan evidencia local sobre la efectividad de este esquema terapéutico.

POSTERS

Código: 0213

ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL EN UN CENTRO DE REFERENCIA DE CÓRDOBA: ANÁLISIS DESCRIPTIVO.

Modalidad: Trabajos Científicos - Poster

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

BOSIO, Agustina | DI BARTOLO, Laura

SANATORIO ALLENDE

Introducción: La enfermedad inflamatoria intestinal comprende la colitis ulcerosa y la enfermedad de Crohn, entidades crónicas, inmunomediadas y de evolución heterogénea, que pueden requerir internaciones, terapias avanzadas y cirugía. La caracterización de cohortes institucionales permite reconocer patrones locales de presentación, evolución clínica y requerimientos terapéuticos.

Objetivos: Describir las características demográficas, clínicas, evolutivas y terapéuticas de pacientes con enfermedad inflamatoria intestinal.

Material y Métodos: Estudio observacional, descriptivo, retrospectivo y transversal. Se revisaron historias clínicas de pacientes mayores de 15 años con diagnóstico confirmado de colitis ulcerosa o enfermedad de Crohn. Los datos fueron registrados en una planilla de Excel, conformando una tabla maestra para su posterior depuración y análisis. Se excluyeron pacientes sin diagnóstico confirmado, diagnósticos alternativos no compatibles y registros duplicados. Se analizaron variables demográficas, localización, síntomas, evolución, internaciones, complicaciones, tratamientos médicos, biológicos y cirugía. Las variables categóricas se expresaron como frecuencias y porcentajes; las continuas como media y desvío estándar o mediana, según correspondiera.

Resultados: Se incluyeron 181 pacientes. La edad media fue $42,2 \pm 14,3$ años y 56,4% fueron varones. La edad mediana al diagnóstico fue 31 años y el tiempo mediano de evolución 7 años. Presentaron colitis ulcerosa 160 pacientes (88,4%) y enfermedad de Crohn 21 (11,6%). En colitis ulcerosa, la localización fue proctitis en 33,8%, colitis izquierda en 35,6% y pancolitis en 30,6%; el score de Mayo inicial fue 1 en 68,1%, 2 en 23,1% y 3 en 8,8%. En enfermedad de Crohn predominó la localización colónica (47,6%), seguida de ileal (33,3%). El síntoma inicial más frecuente fue diarrea asociada a proctorragia (50,8%). Se registraron manifestaciones extraintestinales en 11,0%, tabaquismo activo en 8,3% y extabaquismo en 7,7%. El 15,5% debutó con criterios de Truelove-Witts grave y 34,3% requirió internación; 3,3% presentó complicaciones. Recibieron 5-ASA/tiopurinas 72,9%, supositorios de mesalazina 29,8% y espumas rectales 7,7%. Hubo corticodependencia en 9,4% y corticorresistencia en 1,7%. Recibieron biológicos 35 pacientes (19,3%), principalmente adalimumab (65,7%) e infliximab (28,6%). El uso de biológicos fue mayor en enfermedad de Crohn que en colitis ulcerosa (71,4% vs. 12,5%). Entre los expuestos a biológicos, 31,4% requirió optimización y 20,0% cambio de biológico. Doce pacientes requirieron cirugía (6,6%), más frecuentemente en enfermedad de Crohn (33,3% vs. 3,1%).

Conclusiones: En esta cohorte predominó la colitis ulcerosa, con distribución relativamente equilibrada entre proctitis, colitis izquierda y pancolitis, lo que resalta la importancia de registrar extensión y severidad para orientar la estrategia terapéutica. Aunque la enfermedad de Crohn representó una menor proporción de casos, concentró mayor requerimiento de biológicos y cirugía, reflejando un perfil evolutivo más complejo. La frecuencia de internaciones, corticodependencia, optimización y cambio de biológico evidencia la necesidad de fortalecer el seguimiento estructurado y el monitoreo objetivo. Esta cohorte institucional mostró predominio de colitis ulcerosa, con mayoría de casos leves al diagnóstico. La enfermedad de Crohn fue menos frecuente, pero se asoció a mayor uso de terapias avanzadas y cirugía. Un tercio de los pacientes requirió internación y casi una quinta parte recibió biológicos. Estos hallazgos respaldan la utilidad de un registro sistemático para optimizar el seguimiento, identificar subgrupos de riesgo y orientar futuras estrategias de atención en enfermedad inflamatoria intestinal.

POSTERS

Código: 0214

SÍNDROME DE POLIPOSIS ASERRADA: UN ANÁLISIS CLÍNICO Y GENÉTICO DE UNA SERIE DE PACIENTES

Modalidad: Trabajos Científicos - Poster

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

STACH, Lucia¹ | PIOVAROLI, Florencia¹ | ROBBIO, Juan¹ | LUCCHESI, María Sol¹ | ACOSTA, Andrea² | TOSINI, Javier² | MAQUIEIRA, Julian² | CARBALLIDO, Marcela² | MENDEZ, Guillermo² | KUJARUK, Mirta³ | GOLUBICKI, Mariano⁴ | ANTELO, Marina⁵

IATTGI¹; ONCOLOGÍA HOSPITAL UDAONDO²; PATOLOGÍA, H.UDAONDO³; IATTGI⁴; H.UDAONDO⁴; ISCO, UNLA; CONICET; ONCOLOGÍA H.UDAONDO⁵

Introducción: El Síndrome de Poliposis Aserrada (SPA) es la poliposis colorrectal más frecuente y se asocia a un riesgo aumentado de cáncer colorrectal (CCR) de hasta un 20%. Se define según criterios OMS 2019 por la presencia de múltiples pólipos aserrados (PA): ≥ 5 proximales al recto todos ≥ 5 mm con ≥ 2 ≥ 10 mm (Criterio 1 [C1]), o ≥ 20 pólipos con ≥ 5 proximales al recto (Criterio 2 [C2]). La base genética del SPA es en gran medida desconocida y el gen RNF43 es el único candidato a la fecha, presente en menos del 3% de los casos.

Objetivos: Describir una cohorte de pacientes con SPA evaluados en un consultorio de Asesoramiento Genético Oncológico (AGO) y analizar los hallazgos de los estudios genéticos germinales realizados.

Material y Métodos: En una base de datos de 2516 pacientes evaluados en AGO de Tumores Digestivos entre 2021 y 2026, se identificaron 110 con ≥ 10 PA o ≥ 1 ≥ 10 mm; 56 de ellos cumplieron criterios de SPA, conformando la cohorte actual.

Se analizaron las siguientes variables: edad, sexo, hallazgos endoscópicos e histológicos, antecedentes personales y familiares de primer grado (FPG) de CCR y SPA, y resultados del panel multigénico de cáncer hereditario (PMG-CH) en los casos realizados. Las variables continuas se compararon mediante prueba de Mann-Whitney y las categóricas mediante la prueba de Fisher. Se consideró significativo un valor de $p < 0,05$.

Resultados: En nuestra cohorte de SPA, predominó el C1 (35/56; 62,5%) sobre el C2 (21/56; 37,5%), este último con una media de 28 pólipos por paciente. La edad media al diagnóstico fue de 42 años (41 vs 45 años; $p=0,29$). El sexo femenino predominó en C1 (68,5% vs 52%; $p=0,26$). La frecuencia de PA con displasia (26% vs. 24%; $p=1,00$), adenomas de alto riesgo (AAR) concomitantes (31% vs. 38%; $p=0,77$), CCR concomitante (14% vs. 19%; $p=0,72$) y antecedente familiar de PA (8,5% vs. 4,5%; $p=1,00$) fue similar entre grupos. El antecedente familiar de CCR fue más frecuente en C2 (43% vs. 20%), aunque la diferencia no alcanzó significación estadística ($p=0,12$). Nueve pacientes (16,1%) presentaron CCR, de los cuales 8/9 (88,9%) correspondieron a estadios tempranos. Se realizaron PMG-CH en 27/56 pacientes (48,2%), con mayor frecuencia en C1 (60% vs 28,5%; $p=0,03$). La proporción de PMG-CH positivo fue mayor en C1 (19% vs 0%), sin significación estadística ($p=0,55$). Cuatro estudios (14,8%) fueron positivos, identificándose variantes patogénicas en RNF43 ($n=2$), BRCA2 ($n=1$) y RAD50 ($n=1$); los dos casos con RNF43 correspondieron a familiares (madre e hija).

Conclusiones: El SPA se presenta con características clínicas heterogéneas que requieren un manejo personalizado. Aunque el tamaño muestral limitado impide definir diferencias concluyentes entre C1 y C2, y aunque la tasa de detección de variantes patogénicas fue baja, nuestro estudio subraya la importancia de realizar PMG para asegurar una adecuada vigilancia en un subgrupo de pacientes y sus respectivos familiares.

POSTERS

Código: 0229

PREVALENCIA DE CÁNCER COLORRECTAL Y LESIONES PRENEOPLÁSICAS EN PACIENTES SOMETIDOS A TAMIZAJE CON TEST DE SANGRE OCULTA EN MATERIA FECAL

Modalidad: Trabajos Científicos - Poster

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

SITZMANN, Federico | DASSORI, Micaela | FIGUEREDO VERA, Cinthia Lariza | FIGUEROA, Matilde | FLORES, Montserrat | HORIANSKI, Yamila | AQUINO, Lucia | REINECK, Rosana Paola | SARTORI, Diego Eloy | BARREYRO, Fernando Javier

HOSPITAL ESCUELA DE AGUDOS "DR RAMON MADARIAGA"

Introducción: El cáncer colorrectal representa un problema de salud pública de gran interés, siendo el tercer cáncer más frecuente a nivel mundial y la segunda causa de muerte por cáncer. El riesgo de desarrollar esta patología aumenta drásticamente después de los 50 años; diversos estudios indican que más del 95% de los casos se originan en pólipos adenomatosos benignos que progresan a carcinoma a lo largo de varios años. La detección temprana es esencial para intervenir en etapas iniciales, lo que reduce significativamente la mortalidad y optimiza los recursos del sistema de salud. En la provincia de Misiones, la falta de datos sistematizados sobre la prevalencia de CCR detectada mediante colonoscopia en pacientes con TSOMFi positivo dificulta la identificación de fallas en el seguimiento. Por lo tanto, el presente estudio tiene como objetivo determinar la prevalencia de cáncer colorrectal y lesiones preneoplásicas en la región, proporcionando evidencia local para fortalecer las acciones de prevención y mejorar la calidad de las estrategias de detección precoz.

Objetivos: Estimar la prevalencia de cáncer colorrectal y lesiones preneoplásicas en pacientes con TSOMFi positivo en la provincia de Misiones durante el período 2024-2025, y analizar su asociación con variables clínicas, demográficas y niveles cuantitativos de hemoglobina fecal.

Material y Métodos: Se realizó un estudio observacional, retrospectivo, analítico y multicéntrico. Se incluyeron pacientes asintomáticos de 50 a 75 años con TSOMFi positivo registrados en la Red de Información en Salud Misiones (RISMI). Se analizaron variables demográficas, factores de riesgo, hallazgos colonoscópicos e histológicos y niveles cuantitativos de TSOMFi.

Resultados: Se analizaron 311 pacientes con TSOMFi positivo, con una mediana de edad de 62 años; el 51% fueron mujeres. Solo el 43,4% completó la videocolonoscopia. Entre quienes realizaron el estudio endoscópico, el 59,3% presentó lesiones polipoideas. La prevalencia de cáncer colorrectal fue del 3,9% y la de adenomas del 16,7%, observándose displasia de alto grado en el 7,4% de los casos. Los valores de TSOMFi superiores a 150 ng/ml se asociaron significativamente con la presencia de CCR ($p < 0,05$), mientras que no se encontró asociación con la presencia de adenomas ($p = 0,781$). Asimismo, la alteración del hábito evacuatorio ($p = 0,009$) y la pérdida de peso ($p = 0,006$) mostraron asociación significativa con el diagnóstico de CCR.

Conclusiones: El TSOMFi demostró ser una herramienta eficaz para la detección de cáncer colorrectal y lesiones preneoplásicas en la población estudiada. La elevada proporción de pacientes que no completó la colonoscopia diagnóstica constituye una limitación relevante del programa de tamizaje y resalta la necesidad de fortalecer las estrategias de seguimiento para optimizar la detección precoz y reducir la mortalidad por cáncer colorrectal en la provincia de Misiones.

POSTERS

Código: 0230

PREFERENCIAS Y LIMITACIONES DE LOS PACIENTES CON ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL, FRENTE AL USO DE CHATBOTS IMPULSADOS POR INTELIGENCIA ARTIFICIAL: PRIMER ANÁLISIS EXPLORATORIO SOBRE ESTA TEMÁTICA A NIVEL INTERNACIONAL

Modalidad: Trabajos Científicos - Poster

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

PUGA-TEJADA, Miguel | MERCADER-GARCÍA, María Victoria | URBINA-DAQUILEMA, Daniela M | SUÁREZ-MENA, Karen M | MENA-CAJAS, Ginna Pamela | DE MARIA, Julio César

HOSPITAL DE ALTA COMPLEJIDAD EN RED EL CRUCE - DR. NÉSTOR CARLOS KIRCHNER

Introducción: Los pacientes con enfermedades crónicas buscan mayor comprensión de su enfermedad y atención más personalizada, lo cual se acrecenta en la enfermedad inflamatoria intestinal (EII), dado su curso impredecible. Es conocido el uso de internet y redes sociales con este fin. No obstante, a nivel mundial ningún estudio ha descrito aún cómo los pacientes con EII interactúan con chatbots impulsados por inteligencia artificial (IA) a fin de obtener información o atención relacionada con su enfermedad, sus preferencias y limitaciones al respecto.

Objetivos: Describir el acceso a información y atención en EII mediante IA-chatbots, mediante una encuesta dirigida a pacientes con esta patología.

Material y Métodos: Se incluyeron pacientes >18 años con colitis ulcerativa (CU), enfermedad de Crohn (EC), colitis indeterminada (CI) o colangitis esclerosante primaria asociada a EII (CEP-EII), diagnosticada hace >6 meses y bajo tratamiento específico, atendidos por especialistas en EII (autores de este trabajo) en centros de tercer o cuarto nivel. Se excluyeron pacientes con intercurrentia clínica moderada-severa al momento de la encuesta, antecedentes psiquiátricos u oncológicos que afecten su cosmovisión, o dificultad lectocompensadora. Se administró una encuesta en línea mediante un enlace por WhatsApp o QR durante la consulta de EII.

Resultados: Se incluyeron 70 pacientes (mediana de edad 39,5 años, 41 mujeres; 47 CU, 15 EC, 3 CI, 5 CEP-EII); 27 con terapia avanzada: 19 anti-TNF, 7 anti-integrinas, 4 anti-IL y 4 moléculas pequeñas. El 60% (42/70) usó IA-chatbots para temas generales y el 50% (35/70) para temas EII-específicos, siendo ChatGPT (51,4%/30%) y Gemini (37,1%/24,3%) los más utilizados. El uso de Copilot, Venice, Claude y ChatBD fue marginal. Los usuarios de IA para EII fueron significativamente más jóvenes (33 vs 43 años; $p=0,026$). Este uso se inició hace >6 meses en el 60%. Los usuarios consultaron IA-chatbots durante brotes (51,4%), dudas prequirúrgicas (41,2%), riesgo oncológico (35,3%) o indicación de terapia avanzada (31,4%). El 48,6% consideró las respuestas fáciles de entender y el 22,9% como correctas; el 23,5% prefirió la explicación de los IA-chatbots por sobre la de su especialista en EII. La información motivó la suspensión de algún medicamento en el 23,5% y el adelanto de la consulta de EII en el 17,6%. Solo el 8,8% verificó lo obtenido con su especialista en EII. El 53,8% temió recibir información incorrecta, el 51% percibió atención despersonalizada y el 38,5% temió por su privacidad. El 78,6% desearía un IA-chatbot ligado a su historia clínica y el 67,9% que monitoree brotes.

Conclusiones: Solo una fracción de los pacientes con EII usa IA-chatbots para su enfermedad, mayormente los más jóvenes. Pese a ciertos temores, algunos confían más en la explicación de los IA-chatbots que en la de su especialista en EII y toman decisiones sin supervisión médica. Es probable que a futuro estos IA-chatbots medien la atención EII-específica.

POSTERS

Código: 0233

EVALUACIÓN DE BIOMARCADORES DE PATOLOGÍA GÁSTRICA: DIAGNÓSTICO DE HELICOBACTER PYLORI, NIVELES DE PEPSINÓGENO Y CONCENTRACIÓN DE GRELINA SÉRICA.

Modalidad: Trabajos Científicos - Poster

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

MANTERO, Paula¹ | PEREZ RUGE, Diana² | ROCCA, María Florencia³ | DEVOTO, Anabela Yanina⁴ | MARTINEZ, Soledad⁵ | AVAGNINA, Ana⁶ | FLEKENSTEIN, Germán¹ | GIACOMANTONE, Candela⁷ | CABANNE, Ana⁸ | ZUBILLAGA, Marcela B.⁹ | GIANECINI, Ariele¹⁰ | LASA, Juan¹¹ | CERNADAS, Gustavo¹² | GOLDMAN, Cinthia G.¹³

CÁTEDRA DE FÍSICA, FACULTAD DE FARMACIA Y BIOQUÍMICA, UNIVERSIDAD DE BUENOS AIRES¹; SECCIÓN GASTROENTEROLOGÍA, CENTRO DE EDUCACIÓN MÉDICA E INVESTIGACIONES CLÍNICAS (CEMIC)²; INELANLIS MALBRÁN³; SECCIÓN GASTROENTEROLOGÍA, CENTRO DE EDUCACIÓN MÉDICA E INVESTIGACIONES CLÍNICAS (CEMIC)⁴; SECCIÓN GASTROENTEROLOGÍA, CENTRO DE EDUCACIÓN MÉDICA E INVESTIGACIONES CLÍNICAS (CEMIC)⁵; SECCIÓN ANATOMÍA PATOLÓGICA, CENTRO DE EDUCACIÓN MÉDICA E INVESTIGACIONES CLÍNICAS (CEMIC)⁶; SECCIÓN ESÓFAGO-ES

TÓMAGO, HOSPITAL DE GASTROENTEROLOGÍA "DR. CARLOS BONORINO UDAONDO"; UNIDAD PATOLOGÍA, HOSPITAL DE GASTROENTEROLOGÍA "DR. CARLOS BONORINO UDAONDO"; CÁTEDRA DE FÍSICA, FACULTAD DE FARMACIA Y BIOQUÍMICA, UNIVERSIDAD DE BUENOS AIRES; CONICET; INEI-ANLIS MALBRÁN; SECCIÓN GASTROENTEROLOGÍA, CENTRO DE EDUCACIÓN MÉDICA E INVESTIGACIONES CLÍNICAS (CEMIC); SECCIÓN GASTROENTEROLOGÍA, CENTRO DE EDUCACIÓN MÉDICA E INVESTIGACIONES CLÍNICAS (CEMIC); CÁTEDRA DE FÍSICA, FACULTAD DE FARMACIA Y BIOQUÍMICA, UNIVERSIDAD DE BUENOS AIRES; CONICET^{1,2,3}

Introducción: Los biomarcadores son herramientas esenciales para el diagnóstico y el seguimiento a largo plazo de patologías gástricas. Los pepsinógenos séricos han evidenciado relevancia para reflejar la topografía de lesiones gástricas, y se ha reportado una disminución en los niveles séricos de grelina en presencia de infección por *Helicobacter pylori*.

Objetivos: Evaluar los niveles séricos de pepsinógenos, el diagnóstico de *H. pylori* y la concentración de grelina sérica en relación al tipo de patología gástrica.

Material y Métodos: Se invitó a participar del protocolo a pacientes adultos dispépticos (18-70a) del Hospital Udaondo y CEMIC con indicación de VEDA. Se realizó la toma de biopsias gástricas (de cuerpo, antro e incisura) para el análisis histopatológico y el diagnóstico de infección por *H. pylori*. Se determinaron las concentraciones de grelina y pepsinógeno I (PGL) en muestras de suero por ELISA. El análisis estadístico se hizo aplicando los tests de Kruskal-Wallis, Mann-Whitney y Chi-cuadrado.

Resultados: Se incluyeron 55 voluntarios (45,2±13,9a), 69,1% de sexo femenino, con una prevalencia de infección por *H. pylori* del 50,9% (IC95%;38,1-63,6%). La concentración de PGL en suero fue significativamente mayor en los voluntarios con infección comparado con el grupo no infectado (PGL: 50,8 [36,3-72,0] ng/mL vs 35,3 [23,1-52,8] ng/mL, P=0,007). Los niveles séricos de PGL difirieron significativamente de acuerdo al tipo de patología del cuerpo gástrico (P=0,02), siendo mayores en individuos con gastritis crónica activa en comparación a pacientes con mucosa normal. No se encontraron diferencias estadísticamente significativas de acuerdo al tipo de patología del antro gástrico (P=0,14). La concentración de grelina sérica no se asoció con el tipo de patología gástrica en cuerpo (P=0,22) ni antro (P=0,47) gástricos; sin embargo, resultados previos con un mayor tamaño muestral mostraron menores niveles de grelina circulantes en presencia de un grado más severo de patología del cuerpo gástrico. La prevalencia de infección por *H. pylori* difirió de acuerdo al tipo de patología gástrica tanto del cuerpo como del antro (P<0,0001), siendo significativamente mayor en pacientes con gastritis crónica activa que en pacientes con gastritis crónica inactiva o mucosa normal.

Conclusiones: El estado de infección por *H. pylori*, los niveles séricos de pepsinógenos y la concentración de grelina circulante representan potenciales biomarcadores prometedores para la evaluación de la patología gástrica. Estudios futuros requerirán mayores tamaños muestrales que incluyan pacientes con patologías gástricas más severas.

POSTERS

Código: 0250

VONOPRAZÁN EN EL TRATAMIENTO DE UNA ESTENOSIS PÉPTICA ESOFÁGICA: RESOLUCIÓN SIN PROCEDIMIENTOS ADICIONALES

Modalidad: Casos Clínicos - Poster

Unidad Temática: a) GASTROENTEROLOGÍA 1. Esófago 1.1. Enfermedad por reflujo
CANTONI, Pablo Nahuel | MARUELLI, Silvina | HERMIDA, Cristina Raquel | SUÁ-REZ, Daniela Celeste | BONILLA FAJARDO, Nelssy Del Valle | PENAYO SOLIS, Florencia Noemi | ALVAREZ, Augusto | CABALLERO, Sofia | D'ERCOLE, Vanina | SCACCHI, Maria Agustina | FERRO, Camila Mariana | RIVADENEIRA, Agustina | FIORETTI, Mariano

Complejo Médico Churrua Visca

Introducción: La estenosis péptica es la reducción de la luz esofágica distal, usualmente de menos de un centímetro de extensión, por cicatrización debida al reflujo crónico. Representa el 70% de las estenosis benignas. En nuestro país, el 23% de la población tiene síntomas semanales de reflujo gastroesofágico (ERGE). En la época previa a los inhibidores de la bomba de protones (IBP), entre un 7-23% de los pacientes desarrollaban esta complicación. Actualmente esta cifra es menor al 5%. El Vonoprazán demostró superar a los IBP en el tratamiento de la esofagitis erosiva pero aún no hay evidencia robusta sobre su uso en estenosis péptica.

Objetivos: Presentar un caso clínico de estenosis esofágica péptica en el cual se utilizó vonoprazán como tratamiento.

Caso Clínico: Se trata de una paciente de 79 años de edad que consultó por disfagia progresiva y sialorrea de varios meses de evolución asociado a síntomas ERGE de larga data. Se estudió inicialmente con seriada esófago-gastro-duodenal que informó enlentecimiento del pasaje de contraste y reflujo gastroesofágico espontáneo leve. Posteriormente se realizó videoendoscopia digestiva alta (VEDA) que puso de manifiesto una estenosis esofágica distal infranqueable y esofagitis erosiva Los Ángeles D.

Resultados: Se inició tratamiento con vonoprazán 20 mg cada 12 horas por 4 semanas hasta nuevo control endoscópico. Durante el seguimiento la paciente refirió

franca mejoría de la sintomatología. Se programó nueva VEDA con eventual dilatación con balón neumático. Durante el estudio se observó la resolución de la estenosis, logrando progresar el endoscopio con leve resalto y mejoría de la esofagitis grado D a grado B (clasificación de Los Ángeles). Se modificó dosis de vonoprazán a 20 mg/día hasta nuevo control endoscópico el cual se encuentra pendiente.

Conclusión: El tratamiento farmacológico intensivo con vonoprazán, en nuestra paciente, demostró una alta eficacia terapéutica en el manejo de la estenosis esofágica péptica, permitiendo la recuperación de la permeabilidad luminal y la reducción de la severidad de la esofagitis. De esta manera se evitó realizar procedimientos invasivos con sus potenciales complicaciones. A pesar de que está descrita la indicación de vonoprazán en dosis menores (20 mg/día) para el tratamiento de las esofagitis severas (C y D de la clasificación de Los Ángeles), existen dosis mayores aprobadas (40 mg/día) para erradicación de *Helicobacter pylori* y consideradas en algunos reportes y práctica clínica especializada para la persistencia de síntomas con dosis estándar, esofagitis grave con mala respuesta y estenosis péptica post dilatación. Si bien se trata de un caso único, estos resultados apoyan el uso de vonoprazán como alternativa terapéutica no invasiva, potente y segura para el control de complicaciones obstructivas derivadas de la ERGE.

POSTERS

Código: 0251

TERLIPRESINA EN INFUSIÓN CONTINUA VERSUS BOLO INTRAVENOSO EN HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA VARICEAL: EXPERIENCIA DE UN CENTRO PRIVADO

Modalidad: Trabajos Científicos - Poster

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

DIAZ, Fabiana Fernanda

FABIANA FERNANDA DIAZ

Introducción: La hemorragia digestiva alta variceal (HDAV) es una de las complicaciones más graves de la hipertensión portal y continúa asociándose a una elevada morimortalidad pese a los avances en el tratamiento endoscópico y farmacológico. La terlipresina constituye uno de los fármacos vasoactivos de elección para su manejo, debido a su capacidad de reducir la presión portal y controlar el sangrado. Tradicionalmente se administra en bolos intravenosos intermitentes; sin embargo, la infusión continua podría ofrecer concentraciones plasmáticas más estables, menor incidencia de efectos adversos y una utilización más eficiente del medicamento. En nuestro medio existe escasa evidencia sobre esta modalidad terapéutica.

Objetivos: El objetivo de este estudio fue comparar los resultados clínicos de la administración de terlipresina en infusión continua respecto del esquema convencional en bolos intravenosos en pacientes internados por HDAV.

Material y Métodos: Se realizó un estudio observacional, analítico, retrospectivo-prospectivo, en el Sanatorio 9 de Julio entre enero de 2023 y julio de 2026. Se incluyeron pacientes mayores de 18 años con diagnóstico endoscópico de hemorragia digestiva alta secundaria a hipertensión portal tratados con terlipresina.

Resultados: Se incluyeron 65 pacientes: 45 tratados con bolos y 20 con infusión continua. Los pacientes del grupo infusión presentaron mayor edad (62,4 vs 56,3 años), mayor frecuencia de MELD ≥ 15 (45% vs 17%) y deterioro de la función renal al ingreso (45% vs 22%), sugiriendo una población con enfermedad hepática más avanzada. A pesar de estas diferencias basales, no se observaron diferencias significativas en los principales desenlaces clínicos. No se registraron episodios de resangrado durante la internación en ninguno de los grupos. La mortalidad intrahospitalaria fue similar entre ambos esquemas (15% en infusión vs 13% en bolo; RR 0,89; IC95% 0,19-3,90; p=1). La mayoría de los fallecimientos ocurrieron en pacientes con cirrosis avanzada, particularmente Child-Pugh C. La hiponatremia fue menos frecuente en el grupo infusión (15% vs 31%), aunque sin alcanzar significación estadística. Asimismo, se observó una tendencia a una menor estancia hospitalaria, con una mayor proporción de pacientes externados antes de los seis días (75% vs 56%). Un hallazgo relevante fue que los pacientes tratados mediante infusión continua recibieron una dosis acumulada menor de terlipresina sin que ello impactara negativamente en la eficacia clínica.

Conclusiones: En conclusión, la administración de terlipresina en infusión continua mostró resultados comparables al esquema convencional en bolos para el tratamiento de la HDAV, incluso en pacientes de mayor gravedad basal. La tendencia a menor hiponatremia, menor tiempo de internación y la utilización de dosis acumuladas inferiores sugieren potenciales ventajas en términos de seguridad y optimización de recursos. Estudios prospectivos y multicéntricos con mayor tamaño muestral serán necesarios para confirmar estos hallazgos.

POSTERS

Código: 0252

ISQUEMIA MEDULAR AGUDA POST QUIMIOEMBOLIZACIÓN HEPÁTICA: UNA RARA COMPLICACIÓN DEL TRATAMIENTO DEL HEPATOCARCINOMA

Modalidad: Casos Clínicos - Poster

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

FIORETTI, Mariano | CAMPOS, Lucía Mercedes | ALVAREZ, Augusto | NOTARI,

Lorena | SUAREZ, Daniela Celeste | ZAVALLA YALJ, Juan Cruz | CANTONI, Pablo Nahuel | BONILLA FAJARDO, Nelissy Del Valle | D'ARIELLI, Maria Florencia | AZIZ, Horacio

HOSPITAL CHURRUCA VISCA

Introducción: El hepatocarcinoma (HCC) representa el sexto tumor más frecuente y la tercera causa de muerte por cáncer en el mundo. La quimioembolización transarterial (TACE) es una opción de tratamiento bien establecida, principalmente para pacientes con tumores irresecables. Aunque es un procedimiento mínimamente invasivo y generalmente seguro, conlleva un espectro de complicaciones que se deben vigilar. Las más frecuentes se agrupan en el síndrome post-embolización (fiebre, dolor abdominal y náuseas) y alteraciones bioquímicas transitorias. Sin embargo, pueden ocurrir eventos graves como insuficiencia hepática o renal, abscesos, colecistitis aguda, pancreatitis o infartos extrahepáticos por embolización no deseada. Dentro de este espectro, la isquemia medular representa una complicación neurológica grave y extremadamente infrecuente, con una prevalencia estimada del 0.3%.

Objetivos: Presentar un caso de isquemia medular aguda tras una cuarta sesión de TACE, y enfatizar la necesidad de considerar este evento al definir la estrategia terapéutica del HCC.

Caso Clínico: Paciente masculino de 74 años de edad, con antecedentes de cirrosis hepática de etiología alcohólica Child-Pugh A. Cursa con diagnóstico de HCC en estadio temprano, clasificado como BCLC-A. El paciente ingresó para someterse a una cuarta sesión de TACE, la cual requirió cateterismo superselectivo de la arteria frénica derecha y de la arteria intercostal T10, donde se administró doxorubicina en dilución con esferas Tandem 100. Una hora después del procedimiento, el paciente intercurrió de manera súbita con un foco neurológico severo. Al examen físico, se constató paraplejía flácida (fuerza muscular 0/5 según escala de Kendall en miembros inferiores) y arreflexia osteotendinosa, asociadas a la instauración de un nivel sensitivo termalésgico en los dermatomas T9-T10 y atonía del esfínter anal.

Resultados: A pesar de que la RMN de urgencia no mostró alteraciones agudas de señal en la médula espinal, este patrón es esperable y no descarta la isquemia en sus primeras 24 horas de evolución. Fundamentado en la sospecha clínica, se determinó el manejo del paciente en unidad de terapia intensiva. Como estrategia neuroprotectora, se implementó un manejo con hipertensión inducida junto a la derivación del líquido cefalorraquídeo mediante un drenaje lumbar continuo. Se optó por evitar la corticoterapia por el riesgo de desencadenar complicaciones metabólicas. El paciente evolucionó de manera favorable desde el punto de vista hemodinámico, sin embargo, el cuadro neurológico se mantuvo refractario a las medidas terapéuticas, sin evidencia de recuperación motora o sensitiva. Tras alcanzar la estabilidad clínica, se otorgó el alta hospitalaria y se trasladó a una institución de tercer nivel para iniciar un programa de neurorrehabilitación.

Conclusión: La isquemia medular aguda representa una complicación infrecuente pero potencialmente devastadora del TACE. Su prevención exige la realización de un mapeo angiográfico exhaustivo de la circulación colateral extrahepática con el fin de descartar anastomosis de riesgo con el territorio vascular espinal. Asimismo, resulta imperativo integrar esta complicación en la evaluación de riesgo-beneficio y detallarla explícitamente en el consentimiento informado, garantizando una comunicación transparente y anticipada con el paciente, en especial con aquellos individuos sometidos a múltiples sesiones de TACE previas.

POSTERS

Código: 0255

ENFERMEDAD DE CROHN CON COMPROMISO YEYUNAL: UN DESAFÍO DIAGNÓSTICO

Modalidad: Casos Clínicos - Poster

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

VARGAS, Mara Ayelen | MORAN, Gabriela | CALVO, Sebastian | BERNUÉS, Juan Esteban | PRIEDE, Brenda | DONATI, Juan Ignacio | SAYANES, María Victoria | HIDALGO, Melissa | SALDIAS, Nicolas

HIGA DR OSCAR ALENDE

Introducción: La enfermedad de Crohn con compromiso yeyunal constituye una presentación poco frecuente y representa un desafío diagnóstico por la inespecificidad clínica y las limitaciones en estudios convencionales para evaluar el intestino delgado.

Objetivos: Presentar un caso de enfermedad de Crohn con compromiso yeyunal.

Caso Clínico: Mujer de 76 años con historial médico de múltiples consultas a guardia por lumbalgia, artralgias, dolor abdominal y anemia de reciente diagnóstico. Evaluada con video endoscopia digestiva alta y video colonoscopia sin hallazgos patológicos. Evolucionó con cuadro de abdomen agudo obstructivo, que se interpreta secundario a hernia umbilical atascada, requiriendo laparoscopia con hernioplastia. Reintervención a las 48 hs por sospecha de perforación intestinal, observándose a 1.5 mts de la válvula ileocecal, bloque de asas adheridas con cambio de calibre y dilatación proximal. Se realiza adhesiolisis y se descarta perforación. Ante la persistencia de dolor abdominal, diarrea, pérdida de peso e intolerancia a la vía oral se solicitaron, proteína C reactiva <8, ferremia 15 ug/dl, ferritina 230 mg/dl, anticuerpos para enfermedad celíaca negativos, serologías para enfermedad de transmisión sexual negativas, detección clostridium y bacilos ácido-alcohol

resistentes en materia fecal, coprocultivo y coproparasitológico negativos con calprotectina mayor a 1000 µg/g. Tomografía de abdomen con contraste endovenoso y enterotomografía con evidencia de engrosamiento difuso de asas yeyunales e ingurgitación vascular regional. Se decide nueva cirugía observándose a nivel del yeyuno block de asas edematizadas y conglomerado ganglionar, con resección de dicho segmento. Presenta buena evolución clínica en el post operatorio.

Resultados: La anatomía patológica reveló proceso inflamatorio panmural focal, crónico activo, con marcado edema y engrosamiento parietal a predominio de mucosa-submucosa, con infiltrado linfoplasmocitario, erosión y abscedación de la mucosa, reemplazada por material fibrinoleucocitario. Márgenes de sección viables. No se observa atipia. Compatible con enfermedad de Crohn.

Conclusión: La enfermedad de Crohn con compromiso yeyunal aislado puede manifestarse con síntomas inespecíficos, retrasando el diagnóstico. Este caso resulta de interés por la edad de presentación, localización y manifestación clínica, destacando la importancia de integrar los hallazgos clínicos, radiológicos, quirúrgicos e histopatológicos para alcanzar el diagnóstico adecuado y tratamiento oportuno.

POSTERS

Código: 0262

HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA Y ESÓFAGO NEGRO: REPORTE DE CASOS

Modalidad: Casos Clínicos - Poster

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

DIAZ, Fabiana Fernanda | GUZMAN, María Victoria

SANATORIO 9 DE JULIO

Introducción: La necrosis esofágica aguda, también denominada esófago negro, es una entidad infrecuente caracterizada por necrosis circunferencial de la mucosa esofágica, predominantemente en el tercio distal. Su fisiopatología es multifactorial e involucra hipoperfusión tisular, injuria química por reflujo gastroesofágico y alteración de los mecanismos de defensa mucosos. Se observa principalmente en pacientes críticos con múltiples comorbilidades y suele manifestarse como hemorragia digestiva alta. Presentamos dos casos diagnosticados durante la internación en contextos clínicos graves.

Objetivos: Describir las características clínicas, endoscópicas y la evolución de dos pacientes con necrosis esofágica aguda diagnosticada en el contexto de enfermedades críticas.

Caso Clínico: Se presentan dos pacientes masculinos con múltiples comorbilidades que desarrollaron hemorragia digestiva alta durante su internación. El primero, de 63 años, con antecedentes de hipertensión arterial, diabetes mellitus, dislipemia, hipotiroidismo, cardiopatía isquémica con revascularizaciones previas, accidente cerebrovascular isquémico secular, anemia crónica y úlceras duodenales, ingresó a la unidad coronaria por síndrome coronario agudo sin elevación del ST. Requirió angioplastia primaria y cardioversión eléctrica por fibrilación auricular de alta respuesta ventricular, presentando posteriormente vómitos en borra de café. El segundo paciente, de 67 años, con antecedentes de hipertensión arterial, diabetes mellitus y coartrosis, ingresó por shock séptico secundario a absceso de psoas, requiriendo drogas vasoactivas y hemodiálisis. Durante la evolución presentó episodios de hematemesis en borra de café.

Resultados: En ambos casos, la videoendoscopia digestiva alta evidenció hallazgos compatibles con necrosis esofágica aguda, con compromiso difuso de la mucosa esofágica. Los pacientes fueron tratados de manera conservadora mediante reposo digestivo prolongado, nutrición parenteral total y administración de inhibidores de la bomba de protones por vía endovenosa. Tras la estabilización clínica, se reintrodujo progresivamente la alimentación por vía oral comenzando con dieta líquida. Ambos evolucionaron favorablemente, sin recurrencia del sangrado digestivo ni necesidad de intervención quirúrgica.

Conclusión: La necrosis esofágica aguda es una entidad poco frecuente, habitualmente asociada a estados de hipoperfusión y enfermedades críticas. Su reconocimiento endoscópico precoz resulta fundamental para instaurar medidas de soporte adecuadas. Estos casos muestran que el tratamiento conservador basado en reposo digestivo, soporte nutricional y terapia antisecretora puede asociarse a una evolución favorable, incluso en pacientes con elevada carga de comorbilidades y compromiso sistémico severo.

POSTERS

Código: 0264

UTILIDAD DE LA REACCION EN CADENA DE LA POLIMERASA MOLECULAR EN BIOPSIAS INTESTINALES PARA EL DIAGNÓSTICO DE TUBERCULOSIS INTESTINAL

Modalidad: Casos Clínicos - Poster

Unidad Temática: a) GASTROENTEROLOGÍA 7. Enfermedades infecciosas 7.1. TBC

PRIEDE Y PANTALEON, Brenda Sofia | CALVO, Sebastian | MORAN, Gabriela | SAYANES, María Victoria | BERNUÉS, Juan Esteban | SALDIAS, Nicolas | HIDALGO, Melisa | VARGAS, Mara Ayelen | DONATI, Juan Ignacio

HIGA DR OSCAR ALENDE

Introducción: La tuberculosis (TBC) intestinal es un gran desafío ya que simula a la enfermedad de Crohn. En inmunocomprometidos severos, las biopsias tradicionales no forman granulomas, mostrando solo inflamación inespecífica. Confundir esta infección con una enfermedad inflamatoria intestinal y tratarla con corticoides o biológicos puede empeorar la evolución de forma catastrófica. Ante este escenario, disponer de métodos diagnósticos rápidos basados en biología molecular directamente sobre el tejido intestinal es mandatorio.

Objetivos: Presentar el caso de un paciente inmunocomprometido y destacar la utilidad de las pruebas de reacción en cadena de la polimerasa (PCR) rápida en tejido intestinal para confirmar el diagnóstico de TBC intestinal y coinfecciones, permitiendo su correcta diferenciación con la enfermedad de Crohn.

Caso Clínico: Varón de 47 años con diagnóstico de HIV en estadio avanzado (CD4: 13 células/uL, carga viral: 457.000 copias/mL) que ingresó por un cuadro de desnutrición severa y diarrea crónica de un mes de evolución. La tomografía computada informó engrosamiento difuso de las paredes del recto, sigma y colon proximal; la resonancia evidenció una fístula enterobiliar. Los estudios endoscópicos revelaron, la colonoscopia, completa con ileoscopia, desde recto de forma simétrica y continua mucosa eritematosa con múltiples lesiones deprimidas y erosiones con fibrina a predominio de recto y colon descendente. La endoscopia digestiva alta evidenció en la primera porción duodenal, sobre la cara anterior solución de continuidad con débito de aspecto bilioso compatible con el trayecto fistuloso. El informe inicial de las biopsias histopatológicas reportó colitis crónica activa sin hallazgos específicos de bacilos ni de otras infecciones. Ante la alta sospecha clínica, se envió el tejido de las biopsias duodenales y colónicas para PCR rápida.

Resultados: El examen directo de las muestras para buscar bacilos fue negativo. Sin embargo, la PCR rápida automatizada (GeneXpert) detectó material genético de *Mycobacterium tuberculosis* tanto en el tejido de las biopsias duodenales como en las colónicas. Complementariamente, mediante PCR rápida en tejido colónico se identificó una coinfección por Citomegalovirus (CMV). Se comenzó de forma inmediata el tratamiento específico para TBC y antivirales endovenosos. El paciente evolucionó de manera favorable, resolviendo la diarrea y logrando el cierre y la cicatrización completa de la fístula duodenobiliar con el tratamiento médico específico, sin requerir procedimientos quirúrgicos ni abordajes endoscópicos invasivos.

Conclusión: La TBC intestinal con colitis por CMV es una entidad de extrema rareza que exige un alto índice de sospecha en pacientes con inmunosupresión severa, siendo clave su diferenciación con la enfermedad de Crohn para evitar tratamientos que pueden empeorar su evolución. Ante manifestaciones que mimetizan patologías inflamatorias o neoplásicas, la plataforma de PCR en tiempo real en tejido extrapulmonar constituye una herramienta clave; su especificidad cercana al 100% y su sensibilidad (entre el 42% y el 65% según consensos) aportan un diagnóstico de certeza en menos de 48 hrs. a pesar de una histopatología inespecífica. En este caso, permitió iniciar una terapia dirigida eficaz que indujo a la cicatrización y resolución de forma conservadora de la fístula enterobiliar, evitando terapéuticas invasivas en pacientes críticos y, además, el diagnóstico de la coinfección con CMV y su tratamiento.

POSTERS

Código: 0270

PREVALENCIA DE SÍNDROME DE INTESTINO IRRITABLE Y SU IMPACTO SOBRE LA CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES CON ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL EN REMISIÓN ENDOSCÓPICA

Modalidad: Trabajos Científicos - Poster

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

TOLEDO CUENCA, Connie Isabel | CHIACCHIO, Dolores | FILIPPINI, Florencia | CONDORI, Leonel | ALMARAZ, Marianella | PALMA, Agustina | BEZZONI, Pablo | GUZMAN, Mauricio | YANTORNO, Martin | TUFARE, Francisco | CORREA, Gustavo

HIGA San Martín La Plata

Introducción: La persistencia de síntomas gastrointestinales funcionales en pacientes con enfermedad inflamatoria intestinal (EII) en remisión endoscópica constituye un desafío clínico frecuente, ya que puede generar dudas entre actividad inflamatoria residual y trastornos de la interacción intestino-cerebro. Aunque la coexistencia de síndrome de intestino irritable (SII) ha sido evaluada con criterios Roma III y IV, actualmente no existe evidencia publicada sobre la aplicación de criterios Roma V en este contexto.

Objetivos: Determinar la prevalencia de SII según criterios Roma V en pacientes con EII en remisión endoscópica y evaluar su impacto sobre la calidad de vida relacionada con la salud mediante el cuestionario específico IBDQ-32.

Material y Métodos: Estudio observacional, transversal y analítico. Desde el sistema CUSPIDE se identificaron 487 pacientes con EII; se filtraron 254 atendidos entre enero de 2025 y mayo de 2026. Tras aplicar criterios de inclusión y exclusión, se identificaron 104 pacientes en remisión endoscópica documentada, se contactó a 91 y 82 aceptaron participar, 12 fueron excluidos por suspensión prolongada del tratamiento, falta de adherencia terapéutica o tratamiento activo con psicofármacos. La muestra final fue de 70 pacientes. En junio de 2026 se aplicaron criterios Roma V e IBDQ-32 mediante Microsoft Forms. La remisión endoscópica se definió como Mayo 0 en colitis ulcerosa y SES-CD ≤ 2 en enfermedad de Crohn.

Resultados: La cohorte incluyó 47 pacientes con colitis ulcerosa (67,1%) y 23

con enfermedad de Crohn (32,9%). La prevalencia global de SII fue 35,7% (25/70; IC95%: 24,6–48,1), mayor en enfermedad de Crohn que en colitis ulcerosa (47,8% vs. 29,8%), sin significación estadística. El subtipo más frecuente fue SII con predominio de diarrea (56,0%), seguido del subtipo mixto (24,0%), estreñimiento (12,0%) y no clasificable (8,0%). Los pacientes con SII presentaron menor puntaje total del IBDQ-32 que aquellos sin SII (104,8 ± 29,3 vs. 163,0 ± 49,5; p < 0,001), con diferencias significativas en todos los dominios. La mayor diferencia se observó en el dominio emocional.

Conclusiones: Aproximadamente uno de cada tres pacientes con EII en remisión endoscópica presentó síntomas compatibles con SII según Roma V. Su presencia se asoció con peor calidad de vida global y afectación de todos los dominios del IBDQ-32, especialmente el emocional. Estos hallazgos resaltan la importancia de evaluar síntomas funcionales durante el seguimiento de la EII, aun cuando se haya documentado remisión endoscópica.

POSTERS

Código: 0275

ENFERMEDAD DE CROHN CON COMPROMISO ESOFÁGICO EN PEDIATRÍA: A PROPÓSITO DE 4 CASOS.

Modalidad: Casos Clínicos - Poster

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

FERRARI, Valentina | DE ALBALADEJO, Malena | FABBRINI, David | GONZÁLEZ, Juliana | WEYERSBERG, Christian | CONTRERAS, Mónica | ROCCA, Ana

HOSPITAL GARRAHAN

Introducción: La enfermedad de Crohn (EC) es una enfermedad inflamatoria crónica pudiendo comprometer cualquier segmento del tracto gastrointestinal; especialmente a nivel ileocolónico. La afectación esofágica constituye una manifestación infrecuente. Su prevalencia estimada es del 0,3-2% en adultos alcanzando un reporte de hasta el 6,5% en la población pediátrica, posiblemente en relación con un fenotipo de enfermedad más extenso y agresivo en este grupo etario.

Objetivos: Describir las características clínicas, endoscópicas e histológicas de una serie de pacientes pediátricos con EC y compromiso esofágico.

Caso Clínico: Se evaluaron las historias clínicas de 407 pacientes con diagnóstico de EII desde 2007 hasta 2025, de los cuales el 57 % fueron Enfermedad de Crohn. Solo cuatro pacientes (1.7 % del total) presentaron compromiso esofágico (50% de sexo femenino). La mediana de edad al diagnóstico de la afectación esofágica fue de 9,5 años (rango: 5-14 años). Uno de ellos presentaba enfermedad de inicio muy temprano (VEO-IBD). Todos presentaron fenotipos severos de EC ileocólica. En tres de los casos, la afectación esofágica se manifestó durante recaídas de la enfermedad, mientras que en el caso restante estuvo presente al momento del diagnóstico. Solo un paciente presentó síntomas digestivos altos, con disfagia, correspondiendo al caso de mayor gravedad clínica (estenosis). En todos los casos se descartaron diagnósticos diferenciales mediante evaluación clínica, endoscópica e histológica. Todos los pacientes recibieron tratamiento biológico (anti-TNF (Infliximab), con remisión clínica, endoscópica e histológica, finalizada la inducción. **Resultados:** El compromiso esofágico en nuestra serie se asoció a fenotipos severos de la EC y fue predominantemente asintomático, poniendo de manifiesto la importancia de la realización de videoendoscopia digestiva alta siempre con toma de biopsias para su detección. La respuesta al tratamiento fue favorable en todos los casos, con remisión clínica e histológica a corto plazo.

Conclusión: Consideramos relevante comunicar esta serie debido a la baja frecuencia de esta localización, la mayor prevalencia relativa en la población pediátrica y a su potencial subdiagnóstico en ausencia de síntomas.

POSTERS

Código: 0283

ESTUDIO OBSERVACIONAL RETROSPECTIVO SOBRE HALLAZGOS EN VIDEOCÁPSULA ENDOSCÓPICA REALIZADOS EN PACIENTES ATENDIDOS EN EL COMPLEJO MÉDICO POLICIAL CHURRUCUA-VISCA

Modalidad: Trabajos Científicos - Poster

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

SUAREZ, Daniela Celeste | VILLALBA, Nestor Javier | RIVADENEIRA, Agustina | HERMIDA, Cristina Raquel | CHIRIANO, Fabiela | LICCIARDELLO, Mariana | RIU, María Cecilia | ÁLVAREZ, Augusto

HOSPITAL CHURRUCUA VISCA

Introducción: INTRODUCCIÓN La videocápsula endoscópica (VCE) se ha consolidado como una herramienta diagnóstica de gran valor para la evaluación del intestino delgado, especialmente cuando los métodos endoscópicos no logran identificar el origen de los síntomas. Ha demostrado ser útil en la evaluación de patologías como hemorragia digestiva de origen oscuro, enfermedad inflamatoria intestinal, lesiones tumorales y síndromes de poliposis hereditarios. **OBJETIVOS** Describir los

hallazgos obtenidos mediante videocápsula endoscópica en pacientes asistidos en el Complejo Médico Policial Churrua Visca entre el 1 de enero del 2022 y 1 de abril del 2025. Identificar las indicaciones más frecuentes para la realización de la VCE. Identificar los principales hallazgos en la realización de la VCE y clasificarlos según su relevancia clínica. Determinar la proporción de estudios con hallazgos relevantes, no relevantes o sin hallazgos MATERIALES Y MÉTODOS Estudio observacional retrospectivo. Se recolectó la muestra de la base de datos institucional del servicio de gastroenterología con pacientes que se realizaron VDE del 1 de enero del 2022 al 1 de abril del 2025. Los datos demográficos y clínicos de la consulta previa al estudio se recabaron de las historias clínicas informatizadas en el Sistema Ángel, evaluando antecedentes personales y estudios complementarios. Los criterios de inclusión fueron: Estudios con cápsula correctamente colocada y tránsito adecuado e informes clínicamente interpretables. Se utilizaron tres tipos de cápsulas endoscópicas. Para la comparación de las variables numéricas entre los diferentes niveles de relevancia (no relevante, relevancia incierta y relevante) se utilizó el test de ANOVA. Para la comparación de frecuencias se utilizó el test de chi cuadrado o exacto de Fisher según supuestos. RESULTADOS De 97 estudios las indicaciones más frecuentes fueron anemia ferropénica (45,4 %), sospecha de hemorragia de intestino delgado (27,8 %) y enfermedad inflamatoria intestinal (23,7 %). En cuanto a hallazgos endoscópicos, las lesiones más frecuentes fueron angiectasia y úlcera (ambas 16,5 %), "red spots" (14,4 %) y linfangiectasia (12,4 %). En el grupo de "hallazgos relevantes", las lesiones más frecuentes fueron angiectasia (40,0 %) y úlcera (40,0 %). En el grupo de "relevancia incierta" predominaron "red spots" (45,2 %) y erosión (35,5 %). Un 9,3 % de los estudios no evidenciaron lesiones, ubicándose en el grupo de "hallazgos no relevantes".

Objetivos: Este estudio coincide con que la videocápsula endoscópica es una herramienta diagnóstica eficaz y de gran valor en la evaluación del intestino delgado. Las principales indicaciones identificadas estuvieron en concordancia con las recomendaciones de guías internacionales. Su implementación favorece un diagnóstico más preciso y orienta de manera eficiente la toma de decisiones terapéuticas, optimizando el abordaje de los pacientes y contribuyendo al fortalecimiento de la calidad asistencial en el contexto local.

POSTERS

Código: 0284

HEMORRAGIA DIGESTIVA DE INTESTINO MEDIO: CUANDO EL DIAGNÓSTICO NO ES EL ESPERADO

Modalidad: Casos Clínicos - Poster

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

LOPEZ FRANCO, Juan José | YEREMENKO, Anna | MOLINA, Fernanda | ORDOÑEZ JARAMILLO, Juan Jose | GONZÁLEZ CREPSAC, Vera Lucia | LEIBOVICH, Natalia | MAURETTE, María Victoria | MAJEWSKI, Ignacio | LUBIENIECKI, Daniela Carina | PADIN, Lorenzo

Hospital Durand

Introducción: La hemorragia digestiva de intestino medio continúa representando un importante desafío diagnóstico, especialmente cuando los estudios endoscópicos convencionales no logran identificar la fuente del sangrado. En estos pacientes, la coexistencia de síntomas constitucionales y hallazgos clínicos atípicos obliga a ampliar el diagnóstico diferencial y recurrir a un abordaje multimodal que integre métodos endoscópicos, estudios por imágenes, anatomía patológica y técnicas microbiológicas, con el fin de establecer la etiología y orientar el tratamiento oportuno.

Objetivos: Revisar un caso de una patología frecuente, con una forma de presentación infrecuente.

Caso Clínico: Masculino de 22 años, sin antecedentes patológicos. Ingresó por síndrome de impregnación, síndrome ascítico edematoso, anemia y fístula perianal de seis meses de evolución. Intercurrió con melena, hematoquecia con requerimiento transfusional que evolucionó con shock hipovolémico. En este contexto se realizó angioTC, diagnosticando tromboembolismo pulmonar y trombosis ilíaca secundaria a síndrome de May-Thurner, con necesidad de anticoagulación, complejizando el manejo. Se realizó videoendoscopia digestiva alta y videocolonoscopia: evidenciándose úlceras gástricas Forrest III e íleon con mucosa de aspecto granular. Se realizó toma de biopsias que evidenciaron proceso inflamatorio granulomatoso no necrotizante en íleon, con Ziehl-Neelsen y PAS negativos. Se realizó paracentesis (GASA: 0,8, PT: 2,6) con Xpert MTB/RIF positivo para *Mycobacterium tuberculosis*, iniciándose tratamiento antifímico de primera línea.

Resultados: Por persistencia de anemia con requerimiento transfusional, se realizaron nuevos estudios endoscópicos, sin encontrar sitio de sangrado activo o reciente, por lo que se realizó videocápsula endoscópica, que informa múltiples lesiones inflamatorias segmentarias en duodeno, yeyuno e íleon, con erosiones, edema, pliegues congestivos, úlceras y escasa sangre fresca en topografía ileal. Hallazgos interpretados como compromiso de intestino medio por tuberculosis.

Conclusión: La hemorragia digestiva de intestino medio asociada a tuberculosis intestinal es una forma infrecuente de presentación. En la literatura se reportó una serie de casos con 10 pacientes, de los cuales solo el 20% presentó hemorragia de intestino medio como forma de presentación de tuberculosis intestinal. Su diagnóstico y manejo resulta un desafío por la extensión y heterogeneidad de las lesiones. La combinación de endoscopias, biopsias, estudios moleculares en líquido ascítico

y videocápsula endoscópica son decisivas para alcanzar el diagnóstico e inicio de tratamiento específico y evitar complicaciones.

POSTERS

Código: 0287

CUANDO UNA DIARREA CRÓNICA ES SOLO LA PUNTA DEL ICEBERG

Modalidad: Casos Clínicos - Poster

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

PEIRANO SCHIAFFINO, María Belén | LOPEZ FRANCO, Juan | MOLINA, Fernanda | ORDOÑEZ JARAMILLO, Juan Jose | QUIÑONES, Sabrina | LEIBOVICH, Natalia | MARCENO, Florencia Agustina | MAJEWSKI, Ignacio | LUBIENIECKI, Daniela Carina | PADIN, Lorenzo

Hospital Durand

Introducción: La diarrea crónica asociada a pérdida de peso y deterioro progresivo del estado general constituye un desafío diagnóstico, especialmente cuando los estudios iniciales no permiten identificar su etiología. En este contexto, la evaluación endoscópica con toma de biopsias desempeña un papel fundamental para establecer el diagnóstico y orientar la conducta terapéutica.

Objetivos: Presentar un caso de diarrea crónica refractaria como manifestación inicial de una enfermedad sistémica infrecuente.

Caso Clínico: Paciente femenina de 47 años con antecedentes de asma, enfermedad renal crónica y carcinoma renal de células claras con diferenciación rabdoide tratado mediante nefrectomía izquierda, en evaluación para tratamiento adyuvante. Consultó por diarrea de un año de evolución, con 5 a 8 deposiciones diarias tipo Bristol 6-7, sin sangre ni moco, asociada a pérdida de peso y múltiples internaciones por deshidratación y trastornos hidroelectrolíticos. El estudio inicial, que incluyó coprocultivo, coproparasitológico, perfil tiroideo y serología para enfermedad celíaca, fue negativo. Durante la internación persistió con diarrea de alto débito, presentó episodios de inestabilidad hemodinámica con requerimiento de vasopresores y rápida progresión de la enfermedad renal hasta estadio V, por lo que inició soporte dialítico. Se realizó videoendoscopia digestiva alta que evidenció signos de atrofia vellositaria duodenal y la videocolonoscopia mostró ileocolitis difusa con mucosa pálida y friable, obteniéndose biopsias escalonadas.

Resultados: El estudio histopatológico de las biopsias digestivas reveló extensos depósitos de material eosinófilo amorfo de distribución predominantemente subepitelial y perivascular, comprometiendo la lámina propia y las paredes vasculares. La tinción con rojo Congo fue positiva, confirmando el diagnóstico de amiloidosis. Se solicitó la revisión de la pieza quirúrgica de nefrectomía, y se evidenció infiltración amiloide concordante, estableciéndose el diagnóstico de amiloidosis sistémica con compromiso gastrointestinal y renal. Además se realizó punción aspiración de médula ósea con citometría de flujo, donde no se evidenció una discrasia de células plasmáticas, orientando a una amiloidosis sistémica probablemente secundaria.

Conclusión: La amiloidosis sistémica con compromiso gastrointestinal constituye una causa infrecuente de diarrea crónica refractaria. Este caso resalta que, aun ante hallazgos endoscópicos sutiles o inespecíficos, la toma sistemática de biopsias puede ser decisiva para establecer el diagnóstico de una enfermedad con elevada morbilidad.

POSTERS

Código: 0288

MALFORMACIÓN ARTERIOVENOSA POLIPOIDE RECTAL: UN DESAFÍO DIAGNÓSTICO EN UNA LESIÓN INFRECUENTE.

Modalidad: Casos Clínicos - Poster

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

URIBE DIAZ, Rodrigo Agustín | CEREZO, María Jimena | TORRICO TERAN, Flavio Russell | SPIAZZI, Renata Alina | OMONTE ZAMBRANA, Ana María | RÍOS SAAVEDRA, Zaida | GONZÁLEZ, Débora Isabel | MAIGUASHCA HUILLCATOMA, Bryan Patricio | COLOM, María Paz

Hospital profesor A Posadas

Introducción: Las malformaciones arteriovenosas (MAV) intestinales constituyen una causa frecuente de hemorragia digestiva. Su presentación polipoidea, de gran tamaño e infiltración transmural es excepcional y puede simular una lesión neoplásica, lo que dificulta su diagnóstico.

Objetivos: Describir un caso de MAV tipo 1 de aspecto polipoideo localizada en recto, con presentación clínica e imagenológica atípica que generó sospecha inicial de neoplasia.

Caso Clínico: Paciente masculino de 36 años, sin antecedentes de relevancia, que consultó por proctorragia y pérdida de peso del 9% respecto a su peso inicial. Laboratorio general dentro de valores normales y marcadores tumorales negativos. La videocolonoscopia evidenció, a 13 cm del margen anal, una lesión mamelonada exofítica que comprometía el 50% de la circunferencia, tomándose múltiples biopsias. La resonancia magnética mostró, a 9 cm del margen anal, una formación só-

lida de bordes irregulares, pseudonodular de 34 x 26 x 34 mm, con crecimiento endoluminal. Hipointensa en T1 e hiperintensa en T2, con restricción en difusión, e infiltración de la pared rectal más allá de la muscular y la serosa hasta la grasa mesorrectal.

Resultados: Las biopsias iniciales resultaron inespecíficas (fibrosis en la lámina propia, sin neoplasia) por lo que se realizó rectoscopia con macrobiopsia por asa diatérmica, cuya histología mostró una formación polipoidea con numerosos vasos submucosos de paredes fibrosas gruesas, predominantemente venosos, y capilares dilatados tapizados por endotelio sin atipia, sin necrosis. La inmunomarcación resultó positiva para CD31 en el endotelio vascular y para actina de músculo liso en los vasos, y negativa para D2-40, descartando componente linfático. Se estableció el diagnóstico de malformación arteriovenosa tipo 1. Dada la clínica del paciente, el tamaño y el grado de infiltración se realizó cirugía de Dixon con evolución satisfactoria.

Conclusión: Las MAV tipo 1 de aspecto polipoideo son una causa rara de hemorragia digestiva baja capaz de simular lesiones neoplásicas. Su diagnóstico y tratamiento representan un desafío debido a su infrecuencia y a la escasa evidencia disponible en la literatura.

POSTERS

Código: 0289

LITOTRIPSIA LÁSER COMO ESTRATEGIA DE RESOLUCIÓN EN LA LITIASIS BILIAR DIFÍCIL: FACTORES ASOCIADOS Y RESULTADOS TERAPÉUTICOS

Modalidad: Trabajos Científicos - Poster

Unidad Temática: a) GASTROENTEROLOGÍA 5. Vesícula y vías biliares 5.1. Litiasis biliar

CONDORI, Ricardo Leonel | CAMPOS MENDOZA, Jannina | ZÚÑIGA, Andrés | FABBRO, Gabriel | RIZZI, Bruno | ABOY, Pablo Jose Maria | ALMARAZ, Marianella | PALMA, Agustina | BEZZONI, Pablo | GULLINO, Lorenzo | REDONDO, Agustina | GARABENTO, Leonardo | BALDONI, Fernando | YANTORNO, Martin | TUFARE, Francisco | CORREA, Gustavo

HIGA San Martín La Plata

Introducción: La mayoría de los casos de litiasis biliar se resuelven mediante técnicas convencionales durante la colangiopancreatografía retrógrada endoscópica (CPRE). Sin embargo, un subgrupo presenta litiasis de alta complejidad que requiere técnicas avanzadas como la litotripsia láser. La evidencia sobre los factores asociados a su necesidad y sus resultados terapéuticos es limitada.

Objetivos: Caracterizar el perfil clínico y radioscópico de los pacientes con litiasis biliar difícil que requirieron litotripsia láser, identificar los factores asociados a su utilización y describir los resultados terapéuticos y la seguridad del procedimiento.

Material y Métodos: Estudio observacional retrospectivo, unicéntrico, que incluyó CPRE por litiasis dificultosa entre enero de 2021 y diciembre de 2025. Se registraron edad, sexo, características de la litiasis, variables procedimentales y desenlaces clínicos. Se emplearon mediana y rango intercuartil, pruebas de Mann-Whitney, χ^2 y exacta de Fisher. Se realizó regresión logística multivariada expresando los resultados como odds ratio (OR), con intervalo de confianza del 95% (IC95%). La capacidad discriminativa del tamaño del cálculo se evaluó mediante curvas ROC, con $p < 0,05$ como significativo.

Resultados: Se analizaron 327 procedimientos de CPRE por litiasis dificultosa; 27 (8,2%) requirieron litotripsia láser. Estos pacientes presentaron cálculos mayores (20 vs. 10 mm; $p < 0,001$), más cálculos impactados (33,3% vs. 16,6%; $p = 0,038$), mayor uso de esfinteroplastia (81,5% vs. 44,9%; $p < 0,001$) y mayor número de procedimientos (mediana 2 vs. 1; $p < 0,001$). El tamaño del cálculo fue el único factor independientemente asociado a la utilización de litotripsia láser (OR ajustado 1,23 por mm; IC95% 1,15–1,31; $p < 0,001$). Un tamaño ≥ 18 mm mostró excelente capacidad discriminativa para la necesidad de litotripsia láser (AUC=0,884; sensibilidad 77,8%; especificidad 85,2%). La resolución completa se alcanzó en el 59,3%; todos los pacientes requirieron más de una CPRE como paso previo a la litotripsia láser, y el 40,7% requirió drenaje biliar temporal. La tasa global de complicaciones inmediatas fue del 3,7%, sin hemorragias ni perforaciones.

Conclusiones: La litotripsia láser se empleó como estrategia de resolución en una minoría de pacientes con litiasis biliar dificultosa. El tamaño del cálculo fue el principal factor asociado, identificándose un umbral ≥ 18 mm con excelente capacidad discriminativa. Este hallazgo podría ayudar a anticipar la necesidad de técnicas avanzadas y optimizar la selección y derivación de pacientes. A pesar de utilizarse en casos complejos, presentó baja tasa de complicaciones, respaldando su seguridad en pacientes seleccionados.

POSTERS

Código: 0294

INDICADORES DE CALIDAD EN LA VIDEOCOLONOSCOPIA DE PESQUISA DE CÁNCER COLORRECTAL

Modalidad: Trabajos Científicos - Poster

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

BRIZUELA, Johanna Paola Pilmaiquen | BACIGALUPO, Delfina Maria | PARDO, Bárbara Eugenia | ESCOBAR, Rafael

Sanatorio Julio Mendez

Introducción: El cáncer colorrectal (CCR) es la tercera neoplasia más frecuente y la segunda causa de muerte por cáncer a nivel mundial y en nuestro país. La videocolonoscopia (VCC) es una herramienta costo-efectiva para su detección precoz, pero su impacto depende en gran medida del operador. Para reducir esta variabilidad, en 2024 la ASGE y el ACG propusieron indicadores de calidad que permiten conocer el desempeño real, detectar deficiencias y aplicar mejoras.

Objetivos: Evaluar el cumplimiento de los indicadores de calidad prioritarios en las VCC de pesquisa de CCR y describir los factores asociados a los indicadores por debajo del umbral recomendado.

Material y Métodos: Estudio retrospectivo, observacional y analítico. Se evaluaron los indicadores prioritarios pre, intra y post procedimiento de 185 pacientes sometidos a VCC de pesquisa de CCR, realizadas por un total de 6 endoscopistas, durante el primer cuatrimestre del año 2026 en un centro de tercer nivel de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires.

Resultados: El 65,8% de los pacientes fueron mujeres, la edad promedio fue de $62,6 \pm 7$ años (45- 81 años). El 96,2% con riesgo promedio y 3,8% riesgo moderado. La adecuada indicación fue del 86% según recomendaciones locales (umbral $\geq 95\%$). La tasa de preparación intestinal adecuada fue del 83,8% (umbral $\geq 90\%$); la de intubación cecal- TIC fue del 92,4% (umbral $\geq 95\%$). La Tasa de Detección de Adenomas-TDA global fue del 35,7% (umbral $\geq 35\%$), 50% en hombres (umbral $\geq 40\%$) y 28,5% en mujeres (umbral $\geq 30\%$). La Tasa de detección de lesiones serradas sésiles- TDLSS fue del 6,5% (umbral $\geq 6\%$) y la Tasa de Resección con Asa Fria-TRAF para lesiones de 4 a 9 mm fue del 100% (umbral $\geq 90\%$). No se registraron eventos adversos graves. La inadecuada preparación intestinal se asoció significativamente con obesidad (OR 3.26; IC 95% 1.30–8.21; $p = .009$ χ^2 , $p = .020$ Fisher) y la diabetes mellitus tipo II (OR 3.07; IC 95% 1.12–8.40; $p = .024$), sin significancia estadística ($p = .052$, Fisher). La falla en la intubación cecal (14/184) se dio en el 100% de los casos en pacientes con deficiente preparación y en 4 de ellos se describieron otras causas (ángulo fijo:3, loop sigmoideo:1).

Conclusiones: El servicio cumple con los umbrales de calidad intra procedimiento vinculados a la detección de lesiones (TDA, TDLSS, TRAF). Lo cual es particularmente significativo para la TDA, el indicador con mayor relevancia clínica y mejor validado en VCC. Sin embargo, presenta oportunidades de mejora en la indicación del procedimiento, y en la preparación, que se asoció con una baja TIC a través de factores comunes como obesidad y diabetes. Dichos parámetros podrían optimizarse fortaleciendo los sistemas de registro para facilitar la adecuada asignación del intervalo inter-colonoscopias, y a través del uso de esquemas de preparación intestinal intensificados y un refuerzo de las instrucciones pre-procedimiento. Estos hallazgos refuerzan la importancia de la monitorización continua, para maximizar el rendimiento de una herramienta clave en la prevención del CCR.

POSTERS

Código: 0299

POLIPOSIS JUVENIL ASOCIADA A MUTACIÓN EN SMAD4 EN UN ADOLESCENTE CON ANEMIA FERROPÉNICA: A PROPÓSITO DE UN CASO.

Modalidad: Casos Clínicos - Poster

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

PONZO, Natalia Soledad | STEIMBERG, Clarisa | GONZALEZ, Lucio | ELMO, Gas-ton | SQUITIN, Magali | BUSONI, Veronica

Hospital Italiano

Introducción: La poliposis juvenil es un síndrome hamartomatoso hereditario infrecuente, autosómico dominante, asociado a mutaciones en los genes SMAD4 o BMPR1A, que incrementa significativamente el riesgo de cáncer colorrectal. Las mutaciones en el gen SMAD4 suelen condicionar fenotipos más severos y la posible coexistencia con telangiectasia hemorrágica hereditaria. Actualmente, el manejo óptimo de las formas agresivas y refractarias al tratamiento endoscópico, así como la implementación de terapias sistémicas adyuvantes, continúan siendo un desafío terapéutico en debate.

Objetivos: Describir la presentación clínica y el abordaje diagnóstico-terapéutico de un paciente adolescente con poliposis juvenil severa asociada a una mutación en el gen SMAD4.

Caso Clínico: Paciente masculino de 15 años, derivado por anemia ferropénica y sangre oculta en materia fecal positiva, con antecedente familiar de padre fallecido a los 37 años por cáncer de colon. Se realizaron endoscopias alta y baja, evaluación anatomopatológica y estudio genético. Para el screening de compromiso extraintestinal por sospecha de telangiectasia hemorrágica hereditaria (ante antecedentes de epistaxis), se solicitaron una resonancia magnética y un ecocardiograma Doppler con burbujas.

Resultados: Las endoscopias evidenciaron un compromiso colónico difuso con múltiples pólipos sésiles y pediculados (algunos mayores a 2 centímetros), infranqueables y con alto riesgo de perforación. La anatomía patológica informó pólipos hamartomatosos con displasia de bajo grado y el estudio genético confirmó la mutación en SMAD4. Se descartaron malformaciones arteriovenosas extraintestinales. Ante la imposibilidad de una resección endoscópica segura y la presencia de dis-

plasia, se realizó una colectomía total con recto remanente e ileostomía. Debido a la naturaleza progresiva de la enfermedad y la falta de alternativas farmacológicas aprobadas, se inició tratamiento fuera de indicación (off-label) con sirolimus (inhibidor de la vía mTOR), logrando una respuesta clínica estable y adecuada tolerancia en el seguimiento posterior.

Conclusión: La Poliposis Juvenil asociada a mutación en el gen SMAD4 presenta un fenotipo más agresivo, con mayor carga polipoidea, riesgo aumentado de malignización y asociación con THH, lo que exige una evaluación extraintestinal sistemática. El uso de sirolimus constituye una estrategia fisiopatológica racional respaldada por evidencia emergente en la literatura pediátrica, al actuar sobre la vía mTOR desregulada en esta patología. Este caso resalta la necesidad de mantener una alta sospecha clínica ante cuadros de anemia en adolescentes con antecedentes familiares de cáncer colorrectal precoz. Asimismo, se recomienda la realización temprana del diagnóstico genético, ya que es clave para orientar el manejo definitivo, estratificar riesgos tumorales, justificar terapias dirigidas adyuvantes y planificar un seguimiento multidisciplinario personalizado, reservando la cirugía mayor para casos con enfermedad extensa o refractaria.

POSTERS

Código: 0307

TOS CRÓNICA REFRACTARIA POSTERIOR A CIRUGÍA: ¿REFLUJO COMO CAUSA O CONSECUENCIA?

Modalidad: Casos Clínicos - Poster

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

BONILLA FAJARDO, Nelssy Del Valle | D'ERCOLE, Vanina Noemi | HERMIDA, Cristina Raquel | PÉREZ, Esteban Natalia | RIU, María Cecilia | CANTONI, Pablo Nahuel | FIORETTI, Mariano | MARUELLI, Silvina Rosana

Complejo Médico Churrua Visca

Introducción: La tos crónica representa un desafío diagnóstico frecuente. La relación entre el reflujo gastroesofágico (RGE) patológico y la tos es compleja y bidireccional, ya que el RGE puede ser causa o consecuencia de la tos. Entre las causas de tos crónica se encuentra el síndrome de hipersensibilidad laríngea, caracterizada por una sensibilización de las vías nerviosas sensoriales que provoca tos desencadenada por estímulos de baja intensidad (cambios térmicos, aerosoles, conversación) que normalmente no generarían este reflejo. Esta tos crónica, al aumentar la presión intraabdominal de forma repetida, puede a su vez provocar o perpetuar el RGE, estableciendo un ciclo de tos-reflujo-tos difícil de interrumpir. En este escenario, la pH-impedanciometría de 24 horas permite, además de identificar la exposición ácida esofágica, establecer una asociación temporal con los síntomas.

Objetivos: Presentar un caso de tos crónica refractaria en el que el análisis detallado de la pH-impedanciometría de 24 horas orientó hacia un síndrome de hipersensibilidad laríngea.

Caso Clínico: Mujer de 66 años, con antecedente de exéresis de neurinoma del acústico, que requirió intubación orotraqueal durante 5 días. Como secuelas presentó parálisis facial periférica y trastorno deglutorio, requiriendo uso temporal de sonda nasogástrica y rehabilitación fonoaudiológica, mediante la cual logró recuperar la deglución por completo. Evoluciona con tos seca crónica y globus faríngeo. La evaluación neumonológica no identificó una causa específica. Fue valorada por el servicio de otorrinolaringología, en donde se interpretó como posible causa el reflujo gastroesofágico, siendo derivada para estudio. La videoendoscopia digestiva alta y la manometría esofágica de alta resolución fueron normales. La pH-impedanciometría de 24 horas sin inhibidores de la bomba de protones (IBP), mostró una exposición ácida esofágica patológica y asociación positiva entre los episodios de tos y reflujo. Sin embargo, el análisis cronológico de los eventos demostró que la tos precedía sistemáticamente a los episodios de reflujo registrados, sugiriendo que esta actuaba como desencadenante del mismo más que como consecuencia.

Resultados: La paciente recibió tratamiento con IBP hasta dosis máxima, sin presentar mejoría clínica. Ante la sospecha de síndrome de hipersensibilidad laríngea, se indicó gabapentina 300 mg cada 12 horas, con una respuesta clínica favorable. Posteriormente, se repitió la pH-impedanciometría de 24 horas mientras la paciente recibía gabapentina, sin tratamiento con IBP, evidenciándose una reducción significativa de los episodios de tos, ausencia de reflujo gastroesofágico patológico y sin asociación sintomática.

Conclusión: La presencia de exposición ácida patológica no implica necesariamente que el reflujo sea la causa de la tos. En este contexto, la pH-impedanciometría de 24 horas aporta información valiosa, ya que evaluar la secuencia temporal entre los síntomas y los episodios de reflujo puede modificar por completo la interpretación fisiopatológica y el manejo terapéutico. Ante una tos crónica refractaria a la supresión ácida, debe considerarse el síndrome de hipersensibilidad laríngea, en donde los neuromoduladores como la gabapentina han demostrado ser una herramienta terapéutica eficaz y avalada.

POSTERS

Código: 0308

PREVALENCIA DE ENFERMEDAD CELÍACA EN BIOPSIAS DUODENALES ENTRE MARZO 2024-MARZO 2026

Modalidad: Trabajos Científicos - Poster

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

IMAN, Ailen | DEL AGUILA, J. | BRAICOVICH, A. | ZAMBRANO, Liliana

HIGA DR DIEGO PAROISSIEN

Introducción: La enfermedad celíaca (EC) es una enteropatía inmunomediada desencadenada por la ingesta de gluten en individuos genéticamente susceptibles. Su presentación clínica es heterogénea e incluye formas clásicas, oligosintomáticas y asintomáticas, lo que contribuye a su subdiagnóstico. La biopsia duodenal continúa siendo una herramienta fundamental para el diagnóstico en la mayoría de los pacientes adultos, permitiendo identificar los cambios histológicos característicos de la enfermedad. Conocer la prevalencia de enfermedad celíaca en las biopsias duodenales realizadas en la práctica asistencial aporta información relevante sobre su detección en nuestra población y puede contribuir a optimizar las estrategias diagnósticas.

Objetivos: Determinar la prevalencia de enfermedad celíaca en pacientes sometidos a biopsia duodenal entre marzo de 2024 y marzo de 2026 en el Hospital Paroissien, describir sus características clínicas, endoscópicas y demográficas, y evaluar la concordancia entre los hallazgos histológicos y la serología específica.

Material y Métodos: Se realizó un estudio observacional, descriptivo y retrospectivo de corte transversal. Se revisaron los informes anatomopatológicos de todas las biopsias duodenales efectuadas durante el periodo del estudio. Se identificaron los pacientes con hallazgos histológicos de atrofia vellositaria (clasificación Marsh 3 a, b o c) y se corroboró en la historia clínica de dichos pacientes la serología específica para EC incluyendo la Inmunoglobulina A total, anticuerpos antitransglutaminasa tisular IgA y/o anticuerpos contra péptidos de gliadina deaminados, según disponibilidad.

Resultados: Se realizaron un total de 166 biopsias duodenales de las cuales 16 resultaron positivas para EC. La prevalencia de la patología en la muestra estudiada fue del 9,64%. El 93,75% (n=15) fueron mujeres mientras que solo un 6,25% (n=1) hombres. La edad media fue de 44,38 años con una desviación estándar de $\pm 9,84$ años, identificándose un rango de edad que osciló entre los 22 y los 56 años. La anemia ferropénica fue el principal motivo de consulta, presentándose en el 50,00% (n=8) de la cohorte. Le siguieron en frecuencia la diarrea crónica con un 18,75% (n=3) y la distensión abdominal con un 12,50% (n=2). El 87,50% (n=14) ya evidenciaba marcadores endoscópicos de atrofia durante el procedimiento y solo un 12,50% (n=2) de los pacientes celíacos confirmados presentaron una endoscopia descripta como normal.

Conclusiones: La prevalencia de enfermedad celíaca en nuestra serie (9,64%; IC 95%: 5,60-15,16%) fue superior a la de la población general, hecho esperable por tratarse de una población seleccionada para biopsia duodenal. Predominaron las mujeres y la anemia ferropénica fue el principal motivo de consulta. Aunque la mayoría presentó marcadores endoscópicos de atrofia, algunos pacientes tuvieron endoscopías normales, lo que refuerza la indicación de biopsia duodenal ante la sospecha clínica. Nuestros resultados son concordantes con la literatura en poblaciones de riesgo

POSTERS

Código: 0312

EFFECTOS ADVERSOS GASTROINTESTINALES MODERADOS-GRAVES SECUNDARIOS A INHIBIDORES DE LOS PUNTOS DE CONTROL INMUNITARIO (ICI)

Modalidad: Trabajos Científicos - Poster

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

CEVALLOS, Alfonso | SÁNCHEZ, Belén | REBOLINI, Ines | PASQUEL NARVAEZ, Geovanny Alexander | GONZÁLEZ, María Laura | SANCHEZ, María Florencia | SANTINO, Juan | MARCOLONGO, Mariano | SOBRERO, Josefina | ETCHEVERS, María Josefina

Hospital Italiano

Introducción: Los inhibidores de los puntos de control inmunitario (ICI) han revolucionado el tratamiento del cáncer. Los eventos adversos (EA) inmunomediados relacionados gastrointestinales, pueden motivar hospitalización y suspensión del tratamiento. La evidencia disponible en Latinoamérica es limitada.

Objetivos: Determinar la incidencia de eventos adversos gastrointestinales moderados-graves que requirieron consulta a emergencia u hospitalización asociados a ICI y describir sus características clínicas, tratamiento y evolución.

Material y Métodos: Estudio observacional de cohorte retrospectiva, que incluyó pacientes adultos afiliados a una aseguradora de salud con atención centralizada en un hospital de alta complejidad, tratados con al menos una dosis de ICI entre 2015 y 2024. Se registraron variables demográficas, tipo de cáncer, esquema de ICI, incidencia de EA gastrointestinales grado ≥ 2 (CTCAE v5.0), tiempo hasta su aparición, tratamiento, internación, suspensión del ICI y hallazgos endoscópicos e histopatológicos. Las variables cuantitativas se expresaron como mediana e intervalo intercuartílico (RIC). La incidencia se expresó con IC95% (método de Wilson); las comparaciones entre grupos mediante t de Student/Wilcoxon y chi cuadrado/Fisher (Software R v4.3.3).

Resultados: Se incluyeron 729 pacientes, mediana de edad 67,7 años (RIC 60-

74,1); 52,8% hombres. Los tumores que motivaron el tratamiento y los esquemas se expresan en la tabla 1. Se identificaron 37 pacientes con al menos un EA gastrointestinal moderado-grave, con una incidencia del 5,1% (IC95%: 3,6-6,9). Los esquemas combinados presentaron una incidencia de EA significativamente mayor que la monoterapia (15,6% vs. 3,8%; OR 4,63; $p < 0,001$). Se registraron 50 EA: diarrea 40%, náuseas/vómitos 20%, dolor abdominal 20%, colitis 18% y hemorragia digestiva 1 caso. (Figura 1). En los pacientes con EA, la mediana de tiempo desde el inicio del ICI hasta el primer EA fue de 95 días (RIC 44,8-213). De los 37 pacientes, 21 (56%) requirieron corticoides sistémicos y 13 (35%) hospitalización. Veintitrés (62%) pacientes suspendieron el ICI y 7 (30%) tuvieron reexposición. A su vez, 14 (37,8%) requirieron realización de endoscopías, los hallazgos variaron desde estudios sin lesiones macroscópicas y cambios inflamatorios inespecíficos, hasta lesiones erosivas y ulceradas en el tracto gastrointestinal superior e inferior. Los hallazgos histopatológicos fueron: úlcera esofágica, duodenitis aguda, enterocolitis aguda, linfocitosis intraepitelial, entero-colopatía apoptótica, colitis aguda y colitis crónica símil EII.

Conclusiones: Esta cohorte constituye una de las mayores series en la región sobre toxicidad gastrointestinal asociada a ICI. Nuestros hallazgos concuerdan con reportes previos al mostrar un mayor riesgo de diarrea y colitis con esquemas combinados. Los EA moderados-graves pueden requerir corticoterapia, hospitalización y suspensión del tratamiento oncológico, generando un impacto considerable en la morbilidad y mortalidad de una población vulnerable y en los recursos del sistema de salud.

POSTERS

Código: 0315

GASTROENTERITIS EOSINOFÍLICA EN PACIENTE CON SÍNDROME DE WALDMANN: UNA ASOCIACIÓN INFRECUENTE QUE COMPLICA LA EVOLUCIÓN CLÍNICA.

Modalidad: Casos Clínicos - Poster

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

OJEDA, Andrea Agustina | MORENO, María Laura | HUENS CASAL, Camila | BUSTOS, Ricardo Enrique | CARRARO, Cecilia | PAZMIÑO, Tana | FLORES, Santiago de Jesus | NARANJO LARA, María Jose | SALABERRY, Antonella | PERALTA, Agustina | MONGE NUÑEZ, Nathalia | CARTIER, Mariano

HOSPITAL CARLOS BONORINO UDAONDO

Introducción: La enfermedad de Waldmann es una linfangiectasia intestinal (LI) idiopática primaria infrecuente que produce enteropatía perdedora de proteínas (EPP). Se caracteriza por dilatación de los vasos linfáticos intestinales, salida de linfa hacia la luz intestinal, linfopenia, hipoalbuminemia e hipogammaglobulinemia. Se diagnostica generalmente antes de los 3 años de vida por endoscopia que evidencia la LI y su confirmación histológica. El tratamiento consiste en dieta rica en proteínas, baja en grasas y triglicéridos de cadena media (TCM). La gastroenteritis eosinofílica (GEO), otra enteropatía, se caracteriza por la infiltración mucosa eosinofílica en las biopsias [>30 eosinófilos (Eo) por campo de gran aumento (CGA)]. Los síntomas dependen de la capa de la pared intestinal predominantemente afectada (mucosa, muscular o serosa), causando diarrea crónica y síndrome de malabsorción; cuadro suboclusivo o ascitis. La coexistencia de ambas entidades es infrecuente.

Objetivos: Presentar un caso de asociación entre LI y GEO destacando los desafíos diagnósticos y terapéuticos.

Caso Clínico: Paciente sexo femenino de 25 años ingresa por cuadro de dolor abdominal, diarrea crónica y pérdida de peso de 6 meses de evolución. Antecedentes: diagnóstico de LI a los 2 años de vida con biopsia intestinal, en contexto de diarrea, dolor abdominal, trastornos del crecimiento y EPP. Recibió tratamiento con dieta y TCM sin seguimiento posterior. Al ingreso: anemia ferropénica, hipocalcemia, hipoalbuminemia, déficit de vitamina D y eosinofilia periférica (21%). Se realizó tomografía computada: ascitis leve, engrosamiento parietal antro pilórico y difuso de asas intestinales con dilatación a predominio yeyunal. Se descartó parasitosis, alergias alimentarias o a drogas y enfermedad celíaca [a-tTG IgA 7; DGP IgG 10 (VN hasta 20 U)]. El clearance de alfa 1 antitripsina fue 37 (VN hasta 16 ml/día). La endoscopia alta evidenció en duodeno copos blanquecinos de 1-2 mm de diámetro de distribución difusa. Las biopsias informaron incremento de Eo dispersos y agrupados (> 70 Eo/CGA) en lamina propia y sector con ectasia linfática sin parásitos. Se interpreta enteritis eosinofílica. Inicia tratamiento con prednisona vía oral y dieta hipoalergénica.

Resultados: Evoluciona asintomática con descenso de Eo (5%). Las biopsias duodenales e ileocolónicas al año de control, fueron normales. La videocápsula endoscópica mostró linfangiectasias en yeyuno e íleon de distribución difusa con sectores de mucosa interpuesta conservada. En íleon terminal nódulos de tamaño llamativo en posible relación a hiperplasia nodular linfoide. Continúa con dieta y TCM. Evolución clínica favorable y reaparición de Eo periférica.

Conclusión: La LI requiere seguimiento a largo plazo. La GEO en ocasiones presenta recurrencia sintomática al suspender el tratamiento corticoide. Destacamos la importancia de vigilancia en pacientes con LI con el fin de detectar complicaciones graves (linfoma) e identificar otras patologías que pueden requerir tratamientos específicos.

POSTERS

Código: 0318

COMPRESIÓN AORTOMESENTÉRICA: UNA CAUSA INFRECUENTE Y SUBDIAGNOSTICADA DE DOLOR ABDOMINAL. SERIE DE CASOS.

Modalidad: Casos Clínicos - Poster

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

COLOM, María Paz | SPIAZZI, Renata Alina | OMONTE ZAMBRANA, Ana María | CERESO, María Jimena | RÍOS SAAVEDRA, Zaida | GONZÁLEZ, Débora | MALGUASHCA HUILCATOMA, Bryan Patricio | URIBE DIAZ, Rodrigo Agustín

Hospital profesor A Posadas

Introducción: Síndrome de compresión aortomesentérica: es el resultado de la reducción del ángulo y la distancia entre la aorta y la arteria mesentérica superior ($<22-25^\circ$ y <8 mm), secundaria a la pérdida de la almohadilla grasa retroperitoneal por desnutrición o pérdida rápida de peso. Puede manifestarse como síndrome de Wilkie (compresión de la 3ª porción del duodeno), generando obstrucción duodenal alta, o como síndrome de Cascanueces (compresión de la vena renal izquierda) generando congestión venosa. Su diagnóstico suele retrasarse por la inespecificidad de los síntomas.

Objetivos: Describir las características clínicas, diagnósticas y terapéuticas de una serie de casos con síndrome de Wilkie y/o síndrome de cascanueces.

Caso Clínico: Presentación clínica general: Los 4 pacientes presentaron saciedad precoz, distensión, dolor abdominal posprandial, y pérdida de peso. Tres presentaron náuseas/vómitos, dos de ellos constipación y desnutrición. Caso 1: Femenina, 41 años, antecedente de trastorno de la conducta alimentaria (TCA). Síntomas de 12 meses de evolución, con intolerancia alimentaria asociada. TC: ángulo de 11° , con dilatación venosa pélvica. Diagnóstico: síndrome de Wilkie asociado a síndrome de cascanueces. Tratamiento: nutrición parenteral total (NPT) y embolización de venas ováricas. Caso 2: Masculino, 18 años, antecedente familiar de 1º de Sme de Wilkie. Síntomas de 6 meses de evolución, con pérdida de 11 kg. TC: ángulo de 13° , distancia 4,4 mm. Diagnóstico: síndrome de cascanueces. Tratamiento: soporte nutricional. Caso 3: Masculino, 68 años, síntomas de 2 años de evolución. Derivado a nuestro servicio desde clínica médica. TC: ángulo de 19° , distancia <8 mm. Diagnóstico: síndrome de Wilkie. Tratamiento: NPT. Caso 4: Femenina, 20 años, con antecedente de TCA. Síntomas de 3 años de evolución. Derivada a nuestro servicio desde clínica médica. TC: ángulo de 12° . Diagnóstico: Sme de Wilkie. Tratamiento: NPT y duodenoyeyunoanastomosis laparoscópica.

Resultados: Los 4 pacientes presentaron clínica compatible con compresión aortomesentérica y ángulos entre 11° y 19° . El tratamiento fue individualizado, desde soporte nutricional, nutrición parenteral, y tratamiento invasivo con embolización venosa y cirugía en casos refractarios.

Conclusión: Ambas entidades pueden presentarse de forma aislada o coexistir. Requieren un alto índice de sospecha, reservando el tratamiento invasivo para casos refractarios.

POSTERS

Código: 0319

PREVALENCIA Y CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS DE LA COLANGITIS ESCLEROSANTE PRIMARIA EN UNA COHORTE DE PACIENTES CON ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL DE UN CENTRO TERCIARIO EN ARGENTINA

Modalidad: Trabajos Científicos - Poster

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

LUCIANO, Sol Belén | CARTIER, Mariano | BALABAN, Ezequiel | FERREIRO, Melina | ROMERO, Gustavo | HUERNOS, Sergio | GIL, Aníbal Héctor

HOSPITAL CARLOS BONORINO UDAONDO

Introducción: La colangitis esclerosante primaria (CEP) constituye la manifestación hepatobiliar inmunomediada de mayor relevancia clínica en la enfermedad inflamatoria intestinal (EII). La mayor parte de la evidencia disponible proviene de Europa y Norteamérica, siendo escasa la información en Latinoamérica.

Objetivos: El objetivo del presente estudio fue determinar la prevalencia de CEP y las características clínicas de los pacientes con EII atendidos en un centro terciario de la Argentina.

Material y Métodos: Estudio retrospectivo observacional realizado sobre una cohorte de pacientes con diagnóstico confirmado de EII. Se registraron variables demográficas, tipo de EII, clasificación de Montreal, actividad clínica, tratamientos recibidos y presencia de CEP. Se compararon las características clínicas entre pacientes con y sin CEP mediante pruebas de asociación, expresando los resultados como odds ratio (OR) con intervalos de confianza del 95%.

Resultados: Se incluyeron 503 pacientes con EII entre enero 2020 y diciembre del 2025. Un total de 342 pacientes (68,0%) presentaban colitis ulcerosa, 158 (31,4%) tenían enfermedad de Crohn y 3 (0,6%) EII no clasificada. La prevalencia global de CEP fue del 5,4% (27/503) y fue significativamente mayor en enfermedad de Crohn que en colitis ulcerosa (9,5% vs. 3,5%; OR 2,88; IC95% 1,32-6,32; $p=0,009$). No se observaron diferencias según sexo. En colitis ulcerosa, la preva-

lencia aumentó con la extensión de la enfermedad (0% en E1, 3,0% en E2 y 5,3% en E3). En enfermedad de Crohn, la mayor prevalencia se observó en pacientes con compromiso colónico (9,6%) e ileo-colónico (11,4%), no habiendo en pacientes con compromiso solo de intestino delgado. Los pacientes con CEP presentaron mayor utilización de inmunomoduladores (48,1% vs. 24,1%; $p=0,010$) y menor uso de 5-ASA (63,0% vs. 84,1%; $p=0,017$). Entre los pacientes con CEP el 39,1% presentó hipertensión portal, el 29,2% cirrosis, el 12,5% recibió trasplante hepático. La frecuencia de cáncer colorrectal (CCR) general fue del 17,4%, ahora fue significativamente mayor en los pacientes con CEP 14,8% que en aquellos sin la enfermedad 1,3% (OR 13,57, $p=0,001$).

Conclusiones: En esta cohorte de un centro terciario Argentino, la prevalencia de CEP fue superior a la comunicada en la mayoría de las series internacionales. A diferencia de la literatura disponible, la enfermedad de Crohn se asoció significativamente con una mayor prevalencia de CEP que de colitis ulcerosa. Estos resultados podrían sugerir la existencia de características propias de esta población. Por último es de destacar la mayor prevalencia de CCR en pacientes con CEP ya reportado en estudios previos pero con un mayor riesgo de lo visto en estudios previos.

POSTERS

Código: 0324

BALÓN INTRAGÁSTRICO: EXPERIENCIA DE UN CENTRO PRIVADO DE TUCUMÁN EN 2025

Modalidad: Trabajos Científicos - Poster

Unidad Temática: a) GASTROENTEROLOGÍA 8. Nutrición 8.2. Nutrición y cirugía digesto-absorbtiva

GUZMAN, Maria Victoria | DIAZ, Fabiana Fernanda

SANATORIO 9 DE JULIO

Introducción: La obesidad constituye un importante problema de salud pública. El balón intragástrico es una alternativa endoscópica mínimamente invasiva para pacientes seleccionados con sobrepeso u obesidad, aunque existen pocos datos locales sobre sus resultados en la práctica clínica habitual.

Objetivos: El objetivo fue describir la experiencia institucional con balón intragástrico, evaluando las características clínicas, el descenso de peso, la variación del índice de masa corporal, el tipo de balón, el tiempo de permanencia y los eventos adversos. Como objetivos secundarios se analizó la asociación entre comorbilidades y eventos adversos, y entre el tiempo de permanencia y dichos eventos.

Material y Métodos: Se realizó un estudio observacional, descriptivo y retrospectivo. Se incluyeron 25 pacientes sometidos a colocación de balón intragástrico durante 2025. Se registraron edad, sexo, peso e índice de masa corporal basal, comorbilidades, tipo de balón, descenso de peso, variación del índice de masa corporal, tiempo de permanencia y eventos adversos. Las variables continuas se expresaron como media $\pm$ desvío estándar o mediana, y las categorías como frecuencias y porcentajes. Las asociaciones se analizaron mediante chi cuadrado de Pearson y prueba exacta de Fisher, considerando significativo un valor de $p<0,05$.

Resultados: La edad media fue de 38,7 años y predominó el sexo femenino (76%). El peso inicial medio fue de 102 kg y el índice de masa corporal basal medio de 35,8 kg/m². La categoría más frecuente fue obesidad grado I (54,2%), seguida de obesidad grado III (20,8%), obesidad grado II (16,7%) y sobrepeso (8,3%). Las comorbilidades más frecuentes fueron insulinoresistencia (32%), hipotiroidismo (24%), hipertensión arterial (12%) y diabetes mellitus tipo 2 (4%). El balón más utilizado fue Lexbal en 16 pacientes (64%), seguido de Spatz3 en 6 (24%) y Orbera 365 en 3 (12%). El descenso de peso se observó en el 96% de los pacientes. En los 24 con datos disponibles, el peso medio disminuyó de 102,9 a 86,4 kg, con un descenso medio de $16,5 \pm 6,3$ kg y una mediana de 16,5 kg. La disminución media del índice de masa corporal fue de 5,95 kg/m². El tiempo de permanencia estuvo disponible en 16 pacientes, con una mediana de 286 días. Once pacientes (44%) presentaron al menos un evento adverso, principalmente dolor abdominal (32%), náuseas/vómitos (24%) y reflujo gastroesofágico (8%). Se registró un caso de migración del balón asociado a hemorragia digestiva baja. No se observó asociación entre comorbilidades y eventos adversos (prueba exacta de Fisher: $p=0,428$). Los eventos fueron más frecuentes con una permanencia menor de 300 días, sin alcanzar significación estadística (prueba exacta de Fisher: $p=0,060$).

Conclusiones: En esta serie, el balón intragástrico se asoció con un descenso ponderal clínicamente relevante y un perfil de tolerancia aceptable. Los eventos adversos fueron principalmente gastrointestinales y, en su mayoría, de baja gravedad. La mayor frecuencia de eventos en pacientes con menor permanencia podría reflejar un retiro anticipado por intolerancia, hallazgo que requiere confirmación en estudios con mayor tamaño muestral.

POSTERS

Código: 0325

PREVALENCIA DE ESTEATOSIS HEPÁTICA EN PACIENTES CON ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESITAL

Modalidad: Trabajos Científicos - Poster

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

CABAÑA, Karen | SÁNCHEZ, Belén | MANDUCA, Pamela | BELLINI, Sofía | DE PAULA, Juan Andrés | CARRAL, Virginia | MARTINEZ, Solange | MANCINI, María Del Pilar | MARCOLONGO, Mariano | ETCHEVERS, María Josefina | SOBRERO, Josefina

Hospital Italiano

Introducción: La esteatosis hepática (EH) constituye una de las principales hepatopatías crónicas y una creciente causa de morbilidad a nivel mundial. En pacientes con enfermedad inflamatoria intestinal (EII), su prevalencia podría ser mayor que en la población general. La evidencia sobre esta relación en nuestra región es limitada.

Objetivos: Determinar la prevalencia de EH en pacientes con EII. Secundariamente, estimar el riesgo de fibrosis avanzada mediante índice FIB-4 y la asociación entre características clínicas y terapéuticas y la presencia de esteatosis.

Material y Métodos: Estudio observacional de corte transversal. Se incluyeron pacientes adultos con EII pertenecientes a una aseguradora de salud, con atención centralizada en un hospital de alta complejidad, con último contacto entre 2021 y 2025, y al menos un estudio de imagen abdominal (ecografía, tomografía computada o resonancia) realizado a partir de 2016. Mediante revisión de historia clínica electrónica se recolectaron variables sociodemográficas, clínicas, terapéuticas y estudios por imagen. Se consideró solo el estudio más reciente para estimar la prevalencia de EH. Se excluyeron pacientes con alcoholismo y otras hepatopatías (virales, medicamentosas, neoplásicas, autoinmunes). En pacientes con EH se calculó el índice FIB-4. La prevalencia se expresó con IC95% (método de Wilson); las comparaciones entre grupos mediante t de Student/Wilcoxon y chi cuadrado/Fisher según correspondiera (software R v4.3.3).

Resultados: Se evaluaron 368 pacientes con EII; 283 (76%) contaban con estudios por imagen y, tras excluir 35 pacientes, se incluyeron 248. La media de edad fue de 58,7 años (DS $\pm 19,5$), el 56,5% fueron mujeres. El 73,8% presentó colitis ulcerosa, 20,6% enfermedad de Crohn y 5,6% EII no clasificable. Los estudios disponibles fueron: ecografía en 83%, tomografía en 65% y resonancia en 19% pacientes. La prevalencia de EH fue del 18,1% (45), (IC95% 13,8 - 23,4). El 88% (40) presentó el diagnóstico de EH posterior al diagnóstico de EII. Las características clínicas, comorbilidades y tratamiento de EII se detallan en la Tabla 1. Considerando estudios previos un 33,9% (84) presentó EH en algún momento del seguimiento. En los 45 pacientes con EH, los estudios de imagen mostraron que fue leve en 60% (27), moderada en 29% (13) y severa en 4% (2) casos. La estratificación según FIB-4 se presenta en la figura 1. El 33,3% (15) fue evaluado por hepatología. Se realizó fibroscan en 6 casos (4 F0, 1 F1 y 1 F3). Al comparar los pacientes con y sin esteatosis, el IMC fue significativamente mayor en el grupo con EH (29,1 vs. 24,8 kg/m²; $p<0,001$), sin observarse diferencias en el resto de las variables analizadas.

Conclusiones: Aproximadamente uno de cada cinco pacientes con EII presentó EH. De ellos, el 9% presentó alto riesgo de fibrosis y el 27% riesgo indeterminado según FIB-4, lo que sugiere la necesidad de una evaluación adicional mediante elastografía. Sin embargo, sólo un tercio fue evaluado por hepatología. Estos hallazgos evidencian la necesidad de fortalecer pesquisa sistemática y el abordaje multidisciplinario para prevenir la enfermedad hepática avanzada.

POSTERS

Código: 0333

NEOPLASIA PSEUDOPAPILAR PANCREÁTICA EN PEDIATRÍA: 12 AÑOS DE EXPERIENCIA EN UN HOSPITAL DE REFERENCIA NACIONAL

Modalidad: Trabajos Científicos - Poster

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

ANTONISKA, Mariela | CONTRERAS, Mónica | ROCCA, Ana | ARAUJO, Alvaro

HOSPITAL GARRAHAN

Introducción: Las neoplasias pancreáticas en la población pediátrica son infrecuentes. Dentro de ellas, el pancreatoblastoma y el Tumor de Frantz constituyen las entidades más comunes en la primera y segunda infancia. El tumor pseudopapilar sólido (TPS) o tumor de Frantz constituye aproximadamente el 70% de las neoplasias pancreáticas pediátricas. Caracterizado por baja malignidad, patogenia poco clara y pronóstico favorable.

Objetivos: Presentar una serie retrospectiva de casos de neoplasia pseudopapilar pancreática en población pediátrica diagnosticada y tratada en un Hospital de alta complejidad entre enero 2014 y marzo 2026, y comparar los resultados.

Material y Métodos: Análisis retrospectivo de historias clínicas de pacientes pediátricos con diagnóstico de TPS tratados en un Hospital de alta complejidad durante el período de estudio. Se evaluaron características epidemiológicas, clínico-patológicas, estrategias de tratamiento quirúrgico, complicaciones y seguimiento.

Resultados: Se incluyeron 21 pacientes con diagnóstico de tumor de Frantz; el 90,5% correspondió al sexo femenino, con una relación mujer:hombre de 9,5:1. La edad media al diagnóstico fue de 12,1 años (rango: 8–16). La localización más frecuente fue la cabeza pancreática (42,9%), seguida de cuerpo-cola (19%), cuerpo (14,3%), cola (14,3%) y cabeza-cuerpo (9,5%). El tamaño tumoral osciló entre 1,7 $\times$ 1,3 cm y 14 $\times$ 9 cm. El dolor abdominal fue la principal manifestación clínica (52,4%),

mientras que el 19% correspondió a hallazgos incidentales y un paciente presentó síndrome coledociano. Cinco tumores superaron los 10 cm, siendo palpables en el 80% de estos casos. La confirmación histológica preoperatoria se obtuvo mediante biopsia percutánea en el 43% y ecoendoscopia en el 4.8%, mientras que el 52.4% fue llevado directamente a cirugía. Todos los tumores presentaron el perfil inmunohistoquímico característico (beta-catenina, vimentina, CD10 y CD56 positivos) y el Ki-67, disponible en el 66.7% de los pacientes, mostró una mediana de 1.8% (0.5–10%). Se realizaron duodenopancreatectomía cefálica y pancreatectomía corporocaudal en igual proporción (47.6%), y pancreatectomía central en un paciente. Solo un caso presentó compromiso ganglionar regional (4.8%) y tres pacientes tuvieron hallazgos extrapancreáticos asociados. Las complicaciones postoperatorias inmediatas fueron poco frecuentes, predominando las colecciones abdominales y las alteraciones del conducto de Wirsung (9.5% cada una). Durante el seguimiento, la insuficiencia pancreática exocrina fue la complicación tardía más frecuente (19%), seguida de insuficiencia pancreática endocrina (4.8%). Con un seguimiento medio de 2 años (2 meses–6 años), la supervivencia global fue del 100%; el 47.6% continúa en seguimiento, mientras que el resto fue derivado, continuó controles en su provincia o se perdió durante el seguimiento.

Conclusiones: la serie de 21 pacientes confirma el perfil clínico e imagenológico característico del TPS, con predominio femenino, localización pancreática variable y presentación como lesiones encapsuladas sólido-quísticas. El tratamiento quirúrgico permitió una resección completa en todos los casos con supervivencia del 100%. Si bien pueden presentarse complicaciones postoperatorias y secuelas pancreáticas a largo plazo, los resultados obtenidos respaldan el manejo de estos pacientes en centros especializados con un enfoque multidisciplinario. El TPS es un diagnóstico diferencial fundamental de masa pancreática en niños, ya que la extirpación quirúrgica completa, incluso en presencia de metástasis o invasión local, ofrece un excelente pronóstico a largo plazo.

POSTERS

Código: 0345

PREVALENCIA DE *HELICOBACTER PYLORI* EN PACIENTES CON DISPEPSIA

Modalidad: Trabajos Científicos - Poster

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

FIGUEROA, Matilde | DASSORI, Micaela | SITZMANN, Federico | FIGUEREDO VERA, Cinthia Lariza | HORIAANSKI, Yamila | SARTORI, Diego Eloy

HOSPITAL ESCUELA DE AGUDOS "DR RAMON MADARIAGA"

Introducción: *Helicobacter pylori* es una bacteria gramnegativa que infecta a más de la mitad de la población mundial y constituye el principal factor de riesgo conocido para el adenocarcinoma gástrico no cardial. Su transmisión ocurre principalmente por vía oral-oral y fecal-oral. Mediante distintos mecanismos de colonización y supervivencia, como la motilidad flagelar, la adhesión de la mucosa y la producción de ureasa, induce una gastritis crónica activa que puede permanecer asintomática o asociarse a úlcera péptica, linfoma MALT, cáncer gástrico y dispepsia. Debido a su elevada prevalencia y potencial carcinogénico, las principales sociedades científicas gastroenterológicas recomiendan su diagnóstico y erradicación en todos los pacientes con infección confirmada.

Objetivos: Determinar la prevalencia de infección por *Helicobacter pylori* en pacientes con dispepsia atendidos en el HEADRM durante 2023, describir sus características sociodemográficas y evaluar los principales hallazgos endoscópicos e histopatológicos. Asimismo, analizar su asociación con factores clínicos relevantes, como el uso de AINES, tabaquismo, consumo de alcohol y comorbilidades.

Material y Métodos: Estudio descriptivo, observacional, retrospectivo y monocéntrico en adultos con dispepsia evaluados durante 2023. Se incluyeron pacientes con VEDA y biopsias gástricas según protocolo de Sydney, se analizaron variables clínicas, endoscópicas e histopatológicas. Se excluyeron registros incompletos y neoplasias digestivas altas.

Resultados: Se incluyeron 170 pacientes con dispepsia, predominantemente mujeres (74%), con una edad media de 48 años. La prevalencia de infección por *H. pylori* fue del 59%. El dolor epigástrico fue el síntoma más frecuente (89%) y el síndrome de dolor epigástrico predominó según Roma IV (76%). Los principales hallazgos endoscópicos fueron gastropatía multifocal (54%) y daño mucoso congestivo (95%). Histológicamente predominaron las gastritis activa (55%) y la gastritis crónica leve (41%); se detectó metaplasia intestinal en el 14%, displasia en el 2.9% y carcinoma gástrico en el 0.6%.

Conclusiones: La prevalencia de infección por *H. pylori* en pacientes con dispepsia fue elevada (59%). Estos resultados destacan la importancia de su detección y erradicación para identificar precozmente lesiones preneoplásicas y reducir el riesgo de progresión a cáncer gástrico. Se requiere estudios prospectivos sobre resistencia antibiótica y respuesta clínica posterior al tratamiento.

PRESENTACIONES ORALES

Código: 0110

COLANGIOPANCREATOGRAFÍA RETRÓGRADA ENDOSCÓPICA (CPRE) EN PACIENTES CON ANATOMÍA QUIRÚRGICAMENTE ALTERADA: PERFIL DE SEGURIDAD, ÉXITO TERAPÉUTICO Y FACTORES ASOCIADOS.

Modalidad: Trabajos Científicos - Oral

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

GUIDI, Martín | CAMPOMENOSI, Federico | PUGA-TEJADA, Miguel | HENSEL, Alejandro | MALAGA, Ignacio | MATANÓ, Raúl | DE MARÍA, Julio César

HOSPITAL DE ALTA COMPLEJIDAD EN RED EL CRUCE - DR. NÉSTOR CARLOS KIRCHNER

Introducción: La colangiopancreatografía retrógrada endoscópica (CPRE) es el procedimiento de primera línea en el manejo de diversas patologías biliares. Sin embargo, su ejecución en pacientes con anatomía digestiva quirúrgicamente alterada representa un desafío técnico incluso en manos expertas.

Objetivos: Determinar la tasa de éxito terapéutico, perfil de seguridad y predictores de éxito tras CPRE en una muestra de pacientes con anatomía quirúrgicamente alterada.

Material y Métodos: Registro electrónico prospectivo. Se instrumentó la vía biliar con gastroscopio, duodenoscopio, colonoscopio o enteroscopio, según el caso. En el caso de la instrumentación con gastroscopio se empleó papilótomos rotables. Las variables de estudio incluyeron características basales, indicación del procedimiento y endoscopio utilizado, técnicas de canulación biliar y desenlaces: éxito terapéutico, eventos adversos y su manejo. Se comparó aquellos casos con y sin éxito terapéutico, empleando las pruebas de contraste de hipótesis correspondientes.

Resultados: Se analizó una muestra de 75 casos, con una mediana de edad de 68 años, 37 mujeres (49.3%). Las tres principales indicaciones de CPRE fueron síndrome coledociano (49.3%), coledocolitiasis (20%) y colangitis (8%). Ante todo se enfrentó a pacientes con Billroth II (42.7%) y hepaticoyeyuno anastomosis (28%). En la mayoría de los casos fueron abordados con un colonoscopio (58/75, 77.3%), y solo en 7/75 y 1/75 caso con enteroscopio (9.3%) o gastroscopio (1.3%), respectivamente. Se enfrentó a la papila nativa en el 38.7% de los casos, y área de la anastomosis en el 57.3%. Solo en tres casos hubo esfinteropapilotomía (EPT) previa (4%). La tasa de éxito en enfrentar la papila fue del 64%, y 60% para la canulación. Hubo requerimiento de EPT, esfinteroplastia, EPT con dilatación y precorte en el 46.7%, 8%, 18.7% y 4%, respectivamente. Por radioscopia se confirmó litiasis en el 30.7%, demostrándose estenosis de la anastomosis en un 29.3%, ampuloma en 2.7% y litiasis asociada a estenosis en 1.3%. En un 36% no fue posible un diagnóstico por imposibilidad de canulación. La tasa de éxito terapéutico fue del 61.3%. El factor anatómico mostró asociación significativa con un mayor éxito terapéutico ($p=0.004$), siendo la reconstrucción tipo Billroth II (50%) y la hepaticoyeyunostomía (34.8%) las que presentaron más casos con resolución. Hubo fuerte asociación para con el éxito terapéutico, el éxito en enfrentar la papila o anastomosis (93.5% vs 17.2%; $p<0.001$) y la canulación (93.5% vs 6.9%; $p<0.001$). Los eventos adversos ocurrieron en el 9.3% de los casos, sin diferencias significativas entre grupos.

Conclusiones: La CPRE en pacientes con anatomía alterada presenta un desafío técnico, con tasas de éxito superior al 60%. El tipo de reconstrucción anatómica, particularmente Billroth II y hepaticoyeyunostomía, se asocia con mayores probabilidades de éxito terapéutico. El éxito en el enfrentamiento y canulación, son otros factores asociación a la resolución en estos casos.

PRESENTACIONES ORALES

Código: 0111

ROL DE LA ENTEROSCOPIA EN EL CAMBIO DIAGNÓSTICO Y TERAPÉUTICO DE LESIONES EN EL INTESTINO DELGADO: RESULTADOS DE UN REGISTRO HOSPITALARIO EN 480 ENTEROSCOPIAS EN 346 PACIENTES

Modalidad: Trabajos Científicos - Oral

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

GIANELLA, Martín | PUGA-TEJADA, Miguel | RAGONE, Fernando | AVEIGA CEDEÑO, Leonardo Andres | FACCIUTO, Leandro | MATANÓ, Raúl | DE MARÍA, Julio César

HOSPITAL DE ALTA COMPLEJIDAD EN RED EL CRUCE - DR. NÉSTOR CARLOS KIRCHNER

Introducción: Las enfermedades del intestino delgado constituyen un desafío diag-

nóstico debido a la escasa accesibilidad de este segmento mediante endoscopia convencional. La enteroscopia de doble balón (EDB) permite la visualización directa, toma de biopsias y tratamiento de lesiones, ampliando su utilidad tanto diagnóstica como terapéutica. No obstante, su costo y limitada disponibilidad dilata su solicitud. Es necesario reconocer su impacto en el cambio diagnóstico y terapéutico.

Objetivos: Describir el perfil clínico y los hallazgos endoscópicos de pacientes sometidos a EDB, y estimar su impacto en el cambio diagnóstico y terapéutico.

Material y Métodos: Registro electrónico prospectivo (Ago/2010-Jun/2024). Un operador experto realizó EDB con insuflador automático de CO₂. Se definió el cambio diagnóstico o terapéutico como aquel % de EDB con hallazgos o intervenciones.

Resultados: Se registraron 480 EDB en 373 pacientes: una en 303, dos en 49, tres en 11, cuatro en 7, cinco en 1, seis en 1 y siete en 1. La mediana de edad fue de 58 años, 46.1% mujeres. Los principales motivos de indicación fueron anemia crónica (21.2%), angiodisplasia (19.2%) y engrosamiento parietal (14.8%). La EDB fue indicada categóricamente tras hallazgos a la video-cápsula endoscópica (VCE) en casi la mitad de los casos (47.7%). En la mayoría se decidió un abordaje anterógrado (67.7%). Las angiodisplasias fueron los hallazgos más frecuentes (18.5%), seguido de pólipos (9.2%), úlceras (5.2%), atrofia mucosa (5.6%), estenosis benigna (4.2%), maligna (2.9%), tumores epiteliales (2.9%), subepiteliales (2.7%), yeyunitis ulcerativa (1.9%), linfangiectasias (1.3%), sangrado de anastomosis (0.6%), divertículos (0.4%) y Bezoar (0.2%). En 214 EDB no hubo hallazgo alguno (44.6%) y en otras 31 no se logró intubar la válvula ileocecal (6.5%; 31/155 EDB retrógradas; 20%). El mayor rédito de hallazgos a la EDB se observó entre aquellas indicadas por alteraciones en la enterorresonancia (2/2, 100%), VCE (147/229, 64.2%), enterotomografía (46/77, 59.7%), tomografía de abdomen (69/118, 58.5%), resonancia de abdomen (1/17, 5.9%) y otros (1/37, 2.7%) ($p<0.001$). Se hizo algún tipo de intervención en 184 EDB (65.5%), a saber: argón plasma (54.7%), marcación con tinta china (22.6%), polipectomía con ansa caliente (19%), mucosectomía (6.5%), retiro de litos (5.7%), colocación de clip hemostático (2.3%), dilatación de estenosis (1.2%), y esclerosis con polidocanol (1.2%). Hubo un cambio diagnóstico o terapéutico tras la realización de 270 EDB (56.3%). Solo se registró un evento adverso menor, correspondiente a una hemorragia leve con resolución endoscópica (0.2%).

Conclusiones: La EDB impacta positivamente en el cambio diagnóstico o terapéutica en más de la mitad de las ocasiones en que es realizada, con casi nulos eventos adversos. Es una herramienta muy eficaz y segura frente a patología del intestino delgado. No obstante, su rédito depende de previos estudios de semejante difícil acceso, como la VCE o enteroimágenes.

PRESENTACIONES ORALES

Código: 0112

SUFICIENCIA DIAGNÓSTICA DE LA COLANGIOSCOPIA GUIADA POR INTELIGENCIA ARTIFICIAL Y SU ROL EN EL CAMBIO DE LA CONDUCTA TERAPÉUTICA FRENTE A NEOPLASIA DE LA VÍA BILIAR: UN ANÁLISIS POST-HOC DE UN CENTRO DE CUARTO NIVEL

Modalidad: Trabajos Científicos - Oral

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

PUGA-TEJADA, Miguel | LOPEZ, Gisele Salome | CAMPOMENOSI, Federico | HENSEL, Alejandro | MALAGA, Ignacio | AVEIGA CEDEÑO, Leonardo Andres | DE MARÍA, Julio César | MATANÓ, Raúl | GUIDI, Martín

HOSPITAL DE ALTA COMPLEJIDAD EN RED EL CRUCE - DR. NÉSTOR CARLOS KIRCHNER

Introducción: El diagnóstico de precisión de una neoplasia de la vía biliar suele representar un reto. En el camino, muy pocos casos son oportunamente derivados a cirugía oncológica. El advenimiento de la colangioscopia digital de un solo operador (digital single-operator cholangioscopy, DSOC) dio lugar a un diagnóstico mucho más preciso que el cepillado. Al momento existen en el mundo cuatro modelos de inteligencia artificial (IA) para la detección de neoplasia de la vía biliar. El rol de la IA en el cambio de la conducta terapéutica en este contexto aún no ha sido descrito.

Objetivos: 1) Describir la tasa de casos con estenosis indeterminada de la vía biliar, evaluados con IA y encaminados a cirugía. 2) Estimar la suficiencia de la IA en el diagnóstico de neoplasia.

Material y Métodos: Cohorte prospectiva (Dic/25-May/26). Se incluyeron casos con estenosis indeterminada de la vía biliar según ASGE 2023 y ESGE 2024. Un operador experto en DSOC identificó neoplasia según los criterios de Mendoza. Luego, un sistema de IA identificó neovascularización o proyecciones papilares. Finalmente se tomaron biopsias. Se estimó la suficiencia diagnóstica para neoplasia tanto de la impresión visual como de la IA considerando la biopsia como gold estándar; y de todas estas considerando como gold estándar un seguimiento dos meses post-DSOC. Durante este período se documentó derivación a comité, cirugía, quimioterapia o

deceso. Considerando que la biopsia fue tanto un gold estándar como una prueba a validar, no se realizó un cálculo por intención a diagnosticar. Los datos fueron analizados en Rv4.0.

Resultados: Se incluyeron veinte casos con una mediana de 60 años, 10/20 mujeres. A la impresión visual, 12/20 casos correspondieron a neoplasia, 18/20 según la IA y 8/20 según la biopsia (2/8 BiIN). No obstante, en 4/20 fueron muestras insuficientes. En los 12/20 casos donde la impresión visual determinó neoplasia, la IA lo corroboró: 4/12 fueron encaminados a cirugía. En 8/20 casos en donde la impresión visual descartó neoplasia, la IA la identificó en 6/8: 2/6 colangitis biliar primaria e IgG4, 1/6 adenoma de la ampolla de Vater, 1/6 compresión extrínseca no tumoral. Hubo cambio de conducta en los restantes 2/6: en uno la biopsia identificó colangiocarcinoma, y en otro, si bien la biopsia descartó neoplasia, el comité ha planificado biopsia hepática laparoscópica. Tanto basándose en la biopsia como en el seguimiento, la IA tiene mayor sensibilidad y valor predictivo negativo (100%) que la impresión visual (87.5-92.3% y 83.3-87.5%) o la biopsia (80% y 71.4%, respectivamente). A pesar de ello, su especificidad es notablemente inferior (Figura 1).

Conclusiones: La IA representa una herramienta adicional en el abordaje diagnóstico de la neoplasia de la vía biliar. Si bien en la presente muestra ningún caso fue derivado a cirugía por los hallazgos de la IA per se, esta sí permitió en dos casos tomar una conducta distinta a la anticipada por la impresión visual solamente.

PRESENTACIONES ORALES

Código: 0135

IMPACTO EN LA HUELLA DE CARBONO DE LA UNIDAD DE ENDOSCOPIA DE UN HOSPITAL PÚBLICO DE ALTA COMPLEJIDAD

Modalidad: Trabajos Científicos - Oral

Unidad Temática: b) ENDOSCOPIA DIGESTIVA 4. Endoscopia Miscelánea

CHIACCHIO, Dolores | TOLEDO CUENCA, Connie Isabel | FILIPPINI, Florencia | CONDORI, Ricardo Leonel | ALMARAZ, Marianella | PALMA, Agustina | BEZZONI, Pablo | GUZMAN, Mauricio | DULBECCO, Mariela | CAPALDI, Ianina | CORREA, Gustavo | TUFARE, Francisco | YANTORNO, Martin

HIGA San Martín La Plata

Introducción: La endoscopia digestiva es una de las subespecialidades con mayor impacto ambiental. Existen escasos datos prospectivos sobre el impacto de la huella de carbono en unidades de endoscopia en Latinoamérica.

Objetivos: Determinar el impacto ambiental en toneladas de CO₂ equivalente (tCO₂eq) de la Unidad de Endoscopia del Hospital Interzonal General de Agudos San Martín de La Plata mediante la cuantificación de residuos sólidos, consumo de agua y energía.

Material y Métodos: Estudio observacional, descriptivo y de corte transversal. Se relevaron 326 procedimientos, incluyendo videoendoscopia digestiva alta y videocolonoscopia diagnósticas y terapéuticas, en 230 pacientes ambulatorios e internados durante el mes de junio. Se cuantificó mediante formulario cada elemento utilizado en cada procedimiento. Los residuos patogénicos sólidos y líquidos, y cortopunzantes se pesaron en balanza digital tras cada procedimiento y luego en conjunto. El consumo de agua se estimó a partir del protocolo de reprocesamiento manual de endoscopios. El consumo eléctrico del Servicio fue calculado por el Departamento de Electricidad a partir de la medición de la intensidad de la corriente eléctrica durante el funcionamiento de cada sala de endoscopia.

Resultados: Se generaron 440 g de residuos sólidos patogénicos por procedimiento, con un total de 143,44 kg en el período (6,52 kg/día). Los residuos líquidos recolectados fueron 240 ml/procedimiento (78,24 litros/período). El consumo de agua para reprocesamiento fue de 63 litros/procedimiento (20.548 litros/período; 934 litros/día). El consumo eléctrico calculado fue de 1960,2 kWh (89,1 kWh/día; 6,01 kWh/procedimiento). La huella de carbono total del período fue de 0,56 tCO₂eq, equivalente a 1,72 kg CO₂eq por procedimiento, proyección anual 6,72 tCO₂eq.

Conclusiones: Nuestro trabajo, alineado con el compromiso asumido por la Argentina en su Segunda Contribución Determinada a Nivel Nacional, constituye una de las primeras estimaciones de huella de carbono en una Unidad de Endoscopia en un hospital público. La cuantificación sistemática de los consumos y residuos del proceso asistencial permite identificar blancos de intervención orientados a reducir la contribución de la endoscopia en las emisiones institucionales. Es importante destacar que el análisis se centró exclusivamente en el impacto ambiental generado dentro de la Unidad, sin incluir emisiones indirectas, como el traslado de pacientes y personal, la producción y transporte de insumos, ni otras fuentes de Alcance 3, por lo que la huella real se cree mayor a la reportada. Asimismo, el cálculo energético consideró únicamente el consumo de las salas de endoscopia, excluyendo áreas complementarias como sala de recuperación, sala de espera y espacios comunes. Estas limitaciones reflejan las características de la infraestructura disponible y subrayan la necesidad de avanzar hacia sistemas de medición diferenciada en etapas futuras. La implementación de monitoreo específico por áreas y la integración de emisiones de Alcance 3 permitirán profundizar el análisis y orientar políticas de mitigación más precisas y efectivas.

PRESENTACIONES ORALES

Código: 0199

FACTORES CLÍNICOS ASOCIADOS A LESIONES SERRATAS SÉILES CON DISPLASIA EN PACIENTES CON SÍNDROME DE POLIPOSIS SERRATA

Modalidad: Trabajos Científicos - Oral

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

JERVES BARROS, Saul Andres | ORTIZ SUÁREZ, Paula Gimena | MANOUKIAN, Silvina Alejandra | BELLINI, Sofia | RANDAZZO, Paula | MARCOLONGO, Mariano | GONZÁLEZ, María Laura

Hospital Italiano

Introducción: El Síndrome de Poliposis Serrata (SPS) se asocia con un mayor riesgo de neoplasia colorrectal. Los pacientes pueden desarrollar cáncer colorrectal (CCR), lesiones serratas con displasia o adenomas avanzados, eventos que modifican el riesgo, el pronóstico y las estrategias de vigilancia. Los factores asociados a la displasia en las lesiones serratas séiles permanecen parcialmente caracterizados en esta población.

Objetivos: Evaluar la asociación entre variables clínicas y la presencia de al menos una lesión serrata séil con displasia en pacientes con SPS.

Material y Métodos: Se realizó un estudio observacional utilizando el Registro Institucional de SPS. Se definió evento a la presencia de al menos una lesión serrata séil con displasia (de alto o bajo grado). Como potenciales factores asociados se analizaron la edad al diagnóstico, el sexo, el tabaquismo y los antecedentes familiares de primer grado de CCR. Se realizó un análisis univariado para identificar factores asociados al evento. Posteriormente, las variables con relevancia clínica y/o asociación estadística fueron incorporadas a un modelo de regresión logística multivariado.

Resultados: Se incluyeron 153 pacientes con diagnóstico de SPS. En la tabla 1 se resumen las características de la cohorte. El análisis de las variables reveló una prevalencia de al menos una lesión serrata séil con displasia en el 35% (n = 53; IC 95%: 27% a 43%). En el análisis univariado únicamente los antecedentes familiares de primer grado de CCR se asociaron significativamente con la presencia de displasia (OR 2.15; IC95% 1.04-4.46; p=0.040). Tras ajustar por sexo, edad al diagnóstico y tabaquismo mediante un modelo de regresión logística multivariado, los antecedentes familiares de primer grado de CCR se mantuvieron como el único factor predictor independiente asociado significativamente con el evento combinado (OR 2.21; IC 95%: 1.05 a 4.65; p = 0.036).

Conclusiones: Los pacientes con antecedentes familiares de primer grado de CCR mostraron el doble de riesgo de presentar lesiones serratas séiles con displasia. La confirmación de este hallazgo en cohortes de mayor tamaño podría contribuir a optimizar la estratificación del riesgo en esta población.

PRESENTACIONES ORALES

Código: 0212

CARACTERIZACIÓN CLÍNICA Y EVENTOS ADVERSOS POST-COLANGIO-PANCREATOGRAFÍA RETRÓGRADA ENDOSCÓPICA: ANÁLISIS DE UN REGISTRO PROSPECTIVO DE MÁS DE 15 AÑOS

Modalidad: Trabajos Científicos - Oral

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

TOPOR, Iván Nicolás | PUGA-TEJADA, Miguel | CAMPOMENOSI, Federico | LEANDRO, Facciuto | MALAGA, Ignacio | HENSEL, Alejandro | DE MARIA, Julio Cesar | MATANO, Raúl | GUIDI, Martin

Hospital Alta Complejidad El Cruce-Hospital Italiano La Plata

Introducción: la colangiopancreatografía retrógrada endoscópica (CPRE) conlleva un riesgo no despreciable de eventos adversos (EA): pancreatitis, colangitis, conlleva y perforación. Actualmente existe nuevo instrumental y nuevas técnicas de instrumentación mediante CPRE, que pueden exacerbar los EA. En el mejor conocimiento de la autoría, a nivel nacional no se ha realizado una actualización sobre la tasa de EA post-CPRE en la última década.

Objetivos: describir las características demográficas, antecedentes y técnicas de instrumentación asociadas al desarrollo de EA post-CPRE.

Material y Métodos: estudio observacional, descriptivo y de corte transversal, mediante el análisis retrospectivo de un registro electrónico prospectivo de CPRE de un centro de cuarto nivel (enero de 2010 a junio de 2026). Las características clínicas se compararon según la presencia o ausencia de cada EA mediante las pruebas de contraste de hipótesis correspondientes, y se construyeron modelos de regresión logística multivariada por cada EA (odds ratio, OR). Se consideró un valor de p<0,05 como estadísticamente significativo. Los datos se analizaron con el software R v4.0.

Resultados: durante el período de estudio se realizaron 5505 CPRE en 4510 pacientes, con una mediana de edad de 45 años (RIC 32-58) y 64,8% de mujeres. La indicación más frecuente fue la litiasis (75,4%). La pancreatitis post-CPRE (2,6%) y el sangrado (1,9%) fueron los EA más frecuentes, seguidos de la colangitis aguda (1,0%) y la perforación (0,6%); el óbito global fue del 0,2%. En el análisis multivariado, la canulación biliar difícil (OR 2,13; IC 95% 1,28-3,37), la instrumentación del conducto de Wirsung (OR 3,69; IC 95% 1,69-7,22) y la bilirrubina total (OR 1,02 por mg/dL) se asociaron de forma independiente con la pancreatitis. El antecedente de colangitis aguda (OR 4,15; IC 95% 1,78-8,51) y la falta de resolución completa del procedimiento (OR 0,39) se asociaron de forma independiente con la colangitis, que

además mostró una mortalidad significativamente mayor (3,7% vs. 0,1%; $p=0,0032$). No se identificaron predictores independientes de sangrado ni de perforación. La resolución completa del procedimiento fue, en el análisis bivariado, significativamente menor en pancreatitis, colangitis y perforación ($p<0,05$).

Conclusiones: la CPRE representa un procedimiento con una tasa no despreciable de EA. El desarrollo de pancreatitis o colangitis se asocia tanto a factores inherentes al paciente (bilirrubina elevada, antecedente de colangitis aguda) como a factores propios de la instrumentación (canulación biliar difícil, instrumentación del Wirsung, resolución incompleta del procedimiento). No se hallaron predictores independientes de sangrado ni de perforación. Estos hallazgos son difíciles de extrapolar por proceder de un centro de cuarto nivel; a pesar de ello, pueden orientar la sospecha clínica y la selección de pacientes de mayor riesgo en la práctica local.

PRESENTACIONES ORALES

Código: 0216

PANCREATITIS POSTERIOR A COLANGIOPANCREATOGRFIA RETRÓGRADA ENDOSCÓPICA: INCIDENCIA Y FACTORES DE RIESGO

Modalidad: Trabajos Científicos - Oral

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

BARÓN, Pablo | CIMMINO, Nicolas | CAPUTO, Maria Celeste | CIMMINO, Daniel | MELLA, Jose

Hospital Alemán

Introducción: La pancreatitis posterior a colangiopancreatografía retrógrada endoscópica es la complicación más frecuente del procedimiento. Su aparición puede prolongar la internación y, en una minoría de casos, evolucionar a formas graves. La identificación de factores de riesgo clínicos y técnicos permite reconocer a los pacientes con mayor probabilidad de desarrollar esta complicación y optimizar las estrategias preventivas.

Objetivos: Identificar los factores clínicos y relacionados con el procedimiento asociados de manera independiente con pancreatitis posterior a colangiopancreatografía retrógrada endoscópica. Como objetivos secundarios, estimar su incidencia y describir su gravedad

Material y Métodos: Material (pacientes) y métodos: Se realizó un estudio retrospectivo de cohorte que incluyó procedimientos efectuados entre enero de 2015 y diciembre de 2025. El análisis principal comprendió pacientes adultos con papila virgen sometidos a intento de canulación biliar selectiva. La pancreatitis posterior al procedimiento se definió según los criterios de Cotton y su gravedad se clasificó en leve, moderada o grave. Las variables categóricas se compararon mediante prueba exacta de Fisher y las continuas mediante prueba de Mann-Whitney. Las variables con relevancia clínica o valor de $p\leq 0,20$ en el análisis univariado se incorporaron a un modelo de regresión logística multivariable. Los resultados se expresaron como odds ratios ajustados con intervalos de confianza del 95%. Se consideró significativo un valor de $p<0,05$.

Resultados: Se registraron 1036 procedimientos; 613 correspondieron a papila virgen y constituyeron la cohorte principal. La edad media fue $63,6\pm 17,7$ años y 50,9% fueron mujeres. Se identificaron 26 casos de pancreatitis posterior al procedimiento, con una incidencia de 4,2%: 17 leves, 6 moderados y 3 graves, con una muerte. En el análisis multivariable se asociaron de manera independiente la ampulectomía (odds ratio 27,87; intervalo de confianza del 95% 6,92-112,30; $p<0,001$), la esfinteroplastia (odds ratio 26,80; intervalo de confianza del 95% 4,46-161,12; $p<0,001$), el precorte (odds ratio 8,04; intervalo de confianza del 95% 3,11-20,77; $p<0,001$) y la edad ≤ 40 años (odds ratio 3,35; intervalo de confianza del 95% 1,18-9,48; $p=0,023$). El sexo femenino no mostró asociación independiente. En el subgrupo de ampulectomías, la incidencia fue 26,7%.

Conclusiones: La incidencia de pancreatitis posterior al procedimiento en pacientes con papila virgen fue 4,2%. La ampulectomía, la esfinteroplastia, el precorte y la edad ≤ 40 años fueron factores de riesgo independientes. Estos hallazgos refuerzan la importancia de identificar a los pacientes de alto riesgo y optimizar las medidas profilácticas, especialmente en procedimientos complejos

PRESENTACIONES ORALES

Código: 0227

ESTRATEGIA TERAPÉUTICA EN COLANGITIS AGUDA LEVE A MODERADA POR LITIASIS COLEDOCIANA: ¿IMPACTA EN LOS DESENLACES INTRA-HOSPITALARIOS?

Modalidad: Trabajos Científicos - Oral

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

BARÓN, Pablo | CIMMINO, Nicolas | CAPUTO, Maria Celeste | CIMMINO, Daniel | MELLA, Jose

Hospital Alemán

Introducción: En la colangitis aguda grave (Tokio 2018 Grado III) no se discute

la necesidad de drenaje biliar urgente y resolución de la causa. En cambio, en la colangitis leve y moderada (Grados I y II) existe mayor margen de decisión sobre si realizar drenaje biliar aislado o resolución completa de la litiasis coledociana en el mismo procedimiento, sin que esté claramente establecido si esta elección modifica la evolución intrahospitalaria ni la tasa de complicaciones del procedimiento.

Objetivos: Evaluar la mortalidad intrahospitalaria, los días de estadía hospitalaria y el ingreso a unidad de cuidados intensivos (UCI) según la estrategia terapéutica (drenaje solo, resolución completa o mixta) en pacientes con colangitis aguda leve o moderada (Tokio Grado I o II) secundaria a litiasis coledociana, tratados mediante colangiopancreatografía retrógrada endoscópica (CPRE).

Material y Métodos: Estudio de cohorte retrospectivo que incluyó procedimientos de CPRE realizados por colangitis aguda entre enero de 2015 y diciembre de 2025. Se seleccionaron los pacientes con litiasis coledociana clasificados como Tokio Grado I o II, excluyendo los Grado III. Se compararon tres estrategias terapéuticas: drenaje solo, resolución completa y mixta. Las variables categóricas se compararon mediante prueba exacta de Fisher y se consideró significativo un valor de $p<0,05$.

Resultados: Se incluyeron 35 procedimientos por litiasis coledociana con colangitis Grado I o II, sobre un total de 55 procedimientos por litiasis coledociana. La estrategia fue drenaje solo en 7 (20,0%), resolución completa en 15 (42,9%) y mixta en 13 (37,1%). No se registró mortalidad intrahospitalaria en ninguno de los tres grupos. El ingreso a UCI fue 0% con drenaje solo, 0% con resolución completa y 7,7% con estrategia mixta, sin diferencia significativa ($p=0,571$). La estadía hospitalaria promedio fue de $7,7 \pm 9,3$ días en drenaje solo, $3,6 \pm 2,2$ días en resolución completa y $4,7 \pm 5,8$ días en mixta, sin alcanzar significación estadística ($p=0,285$). Tampoco se hallaron diferencias significativas en la tasa de complicaciones del procedimiento entre drenaje solo y resolución completa (0% vs 4,3%; $p=1,000$).

Conclusiones: En pacientes con colangitis aguda leve o moderada secundaria a litiasis coledociana, la estrategia terapéutica adoptada durante la CPRE no se asoció con diferencias significativas en mortalidad, ingreso a UCI, días de internación ni complicaciones del procedimiento, aunque el tamaño muestral y la baja frecuencia de eventos limitan la potencia estadística. Estos hallazgos sugieren que, en los grados leve y moderado, la elección de estrategia puede individualizarse según las características clínicas sin comprometer el resultado intrahospitalario.

PRESENTACIONES ORALES

Código: 0235

TIMING DE LA COLANGIOPANCREATOGRFIA RETRÓGRADA ENDOSCÓPICA EN LA COLANGITIS AGUDA: IMPACTO EN LA MORTALIDAD SEGÚN SEVERIDAD EN UNA COHORTE RETROSPECTIVA

Modalidad: Trabajos Científicos - Oral

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

CIMMINO, Nicolás | BARON, Pablo | CAPUTO, Maria Celeste | MELLA, Jose Manuel | CIMMINO, Daniel Gustavo

Hospital Alemán

Introducción: El momento óptimo de la colangiopancreatografía retrógrada endoscópica (CPRE) en la colangitis aguda continúa en debate, particularmente en los cuadros severos donde el retraso podría condicionar la evolución clínica.

Objetivos: Analizar el impacto del tiempo hasta la CPRE sobre los resultados clínicos según severidad de la colangitis, y determinar los factores asociados a mortalidad intrahospitalaria.

Material y Métodos: Se analizó una cohorte retrospectiva consecutiva de pacientes con colangitis aguda sometidos a CPRE durante 2015–2025. La severidad fue clasificada según Criterios de Tokio 2018. El tiempo hasta el procedimiento se calculó desde el inicio de síntomas o desde el ingreso hospitalario, y fue categorizado en 3 grupos (menos de 24, 24 a 48 y más de 48 horas). Se analizó la mortalidad y demás variables clínicamente importantes en estos 3 grupos y se los estratificó por la severidad de la colangitis.

Resultados: Se analizaron 127 pacientes con colangitis agudas (150 procedimientos), edad media 73,0 años; 63,3% varones; la etiología fueron litiasis 36,7%, disfunción de prótesis biliar 23,3%, y de causa neoplásica/tumoral 21,3%; la severidad fue Grado I 24,7%, Grado II 38,7%, Grado III 36,7%. La proporción de procedimientos precoces (menos de 24 horas) fue mayor en Grado III (30,9%) vs. Grado II (19,0%) vs. Grado I (16,2%). En colangitis Grado III, el drenaje realizado después de las 48 horas se asoció a mayor mortalidad (30,0% frente a 7,1% entre 24 y 48 horas y 17,6% antes de 24 horas) y mayor estadía hospitalaria (10,0 vs 5,0 días), sin significación estadística por el tamaño muestral. El grupo con drenaje entre 24 y 48 horas mostró los mejores resultados en todas las variables evaluadas. La distribución etiológica no difirió significativamente según el timing ($p=0,518$). La mortalidad global por paciente fue del 9,38% (12/127). Al estratificar por el grado de severidad más alto alcanzado, la mortalidad fue significativamente mayor en Grado III (18,8%) respecto a Grado I (6,9%) y Grado II (2,0%; $p=0,014$). La falla en lograr la canulación biliar se asoció fuertemente a mortalidad (42,9% frente a 6,3% con canulación exitosa; $p=0,012$). De 7 pacientes con canulación fallida, 5 fueron rescatados con drenaje percutáneo, de los cuales 3 fallecieron.

Conclusiones: En la colangitis severa, el drenaje endoscópico realizado después de las 48 horas mostró una tendencia a peor evolución clínica y la ventana de 24 a 48 horas se asoció a mejores resultados. La mortalidad fue significativamente mayor

en colangitis Grado III confirmando la severidad basal como determinante robusto del pronóstico. La falla de canulación se asoció fuertemente a mortalidad.

PRESENTACIONES ORALES

Código: 0310

RESULTADOS DE LA MIOTOMÍA ENDOSCÓPICA PER-RECTAL EN EL MANEJO DEL MEGACOLON CONGÉNITO Y ADQUIRIDO: SEGUIMIENTO A LARGO PLAZO DE UNA SERIE DE CASOS

Modalidad: Trabajos Científicos - Oral

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

PORFILIO GUILARTE, Giovanna | YAÑEZ, Federico | ESCOBAR, Rafael | PARADELO, Gustavo | LLERA SOSA, María Milena | VERON, Gabriel Anibal | CARAMES, Juan Carlos | CÁRDENAS COBOS, Minerva | PUGA-TEJADA, Miguel | KAHALEH, Michel

INSTITUTO EIRA MISIONERO DE GASTROENTEROLOGIA Y MOTILIDAD DIGESTIVA

Introducción: La miotomía endoscópica per-rectal (per-rectal endoscopic myotomy, PREM) es un procedimiento mínimamente invasivo de cirugía de tercer espacio recientemente descrito para el tratamiento del megacolon congénito (enfermedad de Hirschsprung) o adquirido (Chagas o postquirúrgico). En el mejor conocimiento de la autoría, ningún estudio ha reportado resultados en una población específica a nivel nacional.

Objetivos: Describir los resultados técnicos, clínicos y eventos adversos del PREM en una serie de casos procedente de varias localidades y seguidos durante un período de 24 meses.

Material y Métodos: Estudio observacional del tipo serie de casos. El megacolon se diagnosticó mediante enema de bario, manometría anorrectal y biopsias submucosas o transmucosales. Se indicó preparación intestinal con polietilenglicol 1.5 g/kg por tres días. Se realizó PREM por incisión vertical, dividiendo el esfínter anal interno en todos los casos. Se recuperaron datos demográficos, clínicos pre-PREM, y los desenlaces a corto, mediano y largo plazo (4 horas, 7 días y hasta 24 meses, respectivamente). Las variables categóricas fueron descritas en %, y las continuas en mediana y expresadas en rango intercuartil (RIC). Las variables pre vs. post-PREM fueron comparadas mediante las correspondientes pruebas de contraste de hipótesis para muestras repetidas. Los datos fueron analizados en Rv4.0.

Resultados: Se realizó PREM a doce pacientes, 10/12 procedentes de Argentina (4/10 Misiones, 3/10 Chaco, 2/10 Buenos Aires y 1/10 Corrientes) y 2/12 de Asunción, Paraguay. La mediana de edad fue de 10 años (RIC 7.8-12.3), 6/12 femenino. La causa del megacolon fue enfermedad de Hirschsprung en 3/12, adquirida en 4/12 y posquirúrgica en 5/12. La mayoría presentó una evolución de síntomas de ≥ 24 meses (7/12), con una mediana de deposiciones cada 10 días (9.3-15), todos con requerimiento de uno o más tipos de laxantes o proquinéticos. La mediana pre-PREM del Wexner, Resting y Squeeze score fue de 20 (18-25.5), 3 (3-4) y 2 (2-3), respectivamente. La mediana de presión anal basal fue de 62.5 mmHg (52.5-71.3). La mediana de duración del PREM fue de 87.5 min (RIC 65-91.3). Los pacientes afirmaron la canalización de flatos y reiniciaron dieta líquida 12 horas post-PREM, con sonidos hidroaéreos y deposiciones a las 24 horas. Ninguno requirió laxantes al alta ($p < .001$). No se registró ningún evento adverso a corto, mediano o largo plazo.

Conclusiones: En la muestra atendida, PREM demostró ser un procedimiento seguro, efectivo y reproducible en el manejo del megacolon de distintas causas. Se observó un éxito técnico con buenos resultados sin eventos adversos durante el seguimiento a corto, mediano o largo plazo. Estos resultados deben ser confirmados en una muestra más amplia.

PRESENTACIONES ORALES

Código: 0347

EVALUACIÓN OBJETIVA DE LA DENSIDAD MICROVASCULAR PANCREÁTICA MEDIANTE ULTRASONOGRAFÍA ENDOSCÓPICA CON IMAGEN POR DETECCIÓN DE FLUJO ASISTIDA POR COMPUTADORA

Modalidad: Trabajos Científicos - Oral

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

ROBLES-MEDRANDA, Carlos | PUGA-TEJADA, Miguel | BAQUERIZO-BURGOS, Jorge | DEL VALLE-ZAVALA, Raquel | ALCIVAR-VASQUEZ, Juan | AREVALO-MORA, Martha

INSTITUTO ECUATORIANO DE ENFERMEDADES DIGESTIVAS (IECED)

Introducción: La imagen por detección de flujo (DFI) es una modalidad emergente de ultrasonido endoscópico (USE) capaz de visualizar el flujo microvascular de baja velocidad sin agentes de contraste. Si bien se ha explorado la evaluación cualitativa de la vascularidad pancreática, las métricas cuantitativas como el número de vasos son insuficientes. La detección automatizada de vasos mediante software de detección asistida por computadora (CADE) podría permitir la medición objetiva de la densidad microvascular. Nuestro objetivo es evaluar la precisión diagnóstica de

un CADE desarrollado para la cuantificación de vasos finos en el páncreas durante USE en tiempo real.

Objetivos: Se realizó un estudio prospectivo que incluyó pacientes adultos consecutivos sometidos a USE entre junio de 2024 y octubre de 2025. El páncreas se evaluó mediante DFI. El software CADE en tiempo real analizó las imágenes DFI en vivo, detectando y contando vasos finos. El recuento promedio de vasos finos (AVC) se definió como el recuento medio de vasos detectados por el CADE durante el procedimiento. Diez médicos externos, endoscopistas senior (40%) y becarios (60%), evaluaron 11 videos USE-DFI seleccionados aleatoriamente para proporcionar recuentos de vasos e interpretación categórica. Se calcularon la correlación intraclass (ICC) y la concordancia interobservador (IOA) para la interpretación.

Material y Métodos: Se incluyeron sesenta y cinco participantes (Patológicos: 52; Sanos: 13). La edad media fue de 57.7 ± 16.3 y 42.2 ± 16.1 ($p < 0.05$), y el 58.5% eran mujeres ($p = 0.131$). No hubo diferencias en dolor abdominal, náuseas/vómitos ni ictericia entre los grupos ($p > 0.05$). El CADE proporcionó un AVC de 12.4 ± 4.9 en páncreas patológico y 5.2 ± 3.8 en páncreas sano ($p < 0.05$). El recuento máximo de vasos finos (MVC) para el páncreas patológico fue de 35.6 ± 13.6 y de 22.2 ± 22.2 para el páncreas sano ($p = 0.056$). La sensibilidad, especificidad, valores predictivos positivo y negativo, y concordancia observada para distinguir entre páncreas patológico y sano fueron del 90%, 92%, 98%, 71% y 91%, respectivamente. El grupo de páncreas patológico se estratificó adicionalmente en condiciones inflamatorias y neoplásicas. Las condiciones inflamatorias presentaron un AVC mayor [13.0 (10.0–17.0)] que las lesiones neoplásicas [8.0 (7.0–16.0)]. La evaluación visual mostró un ICC deficiente tanto en senior (-0.2 , $p = 0.965$) como en becarios (-0.09 , $p = 0.905$), mientras que la interpretación categórica alcanzó una concordancia sustancial (senior: $k = 0.624$, $p < 0.05$; becarios: 0.653 , $p < 0.05$).

Resultados: La detección de vasos basada en CADE proporciona una cuantificación objetiva y fiable de los vasos finos pancreáticos durante USE en tiempo real, demostrando una alta precisión diagnóstica para diferenciar el páncreas patológico del sano. La evaluación visual mostró una reproducibilidad deficiente para los recuentos de vasos, pero una concordancia sustancial para la interpretación categórica.

POSTERS DISTINGUIDOS

Código: 0025

VÁRICES YEYUNALES: UN DESAFÍO DIAGNÓSTICO EN LA HEMORRAGIA DIGESTIVA DE ORIGEN OSCURO. A PROPÓSITO DE UN CASO.

Modalidad: Casos Clínicos - Poster Distinguido

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

ESCUADERO, Ulises | GARCÍA ALLENDE, Leonardo | MICONI, Diego Gabriel | RASTELLI, Laureano | SEQUEIRA, Agustín | TONN, Federico, Eugenio | YAÑEZ, Carolina

Hospital Privado de Comunidad

Introducción: La hemorragia digestiva de origen oscuro representa un desafío diagnóstico cuando la videoendoscopia digestiva alta y la videocolonoscopía no identifican la fuente del sangrado. Las várices ectópicas son una causa infrecuente de hemorragia digestiva y pueden desarrollarse en pacientes con hipertensión portal segmentaria secundaria a trombosis u obstrucción del sistema venoso esplenoportal, requiriendo un alto índice de sospecha y métodos diagnósticos complementarios.

Objetivos: Presentar un caso de hemorragia digestiva recurrente secundaria a várices yeyunales en una paciente con antecedente de duodenopancreatectomía céfala por adenocarcinoma de páncreas.

Caso Clínico: Paciente femenina de 68 años con antecedente de adenocarcinoma de páncreas tratada con quimioterapia neoadyuvante y posterior duodenopancreatectomía céfala en abril de 2023, completando tratamiento adyuvante. Consultó por deposiciones con restos hemáticos e hipotensión, constatándose anemia severa que requirió transfusión de glóbulos rojos. La videoendoscopia digestiva alta evidenció angiodisplasias gástricas y un área lineal de neovascularización próxima a la anastomosis gastro-yeyunal, tratadas con argón plasma. La videocolonoscopía mostró únicamente diverticulosis izquierda, sin evidencia de sangrado. Posteriormente presentó múltiples episodios de melena y proctorragia con compromiso hemodinámico, anemia grave, requerimiento de transfusiones y soporte vasoactivo. Se realizaron sucesivas videoendoscopias, enteroscopia por push, videocolonoscopias, angiogramografía, angiografía mesentérica y centellograma con glóbulos rojos marcados, sin identificar la fuente del sangrado. Ante la persistencia del cuadro se realizó una cápsula endoscópica para completar el estudio del intestino delgado.

Resultados: La cápsula endoscópica evidenció imágenes vasculares compatibles con várices yeyunales y un coágulo adherido a la mucosa, orientando el origen del sangrado. La revisión multidisciplinaria de las imágenes vasculares confirmó estenosis y trombosis de la vena esplénica a nivel del confluente esplenomesentérico, con desarrollo de circulación colateral yeyunal compatible con várices ectópicas sangrantes. En función de estos hallazgos, se realizó tratamiento endovascular mediante colocación de un stent en la vena esplénica y embolización de las várices yeyunales, logrando el control del sangrado, la estabilización clínica de la paciente y la ausencia de nuevos episodios hemorrágicos durante la internación.

Conclusión: Las várices yeyunales constituyen una causa infrecuente de hemorragia digestiva de origen oscuro y deben considerarse en pacientes con antecedentes de cirugía pancreática, especialmente cuando existe trombosis o estenosis de la vena esplénica con hipertensión portal segmentaria. Este caso destaca la importancia

cia de ampliar el estudio del intestino delgado cuando los métodos endoscópicos convencionales no identifican la fuente del sangrado, así como el valor de la cápsula endoscópica y de la evaluación multidisciplinaria para arribar al diagnóstico y seleccionar una estrategia terapéutica endovascular eficaz.

POSTERS DISTINGUIDOS

Código: 0083

SUTURA ENDOSCÓPICA CON SISTEMA X-TACK COMO RESCATE TERAPÉUTICO EN FÍSTULA DUODENAL REFRACTARIA POSTQUIRÚRGICA: A PROPÓSITO DE UN CASO.

Modalidad: Casos Clínicos - Poster Distinguido

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

RIOS GARZON, Jonnathan Efrain | OLMOS, Juan Ignacio

Sanatorio Güemes

Introducción: El manejo de fístulas duodenales en un "abdomen hostil" y peritonitis postquirúrgica es de extrema complejidad y alta morbilidad para la cirugía convencional. En pacientes críticos, el abordaje mínimamente invasivo es imperativo. Los sistemas de sutura endoscópica de espesor total emergen como rescate terapéutico eficaz para defectos mucosos complejos, evitando reintervenciones de altísimo riesgo.

Objetivos: Describir la viabilidad, seguridad y eficacia clínica del sistema de sutura endoscópica X-TACK combinado con Argón Plasma para el cierre de una fístula duodenal refractaria en un paciente crítico con abdomen hostil.

Caso Clínico: Masculino de 61 años, tabaquista y enolista; antecedente de pancreatitis aguda grave (BISAP 3) con necrosis y drenajes percutáneos. Reingresa por cuadro de abdomen agudo. La TC evidencia neumoperitoneo e isquemia cecal. Evolucionaba hacia un "abdomen hostil", requiriendo múltiples laparotomías de urgencia (09-19/11) por peritonitis fecal y dehiscencias. Se realiza colectomía derecha, necrosectomías pancreáticas, duodenorrafia, enterectomía e ileostomía, quedando con abdomen abierto y contenido (sistema VAC). Ante persistencia de fístula duodenal por dehiscencia e inviolabilidad quirúrgica, se indica resolución endoscópica. VEDA Diagnóstica (16/01/26): Defecto fistuloso de 3 cm en transición bulbo-rodilla duodenal, tapizado por abundante tejido de granulación. 1° Terapéutica (27/01/26): Se escarifican bordes con Argón Plasma para promover respuesta cicatrizal. Luego, se realiza cierre mecánico mediante sistema de sutura endoscópica pasante de espesor total X-TACK y anclaje (Cinch). 2° Terapéutica (20/03/26): VEDA de consolidación aplicando nuevamente X-TACK sobre el remanente fistuloso. Control (29/05/26): Duodenoscopia programada para constatar cicatrización mucosa a largo plazo.

Resultados: La terapéutica térmica y mecánica combinada logró el cierre efectivo del defecto de 3 cm y el control del débito fistuloso. Los procedimientos fueron exitosos y sin complicaciones. El paciente evolucionó de forma favorable, lúcido y hemodinámicamente estable. Se evitó una reintervención con morbilidad prohibitiva, permitiendo mantener el sistema VAC funcional y optimizando su recuperación integral.

Conclusión: El manejo de dehiscencias y fístulas duodenales en abdomen hostil post-necrosectomía pancreática representa un límite para la cirugía convencional. La sutura endoscópica avanzada (X-TACK y Argón Plasma) se consolida como alternativa mínimamente invasiva, eficaz y segura. Esta técnica permite el cierre de grandes defectos luminales y reduce drásticamente la morbilidad en pacientes críticos no aptos para cirugías tradicionales.

POSTERS DISTINGUIDOS

Código: 0102

FÍSTULA AORTODUODENAL SECUNDARIA: UNA CAUSA INFRECUENTE DE HEMORRAGIA DIGESTIVA RECURRENTE

Modalidad: Casos Clínicos - Poster Distinguido

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

ZANOTTI, María Agustina | RICCIUTI, Mercedes | ELENA, Wanda | ARAYA, Valentina | BÁEZ, Elsa Victoria | CURRÁS, Alfredo Eduardo | BRIOLA, Magali

HOSPITAL GENERAL DE AGUDOS DR. JUAN A. FERNÁNDEZ

Introducción: La fístula aortoentérica secundaria es una complicación infrecuente de la cirugía de reparación del aneurisma de aorta abdominal con una incidencia que oscila entre 0,36 y 1,6% y representa una causa rara pero potencialmente letal de hemorragia digestiva. Su diagnóstico suele retrasarse debido a la presentación clínica inespecífica y al bajo rendimiento de los estudios complementarios iniciales. La llamada hemorragia centinela ("herald bleeding") presente hasta en un 50% de los casos, constituye una oportunidad diagnóstica, por lo que mantener un elevado índice de sospecha resulta fundamental.

Objetivos: Describir un caso de hemorragia digestiva recurrente secundaria a una fístula aortoduodenal como causa infrecuente, destacando el valor del antecedente

vascular y de la exploración endoscópica para arribar al diagnóstico.

Caso Clínico: Se presenta paciente masculino de 64 años con antecedentes de hipertensión arterial, enfermedad cardiovascular aterosclerótica y reparación quirúrgica de aneurisma de aorta abdominal en 2019. Había presentado dos intervenciones previas por hemorragia digestiva de origen no aclarado. Ingresó por un nuevo episodio de hematemesis y melena con compromiso hemodinámico. Durante la internación presentó recurrencia del sangrado con requerimiento de múltiples transfusiones. Se realizaron nuevas videoendoscopias digestivas altas, videocoloscopias, angiogramas, angiografía mesentérica, videocápsula endoscópica y enterorresonancia, sin identificar el origen del sangrado. Posteriormente presentó bacteriemia por *Escherichia coli*.

Resultados: La angiogramografía evidenció un aneurisma infrarrenal en íntimo contacto con la tercera porción duodenal, con pérdida del plano de clivaje graso y presencia de burbujas aéreas en la pared aneurismática (figura 1), hallazgos sugestivos de fístula aortoentérica secundaria. Ante la persistencia del sangrado y la sospecha diagnóstica, se realizó una nueva videoendoscopia digestiva alta con exploración dirigida de la tercera porción duodenal, que mostró una solución de continuidad de aproximadamente 2 cm con exposición de material protésico metálico y un pequeño orificio adyacente con drenaje purulento pulsátil (figura 2), confirmando el diagnóstico. Posteriormente, se efectuó reparación endovascular mediante colocación de una endoprótesis, con resolución del cuadro hemorrágico y evolución clínica favorable.

Conclusión: La fístula aortoentérica secundaria debe considerarse ante episodios recurrentes de hemorragia digestiva en pacientes con antecedente de cirugía aórtica, aun cuando los estudios iniciales resulten negativos. La sospecha clínica y la integración de los hallazgos tomográficos con la exploración endoscópica permitieron establecer el diagnóstico en este caso (figura 2). El reconocimiento de una posible hemorragia centinela puede favorecer el diagnóstico precoz y el tratamiento oportuno de una entidad asociada a elevada morbilidad.

POSTERS DISTINGUIDOS

Código: 0103

MIOTOMÍA ENDOSCÓPICA PERORAL CON SEPTOTOMÍA DE DIVERTÍCULO EPIFRÉNICO GRANDE EN PACIENTE CON OBSTRUCCIÓN DEL TRACTO DE SALIDA DE LA UNIÓN ESOFAGOGÁSTRICA

Modalidad: Casos Clínicos - Poster Distinguido

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

CHIACCHIO, Dolores | TOLEDO CUENCA, Connie Isabel | FILIPPINI, Florencia | CONDORI, Ricardo Leonel | ALMARAZ, Marianella | PALMA, Agustina | BEZZONI, Pablo | GUZMAN, Mauricio | DULBECCO, Mariela | CAPALDI, Ianina | CORREA, Gustavo | BALDONI, Fernando | TUFARE, Francisco | YANTORNO, Martín

HIGA San Martín La Plata

Introducción: El divertículo epifrénico es un divertículo por pulsión del tercio distal del esófago, asociado en la mayoría de los casos a un trastorno motor subyacente. Tradicionalmente, su tratamiento ha sido quirúrgico, con buenos resultados clínicos, pero con una morbilidad relevante, donde la fuga anastomótica constituye el evento adverso más frecuente. En los últimos años, la endoscopia de tercer espacio ha incorporado la miotomía endoscópica peroral (POEM) como alternativa mínimamente invasiva para corregir el trastorno motor, y su variante diverticular (D POEM), que combina la miotomía con la septotomía del tabique diverticular, permite abordar simultáneamente ambas afecciones en un mismo tiempo endoscópico.

Objetivos: Describir un caso de divertículo epifrénico esofágico grande asociado a obstrucción del flujo de salida esofágico gástrico (EGJOO) tratado endoscópicamente mediante miotomía selectiva del esfínter esofágico inferior y septotomía del divertículo.

Caso Clínico: Paciente femenina de 55 años con neurofibromatosis tipo 1 y divertículo epifrénico grande, que consultó por dolor retroesternal intermitente, regurgitación de líquidos y disfagia ocasional, valor de Eckardt extrapolado de 3 puntos. El tránsito esofágico evidenció un divertículo voluminoso con inadecuada distensión gástrica, la videoendoscopia alta mostró un divertículo de aproximadamente 8 cm con compresión cardial. La manometría de alta resolución reveló presión de relajación integrada aumentada, peristalsis conservada y presión intrabolo elevada en más del 20% de las degluciones, compatible con EGJOO. Se repitió el tránsito esofágico minutos después el cual demostró vaciamiento completo a los 5 minutos. Para resolver la discrepancia observada entre estudios morfológicos y funcionales se evaluó impedanciometría con Sonda de Imagen Luminal Funcional Endoluminal. Este confirmó apertura reducida de la unión esofagogastrica con índice de distensibilidad de 0,7 mm²/mmHg y diámetro esofágico de 6,5 mm. Tras discutir alternativas terapéuticas, se decidió en conjunto con la paciente realizar D POEM.

Resultados: El procedimiento se efectuó bajo sedación anestésica, con insuflación de CO₂ y profilaxis antibiótica. Se identificó el divertículo en pared posterolateral derecha, se realizó miotomía selectiva posterior del esfínter esofágico inferior de 8 cm y septotomía a través del túnel submucoso, logrando unificar la luz esofágica con el reservorio diverticular. La paciente permaneció internada 48 horas, toleró dieta y se indicó seguimiento. Al control al mes, refería ausencia de disfagia y dolor torácico, con regurgitación ocasional sin pirois, bajo tratamiento con inhibidores de bomba de protones.

Conclusión: El D POEM es una técnica eficaz y segura para el tratamiento combinado del divertículo epifrénico y su trastorno motor asociado. La evidencia en diver-

ticulos de gran tamaño es escasa, lo que justifica este reporte como aporte adicional. Estudios multicéntricos muestran tasas de éxito y seguridad comparables entre miotomía aislada y miotomía con septotomía; esta última favorecería el vaciamiento del reservorio diverticular y potencialmente la sintomatología asociada, incluso en divertículos voluminosos. Como limitación, la paciente continúa en seguimiento y no existe un protocolo estandarizado de control postprocedimiento, lo que dificulta la comparación entre series y centros.

POSTERS DISTINGUIDOS

Código: 0145

EFICACIA DE LA TERAPIA DE VACÍO ENDOSCÓPICO EN EL TRATAMIENTO DE SOLUCIONES DE CONTINUIDAD DEL TRACTO DIGESTIVO SUPERIOR: SERIE DE CASOS

Modalidad: Casos Clínicos - Poster Distinguido

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

LOMBARDI ALVAREZ, Abigail | TONN, Eugenio Federico | SEQUEIRA, Agustín | MICONI, Diego Gabriel | GARCÍA ALLENDE, Leonardo | RASTELLI, Laureano | YÁÑEZ, Carolina | FIOLO, Eduardo

Hospital Privado de Comunidad

Introducción: Las soluciones de continuidad del tracto digestivo superior constituyen complicaciones críticas con una morbilidad reportada entre el 12% y 50%. En la actualidad las opciones terapéuticas mínimamente invasivas han demostrado mejores resultados en el manejo de estas complicaciones respecto a las intervenciones quirúrgicas tradicionales. La Terapia de Vacío Endoscópico (TVE) ha surgido como una alternativa. Su mecanismo de acción incluye micro y macrodeformación, angiogénesis, control del exudado y aclaramiento bacteriano que lleva a formación de tejido de granulación y cierre del defecto. Debido a la limitada disponibilidad de insumos comerciales, el desarrollo de una variante artesanal de bajo costo es fundamental para garantizar la accesibilidad a este tratamiento sin comprometer la seguridad del paciente. La eficacia de la técnica se ha demostrado en diversos estudios obteniendo resultados superiores a otro tipo de técnicas (stent, clips, sutura endoscópica y adhesivos tisulares).

Objetivos: Describir la experiencia institucional en el manejo de cuatro pacientes con disrupción esofágica tratados exitosamente mediante esta técnica, destacando su versatilidad y adaptabilidad técnica.

Caso Clínico: Se analizó de manera retrospectiva una serie de 4 pacientes. El sistema se fabricó mediante la fijación de gasas hidrófilas a una sonda nasogástrica multiperforada con succión continua. Se aplicó un protocolo de recambio cada 3 a 5 días. El cierre del defecto se constató mediante tomografía (TC) con contraste oral o tránsito esofágico (SEGD). Paciente 1: Varón, 64 años. Adenocarcinoma de la unión esófago-gástrica, tratado neoadyuvancia y gastrectomía total. Presentó taquicardia y febrícula; la TC reveló neumomediastino. En la endoscopia se observó área cubierta de fibrina en la anastomosis esófago-yeyunal. Se colocó TEV intraluminal. Paciente 2: Mujer, 80 años. Adenocarcinoma gástrico, realizó neoadyuvancia y gastrectomía total. Intercorrió con dehiscencia del 25% de la anastomosis y fístula esófago-pleural. Se colocó TEV intracavitario. El lecho presentó tejido de granulación y vasos de neoformación, permitiendo la transición a modalidad intraluminal. Paciente 3: Varón, 54 años. Adenocarcinoma infiltrante de tipo intestinal de cuerpo gástrico. Se realizó neoadyuvancia y gastrectomía total. La prueba oral con azul de metileno reveló débito por drenaje y la TC contraste peri-anastomótico. Se colocó TEV intraluminal a nivel de la anastomosis. Paciente 4: Varón, 65 años. Hematemesis tras ingesta alimentaria. La TC mostró aire periesofágico y la endoscopia evidenció desgarro de pared en el tercio inferior. Se colocó TEV intraluminal.

Resultados: En todos los casos se logró el cierre exitoso del defecto: Paciente 1: Se realizaron 3 recambios con cierre tras 13 días de tratamiento con SEG y sin fuga. Paciente 2: El cierre definitivo se constató tras 6 recambios a los 22 días mediante TC. Paciente 3: Se confirmó cierre de fístula por TC y prueba de azul negativas tras 3 recambios en 13 días. Paciente 4: A los 3 días se confirmó la ausencia de fuga mediante tránsito esofágico, permitiendo el retiro del dispositivo.

Conclusión: La TEV es una herramienta eficaz, segura y reproducible para el manejo de defectos transmural. La misma reduce la necesidad de reintervenciones quirúrgicas de alta morbilidad, posicionándose como una opción de primera línea en el manejo de estas complicaciones.

POSTERS DISTINGUIDOS

Código: 0177

POLIPOSIS EN PEDIATRÍA: DESAFÍO DIAGNÓSTICO Y MANEJO ENDOSCÓPICO ESCALONADO

Modalidad: Casos Clínicos - Poster Distinguido

Unidad Temática: b) ENDOSCOPIA DIGESTIVA 3. Endoscopia Pediátrica

FERREYRA VALVASSORI, Nair | FLORENCIA, Di Vincenzo | GOBELET, Jaqueline | OROPEZA, Gabriela

SANATORIO ALLENDE

Introducción: La poliposis hamartomatosa del tracto gastrointestinal superior en la edad pediátrica constituye un desafío diagnóstico y terapéutico. Aunque histológicamente se definen como lesiones benignas, su comportamiento clínico se caracteriza por una marcada agresividad biológica, evidenciada por un crecimiento volumétrico acelerado que obstruye la luz y propicia fenómenos mecánicos graves, tales como invaginación intestinal recurrente y obstrucciones que llevaban a la necesidad de resección quirúrgica.

Objetivos: Presentar un caso clínico de paciente pediátrico con frecuentes internaciones secundaria a múltiples pólipos hamartomatosos gigantes duodeno yeyunales, en donde se logra realizar tratamiento endoscópico para poliposis evitando al momento intervenciones quirúrgicas a más de un año del diagnóstico inicial.

Caso Clínico: Paciente masculino de 10 años, sin antecedentes, ingresó por abdomen agudo obstructivo secundario a intususcepción yeyuno-yeyunal. Se realizó laparoscopia de urgencia con y enterectomía segmentaria en donde se evidencia pólipo hamartomatoso. A los cinco meses reingresó por suboclusión intestinal. La videoendoscopia digestiva alta (VEDA) reveló múltiples pólipos duodenales sésiles y pediculados que obstruían >50% de la luz (segunda a cuarta porción). Mediante enteroscopia anterógrada (progresión a 180 cm y marcación con tinta china) se constató poliposis yeyunal difusa, realizándose polipectomía con asa caliente de cinco lesiones (10-20 mm). Ante la persistencia de crisis obstructivas por el crecimiento de las lesiones duodenales remanentes, se inició una estrategia de erradicación escalonada mediante mucosectomías seriadas. Se realiza, además, entero TC con objetivo de ver extensión de la patología. El análisis histopatológico de todas las piezas resegadas confirmó pólipos hamartomatosos. El estudio genético molecular evidenció mutaciones en los genes MUTYH y FANCA. Actualmente, el paciente continúa estable bajo estrecho seguimiento multidisciplinario.

Resultados: La poliposis hamartomatosa de intestino delgado en pediatría es un fenómeno de baja frecuencia y alta morbilidad mecánica. La evolución clínica de este paciente destaca por la agresividad biológica de sus lesiones, caracterizadas por una tasa de duplicación volumétrica inusualmente acelerada que precipitó en cuadros obstructivos. La resolución de este caso mediante técnicas de endoscopia avanzada subraya el cambio de paradigma terapéutico, donde el rescate endoscópico seriado y la mucosectomía duodenal de pólipos gigantes consolidan una alternativa segura y eficaz frente a la cirugía abierta de revisión. Desde la perspectiva molecular, el hallazgo de mutaciones duales en MUTYH y FANCA propone un mecanismo fisiopatológico poco frecuente para la generación de un fenotipo hamartomatoso en la infancia: En primera instancia la atipicidad del fenotipo MUTYH es una entidad de herencia autosómica recesiva vinculada clásicamente al desarrollo de adenomas colorrectales durante la edad adulta. Por otro lado, la coexistencia con la variable FANCA compromete de forma simultánea y cooperativa dos sistemas críticos de la Respuesta al Daño del ADN. Lo que induce una acumulación acelerada de mutaciones somáticas y estrés replicativo en las células madre pluripotenciales de las criptas duodeno-yeyunales.

Conclusión: El rescate endoscópico periódico mediante enteroscopia y mucosectomía es una alternativa segura, eficaz y preferible a la cirugía abierta en pacientes pediátricos con poliposis gigante. Este enfoque secuencial permite el control de los síntomas obstructivos, previene la necesidad de cirugías de urgencia y preserva la anatomía y función intestinal a largo plazo.

POSTERS DISTINGUIDOS

Código: 0194

DE MALT A LINFOMA DE ALTA AGRESIVIDAD: EL VALOR DEL SEGUIMIENTO ENDOSCÓPICO E HISTOLÓGICO

Modalidad: Casos Clínicos - Poster Distinguido

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

PENAYO SOLIS, Florencia Noemi | DEL PEDRO, María Virginia | MARUELLI, Silvina | LICCIARDELLO, Mariana | CARUSO, Santiago | SUÁREZ, Daniela Celeste | FERRO, Camila | CABALLERO, Sofía | CANTONI, Pablo Nahuel | HERMIDA, Cristina Raquel | CAMPOS, Lucía Mercedes

Complejo Médico Churrua Visca

Introducción: El linfoma MALT gástrico es el linfoma extranodal más frecuente del tracto gastrointestinal y se asocia estrechamente a *Helicobacter pylori*. La erradicación bacteriana constituye el tratamiento inicial; sin embargo, la persistencia de lesiones endoscópicas durante el seguimiento puede reflejar enfermedad residual o transformación histológica.

Objetivos: Resaltar el valor del seguimiento endoscópico con biopsias en pacientes con linfoma MALT gástrico luego de la erradicación de *Helicobacter pylori*.

Caso Clínico: Se presenta el caso de un paciente masculino de 55 años, con antecedentes de hipertensión arterial, diabetes mellitus tipo 2 y accidente isquémico transitorio, que consultó por epigastralgia y pirosis crónica. Fue evaluado mediante videoendoscopia digestiva alta (VEDA) con biopsias.

Resultados: La VEDA evidenció gastropatía erosiva con patrón granular, erosiones sobrelevadas y áreas de mucosa blanquecina. Por sospecha endoscópica de metaplasia intestinal gástrica, se realizaron biopsias según protocolo de Sydney. La anatomía patológica informó gastritis crónica activa asociada a *Helicobacter pylori* y linfoma B de la zona marginal extranodal tipo MALT, con un índice proliferativo Ki67 del 5%. El paciente discontinuó el seguimiento durante dos años y concurrió nuevamente por persistencia de los síntomas. Se indicó tratamiento erradicador

con cuádruple terapia con bismuto y se realizó VEDA de control tras el tratamiento antibiótico, evidenciando la persistencia de la gastropatía congestiva y erosiva, identificándose además una lesión exofítica de aproximadamente 12–15 mm en cuerpo bajo/antró gástrico, con centro ulcerado, bordes friables y sangrado al contacto, realizándose biopsias múltiples. La anatomía patológica informó un linfoma no Hodgkin de células B de alta agresividad histológica, fenotipo centro germinal, con un índice proliferativo Ki67 del 60%. Los hallazgos fueron compatibles con una probable transformación del linfoma MALT previamente diagnosticado. El paciente inició seguimiento por hematología y tratamiento con rituximab.

Conclusión: La erradicación de *Helicobacter pylori* constituye el tratamiento inicial del linfoma MALT gástrico localizado; sin embargo, la mejoría clínica no excluye la persistencia o progresión de la enfermedad. La importancia del seguimiento endoscópico con biopsias seriadas radica en identificar la persistencia de enfermedad o una probable transformación histológica hacia un linfoma B de alta agresividad, lo que permitió modificar oportunamente la estrategia terapéutica.

POSTERS DISTINGUIDOS

Código: 0219

RESECCIÓN CURATIVA DE UN TUMOR NEUROENDOCRINO RECTAL G1 MEDIANTE MUCOSECTOMÍA ASISTIDA CON BANDA ELÁSTICA (DUETTE): REPORTE DE CASO.

Modalidad: Casos Clínicos - Poster Distinguido

Unidad Temática: b) ENDOSCOPIA DIGESTIVA 2. Endoscopia Terapéutica • Colon GONZALEZ CREPSAC, Vera Lucia | DORADO, Fernanda | MARTINEZ, Ruby | MISSISSIAN, Pedro | PEREZ TAPIA, Francisco Javier

SANATORIO DUPUYTREN

Introducción: Los tumores neuroendocrinos (NET) rectales representan una entidad infrecuente cuyo diagnóstico ha aumentado en los últimos años debido a la implementación de la videocolonoscopia (VCC) de pesquisa. En lesiones menores de 10 mm, bien diferenciadas y confinadas a mucosa o submucosa, la resección endoscópica constituye el tratamiento de elección. Las técnicas de mucosectomía modificada, como la mucosectomía asistida con banda elástica (Duette), permiten incrementar la tasa de resección completa respecto de la poliplectomía convencional y son recomendadas por las guías internacionales.

Objetivos: Describir un caso de NET rectal incidental tratado mediante mucosectomía tipo Duette y revisar los criterios histopatológicos asociados a resección curativa.

Caso Clínico: Paciente con antecedente de VIH en TARV, sometido a VCC de screening, en la que se identificó a 5cm del margen anal, una lesión subepitelial de 10 mm. Se realizó resección endoscópica en bloque mediante mucosectomía tipo Duette, sin complicaciones inmediatas ni diferidas.

Resultados: El estudio anatomopatológico evidenció un tumor neuroendocrino bien diferenciado de bajo grado (G1), sin compromiso de la muscular propia. La tasa mitótica fue de 0–1 mitosis por 2 mm² y el índice de proliferación Ki-67 del 1%. No se observó necrosis tumoral, invasión linfática o vascular ni invasión perineural. Los márgenes laterales y profundo resultaron libres de lesión, con una distancia mínima de 0,1 mm del margen profundo. La estadificación patológica correspondió a pT1 (CAP 2026).

Conclusión: La resección endoscópica mediante técnica Duette permitió la resección en bloque y R0 de un NET rectal pequeño, bien diferenciado y de bajo riesgo. La ausencia de factores histológicos adversos (G1, Ki-67 bajo, sin invasión linfovascular y márgenes negativos) respaldan el carácter curativo del tratamiento endoscópico y confirman su utilidad como abordaje de elección en lesiones seleccionadas.

POSTERS DISTINGUIDOS

Código: 0243

HEMORRAGIA DIGESTIVA BAJA GRAVE POR VÁRICES ANORRECTALES

Modalidad: Casos Clínicos - Poster Distinguido

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

LÓPEZ ROMERO, Lenin Andrés | ALDAO, María Celeste | MOLINA, Leandro | QUIJANO, Johnny | DOMÍNGUEZ VACACELA, Elio Dario | VÉLEZ DAZA, Giselle Carolina | GUERRIERI, Itati | ROMERO, María Josefina | MOREIRA GRANDA, Edison Javier | VARELA, María Julia | BRACONE, Hernán | SAA, Emilia Cristina

Hospital Pirovano

Introducción: Las várices rectales son colaterales portosistémicas submucosas secundarias a hipertensión portal y deben diferenciarse de la enfermedad hemorroidal. Se identifican en 38%–56% de los pacientes con cirrosis, aunque el sangrado ocurre en 0,5%–5% y puede causar hemorragia digestiva baja grave. El diagnóstico se establece mediante rectosigmoidoscopia o videocolonoscopia; la ecoendoscopia Doppler puede orientar el tratamiento. Las opciones endoscópicas incluyen escleroterapia, cianoacrilato y terapia guiada por ecoendoscopia con coils. La ausencia de protocolos específicos obliga a individualizar la conducta. En urgencias, la identificación de un punto focal permite considerar técnicas hemostáticas de rescate.

Objetivos: Describir una causa infrecuente de hemorragia digestiva baja grave en hipertensión portal y destacar la utilidad de una estrategia endoscópica de rescate ante sangrado focal activo.

Caso Clínico: Paciente de 71 años, con antecedente de consumo crónico de alcohol, internado por proctorragia franca de gran volumen con descompensación hemodinámica. El laboratorio evidenció anemia, leucocitosis y coagulopatía, con actividad del factor V del 27%. Tras la estabilización se realizó videoendoscopia digestiva alta, que mostró una úlcera prepilórica Forrest III de 5 mm y bulbitis erosiva, sin estigmas que justificaran el sangrado. La videocolonoscopia evidenció diverticulosis, hemorroides internas y várices rectales. En una de ellas se identificó sangrado activo en babeo con coágulo adherido, interpretado como la fuente hemorrágica. Ante la persistencia del sangrado y su repercusión clínica, se realizó hemostasia endoscópica de rescate mediante colocación dirigida de un hemoclip. Se obtuvo hemostasia inmediata, sin resangrado durante la internación. La tomografía mostró hígado cirrótico y múltiples lesiones sugestivas de carcinoma hepatocelular multifocal, la mayor de 52 × 56 mm en el segmento VI. Se interpretó cirrosis asociada al alcohol, descompensada por hemorragia digestiva baja secundaria a várices rectales, con probable carcinoma hepatocelular multifocal. El paciente falleció por complicaciones respiratorias, sin recurrencia hemorrágica.

Conclusión: La hemorragia por várices rectales es infrecuente, pero potencialmente grave. Su manejo es un desafío por la ausencia de recomendaciones específicas y la limitada evidencia comparativa. El hemoclip no constituye un tratamiento estándar; sin embargo, puede considerarse una estrategia excepcional de rescate cuando existe un punto focal de sangrado activo susceptible de intervención dirigida. En este caso, la colocación del clip logró hemostasia inmediata sostenida. El resultado destaca el valor de adaptar la conducta al hallazgo endoscópico y priorizar una intervención focal, oportuna y técnicamente factible, sin sustituir medidas para reducir la presión portal y prevenir la recurrencia.

POSTERS DISTINGUIDOS

Código: 0279

EMBOLIZACIÓN GUIADA POR ECOENDOSCOPIA CON COILS EN HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA POR VÁRICES GÁSTRICAS EN ENFERMEDAD VASCULAR PORTOSINUSOIDAL

Modalidad: Casos Clínicos - Poster Distinguido

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

LÓPEZ, Victoria Pilar | BERENBAUM, Melanie | OLMOS, Juan Ignacio | CURIA, Andrea | HEREDIA, Nicolas | SHINZATO, Sergio | YARYOUR, Claudio | GONZÁLEZ BALLERGA, Esteban

Hospital de Clínica José de San Martín UBA

Introducción: La enfermedad vascular portosinusoidal (EVPS) constituye una entidad vascular hepática poco frecuente que ocasiona hipertensión portal en ausencia de cirrosis. Aunque la función hepatocelular suele mantenerse preservada, estos pacientes pueden desarrollar complicaciones clínicamente relevantes, como várices gastroesofágicas y hemorragia digestiva alta, cuyo manejo terapéutico continúa representando un desafío. La hemorragia digestiva alta por várices gástricas es menos frecuente que la producida por várices esofágicas, pero se asocia con mayor gravedad debido a su mayor flujo sanguíneo, mayor calibre vascular y elevada tasa de resangrado. Las várices gastroesofágicas tipo 2 (GOV2) y las várices gástricas aisladas del fundus (IGV1) representan las lesiones con mayor potencial hemorrágico. La inyección endoscópica de N-butil-2-cianoacrilato constituye actualmente el tratamiento de referencia para la hemorragia aguda por várices gástricas cardiofundales; sin embargo, puede asociarse a complicaciones como embolización sistémica, ulceración y resangrado. En este contexto, la obliteración guiada por ecoendoscopia mediante la combinación de coils e inyección de cianoacrilato ha surgido como una estrategia terapéutica prometedora al permitir la identificación del vaso aferente y una obliteración vascular más dirigida. Presentamos el caso de una paciente con hemorragia digestiva alta recurrente por várices gástricas tipo GOV2 tratada exitosamente mediante esta técnica.

Objetivos: Describir el tratamiento de una paciente con hipertensión portal secundaria a enfermedad vascular portosinusoidal (EVPS) y hemorragia digestiva alta por várices gástricas recurrentes. Introducción

Caso Clínico: Paciente de 21 años con EVPS, hipertensión portal (39 mmHg), trombosis crónica de la vena porta con transformación cavernomatosa y múltiples episodios de hemorragia digestiva, con antecedente de más de 20 ligaduras variceales. Debido a su anatomía portal no fue candidata a TIPS y se realizó embolización por punción esplénica. Seis meses después ingresó por hematemesis recurrente, melena, anemia (Hb 9,9 g/dl) e inestabilidad hemodinámica. La endoscopia evidenció várices esofágicas y várices gástricas con White Nipple. La ecoendoscopia permitió identificar el vaso aferente y realizar embolización con un coil de 12 mm inyección de 1 ml de Histoacryl diluido en Lipiodol, confirmando por Doppler la ausencia de flujo. Posteriormente se realizó ligadura de várices esofágicas. La evolución fue favorable, sin nuevos episodios de sangrado ni requerimientos transfusionales. Los controles endoscópicos a las 2 semanas, 1 y 3 meses demostraron desaparición de las várices gástricas. Como tratamiento definitivo de la hipertensión portal se realizó un shunt mesocava, con descenso de la presión portal a 12 mmHg y evolución clínica satisfactoria.

Conclusión: La EVPS puede ocasionar hemorragia digestiva grave pese a la au-

sencia de cirrosis. La oclusión guiada por ecoendoscopia mediante coils y N-butil-2-cianoacrilato fue una estrategia efectiva y segura para controlar el sangrado en una paciente con anatomía portal compleja, permitiendo estabilizarla hasta el tratamiento definitivo de la hipertensión portal.

POSTERS DISTINGUIDOS

Código: 0311

DRENAJE BILIAR BILATERAL MEDIANTE COLANGIOSCOPIA Y HEPATOGASTROSTOMÍA GUIADA POR ECOENDOSCOPIA EN UN TUMOR HILIAR COMPLEJO: UTILIDAD DE LA ECOENDOSCOPIA TERAPÉUTICA COMO ESTRATEGIA DE DRENAJE

Modalidad: Casos Clínicos - Poster Distinguido

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

BLANCO, Axel | FOGLINO, María Victoria | KAHN, Nicole Marie | SALVATIERRA MARIMONT, Martín Alejandro | BALDERRAMO, Domingo | CARLINO, Yanina | HIGA, Mariano

Hospital Privado Universitario de Córdoba

Introducción: La obstrucción biliar hiliar secundaria a colangiocarcinoma constituye un desafío de la endoscopia terapéutica. El drenaje biliar busca descomprimir una proporción suficiente del parénquima hepático funcional para aliviar la ictericia, reducir el riesgo de colangitis y permitir el inicio del tratamiento oncológico. Aunque la CPRE es la técnica de primera elección, el drenaje bilateral puede ser técnicamente difícil en tumores biliares complejos. En este contexto, el drenaje biliar guiado por ecoendoscopia (EUS-BD) representa una alternativa mínimamente invasiva para acceder al sistema biliar.

Objetivos: Presentar el uso combinado de colangioscopia y ecoendoscopia terapéutica para lograr un drenaje biliar bilateral efectivo en un paciente con obstrucción hiliar maligna compleja.

Caso Clínico: Paciente de 78 años con síndrome icterico obstructivo y sospecha de colangiocarcinoma hiliar. La resonancia magnética evidenció una lesión sólida de 28 mm en el hilio hepático, comprometiéndolo el conducto hepático común y la confluencia de ambos conductos, con predominio izquierdo, infiltración de la arteria hepática y adenopatías retroportales. Al ingreso presentaba bilirrubina total de 25 mg/dL, fosfatasa alcalina de 395 U/L y GGT de 272 U/L. Se realizó CPRE con colangioscopia de operador único. La colangiografía mostró estenosis del conducto hepático común con dilatación de los sistemas biliares derecho e izquierdo. La colangioscopia identificó una lesión intraductal irregular y vascularizada en el cóledoco proximal y conducto hepático común, realizándose biopsias dirigidas. Se logró drenaje del sistema derecho mediante colocación de prótesis metálica autoexpandible no cubierta de 10 × 80 mm. Ante la imposibilidad de drenaje adecuado del sistema izquierdo por CPRE, se efectuó hepatogastrostomía guiada por ecoendoscopia. Se puncionó un conducto biliar intrahepático izquierdo dilatado de 12 mm, se avanzó con guía y se creó el trayecto fistuloso con catéter de 6 Fr. Finalmente se implantó una prótesis metálica autoexpandible totalmente cubierta de 10 × 80 mm, con drenaje espontáneo de bilis hacia la cavidad gástrica.

Resultados: Se obtuvo drenaje biliar bilateral mediante drenaje transpapilar del sistema derecho y hepatogastrostomía guiada por ecoendoscopia del sistema izquierdo. El paciente evolucionó favorablemente, con descenso progresivo de la bilirrubina y normalización de los parámetros de colestasis, sin complicaciones relacionadas con el procedimiento. Posteriormente se confirmó adenocarcinoma moderadamente diferenciado compatible con colangiocarcinoma hiliar. Tras la resolución de la ictericia obstructiva, el paciente inició quimioterapia paliativa.

Conclusión: La combinación de colangioscopia y drenaje biliar guiado por ecoendoscopia constituye una estrategia eficaz para el manejo de obstrucciones biliares malignas complejas. La hepatogastrostomía guiada por ecoendoscopia permite completar el drenaje biliar cuando el acceso transpapilar es insuficiente, evitando en muchos casos el drenaje percutáneo y favoreciendo una recuperación clínica más rápida. En este caso, el drenaje bilateral permitió resolver la colestasis y posibilitar el inicio del tratamiento oncológico paliativo.

POSTERS

Código: 0009

EXTRACCIÓN ENDOSCÓPICA GUIADA CON SONDA FOLEY DE UNA GRAN PIEDRA EN ESÓFAGO INFERIOR EN UN NIÑO CON AUTISMO Y HÁBITOS DE PICA

Modalidad: Casos Clínicos - Poster

Unidad Temática: b) ENDOSCOPIA DIGESTIVA 3. Endoscopia Pediátrica

LUCERO, Néstor | LÓPEZ, Sergio | VARGAS BALAGUER, María Cecilia | ORTIZ FLORES, María Laura | FASANO COBAS, Juan Marcelo

HOSPITAL DR. GUILLERMO RAWSON

Introducción: La ingestión de cuerpos extraños representa una causa frecuente de consulta en pediatría. Sin embargo, la impactación esofágica de piedras de gran

tamaño es excepcional, particularmente cuando se localiza en el esófago distal en pacientes con trastornos del neurodesarrollo

Objetivos: 1. Describir nuestra experiencia sobre técnicas utilizadas con el fin de extraer una piedra de gran tamaño en esófago inferior de un niño.

Caso Clínico: Paciente masculino, de 8 años, peso 26 kg, con diagnóstico de trastorno del espectro autista y hábitos de pica. Consultó al servicio de urgencias por irritabilidad y episodios de vómitos. La radiografía y la tomografía computarizada evidenciaron un cuerpo extraño radioopaco redondeado en el tercio inferior del esófago, sin signos de perforación. Tras 12 horas de evolución, se realizó VEDA bajo anestesia general. Los intentos iniciales de progresión al estómago, captura con red de recuperación tipo Roth y extracción mediante combinación de balón de dilatación y asa resultaron infructuosos debido al gran tamaño y superficie lisa del objeto. Como maniobra de rescate, se utilizó una sonda Foley guiada endoscópicamente mediante asa hasta lograr su progresión distal al cuerpo extraño. Luego de insuflar cuidadosamente el balón con 5 mL de agua destilada, se efectuó tracción controlada hasta movilizar la piedra hacia hipofaringe, donde fue extraída con pinza de Magile

Resultados: El cuerpo extraño correspondió a una piedra natural redondeada de bordes lisos que medía 53 × 38 mm.

Conclusión: Los cuerpos extraños esofágicos de gran tamaño y localización distal representan un desafío para la extracción. La utilización de una sonda Foley guiada endoscópicamente puede constituir una alternativa eficaz para evitar procedimientos quirúrgicos en casos seleccionados y por equipos interdisciplinarios.

POSTERS

Código: 0011

MUCORMICOSIS GÁSTRICA INVASIVA EN PACIENTE INMUNOCOMPETENTE: REPORTE DE UN CASO CON HALLAZGOS ENDOSCÓPICOS INÉDITOS.

Modalidad: Casos Clínicos - Poster

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

LOCRET, Mercedes | POLES, Natalia | SERRANO, Diego | GAMBA, Ariel | AZCURREA, Ivana | MURTAGH, Ana Lucia | MIRETTO, Mateo | LUCHINI, Julian

HOSPITAL DE EMERGENCIAS DR CLEMENTE ALVAREZ

Introducción: La mucormicosis es una infección fúngica angioinvasiva infrecuente, causada por hongos del orden Mucorales (clase Zigomicetos). Su localización gastrointestinal representa una forma diagnóstica compleja, caracterizada por una progresión vertiginosa y una mortalidad que supera el 70% en pacientes críticos. La patogenia depende predominantemente del compromiso del sistema inmunitario, siendo excepcional su presentación en individuos jóvenes sin antecedentes mórbidos conocidos.

Caso Clínico: Paciente femenina de 22 años, sin antecedentes patológicos, ingresada en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) por shock séptico de origen gastrointestinal. La paciente presentó falla multiorgánica, incluyendo insuficiencia renal aguda en terapia de reemplazo renal, bajo ventilación mecánica invasiva y sedación profunda. Durante su evolución, bajo tratamiento empírico de amplio espectro por cultivos negativos, presentó un episodio de hemorragia digestiva alta con inestabilidad hemodinámica refractaria, requiriendo soporte vasoactivo. La endoscopia digestiva alta de urgencia reveló lesiones múltiples en cuerpo gástrico caracterizadas por depósitos filamentosos blanquecinos con aspecto de micelio micótico, rodeados de áreas ulceradas con extenso tejido fibrino-necrótico. Se procedió a la toma de biopsias dirigidas, cuya histopatología demostró hifas hialinas, cenocíticas y ramificadas en ángulo recto, con angioinvasión de la mucosa y submucosa. El cultivo microbiológico confirmó el desarrollo de Zigomicetos. Adicionalmente, el análisis molecular (PCR) de las lesiones ulceradas concomitantes fue positivo para citomegalovirus (CMV). A pesar de la instauración de terapia antifúngica dirigida y medidas de soporte intensivo, la paciente presentó un desenlace fatal a los pocos días del diagnóstico.

Resultados: La mucormicosis gástrica es una entidad de comportamiento agresivo que, clásicamente, se asocia a condiciones de inmunosupresión severa, como neoplasias hematológicas, trasplantes o diabetes mellitus descompensada. La particularidad de este caso radica en dos pilares: primero, la presentación en una paciente joven, previamente sana, desafiando el paradigma de la inmunocompetencia; y segundo, la descripción in vivo de las lesiones filamentosas mohosas, hallazgos que habitualmente se documentan únicamente en piezas de resección quirúrgica o estudios necróscopos. La coexistencia con infección por CMV sugiere un estado de inmunosupresión funcional o adquirida en el paciente crítico que debe ser objeto de mayor investigación.

Conclusión: La mucormicosis gástrica debe considerarse dentro del diagnóstico diferencial ante lesiones necróticas gástricas persistentes en pacientes en UCI, incluso en ausencia de comorbilidades previas. La endoscopia constituye la piedra angular para el diagnóstico precoz. Este reporte subraya la necesidad de un alto índice de sospecha clínica y la importancia de la correlación histopatológica inmediata, factores determinantes para reducir la elevada tasa de mortalidad asociada a esta entidad.

POSTERS

Código: 0041

ENDOSONOGRAFÍA CON PUNCIÓN BIOPSIA EN LESIONES SÓLIDAS PANCREÁTICAS: PRECISIÓN DIAGNÓSTICA E IMPLICANCIA CLÍNICA.

Modalidad: Casos Clínicos - Poster

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

LUCERO, Néstor | LÓPEZ, Sergio | VARGAS BALAGUER, María Cecilia | ORTIZ FLORES, María Laura | FASANO COBAS, Juan Marcelo

SANATORIO ALLENDE

Introducción: La endosonografía (EUS) es la técnica de referencia para la evaluación de lesiones sólidas en el páncreas. Esta herramienta permite una visualización detallada y la adquisición de muestras de tejido para análisis citológico e histológico. La técnica de biopsia guiada por USE (EUS-FNA/FNB) es mínimamente invasiva y se ha extendido ampliamente para abordar lesiones sólidas pancreáticas.

Objetivos: Evaluar la precisión diagnóstica de la biopsia por endosonografía en lesiones sólidas del páncreas, comparándola con el estándar de oro (pieza quirúrgica o seguimiento de paciente), a través del análisis de la concordancia entre ambos métodos.

Material y Métodos: Este fue un estudio retrospectivo observacional que incluyó a pacientes mayores de 18 años con diagnóstico de lesión sólida pancreática, sometidos a EUS en el Sanatorio Allende Cerro de Córdoba, Argentina, entre julio de 2018 y noviembre de 2024. El Gold Standard para confirmar el diagnóstico fue la anatomía patológica de la pieza quirúrgica o la evolución clínica durante un seguimiento mínimo de 12 meses.

Resultados: El tamaño final de la muestra fue de 90 individuos. Se obtuvo la confirmación diagnóstica (Gold Standard) por cirugía en el 23,4% de los casos y por seguimiento clínico en el 76,6%. La aguja más utilizada fue la FNB (Fine Needle Biopsy), representando el 75,3% de los procedimientos. La Exactitud Diagnóstica de la técnica fue del 93,3%. La especificidad alcanzó el 100% y la sensibilidad fue del 91,3%. Análisis por Subgrupos (FNB vs. FNA): Al comparar las dos técnicas de aguja (70 FNB y 13 FNA), la FNB demostró una precisión diagnóstica superior del 95% en comparación con el 92% de la FNA. La sensibilidad también fue mayor para FNB (94%) que para FNA (88%). Es importante destacar que la diferencia en sensibilidad no fue estadísticamente significativa ($p = 0.923$). La especificidad fue del 100% para ambos subgrupos.

Conclusiones: La endosonografía con biopsia demostró un alto rendimiento diagnóstico para las lesiones sólidas del páncreas, recomendándose como el examen de diagnóstico de elección. La FNB demostró una precisión diagnóstica superior (95% vs 92%) respecto a la FNA. Se requieren estudios prospectivos en nuestro centro para obtener resultados más concluyentes a nivel local.

POSTERS

Código: 0054

TRATAMIENTO MÍNIMAMENTE INVASIVO DEL QUISTE DE DUPLICACIÓN DUODENAL: UNA SERIE DE CASOS SOBRE LA MARSUPIALIZACIÓN ENDOSCÓPICA.

Modalidad: Casos Clínicos - Poster

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

TRIMARCO, María de Los Angeles | MICONI, Diego Gabriel | SEQUEIRA, Agustín | GARCÍA ALLENDE, Leonardo | TONN, Federico Eugenio | RASTELLI, Laureano | YAÑEZ, Carolina Daiana | BERSANO, Fernanda

Hospital Privado de Comunidad

Introducción: Los quistes de duplicación duodenal (QDD) son anomalías congénitas raras. Cuando afectan la segunda porción duodenal, su crecimiento progresivo puede comprimir la ampolla de Vater, causando obstrucción biliopancreática (pancreatitis aguda, ictericia, colangitis). El diagnóstico preoperatorio es un desafío debido a que, mediante tomografía computarizada y colangio-pancreato-resonancia magnética (TC/CPRM), pueden mimetizar un coledocoele. La ecoendoscopia (USE) es una herramienta útil para el diagnóstico de la lesión. La marsupialización endoscópica surge como una alternativa terapéutica segura frente a la resección quirúrgica.

Objetivos: Describir la experiencia en el manejo de QDD mediante marsupialización endoscópica.

Caso Clínico: Serie retrospectiva de pacientes con diagnóstico y tratamiento de QDD en un centro terciario. Se analizaron variables demográficas, presentación clínica, estudios por imágenes y endoscópicos, técnica utilizada, éxito clínico y seguimiento.

Resultados: Caso 1: Mujer de 31 años, debutó con pancreatitis aguda. La CPRM sugería coledocoele; la USE informó lesión quística proveniente de la pared duodenal con litiasis múltiple. Se realizó colecistectomía laparoscópica y marsupialización endoscópica con papilotomo de aguja, posterior biopsia con ansa. Caso 2: Mujer de 52 años, en estudio por cólico biliar. CPRM evidencia litiasis vesicular, coledocolitiasis

sis e imagen compatible con coledocoele. USE identificó lesión yuxtapapilar de 15 mm con litiasis. Se realizó colecistectomía asociada a marsupialización endoscópica y extracción de litiasis, con toma de macrobiopsia. Caso 3: Mujer de 86 años, con colangitis aguda. TC dilatación de vía biliar con coledocolitiasis. CPRE de urgencia mostró abombamiento papilar y se realizó marsupialización, drenaje de material purulento, colocación de stent y toma de macrobiopsia. En los casos presentados la histología informó epitelio enteral y la evolución de los pacientes fue favorable.

Conclusión: El QDD debe incluirse en el diagnóstico diferencial en cuadros biliopancreáticos recurrentes. La USE es un estudio valioso para diferenciarlo del coledocoele, al demostrar su origen en la pared duodenal. La marsupialización endoscópica constituye un tratamiento eficaz, con baja morbilidad, que evita cirugías duodenales complejas. A pesar del escaso número de nuestra serie, consideramos que el abordaje endoscópico es reproducible, mínimamente invasivo y seguro. A su vez, el manejo multidisciplinario es fundamental para una adecuada resolución del cuadro.

POSTERS

Código: 0076

CONCORDANCIA INTEROBSERVADOR EN LA DETECCIÓN DE LESIONES COLÓNICAS EN COLONOSCOPIA VIRTUAL

Modalidad: Casos Clínicos - Poster

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

CARRASCOSA, Patricia | CAPUNAY, Carlos

DIAGNÓSTICO MAIPÚ POR IMÁGENES Y LABORATORIO

Introducción: La colonoscopia virtual por tomografía computada (CV) depende de la interpretación del observador para la detección y caracterización de lesiones colónicas. Evaluar la reproducibilidad interobservador resulta relevante para validar la solidez diagnóstica del método.

Objetivos: Evaluar la concordancia interobservador en la detección de lesiones colónicas sobrelevadas (pólipos, masas malignas y lipomas benignos), analizando por paciente y por lesión.

Material y Métodos: Se estudiaron 1.039 estudios de CV consecutivos (73,1% mujeres; edad media 65,4 años). Se identificaron 73 pacientes (7,0%) con pólipos, 49 (4,7%) con neoplasias malignas y 6 (0,6%) con lipomas benignos. Dos observadores experimentados evaluaron las imágenes en forma ciega e independiente, y se efectuó una correlación entre ambos resultados. Para variables categóricas (presencia de pólipo por tamaño, localización de neoplasias y lipomas) se utilizó Kappa de Cohen; para el número de pólipos por paciente y por lesión, tratado como variable numérica de conteo, se emplearon Pearson, Spearman, el coeficiente de correlación intraclass (ICC) y Bland-Altman, discriminando por tamaño (<5 mm, 6-9 mm y >10 mm).

Resultados: En los 73 pacientes con pólipos, el observador 1 identificó 129 pólipos y el observador 2, 124. La concordancia del conteo total por paciente fue excelente (Pearson $r=0,922$; Spearman $p=0,893$; ICC=0,920; IC95%: 0,88-0,95). Bland-Altman mostró un sesgo medio de $-0,07$ pólipos, con límites de acuerdo de $\pm 0,88$. La concordancia según el tamaño de los pólipos fue muy alta a perfecta (Kappa=0,884 para <5 mm; 1,000 para 6-9 mm y 1,000 para >10 mm). La detección de las 49 neoplasias malignas y los 6 lipomas benignos mostró concordancia absoluta (Kappa=1,00).

Conclusiones: En una cohorte consecutiva de 1.039 estudios de CV, la concordancia interobservador en lesiones colónicas sobrelevadas fue alta a excelente, siendo perfecta para neoplasias malignas, lipomas benignos y pólipos ≥ 10 mm. Como limitación, al no contar con colonoscopia óptica como gold standard, este análisis mide concordancia entre observadores, no exactitud diagnóstica individual. Estos hallazgos respaldan la robustez y reproducibilidad de la CV como método diagnóstico.

POSTERS

Código: 0084

ESOFAGITIS NECROTIZANTE AGUDA - SERIE DE CASOS

Modalidad: Trabajos Científicos - Poster

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

GIORGIO, Francisco Teodoro | MAHER, Manuel | MANCINI, María Del Pilar | BERGIOLI CARRASCO, María Antonella | VELAZQUEZ, Antonella Andrea | MARCO-LONGO, Mariano

Hospital Italiano

Introducción: La esofagitis necrotizante aguda (ENA), es una entidad infrecuente caracterizada por necrosis circunferencial de la mucosa esofágica, el compromiso suele ser distal y habitualmente está asociada a estados de hipoperfusión sistémica. La evidencia disponible proviene principalmente de series retrospectivas, debido a lo infrecuente de su presentación. Hasta el momento, los datos locales de esta entidad son escasos.

Objetivos: Describir las características clínicas, endoscópicas, terapéuticas y evo-

lutas de los pacientes con diagnóstico de esofagitis necrotizante aguda atendidos en un hospital de alta complejidad.

Material y Métodos: Se realizó un estudio de corte transversal, se analizaron las historias clínicas electrónicas de todos los casos con diagnóstico endoscópico de ENA en el periodo comprendido entre 2014 y 2026. Se analizaron las variables demográficas, comorbilidades, formas de presentación, hallazgos endoscópicos, tratamiento y evolución.

Resultados: Entre 2014 y 2026 se realizaron 239.067 endoscopias digestivas altas (VEDA), identificándose 10 casos de ENA, lo que representa una incidencia del 0,0042% (4,18 casos por 100.000 VEDA). La mediana de edad fue de 73,5 años (RIC: 63,8-79,8) y el 80% correspondió a varones. En todos los casos la forma de presentación fue hemorragia digestiva alta (hematemesis 5; melena 3; débito hemático por sonda nasogástrica 2). Todos presentaban comorbilidades; las más frecuentes fueron tabaquismo activo o previo (60%), hipertensión arterial (60%), cardiopatía (40%), neoplasia activa (30%) y diabetes mellitus (30%). Seis pacientes presentaron inestabilidad hemodinámica con requerimiento de vasopresores, nueve ingresaron a cuidados intensivos y cinco requirieron asistencia respiratoria mecánica. El compromiso endoscópico afectó los dos tercios distales o la totalidad del esófago en todos los casos; en el 30% comprometió todo el órgano. Tres pacientes presentaron hallazgos endoscópicos concomitantes (hernia hiatal, úlceras duodenales o pólipos). Nueve recibieron inhibidores de la bomba de protones en altas dosis y dos, además, sucralfato. Se realizó VEDA de control en cuatro pacientes, con resolución endoscópica completa en todos. La mortalidad a 90 días fue del 50%, atribuible en todos los casos a las enfermedades de base.

Conclusiones: La esofagitis necrotizante aguda constituye una entidad poco frecuente que se presenta principalmente en pacientes varones, críticamente enfermos, con múltiples comorbilidades y cuya forma de presentación es la hemorragia digestiva alta. El reconocimiento precoz de sus hallazgos endoscópicos, junto con el tratamiento intensivo de la enfermedad de base y las medidas de sostén, resultan fundamentales para su manejo. La mortalidad es elevada debido al estado crítico que suelen presentar los pacientes con ésta condición.

POSTERS

Código: 0085

LOS REPAROS ANATÓMICOS SUBESTIMAN LA EXTENSIÓN NECESARIA DE LA MIOTOMÍA EN EL POEM: EL ROL DEL FLIP INTRAOPERATORIO

Modalidad: Trabajos Científicos - Poster

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

LLAMOSAS, María Clara | SABA ZOTTO, Federico | SOLINAS, David | NACHMAN, Fabio | RAMÍREZ, Mauricio | NIEPONICE, Alejandro

Fundación Favaloro

Introducción: En la miotomía peroral endoscópica (POEM), la extensión de la miotomía se determina por reparos anatómicos (RA) sujetos a variabilidad intersubjetiva. Sin embargo, no existe evidencia sólida de que alcanzarlos garantice una distensibilidad esofagológica adecuada. La planimetría por impedancia (FLIP) permite cuantificar el índice de distensibilidad (ID) en tiempo real, aportando información funcional objetiva que los RA no proveen.

Objetivos: El objetivo primario fue determinar la proporción de pacientes en quienes los RA resultan insuficientes para alcanzar un $ID \geq 3 \text{ mm}^2/\text{mmHg}$ durante el POEM. Como objetivos secundarios, se exploró su asociación con los resultados clínicos al año (Eckardt Score (ES), necesidad de dilatación, esofagitis) comparados con una cohorte control guiada exclusivamente por RA.

Material y Métodos: Se analizaron retrospectivamente 2 grupos de 24 pacientes: un grupo fue guiado por RA y el otro por RA más FLIP. Ambos grupos presentaron características basales similares. En el grupo FLIP, se midieron distensibilidad y presión intra-balón antes y después de alcanzar RA. Si el índice de distensibilidad (ID) era $< 3 \text{ mm}^2/\text{mmHg}$, se extendía la miotomía lateral o distalmente hasta superar dicho umbral. Al año de la intervención, se midieron en ambos grupos: ES, necesidad de dilatación y presencia de esofagitis. El análisis estadístico se realizó con software R (v. 4.5.3). La comparación en extensión de miotomía se evaluó con test binomial exacto. Las variables categóricas se analizaron con test de Fisher. Las continuas, con test t de Student. Se consideró estadísticamente significativo un $p < 0.05$; intervalos de confianza al 95%.

Resultados: El 58% de los pacientes (14/24) presentó $ID < 3 \text{ mm}^2/\text{mmHg}$ al alcanzar los RA, requiriendo extensión de la miotomía en todos ellos. El ID inicial promedio fue $1,2 \text{ mm}^2/\text{mmHg}$ (DE=0,4); tras la extensión, $5,1 \text{ mm}^2/\text{mmHg}$ (DE=1,1). La extensión adicional promedio fue de 1,5 cm (rango 1–3 cm). El ES al año fue 1,96 (DE=1,39) en el grupo RA vs. 1,38 (DE=1,24) en el grupo FLIP ($p=0,13$). La tasa de dilatación fue 20,8% vs. 8,3% respectivamente ($p=0,42$). Esofagitis A/B: 8,3% (2/24 y 2/24), C: 4,17% (1/24, sólo grupo RA).

Conclusiones: En la mayoría de los pacientes, no fue suficiente alcanzar los reparos anatómicos durante el POEM para garantizar una distensibilidad adecuada. El uso de FLIP intraoperatorio permitió identificar y corregir esta diferencia en tiempo real. La tendencia a una menor necesidad de dilatación al año en el grupo FLIP es consistente con estos hallazgos. Se requieren más estudios prospectivos con mayor tamaño muestral.

POSTERS

Código: 0106

EFFECTIVIDAD DEL BALÓN INTRAGÁSTRICO EN EL TRATAMIENTO DE LA OBESIDAD

Modalidad: Trabajos Científicos - Poster

Unidad Temática: b) ENDOSCOPIA DIGESTIVA 4. Endoscopia Miscelánea

GIUDICE, María Lucia | BACIGALUPO, Delfina María | FIRVIDA, Sofía | PARDO, Bárbara Eugenia | ESCOBAR, Rafael

Sanatorio Julio Mendez

Introducción: La obesidad es una enfermedad de alta prevalencia mundial que afecta aproximadamente al 40 % de los adultos, con una proyección cercana al 50 % para 2030. Su tratamiento incluye modificaciones del estilo de vida, terapia farmacológica y procedimientos endoscópicos o quirúrgicos. Entre las alternativas endoscópicas, el balón intragástrico (BIG) constituye una estrategia eficaz para favorecer la pérdida de peso en combinación con las modificaciones del estilo de vida. Además, se asocian con mejoría de parámetros metabólicos, incluyendo reducción de hemoglobina glicosilada (HbA1c), perfil lipídico y transaminasas hepáticas, y mejoría o remisión de comorbilidades asociadas a la obesidad. El BIG demostró proporcionar una pérdida de peso clínicamente significativa y sostenida, con baja incidencia de complicaciones y la ventaja de poder aplicarse a una población más amplia en comparación con otras alternativas terapéuticas.

Objetivos: Analizar y describir el porcentaje de pérdida de peso, la mejoría de parámetros metabólicos y los efectos adversos más frecuentes en pacientes con obesidad tratados con BIG.

Material y Métodos: Estudio observacional, retrospectivo y descriptivo donde se incluyeron pacientes con obesidad tratados con BIG, entre mayo del 2022 a junio del 2026.

Resultados: Se incluyeron 15 pacientes, 14 sexo femenino y 1 masculino. Edad promedio de 49 años. El peso promedio al inicio fue de 96,8 kg y el índice de masa corporal (IMC) promedio $37,7 \text{ kg/m}^2$. El promedio de permanencia del balón fue de 31,3 semanas, con un mínimo de 1,9 y máximo de 50. Se excluyeron pacientes que tuvieron una permanencia de BIG menor a 4 semanas y los que aún continúan en tratamiento. Se evidenció un promedio de pérdida de peso de 10,3 kg, con un promedio de porcentaje de pérdida de peso de 8,03% y un IMC final promedio de $34,8 \text{ kg/m}^2$. El principal motivo de retiro fue la obtención del objetivo de peso en 7 pacientes (46%), intolerancia en 2 (13,3%), falta de adherencia al tratamiento en 2 (13,3%) y 1 (6,6%) por colecistitis aguda, 3 pacientes continúan en tratamiento. Los efectos adversos inmediatos fueron náuseas y vómitos en 12 pacientes (80%) y dolor abdominal en 7 (46%). Se analizó el perfil lipídico, hepatograma y HbA1c. La HbA1c, descendió un promedio de 7,7%. Se observó un descenso global de las transaminasas hepáticas y descenso de colesterol total promedio del 26,9%, del LDL en un 43,5%, triglicéridos en un 16,56% y aumento de HDL en un 9,3%.

Conclusiones: El porcentaje de descenso de peso, así como las modificaciones en los parámetros metabólicos, respaldan el uso de los BIG como una alternativa terapéutica eficaz y segura.

POSTERS

Código: 0107

SÍNDROME DE BOERHAAVE: ABORDAJE ENDOSCÓPICO PARA EL CIERRE DE PERFORACIÓN ESOFÁGICA

Modalidad: Casos Clínicos - Poster

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

GIUDICE, María Lucia | BACIGALUPO, Delfina María | FIRVIDA, Sofía | PARDO, Bárbara Eugenia | ESCOBAR, Rafael

Sanatorio Julio Mendez

Introducción: El síndrome de Boerhaave es la perforación espontánea y transmural del esófago secundaria a un aumento brusco de la presión intraesofágica, principalmente manifestada por vómitos intensos. Se presenta con la tríada de Meckler (dolor torácico, vómitos y enfisema subcutáneo). Es una entidad infrecuente, de elevada morbilidad y mortalidad; el diagnóstico se basa en estudios por imágenes y videoendoscopia digestiva alta (VEDA). El tratamiento combina estabilización hemodinámica, antibióticos, drenaje de colecciones y cierre del defecto mediante cirugía o técnicas endoscópicas.

Objetivos: Presentar un caso de síndrome de Boerhaave y los distintos abordajes endoscópicos para el cierre de la perforación esofágica.

Caso Clínico: Varón de 59 años, con cuadro clínico de vómitos alimentarios posteriores a comida copiosa y dolor abdominal generalizado. Examen físico: enfisema subcutáneo. Tomografía: extravasación de contraste oral desde el esófago hacia la cavidad pleural. Laparotomía exploratoria con abordaje mediastinal: lavados, drenaje y colocación de tubo de avenamiento pleural. VEDA: dos desgarreros longitudinales de 3 cm en tercio distal del esófago (horas 8 y 12) y un tercer defecto de 3 cm en la pared anterior con tejido fibrótico y restos alimentarios (Imagen 1). Se coloca stent metálico totalmente cubierto. Imagen 1 - VEDA inicial,

perforación esofágica Ante la presencia de débito purulento por los drenajes se coloca terapia de vacío endoscópico (VAC) intrastent. Debido a la persistencia de la fístula, se retira stent y se realizan recambios semanales de VAC asociados a reavivamiento de los bordes con coagulación por argón plasma, logrando el cierre de dos defectos. Finalmente, se utiliza un sistema de sutura endoscópica X-Tack® sobre la fístula remanente, asociado a VAC. VEDA control a los siete días confirma el cierre de la perforación.

Resultados: El síndrome de Boerhaave requiere un diagnóstico precoz y un tratamiento oportuno. La evidencia disponible en el manejo endoscópico de las perforaciones esofágicas muestra mejores resultados mediante el cierre del defecto asociado al drenaje adecuado de las colecciones. En los últimos años, las estrategias endoscópicas, como las prótesis esofágicas, el VAC y los sistemas de sutura endoscópica, han surgido como alternativas terapéuticas para el cierre de las perforaciones esofágicas. Si bien las prótesis esofágicas representan la técnica con mayor evidencia, la terapia de vacío ha mostrado resultados favorables, especialmente en fugas anastomóticas, mientras la sutura endoscópica se recomienda principalmente para defectos secundarios a procedimientos endoscópicos o dehiscencias postquirúrgicas, con escasa experiencia en el cierre de perforaciones.

Conclusión: En este caso, el uso secuencial y combinado de distintas técnicas endoscópicas permitió el cierre exitoso de una perforación esofágica compleja, constituyendo una alternativa mínimamente invasiva en pacientes seleccionados.

POSTERS

Código: 0109

MORFOLOGÍA DE LA AMPOLLA DE VATER Y SU ASOCIACIÓN CON CANULACIÓN BILIAR DIFÍCIL, CONDUCTAS TERAPÉUTICAS Y EVENTOS ADVERSOS POSTERIORES: RESULTADOS DE UNA COHORTE PROSPECTIVA EN 100 PROCEDIMIENTOS

Modalidad: Trabajos Científicos - Poster

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

AVEIGA CEDEÑO, Leonardo Andres | PUGA-TEJADA, Miguel | CAMPOMENOSI, Federico | FACCIUTO, Leandro | TOPOR, Iván | HENSEL, Alejandro | DE MARÍA, Julio César | MALAGA, Ignacio | GUIDI, Martín | MATANÓ, Raúl

HOSPITAL DE ALTA COMPLEJIDAD EN RED EL CRUCE - DR. NÉSTOR CARLOS KIRCHNER

Introducción: La canulación biliar difícil es aquella con una demora mayor a cinco minutos, más de cinco intentos de canulación biliar o más de un intento inadvertido de canulación del Wirsung. La morfología de la ampolla de Vater se relaciona con la dificultad técnica de la canulación biliar durante la colangiopancreatografía retrógrada endoscópica (CPRE) y podría influir en el procedimiento y eventos adversos (EA) posteriores.

Objetivos: Establecer la asociación entre las distintas morfologías de la ampolla de Vater, tipo I – IV y yuxtadiverticular, y la dificultad de canulación biliar, conducta terapéutica durante la CPRE y EA posteriores.

Material y Métodos: Estudio de cohorte prospectivo. De enero a agosto del 2024 se incluyó todo paciente derivado para CPRE. Se excluyó aquellos con vía biliar instrumentada, menores de edad o embarazadas. Durante la duodenoscopia, un endoscopista experto describió y fotodocumentó la morfología de la ampolla de Vater según la clasificación de Haraldsson. Aquellas papilas intra- o yuxtadiverticular (Boax I o II), fueron categorizadas en un quinto grupo. Se documentó el tiempo de canulación, número de intentos de canulación biliar o inadvertidas del Wirsung, y EA inmediatos. Mediante un seguimiento telefónico se registró EA a las 24 horas y 30 días post-CPRE.

Resultados: Se incluyó 100 casos (mediana de edad de 45 años, 66 mujeres). Se identificó una morfología tipo I en 34 casos, II en 16, III en 21, IV en 20 y yuxtadiverticular en 9. La mediana de edad fue significativamente mayor en el tipo IV (50 años), y yuxta-diverticular (62 años; $p=0.003$). La mediana del tiempo de canulación fue de 02 minutos con 21 segundos, siendo significativamente más prolongado en el tipo II (03:09) y IV (02:58; $p=0.0184$). En estos grupos hubo más casos con tiempo de canulación mayor a cinco minutos, 37.5% y 25%, respectivamente; cuando en toda la muestra fue del 22%. Si bien hubo una tendencia a mayores intentos de canulación biliar o canulaciones inadvertidas del Wirsung, esto no mostró diferencia significativa entre las distintas morfologías. Mediante una regresión gamma se determinó que la papila tipo II prolonga significativamente en 02:58 ($p=.018$) la demora en la canulación biliar, en comparación al tipo I. Se realizó precorte en 21 casos, en 2 colangioscopia, en 2 litotripsias, en 20 dilatación y en 16 colocación de prótesis biliar; sin diferencia significativa para con la morfología. Es importante recalcar que en 4 casos se identificó estenosis papilar, 3/4 tipo II ($p=.0422$). Hubo algún EA en 10 casos (5 pancreatitis, 1 colangitis, 2 perforaciones, y 1 sangrado) sin diferencia significativa entre los tipos de morfología ($p=0.920$). Persistió algún EA en 6 casos a las 24 horas, y en 3 a los 30 días. En dos casos hubo litiasis residual.

Conclusiones: La morfología de la ampolla de Vater se asocia con el tiempo requerido para la canulación biliar, así como la presencia de estenosis papilar, sin ninguna relación para con una mayor tasa de EA. Estos hallazgos sugieren un valor descriptivo y de planificación técnica más que un rol pronóstico definitivo sobre la seguridad del procedimiento.

POSTERS

Código: 0132

EXPERIENCIA INICIAL DE GASTROPLASTIA ENDOSCOPICA EN UN CENTRO TERCER NIVEL.

Modalidad: Trabajos Científicos - Poster

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

MARCOLONGO, Mariano | ALLENDE, Marina | BOTTARI, Romina Vanesa

Hospital Italiano

Introducción: La obesidad es una enfermedad multifactorial y progresiva que constituye un creciente problema de salud pública a nivel mundial. La gastroplastia endoscópica en manga es un nuevo procedimiento endoscópico desarrollado como opción mínimamente invasiva para el tratamiento de la obesidad.

Objetivos: Describir nuestra experiencia inicial en el tratamiento de la obesidad mediante la realización de la gastroplastia endoscópica en manga.

Material y Métodos: Se reclutaron en forma consecutiva 10 pacientes (7F/3M; edad media 51 años; rango: 37 - 72) e IMC basal de 37,4 kg/m² (rango: 30 - 50,7) asistidos en el Hospital Italiano de Buenos Aires desde noviembre de 2024 hasta noviembre de 2025. Se incluyeron pacientes con un IMC de 30 Kg/m² o superior, fracaso de la dieta y el ejercicio y al menos un intento fallido de descenso de peso con agonistas GLP-1 o que no desean someterse a una cirugía. Los procedimientos fueron realizados con el sistema de sutura endoscópica OverStitch™ bajo anestesia general con intubación orotraqueal.

Resultados: La totalidad de los procedimientos se realizaron con éxito técnico. El tiempo medio de los procedimientos fue de 47 minutos (rango 35 a 65). Las plicaturas se realizaron en forma continua con un promedio de 4 a 5 suturas por procedimiento que incluyó un rango de 10 a 14 bites. No se registraron complicaciones intraoperatorias. Al año de seguimiento los pacientes mantuvieron la pérdida de peso alcanzada sin evidencia de reganancia ponderal durante el período evaluado.

Conclusiones: En nuestra experiencia inicial la gastroplastia endoscópica en manga para el tratamiento de la obesidad es factible y segura.

POSTERS

Código: 0144

MÁS ALLÁ DE LA HIPERTENSIÓN PORTAL: DIVERTÍCULO DE MECKEL COMO CAUSA DE SANGRADO DIGESTIVO RECURRENTE EN UN ADULTO TRASPLANTADO

Modalidad: Casos Clínicos - Poster

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

LOMBARDI ALVAREZ, Abigail | SEQUEIRA, Agustín | MICONI, Diego Gabriel | RASTELLI, Laureano | TONN, Eugenio Federico | YAÑEZ, Carolina | GARCÍA ALLENDE, Leonardo | CANEPA, Enrique

Hospital Privado de Comunidad

Introducción: El sangrado digestivo de origen oscuro (SDOO) en pacientes receptores de trasplante de órgano sólido impone una complejidad diagnóstica extrema. En este escenario clínico, el sesgo de anclaje suele orientar la sospecha hacia complicaciones quirúrgicas inmediatas, como el sangrado del lecho o dehiscencias anastomóticas, o a la persistencia de lesiones por hipertensión portal. La exclusión sistemática de estas causas prevalentes es mandatoria antes de considerar etiologías congénitas infrecuentes, las cuales pueden manifestarse de forma atípica por el estrés quirúrgico o la terapéutica instaurada.

Objetivos: Describir la presentación clínica y el algoritmo diagnóstico de un caso de hemorragia digestiva por divertículo de Meckel en un paciente cursando postrasplante hepatorenal inmediato, destacando la utilidad de la cápsula endoscópica y el SPECT/TC en la resolución del cuadro.

Caso Clínico: Varón de 57 años con antecedentes de cirrosis alcohólica, hipertensión portal, poliquistosis renal en hemodiálisis crónica y cardiopatía isquémica. Se realizó trasplante hepatorenal que presentó complicaciones precoces: sangrado intraoperatorio, trombosis de la vena renal (con pérdida del injerto) y trombosis de la arteria hepática, requiriendo reintervención para trombectomía y colocación de packing abdominal. Al mes del trasplante, el paciente presentó melena y proctorragia. Se inició infusión de octreótido y se realizaron videoendoscopia digestiva alta y baja, que solo evidenciaron diverticulosis colónica y contenido hemático en íleon terminal, sin identificar el sitio de sangrado activo. Ante un nuevo episodio con caída de 3% en el hematocrito y plaquetopenia de 58.000/mm³, y tras una angiotomografía y gammagrafía negativas, se realizó una cápsula endoscópica. Este estudio identificó angiodisplasias diminutas en yeyuno y, a nivel de la unión yeyuno-ileal, un área de mucosa vellosa sugestiva de divertículo de Meckel o neoplasia. Se procedió a una gammagrafía con Tc-99m (SPECT/TC); a los 10 minutos de seguimiento se registró un aumento focal de la captación del trazador en hipogastrio. Las imágenes fusionadas con TC confirmaron un área focal hipercaptante en proyección de asas yeyunales, compatible con mucosa gástrica ectópica.

Resultados: Se decidió el abordaje quirúrgico mediante laparoscopia exploradora y enteroscopia intraoperatoria, técnica que permitió la localización exacta de la lesión y confirmó la presencia del divertículo. Se realizó una enterectomía con anastomosis entero-entérica manual. El estudio histopatológico ratificó el diagnóstico. El paciente evolucionó favorablemente, lográndose el cese definitivo de la hemorragia gastrointestinal sin recurrencias en el seguimiento posterior, a pesar de la pérdida previa del injerto renal.

Conclusión: El divertículo de Meckel se comporta como un "gran simulador" en el adulto, pudiendo debutar incluso en contextos de alta complejidad como el postrasplante. En pacientes con SDOO y estudios convencionales negativos, la cápsula endoscópica y el SPECT/TC resultan herramientas fundamentales para diferenciar distractores de la verdadera fuente hemorrágica, permitiendo una resolución quirúrgica definitiva y exitosa.

POSTERS

Código: 0159

ECTASIA VASCULAR ANTRAL GÁSTRICA (GAVE): TRATAMIENTO CON LIGADURA

Modalidad: Casos Clínicos - Poster

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

PEDROSA, Larissa | LAUDANNO, Oscar Miguel Oreste | LAFAGE, Matias | DI DONATO, Belen | AMAYA MENDOZA, Deiler | AULAR, Daniela

INSTITUTO DE INVESTIGACIONES MÉDICAS ALFREDO LANARI, UNIVERSIDAD DE BUENOS AIRES

Introducción: La ectasia vascular antral gástrica (GAVE) se caracteriza endoscópicamente por bandas longitudinales rojizas radiales desde el píloro ("estómago en sandía") o difusas ("panal de abejas"). Histológicamente: hiperplasia superficial de la mucosa antral y fibromuscular de la lámina propia, ectasia capilar y trombosis focal. Representa el 4% de las hemorragias digestivas altas no variceales. Se asocia a cirrosis (30%) y enfermedades autoinmunes (60%). El tratamiento de primera línea es endoscópico con APC, aunque recientemente se recomienda la ligadura con bandas por requerir menos cantidad de sesiones, con menor recidiva.

Objetivos: Describir un caso de ectasia vascular antral gástrica (GAVE) tratado exitosamente con ligadura endoscópica con bandas. Destacar esta técnica como alternativa eficaz y accesible a la coagulación con argón plasma en el manejo de esta patología infrecuente.

Caso Clínico: Paciente femenina, de 75 años de edad. Consulta por anemia crónica. Antecedentes de artritis psoriásica en tratamiento con secukinumab, parkinsonismo, esteatosis hepática leve con doppler hepático sin signos de HTP, tiroiditis, depresión, TBC pulmonar tratada y tabaquismo activo (11 paq/año). Hallazgos endoscópicos: VEDA 10/12/25: Ectasia vascular antral con máculas rojizas lineales confluentes hacia el píloro, compatibles con GAVE. Se decide tratamiento endoscópico con ligadura con bandas el 04/02/26. La paciente evolucionó con dolor en la semana posterior al procedimiento, que se autolimitó.

Resultados: En controles posteriores al procedimiento la paciente no presentó sangrado digestivo evidente, ni caída de hematocrito ni de hemoglobina, interpretándose como éxito terapéutico.

Conclusión: La ligadura con bandas endoscópicas ha demostrado ser superior a la coagulación con argón plasma para el tratamiento de la ectasia vascular del antrum gástrico (GAVE), con mayor tasa de erradicación, menor recurrencia de sangrado y menos sesiones requeridas. En promedio de necesita 2.4 sesiones de ligadura con aproximadamente 15.1 bandas por paciente. La diferencia entre pre y post tratamiento con ligadura es de 1.5 g/dl de hemoglobina en el post y reduce significativamente las necesidades transfusionales y las hospitalizaciones. Esto se explica debido a que la ligadura alcanza estructuras vasculares en la mucosa profunda y la submucosa, a diferencia de la coagulación superficial tradicional. No hay diferencia estadísticamente significativa en la tasa de eventos adversos. En conclusión el tratamiento endoscópico (APC o banding) es de primera línea. Este caso aporta un caso de GAVE en una institución de la universidad pública, con buena respuesta al tratamiento con ligadura.

POSTERS

Código: 0160

COLONOSCOPIA ASISTIDA POR AGUA VERSUS INSUFLACIÓN CON DIÓXIDO DE CARBONO: DETECCIÓN DE PÓLIPOS, INTUBACIÓN CECAL, CALIDAD DE PREPARACIÓN Y TIEMPOS DEL PROCEDIMIENTO

Modalidad: Trabajos Científicos - Poster

Unidad Temática: b) ENDOSCOPIA DIGESTIVA 1. Endoscopia Diagnóstica • Colon
BERNUÉS, Juan Esteban | ESTEVES, Sebastián | TRIMARCO, Maria de Los Angeles | YONAMINE, Karina

Cmic

Introducción: La colonoscopia es el método de referencia para prevenir y diagnosticar neoplasias colorrectales. El dióxido de carbono (CO₂) mejora la tolerancia respecto al aire; la colonoscopia asistida por agua surgió para reducir bucles y facilitar la limpieza mucosa. La evidencia comparativa directa entre ambas técnicas es aún heterogénea.

Objetivos: Comparar la indicación, tasa de detección de pólipos, éxito de intubación cecal, calidad de preparación colónica y tiempos operatorios entre colonoscopia asistida por agua e insuflación con CO₂.

Material y Métodos: Estudio observacional, comparativo y prospectivo sobre 68 procedimientos realizados por dos operadores expertos, asignados alternativamente a colonoscopia asistida por agua (n=34) o insuflación con dióxido de carbono (n=34). En la primera, la inserción se realizó con infusión de agua y en la segunda bajo insuflación de CO₂; la retirada se completó en ambos grupos con insuflación gaseosa del mismo gas mencionado. La detección de pólipos se definió como al menos uno resecado. La intubación cecal se confirmó por visualización de la válvula ileocecal y el orificio apendicular, con fotodocumentación. La preparación colónica se valoró con la escala de Boston. Se utilizó la prueba t de Student o de Mann-Whitney para comparar variables continuas según su distribución (evaluado por Shapiro-Wilk), y Chi-cuadrado o Fisher para variables categóricas (p<0,05 significativo).

Resultados: La edad promedio fue similar entre grupos (56,7 años en agua vs. 57,6 en CO₂ p=0,79), al igual que el sexo femenino (64,7% vs. 55,9%; p=0,62). No hubo diferencias significativas en las indicaciones (screening: 50,0% vs. 47,1%; control de pólipos/mucosectomía: 26,5% vs. 20,6%; sintomáticos/otros: 23,5% vs. 32,3%; p=0,73) (Tabla 1). La detección de pólipos fue mayor en la inserción bajo agua que con CO₂ (73,5% [IC 95%: 56,9-85,4] vs. 55,9% [IC 95%: 39,5-71,1]; p=0,13). La intubación cecal alcanzó el 100% en ambos, sin diferencias en la escala de Boston (mediana 9 [RIC: 9-9] en ambos; p=0,85). El tiempo al ciego fue mayor con agua (mediana 4,5 min [RIC: 4,0-5,0]) que con CO₂ (mediana 3,7 min [RIC: 2,5-4,0]; p=0,006), sin diferencias en la retirada (mediana 8,8 vs. 7,0 min; p=0,08).

Conclusiones: La colonoscopia asistida por agua mostró una tendencia clínicamente relevante hacia mayor detección de pólipos, con tasas de intubación, indicación y calidad de preparación equivalentes al CO₂, aunque con un tiempo de inserción mayor. No obstante, la asignación alternante no aleatorizada, el diseño unicéntrico y el tamaño muestral limitado restringen el poder estadístico para demostrar significancia. Se requieren ensayos clínicos aleatorizados y multicéntricos para confirmar el verdadero impacto de esta técnica.

POSTERS

Código: 0163

LESIONES COLORRECTALES CON INVASIÓN SUBMUCOSA... OPERAR O RESECAR: ¿CÓMO DEFINIR LA CUESTIÓN?

Modalidad: Casos Clínicos - Poster

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

RIZZI, Bruno | FABBRO, Gabriel | GARCÍA, Magdalena | ZÚÑIGA, Andrés | ALMARAZ, Marianella | PALMA, Agustina | BEZZONI, Pablo | MOAVRO, Damian | GARABENTO, Leonardo | CORREA, Gustavo | BALDONI, Fernando | TUFARE, Francisco | YANTORNO, Martín

HIGA San Martín La Plata

Introducción: El manejo del carcinoma colorrectal T1 ha evolucionado desde un enfoque predominantemente quirúrgico hacia una estrategia basada en la estratificación histopatológica del riesgo de metástasis ganglionares. La ausencia de factores de alto riesgo, como invasión linfovascular, pobre diferenciación, tumor budding o invasión submucosa profunda, permite considerar la resección endoscópica como tratamiento curativo en pacientes seleccionados. La resección en bloque mediante disección submucosa endoscópica posibilita una adecuada evaluación anatomopatológica y la toma de decisiones terapéuticas.

Objetivos: Presentar el caso de un adenocarcinoma colorrectal T1 de bajo riesgo tratado mediante disección submucosa endoscópica, destacando la importancia de la estratificación histológica para evitar tratamiento quirúrgico adicional.

Caso Clínico: Paciente femenina de 67 años, sin antecedentes de relevancia, derivada por alteración del hábito evacuatorio. La videocolonoscopia evidenció una lesión de crecimiento lateral no granular, subtipo pseudodeprimido, de 30 mm, localizada en colon transverso. La caracterización mediante magnificación y cromoscopia virtual mostró un patrón JNET 2B y Kudo VI, compatible con sospecha de invasión submucosa superficial, por lo que se indicó disección submucosa endoscópica con intención terapéutica y diagnóstica. Durante el procedimiento se evidenció fibrosis submucosa F1-F2 y se realizó una disección submucosa convencional, logrando la resección en bloque de la lesión. La pieza fue fijada y remitida para evaluación anatomopatológica completa.

Resultados: La disección submucosa endoscópica permitió la resección completa en bloque, sin complicaciones intraprocedimiento ni eventos adversos posteriores. El estudio anatomopatológico evidenció un adenocarcinoma invasor originado en adenoma tubular con displasia de alto grado, moderadamente diferenciado, con profundidad de invasión submucosa menor a 1000 µm, sin invasión linfovascular ni perineural y ausencia de tumor budding. Los márgenes de resección fueron negativos, con margen lateral mínimo de 2 mm y margen profundo de 1 mm. De acuerdo con los criterios histológicos vigentes, la lesión fue clasificada como carcinoma colorrectal.

tal T1 de bajo riesgo, considerándose la resección endoscópica como tratamiento curativo, por lo que no se indicó cirugía complementaria y se decidió seguimiento endoscópico.

Conclusión: La estratificación histopatológica del carcinoma colorrectal T1 permite identificar pacientes candidatos a tratamiento endoscópico definitivo. En casos seleccionados, la resección endoscópica en bloque puede constituir un tratamiento curativo, evitando cirugía complementaria cuando se cumplen criterios histológicos de bajo riesgo. Este caso destaca la importancia de la evaluación anatomopatológica exhaustiva en la toma de decisiones terapéuticas.

POSTERS

Código: 0165

VÁRICES ESOFÁGICAS: SESIONES DE LIGADURA ENDOSCÓPICA NECESARIAS PARA LA ERRADICACIÓN

Modalidad: Trabajos Científicos - Poster

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

CÁRDENAS CÁRDENAS, Daniel Fernando | BACIGALUPO, Delfina Maria | DI DOMÍNICO, Diego Salvador | ESCOBAR, Rafael

Sanatorio Julio Mendez

Introducción: La hipertensión portal representa la principal complicación hemodinámica de la cirrosis hepática y constituye el mecanismo fisiopatológico responsable del desarrollo de várices esofágicas. La hemorragia variceal es una de las complicaciones más graves de la enfermedad hepática avanzada, asociada a elevada morbilidad y riesgo de resangrado; para lo cual la ligadura endoscópica con bandas ha demostrado ser una estrategia eficaz tanto en la profilaxis primaria como secundaria del sangrado variceal; sin embargo, existe escasa información regional respecto al número de sesiones necesarias para alcanzar la erradicación de las várices y los factores que pueden influir en el proceso.

Objetivos: Evaluar el número de sesiones de ligadura endoscópica requeridas para la erradicación de várices esofágicas en pacientes con cirrosis hepática.

Material y Métodos: Se realizó un estudio observacional, retrospectivo y descriptivo en el Sanatorio Dr. Julio Méndez, con datos comprendidos desde enero del 2020 a mayo del 2026. Se incluyeron pacientes mayores de 18 años con cirrosis hepática sometidos a ligadura endoscópica de várices esofágicas que lograron la erradicación durante el seguimiento, definida como várices menores a 5mm y que desaparecen con la insuflación. Se excluyeron várices esofágicas secundarias a etiología no cirrótica. Se evaluaron variables demográficas, etiología de la cirrosis, número de sesiones requeridas e intervalo entre procedimientos.

Resultados: Se incluyeron 39 pacientes, el 33% eran mujeres y el 67% hombres, con un promedio de edad de 65 años. El número promedio de sesiones necesarias para alcanzar la erradicación fue de $3,13 \pm 1,26$, con una mediana de 3 sesiones y un rango de 2 a 7 procedimientos. El intervalo promedio entre sesiones fue de 2,23 meses y el tiempo promedio estimado hasta la erradicación fue de 4,54 meses. La etiología predominante fue la cirrosis alcohólica (46,2%), seguida por enfermedad hepática asociada a disfunción metabólica (MASLD) (41,0%). Los pacientes con MASLD requirieron menor número de sesiones ($2,81 / 3,28$) y un tiempo menor para la erradicación en comparación con la cirrosis alcohólica ($2,97 / 5,86$ meses). No obstante, las diferencias observadas entre etiologías no alcanzaron significancia estadística ($p=0,33$).

Conclusiones: La erradicación de las várices esofágicas se logró con un promedio de tres sesiones de ligadura endoscópica. Los intervalos entre sesiones fueron superiores a los recomendados por las guías internacionales, sin que ello pareciera modificar el número final de procedimientos necesarios. Los pacientes con cirrosis alcohólica mostraron una tendencia a requerir más procedimientos y mayor tiempo para alcanzar la erradicación. Estos resultados aportan evidencia local y constituyen una base sobre la erradicación y seguimiento de las várices esofágicas mediante la ligadura variceal.

POSTERS

Código: 0173

"LESIÓN DE DIEULAFOY GÁSTRICA COMO CAUSA DE HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA MASIVA"

Modalidad: Casos Clínicos - Poster

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

SUAREZ, Florencia Micaela | ZARATE, Fabian | MELANO, Florencia | CASTILLO, Gabriela | DI BARTOLO, Laura | CASTRO, Lis | CERDAS, Natalia | BERTONE, Maria Florencia | VITELLINI, Facundo | MAIER, Katerina

Hospital Córdoba

Introducción: La lesión de Dieulafoy es una causa infrecuente de hemorragia digestiva alta. Se caracteriza por la presencia de una arteria submucosa de gran ca-

libre, puede erosionar la mucosa y provocar hemorragias potencialmente graves. Su diagnóstico suele ser dificultoso debido al carácter intermitente del sangrado y a la frecuente presencia de abundante contenido hemático que limita la visualización endoscópica.

Objetivos: Describir un caso de hemorragia digestiva alta masiva secundaria a lesión de Dieulafoy gástrica que requirió tratamiento combinado endoscópico y endovascular.

Caso Clínico: Reporte de caso clínico. Se realizó análisis descriptivo de la presentación clínica, estudios complementarios, tratamiento instaurado y evolución. No se efectuó análisis estadístico inferencial por tratarse de un caso único.

Resultados: Paciente masculino, 25 años. Antecedente patológico: diabetes mellitus tipo 2. Presentó episodio de hematemesis franca y dolor epigástrico opresivo. En ese contexto: anemia severa (hemoglobina 8,4 g/dL) e inestabilidad hemodinámica con requerimiento de expansión intensiva con cristaloideos e internación en unidad de terapia intensiva. Videoendoscopia digestiva alta inicial: gran coágulo adherido en fundus gástrico sin sangrado activo. No se logró extracción del mismo. Second look endoscópico en contexto de hemorragia digestiva severa con inestabilidad hemodinámica y requerimiento de hemoderivados e intubación. Se logró identificar en curvatura mayor gástrica lesión rojiza sobre elevada con sangrado activo en jet, se inyectó adrenalina (1:10000) y colocó hemoclip logrando limitar el sangrado. Por recurrencia hemorrágica 7 días post tratamiento endoscópico se realizó embolización selectiva de la arteria gástrica izquierda con partículas de alcohol polivinílico y colocación de coils. Una angiografía de control confirmó los cambios post procedimiento, sin evidencia de malformaciones vasculares, observándose además áreas hipocaptantes esplénicas compatibles con infartos esplénicos isquémicos secundarios a la embolización. Tras el procedimiento el paciente presentó estabilización clínica y hemodinámica, sin nuevos episodios de hemorragia digestiva ni requerimientos transfusionales adicionales.

Conclusión: La lesión de Dieulafoy constituye una causa infrecuente pero potencialmente letal de hemorragia digestiva alta. Su diagnóstico puede requerir múltiples evaluaciones endoscópicas debido al carácter intermitente del sangrado y a la limitada visualización ocasionada por la presencia de sangre y coágulos. La embolización arterial selectiva representa una alternativa terapéutica eficaz en pacientes con recurrencia hemorrágica o fracaso de la hemostasia endoscópica, permitiendo controlar el sangrado y evitar procedimientos quirúrgicos de urgencia. Este caso destaca la importancia del abordaje multidisciplinario y del rol de la radiología intervencionista en el manejo de hemorragias digestivas complejas.

POSTERS

Código: 0183

CARACTERIZACIÓN CLÍNICA, ENDOSCÓPICA Y EVOLUTIVA DE UNA COHORTE INSTITUCIONAL DE PACIENTES CON SÍNDROME DE POLIPOSIS SERRATA

Modalidad: Trabajos Científicos - Poster

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

ORTIZ SUÁREZ, Paula Gimena | RANDAZZO, Paula | BELLINI, Sofia | MANOUKIAN, Silvina Alejandra | JERVES BARROS, Saul Andres | MARCOLONGO, Mariana | GONZÁLEZ, María Laura

Hospital Italiano

Introducción: El síndrome de poliposis serrata (SPS) constituye la poliposis colorrectal más frecuente y se asocia con mayor riesgo de cáncer colorrectal (CCR). La evidencia disponible proviene mayormente de cohortes europeas y norteamericanas, existiendo escasa información en latinos. La caracterización de cohortes institucionales con SPS permite conocer su comportamiento en diferentes poblaciones, optimizar las estrategias de vigilancia e identificar nuevas líneas de investigación.

Objetivos: Describir las características demográficas, clínicas, endoscópicas, histopatológicas y evolutivas de una cohorte institucional de pacientes con SPS.

Material y Métodos: Se realizó un estudio observacional descriptivo basado en el registro Institucional prospectivo de SPS. Se incluyeron aquellos que cumplieran criterios diagnósticos de SPS según la Organización Mundial de la Salud (OMS) 2010 y/o 2019. Se analizaron variables demográficas, antecedentes personales y familiares de cáncer, motivo de la videocolonoscopia (VCC) índice, características clínicas, endoscópicas e histológicas, número y tipo de lesiones, tratamientos, estudios genéticos y evolución.

Resultados: Se incluyeron 153 pacientes con diagnóstico de SPS, que cumplían con criterios OMS 2010 y/o 2019. La mediana de edad al diagnóstico fue de 53 años (intervalo intercuartil (IIC) 41-62) y el 62% fueron mujeres. El 41% presentó antecedentes familiares de CCR y el 14% antecedentes personales de CCR. La mediana del número acumulado de lesiones serratas fue de 19 (IIC 11-30), con adenomas avanzados en 42% y lesiones serratas sésiles con displasia en 33% de los pacientes. El manejo fue endoscópico en 84% de los casos y combinado (endoscópico y quirúrgico) en el resto, siendo la colectomía total con ileorectostomosis la cirugía más frecuente. La mediana de seguimiento fue de 37 meses (IIC 11-92). El detalle de criterios diagnósticos, indicación de la colonoscopia índice, número de colonoscopias hasta el diagnóstico, hallazgos histológicos por subtipo y características del tratamiento quirúrgico se presentan en la Tabla 1.

Conclusiones: Esta cohorte latina con SPS aporta una caracterización integral del

síndrome en una población poco estudiada. El diagnóstico frecuentemente requirió múltiples colonoscopias, lo que subraya la importancia de mantener alta sospecha clínica ante lesiones serratas múltiples. Se evidenció una elevada carga de lesiones colorrectales, displasia y neoplasia avanzada. Sin embargo, durante el seguimiento intensivo, luego del diagnóstico, se observó una baja frecuencia de CCR. Estos resultados amplían la información disponible sobre el SPS en nuestra región y constituyen una plataforma para futuras investigaciones sobre factores pronósticos y estrategias de vigilancia.

POSTERS

Código: 0186

DETECCIÓN DE CÁNCER COLORRECTAL Y PÓLIPOS DE ALTO GRADO EN LA VIDEOCOLONOSCOPIA DE CONTROL POST DIVERTICULITIS

Modalidad: Trabajos Científicos - Poster

Unidad Temática: b) ENDOSCOPIA DIGESTIVA 1. Endoscopia Diagnóstica • Colon
PESSINA, Javier | BACIGALUPO, Delfina María | VISSO, Ana Laura | ESCOBAR, Rafael

Sanatorio Julio Mendez

Introducción: La diverticulitis aguda y el cáncer colorrectal (CCR) son diagnósticos diferenciales debido a la similitud de su manifestación. Por este motivo en pacientes con cuadros complicados, pacientes sin pesquisa de CCR al día o ante signos de alarma está indicada la videocolonoscopia (VCC) de 6 a 8 semanas post-episodio. El rédito diagnóstico de CCR oscila entre 0.31% y 1.3% en diverticulitis no complicadas y de 1.43% a 8% en complicadas; y de pólipos de alto grado de 4.4%. Durante la revisión bibliográfica no se encontraron datos de latinoamérica, por lo que este trabajo busca aportar evidencia local.

Objetivos: Definir la tasa de detección de CCR y pólipos avanzados en VCC por control post-diverticulitis frente a la VCC por pesquisa de CCR y evaluar diferencias entre ambas poblaciones.

Material y Métodos: Estudio retrospectivo de marzo 2021 a abril 2026 de casos y controles que incluyó mayores de 18 años que se realizaron VCC por control post-diverticulitis (casos) y pesquisa de CCR (controles) emparejados por edad y sexo con una relación 3:1. Se excluyeron pacientes con alto riesgo de cáncer colorrectal y preparación deficiente. Se analizaron tamaño, morfología, histología y ubicación de los pólipos. Se compararon los datos considerando significativo un valor de $p < 0,05$.

Resultados: Se analizaron 62 casos (edad media 60 años, 53.2% mujeres) y 184 controles (edad media 63 años, 55.1% mujeres). No se halló CCR en ninguna de las cohortes. Se hallaron pólipos > 10 mm en 6 casos (9.68%) y en 12 controles (6.49%). De los casos, 30 (48.4%) presentaron diverticulitis no complicada, 20 (32.3%) diverticulitis Hinchey 1A, 9 Hinchey 1B (14.5%) y 3 diverticulitis Hinchey II, III y IV (1.6% - 1 caso cada uno). El análisis comparativo de los pólipos no mostró diferencias estadísticamente significativas en ninguna de las variables evaluadas. El tamaño medio fue de 15.8 mm en casos y 14.4 mm en controles ($p = 0.923$). La morfología más frecuente en los casos fue Paris 0-Ip (50%) y en los controles Paris 0-Is (41.7%), sin diferencias significativas ($p = 0.915$). La ubicación más frecuente fue en colon izquierdo, 100% en los casos y 75% en los controles ($p = 0.515$). Histológicamente, el hallazgo más frecuente fue el adenoma tubular con displasia de bajo grado (66.6%) ($p = 1$). Al analizar la severidad de la diverticulitis en los pacientes con pólipos de alto grado, 5 presentaron diverticulitis no complicada y 1 diverticulitis complicada (Hinchey 1A).

Conclusiones: La ausencia de patología neoplásica avanzada y diferencias significativas entre ambas cohortes coinciden con la recomendación actual de evitar la realización de VCC de forma sistemática después de un episodio de diverticulitis aguda, si bien el estudio cuenta con la limitación de ser un trabajo unicéntrico y una muestra mayor permitiría realizar recomendaciones con mayor seguridad, aporta información local de una problemática frecuente.

POSTERS

Código: 0189

TASA DE CANULACIÓN BILIAR PROFUNDA EN COLANGIO-PANCREATOGRAFÍA RETRÓGRADA ENDOSCÓPICA EN PRESENCIA DE DIVERTÍCULOS DUODENALES PERIAMPULARES

Modalidad: Trabajos Científicos - Poster

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

GROISMAN, Martín | ASPREA ALFANO, Leonardo | DI DOMÉNICO, Diego Salvador | BACIGALUPO, Delfina María | ESCOBAR, Rafael

Sanatorio Julio Mendez

Introducción: La colangio-pancreatografía retrógrada endoscópica (CPRE) es una técnica terapéutica para el manejo de patología obstructiva bilio-pancreática. La presencia de divertículos duodenales periampulares (DDP) se ha asociado con mayor dificultad técnica en la CPRE y con una tendencia al aumento de complicaciones

post-CPRE, aunque la evidencia disponible en la literatura es heterogénea.

Objetivos: Evaluar la asociación entre la presencia de DDP y las tasas de canulación biliar profunda exitosa, canulación dificultosa y complicaciones post-CPRE.

Material y Métodos: estudio observacional, retrospectivo y analítico realizado en un centro de tercer nivel. Se analizó a los pacientes adultos sometidos a CPRE entre mayo de 2021 y junio de 2026. Se excluyeron pacientes con instrumentación previa de la vía biliar, infiltración tumoral duodenal o papilar y anatomía bilio-digestiva quirúrgicamente alterada. Se evaluó la presencia y localización de DDP según la clasificación de Boix. Luego se analizaron las tasas de canulación biliar profunda exitosa, canulación dificultosa y complicaciones post-CPRE en base a la presencia o ausencia de DDP.

Resultados: Se incluyeron 160 pacientes con papila nativa. La edad media fue de 65 años, con un rango de 18-95 años, con 83 pacientes (52%) de sexo femenino. La indicación más frecuente fue litiasis coledociana (75%), seguida por estenosis malignas (22,5%). Se identificaron DDP en 23 pacientes (14,3%): 6 con papila intradiverticular y 17 con papila yuxtadiverticular. La tasa global de canulación biliar profunda exitosa fue de 81,9% (131/160). Los pacientes con DDP presentaron menor tasa de canulación exitosa que aquellos sin DDP (65,2% vs 84,7%; OR 0,34; $p = 0,038$). Esta asociación se mantuvo tras ajustar por patología tumoral (OR ajustado 0,31; $p = 0,024$). La patología tumoral también se asoció con menor tasa de canulación exitosa (63,9%; OR 0,26; $p = 0,003$), mientras que la litiasis coledociana se asoció a mayor tasa de canulación (OR 3,38; $p < 0,001$). No se observaron diferencias significativas en canulación dificultosa según presencia de DDP ($p = 0,571$). Se observó una tendencia a presentar mayor frecuencia de complicaciones post-CPRE en pacientes con DDP, sin ser estadísticamente significativo (21,7% vs 8,8%; OR 2,89; $p = 0,074$). La perforación fue la única complicación individual significativamente asociada a DDP (13,0% vs 0%; OR 47; $p = 0,003$).

Conclusiones: La presencia de DDP se asoció con menor tasa de canulación biliar profunda exitosa en el análisis univariado y al corregir por presencia de estenosis maligna como indicación de CPRE. No se observó asociación significativa con canulación dificultosa o con complicaciones post-CPRE en su conjunto. La perforación fue significativamente más frecuente en pacientes con DDP, aunque este hallazgo debe interpretarse con cautela debido al bajo número absoluto de eventos.

POSTERS

Código: 0193

PERFORACIÓN POST-COLANGIOGRAFÍA RETRÓGRADA ENDOSCÓPICA (CPRE) STAPFER TIPO II: REPORTE DE DOS CASOS Y REVISIÓN DE LA ESTRATEGIA TERAPÉUTICA.

Modalidad: Casos Clínicos - Poster

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

GROISMAN, Martín | ASPREA ALFANO, Leonardo | BACIGALUPO, Delfina María | ESCOBAR, Rafael

Sanatorio Julio Mendez

Introducción: La perforación periampular posterior a una CPRE, clasificada como Stapfer tipo II, es un evento adverso infrecuente, pero potencialmente grave. Su evolución depende del reconocimiento precoz, la magnitud de la fuga, el compromiso peritoneal y la respuesta clínica inicial.

Objetivos: Describir dos casos de perforación Stapfer tipo II con evolución contrastante y analizar los factores que condicionaron la elección entre el tratamiento endoscópico y la cirugía.

Caso Clínico: Se presentan dos mujeres sometidas a CPRE por coledocolitiasis, ambas con canulación dificultosa y necesidad de precorte. La primera, de 75 años, desarrolló a las 18 horas dolor abdominal generalizado, signos peritoneales, hiperamilasemia, neumoperitoneo y líquido libre. Ante la sospecha de perforación complicada, se realizó laparotomía urgente, identificándose un defecto duodenal periampular de 2 mm. Se efectuaron duodenorrafia, cerclaje pilórico, gastroenteroanastomosis, colecistectomía y drenaje de la cavidad abdominal. Evolucionó con sepsis persistente, evisceración, coleperitoneo y necesidad de múltiples reintervenciones, y falleció al día 21 por shock séptico. La segunda paciente, de 60 años, presentó durante la CPRE una fuga biliar de alto grado y neumoperitoneo, compatibles con perforación Stapfer tipo II. Se colocó inmediatamente un stent metálico autoexpandible completamente cubierto. Dado que permaneció hemodinámicamente estable, sin dolor, peritonitis ni líquido libre significativo, se indicó manejo conservador con reposo digestivo, antibioticoterapia, soporte nutricional y vigilancia clínico-radiológica. La evolución fue favorable, con resolución tomográfica del neumoperitoneo y ausencia de fuga en el control diferido.

Resultados: Discusión: aunque ambos casos compartieron factores procedimentales de riesgo, el momento diagnóstico y la repercusión clínica determinaron estrategias y desenlaces diferentes. El reconocimiento intraprocedimiento, la estabilidad hemodinámica y la ausencia de contaminación peritoneal permitieron el tratamiento endoscópico mediante derivación biliar con stent cubierto. En contraste, el diagnóstico diferido, la peritonitis, el líquido libre y la sepsis determinaron la necesidad de cirugía urgente y se asociaron con evolución desfavorable. Esto coincide con la evidencia disponible, que reserva el manejo no operatorio para perforaciones contenidas y clínicamente estables, y recomienda cirugía ante deterioro clínico, sepsis,

colecciones no controladas o fracaso del tratamiento endoscópico.

Conclusión: La clasificación de Stapfer permite caracterizar la lesión, pero no define por sí sola la conducta terapéutica. En las perforaciones tipo II, el manejo debe individualizarse según el momento del diagnóstico, el estado clínico y los hallazgos tomográficos. El reconocimiento intraprocedimiento y la derivación biliar endoscópica favorecen el tratamiento no operatorio, mientras que la peritonitis, la sepsis, el líquido libre y el deterioro clínico constituyen criterios de cirugía urgente. El abordaje precoz y multidisciplinario es esencial para optimizar el pronóstico.

POSTERS

Código: 0195

SÍNDROME DE POLIPOSIS SERRATA: DEL CUMPLIMIENTO DE LOS CRITERIOS AL RECONOCIMIENTO DIAGNÓSTICO

Modalidad: Trabajos Científicos - Poster

Unidad Temática: b) ENDOSCOPIA DIGESTIVA 1. Endoscopia Diagnóstica • Colon
RANDAZZO, Paula | ORTIZ SUÁREZ, Paula Gimena | MANOUKIAN, Silvina Alejandra | JERVES BARROS, Saul Andres | BELLINI, Sofia | MARCOLONGO, Mariano | GONZÁLEZ, María Laura

Hospital Italiano

Introducción: El síndrome de poliposis serrata (SPS) puede diagnosticarse mediante criterios acumulativos y su cumplimiento puede ocurrir luego de múltiples colonoscopias (VCC). Sin embargo, el momento en que se cumplen los criterios diagnósticos podría no coincidir con el reconocimiento clínico del SPS. La evolución temporal entre ambos eventos ha sido escasamente estudiada y podría tener implicancias sobre el pronóstico y su reconocimiento oportuno.

Objetivos: Caracterizar el proceso diagnóstico del SPS, evaluando el número de colonoscopias y el tiempo hasta el cumplimiento de los criterios diagnósticos y hasta el reconocimiento diagnóstico y la adherencia al seguimiento.

Material y Métodos: Estudio observacional, de cohorte a partir del Registro Institucional de SPS. Se analizaron: número de VCC hasta el cumplimiento de criterios de la Organización Mundial de la Salud (OMS), tiempo desde la primera VCC hasta el cumplimiento de dichos criterios; tiempo hasta el reconocimiento diagnóstico; intervalo entre el cumplimiento de los criterios y el reconocimiento diagnóstico. Se definió reconocimiento diagnóstico a la primera documentación explícita en el registro independientemente del momento del cumplimiento de los criterios. Se definió adherencia a la realización de al menos una consulta y/o una VCC dentro del intervalo de 1-3 años según se documentara en el registro.

Resultados: Se incluyeron 153 pacientes con diagnóstico de SPS. En la tabla 1 se resumen las características generales de la cohorte. El cumplimiento de los criterios diagnósticos ocurrió en la primera VCC en 36% (n=55/153) de los pacientes, luego de 2 VCC en 29% (44/153), 3 en 20% (n= 31/153) y 4 o más VCC en 15% (n=23/153). La mediana de VCC para el cumplimiento de los criterios diagnósticos fue de 2 (intervalo intercuartil (IIC) 1-3), con un intervalo mediano de 6 meses (IIC 0-36) entre la primera VCC y el cumplimiento de los criterios. La mediana del intervalo entre el cumplimiento de los criterios diagnósticos y el reconocimiento diagnóstico fue de -2.5 meses (IIC -14 y 6.5 meses). En la imagen se grafican los casos diagnosticados según criterios 2010-2019 por año. La mediana de seguimiento posterior al diagnóstico fue de 37 meses (IIC 11-92), con una mediana de 5 VCC (IIC 4-8). La adherencia al seguimiento, fue completa en el 62 % (n = 95), en 28 % (n = 43) parcial y el 9.8% (n = 15) no realizó el seguimiento.

Conclusiones: La caracterización del proceso diagnóstico del SPS mostró que el cumplimiento de los criterios y el reconocimiento diagnóstico no siempre ocurren de manera simultánea. La identificación de pacientes previa o posterior al cumplimiento de los criterios sugiere que el diagnóstico oportuno depende de una evaluación longitudinal, más que de la interpretación de una VCC aislada. La presencia de casos con sospecha clínica cercano al cumplimiento de los criterios o a los pocos meses de cumplidos los mismos podría explicarse por el modelo de atención especializado basado en el seguimiento sistemático de SPS. El seguimiento de esta cohorte podría estimar las implicancias clínicas del reconocimiento diferido.

POSTERS

Código: 0202

IMPACTO EN LA PRÁCTICA CLÍNICA DE LOS CRITERIOS OMS 2019 PARA EL DIAGNÓSTICO DEL SÍNDROME DE POLIPOSIS SERRATA

Modalidad: Trabajos Científicos - Poster

Unidad Temática: b) ENDOSCOPIA DIGESTIVA 1. Endoscopia Diagnóstica • Colon
MANOUKIAN, Silvina Alejandra | BELLINI, Sofia | ORTIZ SUÁREZ, Paula Gimena | JERVES BARROS, Saul Andres | RANDAZZO, Paula | MARCOLONGO, Mariano | GONZÁLEZ, María Laura

Hospital Italiano

Introducción: La modificación de los criterios diagnósticos de la OMS para el Síndrome de Poliposis Serrata (SPS) en el 2019 produjo variaciones en la localización

y el tamaño de las lesiones, eliminando el criterio basado en los antecedentes familiares. Recientemente, un grupo americano demostró que estas modificaciones producen un impacto limitado sobre el diagnóstico. Sin embargo, dichos resultados no han sido estudiados en ninguna otra cohorte, así como tampoco su impacto clínico.

Objetivos: Evaluar el impacto de la aplicación de los criterios de la OMS 2019 para el diagnóstico del SPS con respecto a los del 2010.

Material y Métodos: Se realizó un estudio de cohorte observacional, incluyendo a todos los pacientes con diagnóstico de SPS incluidos en un registro institucional, entre el 2002 y 2026. Se aplicaron los criterios diagnósticos de la OMS 2010 y 2019 a la totalidad de la cohorte de pacientes con diagnóstico confirmado de SPS. Adicionalmente, se clasificó a cada paciente según la época de diagnóstico: cohorte diagnosticada hasta 2019 bajo el criterio vigente en ese momento (criterio 2010) y cohorte diagnosticada desde 2019 en adelante bajo el criterio revisado (criterio 2019). Sobre cada cohorte se evaluó el cumplimiento del criterio alternativo. Se evaluó el impacto clínico de la reclasificación diagnóstica. Para ello, se identificaron los pacientes discordantes entre ambos criterios y se describieron sus características.

Resultados: Se incluyeron 153 pacientes que cumplieron criterios 2010 y/o 2019. De estos, 153 (100%) cumplían criterios 2010 y 150 (98%) cumplieron criterios 2019. Esta diferencia no fue estadísticamente significativa (p=0.375). De los 86 pacientes diagnosticados originalmente mediante criterios OMS 2010, 3 (3.49%) no cumplieron los criterios OMS 2019. De los 67 pacientes diagnosticados originalmente mediante criterios OMS 2019, todos los pacientes cumplieron los criterios OMS 2010. Se describen las características basales de la cohorte y de los pacientes discordantes en la tabla 1.

Conclusiones: La mayoría de los pacientes con diagnóstico confirmado de SPS cumplió ambos criterios diagnósticos, independientemente de la época de diagnóstico. La discordancia observada fue baja o nula en ambas direcciones. Los resultados obtenidos fueron consistentes con lo reportado por la literatura. Si bien los casos excluidos de los criterios del 2019 fueron escasos, presentaron marcadores de riesgo clínicamente relevantes (antecedente familiar de primer grado de CCR a edad temprana, edad de presentación joven, lesiones serratas séiles con displasia, adenomas sincrónicos y localización proximal) que justifican vigilancia intensiva, a pesar de no cumplir criterios actuales de SPS.

POSTERS

Código: 0206

RESECCIÓN ENDOSCÓPICA DE TUMOR NEUROENDOCRINO GÁSTRICO: REPORTE DE UN CASO CLÍNICO.

Modalidad: Trabajos Científicos - Poster

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

AMUS, Camila | AGUILAR, Carla | PÉREZ GARCÍA, Jorge Luis | MIMURA, Humberto | PAZMIÑO, Karen

HOSPITAL INTERZONAL GENERAL AGUDOS PEDRO FIORITO

Introducción: Los tumores neuroendocrinos (TNE) gástricos son neoplasias poco frecuentes derivadas de las células enterocromafines. Los TNE tipo I representan el 70-80%, afectando predominantemente a mujeres, y guardan una estrecha asociación con la hipergastrinemia secundaria a gastritis atrófica crónica y anemia perniciososa. Suelen presentarse como lesiones múltiples, menores de 1-2 cm, localizadas en el cuerpo y fondo gástrico, con un curso clínico indolente y bajo potencial metastásico. El diagnóstico requiere confirmación histopatológica e inmunohistoquímica, siendo la resección endoscópica el pilar terapéutico fundamental en estadios localizados.

Objetivos: Describir el proceso diagnóstico, caracterización histológica y el abordaje terapéutico mínimamente invasivo mediante resección endoscópica asistida por ligadura en una paciente con tumor neuroendocrino gástrico.

Material y Métodos: Se presenta el caso clínico de una paciente con hallazgo incidental de un tumor neuroendocrino gástrico bien diferenciado con resolución endoscópica.

Resultados: Paciente femenina de 47 años, sin antecedentes de relevancia, inició protocolo de estudio por cuadro de anemia crónica refractaria al tratamiento oral. Se solicitó una videoendoscopia digestiva alta inicial que informó gastropatía crónica de cuerpo-antro y un pólipo séil (París 0-Is) en cuerpo gástrico. El estudio histopatológico e inmunohistoquímico de dicha lesión confirmó el diagnóstico de tumor neuroendocrino bien diferenciado Grado 1, con positividad para Cromogranina A y Sinaptofisina, un índice de proliferación Ki-67 menor al 3% y un tamaño de 4x2mm. Para una correcta estadificación local se realizó una ecoendoscopia, la cual identificó una formación hipoecoica originada en la capa profunda de la mucosa con extensión a la submucosa, midiendo 11 mm sin evidenciarse adenopatías regionales. Tomografía de tórax, abdomen y pelvis sin particularidades. Con estos parámetros, el tamaño de la lesión y profundidad se procedió al tratamiento mediante resección endoscópica asistida por ligadura con banda. El procedimiento consistió en la infiltración de la submucosa con solución fisiológica e índigo carmín, colocación de la banda elástica (banding), y el corte con asa de polipectomía utilizando corriente de coagulación. Se constató la resección completa de las lesiones y se colocaron clips hemostáticos, sin complicaciones mediatas e inmediatas. El análisis diferido de la pieza mayor resecada ratificó una proliferación celular sólida y organoide con focos

de infiltración submucosa y márgenes de resección completamente libres de lesión tumoral.

Conclusiones: Este caso subraya la importancia de la endoscopia de alta resolución, adecuada visualización para identificar alteraciones de la mucosa y el tamizaje histopatológico. La resección endoscópica mediante ligadura con banda demostró ser una alternativa terapéutica segura, eficaz y mínimamente invasiva, logrando la remoción completa del tumor gástrico con márgenes libres, evitando cirugías resectivas mayores y permitiendo un esquema de seguimiento clínico-imagenológico.

POSTERS

Código: 0218

FALLOS EN LA CANULACIÓN BILIAR EN PACIENTES CON PAPILAS VÍRGENES, EXPERIENCIA EN UN HOSPITAL DE COMUNIDAD

Modalidad: Trabajos Científicos - Poster

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

CIMMINO, Nicolás | BARON, Pablo | CAPUTO, Maria Celeste | MELLA, Jose Manuel | CIMMINO, Daniel Gustavo

Hospital Alemán

Introducción: La canulación de la vía biliar es el paso limitante de la CPRE. La tasa de fracaso en la canulación, los factores predictores asociados al fracaso, y el rol del precorte como técnica de rescate permanecen poco caracterizados.

Objetivos: Determinar la tasa de fracaso en la canulación biliar en un hospital de la comunidad, identificar predictores independientes del fracaso, y analizar la utilidad del acceso biliar con aguja de precorte como técnica de rescate dentro del subgrupo de papila virgen.

Material y Métodos: Se analizó una cohorte retrospectiva consecutiva de los procedimientos con intención de canulación biliar entre 2015–2025. En el grupo de papilas vírgenes se definieron 4 subgrupos en base al intento de canulación biliar: 1) convencional exitosa, 2) precorte exitoso, 3) precorte fallido y 4) fallo sin precorte. Se buscaron factores predictores independientes asociados al fracaso de canulación mediante regresión logística multivariada.

Resultados: Se analizaron 604 procedimientos en papilas vírgenes (Figura 1). La tasa de éxito en la canulación biliar fue del 92,8% (565/604). El único predictor independiente de fracaso fue la presencia de tumor biliopancreático/peripancreático en las imágenes (OR 5,54; IC95% 3,11–9,88; $p < 0,001$). La tasa de éxito del precorte como técnica de rescate fue 80,3% (94/117). El hallazgo de tumor en imagen previa mostró un gradiente progresivo a través de los 4 subgrupos (19,7%; 28,7%; 43,5%; 71,4%; $p < 0,001$), siendo el predictor más consistente tanto de necesidad de rescate como de fracaso del mismo. La pancreatitis post-CPRE fue más frecuente en quienes recibieron intento de precorte, independientemente de su resultado ($p = 0,003$). La mortalidad mostró un gradiente progresivo y estadísticamente significativo a través de los 4 subgrupos: 0,4% (convencional); 1,1% (precorte exitoso); 17,4% (precorte fallido); 31,6% (fallo sin precorte) ($p < 0,001$). El análisis de los 10 fallecidos con fracaso de canulación reveló que en 7 de 10 casos la muerte fue atribuible a la severidad de la enfermedad subyacente: progresión de enfermedad maligna (4/10) y sepsis por colangitis sobre obstrucción maligna (3/10). En los 42 pacientes con fracaso de canulación, la estrategia de resolución más utilizada fue el drenaje percutáneo (55%), seguida de tratamiento conservador (19%), cirugía (17%) y reintento de CPRE (10%).

Conclusiones: La tasa de éxito técnico en nuestra cohorte es consistente con estándares internacionales. La presencia de tumor en las imágenes es el único predictor independiente de fracaso de canulación - independientemente de la técnica utilizada - y debe considerarse al planificar el procedimiento y anticipar técnicas de rescate. El precorte es eficaz en 4 de cada 5 intentos, aunque se asocia a mayor riesgo de pancreatitis post-CPRE. La mortalidad mostró un gradiente progresivo y significativo entre grupos ($p < 0,001$), atribuible a la severidad de la enfermedad subyacente más que al fracaso técnico, posicionando al fracaso de canulación como marcador pronóstico.

POSTERS

Código: 0221

CPRE EN LA EDAD AVANZADA: INFLUYE LA EDAD EN LA EFICACIA Y EN LAS COMPLICACIONES?

Modalidad: Trabajos Científicos - Poster

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

CIMMINO, Nicolás | BARON, Pablo | CAPUTO, Maria Celeste | MELLA, Jose Manuel | CIMMINO, Daniel Gustavo

Hospital Alemán

Introducción: La evidencia sobre la seguridad de la CPRE en pacientes añosos es heterogénea, y pocos trabajos evalúan el diferencial de gravedad de las complica-

ciones según la edad.

Objetivos: Comparar la eficacia técnica y la seguridad del procedimiento entre pacientes menores y mayores de 75 años, con un subanálisis en mayores de 80 años.

Material y Métodos: Se analizó una cohorte retrospectiva de los procedimientos realizados en 2015-2025 por 4 operadores en un hospital de comunidad. Se compararon características basales, indicación del procedimiento, éxito de canulación biliar, y tasa y gravedad de las complicaciones entre los grupos etarios. Las variables categóricas se analizaron mediante test de chi cuadrado o exacto de Fisher, y las continuas mediante test de Mann-Whitney U. La gravedad de las complicaciones se clasificó según criterios de Cotton de eventos adversos validado internacionalmente. Se consideró significativo un valor de $p < 0,05$.

Resultados: Se analizaron 1036 procedimientos en 672 pacientes (tabla 1). Los pacientes ≥ 75 años (311) presentaron mayor frecuencia de anticoagulación (11,9% versus 6,1%; $p = 0,002$) y de antiagregación plaquetaria (16,4% versus 8,7%; $p < 0,001$). La canulación biliar exitosa fue similar entre ambos grupos, pero fue significativamente menor en los pacientes de ≥ 80 años (90,3% versus 95,5%; $p = 0,006$), efecto que se concentró de forma exclusiva en el subgrupo de papilas vírgenes (87,3% versus 94,3%; $p = 0,012$). La tasa global de complicaciones no difirió entre los grupos (7,7% versus 7,2%; $p = 0,86$), pero sí su gravedad: la mitad de las complicaciones en el grupo de mayor edad fue grave, frente al 17,3% en los más jóvenes ($p = 0,005$), diferencia que no se explicó por el uso de anticoagulantes o antiagregantes tras un análisis multivariado.

Conclusiones: En nuestra cohorte, el procedimiento mantuvo una eficacia técnica adecuada y una tasa de complicaciones comparable en los pacientes añosos. Los pacientes ≥ 75 años tuvieron complicaciones con mayor gravedad, independientemente del uso de fármacos antitrombóticos. Los pacientes ≥ 80 años presentaron mayor dificultad de canulación primaria. Estos hallazgos respaldan extremar las precauciones específicamente en el paciente muy añoso.

POSTERS

Código: 0237

ESTENOSIS BILIAR BENIGNA COMPLEJA ASOCIADA A LITIASIS RECURRENTE ROL DECISIVO DE LA LITOTRICIA LÁSER EN LA RESOLUCIÓN COMPLETA

Modalidad: Casos Clínicos - Poster

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

ALEJO TACURI, Juan Pablo

Sanatorio Güemes

Introducción: Las estenosis del colédoco distal representan un reto diagnóstico y terapéutico. Ante un estrechamiento a este nivel, la sospecha de neoplasia ampular o colangiocarcinoma es siempre la primera consideración. Sin embargo, los procesos inflamatorios crónicos secundarios a coledocolitiasis recurrente e impactada, sumados a la manipulación endoscópica repetida, pueden generar estenosis benignas que simulan malignidad tanto en los estudios de imágenes como en la evaluación macroscópica inicial.

Objetivos: Describir el manejo diagnóstico-terapéutico de un paciente con estenosis coledociana distal de aspecto neoplásico, cuya etiología inflamatoria benigna y resolución litiasica se determinaron exitosamente mediante colangioscopia directa con litotricia láser y biopsias dirigidas.

Caso Clínico: Paciente masculino de 46 años con antecedente de colecistectomía (2021) y síndrome coledociano (2023) manejado inicialmente con prótesis plástica por estenosis distal del colédoco. Evolucionó con múltiples episodios de coledocolitiasis recurrente, requiriendo repetidas colangiopancreatografías retrógradas endoscópicas (CPRE) para recambio de stents, esfinteroplastias y extracción de litos. En 2025 cursó internación por colangitis aguda; la colangiorresonancia (CRM) evidenció colédoco de 12 mm con afinamiento distal filiforme, realce post-contraste y litiasis proximal de 9 mm. Ante la sospecha de lesión tumoral ampular o de vía biliar, se tomaron biopsias repetidas de la papila y duodeno, las cuales reportaron cambios inflamatorios crónicos sin atipia celular.

Resultados: En febrero de 2026, ante la persistencia de la estenosis distal y la presencia de un lito impactado de 15 mm, se realizó colangioscopia directa (SpyGlass). Al examen visual se observó una estenosis distal con mucosa de aspecto inflamatorio, áreas de neovascularización y patrón vellos, sin signos definitivos de malignidad. Se tomaron múltiples biopsias bajo visión directa. El lito gigante de 15 mm fue fragmentado de forma exitosa mediante litotricia láser intraductal y los fragmentos fueron removidos completamente con balón extractor. El informe anatómopatológico de las biopsias dirigidas de la vía biliar reportó fragmentos con revestimiento epitelial, corion con infiltrado linfocitario y estructuras glandulares conservadas, descartando invasión neoplásica. En abril de 2026, se retiró el stent biliar de forma programada mediante CPRE, realizándose esfinteroplastia de facilitación y limpieza de la vía biliar. El control colangiográfico demostró una franca mejoría del calibre y del flujo de contraste en el colédoco distal, con perfil de laboratorio hepático posterior normalizado.

Conclusión: Ante una estenosis coledociana distal con sospecha de lesión ampular, la inflamación crónica por coledocolitiasis recurrente debe considerarse en el diagnóstico diferencial. La evaluación endoscópica avanzada mediante colangioscopia

y biopsia dirigida permite resolver la disyuntiva diagnóstica y guiar con éxito la terapéutica endoscópica definitiva.

POSTERS

Código: 0246

APLICACIÓN DE INTELIGENCIA ARTIFICIAL EN IMÁGENES ENDOSCÓPICAS CAPTADAS CON TELÉFONOS INTELIGENTES PARA LA PREDICCIÓN DE *HELICOBACTER PYLORI*

Modalidad: Trabajos Científicos - Poster

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

HERRERO, Marcos Ezequiel

SANATORIO 9 DE JULIO

Introducción: La infección por *Helicobacter pylori* es una causa prevalente de patología gastroduodenal. Aunque el estudio histológico es el método de referencia, existe una búsqueda constante de herramientas diagnósticas rápidas y accesibles. La integración de la inteligencia artificial (IA) mediante el análisis de imágenes capturadas con dispositivos abre una nueva frontera tecnológica para optimizar la detección en tiempo real.

Objetivos: Objetivo General: Determinar la precisión diagnóstica de un asistente virtual basado en IA para la detección de *Helicobacter pylori* a partir de imágenes capturadas con teléfono inteligente de endoscopías. Objetivos Específicos: Entrenar un modelo de IA para la detección de *H. pylori* mediante imágenes endoscópicas. Comparar la sensibilidad, especificidad, valores predictivos positivo y negativo del asistente virtual con la histopatología.

Material y Métodos: Estudio observacional, analítico y transversal en pacientes adultos sometidos a endoscopia digestiva alta en un sanatorio privado. Se incluyeron mayores de 18 años con síntomas dispépticos, excluyendo cirugía gástrica previa y lesiones avanzadas (cáncer, úlceras profundas). Para el entrenamiento del asistente virtual se creó una base de datos de 350 imágenes de mucosa gástrica con diagnóstico histopatológico confirmado. Posteriormente, se capturaron 615 nuevas imágenes de antro, cuerpo y fondo mediante teléfonos inteligentes, correspondientes a una muestra de 205 pacientes. Las fotos fueron procesadas por la IA para generar una predicción automática (positivo/negativo), la cual se contrastó con los resultados histopatológicos.

Resultados: De 205 pacientes analizados, la histología confirmó 69 casos positivos y 136 negativos. El modelo de IA arrojó 28 verdaderos positivos, 18 falsos positivos, 118 verdaderos negativos y 41 falsos negativos ($p < 0,001$). Los parámetros diagnósticos fueron: sensibilidad del 40,6% (IC 95%: 31,6% - 48,7%), especificidad del 86,8% (IC 95%: 82,2% - 90,9%), valor predictivo positivo del 60,8% (IC 95%: 47,3% - 73,1%) y valor predictivo negativo del 74,2% (IC 95%: 70,3% - 77,7%).

Conclusiones: El trabajo demuestra que la IA puede reconocer patrones visuales asociados a *H. pylori*, aunque no alcanza el desempeño óptimo reportado en estudios multicéntricos y revisiones sistemáticas. La sensibilidad fue insuficiente (40,6%), debido a una tasa elevada de falsos negativos. Estos hallazgos resaltan la necesidad de mejorar la calidad del dataset, aumentar el número de imágenes por paciente y explorar técnicas de aumento de datos más robustas. Mejorar el modelo con bases de datos más amplias podría incrementar significativamente su desempeño, favoreciendo el desarrollo de una herramienta práctica y accesible para centros con disponibilidad limitada de anatomía patológica u otros métodos diagnósticos especializados.

POSTERS

Código: 0265

“SARCOMA DE KAPOSI CON COMPROMISO GASTROINTESTINAL EN PACIENTES POSTRASPLANTE HEPÁTICO: A PROPÓSITO DE DOS CASOS”

Modalidad: Casos Clínicos - Poster

Unidad Temática: b) ENDOSCOPIA DIGESTIVA 3. Endoscopia Pediátrica

PENIZZOTTO, María Carla | FERRARI, Valentina | BUSQUET, Laura | WEDE, Gabriela | GALLAY, Ivana | RUEDA, Alexandra | MUÑOZ, Pamela | BOTTERO, Adriana | Jorgelina | ROCCA, Ana

HOSPITAL GARRAHAN

Introducción: El sarcoma de Kaposi (SK) es una neoplasia inflamatoria de origen endotelial asociada al herpesvirus humano tipo 8 (HHV-8). Una de sus variantes epidemiológicas compromete a pacientes bajo tratamiento inmunosupresor, siendo los receptores de trasplante de órganos sólidos la población más frecuentemente afectada. En este contexto, la inmunosupresión sostenida constituye el principal factor predisponente, con un riesgo de desarrollar SK aproximadamente 400 veces mayor que en la población general. A pesar de ello, el HHV-8 no es estudiado de forma rutinaria en donantes ni en receptores previo al trasplante, debido a la disponibilidad limitada de pruebas diagnósticas y a la ausencia de guías de consenso para su tamizaje, lo que dificulta la identificación temprana de los pacientes en riesgo. El

compromiso gastrointestinal puede presentarse en ausencia de lesiones cutáneas, representando un desafío diagnóstico significativo. En la edad pediátrica, esta entidad es extremadamente rara y la evidencia disponible es limitada.

Objetivos: Describir las características clínicas y endoscópicas del compromiso gastrointestinal en dos pacientes pediátricos con sarcoma de Kaposi iatrogénico postrasplante hepático.

Caso Clínico: Caso 1: paciente de 5 años con antecedente de trasplante hepático en julio de 2014 por colestasis intrahepática familiar progresiva (CIFP), en tratamiento inmunosupresor con tacrolimus y meprednisona. Fue derivada a nuestra institución por lesión en base de lengua asociada a lesiones maculares violáceas en piel. El diagnóstico de SK fue confirmado por anatomía patológica e inmunohistoquímica con positividad para HHV-8, a partir de biopsias de lesiones en piel y en base de lengua. La endoscopia digestiva alta y baja, realizada con fines de estadificación, evidenció compromiso gastrointestinal (GI) extenso y multisegmentario: tumoración circunferencial ulcerada con áreas necróticas en esófago distal, múltiples lesiones polipoideas vasculares en estómago con oclusión pilórica parcial, lesiones planas violáceas en duodeno, compromiso de válvula ileocecal y lesiones polipoideas friables desde ciego hasta recto. Se rotó la inmunosupresión de tacrolimus a sirolimus como primera línea de tratamiento, observándose respuesta parcial. Caso 2: paciente de 16 años con antecedente de trasplante hepático en febrero de 2025 por falla hepática secundaria a hepatitis autoinmune (HAI). Como esquema inmunosupresor recibió tacrolimus, micofenolato y meprednisona. Por presentar hipertrofia amigdalina derecha, se realizó amigdalectomía con anatomía patológica con hallazgos morfológicos e inmunohistoquímicos compatibles con sarcoma de Kaposi, con positividad para HHV-8. Por episodio de colangitis se realizó colangioRM con evidencia de engrosamiento mural de segunda porción duodenal. Para estadificación se realizó endoscopia digestiva alta y baja, la cual evidenció compromiso GI focal: lesiones ulceradas con vasos prominentes y patrón en mosaico en estómago, lesiones de aspecto vascular en duodeno y lesión polipoide ulcerada en íleon. Se rotó la inmunosupresión a sirolimus, con requerimiento posterior de quimioterapia con doxorubicina liposomal por compromiso ganglionar extenso.

Conclusión: El compromiso gastrointestinal en el SK puede presentar un espectro clínico variable, desde síntomas inespecíficos hasta manifestaciones graves como hemorragia digestiva u obstrucción intestinal. Los hallazgos endoscópicos incluyen lesiones eritematosas, maculopapulares, polipoideas o ulceradas, con un patrón de distribución focal o multisegmentario. La videoendoscopia digestiva resulta fundamental para la estadificación y adecuación del tratamiento. Palabras clave: sarcoma de Kaposi, HHV-8, trasplante hepático, inmunosupresión, compromiso gastrointestinal, pediatría.

POSTERS

Código: 0271

LIGADURA ENDOSCÓPICA CON BANDAS PARA EL TRATAMIENTO DE ANEMIA FERROPÉNICA TRANSFUSIÓN-DEPENDIENTE SECUNDARIA A ECTASIA VASCULAR ANTRAL GÁSTRICA (GAVE): REPORTE DE UN CASO.

Modalidad: Casos Clínicos - Poster

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

BOGLIACINO, María Florencia | RODRIGUEZ, Camila | WALLACE, Evelyn | FERRARIO, Martín | GALLETTTO, Paula | BORZI, Silvia

HOSPITAL ROSSI

Introducción: La ectasia vascular antral gástrica (GAVE), es una causa poco frecuente de hemorragia digestiva crónica y anemia ferropénica. Se caracteriza por ectasias vasculares en el antro gástrico que ocasionan pérdidas sanguíneas persistentes y requerimientos repetidos de hierro o transfusiones. Aunque la coagulación con argón plasma (APC) ha sido históricamente el tratamiento endoscópico más utilizado, la ligadura endoscópica con bandas (LEB) ha emergido como una alternativa con resultados prometedores en términos de erradicación de las lesiones, menor número de sesiones y reducción de las recurrencias.

Objetivos: Presentar el caso de un paciente con anemia ferropénica grave transfusión-dependiente secundaria a GAVE, tratado exitosamente mediante ligadura endoscópica con bandas.

Caso Clínico: Paciente masculino de 58 años, sin antecedentes patológicos de relevancia. Durante los 12 meses previos presentó tres internaciones por anemia ferropénica sintomática, requiriendo al menos seis unidades de glóbulos rojos y múltiples ciclos de hierro endovenoso, sin lograr una recuperación hematológica sostenida. Ingresó nuevamente por astenia y disnea de esfuerzo, sin evidencia de sangrado digestivo manifiesto. El laboratorio mostró hemoglobina de 4,5 g/dL, hematocrito 14%, ferremia 7 µg/dL, ferritina 7 ng/mL y saturación de transferrina 1,5%. La videocolonoscopia fue normal. La videoendoscopia digestiva alta evidenció ectasias vasculares lineales confluentes en el antro, compatibles con GAVE. Las biopsias informaron gastritis crónica sin atrofia, metaplasia intestinal, displasia, ni infección por *Helicobacter pylori*. Tras estabilización inicial con transfusiones e hierro intravenoso, se realizaron dos sesiones de ligadura endoscópica con bandas, separadas por cuatro semanas. La endoscopia de control mostró erradicación de las lesiones con cicatrización de la mucosa. En el seguimiento presentó recuperación hematológica (Hb 12,3 g/dL, ferritina 60 ng/mL) y no requirió nuevas transfusiones.

Resultados: Luego de la estabilización inicial con transfusiones e hierro intravenoso, el paciente fue sometido a dos sesiones de ligadura endoscópica con bandas, separadas por cuatro semanas, sin complicaciones relacionadas con el procedimiento. La videoendoscopia digestiva alta de control evidenció erradicación de las lesiones vasculares antrales, con cicatrización de la mucosa y ausencia de nuevas áreas de ectasias vasculares. Desde la primera sesión terapéutica no presentó nuevos episodios de anemia sintomática ni requirió nuevas transfusiones.

Conclusión: La LEB constituyó una alternativa terapéutica eficaz y segura para el tratamiento del GAVE en un paciente con anemia ferropénica transfusión-dependiente.

POSTERS

Código: 0313

MIOTOMÍA ENDOSCÓPICA PERORAL CRICOFARÍNGEA (C-POEM) MEDIANTE TÉCNICA DE TUNELIZACIÓN: RESULTADOS DE UNA SERIE DE CINCUENTA PACIENTES

Modalidad: Trabajos Científicos - Poster

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

PORFILIO GULARTE, Giovanna | YAÑEZ, Federico | ESCOBAR, Rafael | PARADELO, Gustavo | LLERA SOSA, María Milena | VERON, Gabriel Anibal | CARAMES, Juan Carlos | CÁRDENAS COBOS, Minerva | PUGA-TEJADA, Miguel | KAHALEH, Michel

INSTITUTO EIRA MISIONERO DE GASTROENTEROLOGIA Y MOTILIDAD DIGESTIVA

Introducción: La disfagia orofaríngea de origen cricofaríngeo representa una causa importante de morbilidad, impactando negativamente sobre el estado nutricional y la calidad de vida. La miotomía endoscópica peroral cricofaríngea (C-POEM) mediante técnica de tunelización submucosa constituye una propuesta mínimamente invasiva a la miotomía quirúrgica y a la dilatación endoscópica repetida.

Objetivos: Describir la eficacia y seguridad del C-POEM en una serie de pacientes tratados en un único centro.

Material y Métodos: Estudio observacional y descriptivo, de recuperación prospectiva. Se incluyó pacientes en quienes se realizó C-POEM entre abril de 2023 y noviembre de 2025. El C-POEM procedió mediante técnica de tunelización: tras identificar la región cricofaríngea se marcó el sitio de incisión a 1.5-2 cm proximal al esfínter esofágico superior, para evitar tensión al cierre. Luego se realizó mucosotomía mediante incisión longitudinal de 1-2 cm. Se inició tunelización hasta 2-3 cm distales al cricofaríngeo. Se realizó miotomía de espesor completo. La longitud promedio de la miotomía en todos los casos fue de 6,5-7 cm. Se cerró la mucosotomía con clipado meticuloso. Por protocolo, se instó a una hospitalización de 48 horas post-C-POEM. [MP1.1] En un registro electrónico prediseñado se registraron datos clínico-demográficos, características del procedimiento y desenlaces clínicos a corto, mediano y largo plazo (4 horas, siete días y >6 meses, respectivamente).

Resultados: Cincuenta pacientes fueron encaminados a C-POEM. La edad media fue de 56,5 años (rango 21-85), 58% mujeres. La disfagia fue el síntoma predominante (46%), seguido de regurgitación (28%) y síntomas respiratorios (26%). Todos los pacientes habían recibido algún tratamiento previo, principalmente dilatación endoscópica (40%). La mediana de duración del C-POEM fue de 20 minutos. El éxito técnico fue del 100%, sin registrarse eventos adversos tempranos ni tardíos. La estancia hospitalaria fue de 2 días en la totalidad de la serie. Durante una mediana de seguimiento de 12 meses, al momento todos los pacientes intervenidos afirman tolerar una dieta sin restricciones y mejorada. Se estima un éxito clínico en el 100% de los casos evaluados, sin recurrencia sintomática registrada. Entre los pacientes con seguimiento completo, no se registraron reintervenciones.

Conclusiones: C-POEM demostró ser un procedimiento exitoso desde lo técnico y clínico, y muy seguro dada la ausencia de eventos adversos o reintervenciones. Del mismo modo, impactó positivamente en la recuperación de calidad de vida a través de la mejoría substancial en la ingesta. Si bien no es aún un procedimiento estrictamente ambulatorio, el requerimiento de 48 horas de hospitalización preventiva post-C-POEM lo hace también una técnica costoefectiva. Se requieren estudios con mayor tamaño muestral, seguimiento más prolongado y comparación con otras modalidades terapéuticas para confirmar estos hallazgos.

POSTERS

Código: 0316

MIOTOMÍA ENDOSCÓPICA PER-ORAL CON FUNDUPICATURA (POEM-F): RESULTADOS PRELIMINARES DE UNA SERIE DE CASOS UNICÉNTRICA

Modalidad: Trabajos Científicos - Poster

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

PORFILIO GULARTE, Giovanna | YAÑEZ, Federico | ESCOBAR, Rafael | PARADELO, Gustavo | LLERA SOSA, María Milena | VERON, Gabriel Anibal | CARAMES,

Juan Carlos | CÁRDENAS COBOS, Minerva | PUGA-TEJADA, Miguel | KAHALEH, Michel

INSTITUTO EIRA MISIONERO DE GASTROENTEROLOGIA Y MOTILIDAD DIGESTIVA

Introducción: La enfermedad por reflujo gastroesofágico (ERGE) post-POEM es la principal limitación a largo plazo de la miotomía endoscópica peroral, con tasas de hasta 30-50%. El POEM con funduplicatura endoscópica (POEM-F) surge como estrategia antirreflujo concomitante.

Objetivos: Reportar los resultados clínicos, funcionales y de seguridad de una serie inicial de pacientes con acalasia tratados con POEM-F en un centro terciario.

Material y Métodos: Serie de casos. Se incluyeron pacientes con diagnóstico de acalasia encaminados a POEM-F. Se registraron variables demográficas, tipo de acalasia por manometría de alta resolución, score de Eckardt basal, presión del esfínter esofágico inferior (EEI) y presión de relajación integrada (PRI) pre-procedimiento, así como características técnicas (orientación, longitud de miotomía, tipo de cierre, éxito técnico y clínico, eventos adversos). El seguimiento incluyó score de Eckardt, presión del EEI, pH-metría y síntomas de reflujo a uno, 3, 6 y 12 meses.

Resultados: Se incluyeron 8 pacientes: 4 mujeres y 4 hombres entre 25 y 78 años; 3/8 acalasia tipo I y 5/8 tipo II; ninguno refirió reflujo pre-procedimiento. La mediana del score de Eckardt basal fue 9 (7-12) y la presión media del EEI fue 43.4 mmHg (PRI 36.2 mmHg). El éxito técnico fue del 100% (8/8), con abordaje anterior y miotomía de 10 cm en todos los casos, y cierre con hemoclips. Como eventos adversos, se documentaron 3/8 neumoperitoneo, 3/8 sangrado autolimitado, 1/8 crepitación subcutánea, 1/8 perforación de mucosa. Esta última se resolvió endoscópicamente con clips y sistema Ovesco, sin conversión quirúrgica ni necesidad de terapia de rescate. La mediana del score de Eckardt descendió progresivamente de 9 basal a 2.5 a los 12 meses, con éxito clínico en el 100% de los pacientes (8/8). De forma notable, la pH-metría resultó negativa en la totalidad de los pacientes a lo largo de todo el seguimiento, sin ningún paciente que presentara síntomas de reflujo alguno. La presión del EEI post-procedimiento se mantuvo en rangos aceptables, con una mediana de 17.5 y 26.1 mmHg a los 6 y 12 meses, respectivamente.

Conclusiones: En esta serie inicial de ocho casos, el POEM-F demostró ser técnicamente factible y seguro, con mejoría sostenida de los síntomas de acalasia y ausencia completa de ERGE objetiva y subjetiva hasta los 12 meses de seguimiento. Se requieren estudios con mayor número de pacientes y seguimiento más prolongado para confirmar estos resultados.

POSTERS

Código: 0330

SÍNDROME DE OBSTRUCCIÓN DEL TRACTO DE SALIDA GÁSTRICO EN LA INFANCIA: MÁS ALLÁ DE LA ESTENOSIS PILÓRICA HIPERTRÓFICA CONGÉNITA. EXPERIENCIA DE 15 AÑOS EN UN HOSPITAL PEDIÁTRICO DE ALTA COMPLEJIDAD

Modalidad: Trabajos Científicos - Poster

Unidad Temática: b) ENDOSCOPIA DIGESTIVA 3. Endoscopia Pediátrica

MORALES CLAVIJO, Cristina | WEYERSBERG, Christian | GONZALEZ, Juliana | WEDE, Gabriela | ROCCA, Ana

HOSPITAL GARRAHAN

Introducción: El síndrome de obstrucción del tracto de salida gástrico (SOTS) constituye una causa infrecuente de obstrucción digestiva alta en la población pediátrica. Comprende un grupo heterogéneo de entidades que generan impedimento mecánico al vaciamiento gástrico a nivel antro pilórico o duodenal proximal, con manifestaciones clínicas variables según la etiología, localización y grado de obstrucción. Debido a su baja frecuencia y diversidad etiopatogénica, la evidencia disponible en pediatría es limitada.

Objetivos: Describir las características demográficas, clínicas, diagnósticas y terapéuticas de una cohorte pediátrica atendida en un período de 15 años.

Material y Métodos: Estudio observacional, descriptivo, retrospectivo de pacientes con SOTS evaluados entre 2010 y 2025 en un servicio de gastroenterología de un hospital de pediatría de alta complejidad. Se incluyeron ptes con manifestaciones clínicas compatibles y evidencia de obstrucción mecánica antro pilórica o duodenal proximal. Se excluyeron casos de estenosis pilórica hipertrófica congénita, causas extrínsecas de compresión y cuerpo extraño.

Resultados: Se estudiaron 15 ptes. La edad al diagnóstico osciló entre 20 días y 10 años. El síntoma predominante fue el vómito, con características variables según el nivel anatómico de la obstrucción. La pérdida de peso fue un hallazgo frecuente, se observó en 12 ptes (80%). El dolor abdominal se presentó en 2 casos con úlcera gástrica. La distensión abdominal fue más evidente en las obstrucciones severas o de larga evolución y la HDA fue una manifestación poco frecuente, solo 2 ptes, como melena y hematemesis. La rx de abdomen fue realizada en 3 ptes, con reporte del signo de doble burbuja y la SEGd en 13 ptes (87%), siendo concluyente para el diagnóstico en todos; Los hallazgos más frecuentes fueron dilatación gástrica, retraso del vaciamiento gástrico y pasaje filiforme a través del canal pilórico. El compromiso antral mostró defectos de llenado o deformidad del antro distal. Se realizó VEDA en 13 ptes; las lesiones estenóticas adquiridas fueron las más frecuentes (69%), seguidas de membranas congénitas (15,5%) y lesiones

granulomatosa infiltrativa (15,5%). La región pilórica fue el sitio más afectado (38,5%), observándose estenosis severas infranqueables, ulceración y edema. Las etiologías descritas fueron úlcera gástrica complicada, TBC diseminada, Enf. granulomatosa crónica, micobacteriosis atípica diseminada, ingesta de cáustico, membrana antral y duodenal. En cuanto terapéutica, la dilatación endoscópica con balón constituyó la modalidad más frecuentemente utilizada, en 8 de 15 pacientes (53,3%); principalmente en estenosis adquiridas de etiología inflamatoria o cicatrizal. El número de sesiones requeridas fue variable, oscilando entre 2 y 4 por paciente. El tto quirúrgico fue indicado en 4 ptes (26,7%), todos con anomalías congénitas del tracto de salida gástrico o duodeno proximal. 3 ptes recibieron tratamiento médico específico como única intervención terapéutica. La evolución clínica fue favorable en todos con resolución de los síntomas obstructivos tras el tratamiento dirigido

Conclusiones: El SOTS gástrico en la edad pediátrica, representa un síndrome clínico infrecuente y heterogéneo que abarca un amplio espectro de etiologías. La edad de presentación, los hallazgos radiológicos, endoscópicos, y una adecuada caracterización etiológica permiten orientar el tratamiento más apropiado. En nuestra experiencia, las técnicas endoscópicas desempeñaron un papel fundamental tanto en el diagnóstico como en el tratamiento, permitiendo evitar en más de la mitad de los ptes una conducta quirúrgica

POSTERS

Código: 0334

EFICACIA DIAGNÓSTICA DE LA EVALUACIÓN RÁPIDA IN SITU (ROSE) POR PATÓLOGO DE MUESTRAS OBTENIDAS POR PUNCIÓN-ASPIRACIÓN GUIADA POR ECO-ENDOSCOPIA EN PACIENTES CON SOSPECHA DE TUMOR BILIOPANCREÁTICO

Modalidad: Trabajos Científicos - Poster

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

SALGADO ROSADO, Walter Kiko¹ | NAZAR, Cristina¹ | LASA, Juan² | ROCCA, Andrés Esteban¹ | UDABE, María Laura¹ | GARCES MULLER, Raul Ariel¹ | RIZZOLO, Mariana¹ | SPEISKY, Daniela¹ | BESSO, Celeste¹ | GARAVAGLIA, Gustavo Leonel¹ | HWANG, Hui Jer¹ | GUBITOSI, Analía Viviana¹ | BASSO, Sandra¹ | SMECUOL, Edgardo Gustavo¹ | DULCICH, Florencia¹ | SALGADO ROSADO, Pablo Rafael¹ | MACÍAS MARTÍNEZ, Pedro David¹ | ITURRALDE, Omar¹ | LINDAO, Mauro¹ | SALGADO CISNEROS, David Rafael¹

HOSPITAL CARLOS BONORINO UDAONDO¹; HOSPITAL BRITÁNICO²

Introducción: El adenocarcinoma de páncreas es una neoplasia de elevada mortalidad cuyo pronóstico depende de un diagnóstico oportuno. La punción-aspiración con aguja fina guiada por eco-endoscopia (PAAF) es el método de elección para obtener material citohistológico de lesiones pancreáticas. La evaluación rápida in situ (ROSE, rapid on-site evaluation) permite que un patólogo analice el extendido durante el procedimiento, tanto para confirmar la suficiencia de la muestra como para orientar un diagnóstico preliminar. Conocer su rendimiento frente al informe histológico definitivo resulta relevante para optimizar el proceso diagnóstico.

Objetivos: Evaluar la eficacia diagnóstica de la ROSE realizada por patólogos entrenados para identificar células compatibles con adenocarcinoma de páncreas, en pacientes sometidos a eco-endoscopia por sospecha de neoplasia biliopancreática.

Material y Métodos: Se llevó a cabo un estudio observacional de corte transversal sobre la base de datos de eco-endoscopia del servicio de endoscopia del Hospital de Gastroenterología "Bonorino Udaondo", entre marzo de 2025 y junio de 2026. Se incluyeron todos los pacientes sometidos a eco-endoscopia por sospecha de lesión neoplásica de páncreas. En cada procedimiento, un patólogo entrenado realizó ROSE del material obtenido por PAAF, clasificándolo como positivo o negativo (o no concluyente) para adenocarcinoma. Se calcularon sensibilidad, especificidad, valor predictivo positivo (VPP) y negativo (VPN), con sus intervalos de confianza (IC) del 95%, comparando la ROSE con el informe histológico definitivo como gold standard.

Resultados: En el período se realizaron 178 eco-endoscopias, de las cuales 80 correspondieron a sospecha de tumor biliopancreático con biopsias para el análisis. El promedio de edad fue de 64,4±12,4 años, con 42,5% de mujeres y un tamaño de lesión promedio de 38,9±11,3 mm; la localización más frecuente fue la cabeza de páncreas (60%). Según el informe definitivo de biopsia, 59 de 80 lesiones correspondieron a adenocarcinoma de páncreas. La ROSE mostró una sensibilidad del 81,4% (IC95%: 68,7–89,9), especificidad del 94,7% (IC95%: 71,9–99,7), VPP del 98,0% (IC95%: 87,8–99,9) y VPN del 62,1% (IC95%: 42,4–78,7).

Conclusiones: En pacientes con sospecha de tumor biliopancreático, la ROSE por patólogos entrenados mostró una elevada especificidad y VPP para el diagnóstico de adenocarcinoma de páncreas, lo que la posiciona como una herramienta útil para confirmar el diagnóstico en tiempo real durante la eco-endoscopia. Su sensibilidad moderada y su VPN relativamente bajo indican que un resultado negativo no descarta malignidad, por lo que el informe histológico definitivo sigue siendo imprescindible.

POSTERS

Código: 0339

VÁRICE GÁSTRICA GIGANTE: TRATAMIENTO ENDOSCÓPICO

Modalidad: Casos Clínicos - Poster

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

GUAMAN CATAÑA, Sonia Carolina | KALOUSEK, Marcelo Fabián | PENALBA, Luis Manuel | MARTÍNEZ, María Laura | ALANIA, Carlos Ricardo

HOSPITAL DONACION F. SANTOJANNI

Introducción: Las várices gástricas, si bien se presentan con menor frecuencia que las esofágicas, representan mayor gravedad por su elevada morbimortalidad y alto riesgo de resangrado (35 a 90%). Actualmente para su tratamiento se dispone de métodos endoscópicos y de radiología intervencionista. En este caso, considerando la ubicación de la lesión, se utilizó la inyección de un adhesivo tisular derivado del cianoacrilato, método de elección por su elevada tasa de hemostasia (90%).

Objetivos: Presentar un caso de baja frecuencia y elevada gravedad clínica que requirió intervención inmediata, destacando la eficacia y seguridad de la inyección endoscópica de cianoacrilato como tratamiento de elección en la hemostasia de várices gástricas de gran tamaño.

Caso Clínico: Paciente de sexo femenino, 56 años, con antecedente de cirrosis hepática por virus de hepatitis C, que ingresó por guardia presentando hematemesis con requerimiento de transfusión sanguínea (hematocrito 18,9%, hemoglobina 6,1 g/dl, glóbulos blancos 23.150/mm³, plaquetas 174.000/mm³). Se realiza videoendoscopia digestiva alta (VEDA) que evidenció en región subcardial lesión redondeada de aproximadamente 3 cm, de aspecto submucoso, con cordón variceal periférico, interpretándose como várice gástrica aislada de gran tamaño (tipo IVG1 según clasificación de Sarin). Se decidió tratamiento endoscópico mediante inyección de cianoacrilato, realizado bajo monitoreo continuo en unidad cerrada, en dos sesiones endoscópicas. Se trata de un reporte de caso único, con análisis descriptivo, sin estadística inferencial.

Resultados: El procedimiento se realizó de manera satisfactoria, sin complicaciones inmediatas. Los controles endoscópicos al mes y a los tres meses evidenciaron disminución mantenida del tamaño de la lesión, sin sangrado activo ni recidiva. La paciente continúa en seguimiento con hepatología.

Conclusión: La baja frecuencia y la extrema gravedad de este tipo de lesiones exigen que los profesionales intervinientes se mantengan actualizados y capacitados en su manejo adecuado. Resulta fundamental el abordaje interdisciplinario de estos pacientes, así como contar con los recursos y materiales necesarios para su resolución.

POSTERS

Código: 0342

USO DE LA CLASIFICACIÓN DE LOS ÁNGELES EN LA ESOFAGITIS EROSIVA: ANÁLISIS DE LA CONCORDANCIA INTEROBSERVADOR-INTRA OBSERVADOR.

Modalidad: Trabajos Científicos - Poster

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

DE LOS RÍOS, Anahí Ayelén | OLMOS, Juan Ignacio | SANGUINETTI, José María | WONAGA, Andres | BORTOT GASTÓN, Lorena | GONZÁLEZ BALLERGA, Esteban

Hospital de Clínica José de San Martín UBA

Introducción: La enfermedad por reflujo gastroesofágico es una patología frecuente cuya prevalencia en países occidentales es del 10 a 20%. La Clasificación de Los Ángeles constituye el sistema endoscópico de referencia para categorizar la esofagitis erosiva.

Objetivos: Evaluar la concordancia intraobservador e interobservador en médicos residentes y especialistas en gastroenterología para clasificar la severidad de la esofagitis erosiva por reflujo usando la Clasificación de Los Ángeles.

Material y Métodos: Estudio de corte transversal, con 59 participantes (25 especialistas y 34 residentes) que clasificaron 40 imágenes endoscópicas según la clasificación Los Ángeles. Diez imágenes se duplicaron para el análisis intraobservador. La concordancia interobservador se analizó mediante el índice Kappa de Fleiss y la intraobservador con el Kappa de Cohen. Se aplicó remuestreo Bootstrap (1000 iteraciones) para estimar intervalos de confianza robustos y comparar grupos.

Resultados: La concordancia interobservador fue moderada en los especialistas ($\kappa = 0,425$; IC 95%; 0,39 – 0,46), aceptable en los residentes ($\kappa = 0,297$; IC 95%; 0,26 – 0,33), y la diferencia fue estadísticamente significativa ($p < 0,001$). La concordancia intraobservador global fue moderada ($\kappa = 0,525$; IC 95%; 0,47 – 0,58).

Conclusiones: Se observó una escasa concordancia interobservador-intraobservador al utilizar la Clasificación de Los Ángeles para esofagitis, con diferencias significativas al comparar grupos con diferente experiencia. Se recomienda la elaboración y aplicación de protocolos clínico-endoscópicos locales, que permitan uniformar cri-

terios diagnósticos y terapéuticos, optimizar recursos y contribuir a la formación de especialistas en gastroenterología.

POSTERS

Código: 0353

VALIDACIÓN PROSPECTIVA DE UN SOFTWARE MULTIHILLO PARA LA DETECCIÓN, CLASIFICACIÓN Y MEDICIÓN AUTOMATIZADA DEL TAMAÑO DE PÓLIPOS COLÓNICOS EN TIEMPO REAL

Modalidad: Trabajos Científicos - Poster

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

ROBLES-MEDRANDA, Carlos | PUGA-TEJADA, Miguel | BAQUERIZO-BURGOS, Jorge | AREVALO-MORA, Martha | ALCIVAR-VASQUEZ, Juan | DEL VALLE, Raquel

INSTITUTO ECUATORIANO DE ENFERMEDADES DIGESTIVAS (IECED)

Introducción: La videocolonoscopía (VCC) es el estándar de oro para tamizaje, diagnóstico y tratamiento de lesiones colorrectales, pero la destreza del operador, la anatomía del paciente y la visibilidad limitada pueden aumentar las lesiones no detectadas. La IA puede mejorar el reconocimiento (detección asistida por computadora) y el diagnóstico óptico (diagnóstico asistido por computadora) de lesiones.

Objetivos: Evaluar el rendimiento diagnóstico de un software multihilo integrado de asistencia por computadora para la detección de pólipos, la clasificación NICE y la medición del tamaño durante la VCC asistida por IA en tiempo real.

Material y Métodos: Se desarrolló un novedoso software multihilo de IA que combina dos redes neuronales convolucionales y un algoritmo de visión por computadora (VC) para detectar lesiones polipoides (detección asistida por computadora, CAdE), clasificar la lesión mediante la clasificación NICE (diagnóstico asistido por computadora, CAdx) y proporcionar una medición estimada de la lesión (VC). Se incluyeron pacientes adultos consecutivos sometidos a VCC de tamizaje. Se obtuvo la precisión diagnóstica por fotograma y por caso.

Resultados: Se incluyeron 28 participantes distribuidos en dos grupos (presencia o ausencia de pólipos). La edad media fue mayor en aquellos con pólipos que en los libres de pólipos ($60,1 \pm 14,6$ vs $39,9 \pm 15,8$, $p < 0,05$); el 82,1% eran mujeres ($p = 0,621$). El tiempo de retirada fue más corto en el segundo grupo ($7,4 \pm 1,8$ vs $8,1 \pm 1,0$, $p = 0,063$). La mayoría de los pólipos se identificaron en el ciego (35,7%), todos los pólipos identificados fueron sésiles con un tamaño medio de $4,7 \pm 1,9$ mm. El 92,9% se clasificaron como NICE tipo I, un caso como NICE tipo 2 (correspondiente a una lesión hiperplásica) y un adenoma tubular. En la precisión diagnóstica por caso, el CAdE resultó en una sensibilidad, especificidad, valores predictivos positivo y negativo (VPP, VPN) y concordancia observada (CO) del 100%, 86%, 88%, 100% y 93%, respectivamente. Se evaluó un total de 20044 fotogramas, distribuidos como verdaderos positivos, falsos positivos, falsos negativos y verdaderos negativos, correspondientes a 2571, 89, 41 y 17343 fotogramas, respectivamente. La precisión diagnóstica por fotograma tuvo una sensibilidad, especificidad, VPP, VPN y CO del 98%, 99%, 97%, 100% y 99%, respectivamente. El CAdx clasificó correctamente las lesiones, con 2 casos normales mal clasificados como lesión tipo I ($p < 0,01$). La medición media de pólipos proporcionada por la VC fue menor que la medición de los endoscopistas ($2,5 \pm 0,7$ vs $4,7 \pm 1,9$, $p < 0,05$).

Conclusiones: El sistema de IA multihilo integrado demostró un excelente rendimiento diagnóstico en tiempo real para la detección y caracterización de pólipos durante la VCC de tamizaje, con alta sensibilidad, especificidad y concordancia global tanto a nivel por caso como por fotograma. El módulo CAdx clasificó con precisión la histología de los pólipos según el sistema NICE, con mínimas clasificaciones falsas positivas. Sin embargo, el algoritmo automatizado de estimación del tamaño subestimó significativamente las dimensiones de los pólipos en comparación con las mediciones de los endoscopistas, lo que resalta un área importante para su perfeccionamiento.

GASTROENTEROLOGÍA - ÍNDICE POR AUTORES

O: ORALES / PD: POSTER DISTINGUIDOS / P: POSTER

Apellido y Nombres	Casos Clínicos	Nº Página	Trabajos Científicos	Nº Página
ABOY, PABLO JOSÉ MARÍA			O: 0282, P: 0289	13-46
ACARDI, SORAYA			O: 0224	13
ACHILLI, AGUSTÍN	P: 0151	35		
ACOSTA, ANDREA			P: 0214	40
ADAMI, PAOLA			O: 0057	11
AGOZINO, MARINA SUSANA	PD: 0188	18		
AHUALLI, JULIÁN GASTÓN			O: 0057	11
AHUMARÁN, GABRIEL			O: 0057	11
ALFICI, HUGO	PD: 0067	14		
ALLENDE, MARINA	PD: 0242	20		
ALMARAZ, MARIANELLA			O: 0282 / P: 0270, 0289	13-44-46
ÁLVAREZ, AUGUSTO	P: 0250, 0252 / PD: 0197	42-42-18		
ÁLVAREZ, AUGUSTO			P: 0283	44
AMARILLA, CRISTHIAN	PD: 0143	17		
AMAYA MENDOZA, DEILER	PD: 0231	19		
ANA, SALAZAR	PD: 0080	14		
ANONNIS, MARÍA AGUSTINA	O: 0224	13		
ANTELO, MARINA	PD: 0196	18	P: 0214	40
ANTELO MARTÍNEZ, PABLO	PD: 0080	14		
ANTONISKA, MARIELA	O: 0247	13	P: 0333	49
APONTE TORRES, MARJORIE MICHELLE			P: 0091	30
AQUINO, LUCÍA	PD: 0067	14	P: 0170, 0229	36-41
ARAUJO, ALVARO			P: 0333	49
ARBUES, GUILLERMO			P: 0190	38
ARCE, EUGENIA	PD: 0080	14	P: 0081	30
ARCE, MARÍA CAROLINA			P: 0179	37
ARCO, KARINA			P: 0068	29
ARGOLLO, MARJORIE			P: 0059, 0060	28-28
ARGÜERO, MARÍA JULIETA			P: 0157	35
ARGUERO, MARÍA JULIETA			P: 0191	38
ARMUZZI, ALESSANDRO			P: 0024	24
ASTUTTI, BRUNO ALBERTO			O: 0057	11
AULAR, DANIELA	PD: 0231	19	O: 0057	11
AVAGNINA, ANA			P: 0233	41
AVNAIM, LUCILA	P: 0136	33		

Apellido y Nombres	Casos Clínicos	Nº Página	Trabajos Científicos	Nº Página
AZIZ, HORACIO	P: 0252	42		
BACIGALUPO, DELFINA MARÍA	P: 0108, 0121	32-33	P: 0064, 0119, 0179, 0294	29-32-37-46
BALABAN, EZEQUIEL	P: 0175, 0180 / PD: 0138	36-37-16	P: 0319	48
BALDERRAMO, DOMINGO	PD: 0093	15	O: 0203 / P: 0059, 0060, 0092, P: 0094, 0098	13-28-28-31-31-31
BALDONI, FERNANDO			P: 0289	46
BARBA, ANALÍA	P: 0108	32	P: 0064	29
BARBER CASELLES, CLAUDIA			P: 0157	35
BARREYRO, FERNANDO	PD: 0067	14		
BARREYRO, FERNANDO JAVIER			O: 0224 / P: 0229	13-41
BAYARRI, LUCILA			P: 0191	38
BEDINI, OSCAR ALFREDO			O: 0057	11
BELLINI, SOFÍA	PD: 0226	19	P: 0325	49
BENAVIDEZ, ANALÍA	P: 0113	32	P: 0049	27
BERGIOLI CARRASCO, MARÍA ANTONELLA	PD: 0242	20		
BERNUÉS, JUAN ESTEBAN	P: 0255, 0264 / PD: 0337	43-43-22		
BERTONE, MARÍA FLORENCIA	P: 0172	36		
BESSO, CELESTE	P: 0136	33		
BESSONE, FERNANDO	PD: 0277	21	O: 0114	12
BESTANI, MARÍA CLAUDIA	PD: 0196			
BETTENWORTH, DOMINIK			P: 0024	24
BEZZONI, PABLO			O: 0282 / P: 0270, 0289	13-44-46
BIALAS, BRAIAN			O: 0224	13
BIAVA, ALEXIA			O: 0114	12
BLAKE, MARIANO			P: 0062	28
BLANCO, AXEL	P: 0113 / PD: 0210	32-19		
BOETSCH, MARÍA SOL	PD: 0277	21	O: 0114	12
BONAMICO, AGUSTINA			P: 0049	27
BONILLA FAJARDO, NELSSY DEL VALLE	P: 0250, 0252, 0307 / PD: 0197	42-42-47-18		
BORGABELLO, GASTÓN	PD: 0115	15		
BORI, JAVIER			O: 0057	11
BORI, MATÍAS			P: 0081	30
BOSIO, AGOSTINA			O: 0174 / P: 0213	12-40
BOTTERO, ADRIANA JORGELINA			P: 0201	39
BRAICOVICH, A.			P: 0308	
BRAICOVICH, AGUSTINA	P: 0142	34		
BRIZUELA, JOHANNA PAOLA PILMAIQUEN			P: 0294	46

Apellido y Nombres	Casos Clínicos	Nº Página	Trabajos Científicos	Nº Página
BUSONI, VERÓNICA	P: 0299	46		
BUSTOS, RICARDO ENRIQUE	P: 0315 / PD: 0192, 0301	48-18-21		
BUTTAZZONI, MIRENA			P: 0039	26
CABALLERO, SOFÍA	P: 0250 / PD: 0197	42-18		
CABALLERO FLOREZ, CHRISTIAN CAMILO	PD: 0188	18		
CABANAS, SOFÍA	P: 0045	26		
CABANNE, ANA			P: 0233	41
CABAÑA, KAREN	PD: 0089	14	P: 0325	49
CALDERÓN SILES, EVELIN VANESSA	P: 0033	25		
CALVO, SEBASTIÁN	P: 0255, 0264 / PD: 0337	43-43-22		
CALZETTA, PABLO ANÍBAL	P: 0139	34	P: 0042	26
CAMPOS, LUCÍA MERCEDES	P: 0252	42		
CAMPOS MENDOZA, JANNINA			O: 0282 / P: 0289	13-46
CAMPOY, DANIEL	PD: 0238	20		
CANTONI, PABLO NAHUEL	P: 0250, 0252, 0307	42-42-47		
CAPUNAY, CARLOS			P: 0082	30
CARBALLIDO, MARCELA			P: 0214	40
CARDONATTI, MATÍAS GUSTAVO	PD: 0140	17		
CARLINO, YANINA	P: 0113 / PD: 0210	32-19		
CARONIA, VIRGINIA			O: 0224	13
CARRAL, VIRGINIA			P: 0325	49
CARRARO, CECILIA	P: 0180, 0315 / PD: 0196	37-18-18		
CARRARO, MARÍA CECILIA	P: 0136, 0137, 0175 PD: 0192, 0301	33-34-36-36 18-21		
CARRASCOA, PATRICIA			P: 0082	30
CARRETERO, MARCELINA			P: 0039, 0200	26-39
CARTIER, MARIANO	P: 0136, 0137, 0180, 0315 PD: 0138, 0192, 0196	33-34-37-18 16-18-18	P: 0176, 0319	37-48
CARTIER, MARIANO GASTÓN	P: 0175 / PD: 0301	36-21		
CARVALHO FLORIDO ABECASIS, MORENA	PD: 0277	21	O: 0114	12
CASBARIEN, OCTAVIO	PD: 0238	20		
CASTELLANOS, KARINA	PD: 0196	18		
CASTILLO, GABRIELA	P: 0172	36		
CASTRO ALIVES, LIS ILEANA	P: 0172	36		
CATÁNEO, EVELIN NATALY	P: 0077, 0152	29-35		
CAVEDON, HELIANNE FLORENCIA			O: 0224	13
CERDAS, NATALIA	P: 0172	36		
CEREIJO, MARTINA LUCILA			P: 0201	39

Apellido y Nombres	Casos Clínicos	Nº Página	Trabajos Científicos	Nº Página
CEREZO, MARÍA JIMENA	P: 0288	45		
CEREZO, MARÍA JIMENA	P: 0318	48		
CERNADAS, GUSTAVO			P: 0233	41
CEVALLOS, ALFONSO			P: 0312	47
CHAN, WALTER			P: 0157	35
CHARABATY, ALINE			O: 0023	11
CHEN, SHIRLEY H			P: 0024	24
CHIACCIO, DOLORES			P: 0270	44
CHIOREAN, MICHAEL			P: 0028	24
CHIRIANO, FABIOLA			P: 0283	44
CHOQUE, PAOLA	P: 0137	34		
CHRISTIANI, AGUSTÍN	PD: 0140	17		
CISTERNAS, DANIEL			P: 0157	35
COLLIA, KARINA			P: 0176	37
COLOM, MARÍA PAZ	P: 0288, 0318	45-48		
CONDORI, RICARDO LEONEL			O: 0282 / P: 0270, 0289	13-44-46
CONTRERAS, MÓNICA	P: 0275	44	O: 0247 / P: 0333	13-49
COOK, ERIN			O: 0023	11
CORAGLIO, MARIANA FERNANDA			P: 0176	37
CORDONE, MARÍA ANTONELLA	PD: 0277		O: 0114	12
CORRADETTI, SANTIAGO			O: 0023	11
CORREA, GUSTAVO			O: 0282 / P: 0270, 0289	13-44-46
COSTA, FLORENCIA	P: 0136	33		
CURIA, ANDREA			P: 0081	30
CURRAS, ALFREDO	P: 0139	34	P: 0042	26
D'ERCOLE, VANINA NOEMÍ	P: 0307	47		
DAFFRA, PAMELA	PD: 0238	20		
DAPELO BORIO, NAZARENA	PD: 0116	15		
D'ARIELLI, MARÍA FLORENCIA	P: 0252	42		
DASSORI, MICAELA	P: 0078	30	P: 0170, 0209, 0229, 0345	36-40-41-50
DAZA CARREÑO, WILSON			P: 0010	22
DE ALBALADEJO, MALENA	P: 0275	44		
DE ARMAS, EMILIA	P: 0137	34		
DE CASTRO STAFF, MARÍA ISABELLA	P: 0050	27		
DE MARÍA, JULIO	P: 0204	39		
DE MARÍA, JULIO CÉSAR			P: 0230	41
DE PAULA, JUAN ANDRÉS	PD: 0089	14	P: 0325	49
DEL ÁGUILA, JUAN	PD: 0143	17	P: 0308	47
DEL PEDRO, MARÍA VIRGINIA	PD: 0197	18		

Apellido y Nombres	Casos Clínicos	Nº Página	Trabajos Científicos	Nº Página
DEL REY, GIANINA	P: 0108	32		
DELLA GIUSTINA, FEDERICO	PD: 0115, 0116	15-15		
DERCOLE, VANINA	PD: 0197	18		
D'ERCOLE, VANINA	P: 0250	42		
DEVOTO, ANABELA YANINA			P: 0233	41
DI BARTOLO, LAURA	P: 0172	36	P: 0213	40
DI DONATO, MARÍA BELÉN	PD: 0231	19		
DI PAOLO, MIRJANA			P: 0039	26
DI SANTO, AGUSTÍN	PD: 0188	18		
DIÁZ, FABIANA FERNANDA	P: 0262	43	P: 0251, 0324	42-49
DONATELLI, MARIO EMILIO	PD: 0140	17		
DONATI, JUAN IGNACIO	P: 0255, 0264 / PD: 0337	43-43-22		
DUARTE GUZOWSKI, MARA			O: 0224	13
DULCICH, FLORENCIA	PD: 0196	18	O: 0057	11
DURRUTY, MANUELA	PD: 0231	19		
ELMO, GASTÓN	P: 0299	46		
ESCOBAR, RAFAEL	P: 0108, 0121	32-33	P: 0064, 0119, 0179, 0294	29-32-37-46
ESCUDERO, ULISES	PD: 0162	17		
ESTEVEZ, GUADALUPE			P: 0190, 0191	38-38
ESTRADA, CARLA ALEJANDRA	P: 0012	22		
ETCHEVERS, MARÍA JOSEFINA	PD: 0089	14	P: 0312, 0325	47-49
FABBRINI, DAVID	P: 0275	44		
FABBRO, GABRIEL			O: 0282 / P: 0289	13-46
FALCON, FLORENCIA	PD: 0080	14		
FERNÁNDEZ, GUILLERMO RUBÉN			O: 0057	11
FERNANDEZ SOBREIRA, JULIÁN			P: 0010	22
FERRARI, VALENTINA	P: 0275	44		
FERREIRO, MELINA			P: 0319	48
FERREYRA, VICTORIA	PD: 0067	14		
FERREYRA VALVASSORI, NAIR			O: 0174	12
FERRO, CAMILA	PD: 0197	18		
FERRO, CAMILA MARIANA	P: 0250	42		
FIGUEREDO VERA, CINTHIA LARIZA	P: 0078	30	P: 0170, 0229, 0345	36-41-50
FIGUEROA, MATILDE	P: 0078		P: 0170, 0209, 0229, 0345	36-40-41-50
FILIPPINI, FLORENCIA			P: 0270	44
FILO, GLADYS L			O: 0057	11
FIORETTI, MARIANO	P: 0250, 0252, 0307	42-42-47		
FLEITAS, WALTER	P: 0136	33		
FLEKENSTEIN, GERMÁN			P: 0233	41

Apellido y Nombres	Casos Clínicos	Nº Página	Trabajos Científicos	Nº Página
FLORES, GABRIEL	P: 0139	34		
FLORES, MONTSERRAT			P: 0229	41
FLORES, SANTIAGO	P: 0180	37		
FLORES, SANTIAGO DE JESÚS	P: 0315 / PD: 0138	48-16		
FLORES LUCENA, MONTSERRAT			P: 0170	36
FLORES RECALDE, SANTIAGO	P: 0175	36		
FOGLINO, MARÍA VICTORIA	P: 0113 / PD: 0210	32-19	P: 0098	31
FRANZ, ALLISON			P: 0157	35
FUENTES, ROMINA	PD: 0242	20		
FUENTES, SEBASTIÁN			P: 0081	30
FUMERY, MATHURIN			P: 0024	24
GALUPPO, JUAN	PD: 0067	14		
GAMMON, MARÍA			O: 0141	12
GARABENTO, LEONARDO			O: 0282 / P: 0289	13-46
GARAVAGLIA, GUSTAVO	P: 0137, 0175, 0180	34-36-37		
GARCÍA ALLENDE, LEONARDO	PD: 0162	17		
GARCÍA MARMOLEJO, JUAN PABLO			P: 0157	35
GARZON, ANA	P: 0137 / PD: 0192	34-18		
GENGA ALBARRACIN, DELFINA	PD: 0115, 0116	15-15		
GHERGO, JOSÉ			P: 0015	23
GIACOMANTONE, CANDELA			P: 0233	41
GIANECINI, ARIEL			P: 0233	41
GIGENA, RICARDO AGUSTÍN	P: 0152	35		
GIL, ANÍBAL HÉCTOR	P: 0175, 0180 / PD: 0138	36-37-16	P: 0319	48
GIORGIS, ORNELLA	P: 0012	22		
GLASINOVIC, ESTEBAN			P: 0157	35
GOBELET, JAQUELINA			O: 0174	12
GOBELET, JAQUELINA MARICEL	P: 0077	29		
GODOY, EMANUEL	P: 0175	36		
GOLDMAN, CINTHIA G.			P: 0233	41
GOLUBICKI, MARIANO	PD: 0196	18	P: 0214	40
GOMES, TARCIA			P: 0060	28
GOMES, TÁRCIA N F			P: 0059	28
GÓMEZ PERDIGUERO, GONZALO	P: 0139	34	P: 0042	26
GONZÁLEZ, DÉBORA ISABEL	P: 0288, 0318	45-48		
GONZÁLEZ, GISELE ELIANA	P: 0137 / PD: 0192	34-18		
GONZÁLEZ, JULIANA	P: 0275	44	P: 0201	39
GONZÁLEZ, LUCIO	P: 0299	46		
GONZÁLEZ, MARÍA LAURA	P: 0151 / PD: 0226, 0242	35-19-20	P: 0039, 0190, 0191, 0198, 0312	26-38-38-38-47

Apellido y Nombres	Casos Clínicos	Nº Página	Trabajos Científicos	Nº Página
GONZÁLEZ BALLERGA, ESTEBAN	PD: 0080	14	O: 0016, 0018, 0019, 0020, 0141 P: 0013, 0014, 0015, 0017, 0081	10-10-10-20-12 23-23-23-24-30
GONZÁLEZ CREPSAC, VERA LUCÍA	P: 0012, 0284 / PD: 0272	22-45-21		
GORANSKY, JEREMÍAS			P: 0190	38
GORORDO IPIÑA, R. CAROLINA			P: 0049	27
GRIFFITH, JENNY	O: 0023	11		
GRUZ, FERNANDO	P: 0051	27		
GULLINO, LORENZO			O: 0282 / P: 0289	13-46
GUMA, CARLOS			P: 0062	28
GUMA STROHMAYER, MAGDALENA			P: 0062	28
GUTIÉRREZ, ANA MARÍA	PD: 0196	18		
GUTIERREZ ARISPE, FERNANDA			O: 0016, 0018, 0019, 0020 P: 0013, 0014, 0015, 0017	10-10-10-20 23-23-23-24
GUZMÁN, MARÍA VICTORIA	P: 0262	43	P: 0324	49
GUZMÁN, MAURICIO			P: 0270	44
GYAWALI, PRAKASH			P: 0157	35
HABERMAN, DIEGO	PD: 0301	21		
HANI, ALBIS			P: 0157	35
HENSEL, ALEJANDRO	P: 0204	39		
HERMIDA, CRISTINA RAQUEL	P: 0250, 0307	42-47	P: 0283	44
HERRERO, MARCOS EZEQUIEL	PD: 0248, 0267	20-20		
HIDALGO, MELISA	P: 0264	43		
HIDALGO, MELISSA	P: 0255	43		
HIGUERA CARRILLO, MICHELLE			P: 0010	22
HORIANSKI, YAMILA			P: 0170, 0229, 0345	36-41-50
HUEBLA, MAYRA	P: 0139	34	P: 0042	26
HUENS CASAL, CAMILA	P: 0136, 0137, 0175, 0315	33-34-36-48		
HUERNOS, SERGIO	P: 0175, 0180 / PD: 0138	36-37-16	P: 0319	48
HURTTE, EDWARD			P: 0157	35
IANTORNO, MAURO ANTONIO	P: 0136	33		
IGNACIO SEBASTIÁN, MAJEWSKI	P: 0012	22		
IMAN, AILEN	P: 0142 / PD: 0143	34-17	P: 0308	47
INSAURRALDE, WALTER			O: 0057	11
IRVING, PETER M.			P: 0028	24
ITHURRALDE, JAVIER	PD: 0196	18		
JENSEN PADILLA, MAURICIO	P: 0033	25		
JOSHI, NAMITA			O: 0023	11
KAHN, NICOLE MARIE	P: 0113	32		
KARP, MILAGROS	PD: 0301	21		

Apellido y Nombres	Casos Clínicos	Nº Página	Trabajos Científicos	Nº Página
KAZANIETZ, VANESA			P: 0190	38
KEEFER, LAURIE			O: 0023	11
KHAN, NICOLE MARIE			O: 0203	11
KIM, BROOKE			O: 0023	11
KIM, JAE ROK			P: 0024	24
KISCH, AYELEN	PD: 0301	21		
KISH, AYELEN	P: 0136	33		
KUJARUK, MIRTA	P: 0137 / PD: 0196	34-18	P: 0214	40
KUJTA, NADIA	P: 0136	33		
KURPIS, MARÍA			P: 0098	31
LA SALVIA, DANIELA	PD: 0238	20		
LABATO, MARÍA			P: 0190	38
LAFAGE, MATÍAS	PD: 0231	19		
LAMAS, JORGE EMANUEL	PD: 0115, 0116	15-15		
LASA, JUAN			P: 0059, 0060, 0233	28-28-41
LAUDANNO, OSCAR MIGUEL ORESTE	PD: 0231	19	O: 0057	11
LEIBOVICH, NATALIA	P: 0284, 0287	45-45		
LEZCANO, ARIANA AYLEEN	O: 0224	13		
LICCIARDELLO, MARIANA			P: 0283	44
LITWIN, NÉSTOR			O: 0019, 0020	10-10
LLANQUIMAN, PABLO EMANUEL	P: 0137	34		
LLERENA VALDIVIA, FREDERICK GREG			O: 0057	11
LOMBARDI, GIULIANA GISELE	P: 0204	39	P: 0179	37
LÓPEZ, VICTORIA PILAR			O: 0141	12
LOPEZ FRACO, JUAN JOSÉ	P: 0051	27		
LOPEZ FRANCO, JUAN	P: 0287	45		
LÓPEZ FRANCO, JUAN JOSÉ	P: 0012, 0284 / PD: 0272	22-45-21		
LÓPEZ GODOY, RAÚL MARTÍN	P: 0137	34		
LÓPEZ MEILLER, MARÍA JOSÉ			O: 0018	10
LORENZATI, MARÍA ANGÉLICA	PD: 0067	14		
LOZITA, SANTIAGO			O: 0203	13
LUBERTINO, MARTÍN	PD: 0226	19	P: 0190	38
LUBIENIECKI, DANIELA CARINA	P: 0012, 0051, 0284, 0287 PD: 0272	22-27-45-45 21		
LUCCHESI, MARÍA SOL			P: 0214	40
LUCERO, SILVANA	P: 0115, 0116	15-15		
LUCIANO, SOL BELÉN	P: 0175 / PD: 0196	36-18	P: 0319	48
LUDOSKI, BELÉN			P: 0170	36
LUNA TIRADO, LUCÍA	P: 0175, 0180	36-37		

Apellido y Nombres	Casos Clínicos	Nº Página	Trabajos Científicos	Nº Página
MACÍAS, ZENÓN			P: 0062	
MACÍAS MERCANTE, VALENTINA	PD: 0116	15		
MAIER, KATERINA	P: 0172	36		
MAIGUASHCA HUILCATOMA, BRYAN PATRICIO	P: 0288, 0318	45-48		
MAIORANA, FACUNDO NICOLÁS			O: 0224	13
MAJEWSKI, IGNACIO	P: 0051, 0284, 0287 PD: 0272	27-45-45 21		
MALAGA, IGNACIO	P: 0204	39		
MALLICK, MADHUJA			P: 0024	24
MANAZZONI, DANTE			P: 0190	38
MANCINI, MARÍA DEL PILAR	PD: 0089	14	P: 0325	49
MANDUCA, PAMELA	PD: 0089	14	P: 0325	49
MANTERO, PAULA			P: 0233	41
MAQUIEIRA, JULIÁN			P: 0214	40
MARCENO, FLORENCIA AGUSTINA	P: 0287	45		
MARCOLONGO, MARIANO	P: 0151 / PD: 0089, 0226, 0242	35-14-19 20	P: 0039, 0190, 0191, 0198, 0200, 0312, 0325	26-38-38-38 39-47-49
MARIÑO CAMACHO, GABRIEL ADRIÁN	PD: 0080	14		
MARTÍNEZ, FRANCISCO	PD: 0238	20		
MARTINEZ, MANUEL			P: 0059, 0060	28-28
MARTÍNEZ, ROMINA	P: 0108	32		
MARTÍNEZ, SOLANGE			P: 0325	49
MARTÍNEZ, SOLEDAD			P: 0233	41
MARTÍNEZ ELHELOU, SOLANGE	PD: 0089	14		
MARTÍNEZ RUÍZ, MAURICIO JESÚS	PD: 0123	16		
MARTINS, BRUNO			O: 0023	11
MARUELLI, SILVINA	P: 0250 / PD: 0197	42-18		
MARUELLI, SILVINA ROSANA	P: 0307	47		
MATOSO, MARÍA DOLORES			P: 0039, 0200	26-39
MAURETTE, MARÍA VICTORIA	P: 0284 / PD: 0272	45-21		
MAZAEDA, AZUL			O: 0224	13
MEJIA BEYEH, NELSON	PD: 0140	17		
MELANO, FLORENCIA	P: 0172	36		
MELISSA, HIDALGO	PD: 0337	22		
MENA-CAJAS, GINNA PAMELA			P: 0230	41
MÉNDEZ, GUILLERMO			P: 0214	40
MERCADER-GARCÍA, MARÍA VICTORIA			P: 0230	41
MICONI, DIEGO GABRIEL	PD: 0162	17		
MILITO, DANIELA			P: 0176	37

Apellido y Nombres	Casos Clínicos	Nº Página	Trabajos Científicos	Nº Página
MOLINA, FERNANDA	P: 0012, 0284, 0287 PD: 0272	22-45-45 21		
MONCADA RODRÍGUEZ, GABRIELA ANABEL			O: 0016, 0018, 0019 / P: 0013, 0014, 0017	10-10-10 23-23-24
MONGE, JOSSELY	P: 0137 / PD: 0192	34-18		
MONGE NUÑEZ, NATALIA	P: 0175	36		
MONGE NUÑEZ, NATHALIA	P: 0315	48		
MONSALVE, LEIDY			P: 0128	33
MONZON, VERÓNICA			P: 0190	38
MORAN, GABRIELA	P: 0255, 0264 / PD: 0337	43-43-22		
MOREIRA, GLENDER	P: 0121	33	P: 0119	32
MORENO, MARÍA LAURA	P: 0136, 0315	33-48		
MORETTI, ROMINA			P: 0062	28
MOREYRA, MARIANA MELISA	PD: 0301	21		
MORISSET, PIERRE			P: 0024	24
NARANJO, MARÍA JOSE	PD: 0138	16		
NARANJO LARA, MARÍA JOSÉ	P: 0136, 0137, 0175, 0180, 0315	33-34-36-37 48		
NOGUEIRA, MARÍA DE LOS MILAGROS	PD: 0210	19		
NOGUEIRA, MILAGROS	P: 0113	32		
NOTARI, LORENA	P: 0252	42		
OGHOLIKHAN, SINA			P: 0028	24
OJEDA, ANDREA AGUSTINA	P: 0175, 0180, 0315 PD: 0138	36-37-48 16	P: 0176	37
OLIVERA, OSCAR ALBERTO	P: 0045	26		
OLMOS, JORGE ATILIO			O: 0016, 0018, 0019, 0020 P: 0013, 0014, 0015, 0017	10-10-10-10 23-23-23-24
OLMOS, JUAN IGNACIO			P: 0013, 0015	23-23
OMONTE ZAMBRANA, ANA MARÍA	P: 0288, 0318	45-48		
ORDOÑEZ JARAMILLO, JUAN JOSÉ	P: 0051, 0284, 0287	27-45-45		
PADÍN, LORENZO	P: 0012, 0051, 0284, 0287 PD: 0272	22-27-45-45 21		
PALAVECINO, MARÍA			P: 0190	38
PALMA, AGUSTINA			O: 0282 / P: 0270, 0289	13-44-46
PANACCIONE, REMO			P: 0024	24
PARDO, BÁRBARA EUGENIA			P: 0294	46
PARKES, GARETH			P: 0024	24
PASQUA, ANALÍA VERÓNICA	P: 0151	35	P: 0190, 0198	38-38
PASQUEL NARVAEZ, GEOVANNY ALEXANDER	P: 0312	47		
PATTERNO, MAURICIO	P: 0136, 0137	33-34		

Apellido y Nombres	Casos Clínicos	Nº Página	Trabajos Científicos	Nº Página
PAZMIÑO, TANA	P: 0175, 0180, 0315 PD: 0138, 0196	36-37-48 16-18		
PEDROSA, LARISSA	PD: 0231	19		
PEIRANO SCHIAFFINO, MARÍA BELÉN	P: 0051, 0287 / PD: 0272	27-45-21		
PENAYO SOLIS, FLORENCIA NOEMÍ	P: 0250 / PD: 0197	42-18		
PEPA, PABLO DAMIÁN			O: 0057	11
PERALTA, AGUSTINA	P: 0136, 0315	33-48		
PERALTA, OSCAR	P: 0142	34		
PÉREZ, ESTEBAN NATALIA	P: 0307	47		
PÉREZ ESTEBAN, NATALIA	PD: 0197	18		
PÉREZ FERNÁNDEZ, IGNACIO	PD: 0301	21		
PÉREZ RUGE, DIANA			P: 0233	41
PERNA, LORENA ALDANA			P: 0091	30
PESANTEZ, MARÍA FERNANDA			P: 0157	35
PÍA SICOLI, ADRIÁN OMAR			P: 0157	35
PIOVAROLI, FLORENCIA	PD: 0196		P: 0214	40
PISKORZ, MARÍA M			O: 0016, 0018, 0019, 0020 P: 0014, 0015, 0017	10-10-10-10 23-23-24
PONCE DE LEÓN, JAVIER	PD: 0115, 0116	15-15		
PONZO, NATALIA SOLEDAD	P: 0299	46		
PORTILLO, MATÍAS JOAQUÍN	P: 0137 / PD: 0192	34-18		
PRATTO, DANIEL			P: 0037, 0038	25-26
PRIEDE, BRENDA	P: 0255	43		
PRIEDE Y PANTALEON, BRENDA SOFÍA	P: 0264 / PD: 0337	43-22		
PUGA-TEJADA, MIGUEL			P: 0230	41
PUSKOVIC, ANDREA			O: 0141	12
QUARROZ, JUAN	PD: 0080	14		
QUEVEDO, PILAR			P: 0081	30
QUINTERO GONZÁLEZ, OLGA			O: 0141	12
QUINTEROS, AYDE			O: 0141	12
QUINTEROS MOYANO, AYDE GABRIELA			O: 0057	11
QUIÑONES, SABRINA	P: 0051, 0287 / PD: 0272	27-45-21		
RAMÍREZ, ALEJANDRO			O: 0224	13
RAMÍREZ, JULIETA AGOSTINA	P: 0108	32	P: 0064	29
RANDAZZO, PAULA	P: 0151	35	P: 0200	39
RASTELLI, LAUREANO	PD: 0162	17		
RAUSCH, ASTRID			P: 0024	24
REBOLINI, INÉS	PD: 0242	20	P: 0312	47
REDONDO, AGUSTINA			O: 0282 / P: 0289	13-46

Apellido y Nombres	Casos Clínicos	Nº Página	Trabajos Científicos	Nº Página
REGGIARDO, VIRGINIA	PD: 0277	21		
REINECK, ROSANA PAOLA			P: 0170, 0209, 0229	36-40-41
REINISCH, WALTER			P: 0028	24
REYNOSO, AIXA			P: 0028	24
RIGONI, MARTINA	PD: 0277	21	O: 0057, 0114	11-12
RÍOS, JONNATHAN			P: 0128	33
RÍOS SAAVEDRA, ZAIDA	P: 0288, 0318	45-48		
RIU, MARÍA CECILIA	P: 0307 / PD: 0197	47-18	P: 0283	44
RIVADENEIRA, AGUSTINA	P: 0250	42	P: 0283	44
RIVEROS, DAMIÁN	PD: 0238	20		
RIZZI, BRUNO			O: 0282 / P: 0289	13-46
RIZZO, AGUSTÍN			P: 0201	39
ROBBIO, JUAN			P: 0214	40
ROBLES, PABLO	P: 0137	34		
ROCCA, ANA	P: 0275	44	P: 0201, 0333	39-49
ROCCA, ANDRÉS ESTEBAN	PD: 0196	18		
ROCCA, MARÍA FLORENCIA			P: 0233	41
RODRÍGUEZ, ANGELA			P: 0042	26
RODRÍGUEZ, PABLO CÉSAR			O: 0057	11
RODRÍGUEZ, VICTORIA			O: 0247	13
RODRÍGUEZ DURÁN, PAULA BELÉN			P: 0200	39
RODRÍGUEZ G., JUAN			O: 0114	12
RODRÍGUEZ GIAMMALVA, JUAN IGNACIO	PD: 0277	21		
ROFFE, GEORGINA			P: 0201	39
ROGERS, BENJAMIN			P: 0157	35
ROHWAIN, MARÍA JOSÉ	P: 0175, 0180 / PD: 0138	36-37-16		
ROITMAN, PAULA			P: 0068	29
ROJAS VÁZQUEZ, JOAQUÍN MARIANO			P: 0198	38
ROLIM, ALEXANDER DE SA			P: 0059	28
ROMERO, GUSTAVO	P: 0319	48		
ROMERO, GUSTAVO ANDRÉS	PD: 0301	21		
ROSALES CUELLO, MILAGROS	P: 0029	25		
ROSES, JORGE			O: 0224	13
ROYG JARA, DIEGO			P: 0170	36
ROYG JARA, DIEGO SEBASTIÁN	P: 0078	30		
RUFFINENGO, ORLANDO	PD: 0277	21	O: 0114	12
SÁENZ, MARÍA BELÉN	PD: 0140	17		
SALABERRY, ANTONELLA	P: 0175, 0180, 0315 PD: 0138, 0192	36-37-48 36-18		

Apellido y Nombres	Casos Clínicos	Nº Página	Trabajos Científicos	Nº Página
SALDIAS, NICOLÁS	P: 0255, 0264 / PD: 0337	43-43-22		
SALVATIERRA MARIMONT, MARTÍN ALEJANDRO	P: 0113	32	O: 0203 / P: 0092, 0094	13-31-31
SAMBUELLI, ALICIA	P: 0175, 0180 / PD: 0138	36-37-36		
SÁNCHEZ, ANDREA			P: 0042	26
SÁNCHEZ, ARIEL			P: 0098	31
SÁNCHEZ, BELÉN	PD: 0089		P: 0312, 0325	47-49
SÁNCHEZ, MARÍA FLORENCIA	PD: 0242		P: 0312	47
SANTANA, MAURO MARTIN			O: 0016, 0018, 0019, 0020 P: 0013, 0014, 0015, 0017	10-10-10-10 23-23-23-24
SANTINO, JUAN			P: 0312	47
SANTINO, JUAN PABLO	PD: 0242	20		
SARTORI, DIEGO ELOY	P: 0078	30	P: 0170, 0209, 0229, 0345	36-40-41-50
SASSAKI, LIGIA YUKIE			P: 0059, 0060	28-28
SAWADA, AKINARI			P: 0157	35
SAYANES, MARÍA VICTORIA	P: 0255, 0264 / PD: 0337	43-43-22		
SCACCHI, MARÍA AGUSTINA	P: 0250	42		
SCARAFIA, SANTIAGO			P: 0059, 0060	28-28
SCHNEIDER, ADOLFO			O: 0224	13
SEMINERIO-DIEHL, JENNIFER			P: 0028	24
SEMRIK, NADIA MILEVA			P: 0049	27
SEQUEIRA, AGUSTÍN	PD: 0162	17		
SERAHATI, SARA			P: 0028	24
SERRA, JORDI			P: 0157	35
SIFRIM, DANIEL			P: 0157	35
SIGAL, NICOLÁS	PD: 0277	21	O: 0114	12
SILVA JUNIOR, ROBERTO			P: 0059	28
SITZMANN, FEDERICO	P: 0078	30	P: 0170, 0209, 0229, 0345	36-40-41-50
SMITH, NATHON			P: 0157	35
SOBRERO, JOSEFINA	PD: 0089, 0226	14-19	P: 0312, 0325	47-49
SOSA, IAN	PD: 0143	17		
SPIAZZI, RENATA ALINA	P: 0288, 0318	45-48		
SQUITIN, MAGALÍ	P: 0299	46		
STACH, LUCÍA	PD: 0196	18	P: 0214	40
STEIMBERG, CLARISA	P: 0299	46		
STORNI, CYNTHIA	PD: 0115, 0116	15-15		
SUÁREZ, DANIELA	PD: 0197	18		
SUÁREZ, DANIELA CELESTE	P: 0250, 0252	42-42	P: 0283	44
SUÁREZ, EDECIO			O: 0057	11
SUÁREZ, FLORENCIA MICAELA	P: 0172	36		

Apellido y Nombres	Casos Clínicos	Nº Página	Trabajos Científicos	Nº Página
SUÁREZ-MENA, KAREN M			P: 0230	41
TAGLIARINI, LARA			O: 0224	13
TAMAGNONE, NORBERTO			O: 0114	12
TANNO, FEDERICO	PD: 0277	21		
TATARIN, NÉSTOR			O: 0224	13
TÉVEZ, ADRIANA ELIZABETH			O: 0016, 0018, 0019, 0020 P: 0013, 0014, 0015, 0017	10-10-10-10 23-23-23-24
THOME, MARCELO			O: 0057	11
TIRADO, LUCÍA LUNA	PD: 0138	16		
TIRADO, PABLO RICARDO	P: 0175, 0180 / PD: 0138	36-37-16		
TOLEDO CUENCA, CONNIE ISABEL			P: 0270	44
TONN, FEDERICO, EUGENIO	PD: 0162	17		
TOPOR, IVÁN	P: 0121	33	P: 0119	32
TORELLO, MARÍA ROSARIO	PD: 0093	15	P: 0092, 0094	31-31
TORRES, MARIANA			P: 0068	29
TORRICO TERÁN, FLAVIO RUSSELL	P: 0288	45		
TOSINI, JAVIER			P: 0214	40
TOSTI, ROMINA	PD: 0197	18		
TRAKÁL, ESTEBAN			P: 0049	27
TRAKÁL, JUAN JOSÉ			P: 0049	27
TUAPANTE QUINTUÑA, PAUL ADRIÁN	P: 0045	26		
TUDEHOPE, FIONA			P: 0157	35
TUFARE, FRANCISCO			O: 0282 / P: 0270, 0289	13-44-46
UDABE, MARÍA LAURA	P: 0136, 0137 / PD: 0192	33-34-18		
UDABE, MARÍA LAURA	PD: 0196	18		
URBINA-DAQUILEMA, DANIELA M			P: 0230	41
URIBE DÍAZ, RODRIGO AGUSTÍN	P: 0288, 0318	45-48		
USTARES, FERNANDO			O: 0057	11
VAN HAAREN, STIJN			P: 0028	24
VAQUER FERNÁNDEZ, GIULIANA			P: 0068	29
VARGAS, FERNANDO			O: 0224	13
VARGAS, MARA AYELEN	P: 0255, 0264 / PD: 0337	43-43-22		
VÁZQUEZ DE NOVOA, FRANCISCO MARTÍN	PD: 0115, 0116	15-15		
VEGLIA, JUAN			O: 0224	13
VELASCO- BENÍTEZ, CARLOS ALBERTO			P: 0010	22
VELASCO- SUÁREZ, DANIELA ALEJANDRA			P: 0010	22
VELAZCO CABUT, GONZALO JAVIER	PD: 0238	20		

Apellido y Nombres	Casos Clínicos	Nº Página	Trabajos Científicos	Nº Página
VERASAY, NATALIA	PD: 0115	15		
VERÓN, GEORGINA			O: 0224	13
VERÓN, MAIA			O: 0224	13
VILLA, MARIANO NICOLÁS			P: 0190	38
VILLALBA, NÉSTOR JAVIER			P: 0283	44
VILLALOBOS ESPADA, IVER	P: 0033	25		
VIOLA, LUIS	PD: 0188	18		
VISCARDI, JUAN	P: 0051	27		
VISCARDI, JUAN PABLO	P: 0012	22		
VITELLINI, FACUNDO	P: 0172	36		
WASSNER, CARLA	P: 0136	33		
WEYERSBERG, CHRISTIAN	P: 0275	44		
YANG, YANG			O: 0023	11
YANTORNO, MARTÍN			O: 0282 / P: 0270, 0289	13-44-46
YÁÑEZ, CAROLINA	PD: 0162	17		
YASAKI, ETSURO			P: 0157	35
YEREMENKO, ANNA	P: 0012, 0051, 0284 / PD: 0272	22-27-45-21		
ZAMBRANO, JAVIER			O: 0023	11
ZAMBRANO, LILIANA	P: 0142 / PD: 0143	34-17	P: 0308	47
ZAMBRANO, VERÓNICA	P: 0137	34		
ZARATE, FABIÁN	P: 0172	36	P: 0049	17
ZAVALLA YALJ, JUAN CRÚZ	P: 0252	42		
ZERBIB, FRANK			P: 0157	35
ZUBILLAGA, MARCELA B.			P: 0233	41
ZUCCA, SOFÍA	PD: 0277	21	O: 0114	12

ENDOSCOPIA - ÍNDICE POR AUTORES

O: ORALES / PD: POSTER DISTINGUIDOS / P: POSTER

Apellido y Nombres	Casos Clínicos	Nº Página	Trabajos Científicos	Nº Página
AGUILAR, CARLA			P: 0206	65
ALANIA, CARLOS RICARDO	P: 0339	69		
ALCIVAR-VÁSQUEZ, JUAN			O: 0347 / P: 0353	54-70
ALDAO, MARÍA CELESTE	PD: 0243	57		
ALEJO TACURI, JUAN PABLO	P: 0237	66		
ALLENDE, MARINA			P: 0132	61
ALMARAZ, MARIANELLA	P: 0163 / PD: 0103	62-55	O: 0135	52
AMAYA MENDOZA, DEILER	P: 0159	62		
AMUS, CAMILA			P: 0206	65
ARAYA, VALENTINA	PD: 0102	55		
AREVALO-MORA, MARTHA			O: 0347 / P: 0353	54-70
ASPREA ALFANO, LEONARDO	P: 0193	64	P: 0189	64
AULAR, DANIELA	P: 0159	62		
AVEIGA CEDEÑO, LEONARDO ANDRÉS	O: 0111, 0112 / P: 0109	51-51-61		
AZCURRA, IVANA	P: 0011	58		
BACIGALUPO, DELFINA MARÍA	P: 0107, 0193	60-64	P: 0106, 0165, 0186, 0189	60-63-64-64
BÁEZ, ELSA VICTORIA	PD: 0102	55		
BALDERRAMO, DOMINGO	PD: 0311	58		
BALDONI, FERNANDO	P: 0163 / PD: 0103	62-55		
BAQUERIZO-BURGOS, JORGE			O: 0347 / P: 0353	54-70
BARÓN, PABLO			O: 0216, 0227, 0235 P: 0218, 0221	53-53-53 66-66
BASSO, SANDRA			P: 0334	69
BELLINI, SOFÍA			O: 0199 / P: 0183, 0195, 0202	52-63-65-65
BERENBAUM, MELANIE	PD: 0279	57		
BERGIOLI CARRASCO, MARÍA ANTONELLA			P: 0084	59
BERNUÉS, JUAN ESTEBAN			P: 0160	62
BERSANO, FERNANDA	P: 0054	59		
BERTONE, MARÍA FLORENCIA	P: 0173	63		
BESSO, CELESTE			P: 0334	69
BEZZONI, PABLO	P: 0163 / PD: 0103		O: 0135	52
BLANCO, AXEL	PD: 0311	58		
BOGLIACINO, MARÍA FLORENCIA	P: 0271	67		
BORTOT GASTÓN, LORENA			P: 0342	69
BORZI, SILVIA	P: 0271	67		

Apellido y Nombres	Casos Clínicos	Nº Página	Trabajos Científicos	Nº Página
BOTTARI, ROMINA VANESA			P: 0132	61
BOTTERO, ADRIANA JORGELINA	P: 0265	67		
BRACONE, HERNÁN	PD: 0243	57		
BRIOLA, MAGALÍ	PD: 0102	55		
BUSQUET, LAURA	P: 0265	67		
CABALLERO, SOFÍA	PD: 0194	56		
CAMPOMENOSI, FEDERICO			O: 0110, 0112, 0212 / P: 0109	51-51-52-61
CAMPOS, LUCÍA MERCEDES	PD: 0194	56		
CANEPA, ENRIQUE	P: 0144	61		
CANTONI, PABLO NAHUEL	PD: 0194	56		
CAPALDI, IANINA	PD: 0103	55	O: 0135	52
CAPUNAY, CARLOS			P: 0076	59
CAPUTO, MARIA CELESTE			O: 0216, 0227, 0235 P: 0218, 0221	53-53-53 66-66
CARAMES, JUAN CARLOS			O: 0310 / P: 0313, 0316	54-68-68
CÁRDENAS, DANIEL FERNANDO			P: 0165	63
CÁRDENAS COBOS, MINERVA			O: 0310 / P: 0313, 0316	54-68-68
CARLINO, YANINA	PD: 0311	58		
CARRASCOSA, PATRICIA			P: 0076	59
CARUSO, SANTIAGO	PD: 0194	56		
CASTILLO, GABRIELA	P: 0173	63		
CASTRO, LIS	P: 0173	63		
CERDAS, NATALIA	P: 0173	63		
CHIAICCHIO, DOLORES	PD: 0103	55	O: 0135	52
CIMMINO, DANIEL			O: 0216	53
CIMMINO, DANIEL GUSTAVO			O: 0227, 0235 / P: 0218, 0221	53-53-66-66
CIMMINO, NICOLÁS			O: 0216, 0227, 0235 P: 0218, 0221	53-53-53 66-66
CONDORI, RICARDO LEONEL	PD: 0103	55	O: 0135	52
CORREA, GUSTAVO	P: 0163 / PD: 0103	62-55	O: 0135	52
CURIA, ANDREA	PD: 0279	57		
CURRÁS, ALFREDO EDUARDO	PD: 0102	55		
DE LOS RÍOS, ANAHÍ AYLÉN	P: 0342	69		
DE MARÍA, JULIO CÉSAR			O: 0110, 0111, 0112, 0212 P: 0109	51-51-51-52 61
DEL PEDRO, MARÍA VIRGINIA	PD: 0194	56		
DEL VALLE, RAQUEL			P: 0353	70
DEL VALLE-ZAVALA, RAQUEL			O: 0347	54
DI BARTOLO, LAURA	P: 0173	63		
DI DOMÉNICO, DIEGO SALVADOR			P: 0165, 0189	63-64

Apellido y Nombres	Casos Clínicos	Nº Página	Trabajos Científicos	Nº Página
DI DONATO, BELÉN	P: 0159	62		
DOMÍNGUEZ VACACELA, ELIO DARÍO	PD: 0243	57		
DORADO, FERNANDA	PD: 0219	57		
DULBECCO, MARIELA	PD: 0103	55	O: 0135	52
DULCICH, FLORENCIA			P: 0334	69
ELENA, WANDA	PD: 0102	55		
ESCOBAR, RAFAEL	P: 0107, 0193	60-64	O: 0310 / P: 0106, 0165, 0186, 0189, 0313, 0316	54-60-63-64 64-68-68
ESCUDERO, ULISES	PD: 0025	54		
ESTEVEZ, SEBASTIÁN			P: 0160	62
FABBRO, GABRIEL	P: 0163	62		
FACCIUTO, LEANDRO			O: 0111 / P: 0109	51-61
FASANO COBAS, JUAN MARCELO	P: 0009	58		
FERRARI, VALENTINA	P: 0265	67		
FERRARIO, MARTÍN	P: 0271	67		
FERREYRA VALVASSORI, NAIR	PD: 0177	56	P: 0041	59
FERRO, CAMILA	PD: 0194	56		
FILIPPINI, FLORENCIA	PD: 0103	55	O: 0135	52
FIOLO, EDUARDO	PD: 0145	56		
FIRVIDA, SOFÍA	P: 0107	60	P: 0106	60
FLORENCIA, DI VICENZO	PD: 0177	56		
FOGLINO, MARÍA VICTORIA	PD: 0311	58		
GALLAY, IVANA	P: 0265	67		
GALLETTO, PAULA	P: 0271	67		
GAMBA, ARIEL	P: 0011	58		
GARABENTO, LEONARDO	P: 0163	62		
GARAVAGLIA, GUSTAVO LEONEL			P: 0334	69
GARCES MULLER, RAÚL ARIEL			P: 0334	69
GARCÍA, MAGDALENA	P: 0163	62		
GARCÍA ALLENDE, LEONARDO	P: 0054, 0144 / PD: 0025, 0145	59-61-54-56		
GIANELLA, MARTÍN			O: 0111	51
GIORGIO, FRANCISCO TEODORO			P: 0084	59
GIUDICE, MARÍA LUCÍA	P: 0107	60	P: 0106	60
GOBELET, JAQUELINA	PD: 0177	56	P: 0041	59
GONZÁLEZ, JULIANA			P: 0330	68
GONZÁLEZ, MARÍA LAURA			O: 0199 / P: 0183, 0195, 0202	52-63-65-65
GONZÁLEZ BALLERGA, ESTEBAN	PD: 0279	57	P: 0342	
GONZÁLEZ CREPSAC, VERA LUCÍA	PD: 0219	57		
GROISMAN, MARTÍN	P: 0193	64	P: 0189	64

Apellido y Nombres	Casos Clínicos	Nº Página	Trabajos Científicos	Nº Página
GUAMAN CATAÑA, SONIA CAROLINA	P: 0339	69		
GUBITOSI, ANALÍA VIVIANA			P: 0334	69
GUERRIERI, ITATÍ	PD: 0243	57		
GUIDI, MARTÍN			O: 0110, 0112, 0212 / P: 0109	51-51-52-61
GUZMÁN, MAURICIO	PD: 0103	55	O: 0135	52
HENSEL, ALEJANDRO			O: 0110, 0112, 0212 / P: 0109	51-51-52-61
HEREDIA, NICOLÁS	PD: 0279	57		
HERMIDA, CRISTINA RAQUEL	PD: 0194	56		
HERRERO, MARCOS EZEQUIEL			P: 0246	67
HIGA, MARIANO	PD: 0311	58		
HWANG, HUI JER			P: 0334	69
ITURRALDE, OMAR			P: 0334	69
JERVES BARROS, SAÚL ANDRÉS			O: 0199 / P: 0183, 0195, 0202	52-63-65-65
KAHALEH, MICHEL			O: 0310 / P: 0313, 0316	54-68-68
KAHN, NICOLE MARIE	PD: 0311	58		
KALOUSEK, MARCELO FABIÁN	P: 0339	69		
LAFAGE, MATÍAS	P: 0159	62		
LASA, JUAN			P: 0334	69
LAUDANNO, OSCAR MIGUEL ORESTE	P: 0159	62		
LEANDRO, FACCIUTO			O: 0212	52
LICCIARDELLO, MARIANA	PD: 0194	56		
LINDAO, MAURO			P: 0334	69
LLAMOSAS, MARÍA CLARA			P: 0085	60
LLERA SOSA, MARÍA MILENA			O: 0310 / P: 0313, 0316	54-68-68
LOCRET, MERCEDES	P: 0011	58		
LOMBARDI ALVAREZ, ABIGAIL	P: 0144 / PD: 0145	61-56		
LOPEZ, GISELE SALOME	O: 0112	51		
LÓPEZ, SERGIO	P: 0009	58		
LÓPEZ, VICTORIA PILAR	PD: 0279	57		
LÓPEZ ROMERO, LENIN ANDRÉS	PD: 0243	57		
LUCERO, NÉSTOR	P: 0009	58		
LUCHINI, JULIÁN	P: 0011	58		
MACÍAS MARTÍNEZ, PEDRO DAVID			P: 0334	69
MAHER, MANUEL			P: 0084	59
MAIER, KATERINA	P: 0173	63		
MÁLAGA, IGNACIO			O: 0110, 0112, 0212 / P: 0109	51-51-52-61
MANCINI, MARÍA DEL PILAR			P: 0084	59
MANOUKIAN, SILVINA ALEJANDRA			O: 0199 / P: 0183, 0195, 0202	52-63-65-65

Apellido y Nombres	Casos Clínicos	Nº Página	Trabajos Científicos	Nº Página
MARCOLONGO, MARIANO			O: 0199 / P: 0084, 0132, 0183, 0195, 0202	52-59-61-63 65-65
MARTÍNEZ, MARÍA LAURA	P: 0339	69		
MARTÍNEZ, RUBY	PD: 0219	57		
MARUELLI, SILVINA	PD: 0194	56		
MATANÓ, RAÚL			O: 0110, 0111, 0112, 0212 P: 0109	51-51-51-52 61
MELANO, FLORENCIA	P: 0173	63		
MELLA, JOSÉ			O: 0216, 0227	53-53
MELLA, JOSÉ MANUEL			O: 0235 / P: 0218 / 0221	53-66-66
MICONI, DIEGO GABRIEL	P: 0054, 0144 / PD: 0025, 0145	59-61-54-56		
MIMURA, HUMBERTO			P: 0206	65
MIRETTO, MATEO	P: 0011	51		
MISSISSIAN, PEDRO	PD: 0219	57		
MOAVRO, DAMIÁN	P: 0163	62		
MOLINA, LEANDRO	PD: 0243	57		
MORALES CLAVIJO, CRISTINA			P: 0330	68
MOREIRA GRANDA, EDISON JAVIER	PD: 0243	57		
MUÑOZ, PAMELA	P: 0265	67		
MURTAGH, ANA LUCÍA	P: 0011	58		
NACHMAN, FABIO			P: 0085	60
NAZAR, CRISTINA			P: 0334	69
NIEPONICE, ALEJANDRO			P: 0085	60
OLMOS, JUAN IGNACIO	PD: 0083, 0279	55-57	P: 0342	69
OROPEZA, GABRIELA	PD: 0177	56		
ORTÍZ FLORES, MARÍA LAURA	P: 0009	58		
ORTÍZ SUÁREZ, PAULA GIMENA			O: 0199 / P: 0183, 0195, 0202	52-63-65-65
PALMA, AGUSTINA	P: 0163 / PD: 0103	62-55	O: 0135	53
PARADELO, GUSTAVO			O: 0310 / P: 0313, 0316	54-68-68
PARDO, BÁRBARA EUGENIA	P: 0107	60	P: 0106	60
PAZMIÑO, KAREN			P: 0206	65
PEDROSA, LARISSA	P: 0159	62		
PENALBA, LUIS MANUEL	P: 0339	69		
PENAYO SOLÍS, FLORENCIA NOEMÍ	PD: 0194	56		
PENIZZOTTO, MARÍA CARLA	P: 0265	67		
PÉREZ GARCÍA, JORGE LUIS			P: 0206	65
PÉREZ TAPIA, FRANCISCO JAVIER	PD: 0219	57		
PESSINA, JAVIER			P: 0186	64
POLES, NATALIA	P: 0011	58		

Apellido y Nombres	Casos Clínicos	Nº Página	Trabajos Científicos	Nº Página
PORFILIO GULARTE, GIOVANNA			O: 0310 / P: 0313, 0316	54-68-68
PUGA-TEJADA, MIGUEL			O: 0110, 0111, 0112, 0212, 0310, 0347 / P: 0109, 0313, 0316, 0353	51-51-51-52
QUIJANO, JHONNY	PD: 0243	57		
RAGONE, FERNANDO			O: 0111	51
RAMÍREZ, MAURICIO			P: 0085	60
RANDAZZO, PAULA			O: 0199 / P: 0183, 0195, 0202	52-63-65-65
RASTELLI, LAUREANO	P: 0054, 0144 / PD: 0025, 0145	59-61-54-56		
RICCIUTI, MERCEDES	PD: 0102	55		
RÍOS GARZON, JONNATHAN EFRAÍN	PD: 0083	55		
RIZZI, BRUNO	P: 0163	62		
RIZZOLO, MARIANA			P: 0334	69
ROBLES-MEDRANDA, CARLOS			O: 0347 / P: 0353	54-70
ROCCA, ANA	P: 0265	67	P: 0330	68
ROCCA, ANDRÉS ESTEBAN			P: 0334	69
RODRIGUEZ, CAMILA	P: 0271	67		
ROMERO, MARÍA JOSEFINA	PD: 0243	57		
RUEDA, ALEXANDRA	P: 0265	67		
SAA, EMILIA CRISTINA	PD: 0243	57		
SABA ZOTTO, FEDERICO			P: 0085	60
SALGADO CISNEROS, DAVID RAFAEL			P: 0334	69
SALGADO ROSADO, PABLO RAFAEL			P: 0334	69
SALGADO ROSADO, WALTER KIKO			P: 0334	69
SALVATIERRA MARIMONT, MARTÍN ALEJANDRO	PD: 0311	58		
SANGUINETTI, JOSÉ MARÍA			P: 0342	69
SEQUEIRA, AGUSTÍN	P: 0054, 0144 / PD: 0025, 0145	59-61-54-56		
SERRANO, DIEGO	P: 0011	58		
SHINZATO, SERGIO	PD: 0279	57		
SMECUOL, EDGARDO GUSTAVO			P: 0334	69
SOLINAS, DAVID			P: 0085	60
SPEISKY, DANIELA			P: 0334	69
SUÁREZ, DANIELA CELESTE	PD: 0194	56		
SUAREZ, FLORENCIA MICAELA	P: 0173	63		
TOLEDO CUENCA, CONNIE ISABEL	PD: 0103	55	O: 0135	53
TONN, EUGENIO FEDERICO	P: 0144 / PD: 0145	61-56		
TONN, FEDERICO EUGENIO	P: 0054	59		
TONN, FEDERICO, EUGENIO	PD: 0025	54		
TOPOR, IVÁN			P: 0109	61

Apellido y Nombres	Casos Clínicos	Nº Página	Trabajos Científicos	Nº Página
TOPOR, IVÁN NICOLÁS			O: 0212	52
TRIMARCO, MARÍA DE LOS ÁNGELES	P: 0054	59	P: 0160	62
TUFARE, FRANCISCO	P: 0163 / PD: 0103	62-55	O: 0135	53
UDABE, MARÍA LAURA			P: 0334	69
VARELA, MARÍA JULIA	PD: 0243	57		
VARGAS BALAGUER, MARÍA CECILIA	P: 0009	58		
VELÁZQUEZ, ANTONELLA ANDREA			P: 0084	59
VÉLEZ DAZA, GISELLE CAROLINA	PD: 0243	57		
VERÓN, GABRIEL ANÍBAL			O: 0310 / P: 0313, 0316	54-68-68
VISSO, ANA LAURA			P: 0186	64
VITELLINI, FACUNDO	P: 0173	63		
WALLACE, EVELYN	P: 0271	67		
WEDE, GABRIELA	P: 0265	67	P: 0330	68
WEYERSBERG, CHRISTIAN			P: 0330	68
WONAGA, ANDRÉS			P: 0342	69
YANTORNO, MARTÍN	P: 0163 / PD: 0103	62-55	O: 0135	53
YÁÑEZ, CAROLINA	P: 0054, 0144 PD: 0025, 0145	59-61 54-56		
YÁÑEZ, FEDERICO			O: 0310 / P: 0313, 0316	54-68-68
YARYOUR, CLAUDIO	PD: 0279	57		
YONAMINE, KARINA			P: 0160	62
ZANOTTI, MARÍA AGUSTINA	PD: 0102	55		
ZÁRATE, FABIAN	P: 0173	63		

ACTA

GASTROENTEROLÓGICA LATINOAMERICANA

Suplemento Vol 56 año 2026