



Acta Gastroenterológica Latinoamericana

ISSN: 0300-9033

actasage@gmail.com

Sociedad Argentina de Gastroenterología
Argentina

GASTROENTEROLOGÍA

Acta Gastroenterológica Latinoamericana, vol. 41, núm. 2, 2011, pp. S7-S63

Sociedad Argentina de Gastroenterología

Buenos Aires, Argentina

Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=199322425001>

- Cómo citar el artículo
- Número completo
- Más información del artículo
- Página de la revista en redalyc.org

redalyc.org

Sistema de Información Científica

Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal

Proyecto académico sin fines de lucro, desarrollado bajo la iniciativa de acceso abierto

GASTROENTEROLOGÍA

TO/O-01

¿QUE INFORMACIÓN OBTIENEN LOS PACIENTES EN INTERNET SOBRE EL ESÓFAGO DE BARRETT?

Peralta, D(1); Gadea, O; Pedrana, R; Tawil, J; Soifer, L(1)

(1)Servicio de Gastroenterología del CEMIC Ciudad Aut de Buenos Aires Argentina

INTRODUCCION: Cada vez son más los sujetos que consultan en Internet para conocer el motivo de sus molestias médicas. Inclusive agrupan sus síntomas y discuten un posible diagnóstico cuando concurren a la entrevista con el médico. No obstante no siempre la información que obtienen de la Web es completa, actualizada, comprensible, carente de información alarmista y de sesgos publicitarios. La presencia de una metaplasia intestinal, del esófago es uno de los temas que suele generar frecuentemente temor exagerado en los pacientes al enterarse, en la red, de su potencial cancerígeno.

OBJETIVOS: Efectuar una revisión sistemática sobre la calidad de la información disponible en internet referente al Esófago de Barrett.

MATERIAL Y METODOS: Las primeras 20 páginas web que aparecen en español-castellano en el buscador Google bajo el nombre "Esófago de Barrett" Fueron evaluados en forma independiente por cinco gastroenterólogos conocedores del tema. Debieron calificar cada una de las páginas web mediante una ficha de evaluación por puntajes, en la que se contemplaron los siguientes aspectos: nivel de información, actualidad de la información, comprensibilidad del texto, (fórmula de Flesch Kincaid), utilidad para el paciente, posibles sesgos publicitarios y temor que pudiera ocasionar la información. Fueron promediados los puntajes obtenidos por los evaluadores y presentados como datos porcentuales. Operativamente se consideró adecuado el valor > de 80% para cada variable evaluada.

RESULTADOS:fueron evaluadas 26 páginas de las cuales 4 tenían información de otras patologías, como hernia hiatal y gastropatías, otra auspicada por un laboratorio y otra escrita para médicos. Se analizaron 20 páginas web donde el promedio en porcentajes de: nivel de información fue 60,3%, actualización de la información de cada una de las páginas 60%, utilidad para el paciente 60,25%, información alarmista 32,8% sesgos de información 4,35% y el nivel de comprensibilidad fue que el 80% de las páginas la comprendían solamente personas con un nivel de educación terciaria.

CONCLUSION: Se observó una marcada variación en la información publicada en la Web. Ninguna de las veinte páginas evaluadas por los cinco investigadores llega a un 80% del puntaje de su evaluación y el nivel de comprensibilidad es para personas con instrucción básicamente terciaria. Se necesita una página Web sobre Esófago de Barrett con orientación al paciente de distintos niveles de educación y con calidad de la información más actualizado.

TO/O-03

DISPEPSIA: CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS, HALLAZGOS ENDOSCÓPICOS E HISTOLÓGICOS EN PACIENTES ATENDIDOS DURANTE EL AÑO 2010

Ayala Rios, S(1); Pichilingue Prieto, O(2); Capcha Loyola, T(1); Pichilingue Reto, C(3)

(1)Medico Gastroenterologo Servicio de Gastroenterología ,Hospital Nacional Hipolito Unanue ,Lima-Peru (2)Medico Gastroenterologo,profesor de Gastroenterología de la Universidad Nacional Federico Villarreal, Lima-Peru (3) Alumna de Medicina Humana de la Universidad Particular Cayetano Heredia, Lima-Peru. Perú.

INTRODUCCIÓN: La dispepsia puede estar asociada a condiciones endoscópicamente negativas, dispepsia funcional, o con lesiones en los órganos, como úlcera péptica y neoplasias, detectadas fácilmente por endoscopia. La asociación entre síntomas dispépticos y hallazgos endoscópicos aún no ha sido bien caracterizada. No existe trabajo realizado en nuestro hospital sobre dispepsia, fue nuestro interés estudiar esta para caracterizarla desde el punto de vista clínico, endoscópico y anatómo-patológico, optimizando recursos para el diagnóstico, lográndose el uso racional de la endoscopia digestiva. OBJETIVO: Identificar las características clínicas, endoscópicas e histológicas así como su relación con *Helicobacter pylori* (Hp) en pacientes atendidos con el diagnóstico de dispepsia en el Servicio de Gastroenterología de nuestro hospital durante el año 2010. MÉTODO: Se realizó un estudio descriptivo, transversal y retrospectivo en la población que acudían a nuestro hospital, durante el año 2010, para ello se obtuvo un tamaño muestral de 300 pacientes. Se evaluaron variables clínicas, histológicas y endoscópicas. Se confeccionó un instrumento de recolección de datos, obteniendo la información de las historias clínicas de los pacientes que cumplieron con los criterios de inclusión. Utilizamos el paquete estadístico SPSS 15.0, posteriormente se realizó el análisis univariado y bivariado, permitiéndonos la elaboración de tablas expresando la frecuencia del evento, promedios y nivel de significación, se aplicó el estadístico de chi cuadrado con un nivel de significancia del 95%. RESULTADOS: De los 300 pacientes estudiados se obtuvo que la mayoría fueron del sexo femenino (63%), siendo la edad media de presentación 42 años, en su mayoría procedentes del distrito de SJL (30%), de estos el origen andino (50%) fue de mayor porcentaje. Al momento del diagnóstico solo el 19% presentaba signos de alarma, la baja de peso caracterizó a este grupo (14%), el 88% presentó dolor/arzor epigástrico como parte de la sintomatología del paciente, dentro de los hallazgos endoscópicos el eritema antral (74.7%) fue la característica más frecuentemente hallada, seguida de erosiones (32.9%) y nodularidad (22%). El 93% presentó infección por Hp, se presentó displasia leve en el 2.7% y atrofia en solo 14.7%. El 98.5% de los pacientes que presentó nodularidad como característica endoscópica, presentó infección por Hp. CONCLUSIONES: Los síntomas dispépticos más frecuentes fueron dolor epigástrico seguido de distensión abdominal, el género femenino lo presentó con mayor frecuencia, los signos de alarma fueron poco frecuentes, el eritema antral fue la característica más encontrada en las endoscopias. La gastritis crónica moderada fue el diagnóstico anatómo-patológico con mayor frecuencia. La infección por Hp tuvo asociación significativa con algunas características endoscópicas como nodularidad y eritema antral así como también tenía relación con la actividad de la gastritis. Asociación entre Infección por HP y Severidad histológica en relación a los Hallazgos endoscópicos en pacientes atendidos en el HNHU durante el 2010

Hallazgos endoscópicos	Eritema Antral n (%)/*	Erosiones n (%)/*	Nodularidad n (%)/*	Cicatriz de úlcera duodenal n (%)/*
Infección por HP	185 (66.5)/.005**	95 (34.2)/0.27	66 (98.5)/0.03**	16 (100)/0.24
Infiltración Neutrofila	189 (91.7)/.007	95 (95)/0.60	67 (100)/0.01**	16 (100)/0.29
Infiltración Mononuclear	206 (68.7)/.037	100 (100)/-	67 (100)/-	16 (100)/-
Atrofia	29 (65.9)/.066	13 (13)/0.56	11 (16.4)/0.64	1 (6.3)/0.32

TO/O-02

EXPERIENCIA EN PH-IMPEDANCIOMETRIA EN EL SERVICIO DE GASTROENTEROLOGIA DE UN HOSPITAL PUBLICO

Peralta, Epele, J(1); Guzman, M(1); Retta, R(1); Barros, R(1); Garbi, ML(1); Macarrone, V(1); Schmunck, L(1); Chopita, N(1)

(1)Hospital San Martin de La Plata. Argentina.

INTRODUCCIÓN: La enfermedad por reflujo gastroesofágico (ERGE) se define como la presencia de síntomas que afectan la calidad de vida y/o complicaciones de la mucosa esofágica como consecuencia del reflujo gastroesofágico (RGE).

Es una enfermedad muy frecuente, con una prevalencia en la Argentina de 23%.

Si bien la mayoría de los pacientes mejoran con el tratamiento, un 30% - 40% persisten sintomáticos a pesar de la terapia de supresión ácida. En este grupo de pacientes un diagnóstico certero es necesario, así como la correcta diferenciación entre los subtipos de ERGE con los trastornos funcionales esofágicos.

Con la reciente incorporación de la impedanciometría los episodios de reflujo son detectados independientemente de su pH. Este método es el más sensible para evaluar el número y tipo de episodios de reflujo, tanto los ácidos como los no ácidos, y nos permite investigar la relación con los síntomas. Por lo tanto, la pH-Impedanciometría (pH-IMP) es considerada actualmente el gold estándar en la evaluación del RGE. Su correcta indicación es fundamental para la lograr un diagnóstico preciso y optimizar recursos.

OBJETIVOS Evaluar los resultados de pH-IMP en el servicio. Evaluar las indicaciones formales para la realización de pH-IMP en los pacientes derivados para dicho estudio. Confirmar la ventaja de la impedancia con respecto a la pH metría en la evaluación de los reflujo no ácidos. PACIENTES Y MÉTODOS Se realizó un estudio descriptivo, entre Agosto de 2008 y Abril de 2011, con 33 pacientes con síntomas de RGE refractarios luego de haber suspendido el tratamiento de supresión ácida por 7 días. Los episodios de reflujo fueron detectados por una sonda con 6 canales de impedancia y 1 de pH la cual fue colocada 5 centímetros por encima del esfínter esofágico inferior y caracterizados en ácidos y no ácidos.

RESULTADOS A un total de treinta y tres pacientes 22 mujeres (66%) y 11 hombres (33%) con un promedio de edad de 47 (± 14.6) años se les realizó el estudio.

La indicación fue por síntomas esofágicos en un 42.4%, supraesofágicos 39.4% y por ambos síntomas 12.1%. En solo un paciente se realizó el estudio por estenosis esofágica de probable origen péptico asintomática para ERGE. El 48.5% de los estudios fueron normales. Se diagnosticaron un 21.2% de pacientes con exposición ácida patológica, 9.1% de los pacientes presentó reflujo no ácido patológico, y un 3% presentó reflujo mixto. El 9.1% presentó esófago hipersensible.

CONCLUSIONES La adición de la impedancia a la pH metría nos permitió mejorar el rendimiento diagnóstico al detectar reflujo no ácidos y aumentar la proporción de pacientes en quienes la asociación entre episodios de reflujo y síntomas pueden ser identificados.

Es muy importante realizar la correcta indicación de este método y completar los estudios previos (manometría, tránsito de esófago y endoscopia con biopsia) ya que se encuentra en el último escalafón del algoritmo de estudio en ERGE.

TO/O-04

ACCION DE LA PENTOXIFILINA Y DEL SILDENAFIL , EN FORMA SEPARADA Y/O CONJUNTA, A DOSIS MÁXIMAS TERAPÉUTICAS SOBRE LA MUCOSA GÁSTRICA EN RATAS

Bedini, OA(1); Naves, A(1); Carbonetti, G(1); Chaves, J(1); Yulita, P(1); Laudanno, OM(1); San Miguel, P(1); Crosio, E(1); Serur, ME(1); Settecasí, J(1); Sanvido, J(1); Quiroga, JM(1); Cesolari, JA(2)

(1)Depto. de Gastroenterología Experimental . Facultad de Ciencias Médicas. UNR. (2)Depto. de Gastroenterología Experimental . Cátedra de Histología y Embriología .Facultad de Ciencias Médicas. UNR. Argentina.

INTRODUCCIÓN: La Pentoxifilina (Pen) es una droga que actúa sobre la microcirculación, inhibiendo la fosfodiesterasa; produciendo vasodilatación por liberación de Óxido nítrico (ON). Presenta una estructura química incluida parcialmente en la fórmula química estructural del Sildenafil (Sil), siendo ésta, una droga vasodilatadora que inhibe también la fosfodiesterasa 5 aumentando el ON. OBJETIVO: Evaluar la acción de dos drogas activas sobre la fosfodiesterasa y por ende sobre la microcirculación de la MG, administradas en forma separada y/o conjunta. MATERIAL Y MÉTODO: A grupo de ratas Wistar (Nº=7) de 200 ± 20 grs. de peso en ayunas de 24 hs., excepto agua ad-libitum, se le realizaron los siguientes experimentos: 1) Pen 20mg en 2,5ml de sol. Fisiol. IG; 2) Sil 2,5mg en 2ml, IG; 3) Pen 20mg en 2,5 ml, IG + Sil 2,5mg en2ml, IG. Luego de los experimentos las ratas fueron sacrificadas por sobredosis de éter. Se realizó laparotomía mediana. Se extirpó el estómago y se procedió a su apertura por su curvatura mayor. Se observó el porcentaje en mm de área lesional de la MG por planimetría. Luego se obtuvieron cortes para estudios anatomopatológicos y se realizaron tinciones con Pas, H. Eosina y Alcian Blue. Para la evaluación estadística se utilizó la T de studen. RESULTADOS: 1) % de área lesional = 0.0mm. Se observó en todos los animales, erección peneana (++++). Anatomía patológica (AP): MG aspecto conservado. Vasos del cuerpo cavernoso peneano con moderada dilatación y congestión. 2) % de área lesional =0.0mm. A P: Se observó descamación acentuada del epitelio superficial de la MG ,con grumos de moco, englobando células epiteliales descamadas. También se observó edema submucoso, infiltración inflamatoria crónica con aislados eosinófilos en MG profunda. El cuerpo cavernoso peneano presentó vasos de aspecto colapsado. 3) % de área lesional fue = 0.0mm. También se observó erección peneana (++++). A P: MG sin alteraciones significativas. Mayor congestión de vasos del cuerpo cavernoso que lo observado en el grupo 1 y presencia de hematies en la luz. CONCLUSIONES: A: Pen no provocó lesión microscópica, ni histológica de la MG. Mostró erección peneana en todas las ratas (++++). B- Sil no mostró lesión microscópica. Anatomopatológicamente dio edema submucoso con infiltrados inflamatorios crónicos con eosinófilos y escasa congestión. Además mostró áreas de descamación acentuada del epitelio con formación de grumos de material mucoso englobando células epiteliales descamadas. Se observó que el cuerpo peneano presentó vasos colapsados. C- La administración conjunta de Pe y Sil, no mostró lesión microscópica ni histológica de la MG. Se observó erección peneana en todos los animales (++++), con congestión de los cuerpos cavernosos y distensión vascular y hematies en la luz. D- Pen administrada conjuntamente con Sil provocó protección dela MG contra el Sil. Pen sola o en forma conjunta con Sil indujo erección peneana microscópica en

TO/O-05

PROGRAMA EDUCATIVO DIRIGIDO A LA POBLACIÓN GENERAL ACERCA DE LA PREVENCIÓN DEL CÁNCER DE COLON UTILIZANDO UNA MAQUETA INTERACTIVA QUE REPRESENTA UN COLON GIGANTE

Pereyra, L(1); Luna, P(1); Breme, G(2); Castillo, J(3); Gonzalez, R(1); Mella, J; Bum, M(4); Gonzalez Malla, C(2); Medrano, M(1); Panigadi, N(1); Mohaidle, A(1); Canelas, A(4); Vizcaino, B(1); Fischer, C(1); Rotholtz, N(4); Pedreira, S(1); Cimmino, D(1); Boerr, L(1)
(1)Servicio de Gastroenterología y Endoscopia, Hospital Alemán, Argentina (2) Servicio de Clínica Médica, Hospital Alemán (3)Servicio de Oncología, Hospital Alemán (4)Servicio de Coloproctología, Hospital Alemán.

INTRODUCCIÓN: El cancer colorectal (CCR) respresenta la segunda causa de muerte por cáncer en la Argentina. Los programas de pesquisa que utilizan la colonoscopia u otros métodos diagnósticos han demostrado ser capaces de reducir la mortalidad, sin embargo su difusión e implementación en nuestro medio es todavía insuficiente. OBJETIVO: Evaluar el grado de conocimiento de la población general de la Ciudad de Buenos Aires acerca del CCR y la importancia de su pesquisa, y determinar el potencial educativo de una maqueta de colon gigante. MATERIAL AND MÉTODOS: entre el 6 y el 9 de setiembre de 2010 se montó una maqueta interactiva representando un colon gigante en el jardín de un hospital de comunidad de la Ciudad de Buenos Aires. En el transcurso de una recorrida guiada a través de dicha maqueta los visitantes recibieron información acerca de la problemática del cáncer de colon y las estrategias de prevención. Se realizó una invitación abierta al público para concurrir al evento a través de avisos en radio, televisión y medios gráficos, así como con un cartel en la vía pública. Un equipo multidisciplinario de cirujanos colorrectales, gastroenterólogos, oncólogos y clínicos respondió preguntas del público luego de la recorrida. Con el fin de determinar el nivel de conocimiento de base y posterior a la visita, se solicitó a los visitantes que antes y después de la recorrida al colon gigante completaran una encuesta acerca de su percepción acerca de la prevalencia y mortalidad del CCR, del potencial maligno de los pólipos colónicos, de la importancia de la pesquisa sistemática del CCR, así como de la voluntad personal de someterse a algún estudio diagnóstico. La eficacia del mensaje educativo se midió comparando ambos juegos de respuestas utilizando el método de Chi cuadrado. Un valor de p < 0,05 fue considerado significativo. RESULTADOS: Obtuvimos encuestas completas de 850 visitantes. El 55% eran mayores de 50 años y el 67% de sexo femenino. El 93% contaba con algún tipo de cobertura médica: 66% obras sociales, 24% prepagas y 3% PAMI. Solo el 33% de los visitantes mayores de 50 años ya se había enrolado en algún programa de vigilancia. El 16% de los visitantes por encima de los 40 años de edad tenía antecedentes familiares de CCR, y el 65% de los mismos ya había comenzado la vigilancia. Luego de la recorrida se detectó un incremento en la concientización del público acerca de la prevalencia y mortalidad del CCR (61 vs 94%, p<0.001), del potencial maligno de los pólipos de colon (64 vs 95%, p<0.001), y de la utilidad de la colonoscopia como método de pesquisa (64 vs 95%, p<0.001). La voluntad de someterse a algún método de pesquisa también aumentó en forma significativa luego de la visita (89 vs. 95%, p<0.005). CONCLUSIÓN: El nivel de información de nuestra población acerca del CCR es aun insuficiente, y los programas educativos son capaces de concientizar a la sociedad acerca de este importante problema.

TO/O-07

PERFIL FERMENTATIVO Y DIFERENCIAS SINTOMÁTICAS EN EL SINDROME DEL INTESTINO IRRITABLE

Lasa, JS(1); Dima, G(1); Peralta, AD(1); Moore, R(1); Novillo, A(1); Besasso, H(1); Soifer, LO(1)
(1)Sección de Gastroenterología, Departamento de Medicina Interna, CEMIC. Buenos Aires, Argentina

INTRODUCCION: El Síndrome de Intestino Irritable (SII) es una condición crónica frecuente cuya etiología no es del todo conocida. Las alteraciones cualitativas o cuantitativas de la flora bacteriana intestinal parecen tener un papel fisiopatológico en el SII. El test de hidrógeno en aire espirado con lactulosa (THAEL) permite estudiar el perfil fermentativo intestinal de un modo no invasivo. OBJETIVO: Comparar las características sintomáticas de pacientes con SII en base a sus perfiles fermentativos MATERIALES Y METODOS: Se diseñó un estudio de tipo caso-control. Se incluyeron pacientes con SII a los que se les realizó un THAEL. Con los resultados del mismo, se calculó el área bajo la curva (ABC) a partir de los valores de concentración de hidrógeno/tiempo. Se dividieron a los sujetos incluidos en tres grupos, según los valores del ABC: aquellos con baja producción de hidrógeno (BH2), (ABC menor a 1000); con producción intermedia (IH2), (ABC entre 1000 y 6000), y por último los de alta producción (AH2), (ABC mayor a 6000). A su vez, a cada sujeto se le administró un cuestionario validado (IBSSS) para evaluar la severidad de sus síntomas. Se obtuvo un puntaje global del cuestionario, así como el puntaje relacionado a cada ítem del mismo: severidad de dolor, frecuencia del mismo, severidad de distensión abdominal, conformidad con su hábito evacuatorio e interferencia en la calidad de vida. Se consideró la mediana de cada ítem como valor de corte para considerar los resultados como positivos o negativos. Se analizaron los resultados entre los tres grupos de sujetos. Se calcularon los Odds Ratio (OR) con sus intervalos de confianza del 95% correspondientes. RESULTADOS: Se incluyeron 254 pacientes. La edad promedio fue de 50.81±16.8 años. 73.6% fueron mujeres. 19.3% correspondieron al grupo de BH2, 55.1% al de IH2, y 25.6% al de AH2. No se encontraron diferencias significativas en las variables demográficas entre los grupos. Los resultados comparativos del IBSSS se resumen en la Tabla 1. Tanto el grupo de BH2 como el de AH2 tuvieron mayor severidad sintomática que el grupo de IH2. El grupo de BH2 presentó mayor severidad de distensión abdominal y mayor frecuencia de constipación con respecto al resto. El grupo de IH2 y de AH2 presentaron diarrea con mayor frecuencia que el grupo de BH2. A su vez, el grupo de AH2 presentó mayor cantidad de días con dolor con respecto al resto de los grupos. No se encontraron diferencias significativas en cuanto a la conformidad de los sujetos con el hábito evacuatorio y la interferencia de la calidad de vida por los síntomas entre los grupos analizados. CONCLUSION: Existiría una relación entre el perfil fermentativo de los pacientes con SII y la predominancia de determinados síntomas. Esto sugiere que alteraciones cualitativas de la flora bacteriana colónica contribuirían al desarrollo de distintos perfiles sintomáticos en pacientes con SII.

Resultados del Score Sintomático por grupos

	BH2 (%)	AH2 (%)	IH2 (%)	OR (IC95%)	BH2-AH2	P	OR (IC95%)	BH2-IH2	P	OR (IC95%)	AH2-IH2	P
Score total	63.26	69.23	42.85	1.3 (0.59-2.86)	0.5	2.29 (1.17-4.49)	0.01	3 (1.6-5.6)	0.004			
Dolor Abdominal	59.18	64.61	41.42	1.25 (0.58-2.7)	0.5	2.05 (1.05-3.97)	0.03	2.58 (1.4-4.75)	0.002			
Días con dolor	48.97	69.23	47.14	2.34 (1.08-5)	0.03	1.07 (0.56-2)	0.8	2.52 (1.3-4.7)	0.003			
Distensión abdominal	71.42	50.77	47.14	2.42 (1.1-5.32)	0.004	2.8 (1.38-5.66)	0.004	1.15 (0.6-2)	0.6			
Conformidad con hábitos evacuatorios	59.18	63	52.85	1.17 (0.55-2.52)	0.67	1.29 (0.66-2.5)	0.44	1.52 (0.83-2.78)	0.17			
Interferencia con calidad de vida	65.3	66.15	52.85	1.03 (0.47-2.26)	0.92	1.67 (0.85-3.3)	0.13	1.74 (0.94-3.21)	0.07			
Constipación	61.22	30.77	30	3.55 (1.63-7.74)	0.001	3.68 (1.86-7.26)	<0.0001	1.03 (0.54-1.96)	0.92			
Diarrea	16.3	35.38	38.57	2.8 (1.12-6.98)	0.033	3.2 (1.4-7.38)	0.004	1.14 (0.62-2.11)	0.66			

TO/O-06

INFLIXIMAB (IFX) : TRATAMIENTO DE RESCATE EN LA COLITIS ULCEROSA SEVERA(CU) CORTICOIDEO RESISTENTE

Sambuelli, AM(1); Gil, AH(1); Negreira, SM(1); Huernos, SP(1); Goncalves, SA(1); Tirado, PR(1); Bellicoso, MI(1); Milito, DA(1); Rausch, A(1); Toro, MA(2)
(1)Htal Municipal de Gastroenterología B Udaondo. Sección EII. Buenos Aires (2)Htal Español / Mendoza

INTRODUCCION: La eficacia del infliximab en la colitis ulcerosa fue bien establecida en el ACT1 y ACT2, reportando una reducción del índice de colectomía en pacientes con CU moderada a severa, pero se ha cuestionado que en estos estudios se incluyeron pacientes ambulatorios con bajo riesgo de ser sometidos a una colectomía a corto plazo. La utilidad del IFX como terapia de rescate en la CU severa ha sido pobremente estudiada y el seguimiento a corto y largo plazo es controvertido. OBJETIVO: estudiar la eficacia del infliximab en el tratamiento de la CU severa. MATERIAL y METODOS: reportamos un estudio prospectivo observacional realizado en dos centros de Argentina (Buenos Aires y Mendoza). Después de la aprobación del infliximab en nuestro país, 70 pacientes con CU resistente a 1 semana de corticoides intravenosos fueron tratados con IFX como alternativa a la colectomía (Masculino: 32, F: 38, edad media (Media±EEM) 35.5±1.8, tiempo de duración 4.5±1.5 años, Izquierda: 23, Extensa: 47). La severidad de la CU fue establecida de acuerdo a los criterios de "Truelove and Witts" y el score de la Clínica Mayo (DAI) para evaluar la respuesta. RESULTADOS: al inicio del estudio se observaron úlceras profundas en el 80 % de los casos, la albúmina fue "3 g/L en el 50% de los pacientes; el 78% era tiopurina naive. La mayoría de los pacientes 55/70 (79%) recibió terapia de inducción como puente a tiopurinas, comenzando durante el período de inducción, con 6-MP a largo plazo, el n° promedio de infusiones fue 3,3±0.30 (rango 1 a 15). El 10% de los pacientes continuó con mantenimiento con IFX c/ 8 semanas por intolerancia o refractariedad a tiopurinas y en el 11% el IFX fue episódico. Luego de un seguimiento medio de 16.9±1.6 meses 22 pacientes requirieron colectomía. La cirugía debida a falta de respuesta primaria al IFX (definida como pérdida de respuesta clínica al IFX entre la 4 y 12 semanas de la primera infusión) ocurrió en 16% de los pacientes. La probabilidad acumulada de colectomía a 6, 12, 18 y 24 meses fue: 17%, 25 %, 30% y 36% respectivamente. La eficacia del tratamiento fue 64% a 12 meses y 50% a los 18 meses. De interés particular, similar eficacia fue observada en 73 pacientes con enfermedad de Crohn, de los cuales 39 (53%) fueron L2 (Montreal: localización colónica). Efectos adversos se observaron en el 17% de los pacientes (infecciones 5.7%; reacción aguda a la infusión en 3% de los casos. Fallecieron dos pacientes (uno en cada centro después de la colectomía) sepsis: 1, stroke: 1. CONCLUSION: nuestros resultados sugieren que el IFX parece ser un tratamiento de rescate efectivo en este grupo de pacientes con CU severa. El uso temprano y concomitante en forma sistemática de las tiopurinas puede ser un factor que contribuyó a mejorar la respuesta clínica en estos pacientes.

TO/O-08

EFFECTIVIDAD DEL BEZAFIBRATO COMBINADO CON UDCA EN CBP CON RESPUESTA SUBOPTIMA AL TRATAMIENTO

Sorda, J(1); Carballo, P(1); Avagnina, A(1); Linares, ME(1); Daruich, J(1); Gonzalez Ballerga, E(1)
(1)Hospital de Clínicas Jose de San Martin CABA, Argentina

INTRODUCCIÓN: El Ácido ursodesoxicólico (AUDC) es el tratamiento de elección en la cirrosis biliar primaria (CBP). Sin embargo, la mayoría de los pacientes tratados no alcanza a normalizar la fosfatasa alcalina (FA) y en estos casos se han utilizado diferentes asociaciones terapéuticas con el AUDC, sin obtenerse aún resultados concluyentes. OBJETIVO: Evaluar la respuesta clínica, bioquímica e histológica en una serie de pacientes con CBP tratados con AUDC y Bezafibrato (BZ). Material y métodos: Cuarenta y ocho pacientes con CBP y niveles anormales de FA luego de por lo menos 6 meses de tratamiento con AUDC (15 mg/Kg/día) recibieron adicionalmente BZ 400 mg/día durante 4 años. Dieciocho pacientes en estadio clínico asintomático cumplieron con el tiempo de tratamiento. Durante este periodo se realizó seguimiento clínico y bioquímico, y al finalizar se efectuó una nueva biopsia hepática. En las biopsias las lesiones inflamatorias fueron evaluadas con el score de Ishak modificado y la fibrosis con el score de Ludwig. Se realizó inmunohistoquímica con anticuerpos monoclonales para CK-7 y CK-19 para evaluar que tipo celulares la expresan y así determinar su utilidad como marcador adicional de progresión de la enfermedad. Análisis estadístico: Prueba de Wilcoxon e intervalos de confianza del 95%. RESULTADOS: Previo a la asociación con BZ los 18 pacientes habían recibido AUDC durante un periodo de 41 meses (8-166). Durante el tratamiento no se observaron efectos adversos (0%) y todos permanecieron asintomáticos. Los 18 pacientes normalizaron los niveles séricos de FA, y disminuyeron significativamente la GGT, las aminotransferasas y colesterol sérico comparados con los valores basales. En la biopsia inicial, 10 pacientes presentaban estadio I-II y 8 estadio III-IV. La segunda biopsia mostró progresión de la fibrosis en 8 (44,4%) casos, 2 (11,2%) permanecieron estables y 8 (44,4%) disminuyeron 1 o más estadios. La lesión ductal florida presente inicialmente en 9/18 pacientes desapareció en 6/9 (66,7%). La inflamación disminuyó en 8/18 (44,4%), fue estable en 5/18 (27,8%) y se incrementó en 5/18 (27,8%). Los 10/18 (55,5%) pacientes que disminuyeron o estabilizaron el estadio, presentaron una estrecha correlación con la disminución de la actividad inflamatoria. No hubo progresión en la expresión de las CKs en 7/9 (78%) pacientes. CONCLUSIONES: La adición de BZ al AUDC resultó ser segura y fue seguida de una normalización de la FA independientemente del estadio histológico de la enfermedad. La disminución de la actividad inflamatoria se asoció con mejora del estadio histológico, efecto que podría ser atribuido al BZ. La combinación de AUDC y BZ parece ser una alternativa efectiva para aquellos casos que no logran normalizar los parámetros de laboratorio con AUDC monoterapia.

TO/O-09

IMPACTO DE LA CIRROSIS BILIAR PRIMARIA EN EL EMBARAZO

Daruich, J(1); Gonzalez Ballerga, E(1); Pinchuk, C(1); Sorda, J(1)
(1)Hospital de Clinicas Jose de San Martin CABA, Argentina

El embarazo en pacientes con cirrosis biliar primaria (CBP) podría tener implicancias no solamente sobre la enfermedad sino también sobre el feto y el recién nacido. La información sobre esta relación es escasa debido probablemente a que la CBP afecta a mujeres predominantemente entre la cuarta y quinta década de la vida. Es también tema de debate el mantenimiento del tratamiento con ácido ursodesoxicólico (AUDC) en pacientes con CBP particularmente durante el primer trimestre del embarazo. Objetivos: Evaluar la evolución de la CBP durante el embarazo, el efecto del tratamiento con AUDC y determinar la frecuencia de complicaciones materno-fetales. Materiales y Métodos: Estudio retrospectivo, observacional y descriptivo. Se analizaron las historias clínicas de 317 mujeres con CBP, 40 de éstas en edad fértil (entre 16 y 40 años). Entre estas edades la fertilidad esperada en la población general es del 60% (p<0.001). Periodo de inclusión: 1980-2010. Análisis estadístico: Análisis de varianza y Student test. Resultados: Se identificaron 5 mujeres con 9 gestas, edad media: 30±3,5 años, todas ellas en estadios I-II de CBP. En 4 pacientes el diagnóstico de CBP fue realizado antes del embarazo. El quinto caso el diagnóstico se estableció en el tercer trimestre de gestación a partir de la aparición de prurito. Ocho embarazos ocurrieron bajo tratamiento con AUDC y en ninguno de ellos la medicación fue suspendida. En estos, la CBP evolucionó durante el tiempo de gestación y en el puerperio de manera asintomática. Las aminotransferasas no presentaron cambios al comparar el periodo previo al embarazo (PE), el tercer trimestre (TT) y 6 semanas posparto (PP). El nivel sérico de fosfatasa alcalina (valor normal 70-207 UI/l) fue PE 258 UI/l (82-372), en el TT 600 UI/l (579-828) y en el PP 269 UI/l (144-414) mientras que la GGT (valor normal 11-50 UI/l) fue PE 115 UI/l (40-70), en el TT 127 UI/l (60-200) y en el PP 157 UI/l (30-265). Los 9 recién nacidos fueron normales y en uno de ellos se diagnosticó enfermedad celíaca al año. Conclusiones: El embarazo en la CBP es infrecuente y cuando ocurre en los estadios precoces de la enfermedad, no parecería tener consecuencias sobre la función hepática ni en la evolución clínico-humoral de la enfermedad. El AUDC fue bien tolerado y el mantenimiento de esta terapéutica no parecería tener efectos adversos en el feto y en el recién nacido.

TO/O-11

IMPACTO DE LOS POLIMORFISMOS DEL GEN DE LA INTERLEUKINA 28B DEL HUÉSPED EN LA RESPUESTA TERAPÉUTICA EN HEPATITIS CRÓNICA C

Castro, M(1); Rey, J(1); Gonzalez Ballerga, E(1); Avagnina, A(1); Sordá, J(1); Daruich, J
(1)Hospital de Clínicas San Martín, Universidad de Buenos Aires, Argentina

INTRODUCCIÓN. Estudios recientes mostraron que 2 polimorfismos (POL) de un nucleótido próximos a 3 genes de interferón lambda localizado en el cromosoma 19, estaban fuertemente relacionados con la respuesta terapéutica en pacientes con hepatitis crónica C (HCV). El POL rs12979860 CC resultó un predictor independiente de respuesta viral sostenida (RVS) en portadores del genotipo (GEN) 1 tratados con Peginterferón-Ribavirina (PEGIFN-RBV) y el POL rs8099917 GG se asoció con fallo terapéutico (NR). OBJETIVOS: Determinar si ciertos factores clínico-humorales y los POL rs12979860 y rs8099917 son factores predictivos de RVS en portadores de HCV.

Población y muestra. Se incluyeron 120 pacientes (66% mujeres) con HCV, edad mediana 51,1 años (17-70), 94 (78,3%) con GEN 1, 100 (83,3%) con viremia ≥ 400.000 UI/ml, 108 (90%) con ALT elevada, 49 (40,8%) con METAVIR F3-F4, 43 (35,8%) con esteatosis hepática, 18 (15%) ex usuarios de drogas intravenosas (UDIV), 23 (19,2%) ex alcohólicos, todos ellos tratados entre 2002 y 2005 con PEGIFN alfa 2a-RBV 24/48 semanas según el GEN viral. Presentaron RVS 52 (43,3%).

MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio prospectivo, observacional, comparativo y transversal. El DNA se extrajo a partir de células mononucleares de sangre periférica, se cuantificó por fluorometría y se amplificó por la técnica de reacción en cadena de la polimerasa (PCR) y posteriormente se realizó la secuenciación directa. Se utilizaron los oligonucleótidos rs12979860 y rs8099917, ambos forward y reverse, en un secuenciador automático ABI3730xl. Los cromatogramas se analizaron en forma manual y BLAST contra secuencia consenso.

ANÁLISIS ESTADÍSTICO: Las variables edad, sexo, GEN, estadio histológico, nivel de viremia, glucemia inicial, POL rs12979860 y rs8099917, alcoholismo, UDIV y respuesta terapéutica (RVS vs. no respondedores o con recaída), se analizaron con el paquete estadístico Medcalc 11.5 (Tests de Chi cuadrado, Mann-Whitney y Student). Se efectuó el análisis multivariado con técnica de regresión logística binaria, con un nivel alfa de entrada de las variables independientes alfa=0,10 y de salida alfa=0,05. Para el modelo final se contrastaron los supuestos de colinealidad y de bondad de ajuste del modelo. RESULTADOS: El análisis bivariado inicial mostró asociación significativa con los factores predictivos ya conocidos (no alcoholismo, no UDIV, GEN no 1, viremia <400.000 UI/ml, ausencia de cirrosis y glucemia inicial). También se halló asociación significativa entre los POL rs12979860 CC (Chi2=6,6;p=0,0358) y rs8099917 TT (Chi2=8,3;p=0,0151). El análisis multivariado determinó que entre todos los factores significativos, la ausencia de cirrosis y el POL rs12979860 CC son predictores de RVS (OR= 3,6 IC95 1,5-8,18 y OR= 2,7 IC95 1,2-6,2 respectivamente). CONCLUSIONES. En pacientes portadores de hepatitis crónica C la ausencia de cirrosis y el polimorfismo rs12979860 CC, en forma independiente, incrementan significativamente la probabilidad de RVS.

TO/O-10

CAMBIO EN LA FORMA DE PRESENTACION Y SOBREVIDA EN LA CIRROSIS BILIAR PRIMARIA. EXPERIENCIA DE 40 AÑOS EN UNA COHORTE DE 330 PACIENTES

Ozollo Landa, MC(1); González Ballerga, E(1); Daruich, J(1); Sordá, JA(1)
(1)División gastroenterología, Hospital de Clínicas José de San Martín, Buenos Aires, Argentina

INTRODUCCIÓN: Algunos estudios recientes indicarían que el espectro clínico de presentación de la cirrosis biliar primaria (CBP) se ha modificado en los últimos años y que la forma clínica asintomática es diagnosticada con mayor frecuencia. La probabilidad de sobrevida parecería ser mejor que la observada en el pasado. OBJETIVO: Determinar cuál es la forma clínica que prevalece en la actualidad en el momento de establecer el diagnóstico, cuáles han sido las variaciones en el transcurso del tiempo y si esos cambios se han asociado con una modificación en la probabilidad de sobrevida. Material y método: Fueron evaluados 330 pacientes (316 mujeres), edad media 53,52±11 años, con CBP diagnosticados durante los años 1970- 2010. Las variables fueron evaluadas por décadas. Análisis estadístico: Se calcularon las estadísticas descriptivas y de test de hipótesis indicadas según tipo de variable y distribución de frecuencias. El nivel de significación fue alfa = 0,05. RESULTADOS: El promedio de seguimiento fue de 57,5 meses (min 0,03-max 326) Long Rank. La edad media en el momento del diagnóstico fue similar en las diferentes décadas analizadas. Fueron sintomáticos al diagnóstico 232 (70,3%). La proporción de asintomáticos al diagnóstico se incrementó de 6,9% en la primera década al 67,6% en el último decenio (P< 0,001). La probabilidad de sobrevida fue mejor en el grupo asintomático (0,53±0,22) que en los sintomáticos (0,14±0,07) en todas las décadas (p< 0,001). La probabilidad de sobrevida a los 5 años de los sintomáticos fue mejor en la última década (0,94±0,04) comparada con el primer decenio (0,50±0,12) (p<0,001). En el último período se observó un aumento de pacientes diagnosticados en estadios I-II (76,7%) comparados con los primeros 10 años (35,3%) (p<,001). Los estadios I-II fueron diagnosticados en 164 (49,7%) casos y tuvieron mejor sobrevida que los estadios III-IV en todos los períodos analizados (P<0,001). La cirrosis fue diagnosticada en 87 (26,4%) pacientes. Cinco (5,7%) fueron trasplantados. Fallecieron 75 (22,7%), 61 (81,3%) de causa hepática y 6 de estos (1,5%) por carcinoma hepatocelular. Recibieron ácido ursodesoxicólico 146. La probabilidad de sobrevida fue mejor en el grupo tratado (258,5±22,2) que en el no tratado (87,93±6,9) (p<0,001). La forma clínica de presentación, el estadio histológico y el período de tiempo en que fue diagnosticada la enfermedad fueron factores independientes relacionados con la sobrevida de los pacientes CONCLUSIONES: La presentación clínica de la CBP se ha modificado a través del tiempo. En la actualidad la mayoría de los pacientes son asintomáticos en el momento del diagnóstico y presentan estadios histológicos más precoces. En todos los períodos de tiempo analizados los asintomáticos tuvieron mejor sobrevida que los sintomáticos. En la actualidad, los sintomáticos presentan una mejor sobrevida, probablemente relacionada con el tratamiento y un mejor manejo de las complicaciones.

TO/O-12

ACCION DE LA TRIMETAZIDINA (TMZ) Y DE LA DIACEREÍNA (DIA) SOBRE LA MUCOSA GÁSTRICA (MG), EN RATAS SOMETIDAS A ESTRES POR INMOVILIZACIÓN E INMERSIÓN (IN-IN)

Bedini, OA(1); Naves, A(1); Laudanno, OM(1); San Miguel, P(1); Cesolari, JA(2); Chaves, J(1); Yulita, P(1); Serur, ME(1); Settecasí, J(1); Sanvido, J(1); Crosio, E(1); Carbonetti, G(1); Quiroga, JC(1)
(1)Deppto. Gastroenterología Experimental . Facultad de Ciencias Médicas . UNR (2)Deppto. Gastroenterología Experimental . Cátedra de Histología y Embriología .Facultad de Ciencias Médicas . UNR. Argentina.

INTRODUCCIÓN: La trimetazidina (TMZ) es una droga anti-anginosa y anti-ischémica que mejora el metabolismo celular, aumentando el adenosintrifosfato (ATP) y regulando la glucosa intracelular a partir del metabolismo lipídico. La Diacereína (DIA) es una droga anti-inflamatoria que bloquea la producción de interleuquina 1, siendo utilizada en los procesos inflamatorios osteoartrosicos. OBJETIVO: Estudiar la acción sobre la MG de la TMZ y de la DIA, en ratas sometidas a estrés por IN-IN. Material y método: En nuestro modelo de estrés por IN-IN, los animales de experimentación, son colocados en tubos, donde se logra la inmovilización de los mismos e inmediatamente se colocan los tubos en un recipiente con agua a 18° C, produciendo la inmersión de las ratas en el agua hasta el apéndice xifoides y luego se esperan 6 horas. A grupo de ratas Wistar (N°=3) de 200 ± 30 grs. de peso en ayunas de 24 hs., excepto agua ad-libitum, se le realizaron los siguientes experimentos: 1) Estrés por IN-IN testigo durante 6 hs. 2) TMZ 35 mg/kg en forma orogástrica (O.G) y se esperó 60 minutos, luego las ratas fueron sometidas a estrés por IN-IN durante 6 hs. 3) DIA 100 mg/kg en forma O.G, se esperó 60 minutos y luego las ratas fueron sometidas a estrés por IN-IN durante 6 hs. Luego de las 6 hs las ratas fueron sacrificadas por sobredosis de éter. Se les realizó laparotomía mediana, se exteriorizó el estómago, se realizó su apertura por la curvatura mayor, y se obtuvo el % de área lesional en mm por planimetría. Posteriormente se obtuvieron cortes para estudio anatómopatológico y se realizaron tinciones con Pas, H. Eosina y Alcian Blue. Para su valoración estadística, se utilizó la T de Student. RESULTADOS: Grupo 1): Estrés por IN-IN testigo. Score: 70,0 % ± 10,5 Anatomía patológica mostró importantes lesiones hemorrágicas superficiales y profundas de toda la mucosa , con áreas de desprendimiento del epitelio superficial. Grupo 2) : TMZ 60 min, luego estrés por IN-IN. Score 7,0 % ± 1,5. Anatomía patológica, MG normal, con epitelio superficial conservado con aisladas erosiones superficiales y epitelio descamado.Gruppo 3) : DIA durante 60 min. , luego estrés por IN-IN score: 5,0 % ± 1,5%. Anatomía patológica MG normal, con epitelio superficial conservado con aislados focos de erosiones superficiales. CONCLUSIONES: Tanto la TMZ, una droga anti-anginosa y anti-ischémica, como la DIA, droga anti-inflamatoria, bloqueante de mediadores inflamatorios como la interleuquina 1, provocaron protección significativa de la mucosa gástrica en el modelo de estrés por IN-IN en ratas.

TO/O-13

EFFECTO DE LA TRIMETAZIDINA EN LAS LESIONES DE LA MUCOSA GASTRICA POR ETANOL ABSOLUTO
Bedini, OA(1); Naves, A(1); Laudanno, OM(1); Chaves, J(1); Yulita, P(1); San Miguel, P(1); Serur, ME(1); Settecasi, J(1); Rosatti, A(1); Cicero, E(1); Cesolari, JA(2) (1)Depto. de Gastroenterología Experimental . Facultad de Ciencias Médicas . UNR. (2)Depto. de Gastroenterología Experimental . Cátedra de Histología y Embriología .Facultad de Ciencias Médicas . UNR. Argentina.

INTRODUCCIÓN: La trimetazidina (TMZ), una dihidrocloruro de 2,3,4-trime-thoxybenzyl-piperazina) , a mostrado ser una droga anti isquémica y anti anginosa, que mejora el metabolismo celular aumentando el adenosin trifosfato (ATP) , regulando además la glucosa intracelular a partir del metabolismo lipídico. **OBJETIVO:** Fue evaluar el posible efecto citoprotector de la trimetazidine, en la mucosa gástrica de ratas sometidas a la acción del etanol absoluto. **MATERIAL Y MÉTODO:** A Grupos de ratas (n=7) wistar , de 200 ± 20 gs. de peso , en ayunas de 24 hs. excepto agua ad-libitum, se realizaron los siguientes experimentos: 1) Sol. Fisiol. 2 ml en forma oro-gástrica (O.G), se esperó 60 min ; 2) Etanol 1 ml. O.G, durante 30 min.;3) Trimetazidina 35 mg/ kg., en 2ml, O.G.durante 60 min. ; 4) Trimetazidina 35 mg/ en 2 ml, por vía O.G. durante 60 min. Luego etanol, 1 ml por via O.G. durante 30 min. Luego de los experimentos, las ratas fueron sacrificadas por sobredosis de éter, se realizó laparotomía mediana, se removió el estómago, se realizó su apertura por su curvatura mayor, y se obtuvo el porcentaje en mm del área lesional por planimetría. Posteriormente se obtuvieron cortes para histopatología y se realizaron tinciones con Pas, Hematoxilina eosina y Alcian blue. Para la evaluación estadística se utilizó la T student. **RESULTADOS:** Grupo1: Sol. Fisiol. : 0.0 mm , grupo 2) Etanol 96 1ml. OG: 35.5 ± 5.5 mm; grupo 3) Trimetazidina 35 mg/kg. V.O.: 0.0 ± 0.5 mm 4) Grupo 4: Trimetazidina 35 mg/kg O.G. etanol 1 ml. O.G.: 65.5 ± 5.5 mm. **CONCLUSIONES:** La trimetazidina, administrada en forma oro-gástrica, agravó las lesiones de la mucosa gástrica inducidas por el etanol absoluto, no mostrando efecto citoprotector. La histopatología, mostró, necrosis superficial y profunda de la mucosa gástrica así como áreas de hemorragia en el espesor de toda la mucosa.

TO/O-15

PRECISIÓN DIAGNÓSTICA DE LOS ANTICUERPOS DEAMINADOS DE LA GLADINA PARA EL DIAGNÓSTICO DE ENFERMEDAD CELÍACA EN UN HOSPITAL PRIVADO DE COMUNIDAD EN LA CIUDAD DE BUENOS AIRES: SON TAN SENSIBLES PARA PACIENTES CON BAJO PRETEST?
González, R(1); Mella, JM(1); Mohaidle, A(1); Pereyra, L(1); Fischer, C(1); Luna, P(1); Vizcaíno, B(1); Medrano, MA(1); Hadad, A(1); Costa, M(2); Reyes, MC(2); Domecq, P(2); Cimmino, DG(1); Pedreira, SC(1); Boerr, LA(1) (1)Servicio de Gastroenterología y Endoscopia Digestiva, Hospital Alemán, Buenos Aires, Argentina (2)Servicio de Laboratorio, Hospital Alemán, Buenos Aires, Argentina

INTRODUCCIÓN: Las pruebas serológicas tienen alta precisión para el diagnóstico de enfermedad celiaca (EC) en pacientes seleccionados. Aunque la biopsia intestinal sigue siendo la prueba de oro, los anticuerpos contra los péptidos deaminados de la gliadina (DPGs) se utilizan como prueba de pesquisa. Sin embargo, en nuestra comunidad su utilidad no está bien establecida. **OBJETIVOS:** Determinar la precisión diagnóstica de ambos isotipos de anticuerpos DPGs (IgA e IgG) para el diagnóstico de enfermedad celiaca en una población que en su mayoría tiene bajo pretest. **MATERIALES Y MÉTODOS:** Se diseñó un estudio retrospectivo utilizando la base de datos electrónica de los Servicio de Laboratorio, Anatomía Patológica, Gastroenterología y Endoscopia de un hospital de comunidad, durante los años 2008 y 2010. Se incluyeron los pacientes con sospecha de EC que se habían realizado una endoscopia digestiva alta con biopsias duodenales y, que además, tenían una prueba DPG para el diagnóstico de EC. Se excluyeron los pacientes con diagnóstico previo de EC. Los anticuerpos DPGs se midieron utilizando los kits DPG QUANTA Lite gliadina IgG ELISA II (NOVA) y QUANTA Lite gliadina IgA ELISA II (NOVA). El punto de corte utilizado fue 0.19.9 UI / ml para los isotipos IgA y 0.19.9 UI / ml para los isotipos IgG. El diagnóstico definitivo de EC se definió de acuerdo a las guías de la AGA (serología, histología y seguimiento). Se calculó la sensibilidad y la especificidad de los anticuerpos DPGs como instrumento de pesquisa para EC, teniendo en cuenta los intervalos de confianza (IC) del 95%. Para ambos isotipos se calculó el área bajo la curva (ABC) y sus coeficientes de probabilidad. **RESULTADOS:** Se identificaron 180 pacientes con pruebas de DPG y endoscopia digestiva alta con biopsias duodenales para la detección de EC: 170/180 tenían DPG IgA y 171/180 tenían DPG IgG, con resultados positivos para el isotipo IgA en 45/170 pacientes (26%) y para el isotipo IgG en 45/171 pacientes (26%). El diagnóstico de EC fue confirmado en 50/180 pacientes (28%); 77% (37/48) de estos pacientes tenía una prueba positiva DPG IgA y 76% (35/46) una prueba positiva DPG IgG. En los isotipos IgA la sensibilidad fue del 77% (IC 67-84), la especificidad fue del 93% (IC 90-96), el coeficiente de probabilidad positivo fue de 12 (IC 6.5-21) y el coeficiente de probabilidad negativo fue de 0,24 (IC 0.17-0.36). El ABC fue de 0.86 (IC 0.79-0.94). En los isotipos IgG la sensibilidad fue del 76% (IC 66-83), la especificidad fue del 92% (IC 88-95), el coeficiente de probabilidad positivo fue de 9,5 (IC 5.6-16) y el coeficiente de probabilidad negativo fue de 0.26 (IC 0.17 a 0.39). El ABC fue de 0.86 (IC 0.78-0.93). **CONCLUSIÓN:** En nuestra población en su mayoría con baja probabilidad pretest, estas nuevas pruebas no invasivas resultaron marcadores serológicos de alta precisión para la detección de la enfermedad celiaca, como se ha demostrado en la mayoría de los estudios.

TO/O-14

DISPEPSIA FUNCIONAL Y EOSINOFILIA DUODENAL: ESTUDIO EN UNA POBLACIÓN ADULTA CASO CONTROL EN ARGENTINA
Pignataro, SB(1); Campitelli, E(2); Barcia, T(1); Rubio, HW(1); Cea, AM(1); Martinez Bottani, MC(1); Ibarra, D(2); Ronchetti, R(2); Racca, L(2); Zanoliti, B(2); Paszkiewicz, A(2); Pere, F(2); Lago, N(2); Khoury, M(3) (1)Centro Endoscópico de Enfermedades Digestivas (CEED) (2)Htal Aeronáutico Central (3)Estadígrafa. Argentina.

INTRODUCCION: La etiopatogenia de la dispepsia funcional (DF) es multifactorial, entre los que se destacan una probable asociación entre la presencia de eosinófilos en la mucosa duodenal y la DF. Se postula que la presencia de una inflamación duodenal leve podría alterar la sensibilidad y la motilidad duodenal en un subgrupo de pacientes con DF tipo distres postprandial. **OBJETIVO:** El objetivo de este estudio observacional fue analizar en una población adulta con síntomas de DF distres postprandial (Criterios de Roma III), si el número de eosinófilos en antro gástrico, duodeno y segunda duodenal se encontraban aumentados en estos pacientes comparado con grupo control. **MATERIAL Y METODOS:** Se incluyeron consecutivamente 50 pacientes con DF tipo plenitud postprandial, 36 (72%) de sexo femenino, con una edad promedio de 52 años, a los que se le realizó una Videoendoscopia digestiva alta con toma de biopsias de antro, bulbo y segunda duodenal. Se comparó con grupo control (n 50).Histológicamente se valoró la presencia de H.pylori y el recuento de eosinófilos en todos los especímenes de biopsia. Fueron excluidos los pacientes con antecedentes alérgicos, asma, parasitosis, diabetes, e ingesta de AINE. Para el análisis estadístico se utilizó para comparar proporciones el test de chi cuadrado, para comparar variables numéricas en dos grupos, se utilizó la prueba de Mann-Whitney. Se calcularon Odds Ratios (OR) utilizando regresión logística. En todos los casos se utilizó un nivel de significación de 0,0. **RESULTADOS:** ver tabla. **CONCLUSION:** La cantidad promedio de eosinófilos fue significativamente mayor en el grupo de pacientes con DF comparado con el grupo de casos control. Este estudio sugiere que la eosinofilia duodenal podría jugar un rol importante en causar los síntomas de DF, lo que nos debería hacer reevaluar conductas diagnósticas y terapéuticas para una mejor comprensión de éste hallazgo.

	CASOS (n=50)	CONTROLES (n=50)	P	OR (IC95%)*
Eosinófilos en antro >25	30 (60%)	9 (18%)	<0,0001	6,83 (2,73-17,09)
Eosinófilos en bulbo >45	28 (56%)	3 (6%)	<0,0001	19,94 (5,47-72,71)
Eosinófilos en DII >45	29 (58%)	4 (8%)	<0,0001	15,88 (4,95-50,96)

*Al ajustar por edad y sexo la relación entre eosinófilos en pacientes con DF distres postprandial vs control es estadísticamente significativo

TO/O-16

TERAPIA SECUENCIAL EN LA ERRADICACIÓN DEL HELICOBACTER PYLORI
Doweck, J(1); Moreno, F(1); Navarro, G(1); Schenone, L(1); Barcia, T(2); Campitelli, E(3); Améndola, R(1); Giordano Romano, A(1); Bori, J(1); Menéndez, G(1); Corti, RE(1) (1)Hospital de Gastroenterología Dr. Bonorino Udaondo (2)Hospital José M.Penna (3)Hospital Aeronáutico Central. Argentina.

INTRODUCCION: Recientes estudios multicéntricos, doble ciego, realizados en Estados Unidos y Europa han obtenido bajas tasas de erradicación con la triple terapia clásica, a siete o diez días de tratamiento. A partir del año 2000, especialmente en Italia; donde se han obtenido tasas de erradicación superiores al 90%; se ha desarrollado la terapia secuencial como respuesta a la disminución de las tasas de erradicación alcanzadas por la triple terapia clásica, que en muchas áreas del mundo ha sido inferior al 80 % considerada como aceptable de acuerdo a los consensos. **OBJETIVO:** Determinar la tasa de erradicación de la terapia secuencial como primera línea de tratamiento, en pacientes adultos con infección por Helicobacter pylori (Hp) e indicación de erradicación según los consensos. **DISEÑO DEL ESTUDIO:** Prospectivo, descriptivo, no randomizado. **MATERIAL Y METODOS:** En el período comprendido entre noviembre de 2008 y diciembre de 2010 se trataron 51 pacientes; 27 mujeres (53%) y 24 varones (47%) con edades comprendidas entre 18 y 80 años (media 57.2). Las indicaciones de erradicación fueron gastritis crónica activa en 37 casos (72%); úlcera gástrica 5 casos (10%) úlcera duodenal 8 casos (16%) y gastritis eosinofílica 1 caso (2%). En todos los casos se realizó videoendoscopia digestiva alta con dos tomas biopsias de cuerpo y 2 de antro; para evaluar presencia de Hp, se utilizó la tinción histológica de Giemsa. El esquema de terapia secuencial consistió en la administración de una doble terapia (IBPs dos veces por día y amoxicilina 1 gr., 2 veces por día) por cinco días, seguido por una triple terapia (IBPs, claritromicina 500 mgs y tinidazol 500 mgs, dos veces por día) por otros cinco días. Luego de 6 semanas de tratamiento se evaluó la erradicación de la bacteria mediante test de aire espirado C13. **RESULTADOS:** De los 51 pacientes evaluados; 39 (76.5%) fueron erradicados por ITT y PP y confirmada la erradicación por test de aire espirado C13. Sólo 12/51 pacientes presentaron algún efecto adverso (dolor abdominal, diarrea) que no determinó la suspensión del tratamiento. **CONCLUSIONES:** Nuestros resultados no confirman las altas tasas de erradicación logradas con la terapia secuencial tanto en Italia (> 90%); España (90.7%); Taiwán (98.3%); Corea (85.5%) y Panamá (85.5%).

TO/O-17

RIESGO DE LESIONES NEOPLÁSICAS COLORRECTALES EN PACIENTES CON ENFERMEDAD CELIACA: ESTUDIO MULTICENTRICO

González, R(1); Pereyra, L(1); Mohaidle, A(1); Fischer, C(1); Mella, JM(1); Panigadi, GN(1); Matoso, MD(2); Manazzoni, D(2); Lasa, JS(3); Novillo, A(3); De Paula, JA(2); Soifer, L(3); Nadales, A(4); Cimmino, DG(1); Pedreira, SC(1); Boerr, LA(1)

(1)Servicio de Gastroenterología y Endoscopia Digestiva, Hospital Alemán, Buenos Aires, Argentina (2)Servicio de Gastroenterología y Endoscopia Digestiva, Hospital Italiano, Buenos Aires, Argentina (3)Servicio de Gastroenterología y Endoscopia Digestiva, Cemic, Buenos Aires, Argentina (4)Servicio de Gastroenterología y Endoscopia Digestiva, Hospital Austral, Buenos Aires, Argentina

INTRODUCCIÓN: El riesgo de neoplasias del intestino delgado y esófago en pacientes con enfermedad celíaca (EC) está bien establecido, pero la asociación de ésta con la neoplasia colorrectal es controvertida. **OBJETIVO:** Determinar el riesgo de lesiones neoplásicas colorrectales en pacientes con enfermedad celíaca. **MATERIALES Y MÉTODOS:** Se diseñó un estudio multicéntrico retrospectivo de casos controles utilizando la base de datos electrónica de los Servicio de Gastroenterología y Endoscopia de cuatro hospitales de comunidad de la ciudad de Buenos Aires. Los pacientes con EC que se habían realizado una colonoscopia constituyeron los "casos" y aquellos pacientes sin EC con colonoscopia el grupo "control". En una relación 1:2 fueron ajustados según edad, sexo, motivo de colonoscopia y antecedentes familiares de primer y segundo grado de cáncer colorrectal. A través de llamadas telefónicas se interrogó a los pacientes acerca de factores de riesgo e historia de su enfermedad. El desenlace principal fue evaluar el riesgo de pólipos colorrectales, adenomas, lesiones avanzadas (displasia de alto grado y/o tamaño >1 cm y/o componente vellosa >75%) y cáncer. Los resultados fueron expresados en odds ratio (OR) y sus correspondientes intervalos de confianza del 95 % (IC). **RESULTADOS:** Se identificaron 118 pacientes con enfermedad celíaca que tenían colonoscopia y representaron los casos; y 236 pacientes sin EC con colonoscopia representaron los controles. En los "casos" la edad promedio fue de 56 años (22-87), y el 84% fueron mujeres. La indicación de colonoscopia fue pesquisa de cáncer colorrectal en el 53 % y anemia en el 15 %. El 65% cumplía con una adherencia estricta a la dieta libre gluten. La presencia de pólipos, adenomas y lesiones colónicas avanzadas fue de 24/118 (20 %), 18/118 (15 %) y 3/118 (2,5 %) respectivamente. En los controles, la edad promedio fue de 56 años (20-87), el 84% fueron mujeres, y el motivo de colonoscopia fue pesquisa de cáncer colorrectal en el 51 % y anemia en el 28 %. La presencia de pólipos, adenomas y lesiones colónicas avanzadas fue de 40/236 (17 %), 27/236 (11 %) y 6/236 (2,5 %) respectivamente. El riesgo de pólipos, adenomas y lesiones colónicas avanzadas fue similar en ambos grupos (OR 1.25, IC 0.71- 2.18, p = 0.40, OR 1.39, IC 0.73- 2.63, p= 0.31, y OR 1.00, IC 0.26-3.72, p = 1.00, respectivamente). En ningún caso se identificó cáncer colorrectal. **CONCLUSIÓN:** El riesgo de lesiones neoplásicas colorrectales en esta cohorte de pacientes con enfermedad celíaca fue similar al del grupo control.

TO/O-19

PREVALENCIA DE ENFERMEDAD CELÍACA Y POTENCIALES MARCADORES DE SENSIBILIDAD AL GLUTEN EN PACIENTES CON CONSTIPACIÓN CRÓNICA

Hwang, HJ(1); Facio, L(1); Iantorno, G(1); Sugai, E(1); Moreno, ML(1); Vázquez, H(1); Smecuol, E(1); Niveloni, S(1); Corzo, L(1); Pinto Sánchez, MI(1); Mazure, R(1); Mauriño, E(1); Bai, J(1)

(1)Htal de Gastroenterología "Dr B. Udaondo". Argentina.

INTRODUCCIÓN: Se ha estimado que la prevalencia de la enfermedad celíaca (EC) en la población general Argentina es de 0,7 %. En recientes años, un creciente número de casos presentan síntomas considerados atípicos o son completamente asintomáticos al momento del diagnóstico. Se estima que el 10 % de los pacientes corrientemente diagnosticados presentan constipación crónica (CC). La sensibilidad al gluten (SG) es una entidad frecuente donde existen reacciones como consecuencia de la exposición al gluten pero sin presentar la enteropatía característica ni fenómenos autoinmunes. Si bien no hay un consenso en el diagnóstico de esta entidad, se considera que la presencia de anticuerpos anti gliadina constituiría potenciales marcadores serológicos de esta entidad. Actualmente se desconoce la prevalencia de EC y de marcadores de SG en pacientes con CC. **OBJETIVOS:** Determinar prospectivamente la prevalencia de EC y la presencia de potenciales marcadores serológicos de SG en pacientes con CC. **Métodos:** Se enrolaron 121 pacientes consecutivos con diagnóstico de CC según criterios de Roma III (113 mujeres, edad media: 41 años, rango: 21-78 años). Ochenta y dos pacientes (67,8 %) presentaron constipación funcional (CCF) y 39, síndrome intestino irritable con constipación (SII-C). El algoritmo diagnóstico empleado consistió en la determinación conjunta de anticuerpos IgA e IgG anti-peptidos deamidados de gliadina y antitransglutaminasa (DGP/rTG Screen) (valor de corte: 20 U/ml) en todos los pacientes; en los casos positivos se evaluó la presencia de anticuerpos IgA anti-transglutaminasa (a-rTG) y se obtuvieron biopsias duodenales. Las prevalencias observadas fueron comparadas con las de un grupo control consistente en 518 pacientes sometidos a endoscopia digestiva alta por síntomas no relacionados primariamente con EC. **RESULTADOS:** Diez pacientes (8,3 %) presentaron anticuerpos DGP/rTG Screen positivos en el grupo de CC y 46 (8,9 %) en el grupo control. Las biopsias duodenales confirmaron EC en 3 pacientes seropositivos con CC (2,5 %) y 14 (2,7 %) de los controles. La prevalencia de pacientes constipados con serología positiva y biopsia normal fue de 5,8 % (n: 7). Cinco pacientes (4,1 %) tenían DGP/rTG screen positivo pero a-rTG negativo y los 2 restantes tenían ambos marcadores serológicos positivos (EC potencial). **CONCLUSIONES:** Este es el primer estudio en determinar la prevalencia de EC y de potenciales marcadores de SG en pacientes con CC. Dichas prevalencias fueron similares en pacientes y la población control empleada. La prevalencia de EC determinada en ambos grupos fue 3 a 4 veces mayor a la estimada en la población general Argentina. Nuevos estudios deberán establecer la relevancia clínica de la presencia de estos marcadores potenciales de SG en pacientes con CC.

TO/O-18

ESÓFAGO DE BARRETT : ESTUDIO OBSERVACIONAL SOBRE LAS CARACTERÍSTICAS DE LA POBLACIÓN DE PACIENTES Y EL DESARROLLO DE DISPLASIA EN EL SEGUIMIENTO

Ramos, RI(1); Ahumada, MC(1); Zubiaurre, I(1); Mackenzie, D(1); Kelly, R(1); Caballero, R(1); Alvarado Sanchez, A(1); Colombato, L(1); Salis, G(1)

(1)Hospital Británico de Buenos Aires. Argentina.

INTRODUCCIÓN: El esófago de Barrett (EB) es una condición adquirida secundaria a enfermedad por reflujo gastroesofágico (ERGE) con potencial neoplásico, por lo que la vigilancia está recomendada. Un amplio estudio poblacional, realizado sobre la ERGE en la Argentina, en 17 áreas geográficas diferentes se encontró un 4,3% de pacientes portadores de EB (Gastroenterology 2009; 136: A489). No hay datos sobre el seguimiento del esófago de Barrett, ni sobre el cribado para el desarrollo de displasia-cáncer disponible actualmente en Argentina. **OBJETIVOS:** Caracterizar una población con EB, y evaluar los resultados de la vigilancia en el desarrollo de displasia durante el seguimiento, en pacientes en tratamiento. **PACIENTES Y MÉTODOS:** Se incluyeron los pacientes con diagnóstico histológico de EB, sometidos a una endoscopia alta, en el Servicio de Endoscopia, desde enero de 2008 hasta junio de 2010. Se les realizó un interrogatorio dirigido, con score sintomático de Lagergren, revisión de la historia clínica y seguimiento clínico- endoscópico. **RESULTADOS:** Se incluyeron 84 pacientes, (59 sexo masculino). La edad media fue de 58 (24 -83.), el 63% tenían IMC $\geq$ 25. Entre los hábitos el 59 % tenían ingesta regular de café; el 47 % mate; el 34 % bebedores leves a moderados de alcohol y 29 % tabaquistas. El 50% de los pacientes tuvo 2,5 de score sintomático de Lagergren (pirosis y regurgitación), siendo la media del total de la población de 3.04 pto. (Varia entre 0: sin síntomas y 6,5). El 29,76% tuvieron síntomas nocturnos. La mediana del tiempo de evolución del EB fue de 24,5 meses (1-173). El 48% presentó hernia de hiato. El 66,20% eran portadores de EB corto y el 33,8% EB largo. La displasia de bajo grado (DBG) se presentó en 23 casos (27 %), 13 al momento del diagnóstico de EB y 10 detectados durante el seguimiento. La mediana de tiempo de evolución del EB fue de 22 meses en los que no desarrollaron DBG y de 41 meses en los que presentaron DBG (p=0,0038). El 82,61% de los que tenían displasia ingerían café versus el 52,63% de los que no tenían displasia (OR= 4,275; IC95%=1,29-14,22; p=0,013). No se observaron diferencias significativas entre los pacientes que desarrollaron DBG y los que no en: sexo, edad, score sintomático, IMC o hábitos salvo en el mencionado. El 54,55% de los pacientes con EB largo y el 18,97% de los portadores de EB corto presentaron DBG (p=0,002). En 3 casos (3,5 %) se halló displasia de alto grado (DAG) con el diagnóstico de EB. 1 solo paciente desarrolló DAG durante el seguimiento. La prevalencia de displasia en los pacientes con sobrepeso no fue estadísticamente significativa de la de los pacientes con IMC normal (41vs 32%; NS). **CONCLUSIONES:** 1.El sobrepeso fue altamente prevalente (63%) en pacientes con EB. 2.El consumo de café aumenta 4,2 veces el riesgo de desarrollo de DBG. 3.El EB largo es un factor de riesgo para el desarrollo de DBG. 4.Un solo paciente desarrolló DAG durante el seguimiento el 3,5 % mostró DAG al diagnóstico

TO/O-20

PRUEBA RÁPIDA EN GOTA FRESCA PARA LA IDENTIFICACIÓN DE PACIENTES CELÍACOS EN POBLACIONES DE ALTA Y BAJA PROBABILIDAD DIAGNÓSTICA

Niveloni, S(1); Trucco, E(2); Sugai, E(1); Vazquez, H(1); Cabanne, A(1); Smecuol, E(1); Moreno, L(1); Hwang, HJ(1); Pinto Sánchez, MI(1); Namach, F(1); Mazure, R(1); Martínez, L(2); Stefanoli, C(2); Maucione, A(2); Ramirez, M(2); Rondan, M(2); Laca, E(2); Garcia, M(2); Mauriño, E(1); Bai, J(1)

(1)Sección Intestino Delgado del Hospital de Gastroenterología Dr. C Bonorino Udaondo, Buenos Aires, Argentina. (2)Servicio de Gastroenterología y Endoscopia, Hospital Maciel, Montevideo, Uruguay.

INTRODUCCIÓN: La identificación de pacientes con enfermedad celíaca (EC) es un desafío constante en la práctica diaria. Las pruebas serológicas con anticuerpos específicos poseen exactitud diagnóstica ampliamente reconocida. La prueba rápida para la determinación de anticuerpos en gota de sangre es un método sencillo que aún no sido totalmente validado. **OBJETIVO:** Evaluar la utilidad diagnóstica de la prueba rápida de anticuerpos en gota de sangre fresca en poblaciones de alta y baja probabilidad de padecer EC. **MATERIAL:** Ingresaron al estudio en forma prospectiva 227 pacientes, atendidos en dos centros diferentes: a) Grupo I: (población de baja probabilidad de EC) todos los pacientes asistidos en un Servicio de Endoscopia digestiva por causas no relacionadas con la EC (n: 149; 118 mujeres, edad media: 48 años, rango: 19-86), fueron ingresados al estudio entre agosto y diciembre de 2010. b) Grupo II: (población de alta probabilidad de EC) todos los pacientes asistidos en una sección especializada en EC (n: 78; 67 mujeres, edad media: 39 años, rango: 18-87), fueron ingresados entre marzo 2010 y enero 2011. **MÉTODOS:** A todos los pacientes ingresados al estudio se les realizó: a) Prueba rápida de Anti-transglutaminasa tipo IgA (a-rTG) (BIOCARD TM Celiac Test, AnBiotech, Vantaa, Finlandia) por punción digital, b) biopsias endoscópicas de duodeno distal. Asimismo, a los pacientes del grupo II se les determinó (a-rTG tipo IgA sérica) y anticuerpos de polipéptidos deamidados de gliadina con antitransglutaminasa isotipos IgA e IgG (a-DGP/rTG Screen).El compromiso histológico con una lesión tipo Marsh IIIa o superior fue establecido como criterio diagnóstico de EC. **RESULTADOS:** Se identificaron 28/227 pacientes con EC, 26 mujeres (edad media: 37 años, rango: 18-65). En el grupo I se diagnosticaron 3/149 EC (2%), (sexo femenino, mediana 50 años, rango: 39-51). En el grupo II se diagnosticaron 25/78 EC (32%) (edad media: 35,6 años, rango: 18-65). La prueba rápida de gota fresca identificó en el grupo I a los 3 pacientes con EC (sensibilidad 100%, especificidad 100%, valores predictivos absolutos), en el grupo II identificó 23/25 EC (sensibilidad 92%, especificidad 89%, valor predictivo positivo 79%, valor predictivo negativo 96%). **CONCLUSIÓN:** La prueba rápida de anticuerpos realizada por punción digital es un método simple y seguro para la identificación de pacientes con EC, que podría ser utilizado en la pesquisa de pacientes celíacos en la práctica clínica.

TO/O-21

PREVALENCIA DE ENFERMEDAD CELÍACA (EC) EN FAMILIARES DE PRIMER Y SEGUNDO GRADO

La Motta, G(1); Caniggia, ME(1); de Barrio, S(1); Viola, M(1); Sliwinski, L(1); Maffei, E(1); Baistrocchi, A(1); Erbetta, M(1); Ferrari, G(1); Gómez, JC(1); Cri-velli, A(1)

(1)Unidad de Soporte Nutricional y Enfermedades Malabsortivas. Hospital San Martín. Argentina.

INTRODUCCION: La prevalencia de EC en familiares oscila entre 5 a20 %. El screening en dicha población de riesgo facilita el diagnóstico temprano de la EC disminuyendo el tiempo de exposición al gluten. OBJETIVOS: Evaluar la prevalencia de EC en familiares de 1ª y 2ª grado de pacientes celíacos. PACIENTES Y METODOS: Entre Julio 1997 y Marzo 2011 se estudiaron 659 familiares de 1º y 2º grado. Se excluyeron 47 niños y 4 adultos con diagnóstico previo. A todos se les realizó: Historia clínica pre-establecida. Serología: anticuerpos antigliadina tipo IgA e IgG tradicionales (AGA-A y AGA-G hasta 2007), antigliadina deaminada tipo IgA e IgG (AGA II-A y AGA II-G), antiendomisio IgA (EmA-A), antitransglutaminas recombinante humana IgA (atTG-A) y dosaje de Ig A sérica (en caso de Ac tipo IgG positivo). A todos se les ofreció la realización de biopsia duodenal, evaluada según criterios de Marsh. RESULTADOS: 67.4% mujeres, edad media de 34.63 ±15 años. Se diagnosticaron 71 celíacos (10.7%), edad promedio 30.02 ± 12 , 69% mujeres. El 96% fueron familiares de 1º grado (54% herma-nos, 24% hijos, 15% madres, 7% padres) y el 4% de 2º grado (67% sobrinos, 33% tíos). Tabla 1

Formas clínicas: Asintomática: 50,7%. Monosintomática: 22,5%. Polisintomática: 26,7%. Se observó una diferencia significativa entre los AGA- positivos de los familiares no celíacos (7%) y nuestra po-blación control (0,9%), p 0.001. No hubo diferencia significativa con los otros anticuerpos. CONCLUSIONES: La prevalencia de EC es alta en familiares de 1º y 2º grado comparado con la población general (1%). En nuestro estudio la prevalencia fue de 10.7%. Si se tiene en cuenta a los 4 pacientes con EC diagnosticada previamente y los 5/47 niños estudiados (excluidos de este análisis) la prevalencia aumenta a 11.33%.

.El 73% de los celíacos diagnosticados fue asintomático o monosintomático. .Observamos un alto porcentaje de AGA-A positivo en los familiares no celíacos comparados con nuestra po-blación control (sensibilidad al gluten?).

.Si bien el número de familiares estudiados se fue incrementando con los años, no todos los que deberían estudiarse concurren a la consulta. Probablemente esto sea debido a que un gran porcentaje de ellos no presentan síntomas. .Se enfatiza la necesidad de realizar estudios de screening en este grupo poblacional, ya que la mayoría de estos pacientes pueden presentarse asintomáticos o con manifestaciones extradietivas. De esta manera, con un diag-nóstico precoz, la dieta libre de gluten mejora la calidad de vida, disminuyendo la probabilidad de complicaciones y enfermedades autoinmunes asociadas.

Tabla 1. Serología y biopsia de los pacientes celíacos

AGA-A(+)	AGA-G (+)	atTG-A (+)	EmA-A (+)	Biopsia
46 * (65%)	61 (86%)	67 (94%)	61** (86%)	48 ***

*Hubo una diferencia a favor de los AGA II-A positivos (80%) vs. los tradicionales (59%), que no alcanzó significación estadística. No se observó diferencia entre los AGA-G (tipo II o tradicionales)

**Hubo 9 pacientes con EmA-A (-) y el resto de los Ac positivos que tuvieron biopsia Marsh III

*** De los 48 con biopsia: 2 Marsh II , el resto Marsh III

De los 23 que se negaron a la biopsia: 22 tuvieron EmA -A(+) y 1 EmA IgG (+) con déficit de IgA.

TO/O-23

COLESTASIS INTRAHEPÁTICA DEL EMBARAZO. EVALUACIÓN CLÍNICA Y PRONÓSTICA MATERNO-FETAL

Amateis, M(1); Tanno, F(1); Correnti, S(1); Tanno, M(1); Pascucci, M(2); Di Monaco, R(2); Reggiardo, V(1); Hernandez, L(3); Tanno, H(1); Vorobioff, J(1) (1)Servicio de Gastroenterología y Hepatología. Hospital Provincial del Centenario y Facultad de Medicina. Universidad Nacional de Rosario. Rosario. Argentina (2)Servicio de Ginecología y Obstetricia Hospital Provincial del Centenario y Facultad de Medicina. Universidad Nacional de Rosario. Rosario. Argentina (3) Escuela de Estadística. Universidad Nacional de Rosario. Rosario. Argentina

INTRODUCCIÓN / OBJETIVOS: La colestasis intrahepática del embarazo (CIE) es una patología obstétrica de baja frecuencia en nuestro medio. El pronóstico materno es habitualmente bueno, aunque las consecuencias fetales pueden ser graves. Existen diferencias regionales en la incidencia de CIE (USA 0.32 %; Escandinavia 2 %; Chile 4 %). La incidencia de CIE en Argentina no ha sido establecida. El objetivo de este estudio fue analizar la incidencia de CIE, describir sus características clínicas y evaluar el pronóstico materno/fetal en una población hospitalaria. PACIENTES Y MÉTODOS: Se incluyeron todos los casos de CIE diagnosticados en el Hospital Centenario durante 78 meses (Junio 2004/Diciembre 2010). La recolección de datos fue prospectiva desde Enero/2008.La CIE fue definida por el desarrollo del prurito durante el embarazo acompañado (o no) de ácidos biliares séricos ≥ 10 umol/ lcon posterior resolución tras el nacimiento. Se establecieron características demográficas, clínico/humorales, y antecedentes obstétricos. La intensidad del prurito se valoró de acuerdo a manifestaciones subjetivas de cada paciente. En todos los casos se realizó dosaje de ácidos biliares, ecografía abdominal y monitoreo fetal. La evaluación pre yneonatal incluyó:monitoreo fetal, edad gestacional, tipo de parto, peso al nacer e índice de Apgar. Como grupo control se consideró a las parturientas sin CIE y sus gestas durante el mismo período. Los valores se expresan como M+DS. RESULTADOS :Se diagnosticaron 144 casos de CIE.La incidencia fue del 1.9%. Edad de las pacientes: 25+ 6 años (promedio de 3+ 2 gestas).Cuarenta y siete ptes (33%) tenían antecedentes de colestasis y 20 (14%) antecedentes familiares. Al ingreso, el tiempo de gestación fue de 34+ 5 semanas (91% en el tercer trimestre).El prurito fue palmo-plantar en el 58% de los casos y generalizado en el 42%, con una duración previa de 20+ 20 días. La concentración de sales biliares fue de 24.6 + 26.1 Umol/L.La ASAT,la ALAT, la yGT y la bilirrubina fueron normales en el 55%, 48%, 84% y 88% de los casos; respectivamente. La ecografía abdominal y el monitoreo fetales no mostraron alteraciones en el 92 % y el 94% de los casos; respectivamente. Se administró ácido ursodeoxicólico (12-15 mg/kg/día) a 114 ptes (79%). El prurito revirtió totalmente en un 27% de los casos. La cesárea fue más fre-cuente las ptes. con CIE [77/144 vs. 1891/7468 (grupo control) (p<0.01)].Los nacimientos prematuros fueron más frecuentes en el grupo de CIE (61/148 vs. 896/7526 (grupo control) (p<0,01).Se registraron 1 aborto y 2 muertes fetales (NS). El 32% de los nacidos vivos de madres con CIE pesó <2500 Kg vs. 12% en el grupo control (p<0.01). El Apgar fue vigoroso a los 5 minutos en todos los recién nacidos. CONCLUSIONES: La incidencia de CIE fue del 1.9%. El porcentaje de cesáreas, nacimientos prematuros y recién nacidos de bajo peso son mayores en el grupo de madres con CIE.

TO/O-22

EVALUACIÓN PROSPECTIVA DE LA CERTEZA DIAGNÓSTICA DE ENFERMEDAD CELÍACA EN LA PRÁCTICA MÉDICA GENERAL.

Niveloni, S(1); Cabanne, A(1); Vázquez, H(1); Sugai, E(1); Smecuol, E(1); Moreno, L(1); Hwang, HJ(1); Pinto Sánchez, MI(1); Mazure, R(1); Mairiño, E(1); Bai, J(1) (1)Htal de Gastroenterología “Dr. B. Udaondo”. Argentina.

INTRODUCCIÓN: El diagnóstico de enfermedad celiaca (EC) se basa en la presencia de evidencias clínicas, serológicas e histológicas compatibles. La creciente prevalencia de esta patología en la población general no parece correlacionarse con un mayor conoci-miento entre médicos clínicos, patólogos y bioquímicos generales. Objetivos: Evaluar prospectivamente el grado de certeza en el diagnóstico de EC, realizado en la práctica clínica general, comparándolo con el efectuado en un centro académico especializado.

MATERIAL Y MÉTODOS: Se evaluaron 65 pacientes consecutivos que asistieron a nuestra institución académica para confirmar o descartar EC. Los pacientes fueron inicialmente diagnosticados como EC en base a la histología y a la serología (n=39) y como no celíacos (n=26).Los preparados histológicos originales de las biopsias duo-denales y sus informes correspondientes fueron reevaluados por un patólogo experto (AC). La serología específica para EC (IgA anti-tTG) utilizada en la práctica clínica fue reiterada en nuestra institución bajo condiciones clínicas similares. El diagnóstico final fue determinado por un grupo de expertos (RM, ES, HV) sobre la base de los resultados de la evaluación clínica, histológica y serológica obtenidos en nuestra institución en forma cegada al diagnóstico original. RESULTADOS: En 6 casos (9.2%) el patólogo experto no pudo evaluar las muestras histológicas dada la mala calidad de las mismas, analizándose finalmente 59 pacientes. La evaluación histológica mostró un acuerdo entre los patólogos generales y el experto en 49 casos (83%) (49/59 – índicekappa de Cohen: 0.66). El desacuerdo fue principalmente observado en aquellos casos que pre-sentaban daño histológico mínimo o en muestras de muy pobre calidad. Se obtuvieron resultados serológicos congruentes con los anticuerpos IgA anti-tTG en 87.3% de los casos (55/63 – índicekappa de Cohen: 0.74). El diagnóstico final del grupo experto fue divergente en 10 de los 59 casos (16.9%). Siete de los 34 pacientes inicialmente identificados como celíacos (20.6%) no fueron confirmados por el grupo experto, evi-denciando un sobre diagnóstico de EC. CONCLUSIÓN: Nuestro estudio evidencia una alta tasa de error diagnóstico de EC en la práctica clínica con una tendencia al sobre diagnóstico de la misma. Sugerimos que la formación de expertos en la enfermedad mejorara la certeza diagnóstica.

TO/O-24

INSUFICIENCIA RENAL EN PACIENTES CON CIRROSIS HEPÁTICA. INCIDENCIA Y SOBREVIDA

Tubino, MF(1); Kuzmicz, G(1); Jaimet, C(2); Tanno, M(1); Reggiardo, V(1); Hernández, L(3); Tanno, H(1); Vorobioff, J(1) (1)Servicio de Gastroenterología y Hepatología.Hospital Provincial del Cen-tenario de Rosario y Facultad de Medicina. Universidad Nacional de Rosario. Rosario. Argentina (2)Servicio de Clínica Médica. Hospital Intendente Carrasco. Rosario. Argentina (3)Escuela de Estadística. Universidad Nacional de Rosario. Rosario. Argentina

INTRODUCCIÓN / OBJETIVOS: La insuficiencia renal (IR) es una complicación frecuen-te de la cirrosis hepática. Su aparición se relaciona a diversas causas desencadenantes. Estas circunstancias plantean un desafío: diagnóstico y terapéutico, con consecuencias directas en el pronóstico de estos pacientes (ptes). El objetivo de este estudio fue evaluar en forma pro-spectiva la incidencia de IR en ptes cirróticos admitidos a 2 servicios hospitalarios, analizar las causas desencadenantes, evaluar el pronóstico y determinar la supervivencia. MÉTODOS: Estu-dio prospectivo desarrollado en los Servicios de Gastroenterología y Hepatología del Hospital Provincial del Centenario y de Clínica Médica del Hospital Carrasco. Período de evaluación: Septiembre 1/09 a Diciembre 31/10 (16 meses). Se incluyeron todos los ptes con diagnóstico de cirrosis hepática de cualquier etiología, con IR al ingreso (Grupo 1) ó sin IR al ingreso pero desarrollada durante la hospitalización (Grupo 2). Se evaluaron las diferentes etiologías de IR, parámetros clínico/humorales, potenciales “factores precipitantes”, pronóstico y supervivencia. Los pacientes fueron evaluados hasta el 31/12/2010. RESULTADOS: Se incluyeron 100 ptes. cirróticos (Edad: 53±10 años), 78 de sexo masculino. El diagnóstico de IR se realizó en 24 (24%) ptes. [Grupo 1 (n: 16); Grupo 2 (n: 8)]. En 21 ptes (88%) la IR fue de tipo funcio-nal [Grupo 1 (n:13) vs. Grupo 2 (n: 8) (NS)]. La infección (PBE en el 50% de los casos) fue el factor precipitante de IR funcional en 15/21 ptes. (71%) (Grupo 1 (n: 10/13) (77%) vs. Grupo 2 (n: 5/8) (63%) (NS). Otros factores precipitantes fueron: Hipovolemia (n: 2) y Otras causas (n: 4). La IR fue reversible en 11 (46%), progresiva en 8 (33%) y estable en 5 (21%) de los episodios. Se observaron diferencias significativas entre ptes. con y sin IR en los siguientes parámetros: TP (p<0.05), Uremia (p<0.001), Creatininemia (p<0.001), Score de Child-Pugh (p<0.003), Score de Meld (p<0.001), Score de Meld-Na (p<0.001) y RIN (p<0.02). Treinta y tres (33%) ptes fallecieron durante el período de observación, 61 sobreviven y de otros 6 se desconoce la evolución. Las causas de muerte más frecuentes fueron: insuficiencia hepática (37%), sepsis (30%), hemorragia digestiva (18%), síndrome hépato-renal (6%), otras causas (9%). La supervivencia fue similar en los Grupos 1 y 2. Los pacientes con IR tuvieron una so-brevida significativamente inferior a la de aquellos sin IR (46±10 vs. 56±4 semanas; respec-tivamente) (p<0.001). CONCLUSIONES: La incidencia de IR en ptes cirróticos es del 24%, siendo la etiología infecciosa la más prevalente. La supervivencia de los ptes que presentan IR es significativamente inferior a la de aquellos sin IR. La presencia de IR, independientemente de su etiología, se asocia a una menor supervivencia en pacientes cirróticos.

TO/O-25

CARCINOMA HEPATOCELULAR. EXPERIENCIA DE UN CENTRO TERCARIO DURANTE UN PERÍODO DE 13 AÑOS
Carboné, PC(1); Poles, N(1); Azum, MC(1); Páez, M(1); Tanno, M(1); Bessone, F(1); Reggiardo, MV(1); Hernández, L(2); Tanno, HE(1); Vorobioff, J(1)
(1)Servicio de Gastroenterología y Hepatología. Hospital Provincial del Centenario y Facultad de Medicina. Universidad Nacional de Rosario. Rosario. Argentina
(2)Escuela de Estadística. Universidad Nacional de Rosario. Rosario. Argentina

INTRODUCCION / OBJETIVOS: El carcinoma hepatocelular (HCC) es una complicación grave de la cirrosis hepática, cuya terapéutica depende del estadio de la enfermedad y de la insuficiencia hepática subyacente. **Objetivo** de este estudio fue determinar las características clínico-epidemiológicas, imagenológicas y los factores pronósticos del HCC. **MÉTODOS:** Se incluyeron todos los pacientes (ptes) con diagnóstico de HCC durante un período de 13 años (Enero/1998 - Diciembre/2010). La recolección de datos fue retrospectiva para el período 1998/2004 y prospectiva desde 2005. Se evaluaron parámetros clínico/humorales, demográficos e imagenológicos. Los casos se estadificaron de acuerdo a la clasificación de Barcelona Clinic Liver Cancer (BCLC). Se analizaron factores pronósticos y sobrevida. **RESULTADOS:** Se incluyeron 120 ptes (Edad: 60±10 años), 118 cirróticos, 96 hombres. Etiología de la cirrosis: alcohol (49%), viral (27%), alcohol + virus (14%), otros (10%). Score de Child (n:107): A (30%), B (47%) y C (24%). En 38 ptes (32%) el diagnóstico fue consecuencia del screening [Ecografía + Alfa-feto proteína (AFP) c/6 meses]. AFP (n: 114 ptes): Normal (<10 ng/mL) (n:33), 10-200 ng/mL (n:27) y ≥ 200 ng/ml (n:54). Estadio al diagnóstico: muy temprano y temprano (21%), intermedio (7%), avanzado (51%) y/o terminal (28%). El HCC se presentó más frecuentemente como nódulo único (42%). Los casos terminales diagnosticados en ambos períodos (1998/2004 vs. 2005/2010) difirieron significativamente [40% vs. 20%; respectivamente; (p<0.03)]. El HCC fue más frecuente en estadio avanzado/ terminal en ptes. de etiología alcohólica vs. etiología viral [(47 vs. 17 ptes; respectivamente) (p<0.0001) (92% vs. 55%)]. Los estadios temprano e intermedio predominaron en los casos diagnosticados por screening (n:21) (62%) respecto de aquellos no diagnosticados por screening (n:2) (3%) (p<0.01). Sólo un 8% de los ptes fue tratado con intención curativa: cirugía (n:8) (7%) y transplante hepático (n:1) (1%). En los otros casos el tratamiento fue sintomático (n:69) (61%), tamoxifeno (n:14) (12%) quimioembolización (n:12) (10.5%) y sorafenib-brivanib (n:8) (7%). En 94 casos confirmados, 78 (83%) ptes. fallecieron y 16 (17%) sobrevivieron (sobrevida: 60±9 semanas). La probabilidad de sobrevida al año fue 37%, a los 2 años 25%, a los 3 años 13% y a los 5 años 0%. El análisis univariado demostró diferencias significativas en la sobrevida de acuerdo a la etiología de la cirrosis (p<0.04), diagnóstico mediante screening (p<0.01), score de Child-Pugh (p<0.05) y MELD (p<0.001), estadificación (p<0.001), presencia de ascitis (p<0.001), creatinemia (p<0.05) y tratamiento implementado (p<0.03). **CONCLUSIÓN:** La cirrosis de origen etílico fue la principal patología subyacente del HCC. Los casos diagnosticados en estadio terminal disminuyeron significativamente en el período 2005/2010 respecto del período 1998/2004. El screening del HCC permitió un diagnóstico más temprano y se asoció a mayor sobrevida.

TO/O-27

ESTUDIO MULTICENTRICO, PROSPECTIVO, DE TAMIZAJE DEL CANCER COLORECTAL MEDIANTE SANGRE OCULTA EN MATERIA FECAL, MÉTODO INMUNOHISTOQUÍMICO
Laudanno, O(1); Gualdrini, U(2); Travieso, L(3); Gollo, P(1); Collia, K(2); Ahu-marán, G(1); Tornini, A(1); Barbera, R(1); Lasagna, R(1)
(1)Hospital C. Bocalandro, Partido de 3 de Febrero, Provincia de Buenos Aires (2) Hospital Bonorino Udaondo (3)Hospital Penna. Argentina.

INTRODUCCION: El Cáncer Colorectal (CCR) es un problema de salud pública mundial dado su alta incidencia y mortalidad. Es necesario implementar programas de screening para su detección temprana. **OBJETIVO:** Describir los hallazgos de la primera ronda de tamizaje cáncer colorectal en una población de riesgo promedio de la Ciudad de Buenos Aires y Provincia de Buenos Aires. **MATERIALES Y METODOS:** Estudio prospectivo, multicéntrico, desde Junio 2010 a Abril del 2011 que incluyó pacientes entre 50 a 75 años, de riesgo promedio, en el contexto de la campaña de LALCEC 2010. Los pacientes fueron evaluados por alguno de los autores en un primera entrevista donde se determinó que no reunieran criterios de exclusión (proctorragia, cambio evacuatorio, antecedentes familiares, polipos previos, exámenes de colon vigentes). Para la determinación de sangre oculta en materia fecal (SOMF) se utilizó reactivo inmunohistoquímico (ACON) que no requiere dieta, realizándose 2 determinaciones de 2 deposiciones consecutivas. Dentro de la semana concurren con la muestra y alguno de los autores realizaba la determinación. Si era positivo se programó videocolonoscopia con sedación . Ante hallazgos de polipos ó lesiones planas se realizó la polipectomía endoscópica ó biopsias si no fue posible su extracción. **RESULTADOS:** Fueron evaluados 573 pacientes, excluyéndose 78 (13.6%). De los 495 pacientes con riesgo promedio incluidos, 90% (445pacientes) completaron las determinaciones de SOMF. El test fue positivo en 52 (11.6%) y realizaron VCC 43(82.6%). Los hallazgos fueron: 1. 4 pacientes con cáncer colorectal (CCR), 3 Estadios tempranos (IyII), 1 Avanzado (EstadioIII). 2. Adenomas menores de 1 cm 9 (5 tubulares -4 tubulovillosos) 3. Adenomas mayores de 1 cm 7 (4 tubulares, 2 tubulo-villosos, 1 villosos) 4. 1 Cáncer gástrico 5. Ectasias colónicas 3 6. Diverticulosis 8 7. Hemorroides grado II-IV 5. El Valor predictivo positivo(VPP) global para Cáncer Colorectal-Adenomas fue del 46.5 % (16 adenomas-4 cánceres colorectales) **CONCLUSIONES:** Esta primera ronda de tamizaje CCR con SOMF mediante tests inmunohistoquímicos fue fácil de organizar con alta adherencia de los pacientes. Los hallazgos son similares a otras series de tamizaje. Los tests fecales inmunohistoquímicos se podrían implementar como tamizaje en programas masivos de prevención y detección temprana del cáncer colorectal.

TO/O-26

PREVALENCIA DE ENFERMEDAD CELÍACA EN PACIENTES DERIVADOS DE DIFERENTES ESPECIALIDADES
Viola, M(1); de Barrio, S(1); La Motta Casco, MG(1); Caniggia, ME(1); Bais-trocchi, A(1); Sliwinski, L(1); Maffei, E(1); Ferrari, G(1); Erbetta, M(1); Go-mez, JC(1); Crivelli, A(1)
(1)Unidad de Soporte Nutricional y Malabsorción HIGA San Martín La Plata. Argentina.

INTRODUCCIÓN: La prevalencia de la Enfermedad Celíaca (EC) en población general es del 1%. Aún no se ha demostrado cuál es su prevalencia en pacientes que asisten a un centro de salud con síntomas que pueden o no ser atribuibles a esta enfermedad. **OBJETIVOS:** Presentar la prevalencia de EC en pacientes derivados de diferentes especialidades a una Unidad Especializada en el diagnóstico de la misma. **MATERIAL Y MÉTODO:** Entre enero de 2008 y febrero de 2011 se estudiaron en la Unidad de Soporte Nutricional y Malabsorción 563 pacientes en forma consecutiva que fueron derivados de diferentes especialidades para el estudio de EC. En todos se solicitó anticuerpos Antigliadinas deaminadas (AgA II) tipo IgA e IgG, Antidomisio (EmA) IgA y Antitrans-glutaminasa (at – TG) IgA y, según resultados se les ofreció biopsias de duodeno. Evaluación anatomopatológica según clasificación de Marsh. **RESULTADOS:** Del total, 491 (87.2%) fueron mujeres con una edad promedio de 42 años ±16.2, rango 15 – 86. Edad promedio de varones: 42.8 ±16.2 años, rango 15 – 83. Se diagnosticó EC en 39 de 563 (6.92%) de los pacientes. El motivo de derivación por especialidades se observa en la tabla 1. El diagnóstico de EC se hizo por serología positiva (4 anticuerpos positivos) y atrofia vellositaria en 33 del total de 39 pacientes (84.6%). En 6 pacientes (15.4%) con los 4 anticuerpos positivos no se pudo realizar biopsias por pérdida de seguimiento. Cuatro pacientes presentaron AgA II IgG positivo aislado. En uno se diagnosticó déficit de IgA sérica (EmA IgG +) De 39 EC, 12 (30.8%) tenían manifestaciones digestivas. Del resto, 17 (43.6%) tenían manifestaciones extradi digestivas, 7 (17.9%) enfermedades autoinmunes relacionadas, 1 (2.6%) dermatitis herpetiforme, otros 2 (5.1%). La manifestación extradi digestiva en pacientes con EC más frecuente fue anemia ferropénica 14/39 (35.9%). Se evaluó Índice de Masa Corporal (BMI) en 517 de 563 pacientes (91.8%). El 14.3% de los pacientes con EC presentó un BMI <18.5 kg/m2, el 28% un BMI >25 kg/m2. **CONCLUSIONES:** Se diagnosticó EC en 39 (6.92%) de los pacientes. Hubo diferencia porcentual entre pacientes con sintomatología digestiva versus manifestaciones extradi digestivas y enfermedades asociadas en quienes se diagnosticó EC (30.8% vs. 69.2%). El BMI fue igual o superior a 25 kg/m2 en el 28% de pacientes celíacos de reciente diagnóstico. Si a lo anterior sumamos pacientes con EC con un BMI normal el valor asciende a 57.7%. Es necesario elevar el nivel de conocimiento de la EC en las especialidades para lograr un diagnóstico más temprano. Las formas de presentación y el BMI hallado en pacientes con diagnóstico de EC abona al concepto de que es justamente en pacientes con sintomatología extradi digestiva, con enfermedades asociadas y sin compromiso nutricional y, en alto porcentaje, obesos, sobre los que hay que elevar el nivel de sospecha clínica para arribar al diagnóstico de EC. Motivo de derivación según especialidades

Especialidades	N	%
Hematología Anemia ferropénica: 121 (91%)	133	23.6%
Reumatología Autoinmunes: 42 (38.9%)Osteoporosis: 64 (59.2%)	108	19.2%
Endocrinología Hipotiroidismo: 66 (58.4%)DBT tipo 1: 21 (18.6%)Hipertiroidismo: 14 (12.4%)	113	21%
Ginecología	5	0.9%
Neurología Epilepsia: 13 (72.2%)	18	3.2%
Dermatología Psoriasis: 6 (85.7%)	7	1.2%
Gastroenterología Diarrea: 66 (42.6%)Dispepsia/distensión: 29 (18.7%)Intestino irritable: 25 (16.1%)Enfermedad hepática: 18 (11.6%)Atrofia vellositaria: 8 (5.2%)Otros gastroenterología: 9 (5.8%)	155	27.5%
Otros	24	4.3%
Total	563	100%

TO/O-28

PROGRAMA PILOTO DE SCREENING REGIONAL PARA LA PREVENCIÓN Y DETECCIÓN PRECOZ DEL CANCER COLORECTAL, UTILIZANDO UN TEST DE SANGRE OCULTA EN MATERIA FECAL INMUNOLÓGICO Y CON EL METODO PUERTA A PUERTA
Alach, JE(1); Romé, JC(1); Ruiz Díaz, A(1); Pandeles, B(1)
(1)Hospital San Roque de Gonnnet. Argentina.

INTRODUCCION: El Cáncer colorectal (CCR) es la segunda causa de muerte por cáncer en nuestro país para ambos sexos. La sobrevida a los 5 años supera el 90% cuando se diagnostica y trata a esta enfermedad tempranamente y disminuye al 10% o menos en los estadios avanzados. En la gran mayoría de los casos el CCR se desarrolla a partir de adenomas avanzados, frecuentemente asintomáticos durante largo tiempo, motivo por el cual, puede ser prevenible con programas de screening organizados. **OBJETIVO:** Mostrar nuestra experiencia con un plan de screening poblacional organizado, de entrega puerta-puerta y lectura “in situ”, de un test inmunológico de sangre oculta en materia fecal (ISOMF). **MATERIAL Y METODOS:** Estudio transversal descriptivo sobre la aplicación de un programa de screening en la población general, utilizando el Test Inmunológico Hem-check I, para la detección temprana de presencia de sangre oculta en materia fecal. Se formó un comité integrado por especialistas en gastroenterología, un metodólogo, enfermeros profesionales y directivos hospitalarios. El corte descripto contiene datos rescatados entre agosto de 2008 y marzo de 2011. El método puerta a puerta fue desarrollado por estudiantes de la carrera de enfermería, instruidos para seguir una secuencia igual en todos los encuestados, distribuidos y coordinados por enfermeros docentes dentro del área programática del Hospital San Roque de Gonnnet. Se estableció como población diana a los mayores de 50 años, sin antecedentes personales ni familiares de pólipos o cáncer de colon. Se evaluó la factibilidad del método en base a los recursos, el grado de aceptabilidad en la población y los resultados obtenidos. **RESULTADOS:** Viviendas visitadas: 3204; recibieron al encuestador: 2135 (66,7%); hogares que brindaron información: 982 (45,9%). Tests de ISOMF entregados: 1202; personas que realizaron el procedimiento: 991 (82,4%). Positivos: 16 (1,6%); de ellos, aceptaron la colonoscopia: 10 (62,5%); entre éstos, cuatro pacientes con CCR (40% de los positivos) y dos con pólipos adenomatosos. La capacidad operativa del servicio no fue superada por el plan. La aceptabilidad fue baja a pesar del método puerta a puerta. El número de positivos fue menor al esperado. **CONCLUSIONES:** El CCR es una patología que por sus características puede ser detectada precozmente por métodos de tamizaje, que sean parte de un plan sustentable en el tiempo, factible y aceptado por la población. El método empleado en nuestro trabajo no mejoró significativamente la aceptabilidad con respecto a referencias internacionales. Falta un plan de re-citación de los pacientes negativos hecho que suma año a año un número importante de personas, no evaluado en este plan. Es necesario contar con financiación y organismos del estado decididos a implementar políticas de

TO/O-29

HEPATITIS AGUDA B: EPIDEMIOLOGÍA Y FACTORES ASOCIADOS CON LA PROGRESIÓN A LA CRONICIDAD EN NUESTRO MEDIO

Ferretti, S(1, 2); Tanno, F(2, 3); Tanno, M(2, 3); Guerrina, C(1, 2); Paez, M(4); Poles, N(2); Correnti, S(2); Pistone, R(1); Vorobioff, J(1, 2); Reggiardo, V(2); Bessone, F(1, 2); Tanno, H(2, 3)

(1)Sanatorio Parque. Rosario (2)Hospital Provincial del Centenario Rosario (3) Clínica de Hígado Rosario (4)Centro de Estudios Digestivos de Mendoza. CEDI-M. Mendoza. Argentina

INTRODUCCIÓN: El virus de la hepatitis B (VHB) es una de las principales causas de hepatitis aguda y crónica en el mundo. Si bien la mayoría de los casos de infección aguda resuelven espontáneamente, < 1% puede desarrollar falla fulminante y según estudios de la década de los 80 y 90, la tasa de progresión a la cronicidad es de 3-5%. La progresión a la cronicidad depende del modo de transmisión, de factores virales y de determinadas características del huésped. En nuestro medio, existe escasa información acerca de la epidemiología, la tasa de evolución a la cronicidad y los factores de riesgo de progresión a la cronicidad. **OBJETIVOS:** 1) analizar las características epidemiológicas de la hepatitis aguda B en adultos. 2) evaluar la tasa y los factores de riesgo de progresión a la cronicidad. **MÉTODOS:** Análisis retrospectivo de pacientes (ptes) con hepatitis aguda B admitidos en 4 centros durante el período marzo 2005 a abril 2011. Se analizaron variables epidemiológicas, clínico-humorales y la evolución clínica (Falla fulminante, resolución, ó cronicidad). Hepatitis aguda B se definió como HBsAg (+) e IgM anticore (+). Evolución a la cronicidad se consideró a la persistencia de HBsAg más allá de los 6 meses de infección. **RESULTADOS:** Se incluyeron 178 ptes (36,4 ± 11 años) (136 hombres). La edad media de los ptes disminuyó significativamente durante el período de estudio (43,1±11 en 2005-2006, 36,3±11 en 2007-2008, 35,1±10 en 2009-2010 y 33,4±10 en 2011). La vía de contagio más frecuente fue sexual 110/178 (62%) (76% heterosexual). Perfil hepático: ASAT 1749 ± 1058 UI, ALAT 2693 ± 1282 UI, FAL 511 ± 239 UI, GGT 296 ± 156 UI, TP 15,2 ± 2,6 seg, Bilirrubina 12,9 ± 8,8 mg/dl. Se obtuvo seguimiento completo de 117 pacientes. Resolución espontánea se observó en 112/117 (96%). Un solo caso presentó encefalopatía 1/117 (0,8%) con posterior resolución. Cinco de 117 ptes (4,2%) evolucionaron a la cronicidad. Los ptes que resolvieron la infección, mostraron un pico de elevación de transaminasas y de bilirrubina significativamente mayor que el de los pacientes que evolucionaron a la cronicidad (ASAT 1873 ± 1139 vs 456 ± 271, p=0,006; ALAT 2852 ± 1263 vs 1046 ± 530, p=0,001; Bilirrubina 13,1 ± 9 vs 2,02 ± 1, p=0,007, respectivamente). Veintinueve ptes de 112 (26%) mostraron niveles bajos de bilirrubina (<6mg/dl). De ellos. 24 (83%) resolvieron la infección y 5 (17%) evolucionaron a la cronicidad. Nueve de los 24 que resolvieron la infección habían recibido antivirales (8 lamivudina/1 entecavir), mientras que ninguno de los 5 que evolucionaron a la cronicidad recibieron antivirales (37,5% vs 0%, NS). **CONCLUSIONES:** La hepatitis aguda B en nuestro medio se observó predominantemente en adultos jóvenes y la edad media disminuyó en los últimos 5 años. La tasa de progresión a la cronicidad es baja, similar a la observada en estudios previos. Niveles bajos de transaminasas y de bilirrubina constituyen un factor de riesgo de progresión a la cronicidad.

TO/O-31

EVALUACIÓN NUTRICIONAL EN PACIENTES CON CIRROSIS. ¿CÓMO VALORAR ESTOS PACIENTES?

Gonzalez Ballerga, E(1); Laguía, M(1); Cabrera, P(1); Onel, C(1); Musso, C(1); Daruich, J(1); Sorda, J(1)

(1)Hospital de Clinicas Jose de San Martin CABA, Argentina

INTRODUCCIÓN: La desnutrición calórica proteica (DCP) es frecuente en los pacientes con cirrosis y puede tener implicancias en la progresión de la enfermedad. Existen diferentes métodos para determinar la DCP. La Valoración Global Subjetiva (VGS) y la Valoración Objetiva (VO) (pliegue tricipital -PT- y circunferencia muscular del brazo -CMB-) son los indicadores más utilizados para evaluar el estado nutricional. **OBJETIVOS:** Estimar el estado nutricional mediante la VGS y la VO y el grado de concordancia entre éstas. Determinar si un mayor deterioro del estado nutricional se asocia con los estadios más avanzados de cirrosis evaluados por Child-Pugh y MELD y si la DCP se relaciona con la etiología de la hepatopatía. **MATERIALES Y MÉTODOS:** Se incluyeron 168 pacientes de ambos sexos, >18 años, ambulatorios ó internados en nuestro Hospital entre mayo de 2009 y octubre de 2010, con cirrosis en los que se realizaron la VGS y la VO. Se excluyeron aquellos con hepatocarcinoma, HIV ó neoplasias. Se calculó el estadio de Child-Pugh y el MELD. **ANÁLISIS ESTADÍSTICO:** Análisis de la varianza (ANOVA) y Chi cuadrado, siendo el nivel de significación establecida alfa= 0,05. Se estimó el coeficiente de concordancia Kappa ponderado entre la VGS y la VO. **RESULTADOS:** Pertenecían al sexo femenino 102 (60,7%) pacientes. La edad promedio fue 60,6±12 años. La etiología de la cirrosis fue viral (HCV/HBV) en 70 casos (41,7%), alcohólica en 26 (15,5%), criptogénica en 22 (13%), autoinmune en 19 (11,3%), cirrosis biliar primaria en 15 (8,9%) y otras en 16 (9,6%). El 63,7% tenía un estadio Child-Pugh A y el 84,5% un MELD <15. El riesgo de desnutrición (RD) ó desnutrición (D) fue 69,7% con la VGS (29,8% con desnutrición severa -DS-) y con la VO fue 48,8% (8,4% DS). La etiología alcohólica mostró DN severa en el 58,6% (VGS) y en el 30% (VO), hallazgo que fue significativamente superior comparado con las otras etiologías (p=0,002 y p=0,001, respectivamente). La concordancia entre ambas métodos fue baja (Kappa=0,30 - IC95 0,20-0,40). La VO mostró RD ó D en 41,5% de aquellos con Child A (DS 2,8%), 56,8% en Child B (DS 11,3%) y en Child C 72,2% (DS 33,3%). Hubo correlación entre la VO y el estadio de la cirrosis según los Scores de Child-Pugh y MELD (Chi2=21,4;gl=4;p=0,0003 y F=6,32; p=0,002) así como también con la VGS (Chi2=53,5;gl=4;p<0,0001 y F=28,3;p<0,001). El análisis post hoc mostró que la DS según la VO y la VGS fue significativamente superior en aquellos con Child-Pugh C y MELD >15. **CONCLUSIONES:** Aunque existe una baja concordancia entre la VGS y VO ambos metodos permitieron identificar un elevado porcentaje de pacientes desnutridos. La VO por personal especializado sería prioritario para el manejo del estado nutricional. La desnutrición más

TO/O-30

PORTOGRAFÍA TRANSYUGULAR CON CO2: COMPLEMENTO DEL ESTUDIO HEMODINÁMICO HEPÁTICO

Fernandez, NC(1); Benavides, J(1); Leiva, G(2); Ruf, A(1); Cairo, F(1); Alvarez, JA(2); Villamil, F(1); Diaz, A(3); Lucero, A(3); Colombato, L(1, 2)

(1)Hepatología, Hospital Británico de Buenos Aires,Buenos Aires, Argentina (2)Hemodinamia Hepática, Hospital Británico de Buenos Aires,Buenos Aires, Argentina (3)Laboratorio de Hemodinamia Hepática, Hospital Británico de Buenos Aires,Buenos Aires, Argentina

INTRODUCCIÓN. El estudio por imágenes del árbol portal es relevante en la evaluación de la hipertensión portal (HTP) cirrótica y no-cirrótica. Ofrece la anatomía vascular, la permeabilidad vascular y la colateralización portosistémica (CPS), permite definir estrategias para TIPS, cirugía de derivación y resección hepática. El cateterismo suprahepático transyugular permite obtener biopsia hepática, determinar el gradiente de presión venoso hepático (GPVH), realizar portografía por inyección de contraste yodado (PGI) enclavado en vena suprahepática. Esta última, solo contrasta ramas portales intrahepáticas. El CO2 es un contraste gaseoso no-tóxico y muy difusible que permite visualizar el tronco portal, vasos tributarios y colaterales **OBJETIVO:** Analizar la factibilidad, eficiencia y aporte diagnóstico de la portografía transvenosa con CO2 (PGCO2) **PACIENTES Y MÉTODOS:** Fueron incluidos 183 estudios transyugulares consecutivos indicados para biopsia hepática y/o medición de GPVH. En ellos se realizó PGCO2 por inyección (50ml) de CO2 en posición enclavada suprahepática. Las imágenes fueron obtenidas por sustracción digital (Philips Integris). Se evaluó en cada estudio, visualización del tronco portal sus ramas, venas mesentéricas, esplénica, presencia de CPS, complicaciones, y causas de fracaso de la técnica. Cada segmento vascular se consideró visualizado cuando sus bordes fueron netos y permitieron medir su diámetro. **RESULTADOS:** Comparada con la pobre visualización de tronco portal obtenida con PGI (4%), la visualización del tronco portal con PGCO2 se obtuvo en 147/179 casos, (82%;p<0.001), sin diferencia entre cirróticos y no-cirróticos (84y78%). La falla de visualización portal con PGCO2 se debió a shunt intrahepático (9%), enclavamiento deficiente (7%) y robo de flujo por vena umbilical (0.5%). 4 casos de cavernoma portal se contabilizan aparte, puesto que la falta de visualización portal extrahepática es confirmatoria del diagnóstico y no falla técnica. En 27/62 cirróticos (44%) con HTP severa (GPVH>12mmHg) se identificó anatómicamente la patente de CPS: vena gástrica-várices esofágicas 10, umbilical 7, esplenorenal 5, otros 5. El 1.5% (3/183) presentó dolor transitorio y defecto localizado en cápsula de Glisson. **CONCLUSIONES:** (1) Nuestros resultados, en pacientes consecutivos no seleccionados demuestran que la PGCO2 (a) Posee alta efectividad en visualizar el árbol portal extrahepático; (b) Provee un mapa portal completo identificando patentes de colateralización portosistémica específicas, particularmente en cirróticos con HTP severa; (c) Es confirmatoria del diagnóstico y topografía de trombosis portal; (d) La falta de visualización portal debida a shunting intrahepático actúa como alerta acerca de que este último potencialmente condicione subestimación del GPVH.

(2) La PGCO2 exhibe alta factibilidad sin morbilidad significativa, por lo que constituye un complemento útil del estudio hemodinámico hepático transvenoso

TO/O-32

DISFUNCIÓN MITOCONDRIAL EN MODELOS MURINOS DE ENFERMEDAD HEPÁTICA GRASA DE ETIOLOGÍA NO ALCOHÓLICA: ROL DEL ÓXIDO NÍTRICO SINTASA MITOCONDRIAL

Barreyro, FJ(1); Finocchietto, PV(1); Holod, S(1); Carreras, MC(1); Poderoso, JJ(1)

(1)Laboratorio de Metabolismo del Oxígeno, Hospital de Clínicas, Universidad de Buenos Aires, Argentina.

La enfermedad hepática grasa de etiología no alcohólica (EHGNA) primaria vinculado a la obesidad y resistencia a la insulina, es la causa más frecuente de enfermedad hepática en la actualidad. Varios trabajos recientes indican que la disfunción mitocondrial juega un papel crítico en la iniciación y progresión de la EHGNA, describiéndose una estrecha relación entre el aumento en la nitración de proteínas con la disfunción mitocondrial. Trabajos previos de nuestro grupo han demostrado que la insulina regula la síntesis de óxido nítrico (NO) en las mitocondrias. La NO sintasa transloca a la mitocondria (mtNOS), donde sintetiza NO. En las mitocondrias, la concentración de NO modula la transferencia de electrones, la captación de oxígeno y la producción de especies reactivas de oxígeno. Por lo tanto nuestro objetivo fue determinar la actividad y expresión de mtNOS en el hígado de los modelos murinos de EHGNA. **MÉTODOS:** Se utilizaron dos modelos de EHGNA, 1) el ratón ob -/- deficiente en leptina, y 2) el C57BL/6J como wild-type (WT) alimentados con una dieta alta en grasa (HFD). Las mitocondrias hepáticas fueron purificadas. La síntesis NO mitocondrial se determinó por citometría de flujo con DAF. La expresión de mtNOS se evaluó por inmunoblot, QRT-PCR y su localización por inmunomicroscopía electrónica. Se determinó el consumo de oxígeno mitocondrial (VO2), el potencial de membrana (ΔΨ) y la actividad de los complejos respiratorios mitocondriales. Los MRC se separaron por BN-PAGE, y 3-nitrotirosina (3NT) fue detectada por inmunoblot. **RESULTADOS:** 1) Los ratones ob -/- y ratones alimentados con HFD tienen un aumento significativo de la expresión y actividad de mtNOS. 2) El ΔΨ mitocondrial y el VO2 se redujo significativamente (-32%, p <0,05). 3) La actividad del Complejo I se redujo notablemente (-61%, p <0,05), no hubo cambios significativos en la actividad de los Complejos II-III y IV. 4) De acuerdo con la baja actividad, el Complejo I presenta aumento de 3 veces de 3NT. 5) EL tratamiento con leptina normaliza la actividad de mtNOS, la bioenergética mitocondrial y la actividad del Complejo I, con una significativa reducción en 3NT. **CONCLUSIONES:** a) las mitocondrias de hígado de los ratones ob -/- y WT con HFD están expuestas a altas concentraciones de NO lo que conduce a un aumento en la nitración del Complejo I y reducción de su actividad, b) Del mismo modo, más del 60% de inhibición Complejo I contribuye a la baja captación de O2, c) El incremento de NO depende de la alta expresión de mtNOS y, probablemente, indica que la insulina aumenta la actividad mtNOS y la leptina reduce la actividad mtNOS, d) por lo tanto, en estos modelos murinos de EHGNA, el equilibrio entre

TO/O-33

LA SOBRE-EXPRESIÓN DE LA PROTEÍNA ANTIAPOPTOTICA MCL-1 NO ATENÚA EL DAÑO HEPÁTICO EN LA ESTEATOHEPATITIS NO-ALCOHÓLICA

Barreyro, FJ(1, 2); Marucci, RS(2)

(1)Hospital Escuela de Agudos Dr. Ramón Madariaga, Posadas, Misiones (2)Departamento de Microbiología, Facultad de Ciencias Exactas, Químicas y Naturales, Universidad Nacional de Misiones. Argentina.

INTRODUCCIÓN: La muerte celular por apoptosis es una pieza clave de la fisiopatología de la esteatohepatitis no-alcohólica (NASH), contribuyendo al daño hepático y la fibrosis. Se ha descrito que ambas vías apoptóticas intrínseca y extrínseca están involucradas en la patogenia del NASH, estas vías utilizan la activación de las proteínas de la familia BCL-2 generando disfunción mitocondrial y apoptosis. Ha sido descrito que la proteína anti-apoptotica MCL-1 de la familia BCL-2 evita la muerte celular por apoptosis en el hígado. Recientes trabajos demuestran que la proteína MCL-1 se encuentra disminuida en los modelos de NASH in vitro, favoreciendo la lipopoptosis hepatocitaria. Por lo tanto, nuestro objetivo fue determinar si la sobre expresión de MCL-1 disminuye el daño hepático y la fibrosis en un modelo murino de NASH. **MÉTODOS:** se utilizaron ratones C57/BL6J transgénicos que sobre expresan la proteína MCL-1 en el hígado y ratones wild type como control, fueron alimentados con dieta regular o dieta rica en grasas (HFD) durante 20 semanas. La apoptosis de los hepatocitos se evaluó por TUNEL y medición de la actividad de caspasa-3. El daño hepático se evaluó por histología, y determinación de ALT y AST. La esteatosis hepática fue medida por el contenido de triglicéridos hepáticos. Se utilizó PCR cuantitativa en tiempo real (qPCR) para evaluar los marcadores de inflamación hepática (Interleuquina-1-beta, IL1-b), activación de las células estrella hepática (CEH) (actina de músculo liso-alfa, aSMA) y fibrosis (colágeno1, Coll-1). La fibrosis hepática se cuantificó por Rojo Sirius. La comparación de los resultados se realizó utilizando ANOVA con test post hoc Student-Newman-Keuls. **RESULTADOS:** Los ratones tg-MCL-1 alimentados con HFD presentan un incremento de peso, glucemia y colesterol similar a los animales WT bajo dieta rica en grasas. Se observó que los ratones tg-MCL-1 presenta el mismo nivel de apoptosis determinado por TUNEL y activación de caspasa-3 que los ratones WT alimentados con dieta alta en grasas. Del mismo modo, los ratones alimentados con HFD tuvieron similar elevación de ALT y AST sérica. No observando diferencia en los scores de inflamación ni de fibrosis. En **CONCLUSIÓN**, estos datos demuestran que en el NASH, la apoptosis hepatocitaria es una pieza clave de daño celular y que la sobreexpresión de la proteína MCL-1 no atenúa el daño celular en este modelo murino de NASH.

TO/P-01

UTILIDAD DIAGNÓSTICA DE LA IMPEDANCIOMETRÍA INTRALUMINAL MULTICANAL - PH DE 24 HS EN LOS PACIENTES CON REFLUJO GASTROESOFÁGICO.

Pogorelsky, V(1); Herrera, L(1); De Paula, JA(1)

(1)Hospital Italiano de Buenos Aires, Buenos Aires, Argentina.

INTRODUCCIÓN: La impedanciometría intraluminal multicanal – pH de 24 hs (IIM-pH) es un estudio de gran utilidad para la detección de todo tipo de reflujo, tanto ácido como no ácido y su asociación sintomática, superando así a la pHmetría que solo detecta episodios de reflujo ácido. Se encuentra especialmente indicada en aquellos pacientes con síntomas persistentes (típicos y atípicos) a pesar de estar bajo tratamiento con inhibidores de la bomba de protones (IBP). **OBJETIVO:** Describir las indicaciones de los pacientes que realizaron IIM-pH, la frecuencia de detección de reflujo ácido y no ácido y su relación sintomática. **SUJETOS Y MÉTODOS:** Fueron incluidos en forma consecutiva todos aquellos pacientes derivados para la realización de la IIM-pH desde julio de 2008 hasta abril de 2011. Se consideró pHmetría positiva aquella que presentaba un pH <4 en más del 4% del tiempo total del estudio. Se consideró impedanciometría positiva aquella que presentaba ≥ 73 episodios de reflujo. Se consideró un índice sintomático (IS) positivo cuando al menos la mitad de los episodios sintomáticos estaban relacionados con episodios de reflujo. **RESULTADOS:** Se incluyeron en forma consecutiva 136 pacientes, 61 (45%) hombres, edad media 53 años (rango 18- 87 años). Dos pacientes fueron excluidos del análisis por no completar el estudio. El tiempo de duración medio del estudio fue de 21.4 Hs. Las indicaciones para la realización del estudio fueron: 1) síntomas típicos (pirosis y/o regurgitación) en 75 (56%) pacientes, 2) síntomas típicos refractarios al tratamiento con IBP en 14 (10%) pacientes, 3) síntomas supraesofágicos (tos crónica, disfonía, carraspera, globus, odinofagia, dolor de pecho, asma) en 26 (19%) pacientes, 4) síntomas supraesofágicos refractarios al tratamiento con IBP en 11 (8%) pacientes, 5) síntomas inespecíficos (ardor faríngeo, mucosidad faríngea, epigastralgia) en 10 (7%) pacientes. Se excluyeron del análisis 17 pacientes (12 %) que realizaron el estudio intratratamiento con doble dosis de IBP. En el grupo de pacientes con pHmetría positiva (n=63) la IIM fue positiva en 32 pacientes: 28 (44%) pacientes a predominio de reflujo ácido y 4 (6%) pacientes a reflujo no ácido. En el grupo de pacientes con pHmetría negativa (n=54) la IMM fue positiva en 7 pacientes: 2 (4%) pacientes a predominio de reflujo ácido y 5 (9%) pacientes a reflujo no ácido. 102/117 pacientes (88%) presentaron síntomas durante el estudio. De los cuales, 42 (36%) presentaron un IS negativo y 61 (52%) pacientes presentaron un IS positivo. **CONCLUSIONES:** La IIM permitió detectar pacientes con reflujo que no fueron detectados por la pHmetría convencional. Si bien el grupo de pacientes analizados fue heterogéneo, estudios posteriores con mayor número de pacientes.

TO/O-34

ELASTOMETRÍA HEPÁTICA: EXPERIENCIA DE UN CENTRO EN LA ARGENTINA CON 1000 ESTUDIOS

Solari, J(1); Kucharczyk, M(2); Bandi, JC(1); Galdame, O(1); Garcia Monaco, R(2); Gadano, A(1)

(1)Sección Hepatología, Hospital Italiano de Buenos Aires (2)Servicio de Diagnóstico por Imágenes, Hospital Italiano de Buenos Aires. Argentina.

INTRODUCCIÓN: La elastometría transicional (FibroScan®) es una herramienta aprobada para la evaluación de la fibrosis en pacientes con hepatopatía crónica, la misma está disponible en Argentina desde el año 2009. No existen reportes de su utilización en Latinoamérica. **OBJETIVO:** Presentar los primeros 1000 estudios realizados en nuestro centro. **MATERIAL Y MÉTODOS:** Se realizaron 1000 estudios entre agosto de 2009 y diciembre 2010. Se recavaron las variables clínicas, bioquímicas, ecográficas, endoscópicas e histológicas de todos los pacientes en caso de estar disponibles. Los estudios se realizaron por tres operadores experimentados y se utilizó una sonda médium. Se consideró válido el estudio con una tasa de éxito (SR) > 60% y una variación inter-cuartil (IQR) < 30%. **RESULTADOS:** La duración promedio del estudio fue de 8.3 minutos. El resultado se entregó a las 12 hs y no se observaron complicaciones. Las indicaciones se realizaron por médicos del hospital (53%) y externos (47%), siendo la etiología por HCV un 40%, NASH 20.8%, HBV 10.7%, colestasis 9.1%, otras (hepatitis crónica, alcohol, trasplantados y misceláneas) 19.4%. En los pacientes HCV+ se detectó fibrosis significativa (F≥2) por FibroScan (7.1kPa) en el 32.4%, para HBV (7.0 kPa) en el 32.1%, NASH (6.6 kPa) 31.5% y colestasis (7.3 kPa) 33.4%. No se pudieron obtener resultados válidos en un 2.8% de los pacientes, el 96.5% de estos pacientes tenían un BMI > 28; igualmente hubieron 117 pacientes con BMI > 28 en los que se realizó el estudio sin dificultades. En 332 (33.2%) pacientes pudimos obtener una biopsia simultánea con el fibroscan (diferencia £ 6 meses). Observamos una concordancia del 77% en forma global. Cuando discriminamos los pacientes HCV +, la concordancia fue similar: 74.5%. Comparamos biopsia y elastometría en 21 pacientes trasplantados por HCV con una concordancia del 90.4%, si evaluamos los 4 que tenían medición del gradiente, la correlación es del 100%. Constatamos un descenso del 29.2% en la realización de biopsias hepáticas difusas para pacientes con HCV comparando el periodo agosto07-octubre08 con agosto09-diciembre/10. En comparación con nuestra primera serie de 348 estudios en marzo del 2010, observamos un marcado incremento en el número de estudios solicitados por mes y una mayor demanda por médicos externos a la institución. **CONCLUSIÓN:** la elastometría está siendo incorporada al panel de herramientas en el estudio de los pacientes con hepatopatías crónicas. El mayor número de estudios nos permite seguir corroborando la similitud de nuestra experiencia con lo reportado en series mayores a nivel mundial.

TO/P-02

VARIABLES DE CORRELACION SINTOMATICA EN PACIENTES CON REFLUJO GASTROESOFAGICO PATOLOGICO

Lasa, JS(1); Dima, G(1); Peralta, AD(1); Novillo, A(1); Besasso, H(1); Soifer, LO(1)

(1)Sección de Gastroenterología, Departamento de Medicina Interna, CEMIC. Buenos Aires, Argentina

INTRODUCCION: En la evaluación de la Enfermedad por Reflujo Gastroesofágico, puede ser necesaria la realización de un estudio de pHmetría de 24 horas. En estos casos, es importante la confirmación de la relación entre episodios de reflujo y síntomas. Actualmente existen tres índices de correlación: el Índice Sintomático (IS), el Índice de Sensibilidad Sintomática (ISS) y la Probabilidad de Asociación Sintomática (PAS). **OBJETIVO:** estudiar la utilidad clínica de los índices pH- métricos de correlación sintomática en pacientes con reflujo gastro esofágico ácido patológico. **MATERIALES Y METODOS:** Se realizó un estudio transversal de los estudios de pH-metría desde septiembre de 2008 hasta junio de 2010. Se incluyeron pacientes con diagnóstico de enfermedad por reflujo gastroesofágico con pH-metría de 24 horas, con un score de Meester patológico (mayor a 14.5). Fueron revisados manualmente los estudios de pH-metría dividiendo los mismos en intervalos de 5 minutos y registrando por cada intervalo, la presencia de reflujo, dividiendo los mismos en episodios de reflujo ácido fuerte (pH<4) y ácido débil (pH >7 y <4). Se determinaron los episodios de reflujo con correlación sintomática. Se calcularon manualmente los siguientes parámetros: IS, ISS y PAS para reflujo ácido fuerte y débil respectivamente. Se utilizó el test de Fisher para el cálculo de los PAS, y el test de diferencia de proporciones mediante intervalos de confianza del 95% para la comparación de variables categóricas. **RESULTADOS:** Fueron incluidos 20 pacientes, con una edad promedio de 54,5 años. 11 fueron varones. Los pacientes presentaron en total 116 episodios sintomáticos, con una media de 5,8/paciente. El total de los episodios de reflujo fue de 2189, con 1634 episodios de reflujo ácido fuerte (81.2±33.68/paciente), y 555 correspondientes a reflujo ácido débil (27.75±15.68/paciente). Se calcularon los índices antedichos para cada sujeto. En 12 (60%) el IS para reflujo ácido fuerte fue positivo. 12 presentaron un ISS positivo(60%). De ellos, también 11 (es decir, el 91,66%) presentaron un IS positivo, indicando una alta coincidencia en la positividad de ambas variables para pacientes con reflujo ácido fuerte. Sólo 4 presentaron un PAS positivo (20%) (P<0.05) . Estos últimos pertenecían al grupo de IS y ISS positivos. Sólo dos pacientes presentaron un IS positivo para reflujo ácido débil, ninguno de los cuales presentaron IS para reflujo ácido fuerte positivo (P<0.05). Ninguno presentó un PAS para reflujo ácido débil significativo. Con el cálculo del ISS para episodios ácidos débiles, el 30% de pacientes presentó una correlación positiva: en este subgrupo se encuentran incluidos los dos pacientes IS positivos. **CONCLUSIONES:** observamos un mayor número de episodios de reflujo ácido fuerte en este grupo de pacientes, con un bajo número de episodios sintomáticos. Dentro de los índices calculados, el ISS y el ISS presentaron mayor cantidad de correlación.

TO/P-03

ALTERACIONES DE LA MOTILIDAD ANORRECTAL INVESTIGADAS POR MANOMETRÍA RECTO ANAL DIGITAL, PRESENTES EN LOS PACIENTES CON ACALASIA ESOFÁGICA

Pellizzoni, MS(1); Ventura, AV(1); García, AI(1); Contreras, MV(1); Daino, DF(1); Alach, JE(1); Romé, JC(1)

(1)Hospital San Roque de Gonnet. Argentina

INTRODUCCIÓN: La acalasia esofágica es un desorden de la motilidad del esófago caracterizado principalmente por la destrucción de las células ganglionares inhibitorias del plexo mientérico, alterando la relajación del esfínter esofágico inferior (EEL) y provocando pérdida de la peristalsis del cuerpo del esófago. Si bien la acalasia primaria podría corresponder a una alteración local de los plexos nerviosos; buscando una similitud a la enfermedad de Chagas, en la cual pueden coexistir acalasia y megacolon, se decidió investigar las alteraciones de los plexos rectoanales a través de manometría digital. OBJETIVO: El objetivo del presente estudio es investigar la prevalencia de las alteraciones de la motilidad anorrectal, estudiada a través de manometría digital, en pacientes con acalasia esofágica. PACIENTES Y METODO: Se presenta un corte transversal de un estudio descriptivo, prospectivo y a simple ciego, donde se seleccionaron pacientes adultos, hombres y mujeres, atendidos en el consultorio externo del Servicio de Gastroenterología del HIGA San Roque de Gonnet, entre mayo de 2010 y marzo de 2011, con diagnóstico radiológico, endoscópico y manométrico, de acalasia esofágica. Se consideraron criterios de exclusión: pacientes que no aceptaron el protocolo de este trabajo de investigación y aquellos en tratamiento con medicación que pudiere alterar el funcionamiento normal de las estructuras anorrectales. A todos los que cumplieron los criterios de inclusión se les realizó manometría anorrectal (MAR) convencional de perfusión de 4 canales, buscando los parámetros tradicionales de longitud del canal anal, presiones de reposo y contracción voluntaria, respuesta al pujo, a la tos, reflejo rectoanal inhibitorio(RRAI), volúmenes de tolerancia máxima, sensación defecatoria, umbral sensorial y compliance rectal. RESULTADOS: Se estudiaron 5 pacientes (3 mujeres y 2 hombres) con una edad promedio de 57,8 años (rango: 34-78), 4 presentaban acalasia idiopática y 1 paciente acalasia secundaria a enfermedad de Chagas. A todos ellos se les realizó MAR convencional y los resultados obtenidos fueron: 4 pacientes con disminución de la sensibilidad rectal, uno de ellos con Chagas. Este último presentó además ausencia del RRAI. De los 4 pacientes con alteraciones manométricas, 3 eran asintomáticos y 1 constipado crónico (criterio de Roma III). CONCLUSIÓN: Se realiza la presentación preliminar de un estudio de la motilidad rectoanal, en pacientes con acalasia esofágica donde se observa que existen alteraciones manométricas principalmente relacionadas con disturbios en la sensibilidad rectal. Solo uno de los pacientes manifestaba síntomas de constipación crónica. La ausencia del RRAI sólo se observó en el paciente chagásico. Se necesitan estudios con muestras de mayor tamaño y mayor tiempo de seguimiento para evaluar la posible asociación de alteraciones manométricas anorrectales en pacientes con acalasia esofágica

TO/P-05

CUERPOS EXTRAÑOS EN ESOFAGO

Ruiz, MM(1); Ferrer, L(1); Idoeta, A(1); Gibelli, D(1); Defagó, MR(1)

(1)Servicio de Gastroenterología, Hospital San Roque, Córdoba, Argentina

INTRODUCCIÓN: Los cuerpos extraños esofágicos en adultos constituyen una entidad frecuente en la urgencia diaria. La ingestión es habitualmente accidental o involuntaria. Los más frecuentes son carne, huesos y espinas de pescado entre otros. OBJETIVO: Analizar en forma retrospectiva nuestra experiencia en el manejo de cuerpos extraños en esófago. MATERIAL Y MÉTODOS: Se revisaron las historias clínicas e informes endoscópicos de pacientes con sospecha de cuerpo extraño esofágico, valorados en la División de Gastroenterología del Hospital San Roque, desde mayo 2009 hasta abril 2010. Estudio retrospectivo, transversal y descriptivo. RESULTADOS: Se valoraron 63 pacientes, 35 (56%) mujeres y 28 (44%) hombres. La edad promedio fue de 50 años con un rango de 17-86 años. Los síntomas predominantes fueron sialorrea 12 (19%) pacientes, sensación de cuerpo extraño 11 (17%), disfagia 11 (17%), odinofagia 8 (13%), dolor retroesternal 6 (10%) entre otros. Tres (5%) pacientes tenían diagnóstico de Cáncer de esófago en tratamiento con radioterapia y dos (3%) historia previa de cuerpo extraño. El tiempo de evolución promedio entre la ingesta del cuerpo extraño y la consulta fue de 47 horas, con un rango de 1-240 horas. Los tipos de cuerpo extraño más frecuentes fueron carne 22 (35%) pacientes, hueso de pollo 11 (17%), prótesis dental 8 (13%), espina de pescado 6 (10%) y otros 8 (13%). En 40 (64%) pacientes el cuerpo extraño se localizó en tercio superior del esófago, 21 (33%) en tercio inferior y 2 (4%) en tercio medio. El laboratorio reveló leucocitosis y eritrosedimentación acelerada en 3 pacientes (5%), los que requirieron internación y realización de TAC. cervicotorácica sin objetivos signos de microperforación. En todos los pacientes se realizó Rx. de cuello (F y P) y tórax, observándose en 2 (3%) casos cuerpos metálicos, uno a nivel C6-C7 y otro por debajo del diafragma. La endoscopia se realizó dentro de las primeras 24 horas de la consulta en todos los pacientes. Se utilizó sobretubo en 23 pacientes (37%). El 96% (61) de los casos se resolvió mediante el uso de endoscopio flexible, un caso con endoscopio rígido y otro por ORL. En 40 (63%) pacientes el cuerpo extraño se progresó a estómago, en 21 (33%) la extracción fue completa con endoscopio flexible, 1 (1.5%) con endoscopio rígido y otro (1.5%) por ORL. Las complicaciones menores más frecuentes fueron erosiones y pequeñas ulceraciones de la mucosa por decúbito del cuerpo extraño, no hubo complicaciones en relación al procedimiento. Todos los pacientes tuvieron buena evolución clínica.

CONCLUSIÓN: La Videoendoscopia Digestiva Alta es el procedimiento de elección para la extracción de cuerpos extraños, debiendo realizarse dentro de las primeras 24 horas del ingreso para minimizar riesgos y complicaciones.

TO/P-04

OCCURENCIA DE SIGNOS DE COMPROMISO DEGLUTORIO EN LOS ESTUDIOS VIDEOFLUOROSCÓPICOS DE LA DEGLUCION.

Lasa, JS(1); Peralta, AD(1); Dima, G(1); Soifer, LO(1)

(1)Sección de Gastroenterología. Departamento de Medicina Interna, CEMIC. Buenos Aires, Argentina

INTRODUCCION: La deglución es un complejo proceso que puede dividirse en tres fases: oral, faríngea y esofágica. Alteraciones en una o más fases pueden coexistir en el mismo paciente. El estudio videofluoroscópico de la deglución, es un método sumamente útil para la evaluación dinámica de las tres fases de la deglución. OBJETIVO: Estimar la ocurrencia de los signos de compromiso deglutorio en cada una de las fases examinadas en los estudios videofluoroscópicos de la deglución. MATERIALES Y METODOS: Fue diseñado un estudio transversal, donde se revisaron los resultados de los estudios de videodeglución solicitados por diversos servicios en nuestro hospital desde julio de 2009 hasta julio de 2010 en pacientes que presentaban los siguientes síntomas o trastornos: disfagia, globos, tos crónica, pirosis, regurgitación, dolor de pecho, neumopatías y laringitis. Se confeccionó una base de datos con cada una de las alteraciones observadas en las tres fases descriptas de cada estudio revisado por el grupo de gastroenterología. La ocurrencia de cada trastorno diagnosticado fue calculada en término de porcentajes. RESULTADOS: Se revisaron 204 estudios, que presentaron un total de 507 hallazgos patológicos. 46 estudios fueron considerados normales. 71 presentaron alteración en más de una fase, con 17 presentando alteraciones en las tres fases. El hallazgo patológico más frecuente fue la hernia hiatal (n=72; 14.2%). La prevalencia de los demás hallazgos patológicos se expresan en la Tabla 1. CONCLUSIONES: Observamos un porcentaje alto de hallazgos patológicos en los estudios de videodeglución, con predominancia de alteraciones en la fase esofágica. Es importante, por ende, efectuar el estudio de todas las fases, incluida esta última, dada la frecuencia de alteraciones encontradas en la misma. Existe un porcentaje no despreciable de casos en los que se observaron una alteración en más de una fase de la deglución

Tabla 1. Frecuencia de hallazgos anormales por fases de la deglución

		N	%	% (del total de alteraciones)
Fase Oral	Calda prematura a la faringe	46	43.8	9.07
	Deglución Fraccionada	17	16.19	3.35
	Movimientos incoord. de la lengua	15	14.28	2.95
	Otras	27	27.31	5.32
	Retención valvular	51	31.28	10.05
Fase Faringea	Penetración	48	29.44	9.46
	Aspiración	26	15.95	5.12
	Otras	38	23.31	7.49
	Hernia hiatal	72	29.03	14.2
Fase Esofágica	Retardo de vaciamiento esof. en decubito	35	14.11	6.9
	Anillo de Schatzki	28	11.29	5.52
	Otras	113	45.56	22.28

TO/P-06

VACIAMIENTO GÁSTRICO EN DISPEPSIA FUNCIONAL

Lopez Gaston, AR(1); Lopez De Luise, GA(2); Sarmiento, A(1)

(1)Hospital Militar Central Cosme Argerich (2)Hospital B. Rivadavia. Argentina.

INTRODUCCION: Más allá de las dificultades que existen para definir a la dispepsia funcional, en los últimos años han aumentado las investigaciones sobre la fisiopatología de una afección frecuente en la población general. Entre las hipótesis propuestas, en la actualidad se descarta prácticamente a la hipersecreción ácida y a la infección crónica (especialmente por Helicobacter pylori). La mayor atención ha sido puesta inicialmente sobre los trastornos motores antrales, duodenales y antro-duodenales. No obstante, en la bibliografía mundial sólo algo más de la mitad de los pacientes con DNO presentan alteraciones en el vaciamiento gástrico o en los registros motores. El objetivo del trabajo fue estudiar el vaciamiento gástrico en pacientes dispépticos y compararlos con un grupo control. POBLACION Y MUESTRA: 18 pacientes control (9 hombres y 9 mujeres, media edad 45,9, SD 15,8, SE 7,3, IC 95% 38,6-53,2 años). 78 pacientes a muestra consecutiva según criterios de Roma III. 27 varones y 51 mujeres. (Media edad 54,2, SD 17,3, SE 1,73, IC 95% 36,9-71,5). Comida mixta marcada preparada con dos huevos. Marcación con 99Tc en la clara de huevo. Fijación del 98% y estabilidad del 95% del isótopo, cocinados como omelette, dos rebanadas de pan blanco (300 Cal) y 250 ml. de agua. Densidad calórica 0.77 KCal/gr.: 22% de proteínas, 38% de hidratos de carbono y 40% de lípidos. Luego de la ingesta se realizó el conteo con cámara gamma en la zona de interés con lectura anterior y posterior. Determinaciones a los 5, 10, 15, 30, 45, 60 y 120 minutos post-ingesta. Duración de la fase "lag" y de la pendiente de vaciamiento. ESTADÍSTICOS: Descriptivos, Anova, "ji" cuadrado, Regresión logística. RESULTADOS: En los pacientes control la media de la fase "lag" fue de 10.46 minutos (SEM 1.38, SD 2.99, IC 95% 7.76-13.16). El promedio del tiempo medio fue de 71.8 minutos (SEM 4.13, SD 14.9, IC 95% 63.7-82.9). Límite normal => 110 minutos. Diferencias estadísticamente significativas con DF: fase "lag" 15.74 (SEM 2.23, IC 95% 11.37-20.11) y del tiempo medio de 120.35 minutos (SEM 10.56, IC 95% 99.7-141.04, p<0.05)). En total, 60.43 % de los pacientes presentaron alteraciones en el vaciamiento gástrico. No se observaron diferencias por sexo ni correlación con síntomas (p>0.05). CONCLUSION: Casi dos tercios de los pacientes dispépticos muestran alteraciones motoras, y no se correlacionan con ninguna otra variable.

TO/P-07

CITOPROTECCION GASTRICA INDUCIDA POR DIACEREIN ANTE LA AGRESION DEL ETANOL EN RATAS.

Bedini, OA(1); Naves, A(1); San Miguel, P(1); Chaves, J(1); Yulita, P(1); Rosatti, A(1); Serur, ME(1); Settecasi, J(1); Laudanno, OM(1); Sanvido, J(1); Cesolari, JA(2); Crosio, E(1)

(1)Gastroenterología Experimental . Facultad de Ciencias Médicas. UNR. (2) Gastroenterología Experimental . Cátedra de Histología y Embriología. Facultad de Ciencias Médicas. UNR. Argentina.

INTRODUCCION: El Diacerein (Dia), indicado para el tratamiento de la osteoartritis, es una forma acetilada del compuesto natural reina, el cual es de tipo antraquinónico. Actúa inhibiendo la producción de interleucina I (IL 1) así como la producción y liberación de enzimas como la colagenasa y estromelisin. El objetivo de este trabajo fue evaluar el efecto producido por el Dia sobre la mucosa gástrica de ratas sometidas a la acción del etanol absoluto (ETOH). **MATERIAL Y MÉTODO:** A grupos de ratas (n= 7) de línea M, 400 ± 25 grs de peso en ayunas de 24 hs, excepto agua ad-libitum, se le realizaron los siguientes experimentos: 1) Solución Fisiológica (SF), 2 ml, en forma oro-gástrica (OG) y se esperó 60 min; 2) Etanol 96° (ETOH) 1 ml, OG 1 ml, y se esperó 30 min; 3) Dia 50 mg, OG, 2ml, 60 min; 4) Dia 100 mg, OG, 2 ml, 60 min; 5) Dia 100 mg, OG 2 ml, 60 min, luego ETOH, 1 ml, OG, 30 min. Luego del tiempo estipulado de los experimentos, todas las ratas fueron sacrificadas con sobredosis de éter, se realizó laparotomía, gastrectomía, apertura por curvatura mayor gástrica, tabulación del porcentaje (%) del área lesional macroscópica gástrica medido por planimetría computarizada y se obtuvieron cortes para estudios histológicos e histopatológicos, que fueron fijados con formol al 10% y coloreados con Hematoxilina-Eosina (H-E), PAS y Alcian Blue. En la evaluación estadística de los resultados se usó la t de Student y el ANOVA. Los resultados fueron expresados como $X \pm DS$ y se consideró la $p < 0,05$ como significativa. **RESULTADOS:** Macroscópicamente: en % 1) 0.0; 2) 35.5 ± 5.5 ($p < 0.001$); 3) 0.0 ± 0.1 ($p < 0.001$); 4) 0.0 ± 0.1 ($p < 0.001$); 5) 0.0 ± 0.1 ($p < 0.001$). Microscópicamente: 1) mucosa normal; 2) se observan áreas de necrosis y hemorragia en mucosa; 3, 4 y 5) sin lesiones histológicas. **CONCLUSIONES:** Diacerein, un modulador de la IL 1, actuó como citoprotector gástrico ante la agresión del etanol absoluto sobre la mucosa gástrica de ratas.

TO/P-09

EFFECTO PROTECTOR DEL DIACEREIN, NO DEPENDIENTE DE PROSTAGLANDINAS ENDOGENAS (PGE), EN MUCOSA GASTRICA (MG) DE RATAS

Bedini, OA(1); Naves, A(1); Laudanno, OM(1); San Miguel, P(1); Chaves, J(1); Yulita, P(1); Rosatti, A(1); Serur, ME(1); Settecasi, J(1); Cesolari, JA(2); Sanvido, J(1); Crosio, E(1)

(1)Depto. Gastroenterología Experimental. Facultad de Ciencias Médicas . UNR. (2)Depto. Gastroenterología Experimental. Cátedra de Histología y Embriología. Facultad de Ciencias Médicas . UNR. Argentina.

INTRODUCCION: El Diacerein (Dia) es una forma acetilada del compuesto natural reina, la cual es de tipo antraquinónico y actúa inhibiendo la producción de interleucina I. **OBJETIVO:** El objetivo de este trabajo fue evaluar la acción del Dia sobre la MG así como ante la agresión de la misma por indometacina (Indo) y si su acción es dependiente o no, de las PGE de la MG. **MATERIAL Y MÉTODO:** A grupos de ratas (n=7) línea M de 400 ± 25 grs de peso en ayunas de 24 hs, excepto agua ad-libitum, se realizaron los siguientes experimentos: 1) Solución Fisiológica (SF), 2 ml en forma oro-gástrica (OG) y se esperó 60 min; 2) Dia 50 mg, OG, 2ml, 60 min.; 3) Dia 100 mg, OG, 2 ml, 60 min.; 4) Indo 75 mg/kg, OG, 120 min. 5) Indo 75 mg/kg intramuscular (IM), 120 min. 6) Indo 75 mg/kg, IM, 120 min. luego Dia 100 mg, OG, 60 min; 7) Dia 100 mg, OG 2 ml, 60 min. luego Indo 75 mg/kg IM, 24 hs. 8) PgE2, 200µg/kg, OG, 60 min, luego Dia, 100 mg OG, 60 min; Luego de los tiempos estipulados para los experimentos, las ratas fueron sacrificadas por sobredosis de éter, se realizó laparotomía mediana, se removió el estómago, se realizó su apertura por su curvatura mayor, y se obtuvo el porcentaje (%) en mm del área lesional por planimetría. Posteriormente se obtuvieron cortes para estudios histológicos e histopatológicos. **RESULTADOS:** En la evaluación estadística de los resultados se usó la t de Student y el ANOVA. Los resultados fueron expresados como $X \pm DS$ y se consideró la $p < 0,05$ como significativa. Resultados: Macroscópicamente: 1) 0.0; 2) 0.0 ± 0.1 ; 3) 0.0 ± 0.1 ; 4) 22.5 ± 5.5 ($p < 0.001$); 5) 25.5 ± 5.5 ($p < 0.001$); 6) 0.50 ± 0.05 ($p < 0.01$); 7) 2.5 ± 0.5 ($p < 0.01$); 8) 0.0 ± 0.1 ($p < 0.001$). Microscópicamente se observaron: 1, 2 y 3) mucosa normal; 4) áreas de erosión del epitelio superficial y extravasación de hematíes; 5) áreas de erosión del epitelio superficial, con necrosis de las células subyacentes; 6) mínimas erosiones superficiales con hemorragia; 7) micro erosiones superficiales; 8) mucosa normal. **CONCLUSIONES:** 1) Dia no produce daño de la MG 2) Dia protege a la MG del daño producido por Indo. 3) El mecanismo citoprotector de Dia, no depende de PGE.

TO/P-08

EFFECTO DE LA ADMINISTRACION CRONICA ORAL DE SILDENAFIL SOBRE VARIOS ORGANOS ABDOMINALES Y EXTRAABDOMINALES EN RATAS

Bedini, OA(1); Naves, A(2); San Miguel, P(2); Chaves, J(2); Yulita, P(2); Rosatti, A(2); Serur, ME(2); Settecasi, J(2); Cicero, E(2); Laudanno, OM(2); Cesolari, JA(3); Crosio, E(2); Sanvido, J(2)

(1)Depto. Gastroenterología Experimental. Facultad de Ciencias Médicas. UNR (2)Depto. Gastroenterología Experimental. Facultad de Ciencias Médicas. UNR (3)Depto. Gastroenterología Experimental. Cátedra de Histología y Embriología. Facultad de Ciencias Médicas. UNR. Argentina.

OBJETIVO: Evaluar la acción y el efecto sobre diferentes órganos abdominales y extra abdominales del Sildenafil (SIL), un inhibidor selectivo de la fosfodiesterasa tipo 5 que actúa sobre el GMPc, administrado por vía oral a ratas y en forma diaria, durante 35 días. **MATERIAL Y MÉTODO:** A grupos de ratas Wistar (Nº=10) de 200 ± 30 gr de peso con alimentación ad-libitum, se les realizaron los siguientes experimentos: Grupo I (control): Solución Fisiológica (SF) durante 35 días, como bebida diaria. Grupo II: se administró a cada animal 1 comprimido de 50 mg de SIL diluido en 60 ml de agua en forma diaria, colocado en un bebedero individual por jaula. Diariamente se realizó el cambio del agua agregando el comprimido de SIL a cada jaula. Las ratas fueron sacrificadas a los 35 días por sobredosis de éter, se realizó laparotomía mediana y se obtuvieron muestras de los siguientes órganos de probada actividad de la fosfodiesterasa tipo 5: estómago, intestino delgado y grueso, hígado, páncreas, bazo, corazón, pulmón y globo ocular. Las muestras fueron fijadas en formol al 10% y remitidas para su estudio anatómopatológico para tinciones con PAS, Hematoxilina Eosina y Alcian Blue. **RESULTADOS:** Macroscópicamente: tanto en el grupo control como en el grupo en estudio no se observaron alteraciones en los diferentes órganos. Microscópicamente: en grupo control, no se hallaron lesiones. En el grupo en estudio se halló: congestión vascular de grado diverso en todos los órganos estudiados, siendo los elementos arteriales observados en los distintos órganos de calibre más pequeño que los del grupo control. En cambio, se observó la presencia de vasos venosos submucosos en el colon, con una congestión generalizada importante y dilatación muy marcada de sus luces. A nivel del globo ocular se observó focos de edema subcapsular del cristalino, sin degeneración cataratosa de las fibras cristalínicas. **CONCLUSIONES:** La ingestión oral crónica, de 50 mg de SIL administrados en 60 ml de agua en forma diaria a ratas y durante 35 días, mostró una importante dilatación de los vasos venosos submucosos del colon con congestión y dilatación muy marcada de sus luces. Se observó además, focos de edema subcapsular del cristalino.

TO/P-10

TRANSMISIÓN DE LA BACTERIA HELICOBACTER PYLORI A PARTIR DEL AGUA

Sarem, M(1); Macías, M(1); Amendola, R(2); Bori, J(2); Corti, R(2)

(1)Instituto Universitario de Ciencias de la Salud - Fundacion H. Barceló (2)Sección de Esófago y Estómago - Hospital B. Udaondo. Argentina.

INTRODUCCIÓN: El Helicobacter pylori (Hp) es un factor etiológico de la gastritis crónica activa, úlcera péptica, cáncer y linfoma MALT gástrico. Se ha propuesto que la transmisión del Hp se da vía oral-oral o fecal-oral. Varios animales, la placa dentaria, la saliva, la materia fecal, el agua, el biofilm de los sistemas de distribución de agua entre otros, son considerados como posibles reservorios de dicha bacteria. **OBJETIVO:** El objetivo de este trabajo fue observar en animales de laboratorio la posible transmisión del Hp a través del agua de consumo procedentes de 2 zonas diferentes del conurbano. **MATERIALES Y MÉTODOS:** Se utilizaron 18 ratas de la cepa Albina, del mismo sexo, de 20 días de edad y al destete, con un peso inicial entre 30 - 40 g; se dividieron al azar en los siguientes 3 grupos: 1) grupo A: 6 ratas que se les administró agua de pozo proveniente de la Zona Sur del conurbano; 2) grupo B: 6 ratas que se les administró agua corriente proveniente de la zona Oeste de Tablada; 3) grupo C: 6 ratas que se les administró agua biodestilada de laboratorio. A todos los grupos se les suministró el agua y un alimento comercial balanceado seco en forma "ad libitum". El período de administración de agua fue de 2 meses para todos los grupos. Las ratas fueron mantenidas en el bioterio del IUCS en ciclo luz/oscuridad 12/12 horas. Al finalizar el período de 3 meses, los animales fueron sacrificados a fin de obtener biopsias del estómago, las cuales fueron procesadas y coloreadas con Hematoxilina - Eosina. **RESULTADOS:** En la mayoría de las muestras de los grupos A y B se observó un proceso inflamatorio crónico leve en la lámina propia. En el resto de ellas se halló signos de inflamación crónica moderada a severa con predominio linfoplasmocitario; las células inflamatorias se muestran concentradas alrededor de la base y se extienden más allá del tercio inferior de las glándulas gástricas. La presencia de linfocitos intraepiteliales, folículos o pseudofolículos linfoides signos de congestión vascular fue evidente en algunos sectores. Estas alteraciones patológicas fueron consideradas como un proceso de gastritis crónica activa leve y moderada. La inflamación fue más severa en el antro gástrico de algunas muestras. Tanto en las ratas del grupo A como en las del grupo B se observó elementos compatibles con la bacteria Hp. Estos hallazgos microscópicos no fueron encontrados en muestras de ratas del grupo control. **CONCLUSIONES:** Existe una relación entre el consumo de agua y la infección por el Hp que debe ser analizada y confirmada por medio de otros estudios de mayor número de animales y grupos y otros métodos de investigación.

TO/P-11

DETECCIÓN MOLECULAR DE *HELICOBACTER PYLORI* POR NESTED-PCR

Bucci, P(1); Barbaglia, Y(2); Juarez, L(2); Jimenez, F(2); Tedeschi, F(1); Zalazar, F(1) (1)Facultad de Bioquímica y Ciencias Biológicas, Universidad Nacional del Litoral, Santa Fe, Argentina (2)Servicio de Gastroenterología, Hospital "Dr. J.M. Cullen", Santa Fe, Argentina

INTRODUCCIÓN: *Helicobacter pylori* es un patógeno gástrico de amplia distribución mundial, aceptado como agente causal de gastritis crónica, enfermedad ulcero péptica y factor etiológico importante en la secuencia que conduce al carcinoma gástrico. Diferentes metodologías han sido utilizadas para poner detectarlo, con diferentes grados de sensibilidad y especificidad clínicas (métodos inmunológicos, Test rápido de Urea, histología, PCR, etc). **OBJETIVO:** Nuestro objetivo es el optimizar un ensayo de identificación molecular de *H. pylori* por una PCR anidada, tomando un nuevo blanco de amplificación, el gen que codifica para la Heat Shock Protein 60 (HSP60) de *H. pylori*. **MATERIAL Y MÉTODOS:** Se tomaron cortes de aproximadamente 10 mm de biopsias gástricas fijadas y embebidas en parafina de pacientes sintomáticos. Éstas fueron desparafinadas y el ADN fue purificado utilizando dos procedimientos alternativos: a) una extracción convencional con solventes orgánicos y b) una purificación con un equipo comercial (NucleoSpin® Tissue, Macherey-Nagel GmbH & Co.). Con el ADN purificado se llevó a cabo una PCR con primers específicos de secuencia (HSP1: 5'AAGGCATGCAATTGTGATAGAGGCT 3' y HSP2: 5'CTTTTCTCTCTTCATTTC CACTT-3'), con los siguientes perfiles termales: Desnaturalización inicial a 94°C 10 min y 30 ciclos de 94°C.(30 sec), annealing a 50°C (30 sec) y extensión por 1 min a 72°C. Luego de la primera PCR, una alícuota (2.5 ml) fue sometida a una segunda ronda de amplificación con el mismo perfil termal y con un par de primers internos (HSPN1: 5'-TTGATAGAGGCTACCTCTCC-3" y HSPN2: 5'-TGTCAATATCGCTGTGCG TGC-3'). La amplificación del gen de la Beta Globina humana fue usada como un control interno de la calidad de las muestras. La optimización incluyó también ensayos de especificidad, a partir de ADN purificado de microorganismos no relacionados (*S. aureus*, *S. pneumoniae*, *E. coli*, HHV8). Los productos formados se analizaron por electroforesis en geles de agarosa teñidos con Bromuro de Etidio. **RESULTADOS:** Los dos procedimientos de purificación de ADN mostraron rendimientos similares: La amplificación a partir de las muestras positivas generó un fragmento de 590 pb en la primera ronda de amplificación y de 501 pb en la segunda ronda. Ninguna amplificación se obtuvo en los controles negativos. **CONCLUSIÓN:** El ensayo desarrollado es una eficiente alternativa a los métodos tradicionales de detección de *H. pylori*, con una ganancia en términos de sensibilidad y especificidad. Por otra parte, aunque los dos métodos de purificación de ADN tuvieron rendimientos comparables, el método comercial testeado –además de no utilizar reactivos orgánicos tóxicos (como fenol y cloroformo)- ofrece ventajas en relación al tiempo de ejecución, impactando sobre el tiempo total de obtención de resultados.

TO/P-13

ENFERMEDAD CELÍACA: MANIFESTACIONES CLÍNICAS, HALLAZGOS SEROLÓGICOS, ENDOSCÓPICOS E HISTOLÓGICOS. EXPERIENCIA EN EL HOSPITAL CHURRUCÁ

Scacchi, MA(1); Dolan, M(1); De Mingo, L(1); Fernandez, R(1); Rainero, G(1); Romo, R(1); Chaves, E(1); Barri, A(1); Quiroga, R(1); Caruso, S(1); Copello, H(1) (1)Churrucá-Visca. Argentina.

INTRODUCCIÓN: La enfermedad celíaca (EC) es una enfermedad sistémica producida por intolerancia permanente al gluten, en individuos genéticamente predispuestos. Su prevalencia es de 1/100-250 personas. **OBJETIVOS:** Analizar distribución por sexo y edad al momento del diagnóstico; síntomas más frecuentes; hallazgos endoscópicos más frecuentes; serológicos e histológicos, y correlacionarlos con la histología de las muestras obtenidas de segunda porción duodenal. **MATERIAL Y METODOS:** Estudio retrospectivo y descriptivo, realizado en el Servicio de Gastroenterología del Hospital Churrucá, durante un período de 3 años (enero 2008-enero 2011). Se analizaron 78 pacientes adultos con sospecha clínica y serológica de EC, en los que se haya realizado endoscopia digestiva alta con toma de biopsia de segunda porción duodenal. Se revisaron antecedentes clínicos, serológicos, endoscópicos e histológicos. **RESULTADO:** Se seleccionaron 78 pacientes: 71 mujeres (78,2%) y 17 hombres (21,7%), con una edad promedio de 45,55 años (20-73). Las manifestaciones clínicas más frecuentes fueron: anemia ferropénica (33,3%), diarrea crónica (21,7%), dolor abdominal (21,7%), descenso de peso (20,5%) y distensión abdominal (19,2%). Los Ac. antitransglutaminasa (ATG) fueron positivos en el 85,89% de los casos (73% fuertemente positivos) y los Ac. antiendomio (EMA) en el 88,4%. De las 78 endoscopías realizadas, 67 de ellas (85,8%) presentaron patrones endoscópicos sugerentes de atrofia: peinado (61,5%), disminución de pliegues (57,69%), mosaico (39,7%) y visualización de vasos por transparencia (33,3%). El 79,1% de los pacientes presentó más de un patrón. La mayoría de los pacientes (69,2%) tenía evidencia histológica de algún grado de atrofia (Marsh 3), y su gran mayoría eran 3A. Todos los pacientes con atrofia tenían más de un patrón endoscópico, siendo más frecuentes: disminución de pliegues y signo del peinado. El menos frecuente fue visualización de vasos por transparencia; no obstante, el 100% de los pacientes con este signo tenían algún grado de atrofia vellositaria. En los pacientes con clasificación histológica Marsh 1-2, predominó la presencia de un único patrón, siendo el más frecuente el signo del peinado. El 75,3% de los pacientes con EMA y el 87,51% de los pacientes con ATG, presentaron algún grado de atrofia; siendo mayor su relación cuando los títulos eran más elevados. **CONCLUSIÓN:** La EC es más frecuente en mujeres, sin diferencias en el rango etario entre ambos sexos. Los síntomas de los adultos pueden apartarse de la descripción clásica, siendo más frecuentes las formas oligosintomáticas, principalmente anemia ferropénica, dolor y distensión abdominal. Los exámenes serológicos y la visualización endoscópica sugerente de atrofia, pueden ayudar a identificar nuevos pacientes, dado su alto rendimiento diagnóstico. Si bien la biopsia de la segunda porción duodenal es reconocida como el método estandarizado para la evaluación de los cambios de la mucosa en la EC, actualmente también se debe considerar el bulbo.

TO/P-12

PREVALENCIA DEL GENOTIPO *cagA* EN PACIENTES CON ENFERMEDAD GASTRODUODENAL INFECTADOS CON *HELICOBACTER PYLORI* DE LA PROVINCIA DEL CHACO

Medina, MG(1); Medina, ML(2); Lösch, S(3); Picon, S(4); Martin, G(5); Mosqueda, N(4); Dikstein, B(4); Merino, LA(1) (1)Cátedra de Microbiología, Inmunología y Parasitología, Facultad de Medicina, Universidad Nacional del Nordeste, Corrientes, Argentina. (2)Área de Bacteriología-Instituto de Medicina Regional-Universidad Nacional del Nordeste, Resistencia, Chaco, Argentina (3)Cátedra de Microbiología, Inmunología y Parasitología, Facultad de Medicina, Universidad Nacional del Nordeste, Corrientes, Argentina. (4)Servicio de Gastroenterología-Hospital Dr. Julio C. Perrando, Resistencia, Chaco, Argentina. (5)Servicio de Gastroenterología, Hospital Dr. Julio C. Perrando, Resistencia, Chaco, Argentina.

OBJETIVO: Evaluar la acción y el efecto sobre diferentes órganos abdominales y extra abdominales del Sildenafil (SIL), un inhibidor selectivo de la fosfodiesterasa tipo 5 que actúa sobre el GMPc, administrado por vía oral a ratas y en forma diaria, durante 35 días. **MATERIAL Y MÉTODO:** A grupos de ratas Wistar (Nº=10) de 200 ± 30 gr de peso con alimentación ad libitum, se les realizaron los siguientes experimentos: Grupo I (control): Solución Fisiológica (SF) durante 35 días, como bebida diaria. Grupo II: se administró a cada animal 1 comprimido de 50 mg de SIL diluido en 60 ml de agua en forma diaria, colocado en un bebedero individual por jaula. Diariamente se realizó el cambio del agua agregando el comprimido de SIL a cada jaula. Las ratas fueron sacrificadas a los 35 días por sobredosis de éter, se realizó laparotomía mediana y se obtuvieron muestras de los siguientes órganos de probada actividad de la fosfodiesterasa tipo 5: estómago, intestino delgado y grueso, hígado, páncreas, bazo, corazón, pulmón y globo ocular. Las muestras fueron fijadas en formol al 10% y remitidas para su estudio anatomopatológico para tinciones con PAS, Hematoxilina Eosina y Alcian Blue. **RESULTADOS:** Macroscópicamente: tanto en el grupo control como en el grupo en estudio no se observaron alteraciones en los diferentes órganos. Microscópicamente: en grupo control, no se hallaron lesiones. En el grupo en estudio se halló: congestión vascular de grado diverso en todos los órganos estudiados, siendo los elementos arteriales observados en los distintos órganos de calibre más pequeño que los del grupo control. En cambio, se observó la presencia de vasos venosos submucosos en el colon, con una congestión generalizada importante y dilatación muy marcada de sus luces. A nivel del globo ocular se observó foco de edema subcapsular del cristalino, sin degeneración cataratarosa de las fibras cristalinianas. **CONCLUSIONES:** La ingestión oral crónica, de 50 mg de SIL administrados en 60 ml de agua en forma diaria a ratas y durante 35 días, mostró una importante dilatación de los vasos venosos submucosos del colon con congestión y dilatación muy marcada de sus luces. Se observó además, focos de edema subcapsular del cristalino.

TO/P-14

FORMAS CLÍNICAS DE PRESENTACIÓN DE ENFERMEDAD CELÍACA EN UN CENTRO HOSPITALARIO

Martín, GT(1); Pegoraro, N(1); Medina, ML(1); Martínez, S(1); Chamorro, M(1); Bancalari, A(2)

(1) Hospital Dr. Avelino L. Castelan, Resistencia, Chaco. (2) Hospital Dr. Julio C. Perrando, Resistencia, Chaco. Argentina.

INTRODUCCIÓN: La Enfermedad Celíaca (EC) es una enfermedad sistémica autoinmune producida por la intolerancia permanente a una secuencia determinada de aminoácidos (prolamina tóxica), mediada por células T en individuos genéticamente predispuestos. Existen diferentes formas de presentación de EC: Forma típica, Forma atípica, Forma silente y Grupos de riesgo. El patrón oro para el diagnóstico es la biopsia intestinal. **OBJETIVOS:** determinar las formas clínicas de presentación de EC, en los pacientes pediátricos con diagnóstico de esta patología, en un Hospital del interior durante los últimos cinco años. **MATERIAL Y METODOS:** Estudio retrospectivo, descriptivo y transversal. Se revisaron las historias clínicas de los pacientes pediátricos con diagnóstico de EC efectuado por serología: anticuerpos antitransglutaminasa tisular humana (a-tTG) y / o anticuerpos antiendomio (EMA) de clase IgA y biopsia intestinal por endoscopia digestiva alta; durante el período del 04/01/2006 al 31/03/2011. Las variables seleccionadas fueron: edad, sexo, procedencia, signo sintomatológico, factores de riesgo, serología, endoscopia y anatomía patológica. Los datos se cargaron en una tabla elaborada para tal fin y fueron procesados mediante tabla Excel v.5.0. **RESULTADOS:** El total de pacientes con diagnóstico de EC en los últimos 5 años fue de 44; El rango etario estuvo comprendido entre 10 meses y 14 años (media: 4 años y 9 meses). Niños: 12 (27%) y niñas 32 (73%). Procedencia: Resistencia: 16 (36,4%), Interior: 27 (61,4%) y Paraguay: 1 (2,2%). Formas típicas 34 (77,2%), atípicas 5 (11,4%), grupos de riesgo: 5 (11,4%). En el grupo de Formas típicas se incluyeron 4 pacientes con crisis celíaca, en las atípicas, anemia, talla corta, dolor abdominal crónico y constipación; y en los grupos de riesgo: familiares de primer grado, diabetes insulino dependiente y artritis reumatoidea. Todos tenían resultados positivos de serología. Los informes endoscópicos del total presentaban alteraciones en la morfología y número de los pliegues duodenales y los resultados histopatológicos oscilaron desde atrofia grado IIIa: 6 (13,6%), IIIb: 12 (27,3%) y IIIc: 26 (59,1%) según clasificación de Marsh –Oberhuber. **CONCLUSIONES:** En este grupo de pacientes predominaron las formas típicas de presentación de la EC, incluyendo 4 niños con crisis celíaca. Esto demuestra que aún en nuestro medio el diagnóstico de esta patología debe investigarse en pacientes con desnutrición, diarrea crónica, y trastornos metabólicos; sin descartar a las formas atípicas y de riesgo.

TO/P-15

ABORDAJE LAPAROSCOPICO EN OBSTRUCCION INTESTINAL

Millapel, MD(1); Caíña, D; Schneider, A

(1)Ambito Privado. Argentina.

CASO: Paciente sexo masculino 47 años, refiere dolor y distensión abdominal de 3 días de evolución asociada a vómitos y falta de eliminación de gases. Abdomen levemente distendido, doloroso en forma generalizada, a predominio de fosa iliaca derecha, sin defensa ni reacción peritoneal, timpánico y ruidos hidroaéreos disminuidos. Laboratorio: Glob. Bcos. 20600 mm3. Radiografía de abdomen demostró niveles hidroaéreos. TAC abdomen y pelvis: Gran dilatación de asas. El tacto rectal demostró un esfínter hipertónico y ampolla rectal vacía.

Laparoscopia exploradora. Trocar de 12 mm paraumbilical, de 10 mm en FII y otro 5 mm borde superior pubis. Se evidencia gran dilatación de asas, apéndice cecal normal, divertículo de Meckel edematoso a 50 cm de la válvula ileocecal. minilaparotomía de 3cm, ampliando incisión paraumbilical, exteriorización del intestino delgado, no se encuentra masa palpable en el cuello del divertículo, diverticulectomía y cierre manual. El informe histopatológico determina una diverticulitis fibrinopurulenta de un divertículo de Meckel; no se reporta tejido ectópico. Evolución favorable, alta hospitalaria al 2do día de post-operatorio.

CONCLUSIONES: La laparoscopia es útil tanto en el diagnóstico como el tratamiento. Los síntomas se presentan con mayor frecuencia en pacientes de sexo masculino. Los divertículos de Meckel largos y de base estrecha se complican con procesos obstructivos e inflamatorios, dentro de los procesos obstructivos se encuentra el vólvulo del divertículo de Meckel. La laparoscopia con minilaparotomía es útil en el tratamiento del divertículo de Meckel. La diverticulectomía es suficiente cuando no se palpa tumor en la base diverticular, de lo contrario debe realizarse resección intestinal. esta técnica permite la palpación del divertículo, a su vez previene el uso de suturas mecánicas. El costo es efectivo y eficiente demostrado por varios informes y estudios.

TO/P-17

RESECCIÓN COMPLETA EN PÓLIPOS SERRADOS Y ADENOMATOSOS RECTO-COLÓNICOS: SU EVALUACIÓN ANATOMOPATOLÓGICA

Naves, AE(1); Sinkevich, C(1); Del Popolo, D(1)

(1)Instituto de Histopatología. Argentina.

INTRODUCCION: Determinar si la resección de un pólipo colo-rectal es completa resulta de importancia para el diagnóstico y seguimiento. Se ha propuesto que la evaluación anatomopatológica de márgenes en pólipos se haga con lesiones de 1 o más cm. En este trabajo estudiamos en forma prospectiva biopsias de pólipos recto-colónicos serrados y adenomatosos con una metodología predeterminada, a los fines de determinar la frecuencia en que es posible confirmar su resección completa. MATERIAL Y METODOS: Se examinaron prospectivamente biopsias de recto y colon con diagnóstico de pólipo o lesión elevada ingresadas en el período 15/01/11 hasta 30/03/11 en el Instituto de Histopatología de Rosario. Se incluyeron los casos cuyo diagnóstico final fue de pólipo serrado (hiperplásico, pólipo serrado/adenoma sesil, pólipo serrado tradicional) y de pólipo adenomatoso (tubular, mixto, veloso). Se excluyeron los casos con diagnóstico endoscópico de pólipo en los que el diagnóstico final fue otro (pólipo inflamatorio, lipoma, etc). Las lesiones de menos de 0,3 cm. y las que se recibieron en más de dos fragmentos no fueron evaluadas. Los pólipos fueron evaluados macroscópicamente con magnificación 3x (lupa), buscando marco de mucosa no poliposa y facilitando su orientación. Los márgenes fueron marcados con tinta china. Las lesiones planas y subpediculadas fueron incluidas en cortes de 2 mm de espesor perpendiculares a la mucosa. Las lesiones pediculadas fueron incluidas con corte transversal del pedículo y cortes de 2 mm de espesor del resto del pólipo. En todos los casos los pólipos fueron incluidos totalmente en parafina.

RESULTADOS: Se estudiaron 150 pólipos (70 del grupo serrado/hiperplásico y 80 de grupo adenomatoso), procedentes de 96 pacientes. 31 se recibieron fragmentados (más de 2 fragmentos) y 55 correspondieron a especímenes de – de 0,3 cm. En los restantes 64 pólipos se contaron 23 hiperplásicos, serrados sesiles y serrados tradicionales y 41 adenomas tubulares, mixtos y vellosos. Se pudo demostrar resección completa del pólipo en 21/54 (39%) de piezas evaluables de 0,3 a 1 cm y en todas las piezas (100%- 10/10, todos pólipos adenomatosos salvo un polipo serrado sesil de 1,2 cm) de más de 1 cm. La relación tipo histológico/resección completa se evaluó en pólipos 0,3 cm a 1 cm. Los serrados en 7/22 (32%) tuvieron resección completa y los adenomatosos en 14/32 (44%) tuvieron resección completa. CONCLUSIONES: Siguiendo una metodología predeterminada, con magnificación macroscópica, marcación de márgenes e inclusión total de los pólipos en parafina para su estudio fue posible determinar, en piezas no fragmentadas (o con hasta dos fragmentos) de más de 0,3 cm de diámetro, resección completa del tejido poliposo (serrado o adenomatoso) en el 39% de los pólipos de hasta 1 cm y en el 100% de pólipos mayores de 1 cm. A mayor tamaño del pólipo fué mayor la posibilidad de

TO/P-16

EPIDEMIOLOGIA DE PÓLIPOS COLONICOS EN UNA POBLACIÓN CERRADA

de Mingo, L(1); Dolan, M(1); Scacchi, A(1); Caruso, S(1); Barri, A(1); Quiroga, R(1); Fernandez, R(1); Rainero, G(1); Romo, R(1); Chaves, E(1); Copello, H(1) (1)Servicio de Gastroenterología del Complejo Médico P.F.A Churruca – Visca, Buenos Aires, Argentina

INTRODUCCION: Los pólipos del colon son lesiones mucosas que dependiendo de sus características histológicas, pueden tener una potencial evolución al cáncer colorrectal. La resección de los mismos puede prevenir esta progresión. Es importante conocer las características clínico epidemiológicas de los pacientes con hallazgos de este tipo de lesiones. OBJETIVO: Obtener datos clínicos-epidemiológicos de los pólipos colonicos, en una población de pacientes que concurrió para realizar una video colonoscopia y correlacionar los resultados obtenidos con factores ambientales y los hábitos de los pacientes. MATERIAL Y METODO: Estudio retrospectivo, descriptivo y observacional, realizado en el Servicio de Gastroenterología del Complejo Hospitalario Churruca-Visca de Buenos Aires, Argentina. Abarcó un periodo de un año, de diciembre 2009 a diciembre del 2010. Se analizaron las características endoscópicas de los pólipos hallados: morfológicas, tamaño, localización, correlacionándolas con el examen anatomopatológico y con ciertas variables como la edad, el sexo y los factores ambientales. Excluyendo del estudio aquellos pacientes con adenocarcinoma del colon. RESULTADOS: En las 618 colonoscopias analizadas, la incidencia de pólipos fue del 19,25%. El porcentaje de mujeres fue del 53,8%. Los pólipos hallados fueron principalmente sésiles (89,9%), localizados en el colon izquierdo, con un tamaño menor a 5 mm, cuya histología correspondió a pólipos hiperplásicos en el 81,8%. El 63% de los pólipos pediculados tenían un tamaño entre 0,5 a 1 cm, predominando los adenomas tubulares con displasia de bajo grado (63%). Los pólipos adenomatosos de alto grado presentan un tamaño mayor a 1 cm. El 25,8% de las lesiones se hallaron a nivel proximal del colon transversal. El dolor abdominal y trastornos evacuatorios fueron los principales motivos de solicitud del estudio. El 85,7% de los pacientes no tenían estudios previos. La mayoría de los pacientes con lesiones referían consumir una dieta rica en carnes rojas y presentaban sobrepeso. CONCLUSION: Se puede evidenciar factores predictivos en la detección de los adenomas. El sexo tiene relación directa con los adenomas (predominó en el sexo masculino); la edad (promedio de detección fue de 65,2 años, coincidente con las publicaciones) y los hábitos (predominio en personas con sobrepeso y consumen dietas ricas en carnes). Estos últimos factores de riesgo son modificables y tienden a disminuir la incidencia de estas lesiones pre-neoplásicas. Dado el aumento de la incidencia del cáncer colorrectal, se insiste en la importancia de los métodos endoscópicos para detectar las lesiones precursoras de posible tratamiento e insistir en modificar los hábitos higiénico dietéticos.

TO/P-18

ENTEROGRAFÍA POR RESONANCIA: TÉCNICA ALTERNATIVA A LA ENTEROCLISIS CONVENCIONAL

Colombo, GC(1, 2); Mazza, LA(1, 3); San Roman, JL(1, 3); Polillo, D(3); Odesser, MMR(1, 3)

(1)TCBA (2)Fundación Jaime Roca (3)Fundación Jaime Roca. Argentina.

INTRODUCCION: el examen del intestino delgado (enterografía) mediante Resonancia Magnética (RM) con gadolinio ev. y enteroclis se ha convertido en un método útil para el diagnóstico y seguimiento de la patología del intestino delgado. Como método alternativo, puede realizarse una enterografía administrando por vía oral agua y un producto osmótico (polietilenglicol), que evite las molestias de la enteroclis convencional (sonda, radioscopia y relleno continuo). OBJETIVO: Demostrar la factibilidad de realizar una enterografía por RM, utilizando agua y polietilenglicol por vía oral, evitando las molestias de la enteroclis convencional. MATERIAL Y METODO: Se realizó enterografía por RM en 7 pacientes, 3 de ellos con enfermedad de Crohn conocida y 4 con un cuadro clínico compatible con enfermedad inflamatoria del intestino delgado. Luego de 12 horas de ayuno para alimentos sólidos, se administró a cada paciente 2 litros de agua con polietilenglicol por vía oral, en cuatro tomas a los 60, 45, 30 y 15 minutos previos al ingreso al equipo. Se utilizó Buscapina ev. Se empleó un equipo de 1.5 T (Philips Intera) con bobinas phase array para abdomen. RESULTADOS: En los 7 pacientes se lograron obtener imágenes con calidad diagnóstica, apreciándose buen contraste endoluminal y adecuada visualización de la pared intestinal. En los 3 pacientes con enfermedad de Crohn conocida, los estudios demostraron la patología. En 1 de los restantes 4 pacientes con sospecha clínica, el examen también mostró cambios patológicos. En los restantes 3 casos restantes no se descubrieron alteraciones. CONCLUSION: La utilización de agua con polietilenglicol por vía oral permite realizar una enterografía por RM con imágenes de adecuada calidad diagnóstica y puede constituir un método alternativo a la RM con enteroclis convencional, reduciendo las molestias a los pacientes y la complejidad del estudio.

TO/P-19

COEXISTENCIA DE ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL CON ENFERMEDAD CELÍACA EN LA EDAD PEDIÁTRICA

Gallo, J(1, 2); Cohen Sabban, J(1, 2); Busoni, V(1, 2); Crhistiansen, S(2, 3); Orsi, M(1, 2)
(1)Servicio de Gastroenterología -Hepatology y Trasplante Hepatointestinal Pediátrico (2)Hospital Italiano, Buenos Aires (3)Servicio de Anatomía Patológica. Argentina.

INTRODUCCION: La coexistencia de enfermedad celíaca (EC) con enfermedad inflamatoria intestinal (EII) fue descripta fundamentalmente en la población adulta. No se conocen características que permitan identificar qué pacientes pueden estar predispuestos a desarrollar ambas entidades. MATERIAL Y METODO: Revisión retrospectiva de historias clínicas de pacientes con diagnóstico de EII, atendidos en el Servicio de Gastroenterología Infantil del Hospital Italiano de Buenos Aires entre los años 2006 al 2011. RESULTADOS: De los 135 pacientes en seguimiento con EII, se identificaron 6 (8,1%) que presentaron ambas enfermedades asociadas, 4 niñas (1 colitis ulcerosa, 3 enfermedad de Crohn) y 2 varones (ambos con enfermedad de Crohn) con mediana de edad al diagnóstico de 7,28 años(r 3-15 años). 4/6 fueron diagnosticados simultáneamente y 2/6 en forma sucesiva. Los pacientes diagnosticados en forma sucesiva (EC-CU, enfermedad de Crohn-EC) respondieron al tratamiento una vez que ambos diagnósticos fueron confirmados. En todos los casos ambos diagnósticos fueron confirmados histológicamente y por serología con anticuerposantigliadina yantitransglutaminasa positivos >100 y recuento de linfocitos intraepiteliales fue >30 por campo. Todos los pacientes presentaron retraso pondoestatural, hipoalbuminemia y anemia importante refractaria a tratamiento con sulfato ferroso. Con la dieta libre de gluten todos los pacientes normalizaron los marcadores serológicos, mejoraron los síntomas y el manejo de la EII. CONCLUSIONES: Es conveniente considerar la posibilidad de esta asociación (EII y EC) ante pacientes con diagnóstico de EII con inadecuada respuesta al tratamiento convencional y tener en cuenta, que en pacientes con diagnóstico de EC puede aparecer asociada una EII.

TO/P-21

EPIDEMIOLOGIA DE LA COLITIS ULCEROSA IDIOPATICA EN UN HOSPITAL PUBLICO

Bernardi, GM(1); Iñiguez, YI(1); Moroni, NM(1); Defagó, MR(1)
(1)División de Gastroenterología, Hospital San Roque, Córdoba, Argentina

LUGAR DE TRABAJO: Hospital San Roque, Córdoba Capital. INTRODUCCION: La Colitis Ulcerosa (CU) es un trastorno que afecta el recto y se extiende en dirección proximal para comprometer al colon, se limita a la mucosa, la cual se compromete de manera continua. Evolucionan hacia la cronicidad, con alta frecuencia de recaídas y necesidad en muchos casos de tratamiento quirúrgico. OBJETIVO: Investigar la epidemiología de la Colitis Ulcerosa Idiopática en un hospital público polivalente de la ciudad de Córdoba. MATERIAL Y METODOS: Se analizaron las historias clínicas de pacientes ambulatorios e internados de la división de Gastroenterología del hospital San Roque, con diagnóstico de Colitis Ulcerosa por videocolonoscopia y biopsia desde agosto de 2009 hasta julio de 2010. Es un estudio transversal, retrospectivo y descriptivo. RESULTADOS: Se revisaron 65 historias clínicas, 12 fueron excluidos por falta de datos. De los 53 pacientes, 34 (64%) eran mujeres y 19 (36%) varones. EL 60% de los pacientes tenían entre 20 y 39 años y el 30% entre 50 y 70 años. La edad promedio fue de 40 años con un rango de 17 a 69 años. Con respecto a la forma de presentación, la totalidad de los pacientes tenían diarrea, proctorragia 72% (38), moco 51% (27), tenesmo y pujo 25% (13), dolor abdominal 40% (21) y fiebre 11% (6). En la videocolonoscopia se vio compromiso de recto en 15 (28%) pacientes, rectosigma 24 (45%), colon izquierdo 10 (19%) y pancolitis 4 (8%). El 66% (35) de los pacientes se manejó en forma ambulatoria, el 34% (18) requirió internación en sala común y el 4% (2) en unidad de terapia intensiva. Para valorar la severidad de la enfermedad, se utilizaron los criterios de Truelove y Witts, el 60% (32) fue leve, 27% (14) moderado y el 13% (7) severo, de estos últimos, en 5 se realizó proctocolectomía con ileostomía y 2 se negaron. CONCLUSION: Si bien el número de pacientes evaluado es pequeño, las características de los pacientes con Colitis Ulcerosa en nuestra Institución no difieren sustancialmente de lo publicado en la literatura mundial.

TO/P-20

PATOLOGIA INFECCIOSA SIMULANDO ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL IDIOPÁTICA CRÓNICA

Jaroslavsky, MJ(1, 2); Marina, S(1, 2); La Via, J(1, 3); Donatelli, M(1, 4); Nardi, G(1, 3); Pinasco, R(1, 3); Regnasco, S(1, 4); Saá, EC(1, 3)
(1)Hospital Pirovano - CABA (2)División Anatomía Patológica (3)Unidad de Gastroenterología (4)Sección Endoscopia - Unidad de Gastroenterología. Argentina.

INTRODUCCION: La enfermedad inflamatoria intestinal idiopática crónica (EIIC) en el colon puede ser simulada en sus aspectos clínicos y endoscópicos por otras entidades, tales como patología isquémica, enfermedad diverticular, y patología infecciosa específica. OBJETIVO: Ejemplificar casos de patología que simula EIIC enmascarando al inicio la presencia de microorganismos patógenos pasibles de tratamiento específico. MATERIAL Y MÉTODOS: Se revisaron en forma retrospectiva las historias clínicas, protocolos videoendoscópicos y anatomopatológicos de 21 pacientes con sospecha endoscópica de EIIC, desde el 1/1/2008 al 1/1/2011. RESULTADOS: En tres casos en los cuales la sospecha inicial fue de EIIC por los caracteres endoscópicos y clínicos, el posterior estudio histológico reveló en uno de los casos una tuberculosis, en otro una micobacteriosis atípica por complejo Avium-Intracelulare, y en el tercero una paracoccidioidomicosis. En uno de los casos, el diagnóstico específico fue realizado recién en el examen de las muestras de la segunda endoscopia. CONCLUSION: Se desea resaltar la importancia de descartar la presencia de microorganismos por todos los medios posibles en pacientes con presentaciones no del todo típicas y especialmente cuando el medio epidemiológico así lo sugiera, a fin de evitar demoras en el tratamiento específico.

TO/P-22

LA MANOMETRÍA ANO RECTAL NO SIEMPRE LOGRA EXPLICAR EL MOTIVO DE LA INADECUADA EXPULSIÓN DEL BALÓN RECTAL

Lasa, JS(1); Peralta, AD(1); Dima, G(1); Soifer, LO(1)
(1)Sección de Gastroenterología, Departamento de Medicina Interna, CEMIC. Buenos Aires, Argentina

INTRODUCCION: Las disfunciones del piso pelviano que provocan incontinencia (IF) y/u obstrucción del tracto de salida (OTS), son muy frecuentes en la población general, y con un impacto considerable en la calidad de vida, especialmente en población anciana. Los estudios mediante manometría anorrectal (MAR) y el test de expulsión del balón (TEB), frecuentemente empleados, son útiles en el diagnóstico de las alteraciones funcionales del piso pelviano, que pueden contribuir al desarrollo de estos trastornos. OBJETIVO: Estudiar las posibles asociaciones entre las variables manométricas medidas y la expulsión o no del balón en pacientes con disfunciones catárcticas del piso pelviano (DCPP) SUJETOS Y METODOS: Fueron incluidos en la evaluación 95 sujetos con DCPP asistidos en nuestra institución entre diciembre de 2008 y diciembre de 2010. Entre los sujetos con TEB positivo versus aquellos con TEB negativo fueron comparadas las siguientes variables: edad, sexo, motivo del estudio, tensión de reposo del esfínter anal (TR), intensidad de la contracción voluntaria (ICV) duración de la contracción voluntaria (DCV), Sensorialidad rectal (SR), relajación voluntaria del esfínter (RV), amplitud y duración del reflejo recto-anal inhibitorio (RRAI). Las variables categóricas fueron expresadas como porcentajes, con sus intervalos de confianza del 95%; las continuas, como media con desvío estándar. Para el análisis comparativo, se utilizó el test de chi cuadrado o test de Fisher para variables categóricas, y el test t de student para variables continuas. Se consideró como significativo un valor de P < 0,05. RESULTADOS: De los 95 pacientes, la edad promedio fue de 61 ± 15.31 años. 74.73% fueron mujeres. El motivo de inclusión fue IF en el 45 % y OTS en el 55%. El 55% de los pacientes presentaron TEB negativo. En el análisis comparativo, no se encontraron diferencias significativas en las variables manométricas entre aquellos con TEB negativo y positivo, excepto por la presencia de contracción paradójal del esfínter en aquellos con test negativo (P < 0,001) (Tabla 1). Dichos hallazgos se mantuvieron tanto para IF como para OTS. No obstante solamente un 27% de sujetos con TEB negativo presentaron contracciones paradójales. CONCLUSION: Salvo la presencia de contracciones paradójales del esfínter anal, no se observaron diferencias significativas de las variables manométricas entre sujetos con TEB positivo o negativo. La manometría ano rectal no logra explicar el motivo de la inadecuada expulsión del balón en el 73% de los casos.

Tabla 1. Comparación de variables manométricas entre pacientes con TEB positivo y negativo

	TEB Negativo	TEB Positivo	P
Edad	58±4.75	63±3.9	0.11
Motivo de Realización			
*IF (%)	48.1	41.8	0.2
*OTS (%)	50	58.14	0.2
TR	106.47±12	100.34±9.18	0.41
ICV	49.34±8.43	46.23±8.23	0.59
DCV	4.92±2.3	3.77±2.03	0.69
RRAI			
*Amplitud	8.23±2	9±1.61	0.55

TO/P-23

OCURRENCIA DE HALLAZGOS ANORMALES DURANTE LOS ESTUDIOS VIDEODEFECOGRAFICOS

Lasa, JS(1); Peralta, AD(2); Dima, G(2); Novillo, A(2); Moore, R(1); Besasso, H(1); Soifer, LO(1)

(1)Sección de Gastroenterología, Departamento de Medicina Interna, CEMIC. Buenos Aires, Argentina (2)CEMIC

INTRODUCCION: Las causas de constipación crónica funcional pueden dividirse en hipertonía de colon izquierdo, inercia colónica y obstrucción del tracto de salida. Este último suele deberse a compromiso del piso pelviano. Dentro de las herramientas diagnósticas de este tipo de alteraciones, es de utilidad el estudio videodefecográfico. OBJETIVOS: 1) Estimar la ocurrencia de hallazgos anormales durante los estudios videodefecográficos. 2) Establecer la frecuencia de alteraciones anatómicas en estudios que muestran hallazgos compatibles con disineria de piso pelviano (DPP). MATERIALES Y METODOS: Se diseñó un estudio transversal observacional en el cual se revisaron los resultados de las videodefecografías realizadas en pacientes con síndrome de obstrucción de tracto de salida, entre enero de 2006 y diciembre de 2010. Se calculó la ocurrencia de cada trastorno, expresado en porcentaje. Para la comparación de las variables categóricas, se utilizó el test de chi cuadrado o test de Fisher. RESULTADOS: Se revisaron en total 152 estudios, de los cuales 126 (74%) presentaron al menos una alteración. 27% de los estudios presentaron tres o más hallazgos patológicos. 54% presentaron algún tipo de alteración anatómica, y 54.6%; alteración mecánica de la defecación, compatible con DPP. El hallazgo anormal más frecuente fue el vaciamiento rectal incompleto (39.47%), seguido de rectoceles anterior (38.159%). La ocurrencia de los diferentes hallazgos anormales se expresan en la Tabla 1. Se compararon la prevalencia de alteraciones anatómicas (rectoceles, enteroceles, intususcepción rectal, sigmoidoceles y prolapso rectal) en aquellos estudios con hallazgos compatibles con DPP (apertura inconstante o incompleta del conducto anal durante el pujo asociado a vaciamiento rectal incompleto y/o retardado). Se encontró una asociación significativa entre la presencia de enterocel y intususcepción rectal con DPP (100% de ambos grupos presentaron signos compatibles con DPP; P=0.03 y 0.008 respectivamente). La relación entre rectocel anterior (la alteración anatómica más frecuente) y la DPP no fue significativa (P=0.72). CONCLUSIONES: Observamos un porcentaje alto de hallazgos patológicos en las videodefecografías, con alta frecuencia de hallazgos compatibles con DPP. Las alteraciones anatómicas, como el rectocel anterior o enterocel, son frecuentes, y el enterocel y la intususcepción rectal se encontrarían asociados en forma significativa con la presencia de signos compatibles con DPP.

	N	%
Vaciamiento rectal incompleto	60	39.47
Rectoceles Anterior	58	38.15
Incrementado descenso perineal	45	29.6
Apertura incons./incompleta del cond. anal	20	13.15
Intususcepción rectal	14	9.21
Vaciamiento rectal retardado	12	7.89
Apertura ausente del cond. anal	12	7.89
Sigmoidocel	10	6.57
Ausencia de vaciamiento rectal	8	5.26
Prolapso rectal	8	5.26
Enterocel	6	3.94
Disminución de horizontalización rectal durante el pujo	4	2.63
Disminución de verticalización rectal durante el pujo	4	2.63
Prolapso rectal con protrusión	2	1.31
Rectoceles Posterior	1	0.65

TO/P-25

BACTERIEMIA POR STREPTOCOCCUS BOVIS: NO SOLO NOS ALERTA SOBRE PATOLOGÍA COLÓNICA

Pizzala, JE(1); Abecia, VH(1); Gonzalez, ML(1); Talamazzi, AR(1); Carrion, S(1); Giunta, D(2); Varela, E(1); Macías Gómez, CA(1); Piccioni, HL(1); De paula, JA(1) (1)Gastroenterología, Hospital Italiano, Buenos Aires, Argentina (2)Investigación clínica, Hospital Italiano, Buenos Aires, Argentina

INTRODUCCIÓN: Muchos estudios han demostrado la asociación entre las enfermedades gastrointestinales y la bacteriemia por Streptococcus bovis (SB). A pesar que su asociación con cáncer colorectal (CCR) está bien difundida, no existen suficientes datos epidemiológicos publicados en América Latina sobre las distintas asociaciones. El objetivo de este estudio fue analizar la existencia de enfermedades gastrointestinales e infecciosas asociadas a la bacteriemia por SB, describiendo las características clínicas y epidemiológicas. MÉTODOS: El estudio se llevo a cabo en un hospital universitario que cuenta con historia clínica electrónica (HCE). Desde octubre del 2004 a septiembre del 2009 se revisaron manualmente en forma retrospectiva las HCE de todos los pacientes que presentaron hemocultivos positivos para SB. RESULTADOS: Fueron identificados 30 pacientes con hemocultivos positivos, siendo la edad mediana de 72 años (28-98), con una relación hombre/mujer: 1,5:1. La mortalidad intrahospitalaria fue del 10%. Dentro de las enfermedades infecciosas halladas, la endocarditis fue la más frecuentemente observada (9 casos), seguida por infecciones del tracto biliar (7 casos). Al sesenta y siete por ciento (20/30) de los pacientes se les realizo un estudio colonoscopico por colonoscopia (17), colon por enema (1) o tomografía computada (2). De estos 20 pacientes evaluados, 12 (60%) presentaron lesiones colónicas patológicas (CCR, pólipos adenomatosos o colitis crónica). Los hallazgos colónicos patológicos se observaron con mayor frecuencia en los pacientes con endocarditis. De los 10 pacientes no evaluados, 4 no se encontraban en condiciones clínicas de ser estudiados y en los 6 restantes, si bien se les había sugerido la realización de algún estudio colonico al alta hospitalaria, se desconoce el motivo del incumplimiento de la indicación. También observamos una elevada prevalencia de enfermedad hepática (27%) en estos pacientes (hepatitis crónica, cirrosis, metástasis hepáticas, excluyéndose la patología litiasica biliar o infecciosa), ningún caso se asoció al consumo de alcohol. Las neoplasias extracolónicas se observaron en el 23% restante. CONCLUSIÓN: En el presente estudio hallamos que los pacientes con hemocultivos positivos a SB presentaban una elevada proporción de infecciones del tracto biliar y enfermedades hepáticas, además de las asociaciones con las lesiones colónicas. Debido a esto, pensamos que además de investigar la presencia de enfermedad colónica subyacente, deberíamos realizar una evaluación más completa para excluir enfermedad biliar y/o hepática asociada. A su

TO/P-24

VARIACIONES EN EL PERFIL FERMENTATIVO Y TRASTORNO DEPRESIVO EN PACIENTES CON SINDROME DE INTESTINO IRRITABLE

Lasa, JS(1); Novillo, A(1); Peralta, AD(1); Dima, G(1); Besasso, H(1); Moore, R(1); Soifer, LO(1)

(1)Sección de Gastroenterología, Departamento de Medicina Interna, CEMIC. Buenos Aires, Argentina

INTRODUCCION: Está comprobado que existe una asociación entre el desarrollo del Síndrome de Intestino Irritable (SII) y alteraciones de la flora bacteriana intestinal. Dichas alteraciones pueden ser detectadas mediante el uso de test de hidrógeno en aire espirado con lactulosa (THAEL). Se sabe, además, que existe una prevalencia incrementada de trastornos psiquiátricos en pacientes con SII. OBJETIVO: Determinar la asociación entre alteraciones del perfil fermentativo y la presencia de trastorno depresivo, en pacientes con SII. MATERIALES Y METODOS: Se diseñó un estudio de cohorte transversal. Se incluyeron pacientes con diagnóstico de SII según criterios de Roma III que acudieron a consultorios externos entre noviembre de 2010 y marzo de 2011. A cada sujeto, se le realizó un THAEL según técnica previamente descrita, y se calculó el área bajo la curva (ABC) a partir de la relación entre concentración de hidrógeno/tiempo. Se les administró además, un cuestionario para el diagnóstico de trastorno depresivo (BDI-II) y otro para evaluar la severidad de sus síntomas (IBSSS). El valor de corte utilizado para definir trastorno depresivo leve fue de 13 a 19, moderado entre 20 y 25 y severo mayor o igual a 26. Se comparó la frecuencia de trastorno depresivo en dos grupos: de baja producción de hidrógeno (BH2; ABC <3000), intermedia (IH2; ABC 3000-6000) y alta (AH2; >6000). Se utilizó el test de chi cuadrado o de Fisher para la comparación de variables categóricas, y el test t de Student o de Mann Whitney para las variables numéricas. RESULTADOS: Fueron incluidos 136 pacientes. 72 % fueron mujeres; la edad promedio fue de 43±16 años. 27% eran constipados, 42% presentaban diarrea y 31% un patrón catártico alternante. La distribución por grupos según el ABC fue: 39% BH2, 28% IH2, 33% AH2. No se encontraron diferencias significativas en las variables demográficas entre los grupos. 41% de los sujetos presentaron un valor del BDI-II compatible con depresión: 25% leve, 11% moderada y 5% severa. La frecuencia de estas categorías de depresión entre los grupos determinados por ABC se muestran en la Tabla 1. No se encontraron diferencias significativas en la frecuencia de distintos grados de depresión entre pacientes con distinto perfil fermentativo. A su vez, se dividió a la cohorte en aquellos con y sin depresión, y se compararon los valores del ABC, no encontrándose tampoco una diferencia significativa [3186 (2016-6768) vs 4014 (2016-6768) P 0.4]. Por último, no se encontró diferencias significativas entre la severidad sintomática y la presencia de trastorno depresivo [28.7 (22-35) vs 26.2 (18-34.8) P 0.43]. CONCLUSION: En pacientes con SII, encontramos una ocurrencia de trastorno depresivo elevada con respecto a lo descripto en la población general. Sin embargo, no encontramos una asociación significativa entre las alteraciones del perfil fermentativo y los trastornos depresivos. Esto sugiere que ambos son fenómenos concurrentes pero no asociados.

Frecuencia de los distintos grados de depresión según los valores de THAEL.

	BH2 (n= 53)	IH2 (n= 38)	AH2 (n= 45)	P
Depresión leve (%)	26.41	15.78	15.55	0.3
Depresión moderada (%)	13.2	2.63	17.7	0.09
Depresión severa (%)	3.77	10.52	2.22	0.2

TO/P-26

PREDICTORES BIOQUÍMICOS Y ECOGRÁFICOS DE COLEDOLITIASIS EN PACIENTES SOMETIDOS A COLANGIOPANCREATOGRAFÍAS RETROGRADAS ENDOSCÓPICAS ENTRE ENERO DEL 2003 A DICIEMBRE DEL 2010

Ruiz, EG(1); Sanchez Vera, CM(1); Martin, M(1); Higa, MA(1); Camps, DH(1); Bertola, SdC

(1)Servicio de Gastroenterología, Hospital, Córdoba, Argentina

INTRODUCCIÓN: La colangiopancreatografía retrograda endoscópica (CPRE) es de elección en pacientes con coledocolitiasis, sin embargo es costosa y no se encuentra exenta de complicaciones. Numerosos estudios han logrado encontrar factores predictivos que incluyen la clínica, el laboratorio y las imágenes. Sin embargo aun en ausencia de estos factores muchos estudios resultan positivos. OBJETIVO: Describir y analizar usando el hallazgo o ausencia de coledocolitiasis por CPRE como variable primaria de resultado, su correlación con parámetros laboratoriales y ecográficos. Determinar parámetros bioquímicos y ecográficos como predictores de Coledocolitiasis en nuestra población de estudio. TIPO DE ESTUDIO: Estudio observacional transversal descriptivo-analítico, correlacional retrospectivo.MATERIAL YMETODOS: Se incluyeron CPRE realizadas entre enero 2003 y diciembre 2010 (n=664). Se analizaron 403 pacientes cumpliendo con los criterios de inclusión. Se consulto la base de datos del servicio de gastroenterología tomando como criterios de búsqueda colangiografías con sospecha de litiasis coledociana, de la misma se obtuvo la indicación del procedimiento, además se realizo la búsqueda sistemática de datos laboratoriales y ecográficos asentados en las historias clínicas electrónicas. Las variables fueron: indicación del estudio (pancreatitis, colangitis, alteración del laboratorio, imagen radiológica anormal, síndrome coledociano), parámetros laboratoriales (GOT, GPT, GGT, FAL, BIL, T-D-I, PCR, Amilasa y Lipasa), y hallazgos ecográficos (coledocolitiasis, dilatación coledociana, colelitiasis). Los datos fueron analizados mediante Excel y software estadístico SPSS v19 y MedCalc v11.3.0.0. RESULTADOS: De 403 pacientes con sospecha de litiasis coledociana la edad promedio fue de 52 años, 55% de sexo femenino; las indicaciones para el estudio fueron: alteración laboratorial (46%), síndrome coledociano (22%), imagen radiológica anormal (19%), pancreatitis (10%), colangitis (3%). En el análisis univariado se establecieron como predictores bioquímicos a la GGT, FAL y BT, y como predictores ecográficos a la dilatación coledociana y coledocolitiasis por ecografía. En el Análisis de regresión logística múltiple se establecieron como predictores independientes la dilatación coledociana y la coledolitiasis por ecografía, existiendo correlación significativa pobre entre coledocolitiasis por ecografía y CPRE. Se obtuvieron valores de sensibilidad y especificidad superior con parámetros ecográficos y la combinación de los predictores obtuvo una especificidad alta (94,2%). CONCLUSIÓN: Ante un paciente con clínica (dolor, colangitis, pancreatitis, etc), bioquímica alterada (GGT, FAL, BT) y ecografía con cóledoco dilatado y/o visualización de litiasis coledociana se logra una sospecha diagnóstica muy elevada para coledocolitiasis , con alta especificidad (94,2%).

Exactitud Diagnostica de los Parámetros Bioquímicos y Ecográficos Combinados en Coledocolitiasis en Pacientes Sometidos a CPRE

Combinación de predictores	Sensibilidad	Especificidad	VPP	VPN
GGT, FAL, BT	40,0%	81,3%	70,1%	55,2%
Lito mas dilatación del cóledoco por ECO	63,2%	91,3%	83,7%	77,9%

TO/P-27

PANCREATITIS AGUDA

Buzzi, A(1); Lochocki, NB(1); Dri, F(1); Gofii, RR(1); Mastroberetti, ME(1)
(1)Fundación Diagnóstico Médico. Argentina.

INTRODUCCIÓN: La pancreatitis aguda es una enfermedad inflamatoria, la cual se asocia con coledocolitiasis y abuso del alcohol.

En estos casos la tomografía con contraste endovenoso, realizada entre el tercer y el décimo día, es el método de elección, ya que permite no sólo evaluar la morfología pancreática, sino también cuantificar la necrosis. **OBJETIVO:** El objetivo de este trabajo es familiarizarnos con las diferentes etapas de la pancreatitis, valorar las complicaciones asociadas y definir, especialmente, cómo y cuándo utilizar la tomografía computarizada. **MATERIALES Y MÉTODOS/ PACIENTES:** Se seleccionaron pacientes que han concurrido durante el período que va desde Julio del 2010 a Enero de 2011, al sanatorio de la Trinidad de Palermo, de la ciudad Autónoma de Buenos Aires. **RESULTADOS:** El 70% a 80% tendrá una enfermedad leve, y el 20% a 30% tendrá ataques graves. La enfermedad leve o intersticial es una enfermedad autolimitada con recuperación, y sin complicaciones significativas, por lo tanto, los estudios por imágenes no son inmediatamente necesarios.

La pancreatitis aguda grave a menudo produce complicaciones locales tales como, colecciones líquidas, pseudoquistes, abscesos, necrosis pancreática, y hemorragia del páncreas. La mayor frecuencia de muerte se correlaciona con el desarrollo y extensión de la necrosis pancreática.

El grado de necrosis glandular e inflamación peripancreática se refleja en los criterios de Balthazar, y permite una correlación precisa con la morbilidad y mortalidad. **CONCLUSIÓN:** Si bien el diagnóstico de pancreatitis se basa en la clínica y datos de laboratorio, han sido las técnicas de imagen, y especialmente la tomografía computarizada con contraste endovenoso, la que ha supuesto un avance en la clasificación morfológica de esta entidad, evaluación de la gravedad y en el manejo de las complicaciones.

TO/P-29

PRÁCTICA DE LA BIOPSIA HEPÁTICA PERCUTÁNEA EN UN HOSPITAL PÚBLICO

Mosqueda., NM(1)
(1)Hospital Julio C. Perrando. Argentina.

INTRODUCCIÓN: La punción biopsia hepática, (PBH) técnica introducida por Menghini en el año...1958...sigue siendo en el contexto de la medicina moderna un procedimiento de gran utilidad diagnóstica. **OBJETIVO:** Evaluar las indicaciones, resultados y complicaciones de la PBH en nuestro hospital, en un período de 7 años, y comparar los hallazgos con lo publicado en la literatura. **MATERIAL Y MÉTODOS:** Entre los años 2004 y 2011 se analizaron 251 biopsias realizadas en 247 pacientes ambulatorios e internados en el Hospital Julio C. Perrando. La media de la edad fue 43 años (rango 14-83) y la distribución en sexo fue 114 hombres y 137 mujeres.

El procedimiento se realizó por aspiración percutánea con aguja tipo Menghini con guía ecográfica o tomográfica. Permanecieron internados durante 6 hs y cuando eran dados de alta se indicaban signos de alerta y una vía rápida de acceso a un centro de salud.

Se consideraron contraindicaciones: alteraciones no corregibles de la hemostasia, obstrucción biliar severa, ascitis profusa, sospecha de tumor vascular y la falta de evaluación del hígado por algún procedimiento de imágenes. **RESULTADOS:** Sobre las 251 muestras, los hallazgos correspondieron a las siguientes patologías: Normal 22 % (55) Metástasis 13 % (32) Cirrosis 8% (21) Colestasis 7,39 % (19) Esteatosis Hepática 10 % (27) Estadificación de Hepatitis C (14) Estadificación de hepatitis B (3) Hepatitis Autoinmune 6,6% (16) Muestra no significativa (5) Estrasiohepatitis (6) Fibrosis (8) Dilatación sinusoidal (5) Cirrosis biliar primaria (6) Colangitis esclerosante primaria (1) Granuloma epiteloide (4) Tuberculosis (3) Obstrucción biliar extrahepática (2) Hepatocarcinoma (2) Hepatitis alcohólica (1) Lepra (1) Histoplasmosis (1) Absceso piógeno (1) Microhamartomas biliares (2) Hepatitis reaccional (1).

Las complicaciones fueron: Hemoperitoneo (2) y dolor en el sitio de punción (12). No hubo óbitos relacionados al procedimiento. **CONCLUSIÓN:** La biopsia hepática es una herramienta importante en el estudio de pacientes con hepatopatías, no sólo el inicial sino también para estadificar patologías previamente diagnosticadas y que nos permiten determinar el pronóstico y tratamiento más adecuado.

Se trata de un procedimiento seguro cuando los pacientes son adecuadamente seleccionados, permitiendo disminuir los costos de internación.

TO/P-28

RECUPERACIÓN DEL CRECIMIENTO EN UN COHORTE DE NIÑOS CON ENFERMEDAD CELÍACA

Vilallonga, LB(1); Delfante, MA(1); Rodota, LP(1)
(1)Servicio de Alimentación, Hospital Italiano de Buenos Aires, Argentina

INTRODUCCIÓN: La enfermedad celíaca se caracteriza por una intolerancia permanente al gluten de la dieta que produce lesiones de la mucosa en individuos genéticamente susceptibles.

Esta patología se presenta con una amplia variedad de manifestaciones intestinales y extra intestinales. Entre los síntomas más frecuentes en niños se encuentran la diarrea, distensión abdominal, dolor abdominal y la falla en el progreso del crecimiento. Un diagnóstico temprano junto con la introducción de una dieta libre de gluten permitirá alcanzar un adecuado crecimiento. **OBJETIVO:** Se evaluó la recuperación del crecimiento en una cohorte de niños con diagnóstico de enfermedad celíaca al año de realizar una dieta libre de gluten. **MATERIALES Y MÉTODOS:** Se realizó un estudio observacional descriptivo retrospectivo. Se revisaron las historias clínicas electrónicas de todos los niños con diagnóstico de enfermedad celíaca desde el año 1996 a 2009 inclusive. De cada paciente se tomaron las medidas antropométricas al momento del diagnóstico y al año de realizar la dieta libre de gluten. Los parámetros antropométricos se expresaron como scores Z. Se utilizó el test de Student para muestras pareadas. **RESULTADOS:** Se identificaron 149 pacientes, 100 mujeres y 49 varones, de los cuales, 37 tenían menos de 2 años de edad al momento del diagnóstico. La media de edad al diagnóstico fue de 4,7+ 3 años. Los síntomas más frecuentes (n: 102) fueron: distensión abdominal 48%, diarrea 46%, pérdida de peso 44 %, anemia 22%.

Hubo una mejoría del score Z de peso (n: 58) entre el momento del diagnóstico y el control al año - 0,59+ 1,17 vs -0,21 +/- 1,29 (P: < 0,001). La diferencia en el score Z de talla no alcanzó significancia estadística - 0,31 +/- 1,49 vs -0,13 +/- 1,40 (p 0,10). **CONCLUSIÓN:** Si bien la mayoría de los pacientes no se encontraban desnutridos, se observa que frente a la intervención dietética, se logra la recuperación del peso en forma significativa. Respecto a la talla si bien se observa una tendencia en su recuperación, no se detectó un cambio estadísticamente significativo, quizás debido al corto tiempo del estudio.

TO/P-30

TRATAMIENTO ENDOSCÓPICO DE LAS VÁRICES ESOFÁGICAS EXPERIENCIA DE UN CENTRO

DOLAN, M(1); de Mingo, L(1); Scacchi, A(1); Romo, r(1); Chaves, E(1); Barri, A(1); Caruso, S(1); Quiroga, R(1); Fernandez, R(1); Rainero, G(1); Copello, H(1)
(1)Hospital Churruca-Visca. Argentina.

INTRODUCCIÓN: La hemorragia variceal (HDV) es una complicación frecuente y grave de la cirrosis hepática y de la hipertensión portal.

Un 40-50% de los pacientes con cirrosis presentan várices esofágicas en el momento del diagnóstico de la enfermedad. El tratamiento específico consta de medidas farmacológicas y tratamiento endoscópico, (BALON, TIPS, THO). Actualmente es de elección la ligadura endoscópica de las várices (LEV), siendo la escleroterapia una medida alternativa. **OBJETIVO:** Reportar la experiencia en el tratamiento con LEV en el episodio agudo y el seguimiento de los pacientes detallando la eficacia, complicaciones propias del procedimiento y la mortalidad de la hemorragia. **MATERIAL Y MÉTODOS:** • Se revisaron de forma retrospectiva las fichas de los pacientes que ingresaron con diagnóstico de HDV. • Se evaluó el período comprendido entre octubre del 2008 a marzo de 2010. • Ninguno de los pacientes evaluados presentaban criterios de PBE, SHR o encefalopatía. • Se administró ceftriaxona, terlipresina, lactulosa y soporte hemodinámico y transfusional en casos necesarios. **RESULTADOS:** • Durante el período revisado, se admitieron 30 pacientes con HDV. • El 76 % de los pacientes eran del sexo masculino. Rango de edad 42-86 años (63 años). • La etiología principal fue alcohólica. El 76 % de los pacientes presentaba score de CHILD-PUGH B. • El 70 % presentaban varices grandes, 66 % varices en riesgo y el 20% con sangrado activo al momento de la endoscopia. • En el 93% del total se logró hemostasia endoscópica. Un paciente requirió Shunt P-C y otro balón S-B, obitando a la retirada. • El 11 % presentó resangrado que se trató exitosamente con nueva sesión de LEV. • La mortalidad de la HDV fue del 3,3 % a 6 semanas. Durante el seguimiento la mortalidad fue del 16,6 % por causas ajenas a la HDV. • En el 83 % se logró la erradicación de las várices; en los no respondedores a erradicación se realizó GPVH, intensificando el tratamiento endoscópico y médico (agregado de MNI) con buena evolución a la fecha. • Se constató un 10 % de complicaciones asociadas al procedimiento endoscópico, hematoma sub-mucoso, úlcera por LEV y estenosis esofágica que se resolvió con dilatación. **CONCLUSIÓN:** En nuestra serie de casos, observamos, al igual que en la literatura, que el tratamiento de la HVA con LEV (+ terlipresina) es eficaz y seguro. Además la erradicación de las

TO/P-31

MORBILIDAD Y MORTALIDAD DE LOS PACIENTES CON CIRROSIS HEPÁTICA DESCOMPENSADA DURANTE EL PERÍODO QUE CONLLEVA AL ACCESO PARA LA EVALUACIÓN PRE- TRASPLANTE HEPÁTICO

Chao, S(1); Nardi, G(2); Corvetto, G(1); Uehara, O(1); Romay, S(2)
(1) Unidad de Gastroenterología, Hospital Presidente Perón de Avellaneda, Buenos Aires, Argentina (2)Unidad de Clínica Medica, Hospital Pirovano, Buenos Aires, Argentina

INTRODUCCIÓN: El momento de acceso a la lista de espera para trasplante hepático está sometido a una gran variabilidad clínica. Para homogeneizar este criterio, es necesario de un sistema de medición de la gravedad de la enfermedad hepática que determine una puntuación con la que se tenga certeza que el trasplante, no genere una mortalidad superior a la evolución natural de la enfermedad y que además éste, aumente claramente la supervivencia. La clasificación de Child- Turcote- Pugh (CTP) y la formula MELD son referencia para evaluar el pronóstico en los enfermos cirróticos. Esta última, ha generado un avance para definir mejor la categoría de enfermos en riesgo y priorizar según el pronóstico a corto plazo, de acuerdo con la política de "primero el más enfermo". Varios estudios demuestran que, el trasplante como procedimiento terapéutico con intención de tratar, se comporta como protector al establecer como punto de corte en la fórmula MELD entre 15 y 17 puntos. Asimismo, otros estudios de casos y controles han determinado que el trasplante se comporta como protector con una puntuación CTP por encima de 8. Se ha observado que estos tienen una mortalidad en lista superior al 10% por lo cual deberían priorizarse. **Objetivo:** Evaluar la morbi-mortalidad de los pacientes con cirrosis hepática descompensada durante el período que conlleva el acceso a la evaluación pre trasplante hepático. **MATERIALES Y MÉTODOS:** Fueron estudiados 22 pacientes en forma retrospectiva en seguimiento ambulatorio o detectados en internación quienes presentaban cirrosis hepática descompensada con indicación de evaluación pre trasplante hepático, procediendo a la solicitud de la misma durante el período de 2006 a 2010. Se incluyeron pacientes mayores de 18 años con antecedentes de cirrosis hepática descompensada (CPT B8 - MELD 6). Se excluyeron pacientes con criterios expandidos para hepatocarcinoma. Los resultados se expresan en la tabla como el desvío estándar de la media. (Tabla 1) **CONCLUSIONES:** Nosotros pudimos observar, que la media de los días desde la solicitud de la evaluación hasta el acceso a la evaluación fue de 97 días. Durante este período la progresión de la enfermedad fue altamente significativa para su valoración con el puntaje MELD. La mortalidad del grupo fue del 22% antes del acceso a la evaluación. La complicación más frecuente fue ascitis refractaria. Por lo tanto, consideramos que los pacientes con un puntaje MELD entre 14 y 17 deberían tener prioridad para su evaluación sin que durante este período se vea afectada la sobrevida y el éxito de la indicación del trasplante hepático.

Tabla 1

	Al solicitar la evaluación	Al acceso a la evaluación
MELD	14±5	17±6*
Child-Turcote- Pugh	8±1	9±1

p<0,05

TO/P-33

TUMORES ESTROMALES DIGESTIVOS: EXPERIENCIA EN HOSPITAL GENERAL POLIVALENTE DURANTE 10 AÑOS

Martín, M(1); Bertola, S(1); Higa, MA(1); Ruiz, EG(1); Sanchez Vera, CM
(1)Hospital Privado de Córdoba

INTRODUCCIÓN: los tumores estromales digestivos (TED) son neoplasias sub-mucosas. Afectan más al estómago y al intestino delgado. Son los tumores digestivos no epiteliales más frecuentes, pero son menos del 1% de los tumores digestivos. Los datos disponibles en nuestro medio son escasos. Se presenta aquí la experiencia de un hospital polivalente durante una década. **MÉTODOS:** Estudio epidemiológico retrospectivo. Se localizó en la base de datos del servicio de Patología del hospital, los pacientes con diagnóstico de TED desde el 2000 al 2010, o por biopsia o pieza quirúrgica. Se revisaron las historias clínicas electrónicas y escritas y se eliminaron aquellos casos en los cuales se había hecho el diagnóstico por biopsias de otras instituciones sin datos disponibles de los pacientes. De cada paciente se obtuvieron datos epidemiológicos (edad al diagnóstico, género), clínicos (forma de presentación, tamaño, muerte, localización, años de seguimiento, nuevo TED), y anatomopatológicos (mitosis, riesgo de Fletcher, presencia de CD117 y Ki67). Se identificaron todos los tumores gástricos diagnosticados durante el período de estudio a fin de determinar cuántos de ellos habían TED. **RESULTADOS:** Hubieron 20 casos de TED en los 10 años. El 55% de los pacientes eran hombres. La edad media al diagnóstico era de 51,1 años (23-70), 48,66 años para las mujeres y 53,09 en los hombres. Presentación: En el 42,86% de los casos fue hallazgo endoscópico, 23,81% hemorragia digestiva alta (HDA), 14,29% oclusión intestinal, 9,52% anemia crónica, y 1 caso de apendicitis aguda y dispepsia crónica. La oclusión intestinal sucedió solo en mujeres, y en los hombres fue tan frecuente la HDA como el hallazgo endoscópico (36,36%). Localización: En el 70% de los TED se encontraba en estómago, el 15% en intestino delgado, el 10% en duodeno y el 5% en apéndice. El 85,71% de las muestras fue por pieza quirúrgica. 2 pacientes murieron debido a TED, uno en el postoperatorio. En 2 pacientes se diagnosticó en el seguimiento otro TED. El tamaño medio de los tumores fue de 73,7 mm (15-290). Los años de seguimiento medio fueron 3,15 (0-9). Anatomía Patológica: El 55% de los pacientes tenían CD117 positivo, el 25% positivo/negativo, y el 20% negativo. Número de mitosis por 50 campos: 30% de los informes no lo mencionan, el 45% tiene entre 1-5, el 20% 6-10, y el 5% +10. El marcador de proliferación Ki67, no está informado en el 45%, es del 5% en 5 pacientes, del +10% en 3 pacientes, del 3% en 2 pacientes y de 10% en 1 paciente. El riesgo de Fletcher es bajo en el 60% de los casos, intermedio en el 10% y alto en el 30%. En esos 10 años se diagnosticaron 110 tumores gástricos, de los cuales el 12,72% fueron TED. **CONCLUSIÓN:** Los TED estudiados han sido tumores grandes, mayormente localizados en estómago, de curso

TO/P-32

ENFERMEDADES AUTOINMUNES DEL HÍGADO EN UN CONSULTORIO DE HEPATOLOGÍA DE UN HOSPITAL ZONAL

Daino, D(1); Adrover, R(1); Cocozzella, D(1); García, A(1); Pellizzoni, M(1); Contreras, M(1); Romé, J(1)
(1)Hospital Zonal San Roque de Gonnet. Buenos Aires, Argentina

INTRODUCCIÓN: el hígado es un órgano sometido a gran exposición antigénica por lo que resulta crucial la capacidad del sistema inmunitario hepático para distinguir entre los antígenos propios y los extraños.

La hepatitis autoinmune (HAI), la cirrosis biliar primaria (CBP) y el síndrome de superposición entre HAI y CBP (SSP), son las enfermedades autoinmunes más frecuentes del hígado. Habitualmente, existen antecedentes personales de otras enfermedades autoinmunes, con un claro predominio del género femenino.

HAI y CBP, son entidades distintas, cada una de ellas tienen características clínicas, serológicas e histológicas definidas. **MATERIALES Y MÉTODOS:** se realizó un estudio retrospectivo y descriptivo de los pacientes asistidos en el consultorio de hepatología del servicio de gastroenterología del Hospital Zonal San Roque de Gonnet. Se revisaron un total de 540 historias clínicas de pacientes asistidos entre enero de 2008 y diciembre de 2010. Se evaluaron aquellas que presentaron diagnóstico de hepatopatía autoinmune y se analizó el motivo de consulta, el perfil bioquímico hepático, el dosaje de inmunoglobulinas (IgG, IgA e IgM), la presencia de autoanticuerpos antinucleares, anti musculo liso y anti mitocondriales, la biopsia hepática y las enfermedades autoinmunes concomitantes presentes al momento de la consulta. **RESULTADOS:** del total de historias clínicas analizadas, 28 pacientes (5,2%) presentaron hepatopatías autoinmunes, de los cuales 10 fueron CBP (35,7%), 11 HAI (39,3%) y 7 SSP (25,0%). El 89,2% de ellas fueron mujeres y la edad promedio fue de 53 años. El motivo de consulta más frecuente (42,8%) fue el aumento de transaminasas (8 HAI, 2 CBP y 2 SSP); el aumento de fosfatasa alcalina motivó la consulta en 25,0% (5 CBP y 2 SSP); el prurito originó la consulta en 21,4% (3 CBP y 3 SSP) y finalmente la ictericia en 10,7% (3 HAI) de los pacientes. El 40% de los pacientes con CBP tenía enfermedades autoinmunes concomitantes al momento del diagnóstico, 2 de ellos presentaron enfermedad celíaca, 1 hipotiroidismo y 1 Síndrome de Sjögren. El 27% de los pacientes con HAI tenían hipotiroidismo al momento del diagnóstico y el 14% de los pacientes con síndrome de superposición presentó Síndrome de Sjögren. Veinte pacientes (70%) fueron sometidos a punción biopsia hepática (PBH), de los cuales sólo en 3 de ellos (15%) se halló cirrosis. Cuatro pacientes presentaron signos clínicos de hipertensión portal y otros 4, que no aceptaron realizarse una biopsia hepática, tuvieron diagnóstico de CBP de acuerdo a marcadores biológicos. **CONCLUSIÓN:** las enfermedades autoinmunes del hígado representan en nuestro Hospital una causa frecuente de consulta. Los hallazgos respecto al género y a la concomitancia de otras enfermedades autoinmunes en estos pacientes, son semejantes a lo publicado en otras series.

TO/P-34

PREVALENCIA DE PATOLOGÍAS DEL TRACTO DIGESTIVO SUPERIOR EN PACIENTES CON INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA. HELICOBACTER PYLORI Y SU RELACIÓN CON NIVELES SÉRICOS DE UREA

Castillo, G(1); Castillo, GM(1); Castillo, GM(1); Castillo, GM(1); Castillo, GM(1); Castillo, GM
(1)Servicio de Gastroenterología, Hospital Córdoba, Córdoba, Argentina

INTRODUCCIÓN: Las alteraciones relacionadas con el aparato digestivo superior en pacientes con IRC (insuficiencia renal crónica) se manifiestan por sintomatología inespecífica que no se correlaciona con los hallazgos endoscópicos. En este grupo de pacientes, pendientes de trasplante renal, además de los factores de riesgos que comparten con la población general para el desarrollo de patologías del TDS (tracto digestivo superior), se le suma el estado de inmunosupresión que puede influir negativamente en el pronóstico de su enfermedad.

OBJETIVOS: Conocer la prevalencia de patologías del tracto digestivo superior en pacientes con IRC y su correlación clínica-histológica y endoscópica-histológica. Prevalencia de HP y relación con valores de uremia y creatinemia. **MATERIALES Y MÉTODOS:** Se realizó un estudio transversal, el universo lo conformaron todos los pacientes del servicio de Gastroenterología a los que se les realizó FEDA en el período comprendido entre el 1/01/09 y el 31/03/10 , cuya muestra la integraron los pacientes en protocolo de trasplante renal mayores de 16 años, de ambos sexos a los que se les realizó FEDA en ese mismo período. Los datos relacionados con las variables en estudio se recopilaron de historias clínicas, informes de FEDA y anatomía patológica. Se comparó la prevalencia de HP (helicobacter Pylori) con un grupo control. **RESULTADOS:** El 54,55% de la muestra fue de sexo masculino, el 56,8% presentó Helicobacter Pylori (HP), la edad media de pacientes con HP fue de 45±12,89 y sin HP de 35±13,3. La patología del TDS más prevalente por FEDA fue las Gastropatía congestiva (79,5%), Esofagitis no erosiva (31,8), Gastropatía erosiva (25%), Gastropatía atrófica (9%), Duodenitis congestiva (6,8%), Esofagitis erosiva (2,27%) y Duodenitis erosiva (2,27%). Sólo el 27,91% presentó sintomatología digestiva. El HP estuvo presente en el 52,63% de las Gastropatías congestivas, en el 71,43% de las Esofagitis no erosivas, en el 63,6% de las Gastropatías erosivas, el 75% de las Gastropatías atroficas y en el 100% de las Duodenitis erosivas y Congestivas. La media para la uremia en pacientes con HP fue de 134,40 ± 67,08 mg/dl y en el grupo sin HP fue de 105,32 ±47,97 mg/dl.

La media para la creatinemia en pacientes con HP fue de 7,16 ± 4,26 mg/dl y en el grupo sin HP fue de 5,87 ± 3,77 mg/dl observandose diferencia estadística significativa (P 0,0126).

La proporción de HP en los pacientes con IRC fue de 0,57, mientras que para el grupo control fue de 0,65 sin diferencia estadística significativa (P 0,126).

CONCLUSIÓN: La patología del tracto digestivo superior más prevalente fue la Gastropatía congestiva. No se encontró correlación entre la sintomatología clínica de los pacientes y los hallazgos endoscópicos. La prevalencia del helicobacter Pylori en los pacientes con IRC

TO/P-35

ESTUDIO POBLACIONAL , PREVALENCIA Y CORRELACIÓN DE LAS LESIONES DE LA MUCOSA GASTRICA CON LA PRESENCIA DE HELICOBACTER PYLORI SEGÚN CRITERIOS ENDOSCÓPICOS Y ANATOMOPATOLÓGICOS EN NUESTRO HOSPITAL

Cerdas, NB(1); Ame, C; Ortiz, G
(1)Servicio de Gastroenterología, Hospital Córdoba, Córdoba, Argentina

INTRODUCCION: La colonización del estómago por Helicobacter pylori(Hp) es la más común de las infecciones bacterianas en el ser humano. Su prevalencia en los países emergentes supera el 70%y llega al 90%en latinoamerica constituyendo un problema para la salud pública.Por ser tan prevalente en nuestro medio es muy importante aportar información epidemiológica. OBJETIVOS: Determinar la prevalencia del Hp en adultos,las lesiones gástricas endoscópicas y anatomopatológicas mas prevalentes, su relación con Hp en nuestro servicio,y una correlación endoscópica/histológica. MATERIAL Y MÉTODOS: Se realizó un estudio descriptivo-observacional de tipo transversal sobre 362 pres, se selecciono 284.Las endoscopías digestivas altas se realizaron con un fibroendoscopio OLYMPUS GIF type q20 tomando 2 biopsias de antro y 1de cuerpo en adultos ambulatorios e internados con síntomas digestivos, protocolos de estudio para pretráplante renal, anemia de etiología a determinar, post-quirúrgico de cirugía gástrica o tu oculto en el periodo entre 20 marzo del2009 a28 de enero del 2010. RESULTADOS: El 62%(177/284) presentaron Hp(+) el 53.6% fueron mujeres y el 46.4% varones, la edad media fue de 47 y51 años respectivamente.Considerando el hallazgo endoscópico en presencia de Hp(+) el 58.1%(165 ptes)del total presentaron gastropatía congestiva con una diferencia significativa(p=0,040) el 14.4%(41)gastropatía atrófica y el 16.3%(46)gastropatía erosiva.Las lesiones microscópicas mas frecuentes asociadas a Hp(+)fueron en antro: gastritis crónica difusa 43.8%(124),gastritis crónica superficial 8.8%(25), gastritis crónica atrófica 8.1%(25)y metaplasia enteral completa7.8%(22)en cuerpo: gastritis crónica difusa 21.9%(62), gastritis crónica superficial20.8%(59)edema con congestión11.3% y mucosa normal 8.5%.La gastritis crónica folicular asociada a Hp fue más frecuente en antro 5.3% que en cuerpo 2.1%.Las úlceras gástricas fueron 1.8%(5) en antro de las cuales 3 se asociaron a Hp.Los pólipos gástricos el 1.4%(4)1 glandular fúndico con Hp(-) y 3hiperplásicos Hp+. CONCLUSION: La relación sexo/Hp no fue relevante.Nuestro hospital público presentó un %de Hp(62%)inferior al de en una institución privada de nuestra ciudad(71%)La edad media fue similar para ambos sexos. La lesión endoscópica más frecuente fue la gastropatía congestiva 90.1%,con Hp(+) en el 58.1%de la muestra y fue la única con asociación significativa a Hp.La lesión microscópica mas prevalente fue la gastritis crónica difusa predominando en antro 59%en relación a cuerpo 31%, siendo en antro Hp(+) para el 43.8%.La gastritis crónica folicular predomino en antro con asociación significativa con Hp haciendo un total de 21 ptes (7.4%) teniendo en cuenta antro y cuerpo a diferencia de estudios de otra institución de nuestra ciudad donde el %se duplicó. El 60%de las úlceras tenía Hp, predominaron los pólipos hiperplásicos asociados a Hp en el 100%. El Hp fue más frecuente en antro coincidente con la bibliografía.

Lesiones anatomopatológicas con asociación significativa a Hp

Diagnóstico Microscópico	Chi CuadradoValor P-
G.C.SUPERFICIAL- CUERPO	0,050
G.C.DIFUSA-CUERPO	0,054
G.C.DIFUSA-ANTRO	0,000
G.C.ATROFICA-ANTRO	0,046
G.C.FOLICULAR-ANTRO	0,007
METAPLASIA ENTERAL INCOMPLETA-ANTRO	0,036
TUMOR-CUERPO	0,026
EDEMA/CONGESTION-ANTRO	0,000
MUCOSA NORMAL-CUERPO	0,008
MUCOSA NORMAL-ANTRO	0,000

TO/P-37

VALORES NORMALES E INFLUENCIA DEL SITIO DE COLOCACION DE LOS ELECTRODOS EN LA ph-METRIA GASTRICA

Lasa, JS(1); Peralta, AD(1); Dima, G(1); Soifer, LO(1)
(1)Sección de Gastroenterología, Departamento de Medicina Interna, CEMIC. Buenos Aires, Argentina

INTRODUCCION: La medición en forma prolongada de la acidez gástrica es un procedimiento útil para la investigación de los trastornos relacionados con la secreción ácida y para analizar la respuesta de los fármacos antisecretores. El empleo de microelectrodos intragástricos conectados a grabadores ambulatorios de estado sólido se utiliza cada vez más y está sustituyendo a los métodos aspirativos tradicionales. Esta técnica tiene la ventaja de permitir un conocimiento preciso no sólo del nivel, sino también de las variaciones de la acidez gástrica en el tiempo, en relación con los acontecimientos habituales de la vida cotidiana. OBJETIVOS: 1) Determinar los valores porcentuales normales de pH menor de 4 intragástricos de 24 horas en sujetos controles asintomáticos; 2) Establecer si existen diferencias en los porcentajes de pH relacionados con la ubicación de los electrodos intragástricos. MATERIALES Y METODOS: 17 sujetos asintomáticos (10 varones; edad promedio 37.2 años, rango 18-54) dieron su consentimiento escrito para que se les efectuara el estudio ambulatorio de pH intragástrico. Con el sujeto en ayunas, un catéter de pH con doble electrodo de antimonio, fue introducido por vía nasogástrica. El electrodo distal fue posicionado a 55 cm y el proximal a 50 cm del reborde nasal. Fueron capturados 6 valores de pH por minuto en equipos ambulatorios Sandhill * (Sandhill Scientific, Highlands Ranch, CO, USA), y los resultados fueron interpretados mediante el software correspondiente. Se analizaron estadísticamente los porcentajes de pH menor a 4 en las 24 horas del estudio y se compararon los porcentajes obtenidos con ambos electrodos. Para la comparación de los resultados entre electrodos proximal y distal se utilizó el test de Wilcoxon. RESULTADOS: En tres de los 17 sujetos los valores de pH en el electrodo proximal fueron compatibles con una ubicación intraesofágica, por lo que estos sujetos no fueron tomados en cuenta para la comparación entre ambos electrodos. El valor considerado como normal para pH < de 4 en los electrodos proximal y distal respectivamente fue de 82.95 (poner ambos valores con IC 95%) Entre ambas ubicaciones de los electrodos se verificaron diferencias significativas en los porcentajes de pH menor de 4 de 24 horas (P= 0.003). Además, al evaluar la correlación entre ambas mediciones, encontramos que la misma fue débil [r2= 0.3 (IC 95% = 0.022-0.834)] CONCLUSIONES: La ubicación de los electrodos es un factor importante a considerar cuando se interpretan los resultados de una pH-metría ambulatoria intragástrica de 24 horas.

TO/P-36

RÉDITO DIAGNÓSTICO DE LA ENDOSCOPIA DIGESTIVA ALTA EN PACIENTES CON TRANSPLANTE RENAL Y RENOPANCREÁTICO

Pizzala, JE(1); Matoso, MD(1); Algranati, S(2); Imperiali, N(2); Talamazzi, AR(1); Abecia, VH(1); Cariello, M(1); Mombelli, C(2); Pierángelo, M(2); Carrillo, PA(1); Jiménez Larriva, D(1); Giunta, D(3); Giordani, M(2); Groppa, S(1); Boutboth, G(1); Macías Gómez, C(1); De Paula, JA(1)
(1)Gastroenterología, Hospital Italiano de Buenos Aires, Argentina. (2)Nefrología, Hospital Italiano de Buenos Aires, Argentina. (3)Investigación clínica, Hospital Italiano de Buenos Aires.

INTRODUCCIÓN: Los síntomas gastrointestinales altos son frecuentes en pacientes con trasplante renal y renopancreático. Los mismos pueden ser secundarios a al uso de inmunosupresores y/o estar asociados a infecciones oportunistas (IO). La videoendoscopia digestiva alta (VEDA) es útil en el diagnóstico de patologías con implicancia clínica. OBJETIVOS: Nos propusimos evaluar el rédito diagnóstico de la VEDA en esta población y describir los hallazgos endoscópicos. También evaluar la correlación clínica-endoscópica en este grupo de pacientes. MÉTODOS: Se revisaron manualmente 218 historias clínicas electrónicas de los pacientes que recibieron un trasplante renal o renopancreático entre junio del 2004 y octubre del 2010 en un hospital universitario. Se seleccionaron los pacientes que habían sido sometidos a VEDA por síntomas gastrointestinales altos (epigastralgia, disfagia, odinofagia, sospecha de sangrado digestivo alto). Fueron analizados los datos demográficos, clínicos, endoscópicos y los resultados de los exámenes realizados sobre las muestras de tejido obtenidas. RESULTADOS: Treinta y cuatro de los 218 pacientes transplantados fueron sometidos a una VEDA con un seguimiento promedio de 26.1 meses (1.5-66). La mediana de edad fue de 36 años (24-70), la relación mujer/hombre: 1.2. El esquema de inmunosupresión utilizado en 30 de 34 pacientes (88%) incluía micofenolato. Los síntomas que más frecuentemente motivaron el estudio fueron: epigastralgia (32%), sospecha de sangrado digestivo (21%), vómitos (15%) y odinofagia (12%). El dolor epigástrico se presentó con mayor frecuencia en el grupo con IO (47%) que en el grupo sin IO (27%). El 85% de las VEDAs fueron realizadas dentro de los primeros 6 meses post trasplante. En 24 pacientes se encontraron anomalías macroscópicas en la VEDA. En 14 (44%) pacientes se encontraron 16 IO: Citomegalovirus en 9, esofagitis por cándida en el 4 y strongyloidiasis invasiva en 3 pacientes. Los pacientes con IO tuvieron una mayor frecuencia de alteraciones macroscópicas en la VEDA (grupo IO: 93% vs grupo sin IO: 57%, p < 0.024). No hubo diferencia significativa en la frecuencia de IO entre los trasplantes renales (22) y los Trasplantes renopancreáticos (12). CONCLUSIONES: La VEDA seguida de adecuado análisis de la muestra obtenida tuvo un elevado rendimiento diagnóstico en este grupo de pacientes, debido a que detectó anomalías clínicamente significativas en el 44%. Creemos que la VEDA es una herramienta útil en el diagnóstico de IO asociadas a la inmunosupresión y que la presencia de síntomas digestivos altos debe alertar sobre una la necesidad de su realización en forma precoz. CONCLUSIÓN: las enfermedades autoinmunes del hígado representan en nuestro Hospital una causa frecuente de consulta. Los hallazgos respecto al género y a la concomitancia de otras enfermedades autoinmunes en estos pacientes, son semejantes a lo publicado en otras series.

TO/P-38

VALORACION DE LA CHARLA PREVIA PARA LA PREPARACION PARA UN ESTUDIO DE COLONOSCOPIA

Gomez, PH(1); Gomez, PH(2)
(1)Hospital Aeronáutico Central (2)Hospital Aeronáutico Central,Servicio de Gastroenterología. Argentina.

Esta es una Estadística de estudios de colonoscopia realizados,en el mes de Enero de 2008 al mes de Junio de 2009 y estudios realizados de colonoscopia del mes de Julio de 2009 al mes de Diciembre de 2010. Los resultados son :en el primer periodo se realizaron 306 estudios de videoscolonoscopias, y en el segundo periodo :416 estudios realizados. En el primer periodo(306 estudios) eran los médicos del servicio en la atención de consultorio los que entregaban la preparación previa al paciente, hubo 26 pacientes que vinieron mal preparados con restos de materia fecal, lo cual dificultó el procedimiento. De ese total 21 eran internados del hospital y 285 ambulatorios. En el segundo periodo (416 estudios) me hice responsable yo, que soy asistente endoscopista, de dar la preparación previa a los pacientes, para realizar estudios colonoscopicos, hubo 41 pacientes que vinieron mal preparados con restos de materia fecal en el colon, de ese total 29 eran internados del hospital y 387 eran ambulatorios. Las conclusiones que puedo sacar de esto es que, una buena comunicacion paciente-asistente y médico, es fundamental para realizar un buen estudio del colon, reduciendo el peligro de perforación , pudiendo realizar un mejor diagnóstico y una mejor terapéutica en el caso que lo requiera. Tenemos que aceptar que a veces entregar un papel y que el paciente se arregle como pueda, no es lo mejor también hay que explicarlo en forma verbal, no solo la limpieza sino tambien los riesgos que con lleva una mala preparación. Tomarse 15 minutos con cada paciente puede salvar vidas,detectando enfermedades malignas a tiempo y evitando cirugías innecesarias. GRACIAS.

CC/O-01

SÍNDROME CRONKHITE CANADA: UNA CAUSA INFRECIENTE DE MALABSORCIÓN INTESTINAL

Gimenez Villamil, MP(1); Manazzoni, D(1); Rivera, JC(1); Etchevers, MJ(1); Abecia, VH(1); Pizzala, JE(1); Mullen, E(2); Van Domselaar, F(1); Piccioni, HL(1); De Paula, JA(1)

(1)Gastroenterología, Hospital Italiano, Buenos Aires, Argentina (2)Anatomía Patológica, Hospital Italiano, Buenos Aires, Argentina

INTRODUCCIÓN: El Síndrome de Cronkhite Canada es una enfermedad infrecuente. Se han reportado 400 casos en todo el mundo, de los cuales el 75% son japoneses. Está caracterizado por pólipos gastrointestinales no adenomatosos, diarrea crónica, hipoproteínea, malnutrición y alteración de las faneras. Su etiología es desconocida y su tratamiento un desafío. Presentamos un nuevo caso de este síndrome con el objetivo de recordar su existencia y aumentar la casuística e información disponible. **CASO CLÍNICO:** Hombre, 74 años de edad nacido en Catamarca y radicado en Comodoro Rivadavia. Refiere presentar en el último año diarrea líquida, abundante, sin moco, pus o sangre acompañado de hipoguesia y pérdida de 20 kg de peso. En su centro de referencia inicia dieta libre de gluten por sospecha de enfermedad celíaca sin respuesta con deterioro del estado general y trastornos hidroelectrolíticos severos por lo que se decide su derivación a nuestro centro. Examen físico al ingreso: emaciado con deterioro del sensorio. Pérdida de uñas de las manos. Distrofia de uñas de los pies. Hiperpigmentación de palmas de las manos y plantas de pies. Alopecia difusa. Laboratorio: Hb 10g/dl, VCM 109, albuminemia 2.5g/dl, Na 138mEq/l, K 3,1mEq/l, Cl 113mEq/l, Ca i 0,96mEq/l, Mg 2,2mEq/l, P 4mEq/l. Serología de la enfermedad celíaca y HIV negativa VEDA: pliegues duodenales de aspecto edematoso. Región antral con múltiples lesiones sobrelevadas congestivas mamelonadas. VCC hasta los 60 cm del margen anal muestra dilatación colónica en todo el segmento evaluado con áreas parcheadas de mucosa micro-nodular con pérdida del patrón vascular y formaciones sobrelevadas polipoideas, algunas digitiformes, congestivas, sangrantes al roce. Biopsias de colon descendente, sigmoideas, recto: presencia de glándulas irregulares, dilatadas, de aspecto quístico, algunas con morfología hiperplásica o bifurcaciones. Compatible con pólipos hamartomatosos. Antro y duodeno presentan alteraciones similares. Se establece el diagnóstico de Síndrome de Cronkhite Canada y se inicia tratamiento con esteroides EV y alimentación parenteral. Presenta franca mejoría de su estado general con re-epitelización de faneras pero con persistencia de la diarrea y requerimiento de reposiciones electrolíticas. Se decide la derivación a su lugar de origen, para seguimiento. **COMENTARIO:** El síndrome de Cronkhite Canada es una entidad poco frecuente, con pobre respuesta al tratamiento y mal pronóstico. Si bien es una rareza, ante un paciente con síndrome de malabsorción, alteraciones en el gusto y el olfato e hipoplasia ungual debemos sospechar esta enfermedad. La infrecuencia y las numerosas dudas respecto a su etiología y tratamiento motivan la comunicación de nuevos casos.

CC/O-03

METÁSTASIS OVÁRICA DE TUMORES COLORECTALES. REPORTE DE TRES CASOS

Babot Eraña, G; Cazón, R; Palazzo, A; Palazzo, A; Palazzo, F; Pérez, D; Ortiz Mayor, M
Argentina.

INTRODUCCION: El cáncer colorrectal (CCR) ocupa el segundo lugar en incidencia y mortalidad por cáncer en la mayoría de los países desarrollados, en ambos sexos. Al momento del diagnóstico hay metástasis en 20% de los casos y más del 50% de los pacientes tendrán enfermedad metastásica o localmente avanzada en algún momento de la evolución. Los ovarios son lugar frecuente de metástasis (prevalencia del 6%). El diagnóstico diferencial con tumores primarios de ovarios suele ser una dificultad por su semejanza histológica. **PACIENTES:** Caso 1: mujer de 38 años, consulta por abdomen agudo suboclusivo, ecografía imagen quística en ovario derecho de 133 x 105 mm; se realizó anexohisterectomía bilateral. Biopsia informa cistoadenocarcinoma endometroide. Recibe tratamiento quimioterápico. Seis meses después consulta nuevamente por abdomen agudo oclusivo, se deriva a nuestro servicio. Al ingreso TAC abdominal evidencia marcada distensión de marco colónico y asas de intestino delgado, reducción de calibre a nivel de ampolla rectal y engrosamiento de sus paredes. Colonoscopia: a 10 cm de margen anal lesión estenosante mamelonada. Biopsia: adenocarcinoma moderadamente diferenciado infiltrante de colon. Se revisa primera biopsia y se evidencia que presentaba misma histología. Caso 2: mujer de 37 años quien refiere desde octubre 2008 diarrea crónica, anemia, hipertransaminasemia, que fue estudiada sin llegar a determinar etiología. Cursa segundo embarazo en Set 2009. Eco TV a las seis semanas de gestación: normal. Presenta diarrea, dolor abdominal y vómitos durante los primeros seis meses. Pierde 15 kg. Eco abdominal: litiasis vesicular. Se instala cuadro suboclusivo y deterioro de función hepática. RMN: neoformación en colon derecho. Se realiza cesárea con hemicolectomía derecha y anexohisterectomía por compromiso ovárico bilateral. Biopsia: adenocarcinoma moderadamente diferenciado de colon con metástasis ovárica bilateral. Consulta en nuestro servicio en mayo 2010 por epigastralgia y náuseas secundarias a quimioterapia. VEDA, colono y eco de control, normales. Caso 3: Mujer de 49 años ingresa por diarrea aguda con antecedente de adenocarcinoma metastásico de colon en ovario derecho. CEA normal. Eco Abdominal: en FII imagen de viscera hueca de pared gruesa, hipoeoica, en diana de 36 x20 mm. Rectosigmoidoscopia: proceso orgánico en sigma a16 cm del margen anal. TAC: recto con paredes engrosadas en forma regular. Mar 2011: hemicolectomía izquierda. Biopsia: adenocarcinoma moderadamente diferenciado de colon. **CONCLUSIONES:** Ante un tumor de ovario se debe descartar que sea un tumor secundario de origen gastrointestinal y viceversa. En las pacientes con cáncer de estómago o colon descartar siempre la presencia de metástasis ováricas. Se debería realizar endoscopia alta y colonoscopia en las pacientes con tumor de ovario antes de la cirugía. Se discute la neofectomía profiláctica en pacientes sometidas a cirugía por tumores gas-

CC/O-02

HIPERTRANSAMINEMIA EN LACTANTE CON DIAGNÓSTICO DE GLUCOGENOSIS

Quinteros, E(1); Petri, V(1); Riga, C(1); Depetri, ML(1)

(1)Servicio de Gastroenterología, Hospital de Niños de la Santísima Trinidad, Córdoba, Argentina

INTRODUCCIÓN: Las Glucogenosis son un grupo de enfermedades poco frecuentes caracterizadas por depósito de glucógeno en hígado, músculo y otros órganos.

De acuerdo a las enzimas afectadas, se las clasifica en diferentes tipos, las que varían desde formas leves a severas que requieren trasplante hepático. **OBJETIVO:** Presentar un paciente con hipertransaminemia a quien se le diagnostica una enfermedad poco frecuente.

RESUMEN DE HISTORIA CLÍNICA: Paciente de 1 año y tres meses de edad, presenta desde los primeros días de vida vómitos repetidos siendo diagnosticado, hipertrofia de píloro, reflujo gastroesofágico e infección urinaria, recibiendo el tratamiento respectivo. A los 7 meses presenta episodio de convulsión afebril que no se repite, se objetiva en control de laboratorio elevación de transaminasas e hipertrigliceridemia por lo que se profundizan estudios diagnósticos.

Examen físico normal y buen desarrollo madurativo y ponderoestatural.

Luego de 6 meses de persistencia de hipertransaminemia se realiza biopsia hepática compatible con Glucogenosis. **CONCLUSIÓN:** Ante un lactante con persistencia de transaminasas elevadas, con evolución nutricional y madurativa adecuada, debería sospecharse enfermedad metabólica, la cual debe ser tratada para evitar complicaciones mayores.

CC/O-04

NÓDULOS HEPÁTICOS MÚLTIPLES EN MUJER JÓVEN

Mosqueda., NM(1)

(1)Hospital Julio C Perrando. Argentina.

El 26/09/08 consulto por derivación del Servicio de Endocrinología. Al momento de la consulta presentaba una ecografía con imágenes hepáticas múltiples. El estado general de la paciente era bueno, con hábito eutrófico.

Como antecedente de importancia, a la paciente se le realizó tiroidectomía total por carcinoma papilar de tiroides diferenciado, en febrero del 2008. Recibió ablación con yodo 131 en mayo del mismo año.(150 microcuri).

Se le solicitó TAC de abdomen donde se observaban múltiples lesiones hipoeoicas pequeñas en ambos lóbulos hepáticos, sin adenomegalias. Hepatograma y función hepática conservas, eritrosedimentación normal.

Se realizó punción biopsia hepática transparietal guiada por Ecografía la cual no dio diagnóstico, solo descartaba malignidad.

Los marcadores tumorales (CAE, CA 19-9) fueron negativos al igual que la serología para hidatidosis. Se solicita entonces una RNM de abdomen que informa lesiones hepáticas compatibles con Hamartomatosis Biliar. Se repitió la biopsia la cual fue diagnóstica.

CC/P-01

FIBROLIPOMA ESOFÁGICO

Calzetta, PA(1); Roig Jara, D(1); Baéz, EV(1); Currás, A(1)
(1)Servicio de Gastroenterología, Htal. César Milstein, CABA, Argentina

INTRODUCCIÓN: Los lipomas esofágicos son tumores raros que representan aproximadamente el 0.4 % de los tumores benignos del tracto digestivo. Su origen es submucoso. El síntoma principal, en caso de que lo haya, es la disfagia secundaria a la obstrucción esofágica, pero también pueden ocasionar dolor torácico, disnea, disfonía, regurgitación, sangrado por ulceración y obstrucción respiratoria por aspiración. Los estudios diagnósticos de elección incluyen: SEG, VEDA, Ecoendoscopia y TAC. El tratamiento de elección es la resección que puede ser endoscópica o quirúrgica. **OBJETIVO:** Compartir la experiencia en el manejo de un paciente con lipoma esofágico.

Caso Clínico: Paciente de 79 años con antecedentes de hipertensión arterial, bloqueo AV completo y colocación de marcapaso, que consulta por disfagia progresiva a sólidos y luego a líquidos de dos años de evolución.

Examen Físico y Laboratorio: s/p

SEG: Esofago permeable con imagen elongada en tercio medio. **RGE.** Hernia Hiatal. Estómago y duodeno sin lesiones. **VEDA:** Esofago: A 20 cm Lesión pediculada Esofágica de aspecto submucoso, de consistencia blanda, que se extiende hasta los 35 cm, de alrededor de 5 cm en su parte distal y cubierta de mucosa normal. Estómago y Duodeno hasta segunda porción sin lesiones.

TAC Tórax, Abdomen y Pelvis: Sin alteraciones.

Ecoendoscopia: En 1/3 medio de pared esofágica se evidencia lesión pediculada de aspecto submucoso, isocóica, de 2.3 X 1.4 cm con pedículo ancho y sin compromiso de la capa muscular externa a la misma.

Con diagnóstico de tumor esofágico submucoso se decidió realizar la resección endoscópica para lo cual se inyectaron 2 cc de Adrenalina 1/10000 en el pedículo. Se tomó el pólipo con ansa de polipectomía y se lo reseco.

Anatomía patológica informó:

Macroscopia: Pólipo de 5.6 cm de consistencia blanda.

Microscopia: Epitelio escamoso con hiperqueratosis intensa, anomalías nucleares intraepiteliales. Densa infiltración inflamatoria mononuclear y en profundidad proliferación de tejido adiposo vascularizado delimitados con tractos fibrosos que demarcan nódulos de ubicación intramuscular. **DIAGNÓSTICO:** Fibrolipoma que sobreeleva el epitelio escamoso esofágico el que muestra focos de displasia leve y moderada. **CONCLUSIONES:** El tratamiento endoscópico de lipomas esofágicos parece una opción posible según el tamaño y la accesibilidad. El abordaje endoscópico resulta atractivo dado que se asocia a menor mortalidad y menor tiempo de internación que el quirúrgico (12 hs VS 6 días).

CC/P-03

SUBOCCLUSIÓN INTESTINAL SECUNDARIA A MALROTACIÓN INTESTINAL

Longarini, G(1); Barassi, S(1); Mauriño, E(1)
(1)Hospital B.Udaondo. Argentina.

INTRODUCCIÓN: La mal rotación intestinal representa un defecto en la embriogénesis cuando los intestinos retornan a la cavidad abdominal a través del anillo umbilical. El diagnóstico de malrotación en adultos no es frecuente por lo que sus manifestaciones suelen ser atribuidas a otras patologías. **OBJETIVO:** presentación de un caso de suboclusión intestinal de etiología no frecuente en adultos. **CASO CLÍNICO:** Mujer de 25 años, quien consulta por presentar dolor abdominal tipo cólico asociado a distensión abdominal, falta de eliminación de gases y vómitos biliosos de cinco días de evolución. Refería cuadros similares de suboclusión intestinal y diarrea esteatorreica desde los dos años de edad. Negaba consumo de medicación. No presentaba antecedentes quirúrgicos. Presentaba abdomen distendido con timpanismo generalizado, gorgoteo en flanco izquierdo y dolor a la palpación abdominal en epigastrio, aumento de los ruidos hidroaéreos. Índice de masa corporal 20,2. Laboratorio: glóbulos blancos 5340 hematócrito 38 hemoglobina 14.3 plaquetas 483.000 glucemia 105 urea 15 ionograma 139/4,4 hepatograma normal, albumina 4, calcio 8,1, eritrosedimentación 10, antitransglutaminasa negativa, antiendomiso negativo. Radiografía de abdomen: presencia de niveles de intestino delgado. Video endoscopia digestiva alta: sin alteraciones. Biopsia de 2ª porción del duodeno normal. Tránsito de intestino delgado: a nivel de asas pélvicas de yeyuno e íleon se observan segmentos con dilatación, estrechez y pérdida del patrón mucoso con floculación del material de contraste. Tomografía axial computada de abdomen: Presencia de rotación medial en raíz del mesenterio derecho, con imagen de remolino, compatible con vólvulo intestinal. Angioresonancia de abdomen: estudio angiográfico no muestra alteración del calibre o flujo de vasos abdominales. En secuencia axial tomográfica 2 se comprueba imagen alargada en topografía mesentérica compuesta por imágenes circulares concéntricas. Laparoscopia: se observa mal rotación del intestino delgado y colon con alteración del eje vascular. Se liberan adherencias por vía laparoscópica y se realiza enterectomía con entero-entero anastomosis. **RESULTADOS:** La paciente presenta cuadros de suboclusión intestinal desde temprana edad sin un diagnóstico etiológico preciso de los mismos. Se realiza tomografía computada de abdomen donde se visualiza la imagen típica de vólvulo intestinal, lo cual junto a los antecedentes clínicos que presentaba la paciente se plantea el diagnóstico presuntivo de mal rotación intestinal. En la laparoscopia se confirma el diagnóstico de mal rotación intestinal y se corrige dicha alteración. **CONCLUSIÓN:** el diagnóstico de mal rotación intestinal en adultos es infrecuente, debe ser considerado en pacientes con antecedentes de suboclusión intestinal, en especial desde edades tempranas, que presentaran imagen característica de vólvulo intestinal en los estudios por imágenes, cuyo diagnóstico se confirmara en la laparoscopia.

CC/P-02

LINFOMA NO HODKING DE DUODENO

Bizberge, HB; Giordano Romano, A; Perez, AR; Bizberge, HB(1)
(1)Hospital General de Agudos Dalmacio Velez Sarsfield - CABA. Argentina.

La localización primaria en duodeno de un linfoma es extremadamente rara. La sintomatología es tardía e inespecífica, por lo que suele diagnosticarse en estadios avanzados. Los síntomas más frecuentes son dolor abdominal, náuseas, vómitos, ictericia, palidez, hematemesis, melena, diarrea, fatiga, con variaciones particulares que dependen de la localización del tumor con respecto a la ampolla de Vatter. La duración media de los síntomas hasta llegar al diagnóstico es de aproximadamente ocho meses.

Se trata de una paciente de 82 años que concurre a la consulta por presentar un cuadro de náuseas, vómitos, epigastria, acidez de varios meses de evolución. El examen físico no arrojó datos significativos. Se realiza Videoesofagogastroduodenoscopia observando a nivel de la segunda porción duodenal una formación sobre elevada, ulcerada, friable, que impide el paso del endoscopio. Se toman biopsias. La tinción con H&E induce al diagnóstico de Linfoma por lo que se realiza estudio de inmunohistoquímica que informa CD20(L26) (Pan- B) positivo, CD30 (VER H2) negativo, CD10 (CALLA) negativo, bc16 negativo, CD138 positivo en plasmocitos, Cadena Liviana Kappa positivo en plasmocitos, bcl-2 positivo, Ciclina D1 Monoclonal obtenido en conejos negativo, CD3 (Pan- T) Monoclonal obtenido en conejos negativo, CD5 Monoclonal obtenido en conejos negativo, CD23 Monoclonal obtenido en conejos negativo. Los caracteres morfológicos y el perfil inmunológico corresponden a un Linfoma No Hodgking de células B periféricas o maduras subtipo probable Linfoma de Células Grandes. Se solicita TAC de Abdomen que informa la presencia de un engrosamiento de la pared a nivel de la segunda porción del duodeno..

Se define como Linfoma Primario aquel que 1º No infiltra ganglios linfáticos periféricos o mediastinales, 2º Recuentos de leucocitos normal, 3º Predominio de la lesión en tracto gastrointestinal con compromiso de ganglios regionales, 4º Hígado y Bazo sin infiltración linfocítica. Nuestra paciente, cumpla con estos criterios. Se considera que el tratamiento combinado de cirugía y radioterapia es el más adecuado pero dada la edad avanzada de nuestra paciente, se decidió derivarla para realizar tratamiento oncológico

CC/P-04

ENTERITIS LINFOCITARIA CON ATROFIA VELLOSTARIA DE CAUSA INUSUAL

Kohan, M(1); Panunto, M(1); Cenoz, C(2); Soccini, C(1); Gimenez Villamil, C(1)
(1)Servicio de Gastroenterología y Videendoscopia. Instituto Argentino de Diagnóstico y Tratamiento. CABA. Argentina. (2)Laboratorio de Anatomía Patológica. Instituto Argentino de Diagnóstico y Tratamiento. CABA. Argentina

INTRODUCCIÓN: La enteritis linfocitaria con atrofia vellositaria es la lesión histológica característica de la enfermedad celíaca. No obstante, puede encontrarse en otras situaciones como la giardiasis, la enteritis por radiación, el esprue tropical, la enteropatía por VIH, en ciertas inmunodeficiencias, en la isquemia crónica del intestino delgado, etc.

Los individuos con dicha alteración pueden ser asintomáticos, presentar síntomas mínimos o cuadros floridos de malabsorción. **OBJETIVO:** Presentar un caso cuyo diagnóstico histológico fue enteritis linfocitaria con atrofia vellositaria en el que se descartó la enfermedad celíaca y postular una posible causa de la lesión.

CASO CLÍNICO: Paciente varón de 53 años sin antecedentes clínicos ni quirúrgicos y con antecedentes familiares de cáncer de colon (madre y abuela materna) que sufrió en el año 2005 un accidente de tránsito que le ocasionó varias fracturas en miembros y costillas. Presentó posteriormente un cuadro de stress posttraumático prolongado durante el cual se alimentó inadecuadamente y recibió ansiolíticos y antidepresivos. El paciente refirió el consumo de cocaína IV durante ese período que duró alrededor de 3 años. Perdió 6 kg de peso. En marzo de 2009, consultó por decaimiento y se detectó anemia ferropénica (Hematocrito 36%, hemoglobina 11g/dl, ferremia 35µg/dl, saturación de transferrina 11%, ferritina 11µg/l; hepatograma y proteinograma electroforético normales). No presentaba síntomas digestivos. Se efectuó VEDA: Antro, bulbo y segunda porción duodenal con erosiones. VCC: Divertículos en sigma, mucosa normal. Biopsia gástrica: Gastritis reactiva antral, HP (-); Biopsia duodenal: enteritis linfocitaria con marcada atrofia vellositaria (Grado IIIc de Marsh). Se solicitaron anticuerpos antiendomiso Ig A e Ig G y antitransglutaminasa Ig A e Ig G que resultaron negativos en 2 oportunidades, Ig A 148 U (VN 70 a 400). El paciente recibió feroterapia por VO pero se negó a cumplir una dieta libre de gluten. Confirmó que había abandonado el consumo de cocaína a fin de 2008. El anticuerpo anti VIH fue negativo y también el estudio parasitológico en materia fecal. La tipificación de HLA arrojó un resultado negativo para DQ2 y DQ8.

En agosto de 2010, el paciente había recuperado su peso y presentaba: hematócrito 46%, hemoglobina 14g/dl, ferritina 26 µg/dl, ferremia 67 µg/l y saturación de transferrina 20%. Se efectuó VEDA de control con biopsia de duodeno que resultó normal. **CONCLUSIÓN:** Como se sabe, la cocaína es un potente vasoconstrictor y se han descrito casos de isquemia intestinal crónica atribuidos a ella. Creemos que éste último podría ser el mecanismo responsable de la atrofia vellositaria dado que el abandono del consumo del tóxico resultó en la desaparición de la lesión histológica.

CC/P-05

PSEUDO-OBSTRUCCIÓN INTESTINAL DE CAUSA POCO FRECUENTE EN ADULTOS

Perna, L(1); Milano, C(1); Gutierrez, S(1); Milocco, M(1); Davalos, P(1); Pagnotta, S(1); Alvarez, E(2); Staciuk, F(2); Estevez, S(2); Mastronardi, L(3)

(1)Servicio de Gastroenterología. Hospital Posadas (2)Servicio de Anatomía Patológica. Hospital Posadas (3)Servicio de Cirugía. Hospital Posadas. Argentina.

Paciente femenino de 34 años, antecedentes de constipación y fecalomas desde la infancia; hipotiroidismo en tratamiento, infecciones urinarias a repetición, tres gestas, dos partos y un aborto. Durante el último puerperio (5/10) es internada en otro centro por vómitos fecaloides y distensión abdominal, requirió desmoronamiento de fecaloma y apendicetomía. No evoluciona favorablemente, se interviene quirúrgicamente realizándose hemicolectomía derecha, abocamiento de ambos cabos por perforación cecal. En la macroscopía de la pieza remitida se constata peritonitis, perforación de ciego y colon ascendente. Ingres a nuestra institución el 15/06/10 (derivada), por distensión abdominal, vómitos e intolerancia a la vía oral. Al examen físico: lúcida, afebril, BMI 22, abdomen indoloro, colostomía vital funcionante. Tacto rectal: esfínter normotónico, paredes lisas, escasa materia fecal. Laboratorio: hematócrito 28%, leucocitos 5500, plaquetas 150, Na/K/Cl 133/4.5/104, Ca/P/Mg 7.3/3.4/1.3, bilirrubina total 0.3, GOT61, GPT 84, fosfatasa alcalina 124, proteínas totales 4, albúmina 1.5, colesterol total 72, triglicéridos 119, HDL 5, LDL 22; Quick 89%; marcadores virales negativos (HIV, HVB, HVC, CMV); VDRL (-); anticuerpos AGA, TTG y EMA negativos; hormonas tiroideas normales. Rx abdomen: distensión de asas, niveles hidroaéreos y signos de edema de la pared intestinal. VEDA: lesiones compatibles con Candidiasis Esofágica. Ecografía abdomen: distensión de asas, ausencia de líquido libre en cavidad abdominal, resto del examen normal. Seriado esófago-gastro-duodenal y tránsito intestinal: disminución del pasaje de contraste a nivel de yeyuno proximal. Por intolerancia se suspende alimentación vía oral y enteral. El 29/06/10 se decide intervención quirúrgica por obstrucción intestinal: peritonitis plástica y perforación de intestino delgado (ID) a 40cm de asa fija. Se resacan aproximadamente 10cm ID desvitalizado y se realiza enterointerostomosis. Ingres a Unidad de Terapia Intensiva vigil, respiración espontánea. Se inicia Nutrición Parenteral Total, Levotiroxina y antibióticos. A las 48 hrs del posoperatorio evoluciona con shock séptico, requiriendo intubación orotraqueal e inotrópicos. Laboratorio: hematócrito 27%, leucocitos 36.000, plaquetas 20.000, urea 0.10; creatinina 0.4, proteínas totales 3.6, albúmina 1.6, Quick 54%. Al 4to día de la última cirugía se reopera por abdomen agudo: perforación de ID a 10cm de asa fija, peritonitis purulenta generalizada. Resección de asa comprometida, entero-enteroanastomosis, tutorización con Kehr a 80cm de asa fija, abdomen abierto y contenido con malla de polipropileno. Ingres muestra anatomía patológica bacteriológica. Desarrolla en la evolución shock hipovolémico, sepsis (foco abdominal y pulmonar). Fallece el día 17/07/10. Revisión de AP correspondiente a hemicolectomía derecha e intestino delgado: cuadro morfológico compatible con Miopatía Visceral.

CC/P-07

NUEVAS PERSPECTIVAS EN EL TRATAMIENTO DEL SÍNDROME DE NEVUS AZUL (BEAN)

Depetri, ML(1); Quinteros, E(1); Riga, C(1); Petri, V(1)

(1)Servicio de Gastroenterología, Hospital de Niños de la Santísima Trinidad, Córdoba, Argentina

INTRODUCCIÓN: El síndrome de Bean es una patología muy poco frecuente caracterizada por el desarrollo de hemangiomas cavernosos de la piel y tracto gastrointestinal. Su gravedad depende del desarrollo de las complicaciones gastrointestinales en forma de hemorragias que pueden ser cataclísmicas. A pesar de las múltiples opciones terapéuticas, ninguna de tiene evidencia convincente de éxito durable. **OBJETIVO:** Presentar éxito terapéutico en un paciente pediátrico con Síndrome de Bean. **CASO CLÍNICO:** Paciente de 13 años con antecedente múltiples hemangiomas de piel desde los 2 años de edad y anemia severa refractaria a tratamiento médico. Estudios endoscópicos revelan angiomatosis digestiva múltiple difusa, con imposibilidad de realizar terapéutica endoscópica. Por este motivo se comienza tratamiento con propanolol 2 mg/Kg. La evolución clínica fue favorable con normalización de valores hematimétricos y disminución del número y tamaño de las lesiones. **CONCLUSIÓN:** Si bien no está descrito el uso de propanolol como droga de elección en el Síndrome de Bean, si lo está en los hemangiomas por su efecto de bloqueo en la angiogénesis. Debido a la buena evolución del paciente creemos que la utilización de este fármaco estaría indicado en el tratamiento de esta patología.

CC/P-06

OBSTRUCCIÓN INTESTINAL POR ILEO BILIAR

Mingroni, RD(1)

(1)Plus Centro Médico. Servicio de Gastroenterología. Villa Constitución. Argentina.

El ileo es una complicación rara de la litiasis biliar que ocurre en apenas el 0.1% de los pacientes y supone el 1 al 6% del total de las oclusiones intestinales mecánicas del adulto. Afecta con mayor frecuencia a los ancianos que usualmente tienen comorbilidades y es 16 veces más común en mujeres. Se produce por la impactación de un lito en el intestino después de haber pasado por una fistula bilio-entérica. Mujer de 73 años de edad, hipertensa, no diabética, que dos días antes del ingreso presenta dolor tipo cólico, intenso, localizado en abdomen superior, desencadenado por ingesta copiosa, que se acompaña de vómitos biliosos en varias ocasiones, que alivia parcialmente el dolor. Acude a la guardia donde recibió analgésicos, antieméticos y bloqueadores H2. A las 24 horas incrementa la intensidad del dolor y se añade distensión abdominal y falta de eliminación de gases. Al examen físico: TA 110/70 mmHg, FC 80 x min y 36.8° C de temperatura. Estaba lúcida, orientada, en regular estado general. Ruidos cardíacos rítmicos hipofonéticos. En los pulmones había rales subcrepitantes en la base izquierda. Abdomen distendido, en la mitad superior, depresible doloroso en forma difusa, sin resistencia, ni signos de peritonismo. RHA muy disminuidos. Rx directa de abdomen: Se aprecia dilatación de cámara gástrica, asas de delgado dilatadas, en abdomen superior. Ecografía abdominal: Hígado: Se observa aerobilias. Vesícula biliar: De paredes engrosadas, con litiasis vesicular múltiple. Se aprecian además dilatación de asas de delgado, en hemiabdomen superior, en proyección de hipocondrio izquierdo, flanco izquierdo, se observan asas de delgado dilatadas con pared engrosadas y una imagen mixta de 47 mm de DT con sombra acústica posterior sucia. Tomografía axial Computada: Se aprecia importante dilatación gástrica (sonda nasogástrica en su interior) asas de delgado dilatadas con pared engrosada, observándose a nivel del ángulo de treitz, imagen redondeada, radiodensa compatible con lito. Se realizó laparotomía exploradora donde se observan asas de delgado dilatadas hasta alrededor de los últimos 40 cm del íleon, donde se encontró un cálculo grande enclavado a este nivel de 5 cm de largo, se realizó enterolitotomía con enterorrafia y posteriormente se procedió a la colecistectomía y a la reparación de la fistula bilioenterica. El ileo biliar en una causa infrecuente de obstrucción mecánica intestinal. El tratamiento debe ser quirúrgico, y debe estar encaminado hacia la resolución del cuadro oclusivo y luego a la reparación de la fistula bilioenterica

CC/P-08

LINFOMA T QUE AFECTA DIVERSOS ÓRGANOS DEL TRACTO GASTROINTESTINAL

Irigoyen, A(1); Salim, S(1); Tellechea, JI(1); Bellavite, F(1); Milito, D(1); Kutja, N(1); Cabanne, A(1); Fiorentino, R(1); Corti, R(1)

(1)Bonorino Udaondo. Argentina.

INTRODUCCIÓN La localización extranodal más frecuente de los Linfomas no Hodgkin es el tracto gastrointestinal (5 al 10% de los casos). El esófago es una localización rara, con una frecuencia menor al 1% y se presenta en la gran mayoría de los casos en el tercio inferior. Usualmente se observan secundarios a linfomas asociados a los ganglios mediastinales o gástricos. La mayoría de ellos son difusos de células grandes tipo B, con muy pocos casos reportados en la bibliografía sobre linfomas de tipo T. **OBJETIVO** Presentar el caso de un paciente masculino de 67 años inmunocompetente con diagnóstico histológico de Linfoma T con compromiso de varios órganos del tracto gastrointestinal. **CASO CLÍNICO** Paciente de 67 años, masculino, acude a la consulta por presentar disfagia baja a sólidos, progresiva, de 6 meses de evolución asociado a pérdida de peso (28 %PCT), astenia, adinamia, niega fiebre. Al examen físico paciente adelgazado, en regular estado general, sin visceromegalias. Laboratorio: anemia normocítica normocrómica HTO 35 HB 11.6 VCM:86, hipoalbuminemia 2.6, eritrosedimentación 50 mm, se interpreta como disfagia de causa orgánica. SEG: estrechamiento del esófago medio distal con dilatación supraestenótica; VEDA a 25 cm de la ADS cordones engrosados y en techo gástrico pliegues engrosados se toman biopsias con anatomía patológica negativa para atipia. TAC de tórax y abdomen con contraste: tumor esofágico de extensión medial y distal, de tipo submucoso con compromiso de techo gástrico. Se planifica nueva VEDA y se utiliza técnica de mucosectomía; AP: Infiltración de mucosa y submucosa por linfocitos atípicos: técnicas de inmunohistoquímica: CD8 +, CD3 -, Bcl2 +, CD 20 -, Ki 67 + 85%, Granzima + focal. **DIAGNOSTICO:** LINFOMA T PERIFÉRICO. Se realiza serología para HIV: no reactivo y serología para enfermedad celíaca a fin de descartar linfoma asociado a enteropatía negativa. El paciente evoluciona con diarrea acuosa de bajo volumen por lo que se sospecha compromiso colónico y se realiza VCC hasta ciego mucosa congestiva en forma parcelar, úlceras superficiales en toda la extensión. AP: Linfoma T Periférico. Para estadificar el mismo se realiza PAMO: normocelular; se inicia tratamiento esquema CHOP + Etopósido. El paciente persiste en regular estado general con leve mejoría al tratamiento instaurado. **CONCLUSIÓN** El compromiso esofágico de los linfomas No Hodgkin tipo T debería ser considerado como diagnóstico diferencial entre las patologías malignas de esófago.

CC/P-09

DIVERTICULO EPIFRENICO COMO FORMA DE PRESENTACION DE UN GIST

Caruso, SA(1); Romo, R(1); Chavez, E(1); Fernandez, R(1); Rainero, G(1); Scacchi, A(1); De Mingo, L(1); Dolan, M(1); Quiroga, R(1); Barri, A(1); Copello, H(1) (1)Hospital Churruca-Visca. Argentina.

INTRODUCCIÓN: Los GIST se originan a partir de las células intersticiales de Cajal, ubicadas en los plexos mientéricos de la pared gastrointestinal, las que cumplen un rol fundamental en la motilidad digestiva. Se caracterizan por la expresión de un receptor de membrana mutante con actividad tirosina quinasa (c-kit) anormal, que define una proliferación celular no regulada. Representan un tipo infrecuente de tumor de origen mesenquimático, y se estima que corresponderían al 0,2% de los tumores gastrointestinales afectando al esófago en menos del 5%. Su incidencia en las series reportadas es de 4-10 casos/millón de habitantes/año. Afecta a hombres y mujeres en similar proporción, con una mediana que oscila entre 55 y 65 años. **OBJETIVO:** Presentar el caso de una paciente de 53 años, con diagnóstico de divertículo epifrénico producido por un GIST esofágico. **CASO CLÍNICO:** Paciente mujer, de 53 años, con antecedentes de histerectomía por miomatosis (1996), colecistectomía por litiasis sintomática (2000), ex tabaquista y tuberculosis en la infancia con tratamiento completo que 2 años previos a la consulta comienza con un cuadro de regurgitación nocturna, disfagia de 2 años de evolución de carácter progresivo y disminución de 15 kgde peso aproximadamente.

Se realiza seriada esofago-gastro-duodenal que informa imagen compatible con divertículo epifrénico en tercio inferior del esófago de 8 x10 cm.

Es derivada a nuestro servicio para estudio. Al examen físico no se hallaron datos positivos. Presentaba un laboratorio sin particularidades. Se realizó videoendoscopia digestiva alta donde se evidencia en el tercio distal del esófago alteración de su forma habitual, con imagen sacular enfrentada al cardias, el cual se halla descentrado y franqueable. Se solicita una tomografía que muestra en el mismo nivel tumoración de 8 x10 cmque impresiona traccionar la pared esofágica deformando su morfología.

Con estos datos se realiza interconsulta con el servicio de cirugía general y finalmente la paciente se somete a procedimiento quirúrgico donde se realiza extracción de dicha tumoración, la cual es informada como de bordes irregulares de 7 x 7 x6 cm, con adherencia de una formación sacular abierta (pared esofágica), en contacto con formación nodular, multilobulada de consistencia aumentada de 3,5 x2,5 cm la cual se envía a anatomía patológica para estudio.

El análisis histológico nos informa que se trata de una proliferación nodular constituida por células de aspecto fusiforme, núcleos ovalados de bordes romos, nucléolos puntiformes. Sin metástasis ni atipia celular.

Inmunohistoquímica:CD117 +, CD34 +, desmina +, vimentina +.

Diagnóstico: GIST esofágico de bajo potencial maligno.

CONCLUSIÓN: El objetivo de la exposición del caso es reportar la localización y forma de presentación atípica en que se pueden manifestar éste tipo de tumores.

CC/P-11

ESOFAGITIS EOSINOFÍLICA

Parrotta, M(1); Carballada, F(1); Díaz, A(1); Luciani, J(1); Pedrana, R(1) (1)Grupo Gamma. Argentina.

En noviembre de 2006 recibimos un paciente de sexo masculino, de 45 años, con disfagia intermitente para sólidos y líquidos, de reciente comienzo y aislados episodios de pirosis. Sin pérdida de peso, ni otros síntomas a destacar. No refiere ningún antecedente de jerarquía. Se realiza V.E.G.D. que informa: Hernia Hiatal por deslizamiento, ondas terciarias en esófago, válvula cardial flap 2, erosión de 5 mm. cubierta de fibrina en antro gástrico. Se biopsia del estómago para el estudio del Helicobacter Pylori. Anatomía Patológica: Gastritis antral crónica activa moderada, asociada a Helicobacter Pylori (+), con foco metaplasia intestinal completa, sin atrofia. Se trató al paciente con dosis completa de IBP por tiempo prolongado. Recibió tratamiento de erradicación con triple terapia clásica (Esomeprazol, Claritromicina y Amoxicilina por 8 días). El paciente continuaba con síntomas, motivo por el cual se solicita Videodeglución y tránsito esofágico con SGD que informa leve retardo en el vaciamiento de las valéculas y ondas de tipo terciarias en todo el cuerpo esofágico, el resto del estudio es normal. Le sugiere realizar EME pero el paciente se niega. En agosto de 2010, cuatro años después, el paciente vuelve a consultar porque sus síntomas no mejoran, incluso la disfagia no selectiva es más frecuente y casi continua para algunos alimentos. Se realiza V.E.G.D. que informa: ondas terciarias simultáneas e imágenes "arrugadas" en todo el cuerpo esofágico. El resto del informe es similar al de 4 años atrás. Sin úlcera. Por lo que se decide tomar biopsias para la pesquisa del Hp y 5 muestras de biopsia en tercio distal esofágico. Anatomía Patológica: Informa Hp negativo y en la vertiente escamosa esofágica una hiperplasia basal, con edema intercelular y exocitosis intraepitelial de eosinófilos que supera los 24 eosinófilos por campo de mayor aumento. El corion presenta algunos vasos y presencia de infiltrados eosinófilos subepiteliales. La esofagitis eosinofílica (EE) es una enfermedad que provoca trastornos en la deglución y síntomas esofágicos similares a la ERGE, es una patología de origen atópica de creciente incidencia en países desarrollados. Es mas frecuente en niños que en adultos, pero se está convirtiendo en los últimos años en un problema de diagnóstico y manejo confrontada a la frecuente ERGE, que ocupa un "espacio" similar en adultos. SE DEBE PENSAR EN ELLA ANTE PEQUEÑAS SEÑALES PARA NO SOMETER AL PACIENTE A TRATAMIENTOS COSTOSOS E INÚTILES O REALIZAR ESTUDIOS MÁS COMPLEJOS SIN NINGUNA NECESIDAD(Phmetría de larga duración, manometría, video deglución, impedanciometría, ecoendoscopia, imágenes)

CC/P-10

RECIDIVA DE CÁNCER DE ESÓFAGO DESPUÉS DE 16 AÑOS

Parrotta, M(1); Carballada, F(1); Díaz, A(1); Luciani, J(1); Pedrana, R(1) (1)Grupo Gamma. Argentina.

INTRODUCCIÓN: El cáncer de esófago, es uno de los tumores de peor pronóstico en el mundo occidental, con bajo porcentaje de resecabilidad (alrededor del 30%) y mortalidad operatoria entre 5 y 10%. Por otra parte las sobrevidas globales son muy bajas, alrededor de 10% a 5 años y son variables, dependiendo del estadio evolutivo de la enfermedad y del tratamiento que fue posible indicar, ya sea resección con o sin tratamiento adyuvante.

Este porcentaje tan bajo de sobrevida se debe a que en el momento del diagnóstico es una enfermedad avanzada, con diseminación local y a distancia. **MATERIAL Y MÉTODOS:** A propósito de un caso, en enero de 1995, una paciente de sexo femenino de 63 años de edad consulta por disfagia a sólidos. Se efectúa una videoesofagoduodenoscopia donde se observa una lesión vegetante, estenosante de esófago, se toman múltiples biopsias y el examen anatomopatológico informa carcinoma epidermoideo semidiferenciado e infiltrante de esófago.

En ese momento la lesión se encontraba en Estadío III Se hace tratamiento con Qx: 5FU + Cisplatino (5 ciclos) + Radioterapia locoregional En AGOSTO de ese mismo año, luego de la radio y quimioterapia, se efectúa control endoscópico con toma de biopsias, cuyo resultado de negativo para células neoplásicas.

En OCTUBRE 1995 VEGD: Biopsia Normal

En DICIEMBRE 1996 VEGD: Biopsia Normal

En OCTUBRE 1997 VEGD: Biopsia Normal

En 2011, 16 años después, vuelve a consultar por disfagia, se efectúa una nueva endoscopia con diagnóstico de carcinoma epidermoideo. **CONCLUSIÓN:** Es llamativo el hecho que 16 años después halla aparecido el mismo tipo de tumor en el mismo sitio. Dada la edad de la paciente, y habiendo sido tratada, se decide de común acuerdo con el médico tratante y la oncóloga, realizar un tto paliativo colocando un stent esofágico.

Es importante tener presente que el tratamiento para el cáncer de esófago depende del estadio en que se encuentre el tumor. Debemos recordar que de por sí se trata de un cáncer agresivo con muy mal pronóstico y que en la mayoría de los casos cuando el paciente consulta ya se encuentra en etapas finales. De modo que apuntar a detectar el tumor en estadíos precoces mejorará la supervivencia de los pacientes como se demuestra en los casos en que se realizaron resecciones en etapas iniciales de la enfermedad. De esto se deduce que sin ninguna duda en los estadíos I y II el tratamiento indicado es la cirugía acompañado de quimioterapia. En los demás estadíos se puede utilizar quimioterapia o radioterapia. Actualmente en pacientes con una disfagia progresiva y en fase terminal solo se hace tratamiento paliativo, como la colocación de mallas protésicas, que alivia la sintomatología y permite al menos una mejor calidad de vida.

CC/P-12

MELANOCITOSIS ESOFÁGICA. REPORTE DE UN CASO

Arco, M(1); Aquilini, F(1); Sindich, L(1); Tonn, F(1); Basile, M(1); Laborda Molteni, J(1); Zanardi, C(2)

(1)Servicio de Gastroenterología. Hospital Privado de Comunidad (2)Servicio de Anatomía Patológica. Hospital Privado de Comunidad. Argentina.

IINTRODUCCIÓN: La melanocitosis esofágica es una entidad benigna que se caracteriza por la proliferación melanocítica en la membrana basal del epitelio escamoso esofágico y el aumento de melanina en la mucosa. **CASO CLÍNICO:** Se presenta una mujer de 83 años con antecedentes de anemia crónica con VCM bajo desde el 2001, hipotiroidismo, HTA, artrosis y artritis reumatoide. Ingresa al Servicio de Clínica Médica por anemia sintomática sin evidencia de sangrado digestivo. Presentó hematocrito 15%, hemoglobina 3,90mg/dl y VCM 55fL. SNG con débito negativo y tacto rectal negativo. Se transfundieron 4 unidades de glóbulos rojos con notable mejoría del síndrome anémico. Los parámetros ferrocínicos evidenciaron ferropenia marcada por lo que se inició tratamiento con hierro vía oral. Un estudio baritado gastro-esofágico y ecografía abdominal fueron normales. La video endoscopia digestiva alta mostró en tercio medio y distal múltiples lesiones planas, lineales o arborescentes, oscuras, de 10-20mm de longitud. Se tomaron biopsias que evidenciaron una mucosa esofágica con depósitos de melanina en la capa basal del epitelio y en la lámina propia. Ausencia de malignidad. Estos hallazgos fueron compatibles con melanocitosis esofágica. La paciente se negó a la realización de una videocolonoscopia. Se instauró feroterapia oral con notable éxito. El hematocrito control fue 33%, hemoglobina 10,80 mg/dl y VCM 76fL. **COMENTARIO:** La etiología y la patogenia de esta rara enfermedad aún no han sido dilucidadas. Debido a su localización preferentemente en el tercio medio y distal del esófago se cree que el reflujo gastroesofágico podría tener un papel fundamental generando un estímulo crónico. Esto induciría una respuesta epitelial con mayor producción de melanocitos y melanina. **CONCLUSIÓN:** Se presenta este caso clínico debido a la rareza del mismo. La literatura mundial menciona solamente reporte de casos con franco predominio en la población india y japonesa. Son pocos los casos confinados en los países occidentales.

CC/P-13

LOCALIZACIÓN INFRECLENTE DE TUMOR NEUROENDOCRINO GASTROINTESTINAL

Rausch, A(1, 2); Zuccarella, M(1, 2); Djivelekian, JS(1, 2); Bestani, C(1, 3); Roca, E(1, 3); Cabanne, A(1, 4); Corti, RE(1, 2)

(1)Hospital de Gastroenterología Bonorino Udaondo (2)Unidad Esófago y Estómago (3)Sección Oncología (4)Servicio de Patología. Argentina.

INTRODUCCIÓN.-El carcinoma endocrino de células pequeñas representa el 0,05-4% de los tumores esofágicos, siendo < del 1% de los tumores endocrinos del tubo digestivo. Se manifiesta más en hombres, con una media etaria de 50 años. Exhiben la morfología de la neoplasia de células pequeñas del pulmón y se han descrito como variantes la diferenciación escamosa o glandular. Se encuentra en el tercio distal como grandes masas vegetantes, ulceradas y con rápido crecimiento; de ahí su pobre pronóstico. **OBJETIVO.**- Presentar un caso de esta infrecuente localización, su metodología diagnóstica y terapéutica realizada. **CASO CLÍNICO.**-Paciente de 42 años, femenino, tabaquista. Consulta por epigastria y pérdida del 10% del PCT de 2 meses de evolución, que en la última semana agregó náuseas, vómitos y fiebre. Al examen físico clínicamente estable, afebril, BMI 30, con dolor epigástrico 9/10, que irradiaba a dorso, sin defensa ni reacción peritoneal. Laboratorio:leucocitosis, anemia ferropénica, VSG 47 mm y Albúmina 2,2. Con sospecha de neoplasia, se solicita VEDA donde se observa a 28 cm de ADS mucosa esofágica de coloración rojiza, lesión ulcerada que compromete toda la circunferencia del órgano, con rigidez a la toma de biopsia.TAC de Tx. y Abd. informa engrosamiento parietal tumoral esofágico en tercios medio e inferior, sin límites definidos, englobando parcialmente bronquio fuente izquierdo, adenomegalias mediastinales, metástasis hepática y ascitis leve. Evolucionó con tos con expectoración hemoptoica persistente, disfagia, astenia y adinamia. Se solicitó videobroncoscopia que descartó compromiso pulmonar, se realizó citología de aspirado bronquial (negativo). Se repite VEDA a los 7 días del inicio de la disfagia, donde se observó progresión neoplásica, gran cavidad, septos múltiples que impedían reconocer la luz esofágica original, sangrado espontáneo, no se logra pasar SNG. Se recibe anatomía patológica: carcinoma endocrino pobremente diferenciado de células pequeñas de esófago (Synaptofisina y Enolasa positivos, Cromogranina A negativa y Ki 67 > al 80%). Comienza tratamiento con Etoposído + Cisplatino con buena respuesta clínica inicial. Se colocó bajo guía radioscópica una SNE de alimentación con buena tolerancia y aumento de peso. Se otorgó alta hospitalaria con seguimiento por consultorios externos de Oncología y Esófago, programando nuevo ciclo de quimioterapia a los 21 días y control tomográfico y endoscópico en el 3er ciclo. **DISCUSION:** Un estudio retrospectivo que se realizó en China, en 2007 revisó 4050 casos de carcinoma esofágico de los cuales sólo 21 eran carcinoma endocrino de células pequeñas. La sobrevida media fue de 18 meses.J.D. Godwin y col. En una revisión de 2837 tumores neuroendocrinos gastrointestinales (año 2000), no reportaron localizaciones esofágicas.En nuestro hospital es el 10mo caso que se reporta en 15 años. Sólo uno de ellos tuvo una sobrevida prolongada, lo cual demuestra el pobre pronóstico de éstos casos.

CC/P-15

SINDROME LANE HAMILTON

Carnevale, G(1); Giraudo, E(1); Lanza, A(1); Rosales, A; Garavano, E(1); Dolcemascolo, N(1); Perrone, J(1); Ianone, A(1); Saavedra, G(1); Carabajal, M(1); Marcaccio, H(1); Susseret, W(1)

(1)H.I.G.A Junin. Argentina.

INTRODUCCION: La Hemosiderosis Pulmonar Idiopática (HPI) es una causa infrecuente de Hemorragia Alveolar Difusa (HAD). Se caracteriza por la presencia de Hemoptisis, Infiltrados pulmonares y anemia. A pesar de ser la hemoptisis un síntoma capital puede estar ausente hasta en un 33%. Su diagnóstico debe considerarse cuando en ausencia de tóxicos, etiología infectologica, se descarta por biopsia pulmonar enfermedades inmunológicas, vasculitis o depósitos de inmunocomplejos. Cuando la HPI se asocia a Enfermedad Celíaca (EC) se denomina Síndrome de Lane Hamilton. **OBJETIVO:** Presentar un caso clínico de baja incidencia poblacional y considerar a la EC como etiología probable de HPI. **CASO CLÍNICO:** Paciente de sexo masculino de 25 años de edad, trabajador rural, con reciente diagnóstico de Enfermedad Celíaca, que consulta por cuadro clínico de 1 mes de evolución caracterizado por Disnea progresiva y Hemoptisis. **EXAMEN FÍSICO:** lúcido, signos vitales conservados, peso habitual: 61.300kg Talla: 1.61 mts IMC: 23.6 Kg/mts. Presenta microadenopatías en cuello, cadena yugular bilateral y múltiples axilares. Buena mecánica respiratoria y sin ruidos agregados. Resto de examen físico sin particularidades. **ESTUDIOS SOLICITADOS:** Anemia ferropénica (Htco: 34% VCM: 73.3 fl), Ig A Anti transglutaminasa y Anti endomisio reactivo, Biopsia de duodeno: atrofia vellositaria grado IIIa de Marsh, Espudo para BAAR en directo y cultivo negativo, HIV no reactivo, TAC alta resolución de pulmones con presencia de infiltrados bilaterales en vidrio esmerilado, a predominio de lóbulos pulmonares medio y basal. Biopsia Transbronquial: epitelio respiratorio conservado, en luz como en tejido intersticial adyacente hemosiderófagos, estudios inmunológico negativo. Se diagnostica HPI asociada a EC, se incorpora a tratamiento dietético tratamiento corticoterapico, observándose mejoría de cuadro clínico. **CONCLUSIÓN:** La HPI es una rara causa de HAD y su asociación con EC llamada Síndrome Lane Hamilton es aún más infrecuente. Dado que el tratamiento con dieta libre en gluten suele mejorar el cuadro clínico debería considerarse a la EC como probable etiología de HPI.

CC/P-14

GASTRITIS EOSINOFÍLICA. REPORTE DE UN CASO

Arco, M(1); Aquilini, F(1); Sindich, L(1); Tonn, F(1); Basile, M(1); Laborda Molteni, J(1); Zoppi, J(2)

(1)Servicio de Gastroenterología. Hospital Privado de Comunidad. Mar del Plata (2)Servicio de Anatomía Patológica. Hospital Privado de Comunidad. Mar del Plata. Argentina.

INTRODUCCIÓN: La gastritis eosinofílica es una enfermedad poco frecuente de etiología desconocida Se caracteriza por la presencia de eosinofilia periférica, infiltrado eosinofílico del tracto gastrointestinal y sintomatología gastrointestinal. **CASO CLÍNICO:** Se presenta un hombre de 51 años, sin antecedentes de relevancia, evaluado por consultorio externos por náuseas y vómitos. Examen físico sin particularidades. En los exámenes complementarios se constató hipereosinofilia (32%). Coproparasitológico negativo. Un estudio seriado esofago-gástrico evidenció engrosamiento difuso de los pliegues mucosos de antro gástrico pre pilórico y del duodeno y una hernia de hialo pequeña. Se realizó una Video endoscopia digestiva alta que mostró a nivel de antro pre pilórico mucosa con erosiones lineales. Se tomaron múltiples biopsias. El informe anátomo-patológico evidenció una mucosa antral y corporal con inflamación crónica activa moderada y abundante presencia de H.pylori; marcados fenómenos regenerativo, micro absceso, daño epitelial e infiltrado inflamatorio eosinofílico. Se inicia tratamiento erradicador obteniendo buena respuesta. Fue evaluado por el Servicio de Hematología. La TAC tóraco-abdominal fue normal. La punción aspiración de médula ósea mostró hiperplasia granulocítica predominantemente de la línea eosinofílica, por lo que se decidió comenzar tratamiento con glucocorticoides. La respuesta obtenida fue satisfactoria permitiendo el descenso progresivo de los mismos. **COMENTARIO:** Los síntomas gastrointestinales de la gastritis eosinofílica incluyen: náuseas, vómitos, sensación de plenitud postprandial, dolor abdominal y pérdida de peso. Los enfermos con compromiso gástrico presentan frecuentemente obstrucción pilórica. Estudios radiológicos revelan engrosamiento de los pliegues mucosos, modularidad o úlceras. La endoscopia puede mostrar mucosa de aspecto normal o hiperémica, edematosa con erosiones o pliegues prominentes. Las biopsias son cruciales para el diagnóstico evidenciando infiltrado eosinofílico intenso, abscesos eosinofílicos, necrosis y regeneración epitelial. **CONCLUSIÓN:** Se decide la presentación de este paciente dada la poca frecuencia de esta patología. Se concluye que la detección de la misma por medio de la anatomía patológica es una herramienta útil para ofrecer un tratamiento adecuado.

CC/P-16

VÓLVULO GÁSTRICO INTRATORÁCICO ASOCIADO A HERNIA HIATAL

Buzzi, A(1); Castelblanco, P(1)

(1)Diagnóstico Médico, Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina

El vólvulo gástrico es una entidad clínica poco común definida como la rotación anormal del estómago que podría ocasionar un cuadro obstructivo parcial o completo. Se han descrito dos tipos: el organoaxial (60% de los casos) y el mesentericoaxial (29% de los casos). Ambos son emergencias quirúrgicas que requieren un diagnóstico y tratamiento oportuno para evitar complicaciones tales como necrosis, perforación, mediastinitis y peritonitis.

Nosotros reportamos un caso de un paciente masculino de 67 años con dolor epigástrico y vómitos persistentes de contenido alimentario de 3 días de evolución; tenía antecedente de importante hernia hiatal por deslizamiento diagnosticada hace 8 meses. Se realiza una TC multicorte de abdomen con contraste oral evidenciando el ascenso del antro y parte del cuerpo gástrico a través del hialo diafragmático al interior de la caja torácica, asociado a torsión completa y ausencia del pasaje del medio de contraste oral mas allá del bulbo duodenal.

El paciente fue sometido a cirugía, confirmando el diagnóstico de vólvulo gástrico sin compromiso vascular, realizando destorsión del vólvulo y corrección del defecto diafragmático. En el posoperatorio evoluciona satisfactoriamente por lo que es dado de alta.

CC/P-17

GASTRITIS LINFOCÍTICA Y ENFERMEDAD CELIACA

Bialolenkier, D(1, 2); Pagliere, N(1, 2); Ratto, R(1, 3); Bosolino, A(1, 2); Marzano, C(1, 2)

(1)Sanatorio Municipal Dr.Julio Méndez. BsAs (2)Unidad de Gastroenterología (3) Unidad de Anatomía Patológica. Argentina.

INTRODUCCION: La Gastritis Linfocítica (GL), rara entidad descrita por Haot et al en 1986, encontrándose en el 1% de los pacientes dispépticos. Se caracteriza por una densa infiltración linfocítica de la superficie y depresiones de la mucosa gástrica a predominio antral, o corporo-antral.. A menudo se presenta una mucosa gástrica de aspecto normal en la endoscopia, además como una mucosa nodular, erosiones, y pliegues gástricos prominentes (gastritis varioliforme). Su etiología es desconocida pero se relaciona entre otras entidades con la enfermedad celiaca con una prevalencia aproximada del 10 %. Según la bibliografía, con dieta libre de gluten, la gastritis linfocítica desaparece en un plazo de 2 años. **OBJETIVO:** Presentar un caso infrecuente de gastritis linfocítica, resaltando su asociación a la enfermedad celiaca, enfatizando los hallazgos endoscópicos y anatomopatológicos. **CASO CLINICO:** Mujer de 40 años, asintomática, con antecedentes familiares de primer y segundo grado de enfermedad celiaca. Consulta por presentar serología positiva para enfermedad celiaca evidenciadas por Ac anti TTG:169, EMA (+) 1/160 e IgA total de 87, resto del laboratorio y examen físico normal. VEDA: en antro a nivel prepilórico, área mucosa de aspecto blanquecino que se biopsia, y que informa gastritis linfocítica, en segunda porción duodenal, mucosa con presencia de signo del peinado y mosaico, con evidencia de atrofia duodenal Marsh 3 B. **DISCUSION:** Se describe un caso de GL en una paciente con sospecha alta enfermedad celiaca. Es una enfermedad rara, de baja prevalencia, afectando mas a mujeres como un nuestro caso, asociándose a distintas entidades, principalmente la enfermedad celiaca y la infección por Helicobacter Pylori. Se define por la presencia de >25 linfocitos intraepiteliales (LIES) por cada 100 células epiteliales contados por técnica de hematoxilina-cosina El patrón de afectación mucoso gástrico en la GL está estrechamente relacionado a la patología duodenal asociada. Existe una forma con predominio antral o forma difusa que tiene asociación a atrofia vellositaria y otra predominante corporal, que se asocia poco a patología duodenal. **CONCLUSIONES:** La GL, es una condición rara que se caracteriza por una densa infiltración linfocítica en la superficie. El diagnóstico es histológico. La endoscopia en pacientes con GL se asocia a menudo con mucosa gástrica de aspecto normal o a veces como gastritis varioliforme. En nuestro caso la endoscopia mostro mucosa antral de aspecto blanquecino y a nivel de segunda porción duodenal atrofia vellocitaria en acuerdo con la bibliografía. Se describe un caso de GL en contexto de una paciente con enfermedad celiaca debido a su baja prevalencia de asociación.

CC/P-19

INVAGINACIÓN YEYUNO-YEYUNAL COMO PRESENTACIÓN DE UN CARCINOMA PRIMARIO PULMONAR: REPORTE DE UN CASO

Pratto, D(1); Resial, M(1); Bucciarelli, F(1); Gennaro, MV(1); Wulfson, A(1) (1)Hospital de Emergencias Clemente Alvarez - Rosario. Argentina.

INTRODUCCIÓN:Metástasis (mts) intestinales de cáncer de pulmón son infrecuentes (2 a 11%) La expresión clínica se debe a: perforación, obstrucción o sangrado digestivo, marcando peor pronóstico. **CASO CLÍNICO:** Pte 61 años, tabaquista, dolor epigástrico, vómitos y pérdida de peso, un mes de evolución RX abdomen con niveles hidroaéreos TAC tórax/abdomen: moe en lóbulo inferior derecho heterogénea de 60 mm con áreas de necrosis, adenopatías mediastinales subarinales. Moe en asa yeyunal 47 por 32 mm. VEDA: polipos sésiles en duodeno tipo hiperplásico. VCC sin lesión. Laparotomía: intususcepción de asa yeyunal no reducible. Resección segmentaria de 40 cm de yeyuno con anastomosis termino-terminal. Histopatología: carcinoma adenoescamoso poco diferenciado, vegetante, ulcerado de 8 cm compromiso ganglionar (7/10) Citokeratinas 7 y p 63 +. PAAF pulmonar: carcinoma poco diferenciado tipo epidermoide. Postoperatorio 5to día, melena, requirió transfusiones de GR. AngioTAC de abdomen: invaginación yeyunal, con vaso de gran calibre. Reintervención quirúrgica. Histopatología: carcinoma adenoescamoso pobremente diferenciado. **DISCUSIÓN:** tumores malignos del intestino delgado son infrecuentes 1 a 6 % de las neoplasias de T-GI. La mayoría son tumores primarios malignos, adenocarcinoma, tumores del estroma gastrointestinal y son infrecuentes las metastasis, melanoma, pulmón, colon, mama, riñón, cérvix, osteosarcoma y ovario. Habitualmente no son la primera manifestación de la diseminación sistémica del primario asociándose a mts en otros órganos. El ca de pulmón raramente produce mts en intestino. El tipo indiferenciado de células grandes y de células pequeñas produce mts más frecuentemente. Son infrecuentes mts en intestino delgado manifestadas antes que el tumor primario. Localización más frecuente: yeyuno, íleon y duodeno. Se presentan como: perforación, sme suboclusivo o hemorragia digestiva. Se diagnóstica por estudios radiológicos digestivos, ecografía y TAC que evidencian tumoración de intestino delgado con signos radiológicos de intususcepción. La TAC de abdomen muestra tres imágenes según plano de sección y gravedad del cuadro. Imagen en diana, en salchicha o pseudo riñón. En sangrado digestivo es útil la técnica de angioTAC. La TAC con doble contraste es el método diagnóstico de elección. Sensibilidad 87% La suboclusión intestinal, perforación o hemorragia expresan estado avanzado de la enf. de base, con mal pronóstico. El tratamiento de mts intestinales es la resección quirúrgica. La sobrevida no supera 16 semanas desde la cirugía y 85% mueren antes de 8 meses. La quimioterapia neoadyuvante depende de la histopatología. **CONCLUSIÓN:** Las mts intestinales de ca primario de pulmón son infrecuentes. En este caso, la lesión pulmonar se diagnosticó después de síntomas digestivos debido a obstrucción intestinal por invaginación yeyuno-yeyunal, actuando como cabeza de la intususcepción. Siendo la resección quirúrgica el tratamiento de elección.

CC/P-18

TUMOR DEL ESTROMA GASTROINTESTINAL (GIST) DE INTestino DELGADO. REPORTE DE UN CASO

Armijos, X(1); Baez, E; Curras, A; Pizkorz, E; Molina, C; Fuentes, J (1)Hospital J. A. Fernandez. Argentina.

INTRODUCCION: Los tumores gastrointestinales GIST son las neoplasias mesenquimatosas más frecuente del tracto digestivo, se originan a partir de las células intersticiales de Cajal, ubicadas en a nivel de los plexos mientéricos de la pared gastrointestinal. Su localización representa a nivel gástrico el 60%, Intestino delgado 20-30%, colon 10%. El pronóstico depende del tamaño del tumor, índice mitótico y metástasis al momento del diagnóstico. El tratamiento quirúrgico es el de elección y en aquellos con enfermedad metastásica se utiliza el Imatinib (inhibidor de la tirosinquinasa), pero incluso después de una adecuada resección la mayoría de GIST recidiva, siendo en un 50% el hígado la principal sitio de metástasis. **Objetivo:** Reporte de un caso clínico **Caso:** Paciente masculino de 67 años, con antecedente de HTA arterial que ingresa por sangrado digestivo alta sin descompensación hemodinámica. VEDA: Bulbo duodenal y rodilla superior hacia cara posterior lesión submucosa y una úlcera central de 4 mm que se biopsia. TAC: espacio subhepático entre la tercera porción de duodeno y el colon derecho se visualiza una masa heterogénea de 65 mm con centro necrótico y tiene cierto contacto con la cabeza del páncreas. CRMN: Masa de 11 cm de diámetro en la región duodenopancreática. Cabeza del páncreas desplazada medialmente, compresión extrínseca del colédoco pancreático y supra pancreático. Formación en estrecha relación con el tronco de la vena porta. Histopatología: Fragmentos de proliferación fusocelular bien vascularizada con regular n° de mitosis. Coexiste mucosa duodenal con cambios inflamatorios y signos de ulceración. IHQ: CD 117: reactivo, CD 34: reactivo, AML: reactivo, S100: reactivo. **Diagnóstico:** GIST. **Tratamiento:** Laparoscopia: Tumor de 10 cm que emerge de la 1ª porción duodenal en contacto vesícula biliar. Disrupción de la pared del tumor. Conversión de la cirugía. Gastrectomía parcial + resección de 1ª porción duodenal + colecistectomía + gastroyeyunoanastomosis Bilroth II anisoperistáltica. Histopatología de la pieza qx: Mucosa antro pilórica que se continúa con mucosa duodenal sin alteraciones significativas, la muscular propia se continúa con proliferación hiperplásica de células ahusadas y epitelioides con marcada atipia, células multinucleadas y con conteo mitótico de 53/50 cga (conteo > a 10 mit/50 cga) presenta extensa necrosis y hemorragia. Márgenes laterales libres de lesión. A los 11 meses en control tomográfico, presenta recidiva en Hígado (imagen hipodensa de localización Periférica en segmento VIII de 65 x 22 mm). Punción biopsia hepática: células neoplásicas fusiformes con núcleos ovoides y nucléolo evidente. Dg. Citología compatible con GIST. **Conclusión:** Los tumores GI son causa infrecuente de sangrado digestivo, el diagnóstico se le realiza por métodos convencionales actuales. La Cirugía es la principal modalidad terapéutica, pero incluso después de una adecuada resección la mayoría de GIST recidiva

CC/P-20

IMNUODEFICIENCIA COMUN VARIABLE

Salim, N(1); Torrico, C(1); Marino, M(1); Djevelkian, S(1); Mazure, R(1) (1)Hospital B. Udaondo. Argentina.

INTRODUCCIÓN: La Inmunodeficiencia Común Variable, comprende un amplio grupo de desórdenes, caracterizados por niveles bajos de inmunoglobulinas, las formas clínicas de presentación son variables, incluyen manifestaciones gastrointestinales caracterizadas por fenómenos de malabsorción y diarrea. Otras afecciones vinculadas a esta entidad, incluyen susceptibilidad a infecciones recurrentes y producidas por gérmenes inusuales. **OBJETIVO:** Presentar un tipo de manifestación clínica, poco frecuente, dentro de la inmunodeficiencia común variable. **Paciente:** mujer de 56 años que consulta por cuadro clínico de Diarrea crónica, esteatorrea y pérdida de peso. A su ingreso se constata Hipokalemia e hipomagnesemia severas. Tuvo tres internaciones durante el último año, por trastornos hidroelectrolíticos severos (hipocalcemia, hipomagnesemia e hipocalcemia). En la última internación presentó Shock séptico secundario a ITU tratada con múltiples esquemas antibióticos por un largo periodo de tiempo, con cultivos positivos. **ESTUDIOS REALIZADOS AL MOMENTO DE SU INGRESO:** Volumen Materia Fecal: 720g/24hs Esteatocrito: 9% Clearance alfa 1 antitripsina: 161 Toxina para Clostridium difficile: negativa Serologías EC: anti tgg 1, anti EM (-), DPG screen 1 ASCA: IgA/G: 0 Serologías Hepatitis viral B, C y HIV: no reactivas. VEDA: Descarta Enf. Celiaca, compatible con duodenitis crónica. Anatomía Patológica: Mucosa duodenal con vellosidades acortadas, incremento del número de apoptosis y escasos linfocitos intraepiteliales. Videocolonoscopia y Biopsia de colon: Colitis pseudomembranosa. TAC Abdomen Pelvis: Esplenomegalia, dilatación de asas Intestino Delgado. Proteínograma Electroforético, agamaglobulinemia y aumento de B2 micro globulina. IgA 5(70-400) IgG68(700-1600) IgM6(40-230) **TRATAMIENTO:** Ciclos de Gamaglobulinas 800mg/kg cada 21 días Estudios Post-tratamiento: VMF 320 Esteatocrito 4% Cíasis antitripsina 61 Gamaglobulinas: IgA55 (VN 70-400) IgG468 (VN 700-1600) IgM46 (VN 40-230) **DISCUSIÓN:** La Inmunodeficiencia Común Variable, es una forma de inmunodeficiencia relativamente común que comprende un amplio grupo de desórdenes, caracterizado por niveles bajos de anticuerpos con múltiples formas presentación. "de ahí el nombre de común variable". En algunos pacientes existe una reducción en los tres principales tipos inmunoglobulinas (IgG, IgA e IgM). La presentación inicial puede incluir alteraciones de diferentes cuadros clínicos como trombocitopenia, fenómenos de malabsorción y diarrea, contribuye a los síntomas gastrointestinales la enteropatía con pérdida de proteínas. Se suele observar también hipertrofia de bazo, y, ocasionalmente, de hígado. Otras afecciones vinculadas a esta entidad incluyen susceptibilidad a infecciones recurrentes y producidas por gérmenes inusuales. El tratamiento con globulina gamma brinda una mejora en los síntomas. El propósito del tratamiento es mantener al paciente libre de infecciones y prevenir las manifestaciones de enfermedad intestinal crónica.

CC/P-21

ENFERMEDAD CELIACA Y TROMBOSIS VENOSA PROFUNDA

Ferrero, SL(1); Camus, G(1)
(1)Hospital Español Mendoza. Argentina.

Presentamos un paciente masculino, de 40 años de edad, que 12 semanas previas a la internación comienza con deposiciones diarreicas, no disintérica, asociada a adelgazamiento de 15 kg y deshidratación que motiva su internación. Se constata paciente adelgazado, IMC: 17, pálido, sudoroso, afebril, hemodinamicamente estable. Abdomen levemente distendido, depresible, indoloro, no visceromegalías. Al tercer día de internación el paciente presenta dolor, edema y aumento de temperatura en pierna izquierda, signo de Hoffman + y empastamiento gemelar izq. Se realizan exámenes complementarios: Laboratorio: Hb 11 gr/dl, microcitosis hipocrómica, GB: 6300, PMN seg: 54%, PMN cay: 0%, LINFO: 42%, plaquetas: 324.000, glucemia: 64, uremia: 18, crea: 0.60, amilasemia: 27, TGO: 42, TGP: 82, FAL: 540, ggt: 91, BIL: 0.37, NA: 136, K: 3.66, CL: 114, PROTEINAS TOT: 4,20, albúmina: 1,40, , TSH: 3.13, T4: 9.48, ferremia: 39, colesterol: 130, TGL: 83, ac antiendomisio IgA (IFI): 1/640, Ac antiendomisio Ig G: 1/160, Ac anti gliadina IgA: 219,70, Ac anti gliadina IgG: 109, urocultivo negativo , hemocultivos negativos, fresco de MF y coprocultivo fueron negativos. Ecografía Abdominal: Hígado de tamaño y ecoestructura homogénea, vesícula de paredes lisas y grosor normal, con escaso barro biliar en su interior, colédoco de calibre normal, páncreas normal, riñones normales, bazo normal. Se observa marcada distensión de asas intestinales. VEDA:1) esofagitis severa, grado 3 de SAVARY-MILLER, 2) Bulbo congestivo con mucosa granular y erosiones aisladas. Segunda porción duodenal con mucosa granular, disminución de pliegues y festoneado. INFORME ANATOMOPATOLOGICO: mucosa duodenal con atrofia vellositaria total (tipo 3c de Marsh) ECO DOPPLER MII:Trombosis venosa en femoral superficial, profunda y poplítea izq. Se realiza tratamiento con dieta libre de gluten, IBP a dosis doble, Hidrocortisona 100 mg c/12 hs y acenocumaryl. Queremos descartar la tendencia en los pacientes con Enfermedad Celíaca diagnosticada o no tratada tienen mayor riesgo de eventostrombóticos

CC/P-23

TUMOR DEL ESTROMA GASTROINTESTINAL COMO CAUSA DE HEMORRAGIA DIGESTIVA DE ORIGEN OCULTO

Vazquez Janik, J; Petterini, J; Marta, E
Argentina.

OBJETIVO: presentar un caso de GIST como causa poco frecuente de hemorragia digestiva y hacer hincapié en la necesidad de continuar con los procedimientos diagnósticos cuando los estudios de uso habitual son negativos. CASO CLÍNICO: Paciente de sexo masculino, 78 años de edad, con antecedentes de diabetes y hemorragia digestiva alta por úlcera gástrica, que ingresa al servicio de Clínica Médica por melena. Se constata anemia (Hto 26,5 %; Hb 8,7 gr/dl). Se realiza VEDA sin hallazgos patológicos y VCC hasta ciego, observándose pólipos de 0,8cm que se extrae y no se recupera. Por evolucionar estable se externa. Continúa estudios por Servicio de Gastroenterología. Se solicita tránsito de intestino delgado detectándose imagen de falta de relleno en 1º asa yeyunal de aspecto polipoideo. Se realiza enteroscopia por empuje que informa tumor yeyunal a 90cm de 3,5 x 4cm con mucosa erosionada. La biopsia es insuficiente por lo que se deriva al Servicio de Cirugía. Se realiza resección de la 1ª asa yeyunal; el informe anatomopatológico con inmunomarcación arrojó como diagnóstico tumor estromal gastrointestinal CD 34+, Cdx117 +, < 5 mitosis en 50 HPF, márgenes no comprometidos. DISCUSIÓN: los GIST son tumores poco frecuentes de origen mesenquimático, específicamente generados en células intersticiales de Cajal donde la fosforilación irreversible de la tirosin quinasa de los receptores C-KIT y PDGFR" determinan el crecimiento descontrolado de la célula. Se presentan habitualmente entre los 50-60 años y prevalecen en el sexo masculino. En orden de frecuencia se localizan en: estómago (60%), intestino delgado (20-30%) y el resto a nivel colorrectal y esófago. El 53% son sintomáticos (hemorragia digestiva, dolor abdominal, masa palpable y obstrucción intestinal). Pueden dar metástasis en hígado, pulmón, hueso y peritoneo. El 10% al 30% de los tumores se comportan como malignos lo cual se estima por tamaño (> 5 cm), ubicación e índice mitótico (> 5 mitosis x 50 HPF). Para el diagnóstico contamos con VEDA, Eco endoscopia, TAC y PET. Pero el análisis histopatológico con inmunomarcación es el elemento concluyente. Los GIST expresan marcadores inmunohistoquímicos característicos CD 117 (95%), CD 34 (70%), actina (30-40%). El tratamiento comprende la resección tumoral y el uso de Imatinib (inhibidor de tirosina quinasa) en aquellos pacientes con metástasis o tumores irrecesables. CONCLUSIÓN: Los GIST deben tenerse en cuenta como causa de sangrado digestivo de origen oscuro, en pacientes con signos evidentes o microscópicos (SOMF +) de hemorragia digestiva, en los cuales los métodos convencionales de estudio (VEDA- VCC) no evidencian causa.

CC/P-22

ENFERMEDAD DE WHIPPLE. PRESENTACIÓN DE CASO CLÍNICO

Carballada, F; Parrotta, M; Luciani, JC; Pedrana, R; Diaz, A; Godoy, A; Baravalle, E
Argentina.

Paciente de 64 años de sexo masculino con cuadro clínico de anemia,diarrea crónica (Cinco deposiciones líquidas por día durante los últimos tres meses), pérdida de peso (Diez kilos en mismo tiempo de evolución) y artralgias. Laboratorio hematológico: leucocitosis (13.200 GB) con neutrofilia, anemia (28 Hematocrito y 8.2 hemoglobina). Coprocultivo: negativo. Coproparasitológico en fresco: negativo. Anticuerpos para enfermedad celíaca: negativos. Tránsito de intestino delgado: fragmentación y segmentación de contraste baritado en yeyuno proximal. Colonovideoendoscopia: a ciego. Presencia de restos de materia fecal y sangre roja en todo el trayecto colónico sin evidencia de lesión sangrante. Esofagogastrovideoesndoscopia: Hernia hiatal. Antropatía maculosa parcheada. Bulbopatía erosiva en parches y hemorragia submucosa. Segunda y tercera porción duodenal con pliegues aplanados, en meseta y con múltiples hemorragias submucosas. No se observa sangrado activo al momento del estudio. Anatomía patológica: colitis crónica de grado leve e inespecífica, arquitectalmente preservada. Biopsia de intestino delgado: mucosa con masiva infiltración por macrófagos PAS + diastasa resistentes. Moderada atrofia vellositaria. Coloración de Ziehl Nilsen negativa. No se observaron microorganismos micóticos. Diagnóstico histopatológico: Enfermedad de Whipple. Técnica de PCR: positiva

CC/P-24

INMUNODEFICIENCIA COMÚN VARIABLE: CAUSA INFRECUENTE DE COLITIS GRANULOMATOSA

Manazzoni, D(1); Etchevers, MJ(1); Mullen, E(2); Gimenez Villamil, MP(1); Abecia, VH(1); Rivera Flores, JC(1); Pizzala, JE(1); Piccioni, HL(1); De Paula, JA(1) (1)Servicio de Gastroenterología, Hospital Italiano de Buenos Aires, Argentina. (2) Servicio de Anatomía Patológica, Hospital Italiano de Buenos Aires, Argentina

INTRODUCCIÓN: La Inmunodeficiencia Común Variable (CVID) es un trastorno de la inmunidad primaria caracterizado por una diferenciación anómala de los linfocitos B con disminución de los niveles de IgG, IgA y/o IgM. Su prevalencia oscila entre 1/50.000 a 1/200.000 habitantes. La mayoría de los pacientes presenta infecciones a repetición, especialmente del aparato respiratorio y en menor número del tracto digestivo. Se asocia a patologías autoinmunes y neoplásicas. En un 8% de los pacientes con CVID se observa compromiso granulomatoso sistémico lo que implica un desafío en el diagnóstico diferencial con la sarcoidosis. Los órganos más frecuentemente afectados son los pulmones, el hígado, los ganglios linfáticos y la piel. La afectación granulomatosa del tubo digestivo es poco frecuente, con excepcional afección del colon. Son pocos los casos reportados en la literatura. CASO CLÍNICO: Paciente de 48 años de edad, oriunda de Chaco, con antecedentes de CVID, sarcoidosis hepática y colitis ulcerosa diagnosticadas en otro centro. En tratamiento crónico con meprednisona y mesalazina. Es derivada a nuestro centro para estudio de síndrome febril 5 meses de evolución asociado a distensión abdominal y diarrea. Refiere que este último cuadro comienza al suspender los corticoides.

Al examen físico se constata hepatoesplenomegalia no dolorosa y eritema nodoso en miembro inferior derecho. LABORATORIO: tricitopenia (atribuida al hipersplenismo), niveles bajos de todas las inmunoglobulinas, serología para HIV, HCV, HBV, enfermedad celíaca, PPD y estudios en materia fecal negativos.

TC abdomen: hepatomegalia homogénea, esplenomegalia (203 mm), que comprime y desplaza al riñón izquierdo, signos de circulación colateral en relación al hilio esplénico y múltiples adenopatías retroperitoneales. Se realizó VEDA que mostró mucosa de cuerpo gástrico congestiva y vórices esofágicas GII. Se solicitó VCC la cual no identificó lesiones mucosas. Biopsias escalonadas de colon: acúmulos de histiocitos y células multinucleadas sin necrosis caseosa compatible con colitis granulomatosa. Medición de GPVH: 8 mmHg. Biopsia hepática y de ganglio linfático que evidenciaron la presencia de granulomas en ambos órganos, similar a lo observado en colon. Con los diagnósticos presuntivos de sarcoidosis vs reaccion granulomatosa por CVID se inició tratamiento con corticosteroides vía oral (metilprednisona 40 mg/ día) presentando excelente respuesta clínica, con desaparición del eritema nodoso y mejoría de la diarrea. CONCLUSIÓN: La CVID es una entidad de baja prevalencia, cuya gran variedad de manifestaciones clínicas secundarias al déficit inmune puede mimetizar una amplia gama de enfermedades entre ellas la sarcoidosis y la enfermedad inflamatoria intestinal. El conocimiento de esta entidad permite su sospecha y un mayor acceso al diagnóstico con el adecuado manejo de inmunosupresión.

CC/P-25

ENUCLEACION EN BLOQUE ENDOSCOPICA DE TSM (TUMOR SUBMUCOSO)

Fernandez, L(1); Giustina, R(1)

(1)Hospital Italiano de Córdoba, Argentina.

INTRODUCCION: Las lesiones submucosas del tubo digestivo representan el 1% del total de las neoplasias gastrointestinales. La evolución de los métodos diagnósticos en los últimos años ha modificado la forma de clasificarlas desde el punto de vista histológico, inmunohistoquímico y morfológico. **OBJETIVOS:** Demostrar la resección completa en bloque como forma segura. Utilizar varios elementos en el procedimiento en un tumor de gran tamaño.(clips, ansa, knife) **MATERIAL Y METODO:** Se trata de un paciente de sexo masculino de 60 años de edad, que presenta en colon ascendente distal, TSM de 7 cm., protruyendo hacia la luz, con bordes regulares, sin ulceración. En su base presenta pedículo de 15 mm. Se inyecta solución de epinefrina (dilución 1:1000) en solución salina hipertónica inyectada en el borde próximo de TSM. Se realiza corte con knife. Se observa el tumor que se enlaza con el ansa y se colocan clips en vasos de visión directa. Se electrocoagula. No hay sangrado posterior y se recupera íntegro para estudio anatomopatológico. **RESULTADOS:** Se extrae tumor de 7 cm., de bordes regulares, no complicaciones en el procedimiento ni en el seguimiento del paciente. **Anatomía Patológica:** Lipoma **CONCLUSIONES:** La resección endoscópica de tumores submucosos es una técnica relativamente segura, nos permite identificar correctamente los TSM del tracto digestivo siendo de carácter curativa en aquellas que se pueden resecar en su totalidad.

CC/P-27

SINDROME DE SWEET COMO MANIFESTACIÓN ASOCIADA DE COLITIS ULCEROSA EN ACTIVIDAD

Quiroga, R(1); Barri, A(1); Caruso, S(1); Dolan, M(1); De Mingo, L(1); Scacchi, A(1); Fernandez, R(1); Rainero, G(1); Romo, R(1); Copello, H(1); Gonzalez Roibón, N(1)

(1)Hospital Churrua-Visca, Argentina.

INTRODUCCIÓN: La colitis ulcerosa (CU) es un trastorno inflamatorio que afecta al recto y se extiende en dirección proximal para comprometer al colon en grado variable. Tanto la Enfermedad de Crohn como la CU, están asociadas con una variedad de manifestaciones extraintestinales. Alrededor del 36% de los pacientes con enfermedad inflamatoria intestinal presentan por lo menos una manifestación extraintestinal. La asociación entre Sme. de Sweet y enfermedad inflamatoria intestinal se caracteriza por un claro predominio por el sexo femenino, en una proporción 9:1, siendo la edad de presentación variable. La afectación del colon ocurre prácticamente de forma constante, casi siempre coincide con un brote de actividad inflamatoria intestinal. Generalmente suele aparecer después del diagnóstico de la CU. La afectación ocular está presente en la cuarta parte de los casos. **OBJETIVO:** Presentar el caso de una mujer con reactivación de CU asociado a Sme. de Sweet, siendo ésta asociación infrecuente. **CASO CLÍNICO:** Mujer de 38 años con antecedentes de Colitis Ulcerosa (proctitis), diagnosticada en marzo de 2009 tratada con mesalazina supositorios durante 1 año. Por buena evolución y no presentar síntomas, la paciente abandona tratamiento. En julio de 2010, consulta por hemoproctorragia, 10 a 12 deposiciones diarias asociadas a pujos y tenesmo rectal, con dolor anal intenso, también dolor abdominal difuso y en miembros inferiores. Con el antecedente de poliartralgias con consumo de altas dosis de AINES (Ibuprofeno 600 mg c/3hs; y diclofenac 75 mg c/12hs), una semana previa a la internación. Agregando en la última semana, dolor y lagrimeo ocular, y lesiones en piel eritemato-ampollar coraliformes de bordes definidos, en brazo izquierdo y tórax, no pruriginosas. En laboratorio Hto. 33%, Hb. 8,4; VSG 89 mm en 1^o h; resto sin relevancia. Se realiza VCC evidenciando pancolitis, y se diagnostica epiescleritis izquierda. Se biopsian lesiones en piel. **Anatomía patológica:** Infiltrado de neutrófilos con edema de dermis. Comenzándose tratamiento con hidrocortisona, mesalazina, y ciprofloxacina - metronidazol, con buena evolución del cuadro intestinal, cediendo también lesiones en piel, y mejorando epiescleritis. **DISCUSIÓN:** El SS se caracteriza por fiebre de comienzo repentino, leucocitosis, y lesiones rojas eritematosas, con pápulas, placas o nódulos que usualmente afecta la región facial, cuello, extremidad superior, y espalda. Las manifestaciones oculares fueron principalmente conjuntivitis, epiescleritis e iritis. Las lesiones en piel muestran en la histología un infiltrado neutrofílico denso. Frecuentemente se asocia a otros trastornos inmunológicos. La asociación

CC/P-26

COLITIS ULCEROSA Y UNA COMPLICACIÓN POCO FRECUENTE. A PROPOSITO DE UN CASO

Chaves, E(1); Stieben, T; Caram, S(1); Retore, M(1); Colli, G(1); Chaves, M(1); Dalurzo, D(1); Viale, S

(1)Servicio Clínica Médica, Sanatorio La Entrerriana. Paraná. Entre Ríos, Argentina.

La colitis ulcerosa (CU) es una enfermedad inflamatoria recurrente, no transmisible, que afecta el recto y se extiende en forma proximal para afectar el colon en grado variable. El tratamiento de primera línea de la CU se basa en la mezalazina (ácido 5-aminosalicílico). La cual puede darse por vía oral, rectal o en diferentes pro-drogas orales como la sulfasalazina (SA). La sulfasalazina (SA), inicialmente descripta para el tratamiento de la artritis reumatoide, es una de las drogas más antiguamente utilizada en el tratamiento de la CU. La misma resulta de la unión azo entre una molécula de mezalazina y otra de sulfapiridina. Actualmente su uso se ve parcialmente restringido por los efectos adversos, que pueden llegar hasta el 30%, y están relacionados principalmente con la molécula de sulfapiridina. Se presenta el caso de una mujer de 52 años, con antecedentes de hipotiroidismo, con diagnóstico reciente de CU extensa. Inicia tratamiento con esteroides y SA, con remisión clínica, y continúa mantenimiento con SA (2g/día). Luego de 3 meses del inicio del tratamiento, la paciente presenta elevación moderada de las transaminasas (5 a 10 veces el valor normal), sin alteración de la función, ni colestasis. Se indica discontinuar la SA (reemplazándola por mezalazina) y se descartan otras causas de hepatopatía, normalizando el hepatograma a los 30 días. Al poco tiempo desarrollo pancitopenia, rash maculopapular, elevación de la eritrosedimentación, y positividad de auto anticuerpos (FAN y antiDNA). La paciente continuaba tomando SA en forma intercalada con la mezalazina, a pesar de la indicación de la suspensión un mes atrás. No presentaba signos de actividad de CU. De acuerdo con los criterios de la Asociación Americana de Reumatología se interpreta el cuadro como un Lupus Eritematoso (LE) y se inicia meprednisona (1mg/kg). La paciente no presentaba compromiso renal, y al cabo de pocas semanas mejoran las lesiones en piel y los valores del hemograma. Se reducen lentamente las dosis de esteroides y continúa seguimiento. La asociación entre CU y LE es muy poco frecuente. Por otro lado la inducción de un LE por la SA ha sido descripta en distintos reportes y series de casos. Los factores de riesgo para esta complicación poco frecuente del tratamiento de la SA serían el tiempo de exposición a la droga y una predisposición genética relacionada con un genotipo de acetiladores lentos. Se presenta el caso para discusión clínica.

CC/P-28

AMILOIDOSIS RENAL Y ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL

De Santis, JP; Codoni, ML; Barbaglia, Y; Juarez, L; Jiménez, F
Argentina.

Mujer de 24 años, con diagnóstico dudoso de enfermedad celíaca, con escasa adhesión a la DLG, sin otro antecedente patológico conocido, con internaciones recurrentes (2007) por cuadros similares, reingresa por diarrea de 4 semanas de evolución, vómitos, fiebre, pérdida de peso, anasarca y, alteración del medio interno. Cultivos de materia fecal, negativos. Biopsia y anticuerpos negativos para EC. Ecografía abdomino-renal: presencia de ascitis. T.A.C. abdominal: derrame pleural bilateral y ascitis. La videocolonoscopía progresa hasta los 12 cm por estrechez, encontrándose: múltiples úlceras profundas, mayores de 1 cm., cubiertas de tejido aparentemente no colónico, rodeada de mucosa eritematosa, friable y sangrante, configurando pseudopólipos, tomándose biopsias. La anatomía patológica revela: "infiltrado inflamatorio submucoso inespecífico". El colon por enema, evidencia dos estrecheces, a unos 12 y 35 cm del ano, de aproximadamente 10 y 5 cm de longitud, cada una, respectivamente. Comienza tratamiento con sulfasalazina 4 gr/día con cumplimiento irregular. Reingresa a los 2 años por constipación, anasarca, agregando orinas espumosas, alteración de la función renal, proteinuria de 12 gr/día. Nefrología indica biopsia renal, informando la anatomía patológica: glomerulonefritis nodular difusa, con depósito de amiloide. El tránsito de intestino delgado, no revela alteraciones. Los ac. P-ANCA y ASCA, resultaron negativos. **ACTUALIZACIÓN BIBLIOGRÁFICA:** La EII involucra a: enfermedad de Crohn y colitis ulcerosa, sugerida como respuesta inflamatoria inapropiada a los microbios intestinales en un huésped genéticamente susceptible. La prevalencia en Argentina de la CU es de 76/100.000, 15/100.000 para EC y 6/100.000 en colitis indeterminada. El 20-30% desarrollara manifestaciones extraintestinales y, un 4-20 % afección renal. La incidencia de amiloidosis secundaria es de 0,9-6 % en enfermedad de Crohn y, 0,07 % en colitis ulcerosa, con mayor prevalencia en hombres. La amiloidosis resulta del depósito de una proteína de bajo peso molecular, amorfa, insoluble, rígida, en respuesta a la inflamación crónica bajo la regulación de TNF α e, IL 1 y 6. Las manifestaciones clínicas son múltiples e inespecíficas, lo que retrasa el diagnóstico. El 90 %, se manifiesta con insuficiencia renal con proteinuria intensa. Es la causa más grave asociada a enfermedad inflamatoria, llegando a una mortalidad entre 40 - 70 %. Hasta la fecha, no ha habido ningún tratamiento eficaz para evitar la progresión. El trasplante podría ofrecer mejores perspectivas. Varios estudios demostraron mejoría de la función renal y la proteinuria, con infliximab, reduciéndose los niveles séricos de amiloide. **CONCLUSIÓN:** Al momento, no contamos con diagnóstico anatomopatológico preciso del tipo de enfermedad inflamatoria que nos ocupa. El análisis de la pieza quirúrgica podría aclarar tal panorama, pero con un alto impacto en la morbimortalidad, debido esta asociación.

CC/P-29

COLITIS ULCERATIVA CON EVOLUCIÓN TÓRPIDA EN PEDIATRÍA

Petri, V(1); Riga, C(1); Quinteros, E(1); Depetri, ML(1)

(1)Servicio de Gastroenterología, Hospital de Niños de la Santísima Trinidad, Córdoba, Argentina

INTRODUCCIÓN: La Colitis Ulcerativa es una enfermedad crónica caracterizada por inflamación de la mucosa colónica y se manifiesta clínicamente por dolor abdominal, sangrado rectal y diarrea. Si bien los niños tienen compromiso colónico más extenso habitualmente responden de forma exitosa al tratamiento médico requiriendo sólo en pocas ocasiones tratamiento quirúrgico. **OBJETIVO:** Presentación de paciente pediátrico con Colitis Ulcerativa de evolución tórpida. **CASO CLÍNICO:** Paciente de 3 años de edad con diagnóstico de Colitis Ulcerativa desde los 17 meses de vida con compromiso pancolónico, tratada desde el inicio con corticoides y mesalazina. Durante su evolución presentó 3 recaídas requiriendo en la segunda corticoides EV y azatioprina. En la última recaída no respondió a nutrición parenteral, tratamiento inmunosupresor (pulsos de corticoides, ciclosporina e infliximab), presentando compromiso del estado general con dolor abdominal intenso, diarrea (10-15 deposiciones diarias con moco y sangre), anemia severa, hipoalbuminemia, alteración hidroelectrolítica y desnutrición severa. Debido a la falta de respuesta al tratamiento médico se realiza colectomía total con ileostomía. En los controles posteriores se observó una recuperación de su estado nutricional (P/E 50, T/E 50 e IMC 50-75), índices de laboratorio y manifestaciones clínicas. **CONCLUSIÓN:** Si bien la resolución quirúrgica es la última instancia en el tratamiento de esta enfermedad en la edad pediátrica, en ciertos casos severos refractarios al tratamiento esta debe ser indicada para brindar una curación potencial de la enfermedad.

CC/P-31

¿DIARREA ORGÁNICA O FUNCIONAL?

Oggero, JL(1); Di Césare, AE(2)

(1)Endicor (2)Hospital Municipal Urgencias - Endicor. Argentina.

Fem 60 años.M.C. Diarrea Crónica.A. E. A Consulta el 12/10/10; comenzó en mayo del 2010 con diarrea líquida alternada con MF blanda. Nunca proctorragia. A veces diarrea explosiva. Urgen evac que la despierta por las noches. Actualm 3-8 dep/día. Dolor en abd local en FII y FI que cede con las evac. Bajó de peso 10-11 Kg en 6 meses con restricciones alim.APP HTA Tto: Lotrial 10 mg/día Osteop-Osteopenia: sin tto actualm. Mioma con Anexohisterectomía hace 10 años. Tabac: 30 paq/año. No transf. Menarca: 11 años; 4 emb con PN. No AHF.Ex Físico Dolor en FI y FII. Complemen: Julio a Octubre 2010 Hb.13,4g/dl - 11,9g/dl- 12,2g/dl fórm: Norm VSG:40 mm - 70 mm Pla 190000/mm3 Col 250mg/dl TGC 167 mg/dl Ca 9,6 Glu 73 Urea 14 Creat 0,60 Na 142 K 3,80 Ac Anti-HIV (-) Ag HBs: (-) Anti Core VHB(-) VHC (-) GOT 13 GPT 10 FAL 99 BiD 0,30 Bi T 0,60 APP 80 KPTT 37" Rx.Abd: Calcificación en proyección de FII. Resto s/p. Colon doble cte: Múlt divertículos en c. sigm, desc y trans. FCC: Recto: trama vascular disminuida. Biopsias. Estudio hasta c trans. Divertículos en colon sigm. Biopsia COLITIS CRÓN INESP MODERADA EN ACTIVIDAD. VEDA: Cpo y antro c/mucosa cong con pliegues erosivos. Duod normal. Biopsia: Hp positivo. Duod normal. GASTRITIS SUP MOD ACTIVA. GASTRITIS ASOC A HP. MUCOSA DUOD NORMAL TAC abd-pelv c/c: normal. 14/09/10. mesalazina 400 hace 8 días. 4 por día. No cede el cuadro. Noviem 2010 a Enero 2011 Hto 38 Hb 12 g/dl - 10,3 g/dl - 11 g/dl Fórmula normal VSG 30mm -103mm -47mm. Pla 195000 Glu 93 Urea 18 Creat 0,7Colest 210 HDL 43 LDL 111 TGC 181 Ac Urico 3,4 Na 147 K 2,8 Cl 113 Uroclut Leuc 5-6/c. Hemat 5-10 p/c. Cultivo s/desarrollo. UFC: (-) IgA anti gliad 9,03 IgA AntiEnd (-) Ac ATG 0,30 MFecal leucocitos (-). Parasitos (-) Esteatocrito 1º muestra: 3 (VN: hasta 5). Amilasa: 241. Prot Tot 6,6 Alb 3,9 Glob Tot 2,7 Alb/Glob: 1,44 Na 148 K 3,4 C: 102 Test de H en Aire Espirado Para Sobrec Bact: < 12 ppm sobre el nivel basal (Pat: mayor a 12) en 120 min.Eco Abd: normal. VCC Digital: Hasta ciego incl. Múlt divertículos en c. sigm y desc. Resto Normal. TAC Abd con cte Ensanchamiento uniforme de pared en la mayor ext del íleon medial y terminal que en sectores genera estrechez luminal parcial con hipodens de pared que traduce edema de la misma sugiriendo íleitis sin signos de ulceración ni trayectos fistulosos. Formación fecalomatosa a nivel del recto. Evolucion Tto cronológico: Dieta Astring Sin rta. Tto Psiquiátr Sertralina 50 mg/día Clonazepán 0,5 mg c/12 hs S/Síntomas.Terapia Psicol S/síntomas. Trimebutina 200 mg c/8 y 12 hs Sin rta Rifaximina 200 mg c/12 hs x 10 días 2 ciclos (antes de test del aire espirado y después). Con Rta parcial transitoria y posterior recurrencia del cuadro. Sucralf susp 30 cc c/6 hs Sin rta. Antiesp. Sin rta.Mesalazina 1 g c/12 hs Exacerbó el dolor

CC/P-30

ENFERMEDAD DE CROHN COMO CAUSA DE ABDOMEN AGUDO

Domínguez, MJ(1); Palmisano, EM(1); Cerda, JI(1); Bernaus, M(1); Mangione, A(1)

(1)Hospital Escuela Eva Perón Granadero Baigorria. Argentina.

INTRODUCCIÓN: La enfermedad de Crohn es una inflamación crónica transmural granulomatosa y cicatrizante, de inicio submucoso, que afecta cualquier sector del tracto gastrointestinal en forma discontinua y asimétrica, manifestándose en forma inflamatoria, obstructiva o fistulizante. **OBJETIVO:** REPORTE DE 2 CASOS. Caso 1: Varón de 26 años de edad que consulta por cuadro de 48 hs de dolor abdominal en fosa ilíaca derecha, continuo. Acompañado de náuseas e hiporexia. Al examen físico presenta dolor y defensa a la palpación de fosa ilíaca derecha. Estudios Complementarios: Laboratorio: Hemoglobina: 13.9, Hematocrito: 38.5, Glóbulos blancos: 11.000 (56/10), Plaquetas: 251.000, TP: 13, KPTT: 32. Se decide tratamiento quirúrgico por diagnóstico de abdomen agudo quirúrgico. Bajo sedación pre quirúrgica, se palpa tumoración en fosa ilíaca derecha, duro pétrea de 4 x6 cm. Cirugía: Tumor de Ciego e Íleon terminal. Hemicolectomía derecha más ileodescendente anastomosis término-terminal. Anatomía Patológica: Enfermedad de Crohn que afecta íleon terminal, ciego y apéndice cecal, con fistulización y consecutiva peritonitis aguda. Se disecan 26 ganglios linfáticos con hiperplasia linfocelular, signos de linfadenitis subaguda y crónica granulomatosa. Caso 2: Varón de 22 años de edad que consulta por cuadro de 15 días de dolor abdominal en flanco y fosa ilíaca derecha. Que aumenta progresivamente en intensidad. Al examen físico presenta dolor y defensa en fosa ilíaca derecha, donde se palpa tumoración de 5 x5 cm, duro pétrea, adherida a planos profundos. Estudios Complementarios: Laboratorio: Hemoglobina: 12, Hematocrito: 35,3, Glóbulos blancos: 11900(81/12), Plaquetas: 492.000, Velocidad de Eritrosedimentación: 86. Se diagnostica abdomen agudo quirúrgico y se decide cirugía hallando tumoración en íleon terminal y Ciego. Hemicolectomía derecha más ileotransverso anastomosis látero-lateral. Anatomía Patológica: Ileocecocolitis granulomatosa con compromiso segmentario transmural compatible con enfermedad de Crohn. No se observan BAAR. Peritonitis fibrinoleucocitaria. No presenta signos de transformación maligna. **COMENTARIOS:**La enfermedad de Crohn, suele debutar por manifestación de sus complicaciones. Entre las agudas se destacan la perforación, obstrucción y hemorragia, lo que obliga a descartar otras enfermedades que afectan al Colon e íleon terminal, potencialmente causales de abdomen agudo. El diagnóstico definitivo es anatomopatológico, ya sea de la pieza quirúrgica o por endoscopia.

CC/P-32

PIODERMA GANGRENOSO EN COLITIS ULCEROSA

Garrastazul, PE(1)

(1)Servicio Gastroenterología, Endoscopia y Hepatología, Hospital Rawson, Córdoba, Capital, Argentina

Masculino de 39 años de edad, de Córdoba. MC: deposiciones diarreicas con sangre. AEA: constipación de 2 meses de evolución, heces encintadas con sangre, disminución de 3kg de peso, pujos, tenesmo.APP: tabaquista, hemorroides internas. CCV marzo 2010: tacto rectal ampolla libre, hasta 35cm del canal anal por mala tolerancia del estudio, presenta mucosa enrojecida sin red vascular, múltiples ulceraciones. Inicia tratamiento con sulfasalazina 2gr/d, continua con enterorrugia por lo cual se agrega metilprednisona 10mg/d.Labo marzo 2010: hto37,5%, Hb 12,8gr, GB 7150, ERS 9, APP 68%, creat1, BT 0,90, BD 0,27, BI 0,62, col 177,TG 189, GOT 20, GPT 25,FA 25%, ALB 3,2%,K+4mEq/l Biopsia colonica: exudado fibrinoleucocitario con tejido de granularon subyacente. Material de lecho ulceroso. Truelove: leve .Presenta disminucion de deposiciones, con enemas de corticoides, metilprednisona vo, sulfasalazina 2gr/d. Se agrega acido folico 5mg/d por presentar GR 3750000. rectoscopia: mucosa friable hasta12 cm, con multiples ulceras no respetando red vascular submucosa. Biopsia rectal: extensa perdida de revestimiento epitelial, la mucosa colonica adyacente evidencia distorsion y atrofia de las criptas asociado a edema y congestion vascular con infiltrado inflamatorio don discreta migracion leucocitaria epitelia. BMI 21, inicia dieta hipercalorica e hiperproteica.Truelove: leve. Se realiza DETERMINACION ENZIMATICA TPMT, 11,1 pmoles x 10-7 GR x hr (>7,5 pmoles x 10 -7 GR x hr). CCV: se progresa hasta ciego evidenciandose mucosa edematosa, friable, ulceraciones confluentes, recubiertas de fibrina con formaciones pseudopolipoides y abundante exudado fibrinoso. CU grado III. Biopsia colonica: disminucion da la masa glandular y celulas caliciformes, con tapones mucosos, el corion exhibe edema vasocongestion y leve infiltrado inflamatorio mono y olimorfonuclear con formacion de aislados microabscesos. Colitis cronica severa en actividad.Labo junio 2010: hto27,0%, Hb 8,6gr, GB 5800, ERS 28, ligera hipocromia y anisocitosis. Truelove: moderado. En marzo de 2011, deja medicacion, proctorragia, pujos tenesmo. Lesion sobreelavada de 5 x 7cm con multiples ulceras con material seroso de 1 semana de evolucion en MMII derecho.Labo marzo 2011: hto 35%, Hb 12, GB 12.500, plaq 610000, ERS 75, APP 65%, GOT 19, GPT 50, ALB 3.20. CCV: ulceras con restos de fibrina confluyente y pseudopolipos mucosa muy friable. Truelove: moderado-grave. Se inicia tratamiento con glucocorticoides EV, NTP, enemas con glucocorticoides, tacrolimus topico, ALB. A los 5 dias se suspenden enemas se rota via oral los glucocorticoides, por disminuir frecuencia de deposiciones mejoría de consistencia, no pujos no tenesmo. Se decide por mejoría de deposiciones, disminución de tamaño de lesion en MMII, alta con metrednisona 10me sulfasalazina 2gr dia hierro vo, tacrolimus vo, luego de

CC/P-33

DIARREA HIPERSECRETORA DE POTASIO ASOCIADA A PSEUDOBS- TRUCCION AGUDA DEL COLON: UN CUADRO POCO FRECUENTE

Abecia, VH(1); Talamazzi, AR(1); Pizzala, JE(1); Matoso, MD(1); Piccioni, HL(1); De paula, JA(1)

(1)Gastroenterología, Hospital Italiano, Buenos Aires, Argentina.

INTRODUCCIÓN: Las diarreas secretoras pueden tener diferentes etiologías, sin embargo se asume que el mecanismo es el mismo para todas: estimulación de la secreción de cloro, la cual induce secundariamente la secreción pasiva de sodio. A la secreción de cloro se suma la inhibición de la absorción activa de cloruro y bicarbonato de sodio. Como resultado se produce un exceso de electrolitos en la luz intestinal, que arrastra agua a la luz intestinal. En la diarrea secretora, la secreción de potasio (K) esta levemente aumentada, con concentraciones que no superan los 50 mEq/l. Existen escasos reportes en la literatura de diarrea por hipersecreción de K. Es por eso que reportamos a una paciente con un cuadro con falta de eliminación de gases, hipokalemia y diarrea con alta concentración de K fecal. **CASO CLÍNICO:** Paciente de 81 años sin antecedentes de importancia que ingresó con distensión abdominal y falta de eliminación de gases, seguido de diarrea líquida profusa con alto contenido de mucus, con volúmenes de hasta 3000 ml día, con hipokalemia severa de 1,5 mEq/l, concentración fecal de K de hasta 140 mEq/l y Na fecal de sólo 15 mEq/l. Los estudios por imágenes mostraron importante dilatación colónica, con estudios en materia fecal negativos. Se realizaron múltiples tipos de tratamiento sin ninguna mejoría del cuadro clínico, recibiendo cargas de cloruro de potasio endovenoso de hasta 160 mEq/l día. A raíz de la refractariedad del cuadro se decidió iniciar tratamiento con octeodride 0,1 mg SC tid con lo cual presentó mejoría clínica a partir del tercer día, con cese de la diarrea y normalización del ionograma fecal al 7mo día de tratamiento. **DISCUSIÓN:** La pseudo-obstrucción colónica aguda, suele ocurrir en pacientes hospitalizados con enfermedades sistémicas severas. La fisiopatología de este cuadro no es clara pero se cree que es causada por un exceso de actividad simpática y una reducción de la actividad parasimpática. Otros factores conocidos que contribuyen a la dilatación colónica son fármacos y desórdenes electrolíticos. Este reporte evidencia la existencia de un mecanismo poco conocido y extremadamente raro de diarrea con una exacerbada secreción de K. Dos principales hipótesis, se describieron hasta ahora, una en la cual la pseudo-obstrucción colónica y la diarrea secretora se producen por hiperestimulación adrenérgica sobre sistema nervioso entérico. Otra interpretación posible sería que la distensión colónica sea el principal estímulo secretor. Es interesante destacar que el paciente comenzó su mejoría a partir de la administración de octeodride SC, lo cual hace pensar que la estimulación de los receptores de somatostatina haya sido capaz de inhibir algún mecanismo anormalmente activado. Es de relevancia destacar la importancia de la sospecha clínica de esta entidad ante cuadros de diarrea y distensión abdominal, tan poco referida en la literatura, como así también el rol del ionograma fecal en el diagnóstico.

CC/P-35

ABDOMEN DOLOROSO

Dotta, M(1); Hammar, F(1); Buzzi, A(1)

(1)Fundación Diagnóstico Médico. Argentina.

Hombre de 60 años de edad que consulta por un dolor abdominal bajo asociado a vómitos de 48 hs de evolución. Refiere como único antecedente de importancia la presencia de litiasis vesicular. Se le solicita TC abdominal con contraste oral y endovenoso donde se observa, aerobilia, engrosamiento parietal, reticulación de planos grasos, y la presencia de cuerpo extraño en últimas asas iliares. Se diagnosticó fleo biliar por lo que al paciente se le indicó cirugía.

CC/P-34

MICOBACTERIUM AVIUS INTRACELLULARE: LOCALIZACION COLONICA

La Via, J(1); Boggio Marzet, C(1); Donatelli, M(2); Jaroslavsky, MJ(3); Nardi, G(1); Pinasco, R(1); Regnasco, S(2); Saa, EC(1)

(1)Unidad de Gastroenterología. Hospital Pirovano CABA (2)Sección Endoscopia. Hospital Pirovano. CABA (3)División Anatomía Patológica. Hospital Pirovano. CABA. Argentina.

INTRODUCCIÓN: Las bacterias del complejo *Mycobacterium Avium Intracellulare* (MAI) se encuentran en el agua, en los alimentos y en distintos animales, por lo que resulta muy fácil que entre en contacto las personas. A pesar de que la gran mayoría de las personas tiene estas bacterias en su cuerpo, las que tienen un sistema inmunológico sano pueden controlar que éstas no se desarrollen, con lo que se evita que la enfermedad se manifieste. **OBJETIVO:** Presentar un caso clínico de MAI de localización colónica en un joven HIV negativo sin manifestaciones pulmonares. **PACIENTE:** L.M. - 16 años. Oriundo de Formosa - Medio rural - Bajo nivel socio-económico. Diarrea con sangre de 6 meses evolución. Pérdida de peso. Dolor abdominal. **RESULTADOS:** Año 2006. Parasitológico: Dientamoeba fragilis. Anemia - Hto 24% - GB12000. VCC: Se progresa hasta 35 cm. Recto con mucosa congestiva, edematosa, con pérdida de la red vascular, con exudados fibrinosos y presencia de pseudopolipos. A 20 cm mucosa de características normales. Biopsias a 10 y 15 cm: Mucosa rectal con erosión superficial, intensa inflamación crónica activa con abscesos cripticos, infiltrados de escasos histiocitos de citoplasma claro en la lámina propia. Se realizan técnicas especiales para búsqueda de hongos y BAAR (Resultados insatisfactorios). Se sugiere que el cuadro es sugestivo de colitis infecciosa, si bien no puede descartarse C.U. Se realizan múltiples cultivos para gérmenes comunes y específicos, con resultados negativos. En base a éstos y a la sospecha endoscópica, se interpreta el cuadro como E.I.I., y comienza tratamiento con corticoides, enseguida reemplazados por 5-ASA y además tratamiento antiamebiótico. Evolución tórpida y se pasa a 6-mercaptopurina. Se reinternó en Marzo 2009. Se realiza VCC. En ciego, mucosa friable y sangrante, con úlceras y exudados fibrinosos. Resto del colon, mucosa con patrón de afectación discontinua. En recto mucosa friable y sangrante con múltiples úlceras y exudados. El cuadro histológico es similar al anterior planteándose el diagnóstico diferencial entre EII y Colitis infecciosa. Nuevos cultivos con resultados negativos. Año 2010: cuadro abdominal agudo. TAC: se ve aire en cavidad abdominal y un absceso a nivel del psoas derecho. Se decide laparotomía exploradora con sospecha de perforación colónica. Se realiza colectomía con conservación del recto y se deja drenaje. Se diagnostica MAI en la pieza quirúrgica. Se inició tratamiento con tres drogas. Excelente evolución. **CONCLUSIONES:** La infección diseminada por MAI es un proceso oportunista que afecta a pacientes HIV+ en etapas tardías de la infección. La diarrea, el dolor abdominal y el síndrome de malaabsorción son manifestaciones clínicas frecuentes. La manifestación del tracto digestivo por MAI suele situarse en el contexto de una enfermedad diseminada por lo cual los pacientes presentan síntomas generales como pérdida de peso y fiebre.

CC/P-36

CAUSA INUSUAL DE HEMOBILIA

Panno, C(1); Gutierrez, S(1); Milocco, M(1); Valenzuela, M(2); Cubilla, A(2); Iannicillo, H(3); Zagasky, D(3); Alvarez, E(4); Fucile, V(3); Alvarez, F(5); Echeverria, R(1); Garbe, C(1)

(1)Servicio de Gastroenterología- Hospital Posadas. (2)Servicio de Diagnóstico por imágenes- Hospital Posadas (3)Servicio de Endoscopia- Hospital Posadas (4)Servicio de Anatomía Patológica- Hospital Posadas (5)Servicio de Cirugía- Hospital Posadas

Paciente masculino de 52 años, antecedentes: 1) Internación reciente por Endocarditis Infecciosa, con glomerulonefritis, absceso esplénico, insuficiencia Aórtica con reemplazo valvular. 2) LIVE asintomática. 3) Enolista. En tratamiento: Acenocumarol. Ingresa al hospital por abdomen agudo y HDA, Ecografía abdominal: vía biliar intra y extrahepática dilatada, vesícula distendida, alitiásica. Imagen focal heterogénea subhepática de 10 x 4mm. Laboratorio: Hto 26%- Hb 8.6- Plaquetas 205.000- T.p 39- RIN 2,13. Laparotomía de urgencia, evidencia de colecistitis aguda necrohemorrágica se realiza colectectomía y colocación tubo de Kehr. AP de la pieza quirúrgica: colecistitis crónica reagudizada y litiasis vesicular. Se inicia anticoagulación con enoxaparina y al 7mo día presenta Hematemesis con descompensación hemodinámica, VEDA: estómago restos hemáticos, en 2da porción duodenal escasa sangre fresca sobre la papila con coágulo adherido. En día 14 nuevo episodio de Hematemesis, se realiza CPRE: 2da duodenal con sangrado, se canula hepatocolédoco de 10mm con múltiples imágenes negativas. Se dilata con balón y se observa salida de sangre y coágulos. Se coloca drenaje nasobiliar. Angiografía sin evidencias de sangrado ni lesiones. Se solicitó AngioTAC no realizada por razones técnicas. Ecografía con doppler: hígado de ecoestructura heterogénea, imagen anecoica de 51x45x58mm en lóbulo hepático derecho en contacto con la arteria hepática y rama de la vena porta, con señal Doppler (+) en su interior. Recurre con Hematemesis y melena con descompensación hemodinámica. Laparotomía de urgencia con diagnóstico post-quirúrgico de tumor hepático cavitado, se realiza hepatectomía derecha. Evoluciona con interurrencias infecciosas, requiriendo múltiples esquemas de antibióticos. Ecocardiograma transesofágico: sin lesiones. Presenta ascitis de rápida reproducción y requerimiento de paracentesis evacuadoras periódicas. Lq. Ascítico: leuc. 147- albúmina 0,2- proteínas totales 1,3- GASA 1,9. Citológico: sin células atípicas. Cultivos negativos. Presenta shock séptico a probable foco respiratorio sin respuesta al tratamiento con drogas vasoactivas y fallece. Anatomía patológica: pieza hepática con colección hemática en organización de 4 x 3,5cm de diám. rodeada por pared fibrosa con focos de calcificación y discreto infiltrado inflamatorio mononuclear. Cuadro vinculable a pseudoaneurisma. Parénquima hepático adyacente con fibrosis portal. El caso presentado se arribó al diagnóstico presuntivo de Pseudoaneurisma de la arteria hepática mediante ecografía con doppler abdominal, no pudiendo demostrarse la lesión a través de la realización de Angiografías intrasanguíneas. La resolución de la patología fue quirúrgica y la mortalidad estuvo relacionada a causa infecciosa ajena al procedimiento quirúrgico.

CC/P-37

PANCREATITIS AGUDA POR HIPERCALCEMIA

Catalá, L(1); Marino, M(1); Djivelekian, S; Fiorentino, R; Basso, S
(1)Hospital Udaondo. Argentina.

INTRODUCCIÓN: Paciente masculino de 42 años de edad con antecedentes personales de Síndrome Metabólico presenta varios episodios de dolor abdominal con diagnóstico Pancreatitis secundaria a hipertrigliceridemia (triglicéridos mayor a 1000). Consulta por cuadro de dolor abdominal tipo cólico en epigastrio irradiado a dorso de intensidad 9/10 de 72 horas de evolución sin otro síntoma asociado. Laboratorio: amilasa 383. Ecografía Abdominal: hígado con cambios esteatósicos leves, vesícula ausente, vías biliares no dilatadas, páncreas aumentado de tamaño homogéneo. Se interpreta cuadro como pancreatitis aguda por hipertrigliceridemia. Reingresa al mes de su externación por nuevo episodio de dolor abdominal de similares características, donde se evidencia amilasa 1500, calcio 13.5, TG 418, sin otros datos relevantes con ecografía abdominal que describe páncreas aumentado de tamaño a predominio de cuerpo y cola difusamente heterogéneo. Se interpreta el cuadro como nueva pancreatitis aguda metabólica secundaria a hipercalcemia / hipertrigliceridemia. **OBJETIVOS:** Evaluar alteraciones metabólicas como la hipercalcemia secundaria a hiperparatiroidismo como causa de Pancreatitis Aguda. **MATERIALES Y MÉTODOS:** Paciente de 42 años de edad con antecedentes de Síndrome Metabólico quien presenta en varias oportunidades episodios de pancreatitis aguda metabólica secundaria a hipercalcemia/hipertrigliceridemia. Presenta durante su internación amilasa elevada 1500, TG418, Ca13.6. Se solicita Tac de abdomen y pelvis que evidencia vías biliares no dilatadas, páncreas con área hipodensa a nivel de cola que no realiza con contraste endovenoso, resto sin alteraciones. Se realizó a nivel de laboratorio dosaje de PTH con valor de 180 (vn: 67), completando el estudio con ecografía de cuello donde no se evidencia alteraciones. **RESULTADOS:** Se interpretó nuevo episodio de Pancreatitis secundaria a hipercalcemia por Hiperparatiroidismo. **CONCLUSIONES:** La hipercalcemia secundaria a hiperparatiroidismo es una causa rara de pancreatitis aguda, variando entre el 1,5-7%. Aunque la relación causal y la fisiopatología del proceso no están totalmente aclaradas, parece claro que la asociación no es incidental y que los niveles de calcio sérico serían un factor de riesgo mayor, desencadenándose los cuadros de pancreatitis durante las crisis de hipercalcemia. También se han descrito alteraciones en diversos genes que podrían estar implicados, justificando por qué sólo unos pocos pacientes con hiperparatiroidismo primario e hipercalcemia sufren pancreatitis aguda. Lo más frecuente es que se den en el seno de un hiperparatiroidismo ya conocido o en el postoperatorio de una paratiroidectomía, siendo más raro en los hiperparatiroidismos de debut. En la pancreatitis aguda asociada a estados de hipercalcemia, debe sospecharse la existencia de un hiperparatiroidismo primario.

CC/P-39

PRESENTACIÓN DE TRES CASOS CLÍNICOS PEDIÁTRICOS

González, L(1); Couceiro, P(1); Nicastro, E(1); Morelli, A(1)
(1)Hospital de Niños de San Justo. Argentina.

INTRODUCCIÓN: se presentan tres casos clínicos de aporte al diagnóstico diferencial de Vómitos y dolor abdominal en edad pediátrica. **OBJETIVOS:**llevar al clínico general a pensar en diagnósticos frecuentes y otros no tanto en la presentación similar de tres casos clínicos. **MATERIAL:** Caso 1. Niño de 6 años con múltiples internaciones por deshidratación por vómitos y dolor abdominal. Se presenta a guardia por deshidratación secundaria a vómitos biliosos y constipación. Se administran enemas evacuantes exitosamente. Abdomen doloroso a la palpación profunda. Evolución con vómitos incoercibles. Rx abdominal post contraste baritado oral (dilatación de 1era y 2da porción de duodeno). Se solicita FEDAs. No se observan alteraciones de la mucosa. TAC abdominal dilatación en 1era y 2da porción de duodeno seguida de estrechamiento. Laparotomía exploradora: malrotación intestinal y vólvulo parcial de yeyuno ileon. Corrección quirúrgica. No vuelve a presentar vómitos. Caso 2. Niña de 4 años. Sufre traumatismo abdominal cerrado. Presento vómitos y dolor abdominal intenso. Concorre a guardia. Presenta amilasemia elevada. Ecografía abdominal: páncreas hiperecogénico. TAC abdominal: Imagen hipodensa podría corresponder con laceración. Evoluciona con disminución de amilasemia hasta la normalización. Alimentación vía oral con buena tolerancia. A la semana repica amilasa. TAC abdominal: imagen hipoeoica de contenido particulado, sugiere presencia de pseudoquiste. Se realiza derivación gástrica de pseudoquiste. 96 hs en ayuno estricto, luego comienza realimentación oral con buena tolerancia. Caso 3. Niño de 7 años. Comienza con vómitos y dolor abdominal abrupto. Consulta a guardia. Abdomen doloroso en zona epigástrica, hernia inguinoescrotal izquierda, hernia umbilical, diastasis de los rectos anteriores del abdomen. Laparotomía exploradora, herniolplastía y apendicetomía. Ecografía abdominal (dilatación quística con paredes levemente engrosadas) y laboratorio (amilasemia elevada). TAC de abdomen (aumento difuso del volumen pancreático, edema intra y peripancreático. Se interpreta pancreatitis aguda. Se indica nutrición parenteral. Evoluciona con amilasemia en descenso. Ecografía de control (vesícula de paredes engrosadas, colédoco dilatado 12,4 mm sospecha de quiste de colédoco, discreto líquido peripancreático). Comienza tolerancia con semilíquidos (hidrolizado de proteínas) y luego dieta hipograsa. Pendiente CPRE. **MÉTODOS:** estudio observacional, descriptivo y retrospectivo. **RESULTADOS Y CONCLUSIONES:**se presentan tres pacientes en edad pediátrica con diagnóstico de vómitos y dolor abdominal, como punto en común, realizándose, luego diagnósticos diferenciales que hacen pensar en la frecuencia del pseudoquiste de páncreas y en la más rara aparición de malrotaciones fuera del período neonatal

CC/P-38

ADENOCARCINOMA DUCTAL DE PANCREAS: UNA FORMA DE PRESENTACIÓN INUSUAL

López Laplace, FB(1); Martínez, A(1); Curras, A(1); Abed, J(2); Sacco, A(3); Calzetta, P(1); Aira, O(1)
(1)Servicio de Gastroenterología/ Hospital J.A.Fernandez (2)Servicio de Cirugía General/ Hospital J.A. Fernandez (3)Servicio de Anatomía Patológica/Hospital J.A.Fernandez. Argentina.

INTRODUCCION: La mayoría de las formas de presentación del Adenocarcinoma de páncreas incluyen dolor abdominal, ictericia, y pérdida de peso, pero en algunos casos la aproximación diagnóstica se realiza por el hallazgo de las alteraciones fisiopatológicas que el proceso neoplásico produce en su desarrollo. Tanto la Hipertensión portal segmentaria como el Infarto esplénico son el resultado de la invasión vascular que el tumor de cuerpo y cola de páncreas produjo en la vasculatura tanto venosa como arterial de dicha región anatómica. La hipertensión portal segmentaria es un Síndrome clínico producido por la trombosis de la Vena esplénica, y se manifiesta por hemorragia digestiva secundaria al sangrado de varices gástricas en pacientes con vena porta y función hepática sin alteraciones. **OBJETIVO:** Se presenta un caso clínico con el propósito de dar a conocer la experiencia de efectuar el diagnóstico y tratamiento de una patología con presentación infrecuente. **PACIENTE:** Caso Clínico. Paciente de sexo femenino de 53 años de edad, sin antecedentes de relevancia, consulta por presentar deposiciones con características melénicas, astenia y palidez cutáneo-mucosa. Al examen físico: Esplenomegalia a la palpación, sin observarse signos de hepatopatía crónica ni descompensación hemodinámica. Laboratorio: HCT=22; HB=5.5; VCM=72; Plaquetas=333.000 ; GB=4600 ; Urea=72 Creatinina=1.2 ; Glucemia=254 ; BT=0.6 ; TGO=27 ; TGP=26 ; FAL=68 ; Amilasa=32 ; TP=76 ; KPTT=28 ; NA =138; K =3.5; ERS=37 ; LDH=451 ; Albúmina=4.1. Ecografía abdominal que informó hígado de forma y tamaño conservado, vía biliar no dilatada, vena porta de 10 mm, permeable. Páncreas sin alteraciones. Esplenomegalia homogénea. Videoesndoscopia digestiva alta que evidenció varices nodulares de techo gástrico, sin signos de sangrado activo, realizándose escleroterapia de las mismas. Tomografía de abdomen que informó: Esplenomegalia con áreas irregulares hipodensas que adoptan aspecto de cuña de base capsular, sin realce del contraste compatible con infarto esplénico. Angioresonancia de abdomen que informó: Ausencia de señal de flujo y adelgazamiento de vena y arteria esplénicas respectivamente, alteración morfológica con aumento de tamaño de la región caudal del páncreas y Esplenomegalia con infarto esplénico.Se solicitaron marcadores tumorales con resultados negativos. Con diagnóstico presuntivo de tumor de cola de páncreas se realizó Pancreatectomía distal con Splenectomía. Anatomía patológica: Adenocarcinoma ductal moderadamente diferenciado con sectores poco diferenciados. Bazo libre de neoplasia con infarto isquémico. El paciente evolucionó favorablemente en el postoperatorio. Se decidió su externación y control por consultorios externos. **CONCLUSIONES:** El conocimiento de la anatomía y fisiopatología de los tumores pancreáticos favorece el entendimiento de los mismos principalmente cuando los hallazgos son el producto de una manifestación inusual.

CC/P-40

HISTOPLASMOSIS GASTROINTESTINAL EN UN PACIENTE VIH-SIDA.

Milito, D(1); Espinoza, J(1); Mikolaitis, V(1); Reyes, H(1); Berreta, J(1); Mauriño, E(1); Vasen, W(1)
(1)Htal.C.Bonorino Udaondo. Argentina.

La Histoplasmosis gastrointestinal (HG) es una causa poco frecuente de diarrea crónica en los pacientes VIH-SIDA y puede evolucionar al óbito sin tratamiento. Su diagnóstico diferencial se plantea con otras causas de diarrea crónica como son la enfermedad inflamatoria intestinal, enfermedades parasitarias causadas por micropodridias, *Cryptosporidium* spp, giardiadías, enfermedad por citomegalovirus, linfomas y enfermedad de Whipple entre otras enfermedades. Se presenta este caso clínico con el objeto de mostrar las características clínicas e histopatológicas de la HG , su metodología diagnóstica y la evolución del paciente bajo el tratamiento específico de esta infección. **CASO CLÍNICO:** Se trata de un paciente masculino de 65 años de edad con el antecedente de diarrea crónica de 18 meses de evolución asociado a síndrome de mala absorción y pérdida de más del 20% de su PCT. A su ingreso estaba desnutrido con diarrea crónica.Los métodos por imágenes mostraban múltiples adenopatías retroperitoneales sin ascitis. Se realiza el diagnóstico de infección por VIH estadio CIII con recuento de linfocitos cd4 del 1% valor absoluto de 7 células. Se efectúa una laparoscopia diagnóstica para obtener biopsias ganglionares cuyo resultado no mostros lesiones peritoneales y la biopsia ganglionar y peritoneal fue negativa para granulomas y atipias y sus cultivos negativos. Se realiza una video endoscopia digestiva alta que muestra mucosa duodenal de aspecto normal pero la anatomía patológica mostró elementos leuduriformes intracelulares compatibles con Histoplasmosis Gastrointestinal. Comenzó tratamiento con Anfotericina B con desaparición de su diarrea . En su evolución presenta una ecografía abdominal que mostró engrosamiento de la pared intestinal colónica derecha sin presentar dolor ni diarrea . La video colonoscopia mostró cambios macroscópicos y microscópicos de colitis pseudo membranosa y la toxina para Clostridium difficile fue positiva. Comenzó tratamiento con metronidazol con evolución favorable. **CONCLUSIÓN:** Queremos destacar del presente caso clínico el tiempo de evolución de la diarrea crónica, el diagnóstico de HG con intensa afectación microscópica duodenal en presencia de imágenes endoscópicas normales y el desarrollo de colitis pseudomembranosa sin diarrea durante su internación y tratamiento.

CC/P-41

CRISIS CELÍACA: “UNA GRAVE EMERGENCIA PEDIÁTRICA”

Martínez, SM(1); Martín, GT(1); Chamorro, M(1)

(1)Hospital Dr. A. L. Castelán. Resistencia. Chaco. Argentina.

INTRODUCCIÓN: La emergencia más seria en un celíaco es la “crisis celíaca”, la cual tiene alta letalidad si no es abordada prontamente. La transgresión masiva subrepticia o involuntaria, a la dieta libre de gluten (DLG) es una condición indispensable y la infección enteral o parenteral, es un factor casi universal. En las últimas décadas se ha publicado poco sobre Crisis Celíaca (CC). Los avances diagnósticos y terapéuticos de la Enfermedad Celíaca (EC) y la creación de conciencia sobre la misma en la comunidad médica, permite que los pacientes estén menos expuestos a sufrir complicaciones, reduciendo la mortalidad. **OBJETIVO:** Presentar un caso de exacerbación aguda severa de EC como consecuencia del incumplimiento a la DLG. **Descripción del caso:** Paciente sexo femenino, 2 años y 3 meses, familia disfuncional, Peso nacimiento 2500, gluten 6to. mes, comenzando con deposiciones malabsortivas, diarreas y fallo del crecimiento. Derivado de Saénz Peña (interior del Chaco) con sospecha clínica y serologiapositiva para EC. Se realiza endoscopia digestiva alta constatándose signos endoscópicos de atrofia duodenal; anatomía patológica: atrofia IIIc (Marsh- Oberhuber) iniciándose posteriormente la recuperación nutricional. Se otorga el alta a su ciudad de origen, reingresando a los 10 meses con grave compromiso general y nutricional; edemas, trastornos metabólicos, hipoalbuminemia, hipoglucemia, hipofosfatemia, coagulograma alterado. Inicia nutrición parenteral (NP) y antibióticos por sepsis a foco enteral. Una vez compensado desde el punto de vista metabólico, nutricional, infeccioso y gastroenterológico, se otorga el alta a los 3 meses de su ingreso. **CONCLUSIÓN:** A pesar de los avances en las investigaciones realizadas, aún subsisten problemas en la población celíaca, independientemente del estrato socioeconómico cultural. Aquellos que desarrollan una CC han sido en general descuidados por su familia; por ignorancia, extrema pobreza o franca irresponsabilidad. Ante un celíaco conocido con diarrea crónica y compromiso nutricional, debe sospecharse esta grave emergencia médica, comenzando el tratamiento inmediatamente. La rápida progresión hacia el shock hipovolémico exige medidas urgentes y seguimiento posterior controlado.

CC/P-43

HEPATITIS AUTOINMUNE VERSUS LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO “UN DESAFÍO DIAGNÓSTICO”

Canteros, S(1); Spiraquis, A(1); Fernández, C(1); Aldabe, N(1); Iriarte, SM(1); Lotero Polesel, J(1); Andrush, A(1); Catuogno, P(1); Syriani, C(1); Cedeño Arauz, V(1); Ledesma, C(1); Villacis Coronel, E(1); Zelaya Gonzalez, B(1); Alban Loayza, R(1); Mauro, E(1); Miguel, C(1); López Gastón, A(1)

(1)Servicio de Gastroenterología, Hospital Militar Central Cir. My. Dr. Cosme Argerich, Buenos Aires Argentina.

CASO CLÍNICO: Femenina de 46 años, que ingresa por fiebre de 1 mes de evolución, epigastralgia, náuseas, vómitos, astenia y adinamia. Antecedentes: huevo anembrionado, 4 gestas-3 partos, poliartralgias. Al ingreso: lúcida, hemodinámicamente estable. BMI 16,5 kg/m, adenopatía axilar e inguinal derecha. Laboratorio: pancitopenia; TGO x 20 y TGP x 4. LDH: 1388U/ml; Amilasa: 2430U/ml; Lipasa: 1567 U/ml; Bt: 11,69mg; Bd: 8,45mg; Tp: 62%; Kp: 31”. Ecografía Abdomen: Hígado: sin alteraciones, Vesícula: paredes gruesas, barro biliar en su interior, ascitis. TAC de abdomen y pelvis: páncreas aumento difuso de la glándula con infiltración de planos grasos, colecciones líquidas en ambos parietocólicos y celda prerrenal izquierda, ascitis. Derrame pleural bilateral. Ecocardiograma: derrame pericárdico. Pancultivos negativos. Hipoalbuminemia e hipergamaglobulina. Proteinuria de 24 hs 0,73mg/24hs. Sedimento urinario patológico más de 20 hemáties por campo con 50 % de dismórficos, cilindros granulosos, hemáticos, mixtos, céreos, campo con telescopaje. Frotis de sangre periférica: leucocitos con vacuolas y granulaciones tóxicas, macroplaquetas. PAMO: proceso inflamatorio. Fondo de ojo: hemorragias en llamas. Serología viral negativa FAN + 1/640 homogéneo, Ac Anti RO y SSA (+), AMA, ASMA (-), Factor V: 24%, PCR 11,9 VSG: 75; Haptoglobina: disminuida. Evolución desfavorablemente. Se establece el diagnóstico presuntivo de LES, se inicia tratamiento con corticoides más azatioprina. La buena respuesta al tratamiento determinaron la remisión del síndrome clínico y humoral sin recurrencia hasta la fecha. **CONCLUSIÓN:** El desafío del caso clínico radicó en la complejidad del mismo, determinada por la dificultad en la delimitación entre los diagnósticos diferenciales, debido a la entramada superposición entre los mismos y por las innumerables características compartidas. Sin embargo, la consigna es: “lo sencillo promete éxito” y tal así lo fue, que el diagnóstico definitivo y la conducta terapéutica a seguir se definió, al final del camino, exclusivamente sobre la base de los criterios diagnósticos de LES.

CC/P-42

DUCTOPENIA IDIOPÁTICA DEL ADULTO ASOCIADO A ENFERMEDAD CELÍACA

Stieben, TE(1); Berbara, DB(2); Masola, A(1); Godoy, A(3)

(1)Servicio Gastroenterología, Hospital San Martín, Paraná, Entre Ríos, Argentina (2)Hospital San Roque, Paraná, Entre Ríos, Argentina (3)Servicio Anatomía Patológica, Instituto Gamma, Rosario, Argentina

INTRODUCCIÓN: La ductopenia idiopática del adulto es una entidad que conforma el espectro de enfermedades biliares de pequeños conductos. Afecta predominantemente a adultos jóvenes, se presenta con parámetros clínicos y bioquímicos de colestasis; e histológicamente se caracteriza por la pérdida de conductos biliares interlobulares y septales en al menos 50% de tractos portales, en ausencia de otras lesiones específicas. La asociación con enfermedad celíaca ha sido escasamente descrita en la literatura. **CASO CLÍNICO:** mujer de 35 años en seguimiento por colestasis crónica e hipertransaminasemia desde 2003. Astenia leve y prurito facial intermitente. En 2006 es derivada a consulta por persistencia de alteración en hepatogramas: ASAT 65/ALAT 128(VN h/40)/FAL920 (VN 240)/ bilirrubina normal /GGT 111(VN 39), 5N’ 30(VN 9), Gammaglobulinas normales. Ecografías normales. VHB, VHC, AMA (M2), ASMA, HIV negativo. Coproporfirina y porfirina, ceruloplasmina, ferritina y TSH normales. FAN +1/80 (más recientemente negativo). PBH:Arquitectura trabeculo-lobulillar preservada. Se cuentan diez espacios porta interlobulares, con un 50% de ellos aproximadamente en los que no se observa la presencia de conductos biliares interlobulares. Hay leve fibrosis y ausencia de actividad inflamatoria. No se observa actividad necroinflamatoria lobular. Compatible con ductopenia idiopática del adulto. Colangiografía RMI normal. Comienza con ácido ursodesoxicólico, evidenciándose mejoría de parámetros bioquímicos (FAL, GGT y TSM) con recaídas al suspender tratamiento. En marzo de 2009 presenta episodios de vómitos alimenticios y diarrea aguda que cede espontáneamente, posteriormente agrega astenia y pérdida de peso. IgA antitransglutaminasa + >100, IgA antigliadina 87 (VN<10). Biopsia duodenal: cambios compatibles con malabsorción severa. Comienza con DLG. Mejoría de peso y astenia. Normalización de TSM y descenso significativo de FAL (291) y GGT (87) solo con dieta libre de gluten. Se presenta el caso por la rareza de esta asociación y la mejoría de parámetros bioquímicos solo con dieta libre de gluten.

CC/P-44

TUMOR CARCINOIDE DE APÉNDICE EN DOS FAMILIARES DE PRIMER GRADO. REVISIÓN DE LA LITERATURA

Bestani, C(1, 2); Pesce, V(2, 3); O’Connor, JM(2, 4); Cabanne, A(2, 5); Domenichini, E(2, 6); Belli, S(2, 7); Caino, A(2, 8); Roca, E(1, 2)

(1)Sección Oncología, Hospital de Gastroenterología “Dr. C. B. Udaondo”, Buenos Aires, Argentina (2)Grupo ARGENTUM (Grupo Argentino de Trabajo en Tumores Neuroendócrinos Gastro-entero-pancreáticos) (3)Servicio de Oncología, Hospital Municipal de Oncología “Marie Curie”, Buenos Aires, Argentina (4)Servicio de Oncología, Instituto Alexander Fleming, Buenos Aires, Argentina (5)Servicio de Anatomía Patológica, Hospital de Gastroenterología “Dr. C. B. Udaondo”, Buenos Aires, Argentina (6)Servicio de Anatomía Patológica, Instituto Alexander Fleming, Buenos Aires, Argentina (7)Servicio de Endocrinología, Hospital General de Agudos “Carlos G. Durand”, Buenos Aires, Argentina (8)Servicio de Medicina Nuclear, Hospital El Cruce, Buenos Aires, Argentina

INTRODUCCIÓN: Los tumores endócrinos de apéndice tienen una incidencia de 2-3/ millon/año. Son más frecuentes en mujeres, diagnosticados incidentalmente durante apendicetomías. Presentan un pico de incidencia 15-19 años en mujeres y 20-24 años en hombres. En reportes previos se han descrito casos de tumores carcinoides en el tracto gastrointestinal en familiares de primer grado sin evidencia de síndrome MEN-1. **OBJETIVO:** Presentación de dos casos de Tumores endócrinos bien diferenciados de apéndice en familiares de primer grado. **MATERIALES Y MÉTODOS:** Análisis retrospectivo de las historias clínicas y revisión bibliográfica. **RESULTADOS:** Se describen las características clínicas y anatomopatológicas de dos pacientes (hermanas) con diagnóstico de tumor endócrino de apéndice con enfermedad localizada. **Caso clínico 1:** Paciente de 18 años, femenino, que debuta con cuadro de abdomen agudo y es sometida a cirugía de urgencia el 23/09/09 con diagnóstico de apendicitis aguda. Reporte anatomopatológico: Tumor endócrino bien diferenciado de apéndice de 0,8 cm de diámetro, que compromete focalmente la mucosa y se extiende hasta la subserosa inclusive. No se evidencia invasión vascular y perineural. No se identifican mitosis en 20 CGA. Acompaña apendicitis aguda supurada con peripendicitis y depósitos fibrinoleucocitarios incluso en la serosa adyacente al tumor. Inmunohistoquímica: cromogranina y sinaptofisina positiva. Ki-67 < 2%. **Caso clínico 2:** Paciente de 17 años, femenino, que debuta con igual cuadro que su hermana el 27/08/10 siendo sometida a cirugía de urgencia con diagnóstico de apendicitis aguda. Reporte anatomopatológico: Tumor endócrino bien diferenciado de apéndice <1 cm de diámetro, que infiltra focalmente la subserosa. No se evidencia invasión vascular y perineural. No se hallan mitosis en 12 CGA. Inmunohistoquímica: cromogranina y sinaptofisina positiva. Ki 67 < 2%. **CONCLUSIÓN:** Si bien la presentación de dos hermanas con diagnóstico de tumor endócrino de apéndice plantea la discusión de una posible asociación hereditaria, no hay

VC-01

NO TODO ES LO QUE PARECE

Bourbon, LM(1); Gini, G(1); Haiek, S(1); Ahumaran, G(1); Matrella, C(1)
(1)Sanatorio Sarmiento San Miguel Buenos Aires. Argentina.

Paciente de 56 años, masculino, que concurre a nuestro servicio, con motivo de estudio colonoscópico para detección temprana de cáncer colorrectal (CCR). El paciente no presenta antecedentes familiares de la enfermedad ni datos relevantes en su historia médica personal. No recibe tratamientos para patología alguna. Se realiza laboratorio pre quirúrgico con hemograma, coagulograma, bioquímica sanguínea normales. Serología para HIV negativa. Se realiza endoscopia bajo sedación comprobando buena respuesta a la preparación, lo que permite alcanzar el ciego rápidamente y sin encontrar patología hasta colon ascendente, observándose una formación lisa redondeada, normo coloreada, de aproximadamente 2 cm de diámetro tipo Yamada III entre los pliegues de la pata de ganso cecal. Con diagnóstico de pólipo se prepara la resección del mismo. Previamente se realiza semiología palpatoria del mismo para diferenciarlo de lesión submucosa, desplazándolo con pinza de biopsia cerrada, para descartar compromiso del íntimo apendicular. La semiología palpatoria y visual de la lesión, muestra que se trata de una lesión blanda, renitente, y que, por compresión segrega líquido blanquesino por su base compatible con material purulento. Se lo pinza y comprime luego con ansa de polipectomía observando la franca salida del mismo contenido. Con diagnóstico de colección purulenta cerrada, se decide seccionar parte de la misma con ansa y corriente de coagulación para facilitar su drenaje. El estudio se completa sin dificultades. El paciente permanece internado con cobertura antibiótica de amplio espectro intravenosa para flora colonica. El paciente evoluciona asintomático post procedimiento y luego de 24hs de internación, es externado sin complicaciones. Se solicita TAC con resultado pendiente y se programa nuevo estudio en 2 meses para control evolutivo.

ENDOSCOPIA DIGESTIVA

TO/O-01

EVALUACION DE LA CLASIFICACION DE PATRONES VASCULARES DE TEIXEIRA EN LESIONES COLORRECTALES CON COLONOSCOPIO DE MAGNIFICACION Y REALCE ESPECTRAL

Lorenzo, M(1); Della Giustina, F(1); Correa, G(1); Canals, N(1); Mengarelli, S(1); Gandini, B(2); Crucianelli, S(1); Oulton, C(1)
(1)Instituto Oulton Córdoba (2)Hospital de Clínicas Córdoba. Argentina.

INTRODUCCIÓN: la colonoscopia de magnificación con cromoscopia electrónica, mediante el uso de imágenes espectrales (sistema FICE), caracteriza los patrones capilares superficiales de la mucosa normal y de las lesiones colorrectales. La clasificación de Teixeira, permite diferenciar las lesiones no neoplásicas de las neoplásicas. **OBJETIVO:** comparar los diagnósticos endoscópicos con los anatómicos patológicos para establecer la eficacia del método. **MATERIAL Y MÉTODO:** de enero a diciembre de 2010 un total de 158 lesiones colorrectales fueron examinadas consecutivamente, con colonoscopia de magnificación (Fujinon EC 590 ZW/M con procesador 4400), FICE 4 y anatomía patológica. Los patrones capilares fueron clasificados en 5 tipos: I y II (no neoplásicos); III, IV y V (neoplásicos). Los diagnósticos histopatológicos fueron por biopsias, polipectomía o mucosectomía. Las lesiones fueron clasificadas de acuerdo a su morfología (consenso de París), tamaño y ubicación. **Criterios de Inclusión:** pacientes mayores de 18 años, con consentimiento informado y firmado. **Criterios de Exclusión:** Enfermedad Inflamatoria Intestinal, Poliposis Adenomatosa Familiar, lesiones no recuperadas, o biopsias que fueron llevadas a otro Centro. **Protocolo aprobado por el Comité de Ética "Romagosa Oulton".** **Análisis Estadístico:** determinar Sensibilidad, Especificidad, VPP, VPN y Variabilidad Inter observador con programa SPSS Statistics 17.0. **Estudio observacional, transversal y analítico.** Dos observadores cegados del diagnóstico histológico actuaron en forma independiente, una anatómista patóloga cegada del diagnóstico presuntivo endoscópico y un evaluador. **RESULTADOS:** la correlación general entre los diagnósticos endoscópicos utilizando la clasificación de patrones capilares y los anatómicos patológicos fue de: 90,5% (143/158). Los diagnósticos histológicos comparados con los patrones vasculares mostraron que 88,1% (52/59) de las lesiones con patrón tipo I y II fueron no neoplásicas (inflamatorias o hiperplásicas); 91,9% (91/99) de las lesiones tipo III, IV y V, fueron neoplásicas (adenomas o carcinomas). La sensibilidad, especificidad, VPP y VPN fueron de 92% (95% IC 0,87 - 0,97); 88,1% (95% IC 0,80 - 0,96); 93% (95% IC 0,88 - 0,98) y 86,6% (95% IC 0,78 - 0,95) respectivamente; Kappa: 0,83. **CONCLUSIÓN:** la clasificación de los patrones capilares de Teixeira es un método con un alto porcentaje de certeza para determinar el diagnóstico presuntivo histológico (neoplásico/ no neoplásico) en las lesiones colorrectales. La concordancia entre observadores fue muy buena.

TO/O-02

ADENOMAS SERRATOS DE COLON: PREVALENCIA Y ASOCIACION CON LESIONES SINCRONICAS Y METACRONICAS

Fischer, C(1); Pereyra, L(1); González, R(1); Casas, G(2); Barreto, M(2); Mella, JM(1); Panigadi, N(1); Mohaidle, A(1); Luna, P(1); Lencinas, S(1); Pedreira, SC(1); Cimmino, DG(1); Boerr, LA(1)

(1)Servicio de Gastroenterología y Endoscopia Digestiva, Hospital Alemán, Buenos Aires, Argentina (2)Servicio de Anatomía Patológica, Hospital Alemán, Buenos Aires, Argentina

INTRODUCCIÓN: Los adenomas serratos (AS) son lesiones con capacidad de desarrollar cáncer colorrectal mediante una vía distinta a la clásica de adenoma-cáncer. Su prevalencia y potencial de malignidad no están aún bien definidos. **OBJETIVO:** Determinar la prevalencia de AS en pacientes que realizaron colonoscopia en un hospital privado de comunidad, la frecuencia de displasia de alto grado (DAG) y adenocarcinoma en estas lesiones, así como la asociación con lesiones sincrónicas y metacrónicas. **MATERIAL Y MÉTODOS:** Se identificaron en la base de datos electrónica de nuestro hospital, los informes anatomopatológicos de los pacientes que realizaron colonoscopia con polipectomía entre enero de 2003 y abril de 2010. Los AS fueron reanalizados por dos patólogos y clasificados según los criterios diagnósticos de Snover. Se determinaron las características de los pacientes, tanto clínicas (edad y sexo) como endoscópicas (localización, tamaño y forma de los pólipos). Las lesiones sincrónicas fueron definidas por adenomas, cáncer y/o lesiones neoplásicas avanzadas (LNA) (>1cm, DAG y/o componente veloso >75%) presentes en el mismo estudio. Las lesiones metacrónicas se definieron como aquellas encontradas en pacientes que efectuaron vigilancia endoscópica hasta noviembre de 2010. Se realizó un análisis uni y multivariado buscando predictores independientes de DAG y cáncer en AS, y de lesiones sincrónicas y metacrónicas. Los resultados se expresaron en odds ratio (OR) con sus respectivos intervalos de confianza 95 % (IC). **RESULTADOS:** Se realizaron 15574 colonoscopias en el período analizado, encontrando 135 AS en 111 pacientes, con una prevalencia de 0.87%. El 90.4% fueron AS sésiles (ASS), 7.4% pólipos serratos que favorecen el diagnóstico de ASS, 1.5% tradicionales y 0.7% mixtos. La edad promedio fue de 60 años; 50.5% mujeres. La mayoría de los pólipos fueron sésiles (67%) y <1 cm (63%), con localización predominante en cecoascendente (47%). Se encontró DAG en 4.4% de los AS, sin hallarse adenocarcinoma. El 31% de los pacientes presentó lesiones sincrónicas: 46% adenomas, 40.5% LNA y 13.5% adenocarcinoma. El 43% realizó vigilancia endoscópica, encontrándose lesiones metacrónicas en un 29%: 25% AS, 31% adenomas convencionales y 44% LNA. No se evidenció adenocarcinoma. En el análisis uni y multivariado, no se hallaron características asociadas ni predictores independientes de DAG y adenocarcinoma en los AS, así como tampoco de lesiones sincrónicas. La edad mayor a 60 años se asoció significativamente con lesiones metacrónicas (OR 3.7, IC 1.16-11.8, p 0.031), y el tamaño de los pólipos > 1 cm con el hallazgo en la histología de un ASS (OR 8, IC 1.28-49.4, p 0.031). **CONCLUSIÓN:** En el presente estudio, la prevalencia de AS fue baja. Existe además una asociación con lesiones sincrónicas y metacrónicas; en consecuencia, es necesario implementar guías de manejo específicas para optimizar los programas de seguimiento.

TO/0-03

RIESGO DE PÓLIPOS COLÓNICOS EN PACIENTES CON SOBREPESO Y OBESIDAD, ESTUDIO PILOTO PROSPECTIVO

Pereyra, L(1); Panigadi, N(1); Bum, M(2); Canelas, A(2); Mella, J(1); Gonzalez, R(1); Fischer, C(1); Mohaidle, A(1); Luna, P(1); Pedreira, S(1); Cimmino, D(1); Boerr, L(1)
(1)Servicio de Gastroenterología y Endoscopia Digestiva, Hospital Alemán. (2)Servicio de Coloproctología, Hospital Alemán, Argentina.

INTRODUCCIÓN: La obesidad ha sido relacionada con un mayor riesgo de presentar pólipos colónicos. Sin embargo existe poca información sobre esta asociación en nuestra población. OBJETIVO: determinar el riesgo de pólipos colónicos en pacientes con sobrepeso y obesidad en un hospital de comunidad de nuestro país. MATERIALES Y MÉTODOS: En el período comprendido entre Septiembre de 2010 y Marzo de 2011 se reclutados en forma prospectiva aquellos pacientes que iban a realizarse una colonoscopia ambulatoria en un hospital de comunidad de Buenos Aires. Durante la entrevista se interrogó a los pacientes acerca de factores de riesgo para cáncer colorectal(CCR): hábitos personales (dieta, ejercicio y tabaquismo), comorbilidades(diabetes, dislipemia e hipertensión arterial), medicación(hipolipemiantes y AINES) y antecedentes personales y familiares de CCR. En todos los pacientes se consignó el peso y la altura. Se definió sobrepeso ante la presencia de un índice de masa corporal(IMC) >25 y obesidad ante un IMC >30. Se midió como desenlace primario el riesgo de pólipos colónicos, adenomas, lesiones neoplásicas avanzadas (LNA) (adenomas > a 1cm, >75% de componente vellosos o displasia de alto grado) y adenocarcinoma. El riesgo fue expresado en odds ratio (OR) con su respectivo intervalo de confianza 95%(IC). Se realizó analisis uni y multivariado de regresión logística para evaluar en la misma cohorte estudiada, la presencia de otros predictores independientes de los desenlaces medidos. RESULTADOS: En este período se reclutaron 298 pacientes, de los cuales el 51% eran hombres y con una edad promedio de 58 años (19- 88). El motivo de colonoscopia más frecuente fue pesquisa de CCR (44%) seguido de control de pólipos(13%) y de antecedentes familiares de CCR(10%). La prevalencia de sobrepeso fue del 59% y de obesidad del 20%. En los pacientes obesos el riesgo de adenoma fue de OR 1.40 (IC 0.72-2.73, p 0.40), de LNA OR 1.19 (IC 0.43-3.30, p 0.73) y de adenocarcinoma OR 0.94(IC 0.14- 6.45, p1.0). En los pacientes con sobre peso el riesgo de adenomas fue de OR 1.59 (IC 0.83-3.03, p 0.21), de LNA OR 0.82 (IC 0.34-1.99, p 0.86) y de adenocarcinoma OR 0.41(IC 0.08-2.109, p 0.60). En el análisis multivariado fueron predictores independientes de LNA: sexo masculino OR 3,71(IC 1,18-11,65), edad > a 65 años OR 6,15 (IC 1,85-20,48). La ingesta crónica de AINES se asoció significativamente como factor protector de LNA: OR 0,093(IC 0,015-0,59). CONCLUSIÓN: En esta cohorte prospectiva no observamos un mayor riesgo de adenoma, LAN ni de adenocarcinoma en pacientes con sobrepeso y obesidad.

TO/0-05

EXPERIENCIA DE UN CENTRO EN ECOENDOSCOPIA + PUNCIÓN ASPIRATIVA CON AGUJA FINA

Canseco, S(1); Caro, L(1); Villaverde, A(1)
(1)Gastroenterología Diagnóstica y Terapéutica (Gedyt). Argentina.

INTRODUCCIÓN: La ecoendoscopia (EUS) es un método diagnóstico utilizado para el estudio de lesiones del tracto digestivo y patología bilio-pancreática. Desde 1990, su uso se ha revolucionado con la aparición de la ecoendoscopia terapéutica, que permite, mediante una punción con aguja fina (PAAF), obtener muestras para análisis citológico, optimizando así, la orientación diagnóstica e implementación de tratamiento. OBJETIVO: Describir la prevalencia de los hallazgos citológicos positivos de lesiones derivadas para PAAF. MATERIAL Y MÉTODOS: Se realizaron 500 ecoendoscopías desde enero de 2010 hasta febrero de 2011 en un centro ambulatorio de gastroenterología. Se realizó PAAF para definir conducta quirúrgica y/o tratamiento de neoadyuvante en 32 pacientes adultos. Los procedimientos se realizaron bajo sedación con propofol y se utilizó un equipo lineal con canal terapéutico de 3,8 mm y agujas “Ultra Echo Tip” (Cook) números 22 y 19G. La suficiencia de la muestra, así como la confirmación diagnóstica fue efectuada por un solo patólogo durante el procedimiento al momento de la ejecución del procedimiento). Análisis estadístico: paquete estadístico (Medcalc v10 y VCCstat 1.0). RESULTADOS: 32/500 pacientes tenían indicación de PAAF; 43,7% (14/32) era de sexo masculino, y la edad media fue 52,6 años (rango 26-84). Cuatro pacientes fueron excluidos por muestra insuficiente. Los hallazgos citológicos positivos según el órgano se detallan en tabla 1: Como complicación se registró dolor abdominal en un solo paciente. CONCLUSIONES: Este método diagnóstico y terapéutico mínimamente invasivo, es bien tolerado y permite una excelente evaluación de las lesiones tumorales. Estrategias para educar a los profesionales en nuestro medio son necesarias para optimizar el uso recursos, y así el cuidado de nuestros pacientes.

Tabla 1: Hallazgos citológicos según el órgano:

Órgano	N (%)	EUS	Diagnóstico citológico -muestra suficiente (n)	N	IC 95 %
Páncreas	11 (31)	Lesión Sólida	Células acinares negativas para neoplasia	6	21 (8-41)
			Pancreatitis crónicas	2	7 (0,9-23)
			Adenocarcinoma	1	3,6 (0,1-18)
Páncreas	13 (40,6)	Lesión Quística	Cistoadenoma Seroso	6	21 (8-41)
			Cistoadenoma Mucinoso	4	14 (5-32)
			Pseudoquistes	2	7 (0,9-23)
			T. neuroendocrino	1	3,6 (0,1-18)
Estómago	5 (15,6)	TSE	GIST	1	3,6 (0,1-18)
			Leiomioma	1	3,6 (0,1-18)
			Células epiteliales (no neoplásicas)	1	3,6 (0,1-18)

TO/0-04

TASA DE DETECCIÓN DE ADENOMAS EN PACIENTES TABAQUIS-TAS Y CON INDICE DE MASA CORPORAL AUMENTADO

Piñeiro, C(1); Canseco, S(1); D’Alessandro, M(1); Coraglio, E(1); Bolino, C(1); Caro, L(1); Cerisoli, C(1)
(1)GEDYT, Buenos Aires, Argentina

INTRODUCCIÓN: El cáncer colorrectal (CCR) es la segunda causa de muerte de etiología neoplásica en la Argentina y en EEUU. La resección de adenomas, precursores de esta entidad, es una estrategia que reduce significativamente la incidencia de esta patología. Existen ciertos factores como raza, género, tabaco y obesidad que podrían aumentar el riesgo de CCR, siendo los dos últimos, factores modificables. OBJETIVO: Determinar si el índice de masa corporal (IMC) aumentado y el tabaco son factores de riesgo para la aparición de adenomas. PACIENTES Y MÉTODO: Estudio prospectivo, comparativo, observacional y transversal en el que se incluyeron 148 adultos ≥18 años de ambos sexos, a los que se les realizó Videocolonoscopía (VCC) en un centro de endoscopia, entre diciembre de 2010 y marzo de 2011. Se excluyeron pacientes con factores de riesgo moderado y alto para CCR, cirugías colónicas previas y estudios incompletos. Los procedimientos se realizaron con equipos Olympus, bajo sedación con propofol. La limpieza colónica se realizó con polietilenglicol y fosfatos asociados con bisacodilo. La resección de pólipos se realizó con ansa en frío, con electrocauterio, pinza fórceps o fórceps jumbo. Se consideró tabaquistas a aquellos pacientes con consumo de cigarrillos al momento del estudio, y con sobrepeso a aquellos que tenían IMC>25kg/m2. El trabajo fue aprobado por los Comité de Docencia e Investigación y de Bioética de la Institución y los pacientes firmaron el CI previo al estudio. Análisis estadístico: paquete estadístico (Medcalc 11.5 y VCCstat 2.0). Prueba de significación: Test de Fisher. Análisis multivariado: técnica de regresión logística binaria. Debido a que la variable en estudio, presencia de pólipos adenomatosos, podría ser influenciada por la edad y el género se controló el efecto de estas variables. RESULTADOS: La prevalencia de pólipos adenomatosos en pacientes >50 años fue significativamente superior a la observada en el grupo etario de menor edad (p=0,004). No se hallaron diferencias significativas en la prevalencia de pólipos adenomatosos entre varones y mujeres (p=0,500). Se observó una asociación significativa entre un IMC >25 kg/m2 y la presencia de adenomas (p=0,042). No se observó relación entre tabaquismo y el hallazgo de adenomas (p>0,9999).El análisis multivariado que incluyó a las variables independientes edad y sobrepeso, mostró que la edad es el factor de mayor riesgo relativo para predecir la presencia de adenomas (OR=6,4 (IC95 1,45-28,8)). CONCLUSIONES: En esta serie se observamos que si bien el IMC es un factor de riesgo asociado al hallazgo de adenomas y lesión precursora de CCR, la variable edad tiene mayor relevancia. De todas maneras, modificaciones en el estilo de vida, como una alimentación adecuada y descenso de peso, serían otras de las estrategias a considerar en la prevención del CCR.

TO/0-06

PROTESIS DUODENALES: EXPERIENCIA DE UN CENTRO

Jury, G(1); Amieva, L(1); Lopez Fagalde, R(1); Ramaccioti, G(1); Jury, R(1)
(1)Centro de Estudios Digestivos. Argentina.

INTRODUCCION: la colocación de las prótesis enterales por vía endoscópica emerge como una opción mínimamente invasiva a la cirugía para la solución de la obstrucción del tracto de salida gástrico por neoplasias gástricas y de la región periampular. Presenta alta tasa de éxito técnico y clínico y baja tasa de complicaciones. OBJETIVO: presentar una serie de 16 casos (17 prótesis) colocadas en un centro monovalente. MATERIAL Y METODOS: se estudiaron en forma retrospectiva 16 pacientes en el periodo de 3 años.12 pacientes de sexo femenino (75%), 12 casos se realizaron de forma ambulatoria (75%), el diagnóstico más frecuente: tumores de páncreas 10 casos (62%). La tasa de éxito técnico fue del 100% y la de éxito clínico del 90%.Las complicaciones tempranas asociadas al procedimiento fue 6,25%. (óbito de causa cardiovascular a las 72 hs.).Las complicaciones tardías esperables fueron 7 (43%) (overgrowth, ingrowth, hemorragia, colangitis) todas resueltas por vía endoscópica. Se midió el índice de obstrucción del tracto de salida gastroduodenal (GOOS) mejorando en el 70% de los casos, y performance status (ECOG) donde no se observó una diferencia significativa. Se evaluó de manera subjetiva la mejoría de los síntomas (pirosis, insomnio, vómitos y náuseas) observando desapareciendo los mismos inicialmente. CONCLUSIÓN: la colocación de stent enterales se presenta como una opción eficaz, con escasas complicaciones que puede realizarse en su gran mayoría de forma ambulatoria.

TO/O-07

DISFUNCIÓN CRICOFARÍNGEA PRIMARIA. NUESTRA EXPERIENCIA EN EL MÉTODO DE DILATACIÓN NEUMÁTICA CON BALÓN A BAJA PRESIÓN

Alach, JE(1, 2); Romé, JC(1)

(1)Hospital San Roque de Gonnnet (2)Hospital Italiano de La Plata. Argentina.

INTRODUCCIÓN: La disfunción cricofaríngea primaria (DCP) es una patología orgánica provocada por degeneración fibroadiposa del cricofaríngeo, hecho que reduce sustancialmente la capacidad elástica del músculo y la compliance de la unión faringoesofágica con consecuencias variables sobre el clearance de la faringe, pudiendo provocar clínicamente, desde síntomas leves, hasta severa disfagia orofaríngea con deshidratación, desnutrición, neumopatía a repetición e incluso la muerte si no se interviene oportunamente. En oportunidades, cuando existe una debilidad de la fascia faríngea posterior de Laimert, se puede asociar a divertículo de Zenker. **OBJETIVO:** Mostrar la experiencia obtenida en el área de motilidad de los Servicios de gastroenterología del Hospital "San Roque" de Gonnnet y del Hospital "Italiano" de La Plata, con dilatación neumática a baja presión de la DCP con y sin divertículo de Zenker asociado. **MATERIAL Y MÉTODOS:** Desde Diciembre de 1998 hasta Diciembre 2010, fueron enrolados en este estudio observacional descriptivo, 77 pacientes con DCP, diagnosticados por video deglución dinámica, de los cuales 28 tenían asociado un divertículo de Zenker (25,6%) (G I: 4 pac ; G II: 10 pac; G III: 10 pac; G IV: 4 pac). Relación hombre / mujer 1/2,2. Edad promedio: 68 años. Se utilizó en el tratamiento un balón neumático de 18 mm de diámetro y 8 cm de longitud, que fue insuflado a 1,5 PSI durante 1 minuto en la región del cricofaríngeo, identificada por endoscopia. Fueron excluidos del presente trabajo los portadores de divertículo grados III y IV. 9 pacientes se perdieron. **RESULTADOS:** La prevalencia de la disfunción cricofaríngea en los pacientes portadores de disfagia orofaríngea fue de 9,7%. Fueron dilatados con la técnica descripta 40 pacientes portadores de DCP, de los cuales: 1 paciente portador de ACV murió a los 2 meses por neumopatía aspirativa (no por complicaciones inmediatas); 7 pac necesitaron dos sesiones de los cuales en 2 no hubo resultados positivos (ambos con ACV) y 32 pac evolucionaron satisfactoriamente. Se dilataron 8 pacientes con Zenker (G I : 4; G II : 4) Posterior a la dilatación se realizó video endoscopia para reconocer complicaciones hemorrágicas y/o perforación. A las 12 hs del procedimiento se realizó un tránsito con sustancia hidrosoluble para descartar perforación inadvertida durante el procedimiento y a las 24 hs el paciente comenzó con líquidos. **CONCLUSIONES:** La dilatación neumática con balón de 18 mm de diámetro a baja presión es un método que permite mejorar en forma considerable los síntomas de disfagia orofaríngea que presentan los pacientes con DCP sin divertículo y aquellos que tienen divertículo grados I y II. Es un método seguro según nuestra experiencia ya que no se presentaron complicaciones mayores como la perforación o el compromiso de la vía aérea. No fue necesaria la intubación de estos pacientes, por lo que se realizó en sala común de endoscopia.

TO/O-09

ESTUDIO COMPARATIVO DE TRES PREPARACIONES PARA COLONOSCOPIA UTILIZANDO LA ESCALA BOSTON BOWEL PREPARATION SCALE

Coghlan, E(1, 2); Laferrère, L(1); Ayunta, H(1); Posadas, L(1); Topor, J(2); Nadales, A(1); Gonzalez del Solar, C(2)

(1)Servicio de Gastroenterología, Hospital Universitario Austral, Buenos Aires, Argentina (2)Servicio de Gastroenterología, Sanatorio Mater Dei, Buenos Aires, Argentina

INTRODUCCIÓN: La mayoría de los estudios comparativos entre distintas preparaciones para colonoscopia utilizan escalas no validadas con términos como "excelente", "buena", "regular" y "mala", que carecen de una definición estandarizada. Boston Bowel Preparation Scale (BBPS) es una escala simple, confiable y validada para calificar la preparación colónica. **OBJETIVO:** Comparar tres preparaciones colónicas (cuatro litros de polietilenglicol, fosfatos sódicos, y dos litros de polietilenglicol + 4 comprimidos de bisacodilo) calificando la calidad de la preparación utilizando BBPS. **DISEÑO:** Prospectivo, en dos centros de tercer nivel. **MATERIALES Y MÉTODOS:** Se enrolaron 374 pacientes consecutivos sometidos a colonoscopia de screening colónico durante un período de 6 meses (abril a octubre de 2010). Se calificó a cada paciente de acuerdo a la escala BBPS, se cronometraron los tiempos de retiro del endoscopio y se cuantificó el número de pólipos hallados. **RESULTADOS:** Se incluyeron 374 colonoscopias (200 pacientes femeninas y 174 masculinos, media de edad de 56,9) para el análisis, realizadas por 6 endoscopistas. El método utilizado para la preparación fue consensuado entre los pacientes y sus respectivos médicos y a pesar de no ser un estudio randomizado, las cifras de cada grupo permitieron el análisis estadístico (PEG = 116 [31%], fosfatos sódicos = 212 [56,7%] y bisacodilo = 46 [12,3%]). Hubo diferencias estadísticamente significativas en favor de los preparados con 4 litros de PEG con un score medio de 7, mientras que aquellos preparados con fosfatos de sodio y bisacodilo presentaron una media de 6 puntos (p <0,001). Cuarenta por ciento de las colonoscopias preparadas con PEG presentaron pólipos mientras que solo el 26% y 22% de aquellas que utilizaron fosfatos sódicos y bisacodilo respectivamente (p 0,01). Las colonoscopias realizadas durante turno tarde presentaron mejores scores respecto al turno mañana, 7 y 6 respectivamente (p <0,001). No hubo diferencias estadísticamente significativa para los scores (p 0,12) o para el hallazgo de pólipos (p 0,13) de las distintas preparaciones en el turno tarde, pero en el turno mañana, los pacientes preparados con PEG tuvieron mejores scores (media de 6 puntos) en comparación con aquellos que utilizaron fosfatos (media de 5 puntos) o bisacodilo (media de 6 puntos) (p 0,001) y una tendencia hacia un mayor hallazgo de pólipos (p 0,089). También notamos que a menor diferencia temporal entre la última toma de la preparación y el horario de la colonoscopia, mejor la puntuación del score BBPS. **CONCLUSIONES:** Utilizando una escala validada para la calificación de la preparación colónica, hemos notado que la preparación para colonoscopia con polietilenglicol es significativamente mejor que aquella realizada con fosfatos de sodio o bisacodilo + PEG, presentando mejores scores de BBPS y

TO/O-08

BALÓN INTRAGÁSTRICO: REPORTE DE LOS PRIMEROS 41 CASOS

Sanchez, CA(1); García, ML(1); Piñeiro, C(1); Rodriguez, PC(1); Canseco, S(1); D'Alessandro, M(1); Ramos Mejia, M(1); Caro, L(1)

(1)Gedyt S.A. Argentina.

INTRODUCCIÓN: La obesidad, nueva epidemia mundial; se asocia a múltiples enfermedades metabólicas como Diabetes Mellitus. El tratamiento médico conservador con dieta y ejercicio ha sido insatisfactorio para mantener el descenso de peso sostenido en el tiempo. Dentro de la población de obesos (IMC > 30) hay un subgrupo que no cumple con los criterios para cirugía bariátrica pero requieren un tratamiento más intensivo que el convencional para bajar de peso. El balón intragástrico (BIB de Bioenterics®) es una terapéutica mínimamente invasiva, que consiste en la colocación por endoscopia de un balón en la cavidad gástrica por un período de 6 meses; dicho tratamiento debe ir asociado a dieta hipocalórica y actividad física. **Objetivos:** Estimar el descenso promedio de peso en los pacientes obesos que reciben el balón intragástrico durante un período 6 meses. Estimar el porcentaje de complicaciones inmediatas y mediatas en pacientes que reciben el balón intragástrico en el mismo período. **Población, MATERIALES Y MÉTODOS:** Criterios de inclusión: Pacientes mayores de 18 años y menores a 75 años con IMC ≥ 30 kg/m² y que no cumplan con los criterios de la NIH para bypass gástrico. Pacientes con IMC > 40 que deben bajar de peso previo a la cirugía. Criterios de exclusión: Cirugía gástrica previa, enfermedad oncológica, hernia hiatal > 5 cm, enfermedad ulceropéptica activa, esofagitis erosiva o lesiones mucosas sangrantes en endoscopia digestiva alta previa a la indicación del balón, cirrosis hepática, trastornos psiquiátricos, pacientes con enfermedades que generen obesidad secundaria, tuberculosis, enfermedad de mala absorción diagnosticada en últimos 3 meses; embarazo. Criterios de eliminación: aquellos pacientes que no se ha podido realizar el seguimiento evolutivo. **Diseño:** El trabajo es observacional, retrospectivo, descriptivo. Se toman los datos según el seguimiento clínico en la historia clínica y por vía telefónica. **RESULTADOS:** Desde 9/09 a 4/11 (18 meses) se realizaron colocación de balón intragástrico a 41 pacientes. Edad promedio 41 años (21-64). Sexo: F:M 27:14. Peso al inicio: 102 kg (75-150); mediana 99 kg; moda 85 kg. IMC al inicio: 36(29-52); mediana 35; moda 33,6. Se eliminaron 2 pacientes por falta de seguimiento. Extracción precoz por intolerancia 6 pacientes (14%). Complicaciones inmediatas (1er semana): vómitos 26%; vómitos y dolor abdominal 26%; dolor abdominal 2%; sin complicaciones 43%. Promedio de días de colocado 197. 33 pacientes cumplieron con el tratamiento (80%). El descenso promedio de peso fue de 15 kg (-35 a +6); mediana -18 kg; moda -20 kg. IMC promedio 31,1; mediana 29. Descenso de IMC 5. **CONCLUSIONES:** El balón intragástrico es un método que permite el descenso de 15 kg o 5 puntos de IMC. Presenta frecuentemente intolerancia en los primeros días. El 80% llega a completar el tratamiento. No hubo complicaciones de riesgo en este grupo de pacientes. Se requiere mayor número de casos para confirmar la tendencia de estos datos.

TO/O-10

NUESTRA EXPERIENCIA EN EL USO DE STENTS AUTOEXPANSIBLES EN PATOLOGÍA COLÓNICA

Imhof, H; Pierini, A(1); Gianinetti, L(1); Burlando, E(1); Pierini, L(1)

(1)Clínica de Nefrología, Santa Fe; Argentina

INTRODUCCIÓN: Existe vasta experiencia en la inserción de prótesis colónicas para el tratamiento de la oclusión colónica, bien como medida paliativa o como tratamiento puente hacia la cirugía. La colocación de una prótesis colónica, practica mínimamente invasiva, nos permite solucionar la oclusión intestinal, estabilizar al paciente y plantearnos una adecuada táctica quirúrgica, actuando no solo como medida paliativa sino también como puente potencial a cirugía resectiva. Los pacientes con obstrucciones de causa benigna, en casos seleccionados, se pueden beneficiar de estas prótesis, existiendo menor cantidad de datos que avalen sus resultados. Las complicaciones descriptas para este procedimiento pueden ser tempranas: migración, perforación, sangrado, inflamación o tardías: migración, re-obstrucción, luxación. **OBJETIVOS:** Mostrar nuestra experiencia y analizar nuestros resultados en el uso de stents en patología colónica. **MATERIAL Y MÉTODOS:** El diseño del estudio consiste en un ensayo retrospectivo, descriptivo y analítico. Se analizaron las historias clínicas de los pacientes sometidos a colocación de stent colónico auto expansible por vía endoscópica asistida radioscópicamente en la sección de video endoscopia digestiva del servicio de cirugía general de la clínica de Nefrología de la ciudad de Santa Fe en el periodo comprendido entre enero del 2005 y febrero del 2011. **RESULTADOS:** 28 pacientes fueron sometidos a colocación de stent colónico en el periodo comprendido entre enero del 2005 y febrero del 2011. 16 pacientes (58,33%) corresponden al sexo masculino y 12 (41,66%) son de sexo femenino. una edad media de 62,5 años. 25 pacientes (89,2%) presentaban patología maligna colo rectal, 3 presentaban otras patologías: 1 (3,14%) presentaba estenosis actínica rectal post radioterapia por un cáncer de cérvix, 1 (3,15%) mostró una estenosis de anastomosis colo rectal que desarrollo una fistula entero cutanea posterior a dilatación endoscópica y 1 (3,5%) obstrucción colónica extrínseca. El éxito técnico fue del 100%.

La tasa de morbilidad observada fue de 12,5%, 3 pacientes: 1 paciente presento hemorragia que se pudo resolver con medidas médicas, 1 caso de migración y 1 caso de luxación de prótesis que se resolvió con argón. El uso de stents auto expansibles para solucionar la oclusión intestinal, logra reducir los costos sanitarios entre un 19 y un 28% aproximadamente. Cada stent colónico, promedia un costo de 1000 dólares aproximadamente. En contrapartida cada bolsa de colostomía promedia un costo de 7-8 dólares. Un paciente promedio utiliza de 2 a 3 bolsas diarias durante un periodo no menor a 100 días. Por lo tanto el stent colónico es una medida mas económica a largo plazo. **CONCLUSIONES:** Creemos que la colocación de stents es una técnica eficaz, menos dañina que la cirugía, en casos de oclusión de puente a cirugía resectiva.

TO/O-11

RESOLUCIÓN ENDOSCÓPICA DE PERFORACIÓN COLÓNICA TRANSMURAL

Camus, G(1); Ponce, G(1); Ferre, M(1); Solanes, M(1); Toro, M(1); Isaguirre, J(1) (1)Hospital Español de Mendoza. Argentina.

Paciente masculino de 78 años, colonoscopia solicitada por molestias anales y proctorragia leve. Antecedentes: cardiopata y vascular con 3 cirugías de revascularización miocárdica. Medicación cardiológica. No antiagregado. Nunca estudios de colon. Cirugías: hernia inguinal derecha operada hace 15 años y hemorroidectomía. Evaluación anestésica y ECG sugieren monitoreo cardíaco en el procedimiento. Se procede a realizar colonoscopia previo hablar con el paciente y con consentimiento informado. Durante la colonoscopia diagnóstica a los 20 cm del margen anal se produce perforación colónica de 2 cm de diámetro. No se prosigue hacia proximal. Dado que el colon estaba preparado, menos de 3 hs desde la perforación (se identificó en el mismo procedimiento), hacia borde mesentérico, anoso y con co-morbilidad, riesgo quirúrgico aumentado se decide realizar cierre endoscópico con malla de Vicryl colocada sobre la perforación fijada con clips. En sala de endoscopia se coloca antibióticos y se observa gran neumoperitoneo que es drenado con abboath 14. Se consulta con cirujano (médico de cabecera). El paciente queda internado. A las 48 hs se realiza ecografía y tomografía abdominal que muestran neumoperitoneo, no líquido libre. Se observa clips. El paciente es dado de alta a la semana, con tránsito intestinal y en buen estado general.

TO/O-13

EVOLUCION DE UN ADENOMA ASERRADO

Karsten, IR(1); Fischman, RV(1); Pagliere, N(1); Ratto, R(2); Marzano, C(1) (1)Servicio de Gastroenterología, Sanatorio Dr Julio Mendez, CABA, Argentina (2) Servicio de Anatomía Patológica, Sanatorio Dr Julio Mendez, CABA, Argentina

INTRODUCCION:El adenoma aserrado tradicional (AAT) es la variante más rara de las lesiones aserradas, representando el 1-6% de las mismas. Por definición presentan displasia de bajo grado en un 90% y el 10% restante de alto grado. En dichas lesiones se verifica la mutación del gen BRAF, que se relacionaría con un fenotipo metilador del ADN, alterando los mecanismos de apoptosis. Podrían ser responsables de los adenocarcinomas esporádicos con inestabilidad de microsatélites. OBJETIVO:Presentar un caso de adenoma aserrado con focos adenocarcinoma intramucoso para enfatizar el potencial maligno de esta lesión. CASO: Paciente del sexo femenino de 63 años sin antecedentes familiares relevantes que consulta por alteración del ritmo evacuatorio, mucorrea y proctorragia intermitente. Se realiza videocolonoscopia en la cual se halla un pólipo pediculado de 3cm en sigma que se extirpa. Anatomía patológica: adenoma aserrado tradicional con pedículo libre de lesión, con áreas con displasia de alto grado y áreas de adenocarcinoma aserrado intramucoso. DISCUSION:Los pólipos colónicos se clasifican en lesiones neoplásicas (adenomas tubulares, tubulovelloso o vellosos) y no neoplásicas (pólipos hiperplásicos o metaplásicos). En los últimos años se demostró la existencia de lesiones aserradas (pólipos hiperplásicos, adenoma aserrado sésil y adenoma aserrado tradicional) que presentan una histología similar a la de los pólipos hiperplásicos con presencia de displasia intraepitelial. Microscópicamente presentan apariencia aserrada con la formación de criptas elongadas aberrantes con orientación hacia la lámina propia con prolongaciones digitiformes. El AAT es más frecuente en el colon izquierdo, de aspecto polipode como nuestro caso aunque, la presencia de focos carcinomatosos no es característico. Tanto el tamaño de la lesión (mayor a 10 mm) como la edad de la paciente son factores de riesgo de malignidad. CONCLUSION: 1) La presencia de carcinoma intramucoso en un pólipo aserrado no es frecuente. 2) Las lesiones aserradas son lesiones preneoplásicas y deben tener una vigilancia endoscópica al menos similar a las adenomatosas. 3) Su vía carcinogenética es diferente y tienden a evolucionar en un periodo de tiempo menor.

TO/O-12

PROTESIS COLONICAS: EXPERIENCIA DE UN CENTRO

Jury, G(1); Amieva, L(1); Lopez Fagalde, R(1); Naiderman, D(1); Ramaccitotti, G(1); Trinchero, L(1); Jury, R(1) (1)Centro de Estudios Digestivos. Argentina.

INTRODUCCION: la colocación de stent colónico por vía endoscópica y control radioscópico surge como opción terapéutica para la obstrucción del colon por adenocarcinoma en 2 situaciones: tratamiento paliativo en pacientes sin chances de tratamiento quirúrgico al momento del diagnóstico y como puente a la cirugía en el paciente que ingresa subobstruido u obstruido, en esta situación la colocación del stent saca al paciente del cuadro agudo (se estabiliza hemodinamicamente, balance hidroelectrolítico, etc), permite la preparación evitando así la cirugía de emergencia donde debe realizarse un Hartmann en el 70 u 80% de los casos. La colocación del stent evita la colostomía y la morbilidad asociada a esta cirugía de urgencia que en las distintas series ronda el 25 al 40 %. De esta manera se prepara al paciente para anastomosis primaria, lo que disminuye los días de internación y mejora la calidad de vida del paciente (sin colostomía). MATERIAL Y METODOS: se analizaron retrospectivamente desde agosto de 2008 a mayo de 2011, todos los pacientes a los que se colocaron prótesis en el colon. 15 pacientes, en su mayoría masculinos 11 casos (73,3%), cuya edad promedio fue de 72 años. El 80 % se presentaron clínicamente con subobstrucción u obstrucción, el 46 % tenían un riesgo quirúrgico ASA II. La localización anatómica fue 7 pacientes: recto y unión recto-sigmoidea, 6 pacientes en colon descendente, 1 transversal y 1 ángulo hepático. El 46% (7 casos) se realizaron ambulatorios y 8 internados (54%), el promedio de horas de internación fue 96 hs. La indicación fue en 10 casos como tto. paliativo (46,6%) y 5 (33,3%) puente a la cirugía.

El éxito técnico fue en 14 casos (93,3%). La tasa de éxito clínico fue de 86,6%. El tiempo promedio de los estudios fue de 32 minutos. No se requirió dilatación en ningún caso. Se presentaron 2 complicaciones (13 %) 1 migración proximal y otra distal. No se registraron muertes asociadas a los procedimientos. La cirugía posterior se realizó dentro del mes y no se registraron complicaciones postquirúrgicas. CONCLUSIÓN: la colocación de prótesis colónicas surge como una alternativa eficaz y segura como alternativa a la cirugía paliativa o como puente para posterior cirugía electiva.

TO/O-14

CÁPSULA COLÓNICA EN PEDIATRÍA

Waldbaum, CA(1); Bottero, A(2); Sasson, L(2); Rocca, A(2); Orsi, M(3); Malagrino, P(2); Ruiz, JA(2)

(1)Hospital de Clínicas José de San Martín (2)Hospital de Pediatría Prof. Dr. Juan P. Garrahan (3)Hospital Italiano de Buenos Aires. Argentina.

INTRODUCCION: La cápsula endoscópica (CE) fue salto tecnológico al permitir la exploración completa del intestino delgado (ID) de forma sencilla, ambulatoria y poco invasiva. Las mejoras del software y el desarrollo de nuevas CE fueron constantes, hoy contamos con cápsulas esofágicas para el diagnóstico de las varices esofágicas y del esófago de Barrett y colónicas para el screening del cáncer de colon y las colonoscopias incompletas. La cápsula colónica (CC) tiene dimensiones similares a la utilizada para el ID, pero posee: 2 cámaras, control automático de la exposición lumínica, duplica la velocidad del registro imágenes (4/ Seg.) y posee mayor autonomía operativa. Estas características nos impulsó a utilizarla en pediatría, con una técnica modificada, con el objetivo de obtener mejores imágenes del ID y a la vez registrar imágenes de todo el tubo digestivo. MATERIAL Y MÉTODOS: entre diciembre del 2009 y agosto del 2010 fueron evaluados 15 pacientes (7♀ / 8♂), con una edad promedio de 10,8 años (Rango: 6-18) a los que se le efectuó una CE utilizando la PillCam COLON (Given Imaging), que fueron activadas 1 hora, 45 minutos antes de su utilización. Las indicaciones fueron: hemorragia de origen oculto (HDOO) en 5 casos, sospecha de enfermedad inflamatoria intestinal 5 pacientes, 3 casos con poliposis múltiples (2 síndromes de Síndrome de Peutz-Jeghers y 1 Poliposis adenomatosa familiar) y 2 pacientes con enfermedad de Crohn (EC) de colon confirmada. Previo al examen se indicó una dieta pobre en residuos y la ingesta de una solución de polietilenglicol. Ingerieron espontáneamente la cápsula 11 pacientes y a 4, por su edad o estado clínico, se la administró con asistencia endoscópica. RESULTADOS: En todos los casos la exploración fue completa, desde la boca al ano. La visión bi direccional permitió la captura de un mayor número de imágenes y facilitó la mejor evaluación del ID, aún durante las contracciones peristálticas. Con la visualización de todo el tubo digestivo se logró documentar la presencia de lesiones asociadas a las del ID y valorar el grado del compromiso digestivo en los casos de poliposis y en un caso con un síndrome de Blue rubber bleb nevus. La causa de la HDOO se evidenció en 4 de los 5 casos: 1 Síndrome de Blue rubber bleb nevus, 1 enfermedad injerto versus huésped y 2 casos con angioectasias (1 de ID y otro colónica). En 2 de los 5 pacientes con sospecha de una EII, se obtuvieron imágenes vinculables a EC. En 1 caso y a una Gastroenteritis eosinofílica en el otro y se pudo descartar la afectación del intestino delgado en los 2 casos con EC. de colon. La evacuación espontánea de la cápsula se produjo en un tiempo variable de 3 a 12 Hs. y no se presentó ninguna complicación. CONCLUSIONES: La cápsula colónica es utilizable, segura y eficaz en los pacientes pediátricos y cuando se la administra previamente activada permite evaluar todo el

TO/O-15

PROTESIS AUTOEXPANDIBLES DEL TUBO DIGESTIVO : EXPERIENCIA INICIAL EN HOSPITAL DE ALTA COMPLEJIDAD

Ragone, FJ(1); Promenzio, EM(1); De Maria, JC(1); Guidi, M(1); Matano, RF(1)
(1)Servicio de Gastroenterología Hospital El Cruce Fcio.Varela Bs.As. Argentina.

INTRODUCCIÓN: La colocación endoscópica de prótesis autoexpandibles del tubo digestivo, tuvo un gran crecimiento en los últimos años, teniendo como principal indicación el tratamiento paliativo de las estenosis malignas. **OBJETIVOS :** Describir nuestra experiencia inicial en la colocación de prótesis autoexpandibles, sus principales indicaciones y complicaciones. **MATERIALES Y MÉTODOS :** Se realizó un estudio observacional retrospectivo donde se incluyeron 42 pacientes recibidos para colocación de prótesis del tubo digestivo en el término de 2 años (1/4/2009 al 1/4/2011) en los cuales se colocaron 45 prótesis. Se recolectaron datos demográficos (sexo y edad), datos clínicos (indicación, éxito del procedimiento y complicaciones inmediatas del procedimiento). **RESULTADOS :** Se colocaron 17 prótesis esofágicas en 16 pacientes, la edad promedio fue de 62,3 años y el 52,9 % fueron hombres. La indicación más frec. en 12 pacientes 70,6 % fue el cáncer de esófago avanzado. En 2 de ellos coexistía fistula esófago-bronquial. En un paciente se colocó una 2da prótesis por crecimiento tumoral. Todos tuvieron expansión completa. Se observó como complicación inmediata empiema en 1 paciente 5,88 % con evolución favorable y 1 óbito por IAM no vinculado al procedimiento. Se colocaron 6 prótesis enterales en 6 pacientes, la edad promedio fue de 59,5 años y el 50 % fueron hombres. La indicación más frec. fue la obstrucción duodenal por cáncer de páncreas avanzado en 4 pacientes (66,6 %) mientras que las restantes se colocaron por obstrucción antro-pilórica por cáncer gástrico avanzado y dehiscencia de anastomosis biliarodigestiva. Todos tuvieron expansión completa. No se observaron complicaciones. Se colocaron 3 prótesis colónicas en 2 pacientes, la edad promedio fue de 73 años y el 100 % fueron mujeres. La indicación en 2 de ellas fue de cáncer de colon avanzado y en una de ellas se colocó una 2da prótesis por fistula colo-vesical. En todos los pacientes el procedimiento fue exitoso. Todos tuvieron expansión completa. No se observaron complicaciones inmediatas. Se colocaron 19 prótesis biliares autoexpandibles en 18 pacientes, la edad promedio fue de 65,1 y el 52,6 % fueron hombres. Las indicaciones más frecuentes fueron neoplasia de vía biliar en 8 ptes. (42,1 %) y neoplasia de páncreas avanzada en 8 ptes (42,1 %) y en los restantes 3 ptes. ampuloma (15,8 %) En un paciente con neoplasia de la vía biliar se colocó una segunda prótesis. Todos los procedimientos fueron exitosos con expansión completa. Como complicación inmediata, un paciente donde se colocó simultáneamente una prótesis biliar y enteral, presentó una perforación duodenal con mala evolución y óbito. (5,26 %). **CONCLUSIONES :** En nuestra experiencia inicial, las prótesis autoexpandibles constituyen la primer alternativa en el manejo paliativo de la patología neoplásica avanzada, con alta efectividad, baja tasa de complicaciones y disminución en la utilización de recursos.

TO/O-17

RELACIÓN DE LOS INHIBIDORES DE ENZIMA CONVERTIDORA DE ANGIOTENSINA Y BLOQUEANTES DE RECEPTORES DE ANGIOTENSINA Y EL DESARROLLO DE LESIONES NEOPLÁSICAS COLÓNICAS

Panigadi, N(1); Pereyra, L(1); Mella, J(1); Gonzalez, R(1); Fischer, C(1); Mohaidle, A(1); Luna, P(1); Canelas, A(1); Bum, M(1); Rotholtz, N(1); Pedreira, S(1); Cimmino, D(1); Boerr, L(1)
(1)Hospital Alemán. Argentina.

INTRODUCCIÓN: Los inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina (IECA) y los Bloqueantes de Receptores de Angiotensina (ARA) son drogas de amplio uso en hipertensión, diabetes y enfermedades renales. Es conocida la relación de estos fármacos con el estímulo de la angiogénesis y el consecuente desarrollo de tumores sólidos como el pulmón. Esta relación no está bien establecida para tumores de colon. **OBJETIVOS:** Determinar el riesgo de lesiones neoplásicas de colon en pacientes bajo tratamiento con IECA o ARA. **MATERIALES Y MÉTODOS:** Se encuestaron en forma prospectiva a los pacientes que se realizaron una colonoscopia en un hospital privado de comunidad. En dicha encuesta se indagó sobre los diferentes factores de riesgo para cáncer de colon: datos filiatorios (edad, sexo), hábitos (tabaquismo, dieta rica en fibras, ejercicio), antecedentes de enfermedad personal (obesidad, hipertensión, dislipemia), antecedentes familiares de cáncer de colon, utilización de drogas (aspirina, hipolipemiantes y otras drogas antihipertensivas). Se determinaron dos grupos; 1) aquellos pacientes expuestos a tratamiento con ARA o IECA y 2) aquellos no expuestos a tratamiento con ARA o IECA. Los desenlaces primarios medidos fueron: riesgo de pólipos colónicos, adenomas, lesiones avanzadas (tamaños > a 1cm, displasia de alto grado o componente vellosa mayor al 75% en las histología) y cáncer. Se expresaron los resultados en odds ratio (OR), con sus respectivos intervalos de confianza de 95% (IC). **RESULTADOS:** Se analizaron 296 pacientes con un promedio de edad de 58 años, el 51% fueron de sexo masculino. Los pacientes expuestos a tratamiento con ARA o IECA fueron 77 y los no expuestos 219. En el grupo de expuestos hubo una mayor proporción de hombres (70% vs. 45% con $p < 0,001$), obesos (IMC 38 vs. 26 con $p < 0,001$) de mayor edad (64 años vs. 56 años con $p < 0,001$), diabéticos (19% vs. 5% $p < 0,001$), dislipémicos (61% vs. 37% $p = 0,045$) y que tomaban aspirina (34% vs. 19% $p = 0,012$). En el grupo de pacientes en tratamiento con IECA o ARA, el riesgo para presentar pólipos colónicos fue de OR 1,55 (IC 0,8 - 2,8), adenomas OR 1,4 (IC 0,7- 2,7), lesiones avanzadas OR 1,32 (IC 0,7- 4,5) y cáncer OR 4,4 (IC 0,8 - 22). **CONCLUSIÓN:** No pudimos establecer una relación entre los pacientes en tratamiento con ARA o IECA y lesiones neoplásicas de colon en nuestra cohorte de pacientes.

TO/O-16

PESQUISA DE CANCER COLORECTAL. ¿ES ADECUADO COMENZAR A LOS 50 AÑOS?

Tobal, FP(1); Tobal, DE(1); Laguzzi, JJ(1)
(1)GENBA (Gastroenterología y Endoscopia de Buenos Aires). Argentina.

INTRODUCCION: La estrategia de realizar pesquisa (screening) para la prevención de cáncer colorectal (CCR) en personas mayores de 50 años ha demostrado ser una práctica costo-efectiva. Sin embargo, recientes estudios muestran una elevada prevalencia de lesiones colónicas potencialmente malignas en personas menores de 50 años sin signos de alarma ni antecedentes familiares, y plantean la posibilidad de comenzar la pesquisa a partir de los 40 años.

OBJETIVO: Determinar la prevalencia de lesiones colónicas potencialmente malignas halladas en colonoscopia en personas entre 40 y 49 años sin signos de alarma ni antecedentes familiares de cáncer colorectal. **P Y M** Estudio de corte transversal donde fueron incluidos consecutivamente pacientes entre 40 y 49 años derivados a nuestro centro para la realización de Videocolonoscopía (VCC) como metodo de screening de CCR. Fueron excluidos del análisis los sujetos con hematoquezia, anemia, SOMF +, pérdida de peso no intencional, alteraciones recientes en el ritmo evacuatorio, y antecedentes personales o familiares de pólipos y/o cáncer CCR. Se definió operativamente hallazgos positivos a la colonoscopia que presentaba pólipos y/o CCR. Todos los procedimientos fueron realizados con anestesia general y monitoreo a cargo del anestesta de nuestro centro. **RESULTADOS:** Sobre un total de 6.079 VCC, 924 (15%) se realizaron en pacientes entre 40 y 49 años. Fueron incluidos 460 (F/M 252/208, edad media ($\pm$ DE) 46,3 (3,5 $\pm$)) que cumplan con los criterios de inclusión. Se evidenciaron hallazgos positivos en 108 (23,2%) pacientes (107 pacientes con pólipos y 1 con CCR). En pacientes menores de 45 años se evidenciaron hallazgos positivos en el 25,7% (52/202), vs 21,3% (55/258) de los mayores de 45 años ($p > 0,05$). Fueron excluidos 3 estudios (0,6%) por no arribar a ciego. No se registraron complicaciones relacionadas al estudio ni a la anestesia. **CONCLUSIONES:** La prevalencia de lesiones colónicas potencialmente malignas es considerable en este grupo de pacientes. No hubo diferencias estadísticamente significativas entre los menores y mayores de 45 años. Sin embargo, se necesitan estudios multicéntricos y de evaluación de la costo-efectividad a fin de revisar las actuales recomendaciones acerca de la edad de comienzo de la pesquisa de cáncer colorectal en personas sin antecedentes familiares de cáncer colorectal.

TO/O-18

¿ES POSIBLE DIFERENCIAR A LOS PÓLIPOS HIPERPLÁSICOS Y/O SERRATOS DE LOS ADENOMAS UTILIZANDO COLONOSCOPIA CONVENCIONAL? PREDICTORES BASADOS EN LAS CARACTERÍSTICAS ENDOSCÓPICAS

Mella, JM(1); Fischer, C(1); González, R(1); Pereyra, L(1); Panigadi, GN(1); Luna, P(1); Vizcaino, B(1); Medrano, M(1); Lencinas, S(1); Rotholz, N(1); Bum, M(1); Peczan, C(1); Pedreira, S(1); Cimmino, D(1); Boerr, L(1)
(1)Hospital Alemán, Buenos Aires, Argentina

INTRODUCCIÓN: Los adenomas colorectales son precursores del cáncer. Las lesiones serratos también presentan riesgo de cancer colorectal, son macroscópicamente similares a los pólipos hiperplásicos, y muchas veces los endoscopistas y los patólogos las confunden con estas últimas. **OBJETIVOS:** Analizar las características endoscópicas de las lesiones colónicas más frecuentes (pólipos hiperplásicos, serratos y adenomas) mediante colonoscopia de luz blanca, y determinar características endoscópicas de lesiones hiperplásicas-serratos que podrían ser útiles para diferenciarlas de lesiones adenomatosas. **MATERIAL Y MÉTODOS:** Se analizaron todos los pólipos resecaados en cada colonoscopia realizada en nuestra Unidad entre Mayo y Agosto de 2010. Se analizaron las siguientes características de las lesiones del colon: la morfología, el tamaño, la localización, la presencia de moco recubriendo la lesión, y algunas combinaciones de estas características. El diagnóstico de las lesiones hiperplásicas, serratos y adenomas se determinó histopatológicamente. Las lesiones hiperplásicas y serratos se analizaron en conjunto como un desenlace compuesto y se compararon con lesiones adenomatosas. Las características endoscópicas significativamente relacionadas con las lesiones hiperplásicas-serratos fueron identificados por análisis univariado (considerando significativo un odds-ratio (OR) cuyos los intervalos de confianza (IC) del 95% sean $\neq 1$). Se buscaron predictores independientes para este grupo de lesiones mediante un modelo de regresión logística binaria. **RESULTADOS:** Se analizaron prospectivamente 256 lesiones colónicas. La mayoría de ellas fueron sésiles (83%) y pequeñas (menores a 1 cm: 77%), 52% estaban en el colon derecho y el 12% tenían moco sobre su superficie. Histopatológicamente, el 45% fueron lesiones hiperplásicas-serratos, y el 55% fueron adenomas. Mediante análisis univariado, se identificaron las siguientes características endoscópicas que estaban relacionadas con el diagnóstico de lesiones hiperplásicas-serratos: ubicación en el colon derecho OR 1,77 (IC 1,07-2,93), presencia de moco sobre la superficie de la lesión OR 6,82 (IC 2,69-17,25), morfología plana o sésil OR 11,2 (IC 1,44-87), ubicación en el colon derecho y moco sobre la superficie OR 8,88 (IC 2,97 a 26), presencia de moco en lesiones ≥ 1 cm localizadas en el colon derecho OR 12,3 (IC 1,53 a 98). Mediante análisis multivariado, la única característica endoscópica independientemente asociada con la histología hiperplásicos-serratos fue la presencia de moco que recubre la lesión: OR 5,31 (IC 2,04-13,85). **CONCLUSIÓN:** Estas características endoscópicas, que pueden observarse fácilmente durante una colonoscopia convencional, podrían servir como útiles para identificar lesiones hiperplásicas-serratos.

TO/O-19

VIDEOCOLONOSCOPIA EN ANCIANOS PARA LA PESQUISA DE CÁNCER COLORECTAL: BAJO RIESGO CON BAJO IMPACTO?

Gonzalez, ML(1); Carrillo, PA(1); Sobrero, MJ(1); Carrion, S(1); Daffra, P(1); Pogorelsky, V(1); Elizondo, C(2); Dávalos, JR(1); De Paula, JA(1); Macías Gómez, CA(1)

(1)Servicio de Gastroenterología, Hospital Italiano de Buenos Aires, Buenos Aires, Argentina (2)Sección de investigación en medicina interna, Servicio de clínica médica, Hospital Italiano de Buenos Aires, Buenos Aires, Argentina

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS: El cáncer colorectal (CCR) constituye un problema importante de salud pública, siendo la segunda causa de muerte por cáncer en la Argentina, afectando principalmente a la población anciana. Las sociedades científicas recomiendan comenzar la pesquisa de CCR a partir de los 50 años (riesgo promedio-RP), sin embargo, pocas son las que imponen un límite superior de edad, existiendo a su vez escasos reportes en la literatura. El objetivo de este estudio es describir las características clínicas de la población de RP mayor o igual a 75 años que realizó pesquisa mediante videocolonoscopia (VCC), los hallazgos, porcentaje de llegada a ciego en la VCC, terapéutica realizada, complicaciones asociadas y calidad de la preparación colónica. **MATERIALES Y MÉTODOS:** Se analizaron en forma retrospectiva todas las historias clínicas electrónicas de los pacientes mayores o iguales de 75 años que realizaron pesquisa de CCR de RP entre septiembre de 2004 y septiembre de 2010. **RESULTADOS:** Se incluyeron en forma consecutiva 122 ancianos, 76 (62,3%) mujeres, mediana 78 años (rango 75-85 años). El 14,7% no tenía comorbilidades al momento de la VCC y el 49% presentaba sólo una comorbilidad, siendo la hipertensión arterial la más frecuente. El 84,4 % eran ASA II. Ninguno requirió internación para la preparación colónica o luego del procedimiento. En el 93,4% de los pacientes las VCC fueron realizadas en forma completa. La imposibilidad de completar la VCC se debió a dificultades técnicas en 3 pacientes, en 4 por la preparación colónica insuficiente y en uno por inestabilidad hemodinámica transitoria. En 74/122 pacientes (60,7%) se hallaron pólipos y/o lesiones planas. En 47 pacientes (38,5%) los pólipos fueron adenomas. De los 74 pacientes con pólipos, 9 presentaron lesiones mayores a 1 cm., de los cuales 6 (67%) presentaban displasia de alto grado (DAG) y componente vellosos mayor al 25% (lesiones avanzadas). Los 65 pacientes restantes tuvieron pólipos menores de 1 cm., de los cuales 9 (13%) eran lesiones avanzadas. En todos los casos se realizó polipsectomía endoscópica. No se halló ningún CCR. Un sólo paciente presentó hipotensión transitoria durante la VCC que motivó la suspensión del procedimiento. **CONCLUSIONES:** En nuestra población la VCC pudo ser realizada sin inconvenientes y con similares resultados que en los pacientes más jóvenes. Si bien este estudio no permite realizar una recomendación, lo observado puede ser tenido en cuenta a la hora de realizar una indicación individual.

TO/O-21

EVALUACION DE DILATACION CON BALON DE PAPILOTOMIA EN LITIASIS COLEDOCIANA DE GRAN TAMAÑO

García, G(1); Spatola, J(1); Gallegos, R(1); Dadiego, M(1)

(1)Servicio de Gastroenterología. Clínica La Pequeña Familia. Junin (Bs. As.) Argentina

INTRODUCCIÓN: La dilatación con balón de la esfinteropapilotomía (EPT) se utiliza desde hace algunos años en el tto de la litiasis coledociana de gran tamaño con el objetivo de dilatar la papilotomía y la porción terminal de la vía biliar y facilitar la extracción de litos grandes. Habitualmente se realiza una EPT mediana y dilatación con balón de entre 10 y 20 mm. Se considera a esta una práctica con mayor riesgo que una EPT convencional. En nuestra serie se realizó dilatación con balón enEPT completa para extracción de litiasis mayor de 1 cm. **OBJETIVOS:** 1-Evaluar la eficacia del método, 2-Evaluar las complicaciones del método, **MATERIAL Y METODOS:** Se evaluaron en forma retrospectiva todas las dilataciones de EPT en el periodo enero de 2009-diciembre de 2010. Luego del diagnóstico de litiasis de ≥ 1 cm, se procedió a realizar una EPT completa seguida de dilatación con balón de 12 a 15 o de 15 a 18 mm según el tamaño del litio y de la vía biliar. Luego se procedió a la extracción del o los litos con canasta, balón o litotriptor. Todas las dilataciones fueron realizadas por uno de los investigadores (G.G). Los materiales utilizados son video Olympus EVIS Exera 160, duodenoscopia Olympus 160, balones triple expansión CRE(Boston Scientific) de 12 a 15 y de 15 a 18 mm, papilotomo doble lumen (Cook Medical). **RESULTADOS:** Se realizaron en total 281 CPR de la cuales 43 (15,3%) fueron con dilatación asociada. El porcentaje de canulación inicial fue del 88% y de canulación secundaria del 94% en el global. Los hallazgos fueron 187 (66,5) litiasis, 38(13,5) estenosis y 11(4%) normales. En los 43 casos de EPT mas dilatación el porcentaje de canulación inicial fue del 100%. Se utilizó balón de 12 a 15 mm en 37/43 (86%) y de 15 a 18mm en 6/43 (14%). En todos los casos se logró el drenaje biliar completo, por ende no hubo necesidad de colocar stent o DNB. La necesidad de asociar litotripsia mecánica fue de 3/43 (7%). No hubo pancreatitis, perforación ni sangrado relevante sin necesidad de transfusión ni de terapia endoscópica. Todos los pacientes fueron dados de alta entre 4 y 24 hs postprocedimiento. No hubo reingresos. **CONCLUSIÓN:** La dilatación con balón deEPT completa es un método altamente seguro, sin que se observaran complicaciones de relevancia clínica y altamente efectivo (100%) para la extracción de litiasis coledociana de gran tamaño en esta serie retrospectiva de 43 pacientes. Dicho método permite además disminuir en gran medida la necesidad de litotripsia mecánica a menos del 10% en litiasis de gran tamaño.

TO/O-20

EVALUACIÓN DE LA VIDEOENDOSCOPIA MEDIANTE LOS INDICADORES DE CALIDAD EN UN CENTRO AMBULATORIO DE ENDOSCOPIA

Bolino, MC(1); Martinez, MR(2); Diaz, D(2); Figueredo, R(2); Rebay, M(2); Canseco, S(2); Banchemo, I(3); Parietti, A(4); Cerisoli, C(2); Caro, LE(2)

(1)Investigación Clínica, Gastroenterología Diagnóstica y Terapéutica (GEDyT), Buenos Aires, Argentina (2)Endoscopia, Gastroenterología Diagnóstica y Terapéutica (GEDyT), Buenos Aires, Argentina (3)Auditoria, Gastroenterología Diagnóstica y Terapéutica (GEDyT), Buenos Aires, Argentina (4)Calidad, Gastroenterología Diagnóstica y Terapéutica (GEDyT), Buenos Aires, Argentina

INTRODUCCIÓN: El rastreo de Cáncer Colorectal (CCR) tiene como objetivo su detección precoz para optimizar la terapéutica y mejorar la sobrevida. Factores biológicos o vinculados a la calidad del procedimiento pueden ser la causa del hallazgo de neoplasias no detectadas en la VCC, según los intervalos recomendados para la vigilancia. Diversos indicadores de calidad han sido descriptos para evaluar estos procedimientos, siendo los más utilizados la tasa de detección de adenomas y la intubación cecal. **OBJETIVO:** Describir la calidad de la VCC como procedimiento para rastreo de CCR. **MATERIALES Y MÉTODO:** Trabajo prospectivo, descriptivo, y transversal en el que se incluyeron 284 pacientes adultos caucásicos ≥ 21 años, de ambos sexos, que realizaron una VCC para rastreo de CCR; se excluyeron pacientes con cirugías de colon. El estudio se realizó en un centro de endoscopia, entre septiembre de 2010 y abril de 2011. La limpieza colónica se realizó con Polietilenglicol (PEG) o fosfatos, ambos con o sin bisacodilo. Las VCCs se realizaron con equipos Olympus por operadores con >5 años de experiencia, bajo sedación. Los indicadores estudiados fueron: limpieza colónica medida con la Escala de Boston, intubación cecal, tiempo de salida, tasa de detección de adenomas y complicaciones. También se evaluó la relación entre la presencia de comorbilidades, tipo de preparación u horario de realización y calidad de la VCC. El protocolo fue aprobado los Comités de Docencia e Investigación y de Bioética de la Institución. **Análisis estadístico:** paquete Medcalc 11.5 y VCCstat 2.0., tests Chi cuadrado, Fisher y Student. **RESULTADOS:** 155/284 (54,6%) eran mujeres; la edad promedio fue 52 años (27-77). El promedio de la Escala de Boston fue 8 ± 1 (mediana 8, mínimo 5, máximo 9). La intubación cecal fue realizada en 282/284 pacientes (99,3% IC95 97,4-99,9%). El tiempo de llegada a ciego fue significativamente superior en las VCCs realizadas antes de las 15 hs (4 ± 1 vs. 3 ± 1 minutos; $t=-4,81$; $p<0,0001$) así como en aquellos que habían utilizado PEG 4l (4 ± 2 vs. 3 ± 1 minutos; $t=-2,9$; $p=0,005$). No se encontró asociación entre la presencia de comorbilidades y los indicadores estudiados. En 85/284 (29,9%) se detectó al menos un pólipo (mínimo 1, máximo 5). En éstos la tasa de detección de adenomas fue 59/85 (72,8% IC95 61,7-82,1%). No se registraron complicaciones. **CONCLUSIONES:** estos resultados, coincidentes con lo reportado mundialmente, sugieren que los procedimientos realizados en nuestro centro garantizan endoscopias de calidad. La relación entre el horario de realización de la VCC y/o la preparación utilizada y el tiempo de intubación cecal es aún desconocida; factores vinculados al paciente como el hábito longilíneo, sexo femenino, hábito catártico, así como aquellos vinculados al operador como experiencia, cansancio, entre otros podrían justificar el hallazgo. Se necesitan estudios prospectivos, implementando el registro de los datos mencionados para verificar este hallazgo.

TO/O-22

COLOCACION DE PROTESIS BILIARES A TRAVES DE MALLA DE PROTESIS DUODENAL

Jury, G(1); Lopez Fagalde, R(1); Jury, R(1)

(1)Centro de Estudios Digestivos. Argentina.

INTRODUCCION: la estenosis duodenal se produce en alrededor del 25% de las neoplasias periampulares, la mayoría de los casos relacionados a tumores pancreáticos. El 70 % se producen evolutivamente a la estenosis biliar (ya esta resuelta la vía biliar y se agrega el stent duodenal), pero el porcentaje restante presentan cuadros simultáneos. Estos últimos y los pacientes que sobreviven con los 2 stent (biliar y duodenal) para producir la oclusión del stent biliar nuevamente, requieren el drenaje biliar endoscópico a través de la malla duodenal o drenaje percutáneo.El drenaje endoscópico presenta mayor dificultad que el tratamiento habitual por la propia malla,disminución del espacio para maniobrar el duodenoscopia y la fijación del duodeno por el tumor, pero hay diferentes series que demuestran la factibilidad de esta miobra endoscópica. **OBJETIVO:** presentar una serie de 4 drenajes de la vía biliar por vía endoscópica a través de la malla de las prótesis duodenales. **MATERIAL Y METODOS:** se presentan 16 pacientes con prótesis enterales de los cuales 5 (31,2%) requirieron drenaje de la vía biliar a través de la malla del stent enteral. Según la clasificación de Mutignani et col, 2 casos presentaron estenosis tipo I y 2 casos tipo II. Dos pacientes se presentaron evolutivamente a la estenosis biliar y 2 simultáneamente. El éxito técnico fue del 80% (4 casos), 1 caso (20%) se anuló la vía biliar sin poder pasar la estenosis. Los 4 pacientes drenados presentaron buena evolución clínica. Se colocaron 3 stent de 60 x 10 mm y 1 de 80 x 10 mm.No se presentaron complicaciones ni óbitos relacionados a los procedimientos. **CONCLUSIÓN:** el drenaje biliar endoscópico a través de la malla del stent enteral es factible, y seguro.Presenta mayor dificultad técnica.

TO/O-23

UTILIZACION DE ANDAMIOS BIOLÓGICOS PARA DISMINUIR LA ESTENOSIS LUEGO DE UNA RESECCIÓN ENDOSCÓPICA EXTENSA DE UN BLOQUE MUCOSO/SUBMUCOSO EN LA DISPLASIA DE ALTO GRADO Y EL CANCER TEMPRANO DE ESÓFAGO

Nieponice, A(1, 2); Jobe, B(2); Hoppe, T(2); Badaloni, A(1); Badylak, S(2)
(1)Fundacion Favalaro (2)Universidad de Pittsburgh

Como resultado del daño causado por el reflujo gastroesofágico crónico, el esófago de Barrett con displasia de alto grado y adenocarcinoma están aumentando rápidamente en occidente. El actual estándar de tratamiento consiste en la esofagectomía, un procedimiento asociado con una elevada morbilidad, un impacto negativo en la calidad de vida a largo plazo, y una tasa de mortalidad entre 1 y 6% en los mejores centros.

En este trabajo se describe una técnica endoscópica para la resección en bloque de un segmento de las capas mucosa y submucosa con posterior colocación de un andamio biológico que promueve una remodelación constructiva y minimiza la estenosis asociada con resecciones extensas. Se presenta la primera experiencia clínica en 6 pacientes con displasia de alto grado o cáncer temprano que no eran candidatos a cirugía o rechazaban la opción. El rango de resección fue entre 6 y 13 cm de longitud esofágica abarcando toda la circunferencia. La máxima de seguimiento fue de 24 meses. En todos los casos los pacientes lograron una restauración del epitelio escamoso, y volvieron a una dieta normal sin disfagia significativa, requiriendo un promedio de 2 dilataciones post procedimiento. Dos de los seis pacientes presentaron un pequeño foco recurrente de esófago de Barrett en la unión gastroesofágica, pero toda la longitud y circunferencia de la mucosa esofágica reconstituida permanece libre de enfermedad. Dos pacientes fueron sometidos a un Nissen un año después del procedimiento.

La combinación de nuevas técnicas endoscópicas con los potenciales de la medicina regenerativa pueden permitir mejorar las opciones terapéuticas para pacientes con displasia de alto grado y cáncer temprano.

TO/O-25

ENTEROSCOPIA CON BALÓN ÚNICO. EXPERIENCIA INICIAL DE UN CENTRO ASISTENCIAL

Bosch, JE(1); García, ML(1); Figueredo, RF(1); Rodríguez, PC(1); Cerisoli, CL(1); Caro, LE(1)
(1)Gedyt - Buenos Aires - Argentina

INTRODUCCIÓN: La endoscopia del Intestino delgado (ID) ha experimentado grandes avances en los últimos 10 años. La cápsula endoscópica permite realizar una enteroscopia total no invasiva, aunque sólo diagnóstica. Luego surgieron los sistemas de enteroscopia profunda (Enteroscopia con Doble balón, con Balón Único, y con Espiral) con el objetivo de alcanzar una gran distancia de inserción, optimizando el diagnóstico y, sobre todo, el tratamiento de las lesiones detectadas. **OBJETIVO:** Describir la experiencia inicial con la Enteroscopia de Balón Único (EBU) en nuestro centro, detallar sus indicaciones, las terapéuticas realizadas y las complicaciones. **MATERIAL Y MÉTODOS:** Estudio descriptivo y retrospectivo en el que se incluyeron todos los pacientes intervenidos entre el Junio de 2009 y Mayo de 2011. Se realizaron 25 EBU en 24 pacientes. 24 se efectuaron con anestesia inhalatoria y en 1 por vía IV. Se estudiaron 5 mujeres (21%) y 19 varones (79%), de 16 a 85 años (promedio 50,5). La ruta de acceso fue elegida en base a los estudios previos o la sospecha clínica. En 4, la EBU se realizó por vía rectal y en 21 por vía oral. 7 (24%) tenían antecedentes de cirugías abdominales previas. Las indicaciones para el estudio fueron: 1) Angiodisplasias de ID: 13; 2) Sangrado activo sin lesión identificable: 3; 3) Poliposis Adenomatosa Familiar (PAF)/Peutz Jeghers (PJ): 2; 4) Pólipos aislados: 2; 5) Sospecha de enfermedad de Crohn: 2; 6) Sospecha de Tumor de ID: 1; 7) Sospecha de sangrado en el tracto excluido por una cirugía bariátrica: 1. **RESULTADOS:** Se registró el punto máximo de inserción (en centímetros desde el ángulo de Treitz o desde la válvula ileo-cecal) en 20 estudios. Por la vía oral, la media fue de 279 cm en pacientes sin cirugías abdominales previas (10); y de 156 cm en aquellos que sí las tenían (6). Por vía anal la media fue 103 cm en los 3 casos sin cirugías abdominales previas, y 120 cm en la paciente con ese antecedente. Se encontraron Angioectasias múltiples en 14, que fueron tratadas con Argon-plasma (13) o con Gold-probe (1). Se hallaron adenomas y hamartomas múltiples en 3 enfermos con diagnóstico previo de PAF y PJ, en los cuales se resecaron todos los pólipos mayores de 5 mm. En 1 se observó un hamartoma aislado de 45 mm, que se resecó con ansa. En 1 se halló un tumor que fue tatuado. En otro se comprobó una úlcera por AINE con estrechez marcada de la válvula ileo-cecal, que se dilató con un balón, y en 2 hubo lesiones irrelevantes. El estudio fue normal en 3 casos. Todos los pacientes presentaron distensión abdominal, pero poco dolor postprocedimiento. 2 enfermos refirieron odinofagia leve y autolimitada. No se presentaron complicaciones mayores. **CONCLUSIONES:** La EBU es un procedimiento útil, seguro y efectivo para el estudio y el tratamiento de lesiones detectadas en el intestino delgado. La profundidad de inserción podría verse limitada por

TO/O-24

INDICADORES DE CALIDAD EN COLANGIOPANCREATOGRAFÍA RETRÓGRADA ENDOSCÓPICA

Guidi, M(1); De Maria, J(1); Promenzio, E(1); Ragone, F(1); Souto, G(2); Matano, R(3)

(1)Departamento de Vía Biliar y Páncreas - Hospital El Cruce - Fcio. Varela - Argentina (2)Fellow - Departamento de Vía Biliar y Páncreas - Hospital El Cruce - Fcio. Varela - Argentina (3)Jefe de Servicio - Hospital El Cruce - Fcio. Varela - Argentina

INTRODUCCIÓN: El estudio y la terapia endoscópica de la patología biliopancreática es compleja y no está exenta de complicaciones. La Sociedad Americana de Endoscopia Digestiva (ASGE) y el Colegio Americano de Gastroenterología (ACG) han establecido indicadores para ayudar a reconocer exámenes de colangiopancreatografía (CPRE) de alta calidad, también publicaron criterios específicos para el entrenamiento y la obtención de privilegios clínicos para CPRE. **OBJETIVO:** Comunicar los resultados de la revisión de la adherencia a las medidas de calidad y evaluar los indicadores de calidad en un centro de derivación y entrenamiento en CPRE. **MATERIAL Y MÉTODO:** En lo referido a calidad desde abril de 2009 a la fecha fueron evaluados los siguientes indicadores:

1) Pre-CPRE: a) Indicación adecuada (para evitar la CPRE diagnóstica, optimizar los recursos y el buen criterio médico y mejorar la relación costo-beneficio se realizó colangioRNM como método diagnóstico no invasivo en casos seleccionados).

b) Consentimiento informado

c) Evaluación de dificultad del procedimiento: Grado A: canulación selectiva, papilotomía, cálculos hasta 10 mm y prótesis en fistulas y tumores distales. Grado B: diagnóstico en Billroth II, canulación papila menor, cálculos de más de 10 mm, colocación de prótesis en tumores biliares y estenosis biliares benignas. Grado C: manometría, Whipple, Y de Roux, colangioscopia, terapéutica de Billroth II, cálculos intrahepáticos, terapias pancreáticas).

d) Profilaxis antibiótica: Se siguieron las guías ASGE.

2) Intra-CPRE: Se evaluaron las cifras de canulación, tasa de extracción de coledocolitiasis y colocación de prótesis en obstrucciones biliares bajo la bifurcación (endoscopista de staff y fellows).

3) Post-CPRE: a) Documentación completa: imágenes radiológicas y endoscópicas.

b) Cifras de complicaciones

RESULTADOS: En un lapso de 2 años se realizaron 734 CPREs, en las cuales la indicación, consentimiento informado, estratificación del riesgo, calidad del informe, indicaciones al alta, antibiótico-terapia y el manejo de pacientes en tratamiento anticoagulante fueron datos de calidad considerados. La tasa de complicaciones estuvo dentro de los rangos aceptados, siendo la gran mayoría resueltas clínica y/o endoscópicamente. La canulación exitosa se logró en el 96,2% en el caso de endoscopistas experimentados y en el 75% en los fellows al final de su entrenamiento. La tasa de éxito de extracción de coledocolitiasis fue de 95,4% y la de colocación de stents biliares en estenosis por debajo de la bifurcación del 100%.

CONCLUSIONES: La efectividad de la CPRE, depende tanto del alto índice de éxito como bajo índice de complicaciones. La competencia en CPRE puede mejorar la efectividad de la CPRE. Los resultados pueden mejorar por el proceso constructivo de mejoría continua de calidad al educar a los endoscopistas en técnicas óptimas para reducir complicaciones.

TO/O-26

ENTEROSCOPIA CON SIMPLE BALÓN. EXPERIENCIA EN UN HOSPITAL PÚBLICO

Currás, A(1); Baez, EV(1); Molina, CC(1); Blanco, R(1); Concetti, H(1); Lopez Laplace, FB(1); Suaya, G(1)

(1)Gastroenterología / Htal Fernández / CABA / Argentina

INTRODUCCIÓN: El objetivo de la enteroscopia simple balón es visualizar la mucosa del intestino delgado en su totalidad, siendo la tasa de enteroscopia completa descripta del 25 %. Combinando con la vía rectal se lograría el 75 %. Las indicaciones diagnósticas son la hemorragia digestiva de origen oculto, la enfermedad de Crohn, neoplasias de ID, el síndrome de mala absorción, enfermedad celíaca refractaria, diarrea crónica, vigilancias de lesiones precancerosas, hallazgos anormales en estudios radiológicos. **OBJETIVO:** Demostrar la utilidad de ESB en el diagnóstico de las lesiones de ID y en su correspondiente terapéutica. **MATERIAL Y MÉTODOS:** Se estudiaron desde el año 2008 hasta abril de 2011 25 pacientes. 11 hombres, 14 mujeres. Edad promedio de 52 (28-76). La indicación diagnóstica fue: a) Enfermedad Celíaca Refractaria 6p (24%). b) Enfermedad Celíaca + Seudooclusión intestinal 1p (4%), c) Síndrome de Mala Absorción + Suboclusión Intestinal 1p. (4%) d) Hemorragia intestinal de Origen Oscuro 8p (32%) e) Hemorragia digestiva 5p. (20 %) f) Peutz Jeghers 3p. (12%) g) Diarrea Crónica 1p (4%). Se utilizó Equipo Olympus SIF Q 180 Procesador de video EVIS 240-260 SL. Sobretubo siliconado ST-SB, y los siguientes recursos accesorios: Argón Plasma, agujas de inyección, ansa de polipectomía. Se realizaron todos los procedimientos endoscópicos bajo anestesia general. **RESULTADOS:** Diagnósticos Endoscópicos: a) Enfermedad Celíaca + Yeyunitis Ulcerativa 4 p. b) Signos de Enfermedad Celíaca 3p. c) Divertículos de ID 1p. , d) Angiodisplasias 9p., e) Pólipos 3 p., f) Mucosa granular 1p., g) Mucosa sin lesión 2p., h) Infiltración de la anastomosis 1p., i) Linfangiectasia 1p. Se realizaron los siguientes Diagnósticos Anatómicos patológicos: -Normal, Inflamación crónica inespecífica, Yeyunitis ulcerativa, Marsh III a, Marsh III b, Hamartomas. Se realizó tratamiento en 12 p. (48 %). Polipectomías en 3 p. Coagulación con Argón Plasma en 8p, Hemostasia con Adrenalina 1 p. (por sangrado post polipectomía). Se alcanzó el íleon por VO en 10p. (40 %). No se alcanzó la válvula ileocecal en ningún paciente. No se observó complicaciones inherentes al método. **CONCLUSIONES:** En nuestra serie la enteroscopia con balón simple demostró ser un procedimiento seguro y sin mayores complicaciones. Tuvo una utilidad diagnóstica en 23 p. (92 %) y posibilitó un gesto terapéutico en 11 p. (44 %). Las indicaciones diagnósticas fueron: Hemorragia de origen oscuro, tumores, mala absorción intestinal, hemorragia con otros sitios de sangrado y diarrea crónica. Entre los procedimientos terapéuticos se realizó hemostasia con argón y/o adrenalin y polipectomías.

TO/O-27

IMPACTO CLÍNICO DE LA CÁPSULA ENDOSCÓPICA EN EL MANEJO DE PACIENTES CON HEMORRAGIA DIGESTIVA DE ORIGEN OSCURO

Ferretti, S(1); Bonini, C(1); Costaguta, A(2); Villavicencio, R(1)

(1)Clínica de Diagnóstico Médico Rosario. (2)Sanatorio de Niños de Rosario. Argentina.

INTRODUCCIÓN: La hemorragia digestiva de origen oscuro (HDOO) constituye una entidad compleja desde el punto de vista diagnóstico y terapéutico. La aparición de la cápsula endoscópica (CE) en el año 2001, ha representado un gran avance en el diagnóstico de la HDOO en comparación con los métodos tradicionales. Sin embargo, el impacto clínico de los hallazgos de la CE sobre el manejo de la HDOO todavía no se encuentra claramente establecido. **Objetivo:** Evaluar el rédito diagnóstico y el impacto clínico de la CE en el estudio de la HDOO. **PACIENTES Y MÉTODOS:** Análisis retrospectivo de 66 estudios consecutivos de CE en 65 pacientes en un solo centro desde abril 2005 a abril 2011. Se utilizó la CE M2A (Given Imaging, Yoqneam Israel). Se consideró HDOO al sangrado digestivo persistente o recurrente cuyo origen no pudo ser establecido en endoscopia alta y colonoscopia. Se subclasificó la HDOO en oculta (anemia ferropénica y/o SOMF positiva) y manifiesta (hematoquecia y/o melena). Los estudios fueron realizados e interpretados por los mismos operadores (SF y CB). El impacto clínico sobre el manejo de los pacientes se evaluó de acuerdo al aporte del hallazgo de la CE sobre los procedimientos diagnósticos y/o terapéuticos posteriores. **RESULTADOS:** De los 65 pacientes 41% fueron hombres, edad 58,6±21 años (3-84 años). La HDOO fue manifiesta en el 63% de los casos y oculta en 37%. El rédito diagnóstico fue de 64 % (42/66). La patología más prevalente fue la angiodisplasia de ID (52%). En segundo lugar los tumores malignos de ID (14%). Otras lesiones detectadas fueron Hiperplasia nodular linfóidea (3 casos, 7%), angiodisplasias en ciego (2 casos, 4,7%), úlceras de ID (2 casos, 4,7%), lesión elevada en ID (2 casos, 4,7%), pólipo de ID (1 caso, 2,3%), neoplasia de ciego (1 caso, 2,3%), Dieulafoy de duodeno (1 caso, 2,3%), sangrado activo en ID (1 caso, 2,3%) y sangrado activo en ciego (1 caso, 2,3%). El rédito diagnóstico fue superior (aunque no significativamente) en los casos de HDOO manifiesta que en los casos de HDOO oculta (73% vs 52%) (p=0,1). En 4 casos (6 %), se detectó el origen del sangrado en sitios extraintestinales (2 angiodisplasias de ciego, un cáncer de ciego y sangrado activo en ciego). En 5 casos (7,5%), la CE debió ser colocada en ID asistida por endoscopia (4 casos pediátricos y 1 estenosis de esófago). De los 42 casos diagnosticados, en 29 (69%) el hallazgo de la CE tuvo impacto en el manejo posterior. Nueve casos recibieron tratamiento quirúrgico, 5 tratamiento endoscópico, 8 tratamiento médico y 5 casos fueron observados y no resangraron. Trece pacientes se perdieron en el seguimiento. En un solo caso la CE no fue eliminada en forma natural (retención en estómago). No se observaron casos de retención de la CE en ID. **CONCLUSIONES:** En nuestra experiencia el estudio del ID con CE resultó ser de utilidad en el diagnóstico de la HDOO. El rédito diagnóstico de la CE tuvo impacto en el manejo posterior de los pacientes con HDOO.

TO/O-29

TRATAMIENTO DE LA OBESIDAD MORBIDA CON BALON INTRAGÁSTRICO Y EQUIPO INTERDISCIPLINARIO

Tobal, FP(1); Tobal, DE(1); Manzano, I(2); Jordi, P(2); Laguzzi, JJ(1)

(1)GENBA (Gastroenterología y Endoscopia de Buenos Aires) (2)CEM (Centro de Estudios Metabólicos). Argentina.

La obesidad es una enfermedad crónica que afecta aproximadamente a el 30% de la población. Diversos tratamientos nutricionales, medicamentosos, endoscópicos y quirúrgicos son utilizados para tratarla. La colocación temporaria del Balón Intragástrico (BIG) aumenta mundialmente año a año. Sin embargo, existen escasos reportes sobre la eficacia de dicho tratamiento en nuestro medio. **Objetivo:** Evaluar la eficacia del tratamiento con BIG y asesoramiento interdisciplinario en nuestro medio. **P Y M:** Estudio prospectivo donde fueron incluidos consecutivamente pacientes obesos en quienes se realizó tratamiento interdisciplinario con BIG. Los criterios de inclusión fueron: pacientes con obesidad moderada o severa (IMC entre 30-40) de más de 3 años de evolución con fracaso de tratamiento médico y/o medicamentoso previo con capacidad de cumplimiento, motivación y comprensión del tratamiento. Fueron excluidos aquellos pacientes con obesidad secundaria, cirugía gástrica previa, hernia hiatal mayor de 5cm, patología subyacente grave no relacionada con obesidad, trastornos psicopatológicos importantes, inadecuada comprensión de las características del procedimiento y expectativas no realistas ante el tratamiento o con escasa probabilidad de modificar sus hábitos de vida. Luego del período de admisión, se colocó el Balón Intragástrico Bioenterics con 500-700ml de solución fisiológica y azul de metileno. Todos los procedimientos se realizaron en forma ambulatoria y los pacientes ingresaron en un programa interdisciplinario con asesoramiento clínico, nutricional, psicológico y físico individual por un período máximo de 6 meses. **R:** Fueron incluidos 32 pacientes (F23/M9; EM40 años (19-66)). Antes del comienzo del tratamiento, la media de peso fue de 102,2 kg (+/-14,8) mientras que la media de IMC fue de 36,9 (+/-1,9). El tiempo promedio de colocación del balón fue de 10 min, mientras que el de extracción fue de 21 min. La duración del tratamiento de 5,9 meses promedio. Al finalizar el mismo, la media de peso fue de 82,1 (+/-12,7), mientras que la media de IMC fue de 29,4 (+/-2,2). El promedio de descenso de peso fue de 20,7 kg (+/-7,5), y el de IMC de 7,5 (+/-2,5). El porcentaje de reducción de peso global fue del 20%. En todos los pacientes se objetivó una mejoría de sus comorbilidades asociadas (mejor control y/o menor requerimiento de medicación). Los efectos adversos más comunes fueron náuseas y dolor abdominal que duraron menos de 72 hs en un 40% de los pacientes. No se registraron complicaciones mayores. Se realizó seguimiento a todo los pacientes luego de extraído el BIG. **C:** Luego del tratamiento con BIG todos los pacientes presentaron una significativa reducción de peso e IMC, así también como una mejoría de sus comorbilidades. La colocación de BIG y asesoramiento interdisciplinario es una alternativa terapéutica eficaz y segura para el tratamiento de obesidad moderada y severa.

TO/O-28

ENTEROSCOPIA DOBLE BALON DIAGNOSTICA Y TERAPEUTICA: EXPERIENCIA INICIAL DE 21 PROCEDIMIENTOS EN UN CENTRO DE ALTA COMPLEJIDAD

MATANO, R(1); De Maria, J(1); Promenzio, E(1); Guidi, M(1); Ragone, F(1) (1)Hospital El Cruce ALta Complejidad en Red

INTRODUCCION: El estudio del intestino delgado resulta un desafío ya que los metodos diagnósticos actuales no logran dar una respuesta definitiva siendo la enteroscopia de doble balon (edb) siendo una alternativa valida con eventual potencial terapéutico. **OBJETIVO:** Evaluar la eficacia, utilidad y seguridad de la enteroscopia de doble balon para el diagnóstico y tratamiento de patologia de intestino delgado en argentina. **PACIENTES Y METODOS:** Estudio prospectivo de un unico centro. **MARCO:** Centro hospitalario de referencia de alta complejidad en red de derivación con otros hospitales de menor complejidad en el período comprendido de octubre 2010 a abril 2011. Se estudiaron pacientes derivados a este centro de mayor complejidad tanto adultos como pediátricos que fueron evaluados por hemorragia de origen oscuro, diarrea cronica, patologia biliopancreatica y anemia cronica. se utilizo la via anterograda o retrograda según manifestacion clinica y se evaluaron indicaciones, tiempo de estudio, hallazgos y complicaciones. **RESULTADOS:** Se realizaron 21 procedimientos de db en 15 pacientes consecutivos con sospecha de enfermedad del intestino delgado y con patologia biliopancreatica con cirugía de derivacion previa. Se realizaron 21 enteroscopias desde agosto de 2010 a abril 2011. Fueron anterogradas 17, y 4 fueron retrogradas. en dos pacientes con anemia cronica y hemorragia digestiva de origen oscuro evidente se utilizaron ambas vias. - Diagnosticas 13, -Terapeutica, 8 (polipectomia, tratamiento de lesiones vasculares con argon, dilatacion estenosis biliodigestiva). **INDICACIONES:** SME peutz-jeghers 1 pte, HDOO oculta 5 y evidentes 3, Anastomosis biliodigestiva 3 ptes. Diarrea crónica : 2 pacientes con enfermedad celiaca refractaria al tratamiento y 1 paciente con linfagiectasia. Hallazgos incluyeron: Angiodisplasias en yeyuno proximal y medio 2 pte, Polipos en pte con sme. peutz-jeghers 1 pte, Tumor de id (yeyuno) 1 pte, Estenosis biliodigestivas : 3 ptes, 2 pte se exploraron sin hallar la anastomosis, 1 pte se realizo dilatacion de estenosis biliodigestiva. Estudios normales : 3 ptes (5 edb). Enfermedad celiaca 2. Linfagiectasia 1. Polipo id 1. Los efectos adversos fueron leves y transitorios predominando en la via anterograda (vómitos y distención) y arritmia 1 paciente.. **CONCLUSIONES:** estos datos precoces sugieren que la db es una tecnica efectiva en el diagnostico y en el tratamiento de las enfermedades del intestino delgado.

TO/O-30

GASTROSTOMÍAS ENDOSCÓPICAS PERCUTÁNEAS EN UN CENTRO DE GASTROENTEROLOGÍA REGISTROS PREVIOS Y SEGUIMIENTO PROSPECTIVO

Balduzzi, CS(1); Ligorria, R(1); Bianchi, E(1); Baroni, L(1); Yantorno, M(1); Esteves, S(1); De Barrio, S(2); Crivelli, A(2); Jmelniztky, A(3)

(1)Servicio de Gastroenterología y Endoscopia Digestiva, Hospital Gral. San Martín, La Plata, Argentina. (2)Servicio de Soporte Nutricional, Hospital Gral. San Martín, La Plata, Argentina. (3)Cátedra de Postgrado en Gastroenterología, Universidad Nacional de La Plata, Argentina.

INTRODUCCIÓN: La Gastrostomía Endoscópica Percutánea (GEP) está indicada en casos de inadecuada ingesta oral y necesidad de alimentación enteral durante al menos 4 semanas. En nuestro servicio durante 2008 y 2009 se registraron 14,28% de complicaciones menores (celulitis peristomía) y 14,28% mayores (perforación esofágica, migración del botón). Pruthi et al. Am J Gastroenterol 2010, estudio Canadiense, reportó 376 ptes con GEP, complicaciones menores 19% y mayores 6%, mortalidad a 30 días de la colocación 11%. **OBJETIVO:** Optimizar el seguimiento y las medidas de prevención de infecciones para observar su influencia en la evolución de las GEP durante 13 meses, se le realizó prueba de hemostasia, antibiótico profilaxis (AMS 1,5g EV), curaciones diarias por médico tratante durante los 15 días postprocedimiento y se informó a los cuidadores del paciente sobre el correcto manejo. Buscamos determinar la incidencia de complicaciones menores y mayores, factores predictivos independientes, mortalidad global y asociada al procedimiento. **PACIENTES Y MÉTODOS:** Es un estudio prospectivo descriptivo sobre la evolución de los pacientes con GEP realizada en el Hospital Gral. San Martín de La Plata desde el 1/4/2010 al 30/4/2011, total de 28 casos, promedio de edad 62,18 años ±15,43, masculinos 64,29%. Se registraron, indicaciones de GEP, valoración nutricional subjetiva y albuminemia al momento de colocación. El seguimiento se realizó hasta la finalización del estudio, extracción de sonda o muerte. **RESULTADOS:** Durante 13 meses se registraron 28 casos, las indicaciones fueron ACV 35,71 %, cáncer de orofaringe y laringe 21,42%, neuropatía progresiva 17,85%, secuela neurológica por TEC 7,14%, otras 17,85%. Tasa de complicaciones menores 3,57% n1 y mayores 7,14% n2. Mortalidad global 32,14% n10, sólo un caso asociado al procedimiento por autoextubación a 7 días de su colocación. Dos casos de remoción la GEP con cierre de fístula sin complicaciones 9,09%. Desnutrición moderada o riesgo nutricional 78,57%, desnutrición grave 21,43% , media de albuminemia 29,54±5,06 g/L. **CONCLUSIÓN:** Concluimos que la profilaxis antibiótica, los controles y curaciones diarias en forma sistemática, así como la educación brindada a cuidadores fueron los factores que probablemente influyeron en forma positiva aumentando la aceptabilidad y demanda del procedimiento. La causa principal de la mortalidad global fueron la enfermedad de base y comorbilidades. Debido al tamaño de la muestra, no se evidenció impacto en la tasa de complicaciones, sumado al tipo de pacientes, en su mayoría de edad avanzada.

TO/O-31

CÁPSULA ENDOSCÓPICA EN EL ESTUDIO DE LAS ENFERMEDADES DEL INTESTINO DELGADO. ANÁLISIS DE LOS PRIMEROS 101 ESTUDIOS EN UN CENTRO DE LA CIUDAD DE ROSARIO

Ferretti, S(1); Bonini, C(1); Costaguta, A(2); Villavicencio, R(1)
(1)Diagnóstico Médico de Rosario. (2)Sanatorio de Niños de Rosario. Argentina.

INTRODUCCIÓN: La cápsula endoscópica (CE) es una herramienta de reciente aparición, útil para el estudio de las enfermedades del intestino delgado (ID). Sus principales indicaciones son el estudio de la hemorragia digestiva de origen oscuro (HDOO), la enfermedad celíaca refractaria y la enfermedad inflamatoria intestinal (EII). En nuestro medio existen escasos datos acerca de la utilidad de la CE en el estudio del ID. **OBJETIVO:** Analizar los resultados de todos los estudios de CE realizados en nuestro centro durante 6 años. **Pacientes y Métodos:** Análisis retrospectivo de 101 estudios consecutivos de CE en 97 pacientes en un solo centro desde abril 2005 a abril 2011. Se utilizó la CE M2A (Given Imaging, Yoqneam Israel). En todos los casos se utilizó preparación intestinal con polietilenglicol (2 L) y metoclopramida sublingual en el momento de la ingestión de la CE. Los estudios fueron realizados e interpretados por los mismos operadores (CB y SF). Se evaluaron datos demográficos, rédito diagnóstico, velocidad de vaciamiento gástrico (VVG), tiempo de tránsito de ID (TTID), tasa de visualización de ciego y complicaciones. **RESULTADOS:** De los 97 pacientes, 51 fueron de sexo masculino, 55±19 años (3-84 años). Dos de los 101 estudios fueron descartados del análisis por mala preparación (n=1) y retención transitoria en esófago (n=1). La principal indicación fue la HDOO en 66/99 ptes (66,6%). Otras indicaciones fueron screening de angiodisplasias (6%), enfermedad celíaca (5%), sospecha de EII (4%), poliposis (4%), dolor abdominal (4%) y diarrea crónica (3%). En 6 casos (6%), la CE debió ser colocada en ID asistida por endoscopia (4 casos pediátricos, 1 estenosis de esófago y 1 deseo del paciente). En los casos de HDOO el rédito diagnóstico fue 64% siendo las patologías más frecuentes las angiodisplasias de ID (52%) y los tumores de ID (14%). La edad de los pacientes con angiodisplasias en ID fue significativamente mayor a la de los pacientes con tumores de ID(69,4±8,7 vs 51.1±6,5 años, respectivamente) (p=0,0001). Se realizaron 6 estudios en pacientes pediátricos. La VVG media fue 33,9±49 minutos. El TTID medio fue 3,87±1,8 horas. El ciego fue visualizado en 92 %. En un solo caso (1%), la CE no fue eliminada en forma natural (retención en estómago). No se observaron casos de retención de la CE en ID. **CONCLUSIONES:** En nuestra experiencia la principal indicación de CE es la HDOO. El rédito diagnóstico es similar al reportado en otros países del mundo. Las patologías más prevalentes en nuestro medio son las angiodisplasias y tumores de ID. La edad es una variable de gran valor para orientación diagnóstica en HDOO. La tasa de complicaciones es muy baja.

TO/O-33

CUERPO EXTRAÑO ESOFAGOGÁSTRICO: EXPERIENCIA EN UNA UNIDAD ENDOSCÓPICA DE URGENCIA

Jiménez, DA(1); Pizzala, JE(1); Daffra, PR(1); de los Ríos, A(1); Abecia, VH(1); Talamazzi, AR(1); Carrion, S(1); Giunta, D(2); Marcaccio, FH(1); Piccioni, HL(1); De paula, JA(1); Macías Gómez, CA(1)
(1)Gastroenterología, Hospital Italiano, Buenos Aires, Argentina (2)Investigación clínica, Hospital Italiano, Buenos Aires, Argentina

INTRODUCCIÓN: La ingesta de cuerpos extraños (CE) esofagogástricos es la segunda causa de endoscopia de urgencia luego de la hemorragia digestiva. Se han reportado pocos estudios epidemiológicos en Argentina sobre CE y su manejo endoscópico de urgencia. **OBJETIVO:** Describir nuestra experiencia en el manejo endoscópico de urgencia de esta entidad. **Mostrar las características clínicas, epidemiológicas y evolución posterior a la intervención.** **Métodos:** Se revisaron manualmente los registros clínicos electrónicos de los pacientes a los que se les realizó una videoesndoscopia alta de urgencia por sospecha de ingesta de CE entre julio del 2004 y octubre del 2010, en el Hospital Italiano de Buenos Aires. **RESULTADOS:** De un total de 30.224 video endoscopias digestivas altas (VEDA) realizadas en dicho periodo de tiempo, 212 estudios se realizaron por sospecha de ingesta de CE, correspondientes a 187 pacientes con una edad media de 60,5 años (intervalo intercuartil 40,4); el 49% (93) fueron de sexo femenino. El 7,5% (14) eran pediátricos y el 42% (78) mayores de 65 años. Todas las VEDAs se realizaron antes de las 6 hs de la consulta, por endoscopistas en formación, bajo anestesia general y con supervisión de un endoscopista con experiencia. Se obtuvo diagnóstico de CE esofagogástrico en el 73% (154) de estudios. El 92% (172) de los pacientes tuvieron un episodio único, el 8% (15) tuvieron más de un episodio. Los síntomas predominantes fueron disfagia en el 73% (112), sensación de CE 61% (94), afagia 34% (53). La localización más frecuente fue el tercio superior de esófago en el 36% (56). El CE encontrado con mayor frecuencia fue alimento impactado (64%) y en segundo lugar objetos cortopunzantes (21%). El 74% (114) de los CE se extrajeron por cavidad oral, el 15% (23) se progresaron en sentido caudal y el 8% (13) por ambas modalidades. Los instrumentos de mayor utilidad en la extracción fue el ansa en un 50% (77) y pinza boca de ratón en el 21% (32). Se lograron resolver sin ninguna complicación en el 84% (130), la complicación más frecuente fue el desgarro de mucosa en el 10% (15) y se observaron 4 perforaciones esofágicas, 3 con manejo clínico conservador y 1 requirió tratamiento quirúrgico. La patología subyacente más frecuente fue la esofagitis severa 16% (24). **CONCLUSIONES:** Observamos en nuestra experiencia, que el manejo endoscópico temprano, por endoscopistas en formación fue una intervención segura, con escasas complicaciones y alta tasa de éxito.

TO/O-32

TRATAMIENTO POR FISTULOSCOPIA FLEXIBLE Y ENDOLUMINAL DE FISTULA LATERAL DE DUODENO

Isaguirre, J(1); Minatti, W(1)
(1)Hospital Italiano de Mendoza. Argentina.

ANTECEDENTES: El tratamiento de la fistula lateral de duodeno siempre fue difícil y con consecuencias severas para los pacientes, múltiples laparotomías, complicaciones sépticas y largas estancias hospitalarias. Con el advenimiento de NOTES por Kaloo en el 2004 y el uso de endoscopia flexible se abre un nuevo capítulo terapéutico para el abordaje de situaciones clínicas complejas como una fistula lateral de duodeno. **OBJETIVO:** Mostrar el abordaje terapéutico por tranmural y fistuloscopia flexible. **DISEÑO:** Presentación de casos con documentación radiológica y videoendoscópica. **MATERIAL Y METODO:** Caso 1: femenino de 64 años que ingresa por dolor abdominal anemia y fiebre, mal estado general. Se le efectúan análisis e imágenes que informan masa heterogénea a nivel de mesocolon. Se decidió laparoscopia, masa abscedada mesocolon, lavado y drenajes. A los 3 días bilirrubinemia, abordaje por laparotomía exploración sin hallagos compatibles con bilirrubinemia. Luego seriada y confirmación de fistula de duodeno. Abordaje por drenaje abdominal con endoscopia flexible(fistuloscopia flexible), y con duodenoscopia (trasoral), GIST con perforación en la base, cierre de orificio con plug de vicryl. Caso 2: Masculino 50 años ingresa 12 días después de colestectomía laparoscópica, por bilirrubinemia (1200cc día) séptico para CPRE. Vía biliar indemne, con perforación bulbo duodenal cara anterior de 18mm, peritoneoscopia flexible y cierre con plug de vicryl, sonda nasoyeyunal de alimentación. **RESULTADOS:** Caso 1:Caída del débito al 3 día a 0cc, recuperación, alimentación oral y externación al 7mo día. Caída del débito de bilis de 1200 a 0cc día en 24hs. Mejoramiento del estado general y externación posterior. **CONCLUSIONES:** El abordaje transmural y fistuloscopia flexible permitió tratar fistulas laterales de duodeno satisfactoriamente, temporizando al paciente para un tratamiento definitivo en un caso y siendo definitivo en el otro. Creemos que el entrenamiento de cirujanos en estas técnicas abre un nuevo capítulo para el tratamiento de situaciones clínicas graves como las descriptas.

TO/O-34

PREVALENCIA DE TEJIDO NEOPLÁSICO RESIDUAL LUEGO DE RESECCIÓN ENDOSCÓPICA DE PÓLIPO CÁNCER COLÓNICO: CORRELACIÓN CON LA PIEZA QUIRÚRGICA

Pereyra, L(1); Bun, M(2); Mella, J(1); Luna, P(1); Medrano, M(1); Fischer, C(1); Gonzalez, R(1); Panigadi, N(1); Casas, G(3); Pedreira, S(1); Rotholtz, N(2); Ciminino, D(1); Boerr, L(1)
(1)Servicio de Gastroenterología y Endoscopia Digestiva, Argentina. (2)Servicio de Coloproctología, Hospital Alemán, Argentina (3)Servicio de Patología, Hospital Alemán, Argentina

INTRODUCCIÓN: La resección endoscópica como tratamiento del pólipo cáncer de colon puede ser curativa dependiendo de los márgenes de resección y de la profundidad de la invasión. Existe poca información acerca de la prevalencia de tejido neoplásico residual (TNR) luego de una polipectomía. **OBJETIVO:** Determinar la prevalencia de TNR luego de la luego de la resección endoscópica de un pólipo cáncer en pacientes que requirieron cirugía posterior. **Evaluar la relación entre el hallazgo de TNR y el tipo de polipectomía, los márgenes de resección y la profundidad de la invasión.** **MATERIALES Y MÉTODOS:** Entre enero de 2003 y marzo de 2011 se reclutó en forma prospectiva a todos aquellos pacientes sometidos a una resección colónica laparoscópica como tratamiento de pólipos de colon en un Hospital privado de comunidad de Buenos Aires. Se identificaron los pacientes con pólipo que contenían carcinoma in situ o carcinoma invasor en quienes antes de la cirugía se había intentado la resección de la lesión por vía endoscópica. Se consignaron: datos demográficos, morfología de los pólipos (clasificación de Paris), tipo de polipectomía realizada y histología. Se analizaron los márgenes de resección de los pólipos clasificándolos en tres grupos: resección completa, incompleta y no evaluable. El desenlace medido fue la proporción de pacientes con TNR en la pieza quirúrgica (lesión neoplásica en lecho de polipectomía previa). Los resultados se expresaron en porcentajes, se utilizó test de chi-cuadrado para la comparación de proporciones considerándose significativo un valor de p<0,05. **RESULTADOS:** De 170 pacientes sometidos a cirugía por pólipos del colon, se incluyeron 46 pacientes que tenían pólipo cáncer y un intento previo de polipectomía endoscópica curativa. El 52% fueron hombres con una edad promedio de 63 años (40-91). La morfología de los pólipos fue en un 64% 0-Is (sésil): en 17% 0-Ip (pediculado) y en 13% 0-IIA (plana elevada); el tamaño promedio fue de 1.8cm (0.3-3.5). De estos pólipos 71% presentaban carcinoma in situ y 26% adenocarcinoma(de estos 4 eran pobremente diferenciados y 2 con invasión linfática o vascular). Se identificó TNR en la pieza quirúrgica en 56% de los pacientes. La prevalencia de TNR fue significativamente mayor luego de una polipectomía con pinza (71%) y de una mucosetomía(55%) que luego de una polipectomía con ansa (26%)(p<0.05). En cuanto a los márgenes de resección, la prevalencia de TNR fue de 51%, 43% y de 0% en las resecciones incompletas, no evaluables y completas respectivamente, siendo la diferencia significativa solo entre resección completa e incompleta (P 0.05). No hubo diferencias significativas en la prevalencia de TNR entre carcinoma in situ (33%) y adenocarcinoma(44%)(p 0.7). **CONCLUSIÓN:** Observamos una alta prevalencia

TO/O-35

NARROW BAND IMAGING: SU UTILIDAD EN EL DIAGNÓSTICO DE ESÓFAGO DE BARRETT

Cerisoli, C(1); Martinez, MR(1); Bolino, MC(2); Caro, LE(1)
(1)Endoscopia, Gastroenterología Diagnóstica y Terapéutica (GEDyT), Buenos Aires, Argentina (2)Investigación Clínica, Gastroenterología Diagnóstica y Terapéutica (GEDyT), Buenos Aires, Argentina

INTRODUCCIÓN: El adenocarcinoma de esófago incrementó su incidencia en forma exponencial en las últimas décadas; sin embargo, la pesquisa del esófago de Barrett (EB), lesión precursora, es aún controversial. El método de vigilancia estándar para la detección temprana de displasia es difícil de implementar, consume tiempo y se asocia a error de muestreo en hasta un 40 a 60% de los casos. Considerando estas limitaciones, nuevas técnicas de imagen endoscópica han sido desarrolladas para optimizar la eficacia de dicha estrategia, permitiendo la toma dirigida de biopsias con alto rendimiento diagnóstico. OBJETIVOS: 1. Describir la tasa de positividad (concordancia) de los hallazgos endoscópicos con Narrow Band Imaging (NBI) en pacientes con diagnóstico histológico de EB; 2.Comparar las tasas de positividad de los hallazgos endoscópicos con NBI en pacientes con diagnóstico histológico de EB con Metaplasia Glandular (MG). MATERIALES Y MÉTODO: Se incluyeron 67 pacientes adultos $\geq$ 18 años con sospecha de EB. Se excluyeron aquellos con esofagitis endoscópica, coagulopatías, varices esofágicas y cirugías previas de esófago y/o estómago. El estudio se realizó entre marzo de 2010 y marzo de 2011. Diseño: comparativo, prospectivo, transversal y observacional. Las endoscopias se realizaron bajo sedación con propofol, utilizando endoscopios Olympus Evis EXERA II GIF 180.El diagnóstico endoscópico fue confirmado por el operador, quien reexaminó las imágenes. Se comparó patrones mucosos (plano, vellosos o irregular) y vasculares (regular o irregular) evidenciados con NBI con la histología. Se considero EB a la presencia de Metaplasia Intestinal (MI). Todos los pacientes firmaron el Consentimiento Informado antes de los procedimientos. Análisis estadístico: paquete estadístico VCCstat 1.0. Se estimaron intervalos de confianza del 95% y el nivel de significación se estableció en α 0.05.RESULTADOS: Pertenecían al sexo masculino 45/67 (67%); edad promedio 58 años (29-87). En 40/67 (59%) se detectó hernia hiatal;. El 53% (36/67) presentó EB circunferencial, y de éstos, 25 (70%) tenía EB corto; Praga promedio: C5 M5. La MI se observó en 43/67 (64%) y MG en 24/67 (36%). Los hallazgos endoscópicos con NBI y su histología se detallan en la tabla. 1. La tasa de positividad de los hallazgos endoscópicos con NBI en pacientes con MI fue 43/67 (64% IC 95 51-75). 2. La tasa de positividad de endoscopia con NBI con MG se observó en 24/ 67 (35%, IC 95 24-48). Al comparar ambas tasas, se observó que la primera fue superior a la segunda (64% vs. 35%). CONCLUSIONES: El NBI es una herramienta útil para la detección de epitelio columnar. El patrón morfológico de la mucosa parece ser característico según el tipo de metaplasia, confirmando de esta manera el rendimiento de la toma dirigida de biopsias para diagnóstico y seguimiento del EB. Hallazgos endoscópicos con NBI y la histología

Histología	Patrón mucoso plano (n)	Patrón mucoso vellosos (n)	Patrón vascular regular (n)	Patrón vascular irregular (n)
MI	11	28	37	2
MG	16	8	21	3
DBG	0	2	2	0
DAG	0	2	1	1
Total pacientes	27	40	61	6

TO/P-01

ASPECTOS DEMOGRÁFICOS Y ENDOSCÓPICOS DE LOS PÓLIPOS QUÍSTICOS DE GLÁNDULAS FÚNDICAS

Díaz, AJ; Carballada, FD; Luciani, JC; Parrotta, MD; Pedrana, RE

OBJETIVO: Establecer las características poblacionales y endoscópicas de los pacientes que presentaban pólipos quísticos de glándulas fúndicas en la endoscopia digestiva superior. MATERIALES Y MÉTODOS: Se revisaron retrospectivamente las historias clínicas, informes endoscópicos e informes anatomopatológicos de pacientes estudiados con esofagogastroduodenovideoendoscopia solicitada por síntomas digestivos superiores, en una institución sanatorial privada de la ciudad de Rosario, Argentina. RESULTADOS: Se encontraron 92 pacientes con diagnóstico confirmado por anatomía patológica de pólipos quísticos de glándulas fúndicas sobre un total de 4936 pacientes estudiados entre enero del 2007 y diciembre del 2010 (1,86%). En los pacientes en quienes se encontraron estas lesiones, 48 (52%) pertenecían al sexo femenino y 44 (48%) al masculino, no obstante, existió una predominancia femenina similar en el número de pacientes estudiados (2497 vs.2439). 34 pacientes (37%) presentaban más de 5 pólipos, 43 pacientes (47%) presentaban de 2 a 5 pólipos y 15 pacientes (16%) presentaban un único pólipo. Solo 2 pacientes fueron Helicobacter Pylori positivos (2,17%), un bajo porcentaje en comparación al resto de nuestros pacientes, en quienes es algo superior al 30%. 62 pacientes (67%) presentaban una historia de consumo de IBP de al menos 12 meses en los 2 años previos a la endoscopia. CONCLUSIÓN: En nuestra casuística los pólipos de glándulas fúndicas no son lesiones infrecuentes, presentan una incidencia similar en ambos sexos, pueden ser únicos o múltiples pero lo mas frecuente es que existan de 2 a 5 lesiones. Los pacientes presentan una muy baja incidencia de Helicobacter Pylori y en ellos, es habitual el consumo prolongado de IBP.

TO/O-36

RESOLUCION ENDOSCÓPICA DE COMPLICACIONES POR CIRUGIA BARIATRICA

Isaguirre, J(1); Corengia, M(1); Brasesco, O(2)
(1)Hospital Español de Mendoza (2)Hospital Español Mendoza. Argentina.

ANTECEDENTES: La cirugía bariátrica se ha desarrollado en los últimos años mejorando la calidad de vida de un grupo de pacientes complejos. No escapa al conocimiento que las complicaciones de las mismas por el tipo de paciente al que se trata requieren del tratamiento de un grupo multidisciplinario. Sin dudas el gran aporte al manejo miniinvasivo de las complicaciones viene de la mano de la endoscopia, lo percutaneo, laparoscópicos y/o una combinación de ellos. OBJETIVO: Mostrar el manejo mininvasivo de complicaciones en cirugía bariátrica en un centro de referencia. DISEÑO: Descriptivo de casos con documentación radiológica y videoendoscópica. MATERIAL Y METODO: Caso1: Masculino de 53 años que 30 días posterior a By pass gastrico presenta síndrome coledociano litiasico. Abordaje laparoscopico y CPRE transgastrica, papilotomía y extracción de lito coledociano. Caso2:femenino de 48 años de edad que consulta al 3er mes post-operatorio de BPGYRL por dolor epigástrico y vómitos, con laboratorio y ecografía abdominal normal. Se realiza video endoscopia digestiva alta (VEDA) que evidencia perforación de pouch gástrico. Se coloca parche con malla de vicryl que se fija con endoclips. Se progresa sonda de alimentación nasoyeyunal. RESULTADOS: Caso1: Resolución del síndrome coledociano, externación al 2do día postoperatorio. Caso2: Alivio del dolor y los vómitos con restitución de la alimentación oral al 5to día, extracción de la sonda nasoyeyunal al 7mo día y externación. CONCLUSIONES: La resolución de litiasis coledociana y de perforación de pouch gástrico post by pass gastrico fue segura y efectiva. Que el manejo de estas complicaciones debe efectuarse por grupo multidisciplinario en centros con experiencia en cirugía mínimamente invasiva.

TO/P-02

POSITIVIDAD DE H. PYLORI EN PACIENTES OBESOS ASINTOMÁTICOS EN PLAN DE EVALUACIÓN PARA CIRUGÍA BARIÁTRICA. 2º PARTE

Luna Tirado, HA(1); Seiguerman, J(1); Cavo, R(1); Casteletto,, E(1); Iogna, AM(1); Belloni, P(1); Belloni, R(1)
(1)Hospital Español de La Plata. Argentina.

OBJETIVO: Evaluar la frecuencia de infección por Helicobacter Pylori (HP) en pacientes asintomáticos, candidatos a la realización de cirugía bariátrica. MATERIAL Y MÉTODOS: Se evaluaron los resultados de las biopsias de mucosa gástrica realizada rutinariamente en pacientes en evaluación para la realización de cirugía bariátrica, considerando la positividad para HP y presencia histológica de Gastritis Crónica (GC). Se evaluaron 212 pacientes consecutivos asintomáticos desde el punto de vista digestivo en el Hospital Español de La Plata, desde el 1 de julio del 2008 al 14 marzo de 2011. Se excluyeron los pacientes que tuvieran síntomas digestivos altos, que hubieran recibido IBP en el último mes y antibióticos en los últimos tres meses. Fueron descartados los casos en los cuales las muestras fueran insuficientes o no aptas para la evaluación. Todas las endoscopias fueron realizadas por el mismo operador (HL), con videoendoscopio CV 150 de Olympus, bajo anestesia con sevoflorano inhalatorio. Se tomaron muestras de antro, ángulo y cuerpo gástricos para evaluación histológica y determinación de la presencia de HP. Se transportaron las muestras en formol y su análisis fue realizado por el mismo equipo de anatomopatólogos, siempre con al menos dos observadores. RESULTADOS: Se detectó positividad para HP en 53 de los 212 pacientes (25%). En todos los casos este hallazgo coincidió con la descripción histológica de la presencia de Gastritis Crónica. Se detectaron 114 pacientes con GC (53%), 53 de ellos con HP positivo y 61 con HP negativo. En 98 pacientes se reportó una biopsia normal, en todos los casos con HP negativo. CONCLUSIONES: La frecuencia hallada de infección por HP en la población de obesos estudiada (25%) es inferior a la prevalencia referida en estudios epidemiológicos en adultos de nuestra región como el Estudio Epidemiológico Nacional, Prevalencia de infección por Helicobacter Pylori en Argentina (49%). Nuestros datos no coinciden con los de otros autores (Archana Ramaswamy en Los Angeles, Andrew Renshaw en Miami, Ahmad M Al-Akwaa en Arabia Saudita, Erol Arslam en Turquía) que han reportado frecuencias mayores de infección por HP en obesos que en la población media.

TO/P-03

CAUSAS FRECUENTES DE HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA EN UNA UNIDAD DE GASTROENTEROLOGÍA

Jeannot, JE(1); Fernandez Briozzo, M(1); Casalini Vañek, A(1); Gonzalez, JA(1); Janine, TC(1); Evelina, J(1); Viscardi, JP(1); Brodersen, C(1)
(1)Unidad de Gastroenterología, Hospital Carlos Durand, Buenos Aires, Argentina

INTRODUCCIÓN: La hemorragia digestiva alta se define como la pérdida de sangre por encima del ángulo de Treitz. Es la principal emergencia en gastroenterología, siendo la úlcera péptica la causa más frecuente. **OBJETIVOS:** Determinar las causas de HDA en la unidad de gastroenterología del Hospital Carlos G Durand en un período de 12 meses. **MATERIALES Y MÉTODOS:** Se realizó un estudio descriptivo de tipo corte transversal desde marzo 2010 hasta marzo 2011 inclusive. Fueron incluidos pacientes con hemorragia digestiva clínicamente manifiesta (hematemesis, débito rojo rutilante por sonda nasogástrica, vómitos porráceos, melena o hematoquezia) que presentaron lesiones por encima de la ampolla de Vater en un estudio endoscópico alto (VEDA) efectuado dentro de las 24 hs del episodio inicial de sangrado. Se excluyeron embarazadas, menores de 18 años, presencia de lesiones en intestino delgado o colon que justifiquen el sangrado y contraindicaciones para realizar endoscopia. En caso de evidenciar más de una lesión sin sangrado activo se consideró como causal aquella que presentaba estigmas de sangrado reciente. Al encontrar más de una lesión con estigmas de sangrado reciente, se las agrupó como "más de una causa". La recolección de datos se efectuó mediante la revisión de informes endoscópicos y las historias clínicas de los pacientes. Los resultados obtenidos fueron expresados en números absolutos, porcentajes y medidas estadísticas.

RESULTADOS: Se realizaron 610 endoscopias en pacientes con HD clínicamente manifiesta, 498 presentaron lesiones. De estas, 461 fueron efectuadas dentro de las primeras 24 hs. Se excluyeron 9 pacientes; por lo que el número total analizado fue de 452 casos.

La principal causa de sangrado fue úlcera péptica (n=172), seguido por gastropatía erosiva (n=135) y vórices esofágicas (n=80). La úlcera gástrica fue más frecuente que la duodenal (55,2% vs 44,7%). Otras causas fueron esofagitis (n=35), Mallory Weiss (n=12) y angiodisplasias (n=9). En 4 pacientes se identificó más de una lesión con signos de sangrado reciente. Hubo un caso de HDA causado por patología tumoral maligna. Las varices gástricas, la ectasia vascular antral y la patología tumoral representaron causas infrecuentes de sangrado. La edad media de presentación fue 62 años con predominio masculino (67% vs 37%). Las indicaciones de endoscopia fueron: melena (n=272), hematemesis (n=133) y hematoquezia (n=21). **CONCLUSIONES:** Se observó un alto porcentaje de pacientes con hemorragia digestiva manifiesta que presentaron lesiones en un estudio endoscópico. La úlcera péptica representó la causa más frecuente de HDA. La localización gástrica de la enfermedad ulcero péptica fue más frecuente que la duodenal. Las vórices esofágicas y la gastropatía hemorrágica representan un importante porcentaje de las causas. La esofagitis representó un número no despreciable de casos en nuestra medio.

TO/P-05

COLANGIOPANCREATOGRAFÍA RETROGRADA. EXPERIENCIA EN UN CENTRO DE DERIVACIÓN Y ENTRENAMIENTO

Guidi, M(1); De Maria, J(1); Promenzio, E(1); Ragone, F(1); Souto, G(2); Matano, R(3)

(1)Departamento de vía biliar y páncreas - Hospital El Cruce - Fcio. Varela - Argentina
(2)Fellow- Departamento de vía biliar y páncreas - Hospital El Cruce - Fcio. Varela - Argentina
(3)Jefe de Servicio de gastroenterología y Endoscopia digestiva - Hospital El Cruce - Fcio. Varela - Argentina

INTRODUCCION: La CPRE es una herramienta diagnóstica/terapéutica imprescindible en la práctica clínica. El estudio de la vía bilio-pancreática y la terapia de lesiones benignas y malignas no está exenta de complicaciones serias. **OBJETIVO:** Comunicar los resultados de un estudio prospectivo descriptivo/observacional de las CPREs realizadas en un centro de derivación y entrenamiento en el lapso de 24 meses. **MATERIAL Y METODO:** A partir del 1 de abril de 2009 al 1 de abril de 2011 se incluyeron todas las CPREs en este estudio prospectivo descriptivo. Fueron evaluados: porcentaje de fracasos en la catulación, número de papilotomías y precortes, diagnósticos más frecuentes, tasa de resolución y de complicaciones entre otras tantas variables. **RESULTADOS:** Se incluyeron un total de 734 CPREs, 479 mujeres (65,1%) y 255 hombres (34,9%). El rango de edad fue de 5-95 años. Se logró catulación selectiva del ducto a evaluar en el 96,2 %. Resultaron estudios normales en el 11% de los estudios (87 CPREs). Se realizaron 501 papilotomías y 53 precortes. Los diagnósticos más frecuentes fueron: coledocolitiasis en 415 casos (56,5%), tumores por debajo de la bifurcación en 108 casos (14,7%) e hiliares en 11 casos (6 Bismuth I, 3 B.II, 1 B.III y 1 B.IV). La tasa de complicaciones fue del 5,6% y la de mortalidad del 0,40%. Las complicaciones más frecuentes fueron: pancreatitis en 15 pacientes (una de ellas severa), hemorragia en 15 casos, colangitis en 7 casos y perforación en 3 pacientes. Las muertes estuvieron relacionadas en dos oportunidades a complicaciones de la anestesia y en un caso a perforación con posterior cirugía y óbito. Tambien se evaluó el tiempo y la dosis de radiación a la cual estuvieron expuestos los endoscopistas. El rango de tiempo fue de 0:18 min. (CPRE normal) a 11:48 min. en el caso de una macrolitiasis múltiple con varias litotripsias. La dosis promedio de exposición en Gy fue: 8,47 en procedimientos normales, 14,34 en coledocolitiasis simple y 27,30 en las dificultosas, 7,63 en tumores por debajo de la bifurcación y 17,2 en tumores de Klaskin. El 40,87% de los estudios fueron realizados por fellows supervisados por endoscopistas de experiencia logrando una tasa de catulación efectiva del 76%, que con ayuda del profesional a cargo ascendió al 96%. **CONCLUSIONES:** La efectividad de la CPRE depende tanto del alto índice de éxito como del bajo índice de complicaciones. La patología bilio-pancreática tiene un alta prevalencia en el sexo femenino (relación m/h de 2 a 1). El diagnóstico más frecuente fue coledocolitiasis seguido por las neoplasias de la vía biliar por debajo de la bifurcación. El porcentaje de fracasos y estudios

TO/P-04

MANEJO ENDOSCÓPICO DE LA LITIASIS BILIAR DIFÍCULTOSA

Guidi, M(1); De María, J(1); Souto, G(2); Promenzio, E(1); Ragone, F(1); Matano, R(3)

(1)Departamento de vía biliar y páncreas. Hospital El Cruce. Florencio Varela. Argentina (2)Fellow. Departamento de vía biliar y páncreas. Hospital El Cruce. Florencio Varela. Argentina (3)Jefe de servicio de Gastroenterología y Endoscopia Digestiva. Hospital El Cruce. Florencio Varela. Argentina

INTRODUCCIÓN: Los cálculos del ducto biliar son rutinariamente removidos durante la colangiopancreatografía retrógrada endoscópica (CPRE) mediante papilotomía con técnicas de extracción con canastillas y/o balones standards. Sin embargo, 10-15% de los pacientes presentan lo denominado por Soehendra como litiasis biliar dificultosa (macrolitiasis única o múltiple, cálculos intrahepáticos, litos impactados, coledocolitiasis acompañado de estenosis biliar, además de localizaciones atípicas de la ampolla de Vater como ocurre en las gastroye-yunoanastomosis, gastrectomía subtotal tipo Billroth II, etc). **OBJETIVO:** Evaluar los resultados y complicaciones del manejo endoscópico de la litiasis biliar dificultosa en un Centro endoscópico de derivación. **PACIENTE Y MÉTODO:** A partir del 1 de abril de 2009 al 1 de abril de 2011 se incluyeron en este estudio prospectivo todos los pacientes que presentaron: 1) macrolitiasis única o múltiple (lito mayor de 20mm), 2) cálculos intrahepáticos, 3) litos impactados en papila o ducto biliar, 4) coledocolitiasis acompañado de estenosis biliar, 5) localizaciones anómalas de ampolla de Vater. En busca de intentar capturar todas las complicaciones relacionadas al procedimiento, todos los pacientes y/o médicos de cabecera fueron contactados telefónicamente 24 hs luego del estudio. **RESULTADOS:** Un total de 734 CPREs fueron realizadas en el lapso de 24 meses. La coledocolitiasis fue el diagnóstico más frecuente (425 casos). El 87,2%(318 casos) correspondieron a coledocolitiasis no dificultosas . Siendo el 22,8% restante (97 casos) dificultosas. El diagnóstico más frecuente fue el de macrolitiasis (únicas en 49 casos y múltiples en 24), seguida de litos impactados en 11 casos y coledocolitiasis asociado a estenosis biliar en 8 oportunidades. Se realizaron: 51 litotripsias mecánicas, 26 dilataciones biliares con balones de 12-15-18mm y en 25 oportunidades al no lograr la extracción completa de los litos se decidió colocar endoprótesis biliares plásticas de 10f y retomar el estudio en el lapso de 3-4 semanas. De estos 25 pacientes a los que se los sometió a un segundo procedimiento endoscópico, en 16 se logró la resolución completa mientras que 9 fueron remitidos a cirugía (5 macrolitiasis única, 3 múltiples y 1 asociada a estenosis biliar). La tasa de complicaciones fue del 6,1%. No se registraron óbitos relacionados al procedimiento. **CONCLUSIONES:** La litiasis biliar dificultosa no es infrecuente (13,2% del total de CPREs). El manejo inicial debe ser endoscópico (tasa de éxito 90,8%). La dilatación biliar con grandes volúmenes es una alternativa segura y efectiva a la papilotomía sola , particularmente para la extracción de grandes litos coledocianos. La litotripsia mecánica mostró ser una técnica óptima para la reducción del tamaño de los litos y su posterior remoción endoscópica. La tasa de complicaciones (6,1%) no difiere de las que posee la CPRE standard .

TO/P-06

RIESGO DE PÓLIPOS COLORECTALES EN PACIENTES CON LESIONES EN LA PIEL, RESULTADOS PRELIMINARES DE UN ESTUDIO PROSPECTIVO DE CASOS Y CONTROLES

Mella, JM(1); Gonzalez, R(1); Fischer, C(1); Panigadi, GN(1); Pereyra, L(1); Luna, P(1); Losada, K(1); Llorca, V(1); Larralde, M(1); Lencinas, S(1); Pedreira, S(1); Cimmmino, D(1); Boerr, L(1)

(1)Hospital Alemán, Buenos Aires, Argentina

INTRODUCCIÓN. Los acrocordones, las queratosis seborreicas, y los lentigos se han propuesto como marcadores de pólipos adenomatosos del colon, pero su asociación es controversial. **OBJETIVOS.** Evaluar el riesgo de presentar pólipos colorectales, adenomas y lesiones neoplásicas avanzadas (LNA: componente vellosos> 75%, ≥ 10 mm, o displasia de alto grado) en pacientes que tienen acrocordones, queratosis seborreica, y/o lentigos en un hospital privado de la comunidad en Argentina. **MATERIALES Y MÉTODOS.** Durante el mes de febrero de 2010, todos los pacientes que se realizaban una colonoscopia fueron evaluados prospectivamente por un dermatólogo, antes del procedimiento endoscópico, para determinar la presencia de estas lesiones en la piel. Los pacientes con colonoscopias previas, colonoscopias incompletas, preparación intestinal inadecuada, o cirugías de colon fueron excluidos. Los endoscopistas estaban "ciegos" a los hallazgos dermatológicos. Se diseñó un estudio de casos y controles, donde los pacientes con lesiones en la piel se definieron como "casos", y los que no las tenían como "controles". El riesgo de presentar las lesiones colónicas mencionadas fue medido en odds ratio (OR) y sus respectivos intervalos de confianza del 95% (IC). **RESULTADOS.** 42 pacientes fueron analizados, la edad media fue de 59 ± 12 años (rango 29-83), el 71% eran mujeres. Los acrocordones se encontraron en 23 pacientes (55%), las queratosis seborreica en 20 pacientes (48%), y los lentigos en 10 pacientes (24%). Pólipos colorectales se detectaron en 21 pacientes (50%); 14 pacientes (33%) tuvieron adenomas y 7 pacientes (17%) tuvieron LNA. No hubo diferencias significativas en la prevalencia de adenomas, ni LNA ni cáncer colorrectal en los pacientes con acrocordones (OR 1.15, IC 0.33-4.07; OR 1.12, IC 0.24-5.19; OR 2.7, IC 0.34-20, respectivamente), tampoco en los pacientes con queratosis seborreica (OR 2.17, IC 0.61-7.44; 0.75, IC 0.21-2.65; OR 3.70, IC 0.47-27.8, respectivamente), ni en aquellos con lentigos (OR 0.16, IC 0.02-1.15; OR 0.16, IC 0.02-1.44; 0.48, IC 0.07-3.63, respectivamente). **CONCLUSIÓN.** Los resultados de este estudio preliminar no demostraron un mayor riesgo de adenomas colorectales ni LNA en los pacientes con estas lesiones en la piel. La mera presencia de estas lesiones en la piel no debería ser utilizada como una indicación para la colonoscopia de pesquisa.

TO/P-07

PREPARACIÓN INTESTINAL PARA COLONOSCOPIA DIAGNÓSTICA: ESTUDIO COMPARATIVO ENTRE POLIETILENGLICOL Y MANITOL (RESULTADOS PRELIMINARES)

BAZ, R(1); Merlin, M(1); Gotti, R(1); Maceratini, J(1)
(1)Servicio de Endoscopia Digestiva, Clínica Constituyentes, Morón, Provincia de Buenos Aires, Argentina

INTRODUCCIÓN: La exactitud diagnóstica de la colonoscopia requiere una adecuada visualización de la mucosa colónica haciendo de la preparación intestinal un elemento vital del procedimiento. Se presenta aquí un estudio comparativo entre una preparación comercial a base de polietilenglicol, de eficacia y costo conocida y otra a base de manitol. OBJETIVOS: Comparar la eficacia, seguridad y adherencia del manitol y el polietilenglicol para la preparación intestinal en colonoscopias diagnósticas. Evaluar el tiempo de llegada a ciego y la detección de lesiones. MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio prospectivo, aleatorizado, doble ciego. Población: Se incluirán 100 pacientes referidos para colonoscopia diagnóstica a una clínica privada del Gran Buenos Aires, cubiertos con seguro social o medicina prepaga .Grupo A: preparados con Bisacodilo mas 2 lt de polietilenglicol 3350. Grupo B: 1000 ml de Manitol al 10%, diluido en una solución saborizada preparada en la institución. Se recogerán las características demográficas de la población en cuanto a edad , sexo, indicación de colonoscopia. Se evaluará el grado de adherencia a la preparación según una escala de satisfacción , se interrogará sobre efectos adversos presentados, se tomarán muestras de sangre antes de comenzar el estudio, la calidad de limpieza colónica se determinará según la escala de Boston y los resultados serán analizados utilizando el test de chi cuadrado, se medirán el tiempo de llegada a ciego , tiempo de salida y hallazgos. Resultados preliminares: ingresaron al estudio 20 pacientes: 13 hombres, 7 mujeres, con una edad promedio de 65 años (19- 81), la indicación más frecuente fue proctorragia en 9 pacientes (45%), cambio en el ritmo evacuatorio 6 pacientes, dolor abdominal 4 pacientes, screening 1 paciente. Colonoscopia completa en el 100% en ambos grupos. La preparación fue excelente en el 93% del grupo A y en el 95% del Grupo B. No se registraron efectos adversos importantes ni alteraciones de los electrolitos séricos en ninguno de los dos grupos. CONCLUSIÓN: Hasta el momento el número de pacientes ingresados es pequeño para sacar conclusiones, pero los resultados de la preparación intestinal con manitol y polietilenglicol para colonoscopia diagnóstica parecen ser similares .

TO/P-09

CARACTERIZACIÓN DE LA RESPUESTA CLÍNICA Y ENDOSCÓPICA PARA EVALUAR REGRESIÓN TUMORAL EN EL TRATAMIENTO NEOADYUDANTE DEL CÁNCER DE RECTO INFERIOR NO METASTÁSICO. ESTUDIO PRELIMINAR

Farina, P(1, 2); Airolidi, A(1, 3); Nardi, G(1, 4); Jaroslavsky, MJ(1, 5); Regnasco, S(1, 6); Saa, EC(1, 4)
(1)Hospital Ignacio Pirovano - C.A.B.A. (2)Sector Coloproctología (3)Sección Oncología (4)Unidad de Gastroenterología (5)Unidad Anatomía Patológica (6) Sección Endoscopia. Argentina.

INTRODUCCION: La neoadyuvancia en el tratamiento del cáncer de recto distal puede desarrollar una respuesta patológica completa. Diferentes estudios sugieren que en pacientes seleccionados y respuesta clínica completa se puede realizar tratamiento conservador sin cirugía radical (Operación de Miles) con resultados oncológicos aceptables. La respuesta clínica completa es de difícil caracterización y varía entre los estudios publicados. OBJETIVO: Definir con precisión la respuesta clínica de los tumores evaluando los hallazgos endoscópicos y así mejorar la terapéutica instituida. MATERIALES Y METODOS: Se estudiaron dos pacientes varones de 52 y 58 años respectivamente tratados por cáncer de recto inferior localmente avanzado que recibieron terapia neoadyuvante con radioterapia externa 50.4 Gy y capecitabine vía oral concomitante. La respuesta clínica y endoscópica fue evaluada a las 8 semanas después de la radio y quimioterapia. RESULTADOS: Paciente 1: Control endoscópico en 07/2010: Endoscopia: Úlcera de 1 cm de diámetro a 5 cm del margen anal, la biopsia endoscópica informó cambios actínicos, decidiéndose realizar resección local transanal de la pared rectal. La anatomía patológica de la pieza informó lesión residual pT1 con márgenes libres definiendo en comité de tumores el seguimiento oncológico. Paciente 2: Control endoscópico en 01/2011: No se halló lesión endoscópica, con palidez de la mucosa. La biopsia informó cambios actínicos, decidiéndose en comité de tumores una conducta conservadora con seguimiento clínico y por imágenes estricto cada 6 meses. Los dos pacientes se encuentran libres de enfermedad a un año de seguimiento CONCLUSIÓN: La caracterización clínica y endoscópica precisa es de utilidad para definir en comité de tumores la táctica terapéutica en pacientes con cáncer de recto inferior.

TO/P-08

EL PATRON MUCOSO EN POLIPOS DE COLON

Jeanot, JE(1); Mangoni, A(1); Trela, E(1); Steinberg, L(1); Curvale, C(1); Majul, AL(1); Brodersen, C(1)
(1)Hospital Carlos G Durand. Argentina.

INTRODUCCIÓN:En 1994 Kudo y colaboradores desarrollaron una clasificación endoscópica, basado en el patrón mucoso de los pólipos de colon que se correlaciona notablemente con la anatomía patológica. OBJETIVO: Determinar el grado de correlación existente entre el patrón mucoso de los pólipos de colon y la anatomía patológica. MATERIALES Y MÉTODOS: Se realizó un estudio observacional de corte transversal, desde septiembre de 2010 hasta febrero de 2011. Fueron incluidos pacientes mayores a 18 años, que presentaron lesiones polipoides o planas durante la realización de una colonoscopia. Fueron excluidos pacientes gestantes y pacientes con riesgo anestésico elevado (ASA III y IV). Para la preparación de los pacientes fueron utilizados fosfatos. Para la visualización del patrón mucoso se utilizó magnificación y cromoendoscopia con FICE 2 (Fuji Intelligent Color Enhancement). Los estudios fueron efectuados por 2 endoscopistas. Cada endoscopista realizó los estudios y clasificó las lesiones encontradas de acuerdo a la clasificación de Kudo. Se recolectaron datos como ser, edad, tipo de patrón mucoso, morfología de la lesión (clasificación de Paris) y ubicación. El análisis estadístico fue efectuado mediante el programa Epidat 3.1. Se determinó la sensibilidad, especificidad, valores predictivos y razones de verosimilitud (RV), con sus respectivos intervalos de confianza (IC= 95%) RESULTADOS: Fueron analizadas 210 lesiones correspondientes a colonoscopías; 196 correspondieron a polipectomías y 14 a mucosectomías. Cuando en una lesión se observó más de un tipo de patrón mucoso se informó el de mayor riesgo para el paciente (carcinoma >adenoma>hiperplasia). Luego fueron agrupados aquellos patrones con características histológicas similares y fueron analizados de manera conjunta. El patrón mucoso tipo IV se agrupó con el IIIL (adenomas) y el tipo IIIS con el V (carcinomas y DAG). El patrón mucoso tipo II no fue agrupado por ser el único que correspondería a hiperplasia en el análisis histopatológico. La edad promedio de los pacientes fue de 54 años. La mayoría de las lesiones se localizó en rectosigma. En cuanto a la morfología, la mayoría de las lesiones correspondieron a lesiones tipo 0-I.La sensibilidad y especificidad fue superior al 80% para los distintos tipos de patrones mucosos (tabla). Las razones de verosimilitud fueron: para el patrón mucoso tipo II, RV+ = 28, 56 (IC: 12 – 67,9); RV- = 0,10(IC: 0,04-0,23); para el tipo IIIL y IV: RV+ =9,71 (4,8-19,6); RV- =0,03(0,01-0,08); para el tipo IIIS y V: RV+ =158,94(IC: 22,2- 1136.); RV- = 0,18(IC:0,06-0,5) CONCLUSIONES:Los resultados publicados en distintas series muestran una notable correlación entre el patrón mucoso y la anatomía patológica, lo que concuerdan con nuestra experiencia. Como todo método diagnóstico novedoso se requiere de mayor número de estudios controlados y aleatorizados para poder establecer conclusiones válidas a largo plazo.

Sensibilidad, especificidad y valores predictivos de los distintos patrones mucosos

PATRON MUCOSO	SENSIBILIDAD	ESPECIFICIDAD	VPP	VPN
II	90,38(IC 81,41-99,36)	96,84(93,79-99,89)	90,38 (81,41-99,36)	96,84(93,79-99,88)
IIIL y V	97,14 (94,03-100)	90(82,26-97,74)	95,1(91,22-98,99)	94,03(87,61-100)
IIIS + V	82,35(61,29-100)	99,48(98,21-100)	93,33(77,38-100)	98,46(96,48-100)

TO/P-10

HALLAZGOS COLONOSCOPICOS EN PACIENTES CON TEST DE SANGRE OCULTA EN MATERIA FECAL POSITIVO

Coraglio, E(1); Canseco, S(1); D Alessandro, M(1); Bolino, C(1); Piñeiro, C(1); Cerisoli, C(1); Caro, L(1)
(1)Gedyt Buenos Aires Argentina

INTRODUCCIÓN: El Cáncer Colorectal (CCR) constituye la segunda causa de muerte por cáncer en la Argentina. La determinación de sangre oculta es un método validado que ha demostrado su utilidad en la disminución de la mortalidad por CCR. La presencia de otras causas de SOMF + genera un considerable numero de procedimientos endoscópicos innecesarios. OBJETIVO: Describir los hallazgos colonoscópicos en pacientes con SOMF positiva solicitado para tamizaje de CCR. MATERIALES Y MÉTODOS: Estudio descriptivo, retrospectivo, observacional y transversal. Se incluyeron datos de pacientes ≥50 años, de ambos sexos, en los que se realizó una VCC por presentar SOMF (test de Guayaco) + entre junio de 2007 y julio de 2010. Se excluyeron aquellos pacientes con VCC incompleta, excepto los casos con obstrucción infranqueable por lesión tumoral. Los procedimientos se efectuaron con equipos Olympus, bajo sedación. Los pólipos se resecaron con ansa y/o electrocoagulación, y las biopsias fueron analizadas por patólogos experimentados. Se consideró hallazgo positivo en la VCC a toda lesión con potencial de producir sangrado como pólipos ≥1cm, adenocarcinomas, hemorroides, divertículos, angiodisplasias y colitis, y hallazgo negativo a la ausencia de lesión o a aquellos hallazgos que no justificaran dicho sangrado (lipomas, lesiones submucosas y pólipos <1 cm). El trabajo fue aprobado por los Comités de Docencia e Investigación y de Bioética de la Institución. Análisis estadístico: paquete estadístico VCCstat 1.0 validado con software EPI INFO RESULTADOS: Se registraron los datos de 1346 pacientes, se excluyeron 56 por VCC incompletas. 39% (504/1290) eran varones; la edad promedio fue 70 años (min 50-max 90). Presentaron VCC normal, 264 pacientes (20%). Los hallazgos patológicos se detallan en la tabla. Dos y tres lesiones sincrónicas fueron detectadas en 35% y 5%, respectivamente. 9% (114/1290) presentó pólipos ≥1cm (total de pólipos 172). La histología fue: adenomas 76% (IC 95 69-82), pólipos hiperplásicos 10 % (IC 95 6-15), adenocarcinoma 5,2%, pólipos serratos 4,5%, hallazgos incaracterísticos 2%. Displasia de Alto grado fue registrada en 34% de los adenomas. CONCLUSIONES: Según estos resultados se observó que 1 de cada 5 pacientes con SOMF + no presento lesión endoscópica. Más de dos tercios presentó como hallazgos positivos lesiones no precursoras de CCR. Sólo el 9 % presentó lesiones cuya medida preventiva requiere intervención adicional; para disminuir la incidencia de cáncer colorectal, por lo que la utilización de la SOMF como test de rastreo puede considerarse inadecuada.

Hallazgos Patológicos

Hallazgos Patológicos	n	IC 95%
Hemorroides	693	53 (51- 56)
Divertículos	438	34 (31- 36)
Pólipos	114	9 (7,4- 10)
Borrman/lesión ulcerada	23	1,8(1,2- 2,7)
Angiodisplasias	18	1,4 (0,8- 2)

TO/P-11

FACTORES RELACIONADOS A VIDEOCOLONOSCOPIÁS INCOMPLETAS: ESTUDIO DE CASOS Y CONTROLES.

Pizzala, JE(1); Cariello, M(1); Carrillo, PA(1); Abecia, VH(1); Talamazzi, AR(1); Marcaccio, FH(1); Matoso, MD(1); González, ML; Giunta, D(2); Davólos, JR(1); De paula, JA(1); Macías Gómez, CA(1)

(1)Gastroenterología, Hospital Italiano, Buenos Aires, Argentina (2)Investigación clínica, Hospital Italiano, Buenos Aires, Argentina

INTRODUCCIÓN: La videocolonoscopia (VCC) es un método ampliamente utilizado en el screening de cáncer colorrectal. En un porcentaje que varía entre distintos centros, no es posible realizar un estudio completo con intubación cecal (visualización de la válvula ileocecal e implantación apendicular). En la literatura se han reportado diversos factores posiblemente relacionados a VCCs incompletas. **OBJETIVOS:** Determinar el porcentaje de VCCs incompletas e identificar factores relacionados con su ocurrencia. **MÉTODOS:** Se realizó un estudio de casos y controles con los registros informatizados de todas las VCCs realizadas en un hospital universitario de tercer nivel entre julio del 2004 y octubre del 2010. Se identificaron las VCCs incompletas y se seleccionaron al azar controles de entre los pacientes con VCC completa en relación 1:1. Se revisaron manualmente todas las historias clínicas electrónicas en busca de factores relacionados con la dificultad para realizar una VCC incompleta. **RESULTADOS:** De 31.412 VCCs realizadas en dicho período, 565 (1.8%) fueron incompletas. En este grupo, la porción colónica más frecuentemente alcanzada fue el colon descendente en 201 estudios (36%), seguida por el ángulo hepático en 112 (20%). En cuanto a los motivos mencionados por los operadores como causa del estudio incompleto se encuentra en primer lugar la mala preparación colónica en 189 (33,4%) seguido de la existencia de un tumor infranqueable en 94 (16,6%). En el grupo de pacientes con VCCs incompletas fue mayor la proporción de mujeres 63,7% que en el grupo con VCCs completas 59,8%, ($p < 0,192$). La mediana de edad fue de 69 años (IQR 20) en el grupo de VCCs incompletas y de 63 (IQR 19) en el grupo con VCCs completas, ($p < 0,001$). El antecedente de cirugía abdominopelviana estuvo presente en el 38,8% (219) en el grupo de VCCs incompletas y en el 29,4% (155) del grupo de VCCs completas, ($p < 0,001$). El odds ratio crudo para VCC incompleta en mujeres fue de 0,85 (IC95%: 0,66 – 1,08), por cada año más de edad 1,023 (IC95%: 1,014 – 1,032) y por cirugía abdominopelviana previa 1,52 (IC95%: 1,18 – 1,96). **CONCLUSIONES:** En nuestro centro el porcentaje de intubación cecal fue de 98,2%, cumpliendo con lo establecido como estándar de calidad por la U.S. Multi-Society Task Force of Colorectal Cancer. Consistentemente con la literatura, la edad y el antecedente de cirugía abdominopelviana se asociaron significativamente a una mayor chance de estudios incompletos.

TO/P-13

PÓLIPOS GÁSTRICOS, CARACTERÍSTICAS HISTOPATOLÓGICAS, ASOCIACIONES Y POTENCIAL NEOPLÁSICO. ESTUDIO DE 4 AÑOS SOBRE MÁS DE 5300 EXÁMENES ENDOSCÓPICOS

Román, HO(1); Lozzi, RD(1); Higa, R(1); Araujo, J(2); Pomar, M(3); Sabas, M(3); Fanjul, V(3)

(1)Servicio de Gastroenterología, Área de Endoscopia. Clínica Colon. (2)Servicio de Internación. Clínica Colon. (3)Servicio de Anatomía Patológica. Clínica Colon. Argentina.

INTRODUCCION: Los pólipos gástricos han incrementado en los últimos años su prevalencia, sobre todo los fúndicos. Este incremento se debe probablemente al uso cada vez más frecuente de los inhibidores de la bomba de protones. En recientes publicaciones se descartó el potencial neoplásico de los pólipos fúndicos y no se documentó su asociación con la infección por *Helicobacter pylori* (Hp). **OBJETIVO:** Analizar la prevalencia, potencial neoplásico y asociación con la infección por Hp, de los pólipos gástricos en nuestro medio. **METODO:** Un total de 5376 videoesofagogastroduodenoscopias realizadas en nuestro centro privado fueron incluidas entre el 1º de enero de 2006 y el 31 de diciembre de 2009. Los pólipos fueron descritos durante el examen endoscópico, y luego de su resección remitidos para su estudio histopatológico. Se consignaron datos demográficos, indicaciones clínicas de la realización del estudio endoscópico y la prevalencia de infección por Hp. **RESULTADOS:** Fueron incluidos 90 pacientes con pólipos gástricos en 5376 exámenes endoscópicos (1.67%), 67% mujeres. La edad promedio fue 58±12 años. Fueron resecados 366 pólipos gástricos (4.2±6 por paciente). El 46% de los pacientes, presentó pólipos glandulares fúndicos, el 24 % hiperplasia foveolar polipoides, el 19% pólipos hiperplásicos, el 5 % hiperplasia de células parietales, el 2% adenomas, el 2% proliferación de células fusiformes, 1% GIST, y el 1% tumor carcinoide. La prevalencia de infección por Hp fue del 18% y no hubo asociación entre la misma y ningún tipo histológico ($p > 0.1853$). De los 366 pólipos resecados, 263 fueron fúndicos (71%). Hubo asociación entre la multiplicidad de pólipos hallados endoscópicamente y el tipo histológico: pólipo glandular fúndico ($p < 0.001$ Kruskal-Wallis). No fueron hallados focos de adenoma ni carcinoma en ninguno de los 263 pólipos fúndicos resecados. **CONCLUSIONES:** Si bien la prevalencia de pólipos gástricos en los estudios endoscópicos en nuestro medio es baja, se registra un incremento en la misma en los últimos años. Los pólipos glandulares fúndicos son los más prevalentes en nuestro medio y no están relacionados con la infección por Hp, probablemente tengan relación con el difundido uso de los inhibidores de la bomba de protones. La prevalencia de infección por Hp es baja en la población de pacientes con pólipos gástricos independientemente del tipo histológico. La multiplicidad de los pólipos está

TO/P-12

PANCREATITIS POST CPRE, LEVE E INFRECIENTE EN NUESTRA EXPERIENCIA, ¿REQUIERE PROFILAXIS ESPECÍFICA?

Piombino, D(1); Cisera, M(1); Vicentin, C(1); Bucciarelli, F(1); Resial, M(1); Wulfson, M(1); D'Ottavio, G(1); Gumpel, R(1); Levin, A(1); Pratto, D(1); Guerrina, C(1); Wulfson, A(1)

(1)Hospital de Emergencias Dr. Clemente Alvarez. Argentina.

INTRODUCCIÓN: Con una incidencia del 1-15 %, la pancreatitis (PA) postCPRE es la complicación más temida y frecuente, con publicación periódica de medidas profilácticas. Mujer joven, PA previa, vía biliar (VB) fina y desocupada, disfunción del esfínter de Oddi, canulación múltiple, inyecciones de contraste reiteradas y esfínteromía precorte han sido asociados como factores de riesgo. La canulación con hilo guía sería un factor beneficioso. **OBJETIVO:** Reportar la incidencia de PA postCPRE en forma prospectiva en un centro hospitalario y su asociación con factores de riesgo. **MATERIALES Y MÉTODOS:** Se efectuaron 169 CPRE asociadas a 155 (91,7%) papilotomías y 9 (5,8%) precortes consecutivos en pacientes (pac) internados en un mismo centro asistencial. Se consignaron prospectivamente: edad, sexo, laboratorios previos, diagnóstico endoscópico, calibre de VB, presencia de litiasis, canulación con guía, opacificación del Wirsung, esfínteromía, precorte y PA previa. Posteriormente se analizaron la presencia de dolor abdominal, hiperamilasemia >200 U/L, días de internación postCPRE y estudios por imágenes realizados. PA postCPRE se definió como nuevo dolor abdominal asociado al incremento del nivel de amilasa 24 hs posteriores con extensión de la estadía hospitalaria. La severidad se definió según la prolongación de la estadía hospitalaria. Se consideró VB fina <6 mm en pac con vesícula in situ y <8 mm en colecistectomizados. **RESULTADOS:** De 169 pac se observó que 118 (69,8%) fueron mujeres, con edad promedio de 40,7 años (14-76). En el 99,4 % se canuló y opacificó VB. Se halló litiasis intracanalicular en 106 casos (62,7%), 37 (34,9%) presentaban VB fina. En 16 (9,4%) pac se encontró estenosis, en 23 (13,6%) barro biliar, en 2 (1,1%) obstrucción de causa no determinada, en 2 (1,1%) fuga biliar, en 1 (0,6%) Mirizzi y 2 (1,1%) estudios normales. Catorce pac (8,2%) eran mujeres con VB fina deshabitada. En 2 pac (1,1%) se realizó recambio de prótesis y en 1 (0,6%) no se pudo acceder a VB. Presentaron PA previa 26 (15,3%) pac. Se opacificó el conducto de Wirsung en 29 (17,1%). Se usó hilo guía para canulación selectiva y previo a opacificación en 168 (99,4%). Se colocaron prótesis biliares en 40 pac (23,6%). Se registraron 11 (6,5%) hiperamilasemias (200–2175 U/mlx745), sólo 2 (1,1%) reunieron criterios de PA, ninguno presentó PA severa. Como factores de riesgo se encontró PA previa, opacificación del Wirsung y precorte. **CONCLUSIONES:** En nuestra experiencia, la PA postCPRE, aún con factores de riesgo, es un evento infrecuente, siendo la PA severa excepcional, con mortalidad nula. El alto porcentaje de canulación con hilo guía, el uso infrecuente de precorte, la escasa opacificación del Wirsung y la experiencia de los operadores podrían ser los factores implicados. El uso de medidas profilácticas específicas no estarían justificadas en la práctica habitual. Un ensayo controlado sería dificultoso dada la escasez de los eventos.

TO/P-14

GASTROSTOMIA ENDOSCOPICA PERCUTANEA: UNA TECNICA SEGU- RA PARA SOPORTE NUTRICIONAL

De Maria, J(1); Santos, C(1); Crispiani, R(1); Alach, E(1); de Faveri, MR(1); Villaverde, A(1)

(1)HOSPITAL ITALIANO DE LA PLATA. Argentina.

INTRODUCCION: La gastrostomía endoscópica percutánea es un método rápido y seguro de acceso a la alimentación en pacientes de alto riesgo para ser sometidos a una gastrostomía abierta y que requieran de nutrición enteral prolongada con el fin de lograr un adecuado soporte nutricional. **OBJETIVOS:** Evaluar en forma prospectiva la tolerancia y seguridad de la gastrostomía endoscópica percutánea (peg), evaluar las complicaciones inmediatas y tardías del método y el estado nutricional de los pacientes. **MATERIALES Y METODOS:** Se confeccionó un formulario con datos personales, enfermedad de base, enfermedad actual, laboratorio, complicaciones inmediatas y tardías. Se implementó soporte nutricional domiciliario. El seguimiento se llevó a cabo a través de visitas periódicas para evaluación clínica y nutricional. **RESULTADOS:** En el período de mayo de 2007 a abril de 2011 se evaluaron 90 pacientes adultos 44 hombres y 46 mujeres, con una edad promedio de 70,8 años, con un rango de 19 a 96 años. por su diagnóstico se clasificaron en neurológicos 55, demencia 24 y otros 11. Por egss se clasificaron en a, b y c. el tiempo promedio de colocación del peg fue de 30 minutos. El material utilizado fue peg de 20 y 24 french de la marca Wilson Cook y Boston Scientific. En total 65 pacientes continuaron con terapia nutricional domiciliaria. Las complicaciones mecánicas del acceso: salida accidental del PEG, aumento del tamaño del ostoma que determinó la extracción de la GEP. Las complicaciones inmediatas (30 días posteriores peg) y tardías (mas de 30 días) no requirieron internación siendo la infección del sitio y la salida del PEG las más frecuentes. Seis pacientes sufrieron infección del ostoma de la gastrostomía y una paciente presentó un absceso peristoma 2 años posteriores a la colocación de la GEP siendo tratados con abt en forma ambulatoria. **CONCLUSIONES:** El soporte nutricional con gastrostomía endoscópica percutánea es una técnica segura. La colocación de la PEG presentó baja incidencia de complicaciones.

TO/P-15

HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA EN EL HOSPITAL SAN BERNARDO DE SALTA, CAUSAS, TRATAMIENTO ENDOSCÓPICO Y ÉXITO DEL MISMO

Alfaro Villegas, M(1); Lopez, VS(2); Zarba, CF(1); Cardos, F(1); Arias, FJ(1); Sola, TA(1)

(1)Hospital San Bernardo de Salta - Servicio de Endoscopia (2)Hospital San Bernardo de Salta -. Argentina.

RESUMEN: Se realizó un estudio descriptivo, retrospectivo de corte transversal que tomó a los pacientes con diagnóstico de Hemorragia digestiva alta (HDA) que recibieron tratamiento endoscópico en el Servicio de Endoscopia del Hospital San Bernardo (SE-HSB). Los objetivos de este trabajo fueron conocer las causas de HDA, su distribución por sexo y edad, los tratamientos endoscópicos realizados y su éxito en el control inicial de la hemorragia. Fueron evaluadas 1788 videoendoscopias altas durante un período de 12 meses comprendido entre el 1ro de mayo de 2009 hasta el 30 de abril de 2010, de las cuales 134 (7%) fueron HDA con tratamiento endoscópico. Las causas identificadas como más frecuentes son las Várices esófago gástricas (52%), las Úlceras Pépticas (26%) y otras etiologías que en su conjunto representan el 22% restante (Mallory weiss, Dieulafoy, angiectasias, otras, Cáncer gástrico) En cuanto a la distribución por sexo y edad se observó que el 75 % de los pacientes considerados globalmente y para cada una de las causas (variciales y no variciales) fue representada por el sexo masculino. Observándose como etiologías más frecuentes en edades de menos de 35 años y mayores a 65 las causas no variciales, en tanto que a edades comprendidas entre 35 y 65 la etiología más frecuente es la HDA varicial. Los tratamientos endoscópicos más frecuentemente utilizados fueron las técnicas de inyección en un 77% de las HDA variciales, encontrando un éxito en el control de la hemorragia del 96% para la esclerosis con polidocanol al 1%, del 85% para la esclerosis con Dextrosa hipertónica (al 50%) y 100% para Banding. En la HDA no varicial la técnica más frecuentemente usada fue la de inyección en un 57 % encontrando un éxito del 100% para la inyección de adrenalina y electrocoagulación y del 94,7% para los métodos combinados. Podemos concluir que las causas más frecuentes de HDA que recibieron tratamiento endoscópico son en primer lugar las Várices esófago gástricas, seguidas de las Úlceras pépticas predominando claramente estos diagnósticos en el sexo masculino. La terapéutica más utilizada son las técnicas de inyección y para todos los procedimientos endoscópicos se observó una elevada tasa de éxito en el control de la hemorragia. Palabras Clave: Hemorragia digestiva alta, terapéutica endoscópica.

TO/P-17

LIGADURA ENDOSCOPICA DE HEMORROIDES SANGRANTES

Pierini, A(1); Imhof, H(1); Gianinetti, L(1); Burlando, E(1); Osella, F(1)

(1)Clínica de Nefrología, Santa Fe, Argentina

INTRODUCCION: La técnica de ligaduras con banda para hemorroides constituye hoy en día uno de los tratamientos más efectivos a nivel mundial. **OBJETIVOS:** Comunicar nuestra experiencia con este procedimiento, mencionando sus ventajas, sus indicaciones y los detalles de la técnica. **DISEÑO:** Estudio observacional retrospectivo, descriptivo. **POBLACION:** 127 pacientes durante el periodo enero 2006 enero 2011. **MATERIAL Y MÉTODO:** Se estudiaron los pacientes que acudieron a la Unidad de endoscopia con proctorragia y mediante anoscopia se le detectara hemorroides grado 1-2. A todos se los sometió a videocolonoscopia diagnóstica y ligadura de hemorroides excepto a 4 pacientes a los que se le detectara patología neoplásica en forma concomitante y fueron derivados para su tratamiento. Se analizaron las variables edad, sexo, dolor, sangrado post procedimiento y reinserción laboral con tiempo de seguimiento de seis meses, teniendo como regla: la colocación de una o dos bandas siempre por encima de la línea pectínea. **RESULTADOS:** Se trataron 127 pacientes, 65% sexo masculino y 35% sexo femenino con una edad media de 45 años (rango: 17-78), 34,4 % fueron hemorroides grado I, 65,6% grado II. Se colocaron 150 ligaduras, Un 22% de pacientes tuvieron dolor tras la ligadura, 8 % presento proctorragia. 2 pacientes requirieron cirugía por persistencia de proctorragia. **CONCLUSIONES:** Consideramos que la ligadura con bandas elásticas endoscópica es una alternativa muy efectiva para el tratamiento de hemorroides internas de 1º y 2º sangrantes, con baja morbilidad y se puede realizar junto con la videocolonoscopia diagnóstica.

TO/P-16

EXPERIENCIA INICIAL EN EL TRATAMIENTO ENDOSCÓPICO DE LAS COMPLICACIONES DE LA CIRUGÍA BARIÁTRICA

Luna Tirado, HA(1); Belloni, P(1); Belloni, R(1); Seiguerman, J(1)

(1)Servicio de Gastroenterología, Hospital Español de La Plata, La Plata, Argentina.

Analizamos 12 casos que requirieron tratamiento endoscópico. Se excluyeron los que tuvieran patología no relacionada en forma directa a su intervención, aunque requirieran terapéutica. Fístulas gastrocutáneas en sleeve: 3, Estenosis del estoma gastroyeyunal en by pass: 3, Litiasis coledociana en by pass: 2, Litiasis coledociana en sleeve: 2, Migración endoluminal de banda gástrica: 1, Hemorragia por úlcera marginal: 1. En los tres casos de Fístulas Gastrocutáneas se colocaron stents expansibles, dos con cobertura completa. Una paciente presentó epigastralgia con ulceración por decúbito en curva mayor por el extremo distal, lo que motivó extracción a los 5 días. El segundo, a pesar de fijación con clips, migró a los 15 días. En el tercero se empleó prótesis de cobertura parcial. Con crecimiento exuberante de la mucosa en la zona no recubierta y con migración a las 3 semanas. No presentaron complicaciones en su tránsito. En los tres casos la fístula de cerró en forma precoz. Las 2 estenosis tardías del estoma gastroyeyunal fueron dilatadas a 12 mm, una con balón y otro con bujías de Savary. No hubo complicaciones y fue necesaria una sesión. En el tercero la estenosis se presentó en el posoperatorio inmediato. El contraste hidrosoluble no mostraba pasaje. Con un hilo guía se progresó un catéter para demostrar paso al asa intestinal con contraste y con la guía como tutor se progresó una sonda k108 para alimentación mientras transcurría el tiempo necesario para una dilatación. Las 2 coledocolitias en pacientes con sleeve gástrico se solucionaron en forma convencional con esfinteropapilotomía y extracción de cálculos. En los by pass no se logró arribar a la papila con colonoscopia de 180 cm y la propuesta de trabajar a través de una gastrostomía no fue aceptada, resolviéndose ambos casos con cirugía. La migración de la banda gástrica fue tratado con una nueva técnica y un accesorio artesanal, una cuerda inspirada en la sierra de Gigli, para cortar la banda y permitir su extracción. En el único caso en que la empleamos el resultado fue muy satisfactorio. En la hemorragia por úlcera marginal se realizó escleroinyección convencional con buena evolución. **CONCLUSIONES:** El manejo endoscópico de las complicaciones de la cirugía bariátrica no implica generalmente el empleo de técnicas que difieran de las habituales. Las dilataciones y procedimientos hemostáticos no representan desafíos inusitados. La colocación de endoprótesis no presenta dificultades aunque no contamos aún en forma general con stents que estén desarrollados ad hoc y el problema de las migraciones es frecuente, aunque el cierre de las fístulas es precoz. La CPRE en sleeve no presenta obstáculos. En casos de by pass requiere procedimientos especiales no siempre disponibles. Proponemos una técnica sencilla con implementos artesanales para extracción de bandas gástricas migradas. A pesar de nuestra mínima experiencia el procedimiento es relativamente sencillo y parece seguro.

TO/P-18

CUERPOS EXTRAÑOS FARINGEOSOFÁGICOS. EXPERIENCIA DE NUESTRO CENTRO

D'Ottavio, G(1); Resial, M(1); Bucciarelli, F(1); Piombino, D(1); Cisera, M(1); Vicentin, C(1); Wulfson, M(1); Gumpel, R(1); Pratto, D(1); Levin, A(1); Wulfson, A(1) (1)Servicio de Gastroenterología, Hospital de Emergencias "Dr. Clemente Álvarez", Rosario, Argentina

INTRODUCCIÓN: La impactación de cuerpos extraños (CE) es una de las emergencias más frecuentes en gastroenterología. Gran parte de los CE progresan espontáneamente, sin embargo, hasta el 20% quedan impactados a nivel de los estrechamientos faringoesofágicos. La mayoría de ellos pueden ser removidos a través de la endoscopia y sólo un 1% requiere cirugía. La endoscopia flexible se ha convertido en el procedimiento diagnóstico y terapéutico de elección en el manejo de CE. Las manifestaciones clínicas pueden variar entre las diferentes áreas debido a la diversidad de estilos de vida y hábitos alimentarios. El objetivo de este estudio es analizar las características de la ingesta de CE y reportar nuestra experiencia en el manejo endoscópico. **MATERIALES Y MÉTODOS:** Estudio observacional descriptivo, de series de casos de pacientes que ingresaron con diagnóstico presuntivo de CE faringoesofágico. Se realizaron 60 estudios en 52 pacientes mayores de 14 años, 25 mujeres y 27 hombres, durante el período de febrero de 2009 a febrero de 2011. Se recabó información sobre el tipo de ingesta y antecedentes personales. **RESULTADOS:** La edad de presentación fue desde 14 a 80 años con un promedio de 45 años. Las horas transcurridas desde la ingesta hasta la endoscopia tuvieron un promedio de 14 (entre 1 y 96), y el promedio de horas de internación fue de 10 (rango 1 a 76). Los antecedentes vinculados fueron: cirugía por hernia de hiatus (1 pte/requirió 6 endoscopias por CE), cirugía de fijación de columna cervical (1 pte), ingesta de cáustico (1 pte/3 estudios), espasmo esofágico (1 pte), uso de prótesis dental total (1 pte/2 estudios). El sitio de impactación fue: hipofaringe 15 casos (25%), esófago inferior 11 (18%), esófago superior 10 (17%), esófago medio 6 (10%). Se observó el CE en estómago en 2 casos (3%), y no se visualizó CE en 16 casos (27%). En 6 pacientes en los que no se visualizaron CE, 4 presentaron erosión mucosa en hipofaringe y 2 en esófago superior. Los CE encontrados fueron: espina de pescado 13 casos; carne 12 casos; 10 huesos de pollo; 2 alfileres; 2 escarbadiantes; 1 destapador; otros alimentos 4. En los casos que no se observaron CE, 10 refirieron comer pescado y 6 pollo. Las técnicas endoscópicas utilizadas para la extracción fueron: capuchón en 16 casos, pinza de biopsia en 13, asa en 4, canastilla en 1, progresión a estómago en 4 y fue necesaria la extracción con endoscopio rígido en 6 ptes (5 con hueso de pollo y 1 escarbadiante). El 90% de los casos se resolvió con endoscopia flexible. No hubo complicaciones. Los síntomas de presentación fueron: 50% odinofagia, 43% sialorrea, 35% dolor cervical y 10% disfonía. El 22% de los ptes tuvieron más de un síntoma. **CONCLUSIONES:** Los CE más frecuentes en nuestro centro son las espinas de pescado, la odinofagia fue el síntoma principal y aquellos con antecedentes tuvieron mayor dificultad para su extracción.

TO/P-19

COLEDOCOLITIASIS ANTES Y DESPUES DE LA COLECISTECTOMIA

Tobal, FP(1); Tobal, DE(1); Laguzzi, JJ(1)

(1)GENBA (Gastroenterología y Endoscopia de Buenos Aires). Argentina.

INTRODUCCIÓN: El origen más frecuente de la obstrucción biliar es la coledocolitiasis. La misma puede presentarse en pacientes con colecistectomía previa o con litiasis vesicular. Si bien aproximadamente el 10% de los pacientes con litiasis vesicular sintomática presentan cálculos inadvertidos en la vía biliar principal, la utilización de CPRE preoperatoria no está indicada en forma sistemática. La CPRE preoperatoria está indicada si existe colestasis, antecedentes de pancreatitis y/o estudio por imágenes anormal. Sin embargo, la necesidad de realizar CPRE en pacientes con sospecha clínica de coledocolitiasis y estudios por imágenes con vía biliar normal plantea un desafío diagnóstico/terapéutico. **OBJETIVO:** Determinar el rédito diagnóstico/terapéutico de la CPRE en pacientes con sospecha clínica de coledocolitiasis, y comparar el mismo en pacientes con y sin colecistectomía previa. **P Y M** Estudio de corte transversal donde fueron incluidos consecutivamente pacientes derivados a nuestro centro para la realización de Colangiografía Retrograda Endoscópica (CPRE) en un período de 4 años. Fueron incluidos aquellos pacientes con sospecha clínica y/o bioquímica de coledocolitiasis y antecedentes de pancreatitis. Fueron excluidos los pacientes con estudio por imágenes (ecografía y/o colangioRMN) anormal, o sospecha clínica de patología maligna de vía biliar. Todos los procedimientos fueron realizados con anestesia general y monitoreo a cargo de los anestesiólogos de nuestro centro y realizados en forma ambulatoria en el 85% de los casos. **RESULTADOS** Fueron incluidos 300 pacientes (F/M 184/116, edad media (± DE) 62 (± 8 años), de los cuales 165 (55%) presentaban vesícula in situ y 135 (45%) eran colecistectomizados. El rédito diagnóstico global fue de 48.3% (145/300). Se evidenció coledocolitiasis en el 43% de las CPRE preoperatorias y en 55% de los pacientes colecistectomizados, realizándose terapéutica endoscópica en todos los casos. No pudo canularse la papila en el 4.3% de los casos. Se registraron complicaciones en el 1.3% de los procedimientos (1 perforación, 2 pancreatitis leve y 1 complicación anestésica) que evolucionaron favorablemente con tratamiento conservador. **CONCLUSIONES** La mitad de los pacientes con sospecha clínica de coledocolitiasis y estudios por imágenes con vía biliar normal presentaban litiasis coledociana diagnosticada y tratada con la CPRE. El elevado rédito diagnóstico/terapéutico y la escasa tasa de complicaciones justifica la realización de estudios invasivos de vía biliar en caso de sospecha clínica y estudios por imágenes con vía biliar normal, especialmente en pacientes colecistectomizados. Sin embargo, se deben optimizar los criterios de selección para evitar la realización de estudios innecesarios.

TO/P-21

POLIPOS COLONICOS MAYORES DE 2 CENTIMETROS CARACTERISTICAS ENDOSCOPICAS E HISTOLOGICAS

Cedeño Arauz, V(1); Iriarte, SM(1); Lopez Gaston, A(1); Aldabe, N(1); Lotero Polesel, JC(1); Catuogno, P(1); Andrush, A(1); Syriani, C(1); Canteros, JS(1); Villacis Coronel, E(1); Zelaya Gonzalez, B(1); Alban Loayza, R(1); Písera, A(2); Vidal, SM(2)

(1)Servicio de Gastroenterología, Hospital Militar Central Cir. My. Dr. Cosme Argerich, Buenos Aires Argentina. (2)Servicio de Patología, Hospital Militar Central Cir. My. Dr. Cosme Argerich, Buenos Aires Argentina.

INTRODUCCION: El cáncer colorrectal (CCR), es la segunda causa de muerte por cáncer en los países occidentales. Una característica de estos tumores es su buen pronóstico, logrando cifras de supervivencia a 5 años de hasta un 80%, para lo cual es fundamental el diagnóstico precoz. En la actualidad esta plenamente aceptada la progresión de adenoma a carcinoma; razón que los hace susceptibles de un continuo estudio y seguimiento. En este momento no es posible identificar de forma fiable los que progresarán. El 20-30% de las personas sometidas a screening tienen pólipos, pero de ellos el 80% son adenomas tubulares pequeños. Detectar mediante screening los pólipos adenomatosos avanzados benignos y su resección, nos permite prevenir el CCR en más del 90% de los casos. **OBJETIVO:** Determinar las características endoscópicas e histológicas de los pólipos colónicos mayores de 2cm. **MATERIALES Y METODOS:** El presente es un estudio descriptivo, prospectivo, observacional, comprendido entre abril de 2008 a diciembre de 2010 que estudia las características de los pólipos hallados en los pacientes que fueron sometidos a estudio colonoscópico en el Servicio de Gastroenterología del Hospital Militar Central Cir My Dr. Cosme Argerich de Buenos Aires. **RESULTADOS:** 44 pacientes cumplieron con los criterios de inclusión, los pólipos fueron más frecuentes en el sexo masculino (63.6%) el promedio de edad fue de 65.3 años, predominaron entre la sexta y séptima década (59.1%), no se encontró diferencia estadística significativa en edad distribuida por sexo, más del 80% se localizan en el colon izquierdo. El 79.7% de los pólipos son adenomas siendo el más frecuente el adenoma mixto (61.4%), el 50% presentaron displasia de bajo grado. Se encontraron 3 pólipos malignos (adenocarcinoma sobre el adenoma) representan el 6.8%. El tratamiento de elección fue la polipectomía endoscópica (78%). No se registró mortalidad. **CONCLUSION:** Los pólipos colorectales predominan en el sexo masculino, entre la sexta y séptima década de la vida, con localización mayoritaria en colon izquierdo. Siendo el adenoma el más frecuente, con una incidencia de adenocarcinoma del 7%. El manejo de elección fue la polipectomía endoscópica sin registrarse complicaciones.

TO/P-20

TRATAMIENTO ENDOSCOPICO CON STENT DE LA PANCREATITIS CRONICA

Barbella, JC(1); Dip, D(1)

(1)Hospital Naval Buenos Aires. Argentina.

INTRODUCCIÓN: La pancreatitis crónica es un proceso inflamatorio que se caracteriza por la destrucción del parénquima pancreático con la formación de fibrosis. El dolor es el síntoma predominante. Históricamente el tratamiento fue quirúrgico. El objetivo del tratamiento endoscópico en pacientes con pancreatitis crónica es lograr la descompresión del conducto pancreático, debido a que la hipertensión ductal es una de las principales causas del dolor. **OBJETIVO:** evaluar la eficacia del tratamiento endoscópico con colocación de stent en el conducto de Wirsung en la pancreatitis crónica. **DISEÑO:** Análisis prospectivo del 2000 al 2010, en el Hospital Naval de Buenos Aires. **MÉTODO:** los pacientes fueron evaluados por colangioresonancia y tomografía axial computada. Se colocaron endoscópicamente stents en el conducto de Wirsung de plástico de 5 Fr. Seguimiento promedio 5 años. **RESULTADOS:** se trataron cinco (5) pacientes con pancreatitis crónica alcohólica. Todos eran hombres, edad promedio 66 años. Todos tenían dolor continuo y un conducto pancreático dilatado con estenosis en la región cefálica del páncreas, tipo IV. Todos tuvieron disminución del dolor. Uno de ellos tuvo una recurrencia durante el primer año de seguimiento, por persistencia de conducta alcohólica. En 3 casos se colocaron además del stent del wirsung un stent biliar. El seguimiento fue de 5 años promedio. Un paciente se perdió. Ninguno fue tratado quirúrgicamente. Hubo una migración de un stent biliar. No hubo mortalidad. **CONCLUSIÓN:** el tratamiento endoscópico con colocación de stent en el conducto de Wirsung debe ser considerado como el tratamiento inicial en la pancreatitis crónica, mejorando los síntomas y la recurrencia de las pouses.

TO/P-22

PREVALENCIA DE LESIONES SERRADAS COLONICAS

Donatelli, M(1); Marina, S(2); Pinasco, R(3); Torrico Paz, O(3); La Via, J(3); Jaroslavsky, MJ(2); Regnasco, S(1); Saá, EC(3)

(1)Sección Endoscopia. Htal Pirovano. CABA (2)División Anatomía Patológica. Htal Pirovano. CABA (3)Unidad Gastroenterología. Htal Pirovano. CABA. Argentina.

INTRODUCCION: A diferencia de los adenomas tradicionales que son conocidos desde hace tiempo por su riesgo para el desarrollo de cáncer colorrectal, las lesiones serradas y su riesgo atinente fueron reconocidas sólo recientemente. **OBJETIVO:** Determinar la prevalencia de lesiones serradas en pacientes que se realizan videocolonoscopia en un hospital público de C.A.B.A. **MATERIAL Y METODOS:** Revisamos los protocolos endoscópicos y anatomopatológicos de todos los pacientes sometidos a endoscopia en la Unidad Gastroenterología de nuestro hospital entre enero 2009 y enero 2011. **RESULTADOS:** El estudio incluyó 104 mujeres (rango etario: 46 a 84 años) y 181 hombres (rango etario: 30 a 91 años), a quienes se les biopsiaron o reseccionaron en total 517 pólipos; de éstos, 338 correspondieron a adenomas, y 179 a pólipos de arquitectura serrada. Entre estos últimos, 152 resultaron pólipos hiperplásicos, 10 adenomas serrados sésiles, 2 adenomas serrados tradicionales, y 15 no pudieron ser incluidos taxativamente en ninguna de estas categorías, por lo que fueron denominados "pólipos serrados". Entre los clasificados como adenomas aserrados sésiles, 7 (70%) se ubicaron en colon derecho; el 30% median endoscópicamente 10 mm o más. Siete de estos pacientes presentaron entre 3 y 10 pólipos simultáneos, en todos estos casos incluyendo adenomas comunes. Los dos clasificados como adenomas aserrados tradicionales, fueron pólipos pequeños de colon descendente; los pólipos aserrados fueron pólipos diminutos y pequeños, y se ubicaron en un 75% en colon derecho. **CONCLUSION.** En este estudio, al igual que en la literatura, la prevalencia de lesiones serradas es baja. Estas lesiones hoy se conocen como de riesgo aumentado para el desarrollo de carcinoma colorrectal. Es de esperar que su diagnóstico crezca desde el punto de vista endoscópico y anatomopatológico.

TO/P-23

PREVALENCIA DE LESIONES ELEVADAS COLÓNICAS Y SU HISTOLOGÍA EN PACIENTES CON INDICACIÓN DE VIDEOCOLONOSCOPIA DE UN HOSPITAL DEL INTERIOR DE ARGENTINA

Romero, S(1); Simon, L(2); Medina, M(1); Martín, G(1); Billordo, A(1); Valoriani, R(2)

(1) Gastroenterología, Hospital Julio.C. Perrando, Resistencia, Chaco, Argentina
(2) Anatomía Patológica, Hospital Julio.C. Perrando, Resistencia, Chaco, Argentina

INTRODUCCIÓN: La importancia del diagnóstico histológico de lesiones elevadas colónicas radica en que de no efectuarse este procedimiento podrían pasar desapercibidas lesiones histológicas preneoplásicas. No se conoce con precisión la prevalencia de dichas lesiones en nuestro medio. **OBJETIVO:** Determinar tipo de lesión elevada colónica y su histología más prevalente en pacientes con indicación de videocolonoscopía de un hospital del interior de Argentina. **MATERIAL Y MÉTODOS:** Se realizó un estudio retrospectivo, descriptivo y transversal. Se seleccionaron los informes endoscópicos e histológicos de los pacientes con lesiones elevadas colónicas y con indicación de videocolonoscopía efectuados en un hospital provincial durante 01.02.09-28.02.11. Variables seleccionadas: sexo, edad, motivo de consulta, tipo de lesiones elevadas y diagnóstico histológico. Los datos obtenidos se cargaron en una tabla elaborada para tal fin y se procesaron mediante Programa Excel v.5.0. **RESULTADOS:** Del total de informes realizados en ese período 492; quedaron incluidos 168 informes correspondientes a lesiones elevadas; 95 pertenecieron al sexo femenino y 73 sexo masculino. El promedio etario fue de 54 años (rango: 14-83 años). Motivos de consulta: 68/168 (40,47 %) screening Ca. de colon, 26/168 (15,47 %) hematoquezia y otros 74/168 (44,04 %). Tipo de lesiones elevadas: 107/168 (63,69%) Pólipos; 55/168 (32,73%) Formaciones elevadas; 6/168 (3,57 %) Seudopólipos. Diagnósticos histológicos: Pólipos: 57/107 (53,27%) Hiperplásicos, 33/107 (30,84%) Adenoma tubular con displasia de bajo grado, 17/107 (15,88%) otros; Formaciones elevadas: 19/55 (34,54%) Adenocarcinoma moderadamente diferenciado invasor, 6/55 (10,90%) Adenoma tubular con displasia de bajo grado, 30/55 (54,54%) otros y Seudopólipos 2/6 (33,33%) Adenoma tubular con displasia de bajo grado, 4/6 (66,66%) otros. **CONCLUSIONES:** El tipo de lesión elevada colónica más prevalente hallada en esta población fue el pólipo, siendo su histología más frecuente de tipo hiperplásico en primer lugar y seguidamente el adenoma tubular con displasia de bajo grado. Este último de importancia para su seguimiento por ser una lesión preneoplásica.

CC/O-01

ARGÓN PLASMA EN LA PALIACIÓN ENDOSCÓPICA DE TUMORES OCLUSIVOS DEL APARATO DIGESTIVO

Imhof, H(1); Burlando, E(1); Pierini, A(1); Pierini, L(1); Gianinetti, L(1)
(1) Departamento de Endoscopia, Clínica de Nefrología. Argentina.

INTRODUCCIÓN: La ablación o coagulación con argón plasma, ha sido utilizada en la endoscopia digestiva desde 1991, con la creación de sondas flexibles. Este produce una quemadura térmica superficial de unos 2 a 3 mm. de profundidad dependiendo de la energía y flujo. El uso endoscópico del Argón Plasma, ha surgido en los últimos años como una alternativa a la cirugía o la colocación de prótesis metálicas, en la paliación de las neoplasias malignas avanzadas del tubo digestivo. **OBJETIVO:** Exponer nuestra experiencia en la paliación endoscópica de tumores gastrointestinales oclusivos con Coagulador de Argón Plasma. **MATERIAL Y METODO:** Presentación de casos. Diseño retrospectivo. CASO I: Masculino de 64 años, con diagnóstico de Adenocarcinoma Gástrico de localización antro-pilórica, en Estadio IV, tratado en forma paliativa, con la colocación endoscópica de una prótesis metálica, tipo Wallstent, hace 4 meses; consulta por Síndrome Pilórico de 7 días evolución. Se realiza Videogastroscofia, donde se constata retención alimenticia gástrica, más invasión tumoral semi-total en el extremo proximal de dicha prótesis. Conducta: Re-permeabilización endoscópica del Stent mediante ablación tumoral con Argón Plasma, con resultado satisfactorio. CASO II: Femenina de 67 años de edad, con diagnóstico de Adenocarcinoma de recto inferior, en Estadio IV; consulta por cuadro de sub-oclusión intestinal. Se realiza Videocolonoscopía donde se constata tumor oclusivo a 3 cm del margen anal. Conducta: Re-permeabilización de la luz rectal con Argón Plasma, más dilatación endoscópica con balón CRE, montado sobre hilo guía, más resección tumoral con Ansa diatérmica y Argón. **RESULTADO:** En ambos pacientes se logro una citoreducción satisfactoria con el uso endoscópico de Argón Plasma, con restitución del tránsito intestinal, sin complicaciones inmediatas ni a los 30 días del procedimiento. **CONCLUSIONES:** Consideramos que el uso endoscópico del Argón Plasma, en el tratamiento paliativo de tumores oclusivos avanzados del tracto gastrointestinal, representa una herramienta efectiva, con un alto porcentaje de éxito en la recanalización y con una baja tasa de complicaciones.

TO/P-24

CALIDAD EN VIDEOCOLONOSCOPIA EN UN SERVICIO DE GASTROENTEROLOGÍA EN UN HOSPITAL DE AGUDOS

Torres, A(1); Milutin, C(1); Adi, J(1); Salomone, S(1); Viñuela, C(1); Alcaraz, P(1)
(1) Hospital Lagomaggiore. Argentina.

INTRODUCCIÓN: La colonoscopia es el método de referencia para diagnóstico y tratamiento de la patología colónica por lo cual el número de procedimientos ha aumentado en los últimos años. Por este motivo, se hace necesaria la evaluación y auditoría continua de los servicios de gastroenterología a través de criterios de calidad, tales como la indicación correcta del estudio, el tiempo de espera para su realización, el consentimiento informado, la preparación, el tiempo de entrada hasta la intubación de ciego y la conformidad con el estudio, entre otros; para redefinir objetivos y formas de trabajo. **OBJETIVO:** Conocer la situación actual del servicio de gastroenterología basados en criterios de calidad previamente definidos y realizar un análisis comparativo entre la labor realizada por los médicos más experimentados, jóvenes y residentes. **MATERIAL Y MÉTODO:** Estudio retrospectivo, protocolizado y observacional desde marzo de 2010 a diciembre de 2010. Método estadístico: medidas de tendencia central, medidas de dispersión, chi2 y test de student. **RESULTADOS:** Se incluyeron 307 videocolonoscopías. Se descartaron 5 (1,63%) por encontrarse mal preparadas. La edad promedio de los pacientes (pac) fue de 54,01 años (DS±10,01); el 50,81% del total fueron hombres. Se consideró que le 96,40% (n=296) tuvo una indicación correcta, con un tiempo promedio de espera de 10,40% días (DS±5,25). Firmaron el consentimiento informado el 98,70% de los pac. Se dieron por completa el 75,83% de los estudios (intubación de ciego). El tiempo promedio de intubación fue de 10,58min (DS±3,60) y el de retirada de 14,34min (DS±4,42). Se realizó ileoscopia a solo al 12,23%. Los intervalos de vigilancia para pólipos, cáncer de colon y de EII fueron correctos en 61,91% y 63,64% respectivamente. Al considerar la toma de biopsias fueron correctas en el 66,66% para diarrea crónica y del 68,75% para EII. Se realizó la resección de pólipos al 91,89% de los pac. Solo se registró una complicación (0,33%) que correspondió a una perforación posterior a una mucossectomía. La conformidad con el estudio en general fue del 61,59%. Por disponibilidad se realizaron con anestesia general mínima solo 38,41%. Al comparar la labor de los médicos de planta más jóvenes con los experimentados, los primeros tuvieron mejores tasas de intubación en ciego (83,33%vs74,58%)(p=0,03) y mejores tiempos (8,51min vs 9,89 min)(p<0,01). Mientras, al comparar a los médicos más jóvenes con los residentes, éstos también obtuvieron mejores resultados (intubación ciego, 83,33%vs74,39%)(p=0,01), (tiempo de intubación, 8,51min vs 14,46min) (p<0,01). **CONCLUSIÓN:** La evaluación final demuestra que se presta una atención aceptable pausable de mejoras, desde la formación de los médicos residentes y su supervisión; hasta la posibilidad de mejorar la anestesia y la preparación de los pacientes.

CC/O-03

SÍNDROME DE BOUVERET. FORMA DE PRESENTACIÓN Y RESOLUCIÓN ATÍPICAS

Villarrol, M(1); Caballero, R(1); Ahumada, MC(1); Sheridan, P(1); Reynes, L(1); Martínez Bongio, G(1); Zubiaurre, I(1); Mackenzie, D(1); Colombato, L(1)
(1) Sección Endoscopia Digestiva del Servicio de Gastroenterología del Hospital Británico de Buenos Aires. Argentina.

INTRODUCCIÓN: El Síndrome de Bouveret (SB) descrito en 1896 consiste en la obstrucción del tracto de salida gástrico, por litiasis biliar, secundaria a fistula colecisto-duodenal. La complicación afecta a <1% de los pacientes con litiasis vesicular. Por su parte, la impactación digestiva de litos biliares secundarios a fistula biliodigestiva (ileo biliar) ocurre en ileon, solo excepcionalmente el duodeno proximal. La presentación del SB como hemorragia digestiva alta y sin antecedentes biliares es excepcionalmente infrecuente. El tratamiento es quirúrgico o endoscópico. **OBJETIVO:** Reportar una complicación infrecuente de litiasis biliar: un caso de fistula colecisto-duodenal con impactación litiasica (SB) asociado a presentación atípica (hemorragia digestiva) y resolución espontánea de la obstrucción gástrica. **PACIENTE:** Varón, 78 años, tabaquista, con EPOC y arteriopatía obstructiva. Internado por Síndrome febril. Durante la internación intercorre con dolor abdominal, vómitos alimentarios y melena. Por sonda nasogástrica se recoge abundante débito borbáceo. La endoscopia revela impactación de lito biliar en bulbo duodenal emergiendo por orificio fistuloso. Ausencia de otras lesiones. Se realizan 2 intentos fallidos de extracción endoscópica del lito, aunque se logró fragmentarlo periféricamente. La obstrucción digestiva, el hallazgo tomográfico de aerobilia y litiasis biliar ectópica en bulbo duodenal componen la triada diagnóstica de Rigler descripta para SB. La TAC confirma fistula colecisto-duodenal. El paciente elimina espontáneamente lito de 4cm diámetro por materia fecal, con mejoría del cuadro clínico. Una seriada gastroduodenal posterior confirma ausencia de litiasis ectópica y presencia de amplia fistula biliodigestiva en bulbo duodenal. Continua asintomático a 3 meses. **CONCLUSIONES:** (1) Se documenta SB asociado a hemorragia digestiva alta como forma de presentación. (2) La ausencia de otras lesiones en tubo digestivo sugiere erosión de la pared duodenal en el proceso de apertura del trayecto fistuloso y parto duodenal del lito biliar como causa de hemorragia digestiva (3) Pese a la recomendación de actuar precozmente mediante cirugía o endoscopia, este caso documenta la posibilidad de resolución espontánea de la obstrucción y hemorragia digestiva con eliminación del cálculo por tubo digestivo, solamente precedida por la fragmentación parcial del lito. (4) La persistencia de la fistula colecisto-duodenal no requiere corrección quirúrgica o endoscópica por ausencia de obstáculo al pasaje de bilis o de retención alimentaria.

CC/O-04

FÍSTULA AORTO-ESOFÁGICA, TRATAMIENTO CON DOBLE STENT.

Otaño, HH(1)

(1)Fundación Médica de Río Negro y Neuquén. Argentina.

Fístula aorto-esofágica, tratamiento con doble stent. Hemorragia digestiva alta. De origen atípico. Paciente Sanhueza m., de 73 años que ingresa a Fundación Médica de Río Negro y Neuquén, Argentina el 24-01-2011. Mot. De cons.: hemorragia digestiva alta, de origen incierto, probablemente secundaria a fístula aorto-esofágica. AEA.: en 2002 en contexto de disección aórtica tipo b le colocan una endoprótesis. El 4 de enero o sea 20 días antes de su ingreso consulta en otra localidad sobre disfagia a sólidos y líquidos por momentos, la endoscopia informa: a 25 cm. de ads lesión con esfacelo, y hematina compatible con lesión traumática en fase cicatrizal temprana (describe el colega)), el DIA 24 de enero consulta por hematemesis y es internado de urgencia, hto 17%, sng, y se transf. 3 unidades de glóbulos rojos y se decide realizar TAC de tórax con contraste oral, se observa probable fístula aorto-esofágica y es derivado a nuestra institución para su tratamiento. Evolución: paciente que ingresa en contexto de hemorragia digestiva alta, secundaria a fístula aorto-esofágica, en el contexto de endoprótesis de aorta torácica ascendente, con disección tipo b con endoleack 1 proximal. Se coloca sng, plan de alimentación parenteral total, y se le realiza el 26-01 by pass aórtico tronco braq. Y carótida izq. Para poder colocar una endoprótesis aórtica que ocluirá la irrigación carótidea. El 31-01 se coloca endoprótesis aórtica y el 01-02 le coloco stent esofágico, con lesión visible a 25 cm. de ads y hematoma perilesional, el mismo se coloco bajo control rx, y con control con contraste hidrosoluble previo a la ingesta oral, con buena evolución.

Esta de alta 08-02-11

Imágenes: TAC de tórax del 24 de enero con contraste oral, Angiotac del 26-01, de la colocación de la endoprótesis aórtica, fotos del sent. Esófago y rx, Rx del control de transito esofágico con cont. Hidrosoluble. En la bibliografía no encontré este tipo de tratamiento, si solo la prótesis aórtica, pero el esófago iba a desfuncionalizacion, esofagectomia, etc. Con una mortalidad del 85%.

CC/P-02

HISTOPLASMOSIS ESOFÁGICA

Barbaglia, Y(1); Juarez, L(1); Jimenez, F(1); Codoni, ML(1); De Santis, JP(1); Nombarsco, A(2)

(1)Servicio de Gastroenterología. Hospital J. M. Cullen. Santa Fe. Argentina (2) Servicio de Endoscopia Digestiva. Hospital J. M. Cullen. Santa Fe. Argentina

CASO1: Paciente varón, 39 años, tabaquista, con diagnóstico de HIV hace 4 años, con antecedente de Salmonelosis y Candidiasis esofágica, bajo tratamiento con Zidovudina, Lamivudina y Efavirez. Ultimo recuento de CD4 de 20. Presenta, disfagia no selectiva, disfonía, pérdida de peso, fiebre intermitente de 4 meses de evolución. Rx Torax normal. Hemocultivos negativos. VEDA: En aritenoides lesión ulcerada (biopsia). En esófago múltiples lesiones sobrelevadas extensas, diseminadas que se biopsia. El examen directo de las muestras obtenidas informa: Histoplasma Capsulatum, resultando positivas su cultivo. Recibe tratamiento con Anfotericina B y continúa con Itraconazol VO, evolucionando favorablemente. CASO 2: Paciente mujer, 60 años con diagnóstico de AR e hipotiroidismo, con antecedente de histoplasmosis cutánea y fibrosis pulmonar, bajo tratamiento con Prednisona, Metotrexato, Leflunamida. Presenta disfagia y pérdida de peso. Se realizo VEDA que informa a 15 cm de la ADS inmediatamente por debajo del cricofaríngeo, lesión estenosante que impide el paso, de aproximadamente 7mm., de aspecto fibroso, con membrana que la cubre. Las muestras para cultivo, resultaron positivas para Histoplasma Capsulatum. La paciente recibe tratamiento antimicótico, y dilatación endoscópica con bújia. Actualización bibliográfica La histoplasmosis es frecuente en inmunocomprometidos, su asociación con SIDA en zonas endémicas tiene una prevalencia del 2% al 30%, pudiendo ser su manifestación inicial. En la histoplasmosis diseminada, el aparato digestivo está involucrado en el 70 a 90%, siendo mayormente afectada la región ileocecal. La presentación esofágica es rara, y se manifiesta con disfagia y odinofagia. La endoscopia permite la visualización de erosiones, ulceraciones y/o estenosis. La hemorragia digestiva es rara. Los divertículos esofágicos por tracción y, fistulas broncoesofágicas, son consecuencia de histoplasmosis mediastínica. La histopatología incluye: infiltración difusa linfocitocitaria (83%), ulceración (45%), nódulos linfocitocitarios (25%), o reacción inflamatoria mínima (15%), rara vez, granulomas bien formados (8,5%). El diagnóstico se realiza con cultivo del material biopsico o, por inmunohistoquímica. Para histoplasmosis diseminada, en pacientes inestables y enfermedad grave, el tratamiento con anfotericina B, es una alternativa, en los estables, el itraconazol durante 6 a 18 meses puede ser la opción inicial. Aunque poco frecuente, debe ser considerada como posible etiología de úlcera esofágica en pacientes infectados con HIV, especialmente en regiones endémicas.

CC/P-01

TUMOR ESOFAGICO: CARCINOSARCOMA DE ESOFAGO.PATOLOGIA INFRECUENTE

Paez Paez, ME; Herrera, O; Douglas, G; Paez Paez, ME(1, 2)

(1)Hospital.E.Vera Barros.La Rioja Capital.Secc.De Gastroenterología-Endoscopia Digestiva (2)Argentina

El Carcinosarcoma de Esófago es un tumor infrecuente compuesto por tejido mixto de celula epiteliales y elementos sarcomatoso.su forma de presentacion mas frecuente es la de una gran masa polipoidea localizada en el tercio medio del Esófago con escasa sintomatología clinica.Este tumor tiende a ser superficial con un crecimiento lento y un potencial metastasico bajo.lo que se acompaña de un pronostico mas favorable. OBJETIVO: Presentar una patologia Esofagica infrecuente. CASO CLINICO:Paciente de 67años de edad,masculino que refiere desde dos meses previos a la consulta, disfagia progresiva,astenia y perdida de peso. consulta a gastroenterologia donde se le realiza videoendoscopia alta. se observa a 24 cm de arcada dentaria superior, formacion polipoidea de 4 cm aproximadamente. a nivel del tercio inferior y a los 40 cm de la arcada dentaria superio se evidencia cambio de epitelio compatible con esofago de barret .se toman biopsia de ambas lesiones.resto del examen sin particularidades.biopsia:las carcteristicas morfologica corresponden a un carcinoma sarcomatoide, y confirma el Esófago de Barret. el perfil inmunologico se solicita y queda pendiente.se realiza una TAC donde solo se informa, esófago: dilatacion en mitad proximal , no se observa alteraciones significativas, higado con lobulo derecho aumentado de tamaño , pancreas se observa imagenes compatibles con pequeñas calcificaciones en region de cabeza .laboratorio GR 4.71%-HB 11%-GPT17 U/L-GGT 85 U/L-FAL 400- AMILASA 163-. TRATAMIENTO: se planifica cirugia con esofaguectomia total, mas reconstruccion con tubo gastrico. comentario:el presente caso ilustra una patologia infrecuente, donde la endoscopia constituyo una herramienta de gran valor dignóstico.

CC/P-03

SINDROME PILORICO POR OBLITO QUIRURGICO

Kohan, M(1); Panunto, M(1); Cenoz, C(2); Orbe, G(1); Lowenstein, D(1); Gimenez Villamil, C(1)

(1)Servicio de Gastroenterología y Videoendoscopia. Instituto Argentino de Diagnóstico y Tratamiento. CABA. Argentina (2)Laboratorio de Anatomía Patológica.Instituto Argentino de Diagnóstico y Tratamiento. CABA. Argentina

INTRODUCCIÓN: Oblito abdominal es un cuerpo extraño dejado accidentalmente en el abdomen durante la intervención quirúrgica sin objetivo terapéutico. OBJETIVO: Mostrar una forma de presentación del oblito abdominal. Abordar aspectos clínicos y terapéuticos. CASO CLÍNICO: Paciente femenino de 30 años de edad internada por síndrome. Pilórico. Antecedentes: Colelap hace 2 meses con laparotomía en el postoperatorio inmediato por sangrado. Síntomas: Vómitos alimentarios y dolor cólico en epigastrio de 7 días de evolución. Examen. Físico: Afebril, abdomen blando y dolor en epigastrio. RESULTADOS: Laboratorio: GB: 13.500. Resto normal. Se coloca SNG, con débito mayor a 1000 cc. Ecografía: Imagen hiperecogénica con sombra acústica de 40 mm.de diámetro en lecho vesicular. Estómago aumentado de tamaño con abundante contenido líquido. TAC: Imagen redondeada en "panel da abejas" en lecho vesicular. Estómago aumentado de tamaño con abundante contenido líquido. VEDA: Abundante contenido gástrico, aspirándose más de 600 cc. Píloro excéntrico y abombado. Duodeno con gran cuerpo extraño en cara anterior (gasa grande) que se extrae con asa de polipectomía, con gran dificultad y reiterados intentos. Se observa en cara anterior de bulbo, nicho gigante, excavado con detritus y fibrina, mayor a 3 cm. de diámetro. Buena evolución clínica. VEDA de control a los 2 meses: Bulbo con cicatriz en cara anterior, con pequeños granulomas. CONCLUSIÓN: El oblito constituye, un problema cuya incidencia es desconocida. El riesgo debe ser considerado entre las complicaciones inherentes a los procedimientos quirúrgicos. Dentro de las causas de síndrome pilórico, no se debe excluir la presencia de un oblito en pacientes con antecedentes quirúrgicos abdominales recientes En este caso particular, el procedimiento endoscópico permitió resolver una patología habitualmente quirúrgica.

CC/P-04

PÓLIPOS FUNDOGLANDULARES ESPORÁDICOS: ¿PRESENTAN POTENCIAL MALIGNO?

Pogorelsky, V(1); Gonzalez, ML(1); Rivera, JC(1); De Paula, JA(1); Macías Gomez, CA(1)

(1)Servicio de Gastroenterología, Hospital Italiano de Buenos Aires, Buenos Aires, Argentina.

INTRODUCCIÓN: Los pólipos gástricos se encuentran en aproximadamente el 6% de las videoendoscopías digestivas altas (VEDA) realizadas. En las zonas donde hay una alta prevalencia de *H.pylori* la mayoría (75%) de los pólipos son hiperplásicos. En las regiones donde hay una baja prevalencia de *H.pylori* y es frecuente el uso de inhibidores de la bomba de protones (IBP) los pólipos fundoglandulares son los más frecuentes. Estos son generalmente <1cm, sésiles y menos de 10 pólipos por paciente. Son habitualmente asintomáticos y descubiertos incidentalmente en la VEDA. Pueden ser esporádicos, asociados a tratamiento a largo plazo con IBP o asociados a condiciones hereditarias (PAF clásica o PAF atenuada). Hasta un 53% de los pólipos fundoglandulares asociados a PAF muestran displasia, generalmente de bajo grado. Sin embargo, el hallazgo de displasia es sumamente infrecuente en los casos esporádicos (2%). Las mutaciones somáticas del gen APC han sido detectadas en > 70% de los síndromes de poliposis fundoglandulares sin displasia, pero en < 10% de las lesiones esporádicas. **CASO CLÍNICO:** Se presenta una paciente de sexo femenino de 53 años de edad que consulta por dispepsia tipo dolor epigástrico. Tiene como antecedentes personales hipertensión arterial, hipercolesterolemia y la presencia en una VEDA realizada 7 años atrás de pólipos gástricos (biopsia: hiperplásicos). Presenta antecedentes familiares de segundo grado de pólipos colónicos. Se realiza VEDA observándose múltiples (alrededor de 80) pólipos sésiles, subpediculados y pediculados de entre 0.5 cm y 2.5 cm, algunos de ellos formando ramilletes. Se resecan los de mayor tamaño evidenciando en la anatomía patológica pólipos fundoglandulares. Diff Quick *Helicobacter pylori* negativo. La mucosa oxíntica vecina a los pólipos muestra protrusión e hiperplasia de células parietales. No se observa actividad inflamatoria en lámina propia. Se realizan posteriormente 3 VEDAs para la resección de los demás pólipos. La anatomía patológica evidencia todos pólipos fundoglandulares, algunos de ellos con focos de displasia de bajo grado. Se realizan técnicas de inmunohistoquímica: Pan-citoqueratina AE1-AE3: reacción positiva difusa en epitelio glandular en superficie y cuerpo glandular. P53 y Ki67: reacción positiva nuclear en áreas de displasia epitelial. También se realiza videocolonoscopia que muestra divertículos aislados en colon sigmoide. Se realiza el estudio del gen APC mediante secuenciación que no evidencia mutación. **CONCLUSIÓN:** La poliposis fundoglandular con displasia se asocia a síndromes hereditarios en la mayoría de los pacientes. Sin embargo, este caso nos demuestra que es importante tener en cuenta que excepcionalmente existen poliposis fundoglandulares con displasia no asociadas a síndromes hereditarios (PAF, PAF atenuada).

CC/P-06

DISFAGIA OROFARÍNGEA DE ETIOLOGÍA INFRECUENTE. PRESENTACIÓN DE UN CASO CLÍNICO. METODOS DE DIAGNÓSTICO, TERAPÉUTICA Y REVISIÓN DE LA BIBLIOGRAFÍA

Alach, JE(1); De Faveri, M(1); Crispiani, R(1)

(1)Hospital Italiano de La Plata. Argentina.

INTRODUCCIÓN: La disfagia lusoria es una rara entidad provocada por una malformación vascular congénita, donde la arteria subclavia derecha nace a la izquierda del cayado aórtico y no del tronco braquiocefálico derecho. Puede generar síntomas de disfagia, debido a que comprime con grados variables de severidad al esófago en su tercio superior. En este caso en particular la paciente se presenta como una típica disfagia orofaríngea de más de 10 años de evolución, especialmente para sólidos, permanente y estable en el tiempo. **OBJETIVO:** Presentar un caso de disfagia lusoria, las características clínicas, endoscópicas y los métodos de estudio de esta anomalía, así como las propuestas terapéuticas del caso. **PACIENTE Y METODOS:** Se presenta una paciente de 36 años de edad, sin comorbilidades y en buen estado general, que consulta por disfagia orofaríngea de más de 10 años de evolución y que a través del método de Video deglución dinámica, endoscopia y radiología, se realiza el diagnóstico de arteria subclavia derecha con nacimiento anómalo. Se agrega luego como método confirmatorio la angioresonancia nuclear magnética que permite claramente establecer el diagnóstico de esta entidad. **RESULTADOS:** La disfagia orofaríngea puede ser en muchos casos, la manifestación clínica de trastornos originados en esófago. Algunos trastornos motores esofágicos como la acalasia o las estenosis orgánicas como el cáncer de esófago y membranas esofágicas pueden desencadenar síntomas orofaríngeos. En este caso en particular, la paciente se presenta con varios años de evolución de síntomas estables y permanentes de disfagia orofaríngea leve para sólidos, que alivia con la modificación de los hábitos en la forma de alimentación (procesando los sólidos). De acuerdo al grado de disfagia, las opciones terapéuticas van desde mantener el cambio de los hábitos alimentarios en los casos leves y moderados hasta la cirugía de reimplante de la subclavia derecha en el arco aórtico, siendo esta modalidad, de último recurso en los casos severos. En la revisión bibliográfica del tema, esta anomalía vascular tiene una prevalencia en la población general de 0,5% a 1.8% pero menos del 20% de los casos se encuentra asociada a disfagia. De acuerdo a los volúmenes de estudios que manejan nuestros servicios de endoscopia, es probablemente subdiagnosticada debido a la falta de reconocimiento de los signos endoscópicos característicos de esta patología. **CONCLUSIONES:** La disfagia lusoria es una patología infrecuente que tiene manifestaciones radiológicas y endoscópicas características que deben reconocerse en el momento del examen videoendoscópico por el signo de compresión extrínseca pulsátil, en la cara posterior del esófago, en el tercio superior y por la muesca radiológica típica del tránsito esofágico. Esta paciente, se presentó como disfagia orofaríngea leve y se decidió recomendar como terapéutica una conducta

CC/P-05

PAPILOMA ESOFAGICO

Zelaya Gonzáles, B(1); Iriarte, M(1); Lotero Polesel, J(1); Andrush, A(1); Catuogno, P(1); Aldabe, N(1); Albán Loayza, R(1); Canteros, JS(1); Ledesma, C(1); Syriani, C(1); Lopez Gaston, A(1); Cedeño, V(1); Villacis, E(1); Vidal, SM(2)

(1)Hospital Militar Central Servicio de Gastroenterología. Buenos Aires-Argentina

(2)Hospital Militar Central Servicio de Anatomía Patológica

INTRODUCCIÓN: La infección por los VPH da como resultado hiperplasia celular, produciendo lesiones benignas: "papilomas o verrugas"; en epitelios (piel, mucosas orales y genitales). Los Virus del Papiloma humano (VPH) son una especie altamente específica, perteneciente al género Papillomavirus. Siendo el hombre el reservorio. La incidencia de Papilomas esofágico es muy baja (0.01% - 0.43%). Generalmente asintomático, con predominio en hombres, consistente en una lesión elevada, sésil, pequeña y redondeada, de superficie lisa o rugosa. **CASO CLÍNICO:** Paciente de 28 años de edad, casado, consulta por pirosis y epigastralgia 2 meses de evolución. Lab: sin alteración. HIV (-) VEDA: Esófago: mucosa a 26 cm y 36cm de ADS, lesiones polipoides vegetantes subpediculada, de superficie irregular de color blanco amarillento de +/- 5mm de diámetro que se extirpan con fórceps. Anatomía patológica: Esófago: presencia de acantosis y células coilocíticas, Estómago y duodeno normal. **COMENTARIO:** Nuestro paciente se realizó extirpación endoscópica de las lesiones y a los 6 meses se hizo VEDA: normal. **CONCLUSIÓN:** La papilomatosis esofágica es una afección, poco frecuente. Existen pocos trabajos que hagan referencia sobre el tema. El diagnóstico de papiloma se realiza por biopsia o polipectomía endoscópica. En el caso de nuestro paciente presento resolución de sus lesiones esofágicas sin haber presentado recidiva al momento actual.

CC/P-07

COLITIS SEGMENTARIA ASOCIADA A DIVERTICULOSIS

Kohan, M(1); Panunto, M(1); Cenoz, C(2); Orbe, G(1); Lowenstein, D(1); Gimenez Villamil, C(1)

(1)Servicio de Gastroenterología y Videoendoscopia. Instituto Argentino de Diagnóstico y Tratamiento. CABA. Argentina (2)Laboratorio de Anatomía Patológica. Instituto Argentino de Diagnóstico y Tratamiento. CABA. Argentina

INTRODUCCIÓN: La colitis segmentaria asociada a diverticulosis (SCAD su sigla en inglés) es un proceso inflamatorio crónico limitado a un segmento colónico que presenta divertículos y que respeta el recto y otras áreas del colon. Tanto las lesiones endoscópicas como las alteraciones histológicas son prácticamente indistinguibles de las de la colitis ulcerosa o la enfermedad de Crohn. La entidad se manifiesta principalmente en adultos mayores de 60 años con hematoquezia y/o diarrea, acompañadas o no de dolor abdominal. **OBJETIVO:** Puntualizar las características endoscópicas e histológicas de esta entidad, para llegar a un correcto diagnóstico. **PACIENTES:** Caso 1. Mujer de 84 años que consultó por diarrea de 3 meses de evolución, con sangre en algunas deposiciones. No presentaba hipertermia, pérdida de peso ni dolor abdominal. Antecedente de HTA y arritmia cardíaca en tratamiento con "bloqueantes. Ex. físico: sin particularidades. Lab: hematócrito 39%, leucocitos 5800/mm3, VSG 8, resto normal. Coprocultivo, parasitológico y toxina de CI difícilmente negativos. VCC: Entre los 20 y los 30 cm a partir del margen anal, mucosa con pérdida del patrón vascular, erosiva y friable. Presencia de divertículos en ese segmento. Mucosa normal en recto y resto del colon. Biopsia: Mucosa con distorsión glandular, intenso infiltrado linfoplasmocitario, criptitis y abscesos cripticos (Simil CU). Recibió ciprofloxacina y metronidazol VO por 10 días con remisión clínica persistente en 12 meses de seguimiento. Caso 2. Varón de 73 años que consultó por dolor abdominal y proctorragia de 10 horas de evolución sin hipertermia ni descompensación hemodinámica. Sin antecedentes de importancia. Ex. físico: abdomen con dolor en FII sin peritonismo. Lab: hematócrito 40%, leucocitos 9000/mm3, resto normal. TAC abdomino-pelviana: Presencia de divertículos en sigma, sin engrosamiento de la pared del colon ni presencia de líquido en cavidad. VCC: Entre los 30 y los 40 cm a partir del margen anal, mucosa congestiva, con úlceras cubiertas por fibrina. Divertículos múltiples en sigma. Recto y resto del colon sin lesiones. Biopsia: Mucosa con patrón glandular conservado, erosiones aftoides, presencia de folículos linfáticos hiperplásicos en lámina propia (Simil Crohn). Recibió ciprofloxacina y metronidazol 3 días vía IV y 7 días VO con remisión de los síntomas. VCC de control al mes: Mucosa normal. Divertículos en sigma. Persiste asintomático tras 7 meses de seguimiento. **CONCLUSIÓN:** Las lesiones endoscópicas y las alteraciones histológicas de la colitis segmentaria asociada a diverticulosis remedian las de las enfermedades inflamatorias del colon (CU y Crohn) por lo que es fundamental que los endoscopistas den al patólogo una descripción detallada de los hallazgos macroscópicos aclarando especialmente el compromiso segmentario, la presencia de

CC/P-08

HISTOPLASMOSIS DEL ORIFICIO APENDICULAR EN PACIENTE INMUNOCOMPETENTE

Hinostroza Dueñas, FX(1); Parissi, B(2); Loor, M(3); Gonzales, B(2)
(1)Hospital IESS- CHONE-ECUADOR (2)Hospital Ramos Mejía (3)Hospital Oncológico Solca-Manabí

Paciente masculino de 32 años de edad ecuatoriano, zona Urbana, refiere dolor en Fosa Iliaca Derecha de aproximadamente 2 meses de evolución, de intensidad moderada, diarrea crónica sin moco, sin sangre, relacionada con la ingesta de alimentos, niega vómitos, fiebre o equivalentes, los síntomas se intensificaron durante la última semana a la consulta. Hto: 49% - Hb: 15,6 mg/dl - Plaquetas: 222.000 mm³ - Quick: 81%, Proteínas Totales: 6,4 g/dl (VN 6,6-8,7) - Albúmina 3,7 g/dl (VN 3,4-4,8) GB: 9500 mmm³, Eosinófilos: 4%, Serología HIV (negativa), IgE 283 UI/L (VN 0-100) - Widal (Negativa)- Proteus (negativo), Urocultivo (negativo), 3 coproparasitológicos (negativos) - Hemocultivo(-) Colonoscopia: Se llega hasta ciego, a nivel del orificio apendicular lesión vegetante, friable que ocupa en su totalidad la circunferencia apendicular, resto de la mucosa colónica es de aspecto normal, VEDA: Gastritis Eritematosa Corporo-Antral, Rx Estándar de Tórax: Normal, TAC: Sin Patología alguna, Ecocardiografía: Dentro de los límites normales, Ecografía Abdominal:Barro Biliar. Biopsia de Lesión Vegetante, Friable del Orificio Apendicular 1) Mucosa de Intestino Grueso con edema y moderado Infiltrado Inflamatorio Linfoplasmocitario y de numerosos histiocitos que se extienden en toda la lamina propia con presencia de grupos de esporas en el interior de su citoplasma(HyE-40X).2) Se observa mucosa de colon con leve infiltrado linfoplasmocitario con focos de agregados de histiocitos con esporas en su interior 3) Imagen de Colonoscopia, detalle del orificio apendicular, con lesión vegetante, friable. 4) Imagen Colonoscópica de lesión vegetante. COMENTARIO: El interés de esta presentación es poner de relieve la necesidad de reevaluar a todo paciente con diarrea crónica prolongada aún inmunocompetente, en la cual la histoplasmosis primaria gastrointestinal no es común y en la mayoría de las circunstancias se presenta en el contexto de una enfermedad diseminada en hospederos inmunosuprimidos, resultando muy importante analizar las condiciones epidemiológicas del paciente. Conocer los diferentes métodos diagnósticos tales como el cultivo, aunque la colonoscopia es una buena herramienta diagnóstica.

CC/P-10

HAMARTOMA DE BRUNNER COMO CAUSA DE SANGRADO OSCURO OCULTO

Pagliere, N(1); Bosch, J(2); Elsner, B(3)
(1)Unidad de Gastroenterología (Sanatorio Municipal Dr.Julio Méndez. BsAs)
(2)Gedyt.(BsAs) (3)Centro de Patología Dr.Boris Elsner (BsAs). Argentina.

INTRODUCCION: La hiperplasia de las glándulas de Brunner es un hallazgo frecuente en pacientes asintomáticos como nódulo solitario o múltiples menores de 5mm de diámetro en duodeno.El hamartoma de Brunner (HB) es un tumor benigno infrecuente(5% de los tumores duodenales y 11% de las lesiones benignas de intestino delgado), siendo mas frecuente en la quinta a sexta década de la vida, sin predominancia de sexo. OBJETIVO: Presentar un caso poco frecuente de (HB), como causa infrecuente de sangrado oscuro oculto, enfatizando el estudio y tratamiento de estos pacientes. CASO CLINICO: Mujer,75 años, fibrilación auricular anticoagulada, Anemia crónica ferropénica en seguimiento por hematología, sin antecedentes familiares de cáncer. Consulta por anemia ferropénica refractaria. Examen físico sin particularidades.laboratorio:Hcto 29 Hb 9,7 ferremia 15 Saturación 5%,plaquetas normales.Estudios diagnósticos solicitados: SOMFX3+, Serología para E.Celiaca(-) VCC completa hemorroides internas.VEDA en bulbo lesión elevada pediculada de 2cm de diámetro de superficie erosionada con biopsia incaracteristica, por continuar con anemia, se decide polipectomía endoscópica previo manejo de anticoagulación, sin complicaciones.Anatomia patologica: hiperplasia de glándulas de Brunner. Laboratorio posterior Hb 14 HCto 40 SOMFx3(-) ferremia 112. DISCUSIÓN: El HB sería una subvariedad de la hiperplasia de glándulas de Brunner con localización preferencial en bulbo o duodeno proximal y frecuentemente son pediculados. Presenta histología de mucosa duodenal superficial normal con hiperplasia de glándulas de Brunner en mucosa profunda o submucosa. La variedad quística es rara y la transformación maligna es muy infrecuente.El diagnostico puede realizarse con endoscopia, radiología y de ser necesario, ecoendoscopia. En general asintomatico, pero puede manifestarse como anemia, obstrucción intestinal, o hemorragia digestiva, siendo estas indicaciones de resección endoscópica o quirúrgica. CONCLUSIONES: EL HBes un tumor infrecuente de duodeno, mayormente es asintomatico, sin embargo a medida que aumenta su tamaño puede manifestarse con anemia, hemorragia u obstrucción intestinal.En nuestro caso presentamos un caso de HB como causa de sangrado oscuro oculto en paciente anticoagulada, en la cual se decide polipectomía endoscópica por presentar anemia refractaria, con corrección posterior de anemia.

CC/P-09

TUMOR GLÓMICO: UNA ETIOLOGÍA POCO FRECUENTE DE HEMORRAGIA DIGESTIVA OSCURA

Daffra, PR(1); Abecia, VH(1); de los Rios, A(1); Jimenez, DA(1); Pizzala, JE(1); Talamazzi, AR(1); Macías Gomez, CA(1); Piccioni, HL(1); De Paula, JA(1)
(1)Gastroenterología, Hospital Italiano, Buenos Aires, Argentina

INTRODUCCIÓN: Los tumores glómicos sonneoplasias benignas de origen mesenquimal que se originan en el cuerpo glómico de extremidades, siendo la presentación visceral poco frecuente. Clínicamente se pueden presentar con hemorragia digestiva o dolor abdominal inespecífico, pero en general son asintomáticos. REPORTE DE CASO: Presentamos el caso de un paciente de sexo masculino de 50 años sin antecedentes clínicos de relevancia que concurre a la guardia por hematoquezia de 12 hs. de evolución sin compromiso hemodinámico Ingresa con palidez mucocutánea y sonda nasogástrica negativa. Se realiza VEDA donde se observahernia hiatal mínima yVCC la cual presentarestos hemáticos digeridos adheridos a la mucosa, sin lograr evidenciar sitio de sangrado. Se decide realizar tomografía abdominopelviana con técnica de enterotomografía que muestra formación de aproximadamente17 mmde diámetro máximo, hipervascularizada en la fase arterial en la topografía yeyuno-ileal. Al persistir conenterorragia y descenso del hematocrito se le solicita angiografía la cualinforma lesión hipervascular de aspecto tumoral, en ramas de vasos yeyunoileales. Ante estos hallazgos se decide realizar laparoscopia exploradora, identificándose tumoración de aproximadamente 2cm de diámetro rodeada por congestión serosa en intestino delgado a1 mdel Angulo de Treitz. Se realiza resección del tumor con10 cmde intestino delgado con enteroenteroanastomosis termino-terminal. La anatomía patológica informó características morfológicas e inmunofenotípicas vinculables a tumor glómico de pared de intestino delgado. DISCUSIÓN: Los tumores glómicos se originan en el cuerpo glómico, que son shunts arterio venosos fisiológicos que regulan la temperatura y están normalmente ubicados en el lecho subungueal, manos, codos, pies y articulaciones, así como también en otros órganos como vagina, útero, mediastino etc. Su ubicación en el aparato digestivo es poco frecuente, con aprox. sólo 100 casos reportados. La mayoría de los tumores glómicos gastrointestinales son gástricos, siendo menos frecuente su presentación en intestino delgado.Son más frecuentes en mujeres y la edad media de presentación es de 45 años. Puede manifestarse con epigastalgia y hemorragia digestiva, siendo la melena la forma de presentación más frecuente. La cirugía es el tratamiento de elección en estos tumores, requiriéndose resección completa con márgenes libres, sin linfadenectomía. Debido a que el tumor glómico intestinal es una entidad poco frecuente, es importante tener en cuenta esta entidad en pacientes con hemorragia digestiva, ya que su resolución quirúrgica soluciona definitivamente el problema.

CC/P-11

UTILIDAD DE LA VIDEOCÁPSULA ENDOSCÓPICA Y DE LA ENTEROSCOPIA DOBLE BALÓN EN UN PACIENTE CON HEMORRAGIA DIGESTIVA DE ORIGEN OSCURO

Matanó, R(1); De María, J(2); Güidi, M(2); Promenzio, E(2); Ragone, F(2)
(1)Jefe de Servicio de Gastroenterología, Hospital El Cruce, Florencio Varela, Argentina (2)Servicio de Gastroenterología, Hospital El Cruce, Florencio Varela, Argentina

INTRODUCCIÓN: En los últimos años la videocápsula y la enteroscopia doble balón permitieron acceder al estudio endoscópico del intestino delgado, arribando al diagnóstico y tratamiento de patologías que, hasta su aparición, solo podían realizarse por enteroscopia intraoperatoria. Ambos métodos tienen como principal indicación la Hemorragia Digestiva de Origen Oscuro (HDOO) tanto oculta como evidente, y si bien, usadas racional y complementariamente tienen un alto rédito diagnóstico en HDOO, su principal desventaja es la falta de disponibilidad en el sector público y su costo elevado. OBJETIVO: Comentar, a través de un caso clínico, la utilidad de la videocápsula endoscópica y la enteroscopia doble balón en la HDOO y reportar un caso de baja prevalencia. PACIENTE: Masculino de 73 años derivado a nuestro hospital por HDOO Evidente (episodios de melena a repetición, en ocasiones con descompensación hemodinámica y estudios endoscópicos alto y bajo negativos para lesiones sangrantes). Examen físico: palidez cutaneo-mucosa, abdomen sin particularidades, tacto rectal negativo para sangrado, compensado hemodinámicamente. Estudios complementarios: Hematocrito 23%, Hemoglobina 6,2 gr/dl, Angiografía digital de Arterias Aorta Abdominal, Tronco Celíaco, Mesentéricas Superior e Inferior sin evidencias de sangrado. Videocápsula endoscópica: En cuadrante superior derecho, lesión úlcero-vegetante que ocupa gran parte de la luz, sin sangrado activo. Enteroscopia doble balón (anterógrada): lesión vegetante ulcerada a 250 cm. Se biopsia. Laparoscopia: Múltiples lesiones tumorales en ID, siendo la mayor de 10 cm de diámetro. Se convierte. Se constatan tres lesiones a 30, 150 y 300 cm de la válvula ileocecal y otras cuatro lesiones en granos de arroz, subserosas, a nivel de ileon distal y ciego. Anatomía Patológica: Proliferación sólida multinodular y entrecruzamiento fascicular (patrón reticulínico mesenquimático), núcleos redondeados afusados, citoplasma eosinófilo débil, fibras skenoides (PAS +), patrón vascular prominente, moderado pleomorfismo celular. Inmunohistoquímica: CD 34, CD 57, CD 117 y S-100 positivos. Índice mitótico > 5 M x 50 CGA. DIAGNÓSTICO: GIST Maligno de ID Múltiple. CONCLUSIONES: El estudio de patologías de ID continúa siendo un desafío. Hoy contamos con estas dos herramientas que permiten alcanzar y agilizar el abordaje diagnóstico-terapéutico de casos como el planteado. Los GISTs son raros tumores estomales y representan el 1-2% de los tumores malignos gastrointestinales. El ID es el 2° lugar de aparición en frecuencia. Generalmente son lesiones únicas y

CC/P-12

ABSCESO RETROFARINGEO: CAUSA POCO FRECUENTE
De Faveri, MR(1); Santos, C(1); Alach, JE(1); Crispiani, RM(1); De Maria, J(1); Cocozzella, D(1); Ventura, A(1); Chavero, P(1); Villaverde, A(1)
(1)Servicio de Gastroenterología, Hospital Italiano, La Plata, Argentina

INTRODUCCIÓN: El absceso retrofaríngeo se caracteriza por la infección entre la pared posterior de la faringe y la fascia prevertebral; es una patología poco frecuente, originada por infecciones de vías respiratorias altas en niños o por lesiones de cuerpos extraños en adultos. La presentación clínica y los estudios por imágenes (radiología lateral de cuello y tomografía computada) permiten realizar el diagnóstico. El tratamiento antibiótico temprano y el drenaje quirúrgico evitan complicaciones potencialmente letales. **OBJETIVO:** Dar a conocer un caso clínico de una causa poco frecuente de absceso retrofaríngeo en adulto. **MATERIALES Y MÉTODOS:** Paciente de 54 años que ingresa por guardia 24 horas después de la ingesta de un cuerpo extraño (alimento duro tipo tostada) presentando dolor y tumefacción de la región latero cervical derecha, acompañado de odinofagia y sialorrea. La radiología de cuello y la endoscopia digestiva alta fueron normales, el examen ORL no fue concluyente y el laboratorio de guardia presentaba 17300 leucocitos (80% neutrófilos). Se realizó ecografía de partes blandas de cuello que mostró imagen hipoecoica con múltiples ecos puntiformes de 3x2.8cm de diámetro. La TAC de cuello y tórax identificó burbujas aéreas en tejidos blandos del cuello de ubicación periesofágica y lateroposterior a la laringe. Comenzó tratamiento endovenoso con clindamicina, cefotaxima y metilprednisolona realizándose el drenaje del absceso vía cervicolaral a las 48 horas. **RESULTADOS:** La paciente presentó buena evolución otorgándose el alta a los 16 días. **CONCLUSIÓN:** Las lesiones de tráquea o esófago por cuerpos extraños, como en este caso, son poco frecuentes en la práctica clínica. Los síntomas más frecuentes son tumefacción dolorosa del cuello, disfagia, odinofagia, fiebre, sialorrea y disfonía. La radiografía lateral de cuello y la TAC cervical son los métodos diagnósticos más precisos. La endoscopia alta es útil ante la sospecha de cuerpo extraño que no es detectado por las otras técnicas mencionadas. La complicación más común para todos los grupos de edad es la infección de la vía aérea por aspiración de pus. La resolución espontánea del absceso es poco común, necesitando terapia antibiótica intravenosa y drenaje quirúrgico.

CC/P-14

USO DE STENT EN ESTENOSIS ESOFÁGICA BENIGNA REFRACTARIA EN PEDIATRÍA
Riga, C(1); Fonseca, A(2); Depetri, L(1); Quinteros, E(1); Petri, V(1)
(1)Servicio de Gastroenterología, Hospital de Niños de la Santísima Trinidad, Córdoba, Argentina (2)Servicio de Cirugía, Hospital de Niños de la Santísima Trinidad, Córdoba, Argentina

INTRODUCCIÓN: Las estenosis esofágicas en pediatría, constituyen una complicación severa en diversas patologías como: RGE, ingestión de cáusticos, malformación congénita, etc. Existen diversas alternativas terapéuticas como: Dilataciones (Balón, Bujía), cortes radiados, prótesis esofágicas y fármacos. La cirugía de reemplazo estaría indicada en aquellas refractarias al tratamiento anterior. **OBJETIVO:** Presentación de un paciente pediátrico con resolución no quirúrgica de Estenosis Refractaria Benigna. **CASO CLINICO:** Niña de 3 años que en Septiembre del 2010 presenta lesión esofágica severa por ingesta de soda cáustica. Evolucionó a las 3 semanas con estenosis puntiforme en esófago medio de 1 cm de longitud. La misma fue tratada con sesiones de dilatación con Balón, persistiendo estenosis de igual severidad. Por esto se coloca, luego de dilatar estenosis, Stent esofágico siliconado autoexpandible de 80 mm de longitud por 18 y23 mm de diámetro en cada extremo. En el post operatorio la niña presentó dolor torácico leve y vómitos durante las primeras 48 hs que cedieron con medicación antiemética. A los 20 días del alta reingresa por cuadro febril, disfagia y rechazo del alimento. Se le realiza endoscopia observando granuloma en extremo distal de la prótesis y absceso que se drena endoscópicamente. Recibió tratamiento antibiótico por 7 días con buena evolución clínica y buena aceptación del alimento a 7 semanas de colocado el stent. Se encuentra pendiente la extracción del mismo al cumplimentar el tiempo requerido. **CONCLUSIÓN:** En estenosis esofágica benigna refractaria, el tratamiento conservador es de elección, por lo que creemos que la utilización de stent esofágicos debería ser tenida en cuenta como alternativa terapéutica.

CC/P-13

INFRECUENTE COMPLICACIÓN DE COLOCACIÓN DE STENT ESOFÁGICO AUTOEXPANDIBLE
Herrera Babot, G(1); Alemán, M(1); Garrocho Machado, C(1); Gianiodis, E(1); Meuli, F(1); Heredia, G(1)
(1)Hospital Centro de Salud Z.Santillán-Tucumán-Argentina

INTRODUCCIÓN: Los stents autoexpandibles esofágicos se han convertido en una de las mejores opciones para el manejo paliativo de la disfagia maligna. Actualmente su uso es cotidiano y aceptado en todo el mundo con muy buenas resultados y pocas complicaciones. **OBJETIVOS:** mostrar complicación infrecuente de la colocación de stent esofágico autoexpandible. **CASO CLÍNICO:** paciente del sexo masculino de 70 años de edad con diagnóstico de Ca de techo gástrico avanzado que compromete cardias y tercio distal de esófago con disfagia grado 3. Se decide colocación de Stent esofágico autoexpandible paliativo. **MÉTODOS DIAGNÓSTICOS:** Se realiza videoendoscopia se observa Ca de techo gástrico que compromete cardias y avanza2 cm hacia proximal de cambio mucoso que se logra franquear evidenciándose extensión total de5 cm. Se pasa guía hidrófila de 0,035 pulgadas por 2 mts de largo. Se usa Videoendoscopio flexible standar, stent autoexpandible 10 x8 cmde cobertura y20 mmde diámetro expandido, se pasa guía por ésta, se coloca stent y se libera bajo visión endoscópica directa en paralelo. Se libera stent con correcta expansión del mismo, al retirar sistema introductor en el sitio proximal del stent se ataca el mismo con desplazamiento del stent a la tracción. A la visión directa se comprueba hilo extractor enredado en la oliva distal del sistema introductor. Con pinza de cuerpo extraño diente de ratón se traba oliva y se tracciona sistema desprendiéndose la misma y desenredándose el hilo, posteriormente la oliva se desliza entre la pared esofágica y el stent, extrayéndola finalmente con canastilla de Dormia. **CONCLUSIONES:** Se presenta complicación de colocación de stent infrecuente que se resuelve con éxito gracias a visión endoscópica .

CC/P-15

CUERPOS EXTRAÑOS ESOFÁGICOS. ANÁLISIS DE NUESTRA EXPERIENCIA
Alemán, M(1); Herrera Babot, G(1); Garrocho Machado, C(1); Meuli, F(1); Heredia, G(1); Mirolo, G(1); Gianiodis, E(1)
(1)Hospital Centro de Salud Z.Santillán-Tucumán. Argentina.

INTRODUCCIÓN: los cuerpos extraños en Esófago son una de las emergencias que con mayor frecuencia se presenta en los servicios de Endoscopia Digestiva e involucra especialidades como Cirugía, Otorrinolaringología, y Radiología, constituye la 2da indicación de endoscopia alta urgente trasla HDA. Esmás frecuente en niños, en adultos se destacan pacientes, con prótesis dentales, alteraciones mentales y también presos. El tipo de cuerpo extraño y su incidencia varía según la edad de los pacientes. Usando protocolos de manejo inicial y la intervención endoscópica mejora los resultados. **OBJETIVOS:** 1) Determinar la frecuencia de ingestión de cuerpo extraño en el servicio de guardia de endoscopia digestiva; 2) Analizamos las siguientes variables edad, sexo, sintomatología clínica inicial, tipo de cuerpo extraño referido, tipo de ingesta, localización, tratamiento realizado y evolución. **MATERIALES Y MÉTODOS:** Estudio observacional descriptivo de serie de casos en el cual se analizaron pacientes con diagnóstico de ingreso ingestión de cuerpo extraño, asistidos en un servicio de guardia de endoscopia digestiva durante el periodo comprendido Enero2010 a marzo de 2011. Sospecha de impacción menor de 10 días de evolución. **RESULTADOS:** Se incluyeron 177 pacientes; rango de edades 14 - 90 con un promedio de 58.75 años. El 45% hombres; 55% mujeres. La disfagia, sialorrea y odinofagia síntomas más frecuentes los pacientes se presentaron al hospital entre2 a72 horas del inicio de los síntomas y la videoendoscopia se les realizó dentro de las 12 horas siguientes al ingreso. El sitio más frecuente de impacción fue el esófago superior con un 58%, hipofaringe 32%, esófago medio 10% ,las espinas de pescado(29casos) fueron el tipo de cuerpo extraño más frecuente, huesos de pollo (26), prótesis dentaria (20)tipo de ingesta 164 casos de forma accidental y 13 voluntaria, en el 60 % se encontró el cuerpo extraño. En 105 casos los cuerpos extraños fueron extraídos por videoendoscopia digestiva alta con sedación usando propofol .Se utilizó pinza de cuerpo extraño, 2 casos requirieron esofagoscopia rígida por el servicio de cirugía, un caso se complicó con perforación esofágica que requirió cuidados intensivos, otras complicaciones desgarrs y erosiones de mucosa. En 70 casos no se encontró el cuerpo extraño. **CONCLUSIONES:** Se observó en un servicio de endoscopia digestiva que se presentaron un gran numero de casos con ingestión de cuerpo extraño. Usando protocolos de manejo inicial, y el uso de videoencoscopio flexible se obtienen mejores resultados y escasas complicaciones.

Cuerpos Extraños

CUERPOS EXTRAÑOS	
Espinas de pescado	66
Huesos de pollo	46
Prótesis dentaria	23
bolo alimenticio	15
Agujas-alfiler	5
Mango de tenedor	4
Huesos de vaca	4
Hoja de afeitar	3
Palos de oregano	3
Vidrios	3
Piercing	1
Anillo	1
Cuero de cerdo	1

CUERPOS EXTRAÑOS SEGUN GENERO	
Mujeres	98
Hombres	79
Total	177
TIPO DE INGESTA	
Accidental	164
Voluntaria	13

CC/P-16

POLIPO GASTRICO SANGRANTE: LA LIGADURA ENDOSCOPICA, UNA ALTERNATIVA TERAPEUTICA

Bucciarelli, F(1); Resial, M(1); Pratto, D(1); Levin, A(1); Wulfson, A(1)

(1)Servicio de Gastroenterología, Hospital de Emergencias Dr. Clemente Álvarez, Rosario, Argentina

INTRODUCCIÓN: Con incidencia estimada del 1–8%, los pólipos gástricos, en su mayoría asintomáticos, son en el 90% hallados incidentalmente durante una endoscopia digestiva alta. Cuando se manifiestan clínicamente lo hacen, a raíz de su tamaño y/o localización y características microscópicas, a modo de anemia ferropénica, hemorragia digestiva, obstrucción del tracto de salida gástrico o con síntomas inespecíficos. Se describen una gran variedad de lesiones polipoides, pudiendo clasificarlas en pólipos epiteliales e intramurales no epiteliales, siendo más frecuentes, entre los primeros, los de glándulas fúndicas, hiperplásicos y adenomatosos. La importancia de conocer sobre su diagnóstico y manejo radica en la posibilidad de malignización y asociación con cáncer gástrico sincrónico y metacrónico. El manejo debe incluir tipificación histológica y evaluación de displasia. El estándar de oro, polipectomía endoscópica, cuando es posible, está indicado ante un pólipo con displasia o sintomático. Hoy se describen distintas técnicas de resección y, para prevenir o tratar complicaciones de la polipectomía, Lo et al. describió la ligadura con bandas elásticas sin polipectomía con asa. El procedimiento genera, cambios macroscópicos progresivos, congestión, cianosis, que terminan en necrosis avascular de la lesión, con la ventaja de ser aplicada aun en lesiones sangrantes con hemostasia exitosa. Las desventajas, no puede hacer el diagnóstico histológico de todo el pólipo, utilidad limitada en lesiones grandes y controversial aplicación en pólipos con transformación maligna. **OBJETIVO:** Presentar caso de pólipo gástrico adenomatoso sangrante tratado con una técnica, inusual, que combina resección y hemostasia. **CASO CLÍNICO:** Varón, 80 años, anticoagulado, melena, síncope y anemia. **VEDA:** lesión polipoidea antral prepilórica que prolapsa a duodeno, con babeo hemático. Se realiza inyección con adrenalina 1/10000 y se interna al paciente. A la semana, la misma lesión con sangrado espontáneo, necrosis de la porción cefálica y vaso central con coágulo fresco. Se efectúa ligadura con banda elástica en forma satisfactoria, sin complicaciones ni resangrado. Se envía fragmento del pólipo a anatomía patológica: proliferación adenomatosa, polipoide, superficial, con displasia arquitectural y citología de alto grado. Al mes, lesión elevada, con cicatriz central, en antro distal y canal pilórico. Estudio anatomopatológico, mucosa gástrica atrofica con cambios degenerativos – reactivos asociados a metaplasia intestinal y focos de transformación adenomatosa con displasia leve. Evolucionó favorablemente y se indicó control endoscópico en 6 meses. **CONCLUSIÓN:** La ligadura con bandas es una alternativa terapéutica sencilla y segura para el tratamiento de pólipos gástricos sangrantes inferiores a 10 mm de diámetro. De ser factible debiera realizarse, en el mismo procedimiento, una biopsia previa a la ligadura y, luego, un seguimiento endoscópico con biopsia en el sitio de implantación.

CC/P-18

TRATAMIENTO ENDOSCÓPICO DE ECTASIA VASCULAR ANTRAL GÁSTRICA (GAVE) CON LIGADURA CON BANDAS ELÁSTICAS

Miconi, D(1); Diez, G(1); Galletto, P(1); Aubone, MdV(1); Moliner, C(1); Orsini, P(1); Curciarello, JO(1); Calzona, MC(1); Girotti, C(1)

(1)Higa Rossi, La Plata, Argentina

INTRODUCCIÓN: La GAVE se caracteriza por ectasia vascular de la mucosa y submucosa gástrica, siendo causa infrecuente de hemorragia digestiva alta no variceal (4%), de patogenia desconocida. Se han propuesto tres teorías: mecánica, autoinmune y hormonal. Es más frecuente en mujeres de edad avanzada, M/F 1:3. La asociación más frecuente es con enfermedades autoinmunes, particularmente las del tejido conectivo, le siguen la cirrosis, la hipertensión portal, insuficiencia renal crónica, etc. Se han descrito dos patrones endoscópicos: uno consiste en la presencia de lesiones lineales eritematosas o hemorrágicas que confluyen hacia el píloro, localizadas más comúnmente en antro (Watermelon stomach), y otro, menos conspicuo, caracterizado por lesiones puntiformes de tamaño variable dispersas (Honeycomb stomach). Los cambios histológicos característicos de la GAVE son ectasia vascular en mucosa y submucosa, hiperplasia fibromuscular de la lámina propia y trombos intravasculares de fibrina. Tratamientos: Médico, Quirúrgico y Endoscópico. Este último consiste en terapias térmicas con láser, electrocauterio y coagulación con argón plasma; comunicaciones de los últimos años demuestran que la ligadura con bandas elásticas es superior a los métodos térmicos con respecto al número de sesiones requeridas, al cese del sangrado, requerimientos de transfusiones, número de hospitalizaciones y tasa de morbilidad. **OBJETIVO:** comunicar un caso con una enfermedad poco frecuente en la práctica gastroenterológica, tratado con ligadura con bandas elásticas. **CASO:** Varón de 66 años. MC: anemia. EA: astenia, disnea y angor ante esfuerzos mínimos de 3 años de evolución, requiriendo periódicamente internaciones para reposición de hierro intramuscular y transfusiones de sedimento globular, es derivado al Servicio de Gastroenterología para exámenes endoscópicos a fin de descartar pérdidas sanguíneas del tracto gastrointestinal. Antecedentes personales: esclerodermia, hipertensión arterial. Hemograma: hb 8 gr/dl, ht 27%. VCC normal. **VEDA:** lesiones eritematosas lineales sobrelevadas confluentes hacia el píloro, patrón endoscópico compatible con GAVE, variedad estriada. Se realizó ligadura endoscópica con bandas elásticas. Se realizan dos sesiones endoscópicas, objetivándose franca mejoría de los parámetros clínicos y de laboratorio. Evolucionó sin intercurencias y actualmente se encuentra bajo control clínico en forma ambulatoria. **CONCLUSIONES:** la presentación de un único caso nos inhabilita para sacar conclusiones definitivas, no obstante y coincidiendo con estudios controlados de los últimos años, la terapia con bandas elásticas es segura y efectiva para tratar la GAVE sintomática. Destacar la asociación con esclerodermia en este caso, tal como ya fuera descrito. Abogar para que esta entidad sea considerada en el diagnóstico diferencial de las anemias.

CC/P-17

MANEJO ENDOSCOPICO DE BEZOAR GASTRICO, COMPLICACION POCO FRECUENTE EN CIRUGIA BARIATRICA

Millapel, MD(1); Caiña, D(1); Perez Grassano, D(2)

(1)Centro Municipal de Obesidad y Enfermedades Metabólicas “Dr. Alberto Cormillot”. Malvinas Argentinas. Buenos Aires. (2)Ambito Privado

INTRODUCCIÓN: El bezoar consiste en la formación de un cuerpo extraño de material parcialmente digerido o no digerido en el tracto gastrointestinal. Según su composición se distinguen básicamente 2 grupos: el fitobezoar (compuesto por plantas o residuos alimentarios) y el tricobezoar (originado por la ingestión de pelo, principalmente en pacientes psiquiátricos). El bezoar como causa de obstrucción en el remanente gástrico parece ser una complicación muy infrecuente de morbilidad postoperatoria en estos pacientes, pues en la bibliografía internacional sólo se citan casos anecdóticos. **CASO:** Paciente 54 años, sexo femenino con antecedentes de obesidad mórbida (peso 148; talla 1,65; IMC 54) . En febrero 2010 se realizó By Pass Gástrico Laparoscópico. Evolucionó sin complicaciones y en buenas condiciones generales logrando un efectivo y progresivo adelgazamiento de hasta 55kg (IMC 34). En marzo 2011 presento dolor abdominal epigástrico inespecífico, sensación de plenitud , vómitos líquidos a repetición. Examen físico, regular estado general, afebril, abdomen levemente distendido, doloroso en epigastrio sin defensa ni reacción peritoneal, rha (+), eliminación gases (+), catarsis diarreica. Se planteó el diagnóstico de obstrucción alta, secundaria a estenosis de la anastomosis. La endoscopia demuestra: masa sólida irregular, blanca amarillenta y redondeada, de unos 7 cm de diámetro, que se movilizaba en el remanente gástrico al contacto con el endoscopio. Se Procede a la fragmentación del bezoar con canastilla de Dormía. Evolución favorable, alta al día siguiente. **CONCLUSIÓN:** El bezoar es una complicación poco frecuente de la cirugía bariátrica: se estima que puede aparecer en el 1,8% de los pacientes intervenidos. se observan más frecuentemente en pacientes sometidos a gastrectomías parciales, en especial cuando se asocian a vagotomía. En estos pacientes la hipoclorhidria, la disminución de la peristalsis gástrica y la masticación incompleta de alimentos son los factores que predisponen a esta complicación. La aparición de los síntomas es generalmente tardía (por lo común, mas allá de los 6 meses de la cirugía). El diagnóstico en estos pacientes se basa en la sospecha clínica, ya que habitualmente puede confundirse con la estenosis relativa de la anastomosisgastroeyunal. La endoscopia confirmara el diagnóstico y permitiría mismo tiempo su extracción, con la consiguiente e inmediata desaparición de los síntomas

CC/P-19

TECNICA DE EXTRACCION DE PROTESIS ESOFAGICA AUTOEXPANSIBLE COLOCADA POR PERFORACION ESOFAGICA

De Maria, JC(1); Promenzio, EM(1); Ragone, FJ(1); Guidi, M(1); Matano, RF(1)

(1)Servicio de Gastroenterología Hospital El Cruce Fcio. Varela Bs. As. Argentina.

INTRODUCCIÓN: La perforación esofágica puede ser primaria en un 15 % pero en un 85 % se debe a causas secundarias, siendo la mas frecuente los procedimientos endoscópicos. El pronostico de estos pacientes depende del momento de reconocimiento, y de la localización y patología de base del paciente. Uno de las claves del tratamiento es el cierre del orificio por vía endoscópica, a través de prótesis o clips, o quirúrgico. El tratamiento endoscópico con stent se acompaña de buenos resultados pero no hay consenso en la literatura sobre el tiempo y la técnica a utilizar para su remoción. **OBJETIVO:** Reportar una complicación endoscópica y describir la técnica utilizada para su resolución. **CASO CLÍNICO:** Paciente de 85 años derivada por litiasis coledociana para realización de colanpancreatografía retrógrada endoscópica (CPRE). CPRE Y COLOCACIÓN DE PRÓTESIS: Durante la duodenoscopia impresiono desgarró mucoso esofágico. Se realiza video esofagogastroduodenoscopia constatando perforación de alrededor de 10 mm a 36 cm de la arcada dentaria. Por debajo de la misma presentaba hernia hiatal y esofagitis grado II. Se coloca stent autoexpandible con cobertura de 150 mm y 20 mm de diámetro sellando el orificio y se deja sonda para alimentación enteral. **EVOLUCIÓN:** Se indica internación en cuidados intensivos, ayuno, antibióticos y consulta con cirugía. La paciente evoluciona favorablemente. CPRE II: Un mes después del primer procedimiento, se realiza CPRE a través de la prótesis, con papilotomía y extracción de múltiples litiasis coledocianas. Se observa reacción hiperplásica en la copa inferior de la prótesis y no se logra retirar con la técnica convencional. **EXTRACCIÓN DE LA PRÓTESIS:** Se realiza nueva endoscopia a las dos semanas, observando crecimiento tisular en ambas copas y mediante otra técnica endoscópica se logra extraerla. **TÉCNICA ENDOSCÓPICA DE EXTRACCIÓN:** 1- Dilatación neumática esofágica con balón de 20 mm sobre el stent para liberarlo del tejido hiperplásico. 2- Utilización de un duodenoscopio para identificación de nylon entre los alambres de la copa inferior. 3- Introducción de alambre guía a través de los mismos y uso de asa para atrapar el extremo del alambre y formar una jareta como maniobra extracanal. 4- Tracción con alambre guía para cerrar la copa inferior 5- Introducción de pinza de cuerpo extraño a través del endoscopio para tracción desde la copa inferior. 6-Extracción de la prótesis. **EVOLUCIÓN:** Se realiza tránsito con hidrosoluble post procedimiento sin evidencia de fuga, presenta evolución favorable luego de la remoción, sin presentar disfagia. **CONCLUSIÓN:** En el presente caso se describe una técnica de extracción de prótesis utilizando endoscopio de un solo canal no citada en la bibliografía consultada a la fecha.

CC/P-20

SÍNDROME DEL “SUMIDERO”: A PROPÓSITO DE UN CASO, RESUELTO POR CPRE

Viscardi, J(1); Souto, G(1); Di Paola, L(1); Sala Lozano, A(1); Curvale, C(1); Jean-
not, J(1); Padin, L(1); Brodersen, C(1)

(1)Unidad de Gastroenterología. Hospital Carlos G. Durand, CABA, Argentina

INTRODUCCIÓN: El síndrome del sumidero, o “sump syndrome”, se define como una complicación alejada e infrecuente de las derivaciones biliodigestivas quirúrgicas, que resulta en el acúmulo de detritus, bilis y formación de cálculos en el colédoco “no funcionante”. Puede causar colestasis, colangitis y pancreatitis aguda. **OBJETIVOS:** Presentar un caso clínico endoscópico del síndrome del “sumidero” manejado en nuestra Institución, una entidad considerada infrecuente en los últimos tiempos. **CASO CLÍNICO:** Paciente de 73 años con antecedentes de DBT II controlada, colecistectomizada por litiasis vesicular y con derivación biliodigestiva tipo coledocoduodenostomosis en 1978 por coledocolitiasis. Presenta en Noviembre y Diciembre de 2010 episodios de ictericia intermitente y dolor abdominal tipo cólico, que resuelven en forma espontánea. Se realiza laboratorio que muestra patrón leve de colestasis. Ecografía que evidencia vía biliar extrahepática dilatada, TAC de abdomen con aerobilia y Colangiorresonancia con presencia de múltiples litos en hepatocolédoco. Se realiza CPRE en Febrero 2011: se logra abordaje de colédoco no funcionante por la papila, donde se extraen múltiples litos y abundante barro biliar; luego se accede por sitio de anastomosis en Bulbo duodenal, donde se constata litos coledocianos que se eliminan con balón de extracción, previa dilatación de la boca anastomótica. La paciente evoluciona sin complicaciones, con normalización completa del laboratorio y asintomática al cabo de 4 meses de seguimiento. **DISCUSIÓN:** El “sump syndrome” es raramente visto en estos tiempos. Es una complicación alejada de las derivaciones biliodigestivas, preferentemente de la coledocoduodenostomosis. Su etiopatogenia radicaría en la acumulación de detritus, barro biliar e inclusive alimentos, a nivel del colédoco no funcionante, es decir el trayecto del conducto biliar entre la anastomosis laterolateral y la papila. Esto permite la formación de cálculos en la vía biliar. Clínicamente puede manifestarse con cólicos biliares, colestasis, colangitis y, menos frecuentemente, pancreatitis aguda. En el presente caso, el abordaje por CPRE tanto del hepatocolédoco a través de la anastomosis como de la vía biliar distal remanente resultó exitoso para la extracción de la litiasis biliar. **CONCLUSIONES:** La CPRE es un procedimiento seguro y considerado de gran utilidad para las complicaciones de la cirugía de la vía biliar. En este caso presentamos su eficacia en el tratamiento del síndrome del “sumidero”, una entidad rara.

CC/P-22

POLIPO JUVENIL COLONICO CON CANCER INTRAMUCOSO EN POLIPOSIS JUVENIL COLONICA

Pagliere, N(1, 2); Ratto, R(1, 3); Santilli, JP(1, 3); Marzano, C(1, 2)

(1)Sanatorio Municipal Dr. Julio Méndez. BsAs (2)Unidad de Gastroenterología (3)Unidad de Anatomía Patológica. Argentina

INTRODUCCION: La poliposis juvenil (PJ) familiar fue descripta por primera vez por Mc Coll en 1964, es una enfermedad rara con herencia autosómica dominante y expresividad variable. Puede afectar estomago e intestino delgado aunque es mas común en colon, con riesgo de cáncer colonico del 17%- 68%. La poliposis juvenil colonica(PJC) es un subtipo de (PJ) familiar con riesgo de cáncer colonico del 36%, sin embargo los pólipos juveniles esporádicos no tienen potencial maligno. **OBJETIVO:** Presentar un caso infrecuente de polipo juvenil colonico, resaltando su transformación en cancer intramucoso, en contexto de PJC. **CASO CLINICO:** Mujer, 51 años, obesa, LES sin tratamiento, que consulta por hematoquezia y dolor abdominal. Examen físico sin particularidades. Laboratorio:Hb 10,1 Hcto 34,3 plaquetas y coagulograma normal. VEDA: sin lesiones.VCC hasta ciego.En sigma 2 polipos de 6mm subpediculados que se resecan.(pólipos juveniles) A 20cm pólipos pediculado 2,5cm que se reseca.(pólipos juveniles con áreas de adenoma con displasia de alto grado y adenocarcinoma en 30% de la superficie, márgenes libres).A 15cm y 5cm del margen anal, 2 pólipos pediculados de 8mm y 1 pólipo sessil de 5mm respectivamente que se resecan (pólipos juveniles). Videocapsula sin lesiones. **DISCUSIÓN:** La PJC se puede manifestar por anemia, hemorragia digestiva, diarrea y obstrucción intestinal.Debe cumplir al menos uno de los criterios de Jass. a saber : 1) Mas de 5 pólipos colonicos juveniles 2) Cualquier numero de pólipos juveniles en paciente con historia familiar de (PJ) 3) Múltiples pólipos juveniles en tracto digestivo Los genes involucrados son el SMAD4, BMPRIA, PTEN, con historia familiar de PJ en el 50% de los pacientes.El nuestro es un caso de PJC con un pólipo juvenil con displasia de alto grado y foco de adenocarcinoma en un 30% de su superficie que se reseco (márgenes libres). Completándose el tratamiento con polipectomía múltiple, y vigilancia endoscópica posterior. **CONCLUSIONES:** Se presenta un caso de PJC que cumple un criterio de Jass. Se muestra un caso atípico de transformación de pólipo juvenil con adenocarcinoma intramucoso en acuerdo a la descripción de la carcinogenesis dela bibliografía. Nose realiza test genético por falta de disponibilidad.

CC/P-21

AIRE LIBRE POR PERFORACION POST PAPILOTOMIA ENDOSCOPICA: UN POTENCIAL MOTIVO DE MAL MANEJO TERAPEUTICO

Guerrina, C(1); Resial, M(1); Piombino, D(1); Vicentin, C(1); Levin, A(1); Wulfson, A(1)

(1)Hospital Emergencias Clemente Alvarez - Rosario. Argentina.

INTRODUCCIÓN: La perforación post papilotomía endoscópica (PE) es una complicación infrecuente y seria. El tratamiento es habitualmente médico y la evolución es favorable en las experiencias reportadas. La cirugía sólo está indicada en caso de fleo, peritonitis o colecciones. Un diagnóstico precoz, una adecuada evaluación clínica, ayuno, ATB y eventual SNG, constituyen los pilares del tratamiento. Un diagnóstico tardío por un lado o un exceso quirúrgico agresivo por otro, pueden agravar la evolución. El monto de aire extraluminal, artificialmente exagerado por la insuflación endoscópica a través de una mínima brecha observada en una TAC precoz, generalmente innecesaria, puede inducir a error al presuponer una gran perforación y generar así intervenciones, por lo común innecesarias y contraproducentes. Se describen a continuación 2 casos que ilustran lo antes expuesto. **CASO 1:** Mujer, 30 años, litiasis coledociana y vesicular. Se efectúa CPRE, hallándose litiasis múltiple. Se realiza esfinterotomía y se observa inmediatamente aire libre sin fuga de contraste. Se coloca una prótesis biliar de 7 Fr y se pospone extracción de litos. Se indica ATB de amplio espectro, ayuno, sonda nasogástrica y control radiológico, clínico-bioquímico. Una ecografía informa muy escaso líquido libre. A raíz de dolor abdominal, le realizan a las 6 hs de la CPRE una TAC que muestra abundante aire libre por lo cual se sugiere una laparotomía que se pospone por solicitud de los operadores. Evolución favorable, con disminución del dolor, tránsito conservado y afebril. Al séptimo día se realimenta y es externada luego de ecografía que muestra ausencia de líquido libre y de colecciones. A los 30 días, nueva CPRE con extracción de prótesis y litos, con ulterior colecistectomía. **CASO 2:** Mujer, 74 años. Ictericia obstructiva fría, de causa no determinada. Se realiza CPRE con papilotomía y colocación de prótesis plástica de 10 Fr a raíz de estenosis de tipo neoplásico en hepático común distal probablemente originada en neoplasia vesicular. Se mantiene con ayuno y antibiótico por el procedimiento y en TAC solicitada a las 48 hs para investigación de neoplasia se observa abundante aire libre por lo que se indica cirugía. Previo a la misma, y, consultados los operadores, se suspende la intervención, indicando SNG, continuar ayuno y ATB. La evolución es favorable y la paciente se realimenta a los 7 días sin ulterioridades. **CONCLUSIÓN:** Se describen dos casos en los que la gran cantidad de aire libre por perforación post PE, artificialmente exagerada por la insuflación endoscópica, indujo a un potencial exceso terapéutico con consecuencias impredecibles y probablemente desfavorables. Por el contrario, un diagnóstico precoz y un manejo médico prudente condujo a una resolución satisfactoria e incruenta en ambos casos, en concordancia con lo relatado en la literatura.

VC-01

ADENOMA DE PAPILA DUODENAL CON DISPLASIA DE ALTO GRADO: PAPILECTOMIA ENDOSCOPICA

Barrere, AM(1); Baez, E(1); Concetti, H(2); Silva, G(1); Kido, A(1); Curras, A(1)

(1)Servicio de Gastroenterología, Htal Fernandez, CABA, Argentina (2)Fernandez

INTRODUCCIÓN: Los tumores de la papila duodenal son raros con una prevalencia de solo el 0.04% al 0.12%, sin embargo la mayoría de los tumores duodenales se ubican en la papila. Estos pueden ocurrir como lesiones esporádicas o en contexto de poliposis adenomatosa familiar. Las opciones terapéuticas en los tumores benignos de la papila se encuentran en constantes cambios, aunque la resección completa es esencial para el tratamiento curativo. Recientemente la cirugía radical con duodenopancreatectomía ha sido considerada el tratamiento estándar para la curación de las lesiones papilares, aunque dada su morbilidad se la considera muy agresiva para los tumores benignos. Una de las modalidades alternativas para el tratamiento de los tumores benignos de papila es la papilectomía endoscópica, la cual presenta como ventaja ser menos invasiva. Como desventaja se reconoce las complicaciones por el procedimiento, dada su técnica dificultosa y la posibilidad de remoción incompleta especialmente en los tumores de crecimiento intraductal, con una alta frecuencia de recurrencia especialmente en aquellos con displasia de alto grado. **OBJETIVO:** Presentación de un caso de adenoma de papila que requirió tratamiento endoscópico. **MATERIALES Y MÉTODOS:** Paciente sexo masculino de 60 años de edad con antecedentes de ERGE en tratamiento con IBP, HPB por lo cual inicia tratamiento con antiandrogeno (permixon), VCC realizada en 2006 normal y VEDA del 2009 que evidenciaba papila en 2da duodenal de aspecto hipertrofico (A.patol: linfocitosis duodenal leve). En contexto de exacerbación de los síntomas se realiza nueva VEDA que mostro en área de papila duodenal lesión polipoidea multilobulada de aspecto adenomatoso, la cual se biopsia (adenoma tubular con DAG). Se repite VCC que mostro un pólipo sessil de 0.7 x 0.4 mm a 40 cm del margen anal que se extirpo con ansa de polipectomía (A. patológica: Adenoma tubulovelloso con DBG). Para estudio de lesión de papila duodenal se realizo ecoendoscopia que informa lesión limitada a la mucosa por lo que se decide como conducta terapéutica realización de CPRE y extracción de la lesión con técnica endoscópica. **RESULTADO:** Se realizo papilectomía endoscópica (se inyecta la base con solución salina y extracción con ansa de polipectomía, se recupero la pieza y se coloco prótesis plástica de 5 f x 5 cm en wirsung. Presento como complicación posprocedimiento pancreatitis aguda leve que cede a las 48 hs y se recibe resultado de biopsia que evidencia adenoma tubular con displasia de alto grado “carcinoma in situ”, base de resección con banda de quemado de 1m. **CONCLUSIÓN:** El manejo de los tumores de papila duodenal permanece en discusión, debido a la alta morbilidad de la cirugía radical y a la alta tasa de

VC-02

ESTENOSIS ESOFAGICA CERVICAL DE CAUSA INFRECUENTE

Viudez, PJ(1, 2); Stupnik, SJ(1, 2); Osorio Gonzalez, G(1, 2); Raffaelli, C(1, 2); Golub, MV(1, 2); Gerlach Vicencio, R(1, 2)

(1)Unidad de Gastroenterología y Endoscopia Digestiva (2)Hospital General de Agudos "Dr Cosme Argerich". Argentina.

INTRODUCCIÓN: Los anillos y membranas son causas infrecuentes de estenosis esofágica benigna; estos términos han sido utilizados indistintamente en la literatura médica, sin embargo las membranas esofágicas son finas estructuras compuestas por mucosa y submucosa solamente, a diferencia de los anillos que están conformados por mucosa y músculo. **OBJETIVO:** reportar un caso de estenosis esofágica de causa infrecuente. **CASO CLÍNICO:** Paciente de 38 años de edad, con diagnóstico de linfoma Hodgkin estadio II A que recibió 6 sesiones de tratamiento quimioterápico con Adriamicina, Vimblastina, Bleomicina y Dacarbacina. Refiere comenzar 4 meses antes con disfagia progresiva para sólidos y líquidos; se realiza un tránsito esofágico donde se observa una estenosis céntrica del esófago superior con dilatación supraestenótica. En la videogastrosocopia (VEDA) se evidencia a los 20 cm de la arcada dentaria superior (ADS) una estenosis excéntrica hacia hora 9, puntiforme, que impide la progresión del instrumental; se coloca una cuerda guía y se dilata con bujías de Savary; en el control endoscópico se observa una correcta dilatación de la luz del órgano con una mucosa congestiva, edematosa, cubierta de restos de una membrana blanquecina que se extiende 5 cm en sentido distal. El paciente consulta nuevamente por disfagia progresiva a los 3 meses del procedimiento; se efectúa una VEDA donde se observa a los 20 cm de ADS una recidiva de la estenosis que se dilata nuevamente con bujías de Savary; en el control postdilatación se evidencia una mucosa de similares características al primer procedimiento, realizándose biopsia de la membrana, cuyo informe histopatológico demostró epitelio escamoso con acantosis y fragmentos de tejido muscular con histoarquitectura conservada. Consulta a los 30 días con un nuevo episodio de disfagia realizándose un tercer procedimiento de dilatación inyectándose con dexametasona 2 cc por cuadrante. Hasta la fecha el paciente se encuentra con buena evolución clínica y sin disfagia. **CONCLUSIÓN:** Las estenosis esofágicas producidas por anillos y membranas son de observación poco frecuente y pueden afectar al esófago superior, medio e inferior; debiéndose realizar distintos diagnósticos diferenciales: mucosa gástrica ectópica, asociación entre membrana y divertículo de Zenker, reacción injerto contra huésped en el trasplante de médula ósea, epidermolisis bullosa distrófica y recanalización incompleta embriológica del esófago, entre otras patologías. El tratamiento es específico de cada una de ellas e incluye entre otros dilataciones, terapéutica con esteroides, colocación de stent y/o cirugía.

VC-04

SEPTOTOMIA ENDOSCOPICA DE ZENKER CON PAPILOTOMO DE PUNTA, PRESENTACION DE 2 CASOS

Jury, G; Lopez Fagalde, R; Jury, R
Argentina.

INTRODUCCION: el divertículo de Zenker es una patología infrecuente que se produce en el esófago posterior por debajo del cricofaríngeo sobre una debilidad de la pared llamada triangulo de Killian, los pacientes habitualmente se presentan con tos crónica, asma, impacto de cuerpo extraño, halitosis o en los casos severos neumonía aspirativa. La resolución del mismo puede ser quirúrgica o endoscópica. **OBJETIVO:** presentar 2 casos con resolución endoscópica. **PACIENTES:** caso 1: mujer de 86 años con diagnóstico de divertículo de Zenker desde los 76 años, no había presentado síntomas hasta el último año y medio donde comenzó con pérdida de peso, disglusia, y 2 internaciones por neumonía aspirativa, la última con sepsis y fallo multiorgánico, ahí se consulta a nuestro servicio, se realiza videodeglución y se decide realizar septotomía del divertículo utilizando papilótomo de punta para realizar el corte del septo utilizando cap para separación del mismo. Se coloca hemoclip por escaso babeo hemático. Caso 2: paciente de 78 años que consulta por impacto de cuerpo extraño, se realiza endoscopia diagnóstica y terapéutica extrayendo restos de pollo, se indica tratamiento del divertículo al cual la paciente se niega, a los 60 días se reingresa a la pac. con nuevo impacto de cuerpo extraño y luego de la extracción del mismo se recita para realizar septotomía según técnica antes descripta. **RESULTADOS:** las 2 pacientes evolucionaron favorablemente con aumento de peso y desaparición de los síntomas. Control posterior con nueva videodeglución observando vaciamiento de los mismos. No se registraron complicaciones. **CONCLUSION:** la septotomía endoscópica es un método eficaz y seguro para el tratamiento del divertículo de Zenker.

VC-03

BARIATRICA CON SORPRESAS

Gini, G(1); Bourbon, LM(1); Ahumaran, G(1); Haiek, S(1)
(1)Sanatorio Sarmiento San Miguel Buenos Aires Argentina

Paciente masculino de 48 años, que es sometido a cirugía bariátrica por obesidad mórbida, 6 meses antes, en otra institución. Ingresó por vómitos incoercibles de 48 horas de evolución. No se conocen datos quirúrgicos y clínicos por carecer de resumen de historia clínica del centro donde fue intervenido. Solo se conocía que hubo que convertir de laparoscopia a cirugía abierta por hemorragia no controlable mediante el primer abordaje quirúrgico. Desde la cirugía el paciente realizó numerosas consultas en esa misma institución, por dolor y malestar general, que no mejoraban con medicación instituida, agregándose en el último mes, vómitos de alto débito cada 4 días. Se le realizó en ese centro, endoscopia digestiva alta que mostró gastro-yeyunoanastomosis con úlcera aguda de la anastomosis, y se avanzó hasta anastomosis yeyuno yeyunal sin ver otra lesión según informe. Ingresó a nuestro servicio presentando deshidratación, con 120 kg. de peso corporal, habiendo perdido 25 kg desde la cirugía. Se realiza hidratación parenteral con corrección de hiponatremia y se realiza endoscopia diagnóstica. En la misma, se observa anastomosis término-terminal gastro yeyunal, con pequeña úlcera en cicatrización por debajo de ella cuerpo extraño en asa aferente, conformado por una larga compresa de gasa, que ocupaba toda la luz del órgano, llegando hasta la anastomosis yeyuno-yeyunal involucrando al asa aferente por varios centímetros. Se la intenta remover primero con pinza de cuerpo extraño y luego con ansa de polipectomía con resultado infructuoso, debido a que por su gran tamaño no se pudo traspasar la anastomosis, la que presentaba además, grapas de sutura metálica que aumentaban el riesgo de complicaciones por tracción. Se abandona el procedimiento y se deriva para cirugía, realizándose enterotomía que permitió la remoción completa de la compresa de gasa, sin poder demostrar la puerta de entrada de la misma, ni la presencia de trayectos fistulosos. La evolución del paciente fue satisfactoria y fue dado de alta, sin presentar recurrencia sintomática hasta el momento.

VC-05

ARGON PLASMA: COMPLICACIÓN INFRECUENTE, RESOLUCION ENDOSCOPICA

Jury, G(1); Lopez Fagalde, R(1); Reales, J(1); Jury, R(1)
(1)Centro de Estudios Digestivos. Argentina.

INTRODUCCION: el tratamiento de las lesiones vasculares en el tubo digestivo se basa en diferentes técnicas: esclerosis, mecánicas (clips) o más frecuentes térmicas de contacto (pinza caliente, heather probe) o de no contacto (Argón plasma), técnica elegida si uno cuenta con el método por su fácil aplicación y escasas complicaciones. **OBJETIVO:** presentar una complicación infrecuente y su resolución. **PACIENTE:** masculino, 72 años con antecedentes de enfermedad coronaria en tratamiento con clopidogrel y aspirina, consulta a clínica médica por episodios de proctorragia, por la cual se solicita videocolonoscopia, en la misma se observa en fondo cecal abundantes restos hemáticos, que al lavarlos descubren lesiones lineales superficiales (lesiones por aines) y dos lesiones vasculares de 7 mm, se decide tratar con APC y al probar la sonda se apoya contra la mucosa produciendo orificio de 3 mm circular que permite ver la cavidad peritoneal a través del mismo, se colocan 2 hemoclips y se fulguran las 2 lesiones vasculares con APC, se interna el paciente que se estaba realizando VCC por ambulatorio y se constata neumoperitoneo en radiografía de tórax y abdomen de pie. Se inició tratamiento con ATB y se da de alta a las 24 hs. Posterior control por consultorio externo sin complicaciones con suspensión de AAS. **CONCLUSION:** el APC es un método térmico de no contacto con bajo riesgo de complicaciones, pero no está exento de las mismas.

VC-06

APERTURA CON ARGON PLASMA DE PROTESIS AUTOEXPANSIBLES PARA ACCEDER A LA VIA BILIAR

Jury, G(1); Lopez Fagalde, R(1); Jury, R(1)
(1)Centro de Estudios Digestivos. Argentina.

INTRODUCCION: La colocación de prótesis autoexpansibles (PAE) en la vía biliar hoy es el método de elección para paliar la estenosis coledociana por invasión neoplásica en pacientes con probabilidad de sobrevida mayor a los 4 meses. OBJETIVO: mostrar una complicación infrecuente (migración distal parcial) y su resolución con argón plasma. PACIENTES: se presentan 2 casos: 1º caso fem. 46 años, con diagnóstico de tumor mucinoso de páncreas que invadió la vía biliar resuelto con PAE de 80x10 mm descubierta, que en la evolución luego de 6 meses presenta colangitis, se cita para reemplazar nueva prótesis, se observa PAE con migración parcial que ocupa la luz duodenal impidiendo la canulación de la VB, se realiza corte de la PAE con APC ingresando hilo guía y colocando nueva PAE en hilera con la primera por invasión proximal de la lesión. 2º caso pac. masculino ,76 años con sme. coledociano por invasión coledociana por adenocarcinoma de páncreas. Se trata inicialmente con prótesis plástica con respuesta regular al tratamiento (escaso descenso de la bilirrubina y persistencia del prurito), a los 30 días se recita para colocación de PAE , se coloca PAE de 80x10 mm descubierta, el paciente presenta mejoría luego del procedimiento pero persiste con descenso lento de la bilirrubina y prurito intermitente, se controla al mes en consultorio presentando episodio de colangitis dentro del mismo , se medica y se cita para nueva CPRE, donde se observa PAE migrada parcialmente que impide la canulación, se corta la misma con APC, ingresa a la VB y se lava la misma barriendo con balón el barro biliar. RESULTADOS: corte de las PAE con APC logrando acceso a la VB. CONCLUSIONES: el Argón Plasma es una excelente herramienta para cortar Nitinol y en estos casos acceder a la VB.

VC-08

HEMOBILIA MASIVA POR DILATACION ENDOSCOPICA DE ESTENOSIS BILIAR BENIGNA EN HIPERTENSION PORTAL.

Guerrina, C(1); Bucciarelli, F(1); Wulfson, A(1)
(1)Hospital de Emergencias Dr Clemente Alvarez. Argentina.

Varón de 55 años .Lesión quirúrgica de la vía biliar por colecistectomía 6 años antes. Es derivado para CPRE por ictericia obstructiva, hallándose una estenosis de tipo benigno en hepático común distal (Bismuth I). Se dilata con balón de 8 mm y se coloca una prótesis plástica de 10 Fr. Evolución satisfactoria. Es derivado por ictericia, 6 meses después, para recambio de prótesis. Al desinflar balón de dilatación de 10 mm, hemobilia masiva que impide continuar con el procedimiento. Es transfundido con cese espontáneo del sangrado. Una TAC a las 48 horas por distensión abdominal, muestra derrame pleural, ascitis, hígado de tamaño reducido y esplenomegalia. A raíz de colangitis, nueva CPRE a las 96 horas para posicionar prótesis. Se observan varices esofágicas grado I – II y, al pasar guía montada sobre catéter hacia vía biliar intrahepática, se produce un nuevo sangrado intenso. Rápidamente se coloca una prótesis de 10 Fr y es controlado clínicamente, con cese del sangrado. Conclusión. La dilatación de estenosis biliares en pacientes con biliopatía hipertensiva conlleva un riesgo aumentado de hemobilia que se ilustra en este caso con un video.

VC-07

TRATAMIENTO ENDOSCÓPICO EN PERFORACIÓN GÁSTRICA

Imhof, H(1); Burlando, E(1); Pierini, A(1); Pierini, L(1); Gianineti, L(1)
(1)Clínica de Nefrología. Argentina.

INTRODUCCIÓN: La perforación gástrica representa una de las complicaciones más temidas en el tratamiento endoscópico de lesiones mucosas o submucosas, con una incidencia menor al 1 % para las mucosectomías clásicas y del 4 % en las disecciones submucosas. El tratamiento estándar de las perforaciones gástricas es el cierre quirúrgico del defecto, aunque en la actualidad el uso de endoclips endoscópicos, en casos seleccionados, surge como una alternativa viable y efectiva. OBJETIVO: Mostrar un caso de tratamiento endoscópico con endoclips en una perforación gástrica. MATERIAL Y METODO: Presentación de Video. Diseño retrospectivo. CASO: Femenina de 59 años, consulta por epigastralgia mas pirosis, sin respuesta al tratamiento medico, se realiza Videogastroscofia donde se constata en Fundus gástrico lesión elevada, redondeada, móvil al tacto, de aspecto submucoso, de aproximadamente 15 mm. Se realiza Mucossectomía endoscópica, se recupera la pieza y se constata una defecto de continuidad en la pared gástrica de aproximadamente 12 mm., se realiza el cierre del mismo con la colocación de cuatro endoclips, constatando correcta aproximación de bordes. RESULTADO: La paciente evoluciona de manera favorable, sin manifestaciones clínicas. Se indica el alta tras 24 hs. de internación con tratamiento antibiótico endovenoso, más dieta líquida por 72 hs. Anatomía-patológica: Tumor GIST, márgenes libres, índice mitotico menor a 5. Control endoscópico a los meses constando correcta cicatrización. CONCLUSIONES: El uso de endoclips endoscópicos en el cierre de perforaciones gástricas, seleccionadas, representa una alternativa segura y eficaz al tratamiento quirúrgico convencional. El éxito del procedimiento depende del tamaño de la perforación, la detección precoz y la experiencia del endoscopista.

VC-09

TRATAMIENTO ENDOSCÓPICO DE UN HAMARTOMA DE LAS GLÁNDULAS DE BRUNNER CAUSANTE DE UNA HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA.

Bolzan, HE; Miravalle, D(1, 2)
(1)Unidad de Endoscopia. Servicio de Anatomía Patológica. (2)Hospital Municipal de Lincoln "Dr. Rubén Miravalle". Lincoln (B). Argentina

INTRODUCCIÓN: El hamartoma de glándulas de Brunner, también llamado brunneroma, es una proliferación polipoide benigna de las glándulas de Brunner, que fue descrito por primera vez en 1835 por Cruveilhier. Desde entonces se han descrito unos 200 casos en la bibliografía inglesa. Generalmente es asintomático. Pero puede presentarse con un cuadro de hemorragia digestiva alta. OBJETIVO: Presentación de una paciente con un hamartoma de glándulas de Brunner causante de una hemorragia digestiva alta resuelto con terapéutica endoscópica. CASO CLÍNICO: Se trata de una paciente de sexo femenino de 79 años, que consultó por presentar desde hace una semana en forma intermitente evacuaciones con características de melena sin descompensación hemodinámica. No existen datos positivos en los antecedentes personales, heredo-familiares y hábitos. Examen físico se observa una paciente con buen estado general, con palidez cutáneo-mucosa sin otro dato positivo. Laboratorio de ingreso Hto de 28 %, Hb de 10 gr. resto sin datos positivos. Se decide realizar una endoscopia alta observándose en el duodeno una lesión elevada compatible con un pólipo, ubicada en la 2da porción, semipediculada, de 10 mm. de diámetro, con superficie lobulada con sangrado rezumante y coágulos. Se realiza una resección endoscopia de la misma (Polypectomía). Se recogió el espécimen y se lo envió a anatomía patológica cuyo diagnóstico fue Hamartoma de glándulas de Brunner. CONCLUSIÓN: Se presenta un caso de hemorragia digestiva alta causado por un hamartoma de glándulas de Brunner resuelto con terapéutica endoscópica. Se analizan las causas de pólipos duodenales esporádicos y un breve comentario sobre la enfermedad causante.

VC-10

MATRIZ ACELULAR DE CERDO: UNA OPCIÓN NOVEDOSA PARA EL CIERRE DE FÍSTULAS ESÓFAGO-PLEURALES

Chavero, P(1); Correa, G(1); Martínez, H(1); Gonzalez, V(1); Grillo, V(1); Bianchi, E(1); Yantorno, M(1); Villaverde, A(1); Tuffare, F(1); Chopita, N(1); Ligorria, R(1)

(1)Servicio de Gastroenterología. HIGA San Martín, La Plata. Argentina.

INTRODUCCIÓN: El cierre endoscópico de fugas esofágicas como perforaciones, fistulas o dehiscencias de suturas gastrointestinales es técnicamente posible. El éxito del cierre endoscópico depende del método elegido según el tamaño y las características del tejido. Existen diferentes opciones: clips, sutura, adhesivos, injertos (surgisis®), prótesis plásticas y metálicas auto expandibles recubiertas. **OBJETIVO:** Descripción de un caso de fistula postquirúrgica esófago-pleural y su resolución endoscópica mediante la colocación de matriz acelular de cerdo (Surgisis®). **PACIENTE Y MÉTODOS:** Paciente de sexo masculino de 46 años, con diagnóstico de carcinoma epidermoide de tercio medio de esófago, estadio IIa, a quien se le realizó esofagectomía con anastomosis esófago-gástrica cervical. A los 10 días posterior a la cirugía comienza con vómitos biliosos, tos y aumento del débito por el tubo de drenaje torácico. Se realizó estudio radioscópico contrastado que evidenció fuga de contraste por anastomosis hacia cavidad pleural y luego videoendoscopia alta donde se evidencia inmediatamente por debajo del cricofaríngeo, en la anastomosis esófago-gástrica, orificio fistuloso de 3 mm de diámetro. Tras evaluar la situación se decide realizar tratamiento endoscópico con colocación de surgisis®. Se reavivan los bordes del trayecto fistuloso con cepillo de citología y se coloca matriz acelular de cerdo con pinza de biopsias, dispuesta en forma cónica y previamente hidratada, hasta lograr oclusión de la fistula. **RESULTADOS:** Resolución de fistula esófago-pleural en zona de anastomosis esófago-gástrica cervical con colocación de surgisis®. Presentó buena evolución clínica y ausencia de orificio fistuloso en los controles posteriores por videoendoscopia digestiva alta. **CONCLUSIÓN:** El método de cierre endoscópico debe ser elegido de acuerdo a cada paciente. Las diferentes opciones de terapéutica endoscópica para el cierre de fistulas, requieren entrenamiento para su uso. De la correcta elección del método y de la experiencia del operador dependerá el éxito terapéutico. El surgisis® es un método que puede ser indicado para el cierre de fistulas, incluidas las fistulas esófago-pleurales postquirúrgicas. Si bien es un método nuevo y la experiencia es escasa, su empleo está reflejado en reporte de casos.

VC-12

DISECCIÓN ENDOSCÓPICA SUBMUCOSA EN MODELO ANIMAL

García, G(1); Spatola, J

(1)Servicio de Gastroenterología. Clínica La Pequeña Familia. Junin (Bs. As.) Argentina

La disección endoscópica de la submucosa (DES o ESD) es una técnica endoscópica diseñada por autores japoneses a fin de resear lesiones planas de la mucosa y submucosa superficial. Dicha técnica permite la resección de lesiones planas en un solo bloque, a diferencia de la resección endoscópica mucosa (mucosectomía REM o EMR) que en el caso de lesiones mayores de 2 cm requiere muchas veces la resección en piecemeal. Este último tipo de resección presenta mayor tasa de recurrencia local que las lesiones resecaadas en un solo bloque. Esta técnica (DES-ESD) esta ampliamente disponible en Japón pero no así en países occidentales. Su baja disponibilidad fuera de Japón se basa principalmente en que es una técnica intrínsecamente compleja, que demanda mucho tiempo y con mayores complicaciones que la mucosectomía. Otro factor importante en nuestro país es la no disponibilidad comercial de los accesorios específicos para realizar la técnica. Se presenta un caso en donde se muestra la técnica en estómago porcino y se explican las generalidades de la misma.

VC-11

ENFERMEDAD METASTÁSICA GÁSTRICA DE CAUSA INFRECUENTE

Viúdez, PJ(1, 2); Stupnik, SJ(1, 2); Rafaelli, C(1, 2); Osorio Gonzalez, G(1, 2); Golub, M(1, 2); Gerlach Vicencio, R(1, 2)

(1)Hospital General de Agudos "Dr. Cosme Argerich" (2)Unidad de Gastroenterología y Endoscopia Digestiva. Argentina.

INTRODUCCIÓN: Los tumores gástricos metastáticos constituyen una patología excepcional siendo sus focos primarios más frecuentes mama, pulmón y melanoma. **OBJETIVO:** Presentar un caso de enfermedad metastásica gástrica de causa infrecuente. **CASO CLÍNICO:** Paciente de 65 años de edad, tabaquista severo, que ingresa a clínica médica por presentar una lesión elevada de consistencia duro pétreo fija a planos profundos en la calota acompañada de síndrome anémico y de impregnación de aproximadamente un año de evolución. Se realizan como estudios complementarios Rx de cráneo que muestra una imagen a nivel fronto-parietal derecho compatible con una metástasis; Rx de tórax con infiltrado nodular bilateral y basal y una saturación de O₂ del 80%; ecografía doppler abdominal que informa una lesión sólida en el riñón izquierdo de 3 x 3 cm. El paciente evoluciona presentando una hemorragia digestiva alta (hematemesis y melena) con descompensación hemodinámica que requirió transfusiones, con hematocritos seriados de 33 - 26 y 14%. Se realiza una videogastroscoopia observándose a nivel del cuerpo gástrico hacia la cara anterior y la curvatura menor, una lesión vegetante, mamelonada y friable con coágulo adherido y babeo hemático; se lava profusamente con solución fisiológica y se realiza hemostasia endoscópica con electrocoagulación y esclerosis con adrenalina 1:10.000 observándose detención del sangrado; a nivel del antro sobre curva mayor, hacia cara anterior, se evidencian dos lesiones sobrelevadas y umbilicadas de aproximadamente 1 cm de diámetro que se biopsian; el estudio anatomopatológico reveló un adenocarcinoma pobremente diferenciado con extensas áreas de ulceración superficial. **DISCUSIÓN:** Las metástasis gástricas tienen una baja incidencia que oscila entre el 0.2 y 0.7%. La enfermedad metastásica gástrica secundaria al carcinoma de células renales es una entidad poco frecuente con 11 casos descriptos en la literatura mundial hasta el año 2005, que habitualmente se presenta en forma metacronica, siendo su probable vía de diseminación la linfática y/o hematogénica. Presentamos en esta comunicación un caso de metástasis gástricas múltiples sincrónicas de un adenocarcinoma renal, que se manifiesta con una hemorragia digestiva alta y que requirió terapéutica endoscópica.

VC-13

APORTE DE LA ENTEROSCOPIA EN UN CASO DE SÍNDROME DE PEUTZ JEGHERS

Blanco, R(1); Fuentes Q., J(1); Molina, C(1); Báez, E(1); Concetti, H(2); Suaya, G(1); Currás, A(1)

(1)Gastroenterología / Htal Fernández / CABA / Argentina (2)Anatomía Patológica / Htal Fernández / CABA / Argentina

INTRODUCCIÓN: El síndrome de Peutz Jeghers es un trastorno hereditario poco frecuente autosómico dominante caracterizado por la presencia de máculas mucocutáneas y pólipos hamartomatosos en el tubo digestivo. Presenta además una alta incidencia de neoplasias malignas (digestivas, páncreas, mama, etc.) que requieren una estrategia de detección adecuada y oportuna. El sangrado digestivo, la intususcepción y obstrucción son complicaciones frecuentes de los pólipos intestinales que a menudo culminan en laparotomías de urgencia. La enteroscopia asistida con balón surge como una opción a la enteroscopia intraoperatoria para el manejo de estos pacientes. Permite la evaluación del intestino delgado y la resección de pólipos previo a una complicación de un modo menos invasivo. **OBJETIVO:** compartir la experiencia de un caso de síndrome de Peutz Jeghers y el uso de la enteroscopia aplicada al manejo del mismo. **CASO CLÍNICO:** Paciente de 43 años con antecedentes de dos laparotomías exploratorias por obstrucción intestinal con resección de adenocarcinoma de intestino delgado con compromiso ganglionar localizado y múltiples pólipos adenomatosos adyacentes al tumor en la última de ellas. Es derivado a nuestra institución para completar estudios antes de iniciar tratamiento quimioterápico. Examen físico: máculas amarronadas lentiginosas peribucales y palmoplantares sin otros hallazgos positivos. Laboratorio: normal. Revisión de anatomía patológica de tumor de intestino delgado: informó adenocarcinoma y múltiples pólipos hamartomatosos yeyunales. TC de abdomen y pelvis: sin hallazgos patológicos. VCC: múltiples pólipos en todo el colon, resección de los de mayor tamaño y biopsia de los menores (histopatología: hamartomas); y lesión elevada emergiendo del ápex, cuya biopsia informó adenoma con displasia de bajo grado. VEDA: múltiples pólipos en techo y cuerpo (histopatología compatible con hamartomas). Tránsito de intestino delgado: pólipos en duodeno y yeyuno proximal. Enteroscopia simple balón: múltiples pólipos en yeyuno e ileon proximal. Se resecaron los de mayor tamaño y se tomó biopsia del resto (histopatología: hamartomas). Completó esquema de quimioterapia. Al año se realizó nueva TC de abdomen y pelvis y realizó screening de cáncer de páncreas y gonadales, sin hallazgos positivos. Se realizó nueva VCC y enteroscopia simple balón en la que se resecaron nuevos pólipos con informe anatomopatológico de hamartomas. Continúa pendiente resolución de adenoma del ápex. Se plantea hemicolectomía derecha. **CONCLUSIÓN:** la enteroscopia simple balón parece ser una herramienta adecuada para el manejo de la poliposis intestinal en el síndrome de Peutz

VC-14

MUCOSECTOMIA DE UNION GASTROESOFAGICA DE LESION 5 CM.

Jury, G(1); Lopez Fagalde, R(1); Jury, R(1)

(1)Centro de Estudios Digestivo. Argentina.

INTRODUCCION: los tumores de la unión gastroesofágica aumentaron su incidencia en la última década, en general crecen en pacientes con esófago de Barrett. Este tipo de lesiones encontradas en estadios iniciales (in situ), pueden ser tratadas por vía endoscópica, en general son lesiones pequeñas o medianas que con técnicas de mucosectomía se pueden remover. **OBJETIVO:** mostrar un caso en donde la lesión era grande (5 cm), lo que inicialmente sugería tratamiento quirúrgico el cual fue rechazado por el paciente. **PACIENTE:** masculino, 74 años, obeso, HTA, ex tabaquista, consulta por pirosis en su ciudad natal donde se realiza VEDA diagnóstica que informa lesión sénil de 2 cm y la anatomía informa adenocarcinoma in situ, con ese informe se recibe el paciente y se indica mucosectomía con cap, al realizar el procedimiento se constata lesión sénil, plano-elevada que se inicia en el esófago y continúa por debajo de la cardias a la curvatura menor de alrededor de 5 cm, se procede a infiltrar en progrado y retroflexión y se inicia la técnica sin cap y se prosigue con cap hasta realizar resección completa de la misma, fulgurando los bordes con APC. El informe anatomopatológico indicó: Lesión intramucosa con bordes afectados por adenoCa tipo intestinal originado sobre pólipo adenomatoso. No se observa afectación de la submucosa. Se solicitó TAC de torax y abdomen sin observar lesiones a distancia, el oncólogo decidió no realizar tratamiento. El control endoscópico a los 3 meses no mostró lesiones residuales con biopsias normales. **CONCLUSIÓN:** a pesar del riesgo que conlleva la mucosectomía esofágica en una lesión de 5 cm, la evaluación del riesgo-beneficio en esta situación permitió la resolución de la misma.

VC-16

DESCRIPCIÓN DE UNA NUEVA TÉCNICA PARA LA EXTRACCIÓN DE BANDAS GÁSTRICAS CON MIGRACIÓN ENDOLUMINAL

Luna Tirado, HA(1); Belloni, P(1); Belloni, R(1)

(1)Servicio de Gastroenterología, Hospital Español de La Plata, La Plata, Argentina.

INTRODUCCIÓN: Se describe el caso de una paciente que sufre migración endoluminal de una banda gástrica a 2 años de su colocación y el empleo de una nueva técnica para su extracción. **CASO CLÍNICO:** MD, 59 años. Pasados los 22 meses de la colocación laparoscópica de una banda gástrica en otro centro, comienza con disfagia y dolor epigástrico. Se realiza una VEDA en la que se observa migración endoluminal del implemento en un 60% de su circunferencia. La paciente concurre a nuestro centro, donde se repite el estudio confirmando los hallazgos. Se solicita el material para la extracción (A.M.I. Gastric Band Cutter). La obra social de la paciente no suministró este instrumental desarrollado para la resolución del caso, por lo que se decide emplear uno de producción artesanal inspirado en la sierra de Gigli de uso habitual en ortopedia. **DESCRIPCIÓN DEL IMPLEMENTO Y DE LA TÉCNICA:** Se desnudan unos 6 cm mediales del nylon de cobertura de un líder de acero (tansa metálica con cobertura de nylon empleada habitualmente en la pesca). Se introduce el endoscopio progresando en estómago y realizando una retro flexión hasta tener una adecuada visión de la banda. Con el fin de orientar la tansa a través de la banda se desliza por el canal del hilo guía de un esfinterótomo. Se extrae el endoscopio liberando uno de los extremos y se reingresa para extraer el otro cabo de la tansa. Se pasan ambos extremos por la luz de un tubo semiflexible de teflón de 3,2 mm (en realidad el protector de una aguja de escleroinyección), que se desliza por esófago hasta contactar con la banda bajo control endoscópico. Es opcional el uso de sobretubo. A continuación se procede a cortar la banda con un movimiento de vaivén tirando alternadamente de cada uno de los extremos de la tansa. Una vez que la sección de la banda libera la tansa, se retira el set y se reingresa con el endoscopio hasta estómago. Con una pinza de cuerpo extraño se tracciona de uno de los cabos de la banda ahora seccionada, para deslizarla en forma completa hacia la luz gástrica y luego extraerla. Se reingresa con el endoscopio para descartar complicaciones. **REALIZACIÓN DEL PROCEDIMIENTO Y EVOLUCIÓN:** Se realizó la práctica en unos 40 minutos, aunque somos de la opinión de que los subsiguientes procedimientos no deberían llevar más de 20. El empleo de más tiempo fue debido a la prueba de variantes del instrumento, hasta que se seleccionó el más adecuado. No se observaron complicaciones inmediatas. Se indicó ayuno e internación de 12 horas posprocedimiento. Buena evolución. Se otorgó el alta con recomendación de controles por el grupo de cirugía bariátrica de la institución. La paciente desistió de recibir una segunda intervención bariátrica.

VC-15

ESTENOSIS ESOFÁGICA REFRACTARIA: TRATAMIENTO Y COMPLICACIONES UN RETO AL INGENIO

Martínez, H(1); Balduzzi, CS(1); Ligorria, R(1); Yantorno, M(1); Baroni, L(1); Bianchi, E(1); Chavero, P(1); Garbi, ML(1); Cura, P(1); Esteves, S(1); Chopita, N(1)

(1)Servicio de Gastroenterología y Endoscopia, Hospital San Martín, La Plata, Argentina

INTRODUCCIÓN: Estenosis esofágica refractaria es aquella que luego de reiteradas dilataciones seriadas no alcanza el diámetro esperado. Para su resolución se propone dilatación con Savary o balón más inyección de corticoides, electrocortes radiales y colocación de prótesis recubiertas metálicas o plásticas, éstas últimas mostraron mayor tasa de complicaciones principalmente migración. **OBJETIVO:** Descripción de un caso de estenosis esofágica postquirúrgica refractaria donde se coloca prótesis plástica autoexpandible, como complicación se produce migración hacia distal a través de la estenosis a los pocos días de su inserción. Debido a la imposibilidad de extraer la prótesis localizada en el tubo gástrico el paciente es derivado a nuestra institución. Nuestro objetivo es mostrar la técnica utilizada para la reducción del diámetro de la prótesis y extracción a través de una estenosis proximal, así como, la resolución endoscópica definitiva de la estenosis. **PACIENTES Y MÉTODOS:** Paciente masculino, de 65 años de edad que comienza con disfagia progresiva un mes posterior a esofagectomía total con ascenso del tubo gástrico y anastomosis esófago-gástrica a nivel cervical como tratamiento de cáncer epidermoide de esófago medio. Endoscópicamente se evidencia estenosis corta infranqueable con anillo fibroso cicatrizal, con biopsias negativas para atipia, a nivel de la anastomosis localizada a 3cm del esfínter esofágico superior. Se prueba colapsar una prótesis plástica con asa sin lograr disminuir su diámetro. Con gastroscopio de un canal, previo dilatación de la estenosis con balón, se progresa canastilla de litotripsia hacia el tubo gástrico, posteriormente, con pinza de cuerpo extraño con diente de ratón, por el canal de trabajo, se inserta la prótesis dentro de la canastilla y se cierra, de este modo se logra reducir el diámetro proximal de la prótesis. Finalmente, sujetando la prótesis con canastilla y pinza, se atraviesa la estenosis logrando su extracción. Para resolución de la estenosis refractaria se realizan electrocortes radiales con IT-knife, produciendo una remodelación de la pared esofágica con desaparición del área estenosada. **RESULTADOS:** Extracción endoscópica de prótesis plástica migrada a través de estenosis esofágica postquirúrgica y resolución definitiva de estenosis refractaria con IT-knife sin complicaciones. **CONCLUSIONES:** Concluimos en la importancia de la capacidad de las prótesis removibles de reducir su diámetro para facilitar su reubicación o extracción. Por otro lado, mostramos una alternativa terapéutica simple y efectiva para las estenosis esofágicas cortas mediante la utilización de electrocortes radiales. Este caso clínico nos deja la enseñanza que con ingenio, paciencia y creatividad, se pueden resolver eficazmente muchos problemas utilizando los elementos disponibles, sin descuidar en ningún momento la seguridad del paciente.

VC-17

DILATACIÓN CON BALÓN POSTESFINTEROPAPILOTOMÍA, UNA OPCIÓN VÁLIDA PARA EL MANEJO DE LITIASIS DIFÍCILES

Yantorno, M(1); Esteves, S(1); Mosca, I(1); Majul, LA; Ligorria, R(1); Baldoni, F(1); Bernedo, A(1); Chopita, N(1); Landoni, N(1)

(1)Servicio de Gastroenterología, HIGA San Martín, La Plata, Argentina

INTRODUCCIÓN: Aproximadamente del 10-15% las litiasis biliares no pueden extraerse con las técnicas convencionales de esfinteropapilotomía y extracción con balón o canastilla. Estas litiasis de difícil manejo habitualmente son mayores a 1cm, están impactadas, son de localización proximal a una estenosis o están asociadas a un divertículo duodenal. El uso de balones dilatadores de gran diámetro (12-20mm) luego de una esfinteropapilotomía máxima o submáxima ha sido introducido como una alternativa válida para ampliar el orificio papilar, y de esta forma, remover litos de gran tamaño o de difícil manejo. **OBJETIVO:** Demostrar el beneficio del uso combinado de la dilatación con balón post-papilotomía en el tratamiento de litos de gran tamaño o de difícil manejo. **MATERIAL Y MÉTODOS:** Se realizó la técnica en dos pacientes: uno con una papila de localización yuxtadiverticular y otro con litos múltiples y de gran tamaño (mayores a 1.5cm). Luego de la realización de una esfinteropapilotomía convencional, se procedió a dilatar el orificio papilar con balón de dilatación radial controlada (CRE) de 15mm por 30 segundos. Posteriormente se removieron las litiasis utilizando canastilla o balón extractor. Los pacientes quedaron en observación por 24 hs. **RESULTADOS:** La obstrucción biliar fue resuelta satisfactoriamente en ambos pacientes en una sola sesión endoscópica. No se registraron complicaciones inmediatas ni en las 24 hs posteriores al procedimiento. El tiempo medio del tratamiento endoscópico fue de 32 minutos. **CONCLUSIONES:** La dilatación papilar con balones de gran diámetro postpapilotomía máxima o submáxima ha sido descrita en los últimos años como una opción válida para la resolución de litiasis difíciles o de gran tamaño sin la utilización de litotripsia mecánica. Las tasas reportadas de remoción completa de litiasis son del 95%, con una tasa de complicaciones global de 4 a 8%. En nuestro estudio, mostramos la aplicación de la técnica en dos casos diferentes, uno con una alteración anatómica y otro con litiasis múltiples y de gran tamaño, que se resolvieron exitosamente sin registrarse complicaciones. Concluimos que la dilatación con balón postpapilotomía constituye una opción de tratamiento válida en el manejo de litiasis de difícil resolución.

VC-18

RESOLUCIÓN LAPAROSCÓPICA-ENDOSCÓPICA DE LITIASIS INTRAHEPÁTICA EN PACIENTE CON DERIVACIÓN EN Y DE ROUX

Murature, D(1); Ronzano, G(1); Palmisano, E(1); Mangione, A(1); Bernaus, M(1); Dominguez, M(1)

(1)Hospital Escuela Eva Perón. Argentina.

INTRODUCCIÓN: Actualmente, debido al perfeccionamiento de las técnicas miniinvasivas, contamos con diversas alternativas para el tratamiento de la litiasis intrahepática en pacientes con derivaciones biliodigestivas. **CASO CLÍNICO:** Varón de 28 años de edad, con antecedente de resección de quiste de colédoco tipo I más derivación biliodigestiva en Y Roux, que a 2 años de la cirugía, se identifica en control clínico litiasis intrahepática por ecografía, en ausencia de síntomas de colestasis y hepatograma normal. Se decide tratamiento combinado videolaparoscópico-endoscópico. Se realiza abordaje laparoscópico con identificación de asa biliar, incisión de 3 cm sobre cicatriz previa (Kocher), enterotomía, introducción del endoscopio a través de la misma, visualización de anastomosis biliar no estenótica y a nivel de conducto hepático izquierdo litiasis que se extrae con canastilla de Dormia, se realiza colangiografía, la que muestra vía biliar dilatada sin imágenes de resta que sugieran litiasis canalicular, enterorrafia, buena evolución postoperatoria y alta a las 48 horas. **COMENTARIOS:** La combinación de procedimientos laparoscópicos y endoscópicos, constituyen una alternativa disponible en el tratamiento de la litiasis intrahepática en pacientes con derivaciones en Y de Roux, considerando su carácter miniinvasivo, ofreciendo escaso dolor postoperatorio, menores secuelas parietales y cosméticas, rápida inserción laboral y por sobre todo su factibilidad y reproducibilidad.

VC-20

MEMBRANA DUODENAL CONGENITA (WINDSOCK) TRATAMIENTO ENDOSCÓPICO

Macías Gómez, CA(1); Manazzoni, D(1); Van Domselaar, F(1); Urquizar, LM(2); Lobos, P(2)

(1)Unidad de Endoscopia Gastro intestinal. Servicio de Gastroenterología de Adultos.Hospital Italiano de Buenos Aires (2)Servicio de Cirugía Pediátrica. Hospital Italiano de Buenos Aires. Argentina.

INTRODUCCIÓN: La prevalencia de la membrana duodenal congénita varía de 1 por cada 10.000 a 40.000 recién nacidos. Se genera por falta de recanalización del tubo digestivo durante el período embrionario y pueden ocluir total o parcialmente la luz intestinal. Su resolución es habitualmente quirúrgica. En los últimos años el tratamiento endoscópico de esta patología se ha vuelto más frecuente aunque son pocos los casos reportados en la literatura. La membrana duodenal congénita no siempre se encuentra asociada a la deformidad "Windsock" (media de viento), existiendo alrededor de 100 casos reportados en la literatura mundial. Presentamos una paciente de 10 años de edad con diagnóstico de membrana duodenal congénita asociada a malrotación intestinal y a la deformidad windsock tratada endoscópicamente. **CASO CLÍNICO:** Paciente de sexo femenino de 10 años de edad con antecedentes de recién nacida pretérmino (36 semanas) y bajo peso al nacer de 1.2 kg. Internada en Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales hasta los 3 meses de vida por vómitos y neumonía. Historia de mala ganancia de peso y talla, vómitos de contenido gástrico y pirosis. Consulta por distensión abdominal post prandial, halitosis y aumento en la frecuencia de los vómitos de 3 meses de evolución. Se diagnostica mal rotación intestinal por lo cual se decide realizar cirugía de Ladd con evolución clínica inmediata favorable. Presenta nuevo episodio de distensión abdominal y vómitos 4 meses luego de la cirugía. Se realiza Videoendoscopia alta en la que se observa bulbo y segunda porción duodenal dilatados, membrana tipo "diafragma" con dificultad para acceder en sentido caudal a través de la fenestra de la membrana y fondo de saco con retención alimentaria. Se decide tratamiento endoscópico, que se realiza en 2 sesiones programadas. Desde entonces, franca mejoría clínica. No ha presentado nuevos síntomas digestivos luego de 34 meses de seguimiento; ha aumentado de peso y a pesar de mantenerse por debajo del percentilo 3 presenta una curva de crecimiento normal. **DISCUSIÓN:** La membrana duodenal congénita es una patología poco frecuente que suele diagnosticarse en las primeras semanas de vida. Cuando la misma se encuentra fenestrada su diagnóstico suele ser tardío durante la infancia o adultez. El tratamiento endoscópico, en manos entrenadas, provee una eficaz y rápida resolución de la obstrucción intestinal evitando los riesgos y complicaciones asociados a la cirugía abdominal tradicional. La infrecuencia con que es vista esta patología en la práctica clínica, motivan la

VC-19

PALIACIÓN ENDOSCÓPICA-PERCUTÁNEA EN CÁNCER DE PÁNCREAS IRRESECCABLE

Ibarra, G(1); Zelener, V(1); Horna, M(1); Alonso, F(1); Cimmino, D(1); Alvarez Rodriguez, J(1)

(1)Servicio de Cirugía General, Hospital de Agudos Cosme Argerich, Ciudad de Buenos Aires, Argentina

INTRODUCCIÓN: El cáncer de páncreas se presenta clínicamente cuando solo el 10% de los mismos son resecables. La obstrucción biliar ocurre en el 70 al 90 % de los pacientes, mientras que la obstrucción duodenal se presenta en el 20 al 25% de los mismos. La colocación de stents autoexpandibles biliar y duodenal representan la principal opción terapéutica para la paliación sintomática de estos pacientes. **OBJETIVO:** Presentar un caso de colocación de un stent duodenal endoscópico y un stent biliar percutáneo autoexpandibles en un paciente con cáncer de páncreas irreseccable. **MATERIALES Y MÉTODO:** Mujer de 52 años sin antecedentes médicos de importancia, consulta por colestasis asociada a síndrome de impregnación e intolerancia digestiva de 3 meses de evolución. Ecografía y TAC: vesícula biliar distendida alitiásica, VBIH y VBEH dilatada, tumor en cabeza de páncreas que infiltra el duodeno, metástasis hepáticas múltiples. Se intenta CPRE: Tumor con infiltración en rodilla superior duodenal que impide progresión del duodenoscopia. Con videogastroscoپی se progresa catéter a través de la lesión contrastando duodeno distal a la misma. Se realiza dilatación progresiva con balón de 15 y 18 mm a 6 atm. Se intenta progresar duodenoscopia sin éxito para drenaje biliar. Se decide colocación de stent autoexpandible duodenal de 22mm x 9cm. A las 24hs se coloca stent biliar autoexpandible por vía percutánea. **RESULTADOS:** La paciente evoluciona con desaparición del prurito. Comienza con ingesta oral con buena tolerancia a las 48hs. Fallece a los 3 meses por progresión de la enfermedad, sin reaparición de los síntomas. **CONCLUSIONES:** El cáncer de páncreas se presenta clínicamente cuando solo el 10% de los mismos es resecable. Cuando el hallazgo de irreseccabilidad es intraoperatorio se debe realizar cirugía paliativa (derivación bilio-digestiva y gastro-yeyunal). Ante la obstrucción biliar la indicación de un stent autoexpandible es indiscutida en pacientes con una sobrevida menor a 6 meses, siendo el principal recurso terapéutico para el alivio de la obstrucción maligna de la vía biliar. En aquellos casos en los que el drenaje endoscópico no es factible por falta de disponibilidad o por problemas técnicos, el drenaje biliar percutáneo está indicado para paliar los síntomas. El éxito técnico se alcanza en más del 90% de casos en centros experimentados, con resolución de los síntomas en la mayoría de los pacientes. En cuanto a la obstrucción duodenal la colocación de un stent autoexpandible debe ser la primera opción terapéutica, aunque los estudios que existen hasta el momento no logran demostrar estadísticamente el beneficio del stent duodenal endoscópico sobre la gastroenteroanastomosis laparoscópica. Ésta debería ser realizada en aquellos pacientes en los que la colocación del stent endoscópico no es factible. Actualmente existen solo estudios prospectivos y retrospectivos con un número de pacientes no significativo, no existiendo estudios randomizados al respecto.