GASTROENDO

REVISTA

MENDOZA 2022

Resúmenes de trabajos científicos

GASTROENDO
REVISTA

COMITÉ CIENTÍFICO

Gastroenterología

Presidente
Sebastián Esteves

Vicepresidente
Juan Bordato

Secretario General
Matías Martín

Endoscopía Digestiva

Presidente
Martín Guidi

Vicepresidente
Rafael Escobar Fernández

Secretario General
Federico Yáñez

Secretarios Científicos
Agustina Redondo
Gastón Juri
José María Sanguinetti
Javier Topor
María Eugenia Linares
Martín Yantorno
Martín Toro
Sebastián Paredes

Tesoreros
Gustavo Correa
Sergio Barril

Director del Workshop
Federico Díaz
Co Directora del Workshop
Leticia Barone

Directores del Curso de Graduados
Javier Omodeo
Sandra Garcés Müller

Secretaria Científica del Curso de Graduados
Belén Silva

Directoras del Congreso de Asistentes de Endoscopía
Giovana Porfilio Gularte
Laura Garbi

Director de Hands On
Nelson Condado

Subcomité de Trabajos Científicos
Cecilia Curvale
Karina Yonamine

fage Federación Argentina de Gastroenterología

Presidente
Dr. Juan Antonio Bordato

Vicepresidente
Dra. María Giovanna Porfilio Gularte

Secretario
Dr. Claudio Guerrina

Prosecretaria
Dra. Estela Verónica Parra Wirth

Tesorero
Dr. Matías Amateis

Protesorero
Dr. Fernando Javier Barreyro

Vocales Titulares
Dr. Sebastián Esteves
Dr. Pablo Herrera Najúm

Vocales Suplentes
Dr. Nicolás Salim
Dr. Teodoro Stieben

Secretario Técnico
Dr. Pablo Alasino

Secretario de Relaciones Internacionales
Dr. Adolfo Wulfson

Secretario de Docencia e Investigación
Dr. Federico Yáñez

Comisión Revisora de Cuentas

Revisores de Cuentas Titulares
Dr. Matías Martín
Dr. Juan José Trakál

Revisor de Cuentas Suplente
Dr. Julio César Tenca

Junta Electoral

Titulares
Dr. José María Sanguinetti
Dr. Alfredo Torres Taslakoff
Dr. Camilo Azúm

Suplentes
Dr. Alejandro Scalamogna
Dra. Paula Cecilia Carboné

faaed FEDERACIÓN ARGENTINA DE ASOCIACIONES DE ENDOSCOPIA DIGESTIVA

Presidente
Dr. Mauro D. Páez

Vice - Presidente
Dr. Pablo C. Rodríguez

Secretario
Dr. Matías E. Vega

Prosecretario
Dr. Pablo H. Najum

Tesorero
Dr. Sebastián Gutiérrez

Pro-Tesorero
Dr. Andrés Germán

Vocal 1°
Dr. José Adi

Vocal 2°
Dra. Gabriela Castillo

Vocal suplente 1°
Dr. Sergio G. Barril

Vocal suplente 2°
Dr. Nelson J. Condado

Revisores de cuentas
Dra. Yanina Carlino
Dr. Santiago G. Rinaudo

GASTROENDO
REVISTA

BIENVENIDA

Dr. Martín Guidi

Dr. Sebastián Esteves

Estimadas y Estimados Colegas:

Agradecidos por el encuentro, nos entusiasma invitarles a una nueva edición del Congreso Argentino de Gastroenterología y Endoscopía Digestiva GASTROENDO 2022.

En modalidad híbrida, presencial y virtual, GASTROENDO 2022 tendrá alcance nacional e internacional, con sede en el HOTEL CÓNDOR DE LOS ANDES, de nuestra bella ciudad de MENDOZA, durante los días 15, 16 y 17 de septiembre del corriente año.

Las Sociedad de Gastroenterología del Comahue y la Sociedad de Gastroenterología de la Provincia de Buenos Aires, con sede en ciudad de La Plata, junto a la Federación Argentina de Gastroenterología (FAGE) y la Federación Argentina de Asociaciones de Endoscopía Digestiva (FAAED), trabajamos en forma conjunta a los fines de otorgar un foro científico de suma calidad.

Con la participación y compromiso de expertos colegas de todo el país, se elaboró el programa científico que aborda la totalidad de los temas de actualidad. Contaremos con la presencia de reconocidos gastroenterólogos y endoscopistas a nivel mundial, generando un marco de compromiso colectivo, con un altísimo nivel de expansión cultural e intelectual.

Conformamos, a su vez, una alianza estratégica entre FAAED y SEED - Sociedad Española de Endoscopía Digestiva, cuya actividad inicial conjunta será el Workshop en vivo, con sedes en Hospitales referentes de Barcelona, Málaga, USA, La Plata y Mendoza.

Cursos de Graduados de Gastroenterología, Motilidad Digestiva, Abordaje Nutricional de Enfermedades Digestivas, Gastroenterología Infantil, Enfermedad Inflamatoria Intestinal, entre otros, tienen la posibilidad de expandirse junto a un evento sin precedentes en nuestro país. Es un orgullo anunciar la realización de la Primera Edición en Argentina del "TRAIN THE TRAINERS": el reconocido Programa de Capacitación de la WORLD GASTROENTEROLOGY ORGANIZATION (WGO).

Mendoza, mundialmente conocida como la tierra del Malbec, es una hermosa ciudad para disfrutar. GASTROENDO 2022 es un espacio de encuentro para la sabiduría, la integración y el reconocimiento de un país que merece su máxima expansión en tiempos de nuevas conformaciones comunicacionales y de gestión de recursos.

No hay por qué negarlo: esperamos que el fruto de este gran esfuerzo mancomunado reproduzca un nodo de afecto e información, donde recibirlos sea la manifestación de grandes sueños para todos.

Humildemente, y desde Argentina para el mundo. Gracias por acompañarnos, nos volvemos a encontrar.

Dr. Sebastián Esteves
Presidente
Comité Organizador
Gastroenterología 2022

Dr. Martín Guidi
Presidente
Comité Organizador
Endoscopía Digestiva 2022

GASTROENDO
REVISTA

INDICE

Trabajos Endoscopía Digestiva	**p. 5**
Trabajos Gastroenterología	**p. 26**
Trabajos Pediatría	**p. 72**
Trabajos Nutrición	**p. 76**
Índice de Autores	**p. 77**

ENDOSCOPÍA DIGESTIVA

Código: EN1003
Título: PERFORACION CECAL DURANTE COLONOSCOPIA POR BAROTRAUMA.UNA CAUSA A TENER EN CUENTA
Autores: Dolan M [1]; Amieva L [1]; Jury G [1]; Lopez R [1]; Miconi D [1]; Manzotti L [1], Naiderman D [1]; Quines S [1], Ramaccioti G [1]; Ruiz N [1]; Sayanes V, Tamargo J [1]
Filiación/es: [1] Centro de Estudios Digestivos Mar del Plata
Especialidad: Endoscopía | **Área Temática:** Colon | **Categoría**: Caso Clínico
Introducción: La perforación colonoscópica es una de las complicaciones más graves de la Endoscopia Digestiva Baja (EDB), aunque es una complicación poco frecuente se asocia a una alta Morbi-Mortalidad cuando se produce y no es advertida precozmente. En su génesis se han identificado distintos mecanismos de perforación, por ejemplo, procedimientos terapéuticos o por barotrauma entre otros.
Observación: Reporte de una complicación asociado a procedimiento diagnostico secundario a insuflación, con resolución endoscópica exitosa pese a la complejidad del mecanismo de perforación en estos casos, que en la gran mayoría de las ocasiones no se logra resolver endoscópicamente.
Caso Clínico: Paciente de 75 años, con diagnostico de Artritis reumatoidea en tratamiento con Aines, corticoides y terapia Biológica, es derivada a nuestra institución para realización EDA-EDB por estudio de anemia ferropénica. Como hallazgo en la EDA se evidencia ulcera gástrica de aspecto inflamatoria. Durante la realización de la EDB en un inicio se comenzó con aire, evidenciándose divertículosis sigmoidea por lo que se completó el estudio con CO2, encontrándose en región cecal líneas rojo brillantes con sangre fresca compatibles con desgarros mucoso. En fondo cecal se evidencia perforación de aproximadamente 3 cm por lo que se procede a cerrar dicha brecha con 5 clips. Se indica internación, Reposo digestivo y antibióticos. Evoluciona con registros sub-febriles, leucocitosis y acidosis, se realiza TAC de abdomen y pelvis con abundante neumoperitoneo y escaso líquido, se realiza laparoscopia exploradora no evidenciándose peritonitis ni perforación por lo que se mantiene conducta expectante. La paciente evoluciona favorablemente con alta a los 7 días.
Conclusión: Si bien el barotrauma o lesión del colon inducida por la insuflación de aire durante la colonoscopia es poco frecuente y la mayoría de los casos son leves, asintomáticos y se resuelven sin complicaciones ni intervención, es fundamental reconocer esta complicación tanto en los casos leves y graves para instaurar tratamientos en forma precoz., siendo de crucial importancia realizar estas prácticas con C02 por las características de difusión de dicho gas para minimizar estos riesgos principalmente en pacientes con factores de riesgo para esta complicación.

Código: EN1009
Título: EXPERIENCIA SOBRE HALLAZGOS ENDOSCOPICOS EN PACIENTES INTERNADOS POR HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA EN UN HOSPITAL PUBLICO
Autores: Yañez C. [1]
Filiación/es: [1]. Hospital HIGA Paroissien Bs. As.
Especialidad: Endoscopía | **Área Temática:** Esófago Estomago Duodeno | **Categoría**: Trabajo Científico
INTRODUCCIÓN: La Endoscopia Digestiva Alta es el “Gold Standard” para el diagnóstico, tratamiento y pronóstico de las hemorragias digestivas altas, ya que permite localizar e identificar el origen de la hemorragia, evaluar la gravedad de la misma, definir cuál de todas las lesiones es la causa de sangrado y riesgo de re-sangrado. La enfermedad es comúnmente dividida en 2 tipos: no varicoso y varicoso. Las causas comunes de HDA incluyen enfermedad de úlcera péptica (PUD) y úlceras del esófago (13-67%), erosiones del tracto gastrointestinal (GI) superior (7-31%), sangrado variceal (4-20%) , enfermedad por reflujo gastroesofágico (3-12%) , desgarros de Mallory-Weiss (4-8%), lesiones vasculares (2-8%), malignidad (2-8%) y otras causas menos comunes. Sin lesión identificada(3-19%) .

OBJETIVO: identificar las principales lesiones endoscópicas en los pacientes con clínica de hemorragia digestiva alta, ingresados en el Hospital Paroissien en el periodo de Enero del 2018 a Diciembre del 2019, y comparar estos resultados con la bibliografía actual.
Objetivo secundario: clasificar en grupos según las variables de edad y sexo para las principales etiologías de HDA.

MATERIALES: Se realizó un estudio descriptivo, de corte transversal y retrospectivo. De la base de datos del servicio de Gastroenterología y Endoscopia, se identificaron 1228 informes de endoscopia alta realizadas en el periodo indicado, de las cuales 134 correspondían a HDA. De éstos informes endoscópicos se extrajeron las distintas variables las cuales se tabularon en una hoja Excel para obtener los resultados propuestos en los objetivos. Las variables numéricas fueron descritas en media o mediana; y las variables cualitativas en porcentaje.

RESULTADOS: La causa más frecuente de sangrado fueron las varices esofágicas y esofagosastricas con el 31%, le sigue en segundo lugar la úlcera péptica con el 25%, gastritis y gastroduodenitis erosiva con el 13%. No se identificó lesión en el 12% de los casos. Entre las causas menos frecuentes se encontraron neoplasias, esofagitis erosiva, Mallory Weiss, angiodisplasia y HDA activa sin hallar origen. La edad media fue de 51 años, predominando el sexo masculino con el 79.1%.

CONCLUSIÓN:
Se pudo observar que la causa más frecuente de HDA en nuestro medio son las varices esofágicas predominando en el sexo masculino, éstas están presentes en casi la mitad de los pacientes con cirrosis en el momento del diagnóstico y es un criterio excluyente de hipertensión portal, la hemorragia de las mismas es una complicación letal.
Los resultados obtenidos en el trabajo no coinciden con los datos de la bibliografía actual donde la enfermedad ulcerosa péptica es la predominante y podrían corresponder a la gran prevalencia de hepatopatía crónica por alcohol en la sociedades que rodean el hospital y que concurren habitualmente al nosocomio, por otra parte nos muestra la gran problemática social y abuso de sustancias tóxicas en nuestro medio y a temprana edad.

Código: EN1007
Título: ESOFAGITIS POR PÍLDORAS
Autores: Branzello [1], E., Yañez, F.[1], Vega, M. [1]
Filiación/es: [1] Clínica de Cuyo Mendoza
Especialidad: Endoscopía | **Área Temática:** Esófago Estómago Duodeno | **Categoría**: Caso Clínico
a) Introducción:
La lesión esofágica inducida por píldoras es una causa poco reconocida de dolor torácico u odinofagia. Si bien la etiología es puramente especulativa, se considera que la mucosa esofágica puede ser agredida por ciertos fármacos que se disuelven y liberan su contenido nocivo a la pared esofágica cuando no existe un buen tránsito a través de su luz. Cientos de fármacos se han descrito como causales. La mayoría de los pacientes sufren dolor transitorio, que no motiva a la consulta, siendo una patología subdiagnosticada cuya incidencia real se desconoce. En consecuencia, la falta de conocimiento de esta patología puede conducir a una exposición persistente a los fármacos causantes, lo que resulta en complicaciones graves. El cuadro afecta con mayor frecuencia a mujeres (64,1%) y la edad media de presentación es de 43.9 ± 18.9 años (rango entre 16-84). Los síntomas comunes son dolor torácico, odinofagia, disfagia, vómitos, melena o hematemesis.
La videoendoscopía digestiva alta (VEDA) es la herramienta fundamental en el diagnóstico ya que permite cuantificar la extensión de la lesión y tomar biopsias para realizar diagnóstico diferencial. El tratamiento incluye la suspensión de la píldora y la asociación de inhibidores de la bomba de protones (IBP) o sucralfato. Determinados pacientes pueden requerir terapéutica endoscópica para el tratamiento de sus complicaciones: la hemorragia o la estenosis.

b) Objetivos:
Reportar los hallazgos endoscópicos en dos pacientes con esofagitis por píldoras.

c) Casos clínicos:
Caso 1: Paciente masculino de 19 años. Consulta por dolor torácico posterior a ingesta de minociclina por tratamiento por acné. Cumplió tratamiento con IBP y sucralfato por dos meses. Fotos 1 y 2.
Caso 2: Paciente masculino de 17 años. Consulta por disfagia y dolor torácico 12 horas posterior a ingesta de tetraciclina. Cumplió tratamiento con IBP e.v., y sucralfato por 48 hs. Posteriormente continúo con IBP por dos meses. Fotos 3 y 4.

d) Resultados y conclusiones:
Patología poco frecuente de dolor torácico. Es fundamental un alto índice de

sospecha.
Al igual que en la bibliografía, nuestros pacientes resolvieron la afección con la suspensión de las píldoras junto con la administración de IBP, sucralfato, o una combinación de ambos.
Creemos necesario el conocimiento de esta patología para realizar un diagnóstico temprano y un tratamiento oportuno. Fotos 5 y 6

e) Observaciones:
Se pretende comunicar dos casos de esofagitis por píldoras, fotodocumentados, ya que es una patología poco prevalente, que muchas veces pasa por inadvertida en la práctica diaria y cuyo diagnóstico oportuno evitaría complicaciones graves.

Código: EN1031
Título: PERFORACION ESOFAGICA POR CUERPO EXTRAÑO: MANEJO ENDOSCOPICO. A PROPOSITO DE UN CASO.
Autores: Piccinetti, A. [1]; Diaz, A. [1]; Cabbad, S. [1]; Novillo, A. [1]
Filiación/es: [1]Sanatorio 9 de julio
Especialidad: Endoscopía | **Área Temática:** Esófago Estómago Duodeno | **Categoría**: Caso Clínico
Introducción: La ingestión de cuerpos extraños en adultos es accidental en el 95 % de los casos y suele estar relacionada con alimentos.
La mayoría (80 a 90%) de los cuerpos extraños ingeridos pasan sin necesidad de intervención. Se requiere intervención endoscópica en 10 a 20% de los pacientes e intervención quirúrgica en menos de 1%.
Objetivo/s: Presentar el caso clínico de un paciente en nuestro servicio con absceso paraesofágico secundario a perforación esofágica por cuerpo extraño, tratado en forma endoscópica y posterior manejo antibiótico.
Caso clínico:: Paciente masculino de 59 años. Antecedentes de diabetes tipo II. Refiere cuadro de 9 días de evolución que inicia, posterior a ingesta de carne con hueso, con disfagia, odinofagia , disfonía y tos seca. Se realiza radiografía de cuello y tórax sin hallazgos patológicos. A las 72 hs y ante la persistencia sintomática se realiza TAC de tórax y cuello en la que se reconoce en tercio superior de esofago imagen hiperdensa de forma alargada, con esófago proximal distendido, de paredes engrosadas y presencia de gas periesofágico, como expresión de probable perforación. Laboratorio con GB 12800 N 77% PCR 125. Se realiza veda que evidencia hueso impactado en tercio superior de esófago, se desimpacta y extrae. Se observa perforación esofágica y secreción purulenta abundante hacia la luz. Se considera como absceso drenado y se decide manejo con ATB + alimentación parenteral, con buena evolución clínica e imagenológica. A los 7 días se prueba vía oral con buena tolerancia y se externa. Posterior control sin secuelas. Conclusion: El tratamiento endoscópico es la primera opción para tratar cuerpos extraños impactados cuando la duración de la impactación es inferior a 24 horas y no hay abscesos fuera del tracto esofágico o signos de perforación esofágica (p. ej., neumomediastino) observados en una tomografía computarizada. Por lo general, se requiere tratamiento quirúrgico si se ha desarrollado un absceso o si hay signos de perforación esofágica.
Observaciones: A pesar de que los cuerpos extraños esofágicos impactados y con signos de perforación se resuelven en general con tratamiento quirúrgico, hemos decidido el manejo endoscópico por considerar el absceso paraesofágico drenado por este procedimiento. Los resultados fueron favorables y recalcamos la importancia de individualizar al paciente a la hora de decidir la conducta.

Código: EN1037
Título: MÁS ALLÁ DE TUMORES Y PATOLOGÍA ORIFICIAL
Autores: Pesantez M. [1], Estrada C. [1], Fontan M. [1], Galvagno F. [1], Saltos S. [1], García Anapios L. [1], Marturano M. [1], Giudice F. [1], Marceno F. [1], Menendez, S. [1], Padín L. [1]
Filiación/es: [1]Hospital Carlos G. Durand
Especialidad: Endoscopía | **Área Temática:** General | **Categoría**: Caso Clínico
INTRODUCCIÓN: La hematoquezia es una manifestación clínica muy frecuente principalmente de causa hemorroidal. Es considerado un signo de alarma que justifica el estudio endoscópico de los pacientes, principalmente en mayores de 45 años.
OBJETIVO: Presentar tres casos clínicos de pacientes con hematoquezia de causa inusual.

MATERIALES Y RESULTADOS: Caso 1: Masculino, 35 años sin antecedentes que consulta por constipación y hematoquezia. VCC: en recto inferior lesión sobreelevada, eritematosa, con capuchones de fibrina en su superficie, de 30 mm, en contacto con línea dentada. Anatomía patológica (AP): pólipo inflamatorio tipo capuchón "CAP".
Caso 2: Femenina, 63 años con antecedentes de HTA y DBT en seguimiento por constipación crónica, hematoquezia y dolor en hemiabdomen inferior de 1 año de evolución. VCC: a nivel de recto inferior sobre pliegues rectales lesiones sobreelevadas sésiles de entre 5 y 8 mm con áreas de exudado mucofibrinoide. AP: tejido de granulación con vasos neoformados congestivos, colágeno laxo, áreas con fibrosis e infiltrado inflamatorio crónico moderado, fibroblastos, compatible con pólipo cloacogénico inflamatorio.
Caso 3: Masculino, 37 años sin antecedentes que consulta por hematoquezia, constipación y dolor abdominal de 1 año de evolución. VCC: en recto inferior, inmediatamente proximal a la línea pectínea, lesión sobreelevada de 20 mm de superficie irregular con presencia de "capuchones" de fibrina. AP: Infiltrado inflamatorio linfoplasmocitario en lámina propia con fibroblastos, fibrosis y vasos de neoformación, vinculable a pólipo inflamatorio.

CONCLUSIONES: Los pólipos cloacogénicos e inflamatorios tipo "CAP" se encuentran dentro del espectro de cambios histopatológicos descritos en el síndrome del prolapso mucoso, cuyas manifestaciones endoscópicas incluyen también el síndrome de la úlcera rectal solitaria, la colitis cística profunda y pólipos mioglandulares. Se trata de una patología benigna, de prevalencia desconocida, más frecuente en mujeres en la 4ta a 6ta década. La fisiopatología consiste en el daño a la mucosa rectal por fenómenos de congestión venosa, isquemia y regeneración, con contracción espástica de las capas musculares rectales, prolapso e intususcepción rectal. La presentación clínica más frecuente es la hematoquezia, seguida por cambios en el ritmo evacuatorio, dolor y prurito anal. El diagnóstico histológico describe: criptas alargadas con cambios regenerativos epiteliales, angiogénesis reparativa y fibrosis, y presencia de fibras musculares lisas que crecen verticalmente paralelas a las criptas. El tratamiento en primera instancia es conservador, con tratamiento médico de la constipación.

OBSERVACIONES: A pesar de ser infrecuente es importante reconocer este hallazgo como diagnóstico diferencial de otras lesiones anorrectales ya que permiten un manejo conservador evitando tratamientos endoscópicos o quirúrgicos innecesarios.

Código: EN1051
Título: PROCTORRAGIA POR UNA CAUSA POCO FRECUENTE "SD. DE NICOLAU"
Autores: De Olivera S.[1];López G. [1];Riveros I.;[1],Reinek P.[1]; Llera Sosa M.[1]; Luzuriaga G.[1];Porfilio Gularte G.[1 2]
Filiación/es: [1] Servicio de Gastroenterología, Hospital Escuela de Agudos "Dr. Ramón Madariaga", Posadas, Misiones. [2]Jefa del servicio de Gastroenterología HEADRM- Presidente electa de FAGE.
Especialidad: Endoscopía | **Área Temática:** General | **Categoría**: Caso Clínico
INTRODUCCION:El síndrome de Nicolau también conocido como Embolia cutis medicamentosa,es una patología infrecuente, como complicación de una inyección intramuscular, intraarterial o subcutánea, con grados variables de lesión tisular, incluyendo necrosis de la piel y tejidos blandos. La fisiopatogénia se desconoce, pero se cree que está relacionada a una lesión vascular inicial, con inflamación local, vasoconstricción arterial refleja, trombosis arterial local y oclusión vascular por micro émbolos.La asociación de este síndrome con proctorragia es poco habitual,pero es una causa a tener en cuenta.
Objetivo/s: Presentación Infrecuente de Proctorragia asociado a sd.de Nicolau.
Materiales:Paciente masculino de 61 años de edad, con antecedentes de Fiebre reumática en Tto. con penicilina IM. mensual. Refiere presentar 48 hs. posterior a ultima aplicación de penicilina IM,dolor intenso en sitio de aplicación (gluteo) e impotencia funcional. Evoluciona con lesiones eritematoviolaceas en region glutea, dolor ,asociado proctorragia.
Examen físico: Región glútea:lesiones exulceradas, forma irregular, necrosis, costra hemática superficial. Al tacto rectal: sangre roja rutilante en dedo de guante.Laboratorio: hto 32 hb 10,4 gb 17670, ecografía glutea: aumento de la ecogenicidad de los músculos glúteos con aisladas bandas líquidas interfibrilares. Aumento generalizado de la ecogenicidad del TCS con delgadas bandas líquidas internas como signo de proceso inflamatorio/infecioso. No se objetivan colecciones organizadas al momento del examen.Se realiza RSC :EN RECTO ULCERAS SERPINGINOSAS CUBIERTAS POR FIBRINA, BORDE ELEVADO EN ALGUNAS ZONAS. SE BIOPSIA -DIAGNOSTICO: ULCERA DE RECTO, BX: mucosa colorrectal con áreas de ulceración, en las que se observa exudado fibrinoleucocitario, tejido de gr anulación e intenso infiltrado inflamatorio mixto, se interpreta como:focos de ulceración de la mucosa de características inespecíficas. Es evaluado por Neurología, clínica Médica, se realizo tratamiento con antibióticos endovenoso, con excelente evolución clínica, Mejoría de las lesiones en piel. Se realiza nueva RSC. donde ya no presenta las ulceras previamente mencionadas y sin sangrado activo.
Resultados:Se realizo RSC donde se pudo observar: Ulceras serpiginosas cubiertas por fibrina a nivel de recto, con sangrado activo.Posterior al tratamiento atb. dirigido presento el cese de la proctorragia y mejoría de estado general.
Conclusiones. El Síndrome de Nicolau con afectación de la mucosa

gastrointestinal es poco frecuente pero a mayor afectación de los vasos, mayor necrosis y mayor profundidad, generando así ulceras a nivel rectal (en caso de inyección en región glútea)y sangrado de las mismas.

Observaciones:No se cuenta con bibliografía que pueda describir a este síndrome asociado a proctorragia. Al ser una patología poco frecuente, es importante tener en cuenta los antecedentes del paciente y el examen físico para lograr un diagnostico correcto.

Código: EN1063
Título: QUISTE DE COLÉDOCO Y COLANGIOCARCINOMA CON CÉLULAS EN ANILLO DE SELLO: DOS PATOLOGÍAS INFRECUENTES COEXISTENTES
Autores: Arramón M. [1];Garavento L. [1];Yantorno M. [1];Correa G. [1];Redondo A. [1], Sciarretta M. [1]; Aracil J. [1]; Capurro N. [1]; Tufare F. [1], Baldoni F. [1]
Filiación/es: [1]HIGA San Martin La Plata
Especialidad: Endoscopía | **Área Temática:** Vía Biliar y Páncreas | **Categoría**: Caso Clínico
Introducción: Los quistes de colédoco representan una patología biliar infrecuente caracterizada por dilataciones quísticas de la vía biliar, solo el 25% de los casos se diagnostica en edad adulta. Se cree que se desarrollan a partir de la alteración de la unión biliopancreática, la cual está presente en el 40% de los casos. Luego del diagnóstico, es esencial la extirpación del quiste ya que representa un factor de riesgo para el desarrollo de colangiocarcinoma (CCA). El CCA con células en anillo de sello es un subtipo patológico infrecuente y generalmente este subtipo se origina en el estómago. Cinco casos de CCA con células en anillo de sello de origen biliar primario han sido reportados.Caso clínico: paciente femenina de 43 años, con antecedente de colecistectomía y herida de arma de fuego con proyectil retenido en vértebra torácica. La paciente consultó por presentar dolor abdominal, fiebre e ictericia de tres meses de evolución. Al ingreso se realizó laboratorio donde se evidenció leucocitosis y hepatograma con patrón de colestasis. Se solicitó ecografía: dilatación de la vía biliar intrahepática hasta el carrefour con imagen quística de 4 cm en aparente comunicación con la vía biliar. En adyacencia a esta imagen se observó otra formación liquida tubular 6 x 5 cm que se extiende en sentido de la disposición del colédoco con abundante contenido biliar y microlitiasis, siendo difícil definir si corresponde a cístico dilatado o conducto colédoco. Debido a un diagnóstico no concluyente se realizó tomografía. La misma evidenció hallazgo similares a los ecográficos. Se realizó colangiopancreatoretrograda endoscópica y se observó dilatación de colédoco en toda su extensión, con imágenes negativas en su interior, interpretándose como quiste de colédoco tipo I y microlitiasis. Se realizó esfinteropapilotomía con salida de bilis purulenta; por contexto clínico de la paciente se colocó prótesis biliar plástica. Posterior al procedimiento intercurrió con fiebre y alteración del hepatograma. Debido a la falta de mejoría clínica y ante la posibilidad de diagnóstico de quiste de colédoco se realizó laparoscopia y se evidenció tumoración sólida quística en topografía de hepatocoledoco con aparente infiltración vascular, se tomó biopsia de ganglio de la arteria hepática que informó adenocarcinoma con células en anillo de sello. Con el fin de descartar CCA con células en anillo de sello con origen primario en otro sitio gastrointestinal se realizó video endoscopia digestiva alta y baja sin hallazgos patológicos. Actualmente la paciente se encuentra en seguimiento por el servicio de oncología en tratamiento paliativo. Conclusión: Si bien se han reportado casos de CCA con células en anillo de sello que se originan en el epitelio biliar, ésta variante histológica en el conducto biliar extrahepático es extremadamente infrecuente. El origen de éste subtipo de CCA en el contexto de un quiste de colédoco se desconoce y debe evaluarse en reportes futuros.

Código: EN1042
Título: Mucosectomía con bandas en esófago de Barrett con displasia de alto grado²
Autores: FERREIRA, M [1]; PARDO, B [1]; SEQUEIRA, A [1]; ESCOBAR FERNÁNDEZ, R [1]
Filiación/es: [1]Sanatorio Dr. Julio Méndez
Especialidad: Endoscopía | **Área Temática:** Esófago Estómago Duodeno | **Categoría**: Video Científico
Título: ²Mucosectomía con bandas en esófago de Barrett con displasia de alto grado ²
Autores: FERREIRA, M; PARDO, B; SEQUEIRA, A; ESCOBAR FERNÁNDEZ, R.

Introducción: La displasia de alto grado (DAG) en el esófago de Barrett (EB) requiere resección en primer termino y luego erradicación de la mucosa metaplásica. Esta puede realizarse mediante técnicas de mucosectomía asistida con cap, mucosectomía con bandas, disección submucosa.

Objetivo: Presentar la resolución endoscópica de una DAG en EB con técnica de mucosectomía con bandas.

Caso clínico: Paciente masculino de 67 años de edad con antecedentes personales de hipertensión arterial, diabetes tipo 2 no insulino-requiriente, asma, ex-tabaquismo. En seguimiento por gastroenterología por síntomas típicos de reflujo gastro-esofágico (RGE) de larga data. Realizó VEDA en octubre del 2021 con evidencia de lengüeta asalmonada en hora 2 con histología compatible con metaplasia intestinal con displasia de bajo grado (DBG). En febrero del 2022 se repitió la VEDA observándose sobre EB una lesión sobreelevada de 5 mm con anatomía patológica compatible con DAG. En abril del 2022 se realizó terapéutica con set de mucosectomía multibandas (Duette® Cook Medical) y unidad electroquirúrgica (VIO® 200 S, ERBE) en modo endocut Q, duración 1, intervalo 6, efecto 2. El procedimiento terapéutico duró un total de 10 minutos. El paciente fue externado luego de la endoscopia sin complicaciones. La anatomía patológica reveló DAG con márgenes de resección libres.

Discusión: En la vigilancia del EB es importante la inspección minuciosa de la mucosa en busca de lesiones visibles como nodularidad, ulceración, áreas de depresión, placas, palidez de la misma y se deben tomar al menos 8 biopsias ante hallazgos sugestivos de EB.

Una vez halladas las lesiones con displasia de alto grado en EB deben ser resecadas. Las piezas histológicas de mayor tamaño pueden inclusive redireccionar la estrategia de manejo al modificar el diagnóstico final de displasia de alto o bajo grado.

La resección puede ser mucosectomía asistida con cap o mucosectomia con bandas, ambas son técnicas son comparables en cuanto a eficacia y seguridad. La disección submucosa es una técnica de mayor complejidad que requiere más tiempo y se asocia a más efectos adversos pero que es útil en lesiones extensas. Posteriormente a la resección de la DAG debe realizarse ablación del EB remanente, actualmente realizado por radiofrecuencia como método de elección.

Conclusión: El caso presentado se trata de un EB corto con lesión visible y DAG confirmada por dos anatomopatólogos. Esta fue resecada en su totalidad a través de mucosectomía con bandas, un procedimiento de rápida ejecución y con bajas tasas de complicaciones. Se remarca la importancia de la caracterización endoscópica del EB y lesiones sospechosas, así como el seguimiento de la DAG con la necesidad de ablación de la mucosa remanente.

Código: EN1028
Título: ESTUDIO DESCRIPTIVO SOBRE LA APLICACIÓN DE LOS INDICADORES DE CALIDAD EN COLONOSCOPÍAS DE CRIBADO DE CÁNCER COLORRECTAL.
Autores: Erramuspe, E [1]; López, M.B [1]; Campos, LM [1]; Osso, B [1]; Perez Esparza, C [1]; Alvarez, Perez Esteban [1]; Natalia, A [1]; Maruelli S. [1]; Hermida, R. [1]
Filiación/es: [1]Complejo Medico de la policía federal Churruca-Visca
Especialidad: Endoscopía | **Área Temática:** Colon | **Categoría**: Trabajo Científico
Introducción: el cáncer colorrectal (CCR) ocupa los primeros puestos en incidencia y mortalidad por cáncer a nivel mundial. La Videocolonoscopías (VCC) es el procedimiento de elección para su prevención y su efectividad depende directamente del cumplimiento de indicadores de calidad.

Objetivos: analizar el cumplimiento de indicadores de calidad validados y determinar la tasa de detección de adenomas (TDA) aserrados en las VCC realizadas para cribado de CCR.

Materiales y métodos: estudio observacional, descriptivo, retrospectivo que incluye en forma consecutiva todos los pacientes con riesgo promedio para CCR (población ≥ 50 años asintomática y sin factores de riesgo, familiar de 2º o 3º con adenomas o CCR y familiar de 1º grado > 60 años o dos de 2º grado con adenomas o CCR) que realizaron una VCC para cribado, entre diciembre del 2018 y febrero del 2020. Se excluyeron pacientes sintomáticos, que no pertenezcan al grupo de riesgo promedio o que realizaron VCC por vigilancia. Los estudios fueron realizados por médicos endoscopistas y residentes supervisados, bajo sedación anestésica por médico anestesiólogo. Se utilizaron equipos Olympus CV-150, Olympus Evis Exera II CV 180 y Fujinon System 2500. Para la preparación intestinal se emplearon polietilenglicol y fosfatos. El grado de limpieza colónica fue evaluado con la escala de Boston (preparación adecuada ≥ 6 puntos y ≥ 2 en cada segmento). Los pólipos detectados fueron fotografiados y descriptos en el informe según la Clasificación de París.

Resultados: se incluyeron 365 VCC, 261 (71.51%) presentaron preparación intestinal adecuada. La tasa de intubación cecal fue 97.16%, la TDA global 23.29% (27.39% en hombres y 20.19% en mujeres). La tasa de detección de pólipos (TDP) 42.74%. La TDA aserrados 3.56%.

Conclusiones: según lo analizado la tasa de preparación intestinal resultó por

debajo de lo recomendado (71.51% Vs ≥ 90% según las recomendaciones para pesquisa y vigilancia) lo cual nos obliga a evaluar los posibles motivos, como por ejemplo factores de riesgo a la hora de elegir el tipo de preparación, para mejorar uno de los principales indicadores de calidad. La tasa de intubación cecal se encontró dentro de los valores recomendados, 97,16%. Las TDA y TDP fueron similares a las publicadas en la bibliografía. La TDA aserrados fue del 3,56% y si bien se requieren más estudios para determinar su prevalencia real y poder considerarla un indicador de calidad, debería ser tenida en cuenta por tratarse de lesiones precursoras del cáncer de intervalo. El tiempo de retirada fue el único indicador que no se consiguió evaluar en nuestro estudio, por no encontrarse detallado en los informes endoscópicos. Por otro lado, nuestros resultados ponen de manifiesto que la mayoría de los pacientes que se sometieron a una VCC inicial de cribado de CCR superaban los 60 años de edad y que ninguno había realizado estudios de pesquisa previamente.

Código: EN1054
Título: SIMETICONA COMO MUCOLÍTICO PREVIO A ENDOSCOPIA DIGESTIVAALTA. EXPERIENCIA EN CENTRO DE ALTA COMPLEJIDAD
Autores: Fernandez G. [1]; Adi J. [1]; Torres A. [1]; Dutto C. [1]; Burrelo A. [1]; Leiva L. [1]; Victoria R.[1]; Viñuela C.[1]; Jorge O.[1]; Koll L.[1]; Caamargo D.[1]
Filiación/es: [1]Hospital Lagomaggiore Mendoza
Especialidad: Endoscopía | **Área Temática:** General | **Categoría**: Trabajo Científico
INTRODUCCION
La endoscopia digestiva alta, procedimiento seguro y bien tolerado, es utilizada para diagnóstico y tratamiento de lesiones digestivas. Sin embargo la visualización de la mucosa puede entorpecerse por presencia de moco o burbujas
OBJETIVO
Evaluar la calidad de la visualización en VEDA, mediante escala de visualización, en pacientes que previamente recibieron simeticona
MATERIALES Y METODOS
Estudio prospectivo, cohorte, doble ciego realizado en el servicio de gastroenterología del Hospital Lagomaggiore entre Diciembre 2021 y Febrero 2022. Incluyó todos los pacientes que se les realizó VEDA mayores a 18 años. Excluyó urgencias gastroenterológicas, trastornos deglutorios, colocación de Sonda nasoenteral y embarazadas
Participaron 200 pacientes. Se dividió aleatoriamente en dos grupos de 100. El primer grupo (A) recibió 20 ml de Agua 15 minutos antes del procedimiento. Al segundo grupo (B) se les administró simeticona liquida 100 mg, diluidos en 20 ml de agua. Análisis estadístico con Epinfo7
Se usó una escala de visualización endoscópica modificada (EVEM) para valorar el tubo digestivo. Se evaluó la mucosa en 4 sitios: Esófago, fundus y cuerpo, antro e incisura y duodeno. La calidad en cada sitio se puntuó de 1 a 4, siendo 1 la mejor
Se dividió cada sector en dos grupos; los que no requirieron lavaje (EVEM 1 y 2) y los si lo requirieron (EVEM 3 y 4) y los asignamos como satisfactorio y no satisfactorio respectivamente
RESULTADOS
Del total de 200 pacientes, 26 frascos no se administraron por error técnico, 35 se excluyeron por no respetarse tiempos entre ingesta y endoscopia. Se administraron correctamente 139 frascos, 66 con simeticona y 73 agua.
Evaluación de esófago: 98.5% de los pacientes que recibieron simeticona pertenecían al grupo satisfactorio y 1.5% al no satisfactorio. De los que recibieron agua, 91.7% al grupo Satisfactorio y 8.3% al no satisfactorio. Sin diferencias estadísticamente significativas entre simeticona y agua (p:0.071).
Cuerpo y fondo: 91% de los que recibieron simeticona pertenecían al grupo satisfactorio y 9% al no satisfactorio. De los que recibieron agua 60% grupo satisfactorio y 40% no satisfactorio. En este sector, la simeticona es mejor que agua (p:0.000).
Antro e Incisura: 87.8% de los que recibieron simeticona pertenecían al grupo satisfactorio y 12.2% al no satisfactorio. Los que recibieron agua, 49.3% al grupo satisfactorio y 50.7% al no satisfactorio. En el análisis, la simeticona es mejor que agua (p:0.0001).
Duodeno: 97% de los que recibieron simeticona pertenecían al grupo satisfactorio y 3% al no satisfactorio. Los que recibieron agua 87.6% al grupo satisfactorio y 12.4% al no satisfactorio. Se observó ventaja de la simeticona sobre agua. (p: 0.042).
No se registró ninguna complicación.
CONCLUSION
El uso de Simeticona previo a la endoscopia digestiva alta es superior en la visualización mucosa gástrica y duodenal, por lo que sugerimos su uso rutinario.
No se declaran conflictos de interés.

Código: EN1062
Título: COLANGIOSCOPIA DE UN SOLO OPERADOR EN LA PATOLOGÍA BILIO-PANCREÁTICA: EXPERIENCIA EN UN HOSPITAL PÚBLICO DE TERCER NIVEL
Autores: Arramón M [1]; Correa G [1]; Yantorno M [1]; Garavento L [1]; Redondo A [1]; Sciarretta M [1]; Ananias F; Tufare F [1], Baldoni F [1]
Filiación/es: [1]HIGA San Martín La Plata.
Especialidad: Endoscopía | **Área Temática:** Vía Biliar Y Páncreas | **Categoría**: Trabajo Científico
Introducción: la colangioscopancreatoscopía (CP) permite la visualización directa del conducto biliar y pancreático, permitiendo el diagnóstico o tratamiento de patología biliopancreática. La CP diagnóstica se utiliza para la evaluación de estenosis indeterminadas, defectos de rellenos observados durante la colangiografía pancreato retrógrada endoscópica (CPRE) y para determinar la ubicación y la extensión de los tumores de la vía biliar. La CP terapéutica se utiliza para el tratamiento de litiasis biliares dificultosas, ablación de tumores biliares y para facilitar el avance de la guía en conductos intrahepáticos para un drenaje biliar. El objetivo de nuestro estudio es evaluar la eficacia y la seguridad de la CP de un solo operador con el sistema SpyGlass ® en patología biliar y pancreática en un centro de tercer nivel.
Materiales: estudio descriptivo de corte transversal, realizado en el periodo de tiempo comprendido desde noviembre del 2021 a mayo de 2022. Se incluyeron todos los pacientes con indicación de CP: litiasis biliar (> a 15 mm) con intentos previos de extracción, litiasis pancreática y estenosis indeterminadas biliares y pancreáticas.
Métodos, resultados, conclusiones: La estadística descriptiva calculada para las variables, fue mediana, rango y porcentaje. se realizaron 435 CPRE desde noviembre de 2021 a mayor de 2022 . Doce pacientes fueron incluidos en este estudio. El 66% fueron de sexo femenino y el 33% de masculino, la mediana de edad fue de 54 años. La principal indicación de CP fue por litiasis dificultosa en el 66% de los pacientes, mientras que el 44% restante fue por estenosis indeterminada. El promedio del tamaño de los litos fue de 26,25 mm [15-40mm]. A siete pacientes se les realizó litotripsia con sonda láser y solo a uno de ellos litotripsia electrohidráulica. El éxito terapéutico alcanzado en términos de extracción completa del lito fue del 87,5% (7 pacientes) con un tiempo promedio de 73 minutos [20-120], Tabla 1. En cuatro pacientes se realizó CP para estudio diagnóstico de estenosis indeterminada, en el 75% de estos se logró la visualización directa de las estenosis y la toma dirigida de biopsia que permitió obtener el diagnóstico etiológico. El tiempo promedio de procedimiento fue de 33 minutos. Solo un paciente presentó bacteriemia posterior al procedimiento, lo que determina una incidencia de eventos adversos del 8.3 %.
Conclusión: La aplicación de la CP directa de un solo operador en nuestro estudio evidenció una alta tasa de éxito para el tratamiento de litiasis dificultosa y un alta precisión diagnóstica en pacientes con estenosis indeterminadas, con baja tasa de efectos adversos. Si bien son resultados iniciales que describen la experiencia inicial del sistema SpyGlass ® de un solo operador en un centro público de tercer nivel, es la primera serie de casos realizada en Argentina. Es fundamental trabajos a largo plazo para fortalecer el rol de la CP.

Código: EN1061
Título: Síndrome de úlcera recta hemorrágica aguda. Reporte de casos y revisión de la bibliografía.
Autores: Galletto, P. [1]; Bajo, J. [1]
Filiación/es: [1]HIGA Dr. R.Rossi La Plata
Especialidad: Endoscopía | **Área Temática:** General | **Categoría**: Caso Clínico
a) El síndrome de úlcera rectal hemorrágica aguda (AHRUS) es una entidad poco reconocida con elevada mortalidad, siendo la causa más frecuente de hemorragia digestiva baja masiva en pacientes críticos. Presentamos una serie de 3 casos evaluados en nuestro Hospital entre 2019 y 2022 y revisión de la bibliografía.
b) Nuestro objetivo es concientizar sobre esta entidad para corregir los factores de riesgo y lograr manejo adecuado de la misma, dado su mal pronóstico y alta prevalencia.
c) Caso 1: Varón 66 años con trombocitosis esencial, anticoagulado, EPOC e hipoalbuminemia quien es traído a la guardia por hematoquecia masiva y shock hemodinámico, se realiza VEDA (sin hallazgos) y vcc (úlceras geométricas en recto bajo sin estigmas de sangrado), buena evolución. Caso 2: varón 35 años con cirrosis hepática, derivado por hematoquecia sin descompensación, se realiza VEDA (várices esofágicas chicas sin signos rojos) y VCC (lesión de Dieulafoy en recto bajo, hemostasia con clip), buena evolución. Caso 3: mujer de 85 años internada por insuficiencia cardíaca, diabética, con hipoalbuminemia, se realiza VEDA (sin hallazgos) y VCC con úlcera circunferencial en recto, se realiza tratamiento con hemospray, presenta resangrado y óbito al 3° día.
d) El AHRUS se caracteriza por hematoquecia masiva súbita indolora habitualmente en ancianos (no excluyente) con múltiples comorbilidades, como

diabetes, accidente cerebrovascular, sepsis, fallo hepático, coronariopatía, hemodiálisis. Se consideran factores de riesgo la hospitalización, el uso de antitrombóticos y la hipoalbuminemia. La fisiopatogenia tendría relación con isquemia en contexto de hipovolemia y/o vasoconstricción por stress. El diagnóstico se realiza mediante la clínica ya mencionada y el hallazgo en colonoscopía de una o múltiples úlceras rectales (habitualmente por debajo de la reflexión peritoneal) con sangrado o estigmas de sangrado reciente, y descartando otras patologías mediante biopsias y cultivos de materia fecal. Se clasifican endoscópicamente en lesión tipo Dieulafoy, redondeada, geográfica o circunferencial (mayor tasa de resangrado). La mayoría logra controlarse mediante tratamiento endoscópico (clip, ligadura con bandas, argón plasma o inyección de adrenalina), aunque un porcentaje requiere ligadura transanal. Debe diferenciarse del síndrome de úlcera rectal solitaria, el cual es un desorden crónico benigno, más común en jóvenes, asociado a defecación anormal y prolapso mucoso; y a las úlceras asociadas a malignidad, enfermedad inflamatoria intestinal, radiación, AINEs o isquemia.

e) Consideramos que el AHRU debe ser considerado en el diagnóstico diferencial de la hematoquecia indolora de inicio súbito y masivo en pacientes críticamente enfermos (principalmente con hipoalbuminemia) en orden de realizar un diagnóstico precoz dado su mal pronóstico y también para realizar las medidas posibles para mejorar los parámetros de riesgo del mismo.

Código: EN1013
Título: FACTORES ASOCIADOS A LA TASA DE DETECCION DE ADENOMAS
Autores: Silva N C Y [1]
Filiación/es: [1]Instituo Modelo de Cardiología. Córdoba Capital
Especialidad: Endoscopía | **Área Temática:** Colon | **Categoría**: Trabajo Científico

INTRODUCCIÓN

La tasa de detección de adenomas colónicos es considerado un estándar de calidad en la colonoscopia de cribado. Su aumento es inversamente proporcional a la disminución de la tasa de cáncer de intervalo. De acuerdo a las guías debería ser de 25%.

OBJETIVOS

Determinar la tasa de detección de adenomas y su relación con diferentes variables.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio retrospectivo donde se analizaron todas las videocolonoscopías realizadas por diferentes indicaciones a pacientes mayores a 18 años, en el servicio de Endoscopía Digestiva en un Centro Privado de Córdoba entre abril 2014 y octubre 2019. Se obtuvieron datos como la indicación, edad, sexo, índice de masa corporal (IMC), grado de preparación colónica (escala de Boston), horario de preparación y endoscopista. Se realizó un análisis univariado, bivariado y multivariado con implementación de modelos de regresión logística múltiple.

RESULTADOS

Se incluyeron para el análisis 7902 videocolonoscopías. La tasa de detección de adenomas fue de 23,90%, se observaron que el sexo masculino tuvo mayor proporción de adenomas (28,7% vs 18,1%), que la mayor proporción se dio en los mayores a 50 años, con un 26,8% y que en los obesos se presentaron en el 30,7%. Todos estos resultados fueron estadísticamente significativos. En cuanto al horario de realización de la endoscopia no hubo diferencia con significancia. La mayor frecuencia de adenomas se dio en los pacientes clasificados según Boston entre 6 y 7, el tercer endoscopista fue el que hallo la mayor proporción de adenomas.

CONCLUSIONES

Este estudio muestra una asociación estrecha con el sexo masculino, el grado de obesidad, el grupo etario y una adecuada limpieza, alentando a mejoras en los procesos de calidad y a la selección de pacientes a fin de disminuir la prevalencia de cáncer colorrectal y de intervalo.

Código: EN1035
Título: HALLAZGOS ENDOSCÓPICOS EN PACIENTES CON HEMORRAGIA DIGESTIVA BAJA EN UN HOSPITAL DE AGUDOS DE LA CIUDAD DE BUENOS AIRES.
Autores: Incahuanaco, L [1]; Icaza Cárdenas, J [1]; Varela, MJ [1]; Regnasco, S [1]; Saa, E.[1]
Filiación/es: [1]Hospital de Agudos Dr. Ignacio Pirovano CABA
Especialidad: Endoscopía | **Área Temática:** Colon | **Categoría**: Trabajo Científico

Introducción: La hemorragia digestiva se divide en tres categorías: Hemorragia digestiva alta, media y baja (HDB). Esta última es define como aquel sangrado que se origina en el colon. Representa el 20% de los sangrados digestivos, la mayoría de los casos, autolimitado; siendo la videocolonoscopía (VCC) el método de elección diagnóstico.

Predomina ligeramente en hombres y se presenta por lo general en edades avanzadas, siendo las causas más comunes la enfermedad diverticular, la colitis isquémica, patología hemorroidal, cáncer colorrectal y angiodisplasias.

Objetivo: Realizar un relevamiento de los hallazgos de HDB en un hospital de agudos de la Ciudad de Buenos Aires en el período de enero del 2019 hasta junio del 2022.

Materiales y Métodos: Estudio epidemiológico descriptivo, retrospectivo basado en los informes de VCC de la sección de endoscopía, realizados por hematoquecia y/o proctorragia (H/P). Se incluyeron los estudios con una preparación de Boston mayor a 7 puntos. Se presumió como diagnóstico etiológico positivo cuando se identificó una lesión con sangrado activo, un vaso visible no sangrante o un coágulo adherido. Se consideró diagnóstico etiológico negativo cuando no se observaron restos hemáticos aún en presencia de patologías potencialmente sangrantes, pólipos, divertículos y hemorroides.

Resultados: Se admitió un total de 134 VCC solicitados por H/P, con una edad media de 60,5 años y el 53,2% de sexo femenino. En 91/134 VCC se obtuvieron hallazgos endoscópicos sin detección del origen de la HDB. Hallaztos: Hemorroides internas: 56/134 (41,6%), pólipos colónicos: 20/134 (15%); colopatía diverticular: 9/134 (6,6%) y angiodisplasias: 6/134 (4,2%); estudios normales: 10/134 (7,5%). En los 33/134 casos restantes, se identificó el diagnóstico presuntivo de HDB: Cáncer colorrectal: 18/134 (14,4%); Colitis / rectitis: 9/134 (6,6%); úlceras colónicas: 3/134 (2,1%); Colitis isquémica, divertículo sangrante y pólipo con estigmas de sangrado:3/134 (2,1%).

Conclusión: El hallazgo más frecuente de HDB con diagnóstico etiológico positivo fue el cáncer colorrectal, seguida de colitis / rectitis. El diagnostico etiológico negativo para HDB más frecuente encontrado fue las hemorroides. Se observó una mayor frecuencia del sexo femenino, distinto a lo mencionado en la literatura.

La baja tasa de detección del origen del sangrado en el período estudiado puede radicar en el carácter autolimitado de los sangrados, no diagnosticando su origen al momento del estudio. Debido a ello hay discordancia con los datos estadísticos de países occidentales, donde predomina el sangrado diverticular, la colitis isquémica, hemorroides y neoplasias colorrectales. Así también, mencionar que no se dispone en el hospital de técnicas para estudio y tratamiento de sangrado de intestino delgado.

Código: EN1041
Título: TERAPIA INCISIONAL COMO TRATAMIENTO DE ESTENOSIS DE ANASTOMOSIS ESOFAGOGÁSTRICA REFRACTARIA
Autores: Asprea Alfano Leonardo [1]; Sequeira Luis Agustín [1]; Pardo Barbara [1]; Escobar Fernández Rafael [1]
Filiación/es: [1]Sanatorio Dr Julio Mendez
Especialidad: Endoscopia | **Área Temática:** Esófago Estómago Duodeno | **Categoría**: Video Científico

A) INTRODUCCION: Las estenosis postquirúrgicas son una complicación frecuente de la cirugía esofágica y suelen responder a la dilatación endoscópica con bujía o balón. Sin embargo un porcentaje son refractarias pudiendo afectar la calidad de vida de los pacientes. Se han propuesto alternativas terapéuticas para el manejo de las estenosis refractarias, como la inyección intralesional de triamcinolona, el uso de stents autoexpandibles y la terapia incisional endoscópica (TIE). Esta última demostró ser eficaz en estenosis cortas (<2 cm) refractarias secundarias a anillos de Schatzki y posquirúrgicas Los materiales utilizados en TIE son cuchillos: tipo hook, tipo IT o aguja; y una unidad electroquirúrgica (UEQ). La incisión se realiza de forma radial y paralela al eje longitudinal del órgano. Las complicaciones son infrecuentes. Presentan eficacia comparable a la dilatación con bujía o balón, pero se requiere de un mayor nivel de evidencia para su uso como terapia de primera línea o en otras etiologías. Algunos autores sugieren incluso que la TIE es superior a la dilatación para el tratamiento de estenosis refractarias del sitio de anastomosis con menor tasa de recurrencia a 6 y 12 meses.

B) OBJETIVO: Presentar la resolución endoscópica de una estenosis de anastomosis esofagogástrica refractaria mediante terapia incisional.

C) PACIENTE: Paciente masculino de 70 años con antecedente de adenocarcinoma esofágico de tercio inferior, por el que realizó tratamiento neoadyuvante y posterior esofaguectomía subtotal con anastomosis esofagogástrica termino-terminal. Intercurre 2 meses posterior a la cirugía con disfagia a solidos secundaria a estenosis infranqueable que se dilata con balón hidrostático hasta 16 mm. Debido a la recurrencia de los síntomas son necesarias otras 4 sesiones de dilatación con balón e inyección intralesional de corticoides sin lograr una mejoría duradera. Se interpreta como una estenosis refractaria. Se solicita nueva VEDA constatando una estenosis infranqueable de

15 mm de extensión y se realizan incisiones radiales en 4 cuadrantes con needle knife y UEQ (ERBE: Endocut I E2 D3 I2) seguido de dilatación con balón hidrostático hasta 18 mm, sin complicaciones el pacientes es externado a las 24 hs. Evoluciona 6 meses posterior al procedimiento con buena tolerancia a las dieta sin necesidad de nuevas intervenciones

D) CONCLUSIÓN: La TIE es un método seguro y eficaz para el tratamiento de estenosis esofágicas cortas refractarias postquirúrgicas.

Código: EN1050
Título: TRATAMIENTO ENDOSCOPICO A TRAVES DE ESTOMA DE YEYUNO, POR ESTENOSIS DE ANASTOMOSIS HEPATO-YEYUNAL
Autores: PONCE GRANADOS M. [1]; DIAZ V.[2]
Filiación/es: [1]HOSPITAL MARCIAL QUIROGA SAN JUAN; [2]HOSPITAL PRIVADO SAN JUAN
Especialidad: Endoscopía | **Área Temática:** Via Biliar y Páncreas | **Categoría**: Video Científico

Tratamiento de estenosis de anastomosis hepato-yeyunal a través de un estoma de yeyuno, previamente realizado por cirugía.

Objetivo es mostrar una alternativa mínimamente invasiva, en aquellos pacientes en los cuales fracasó la anastomosis quirúrgica y también fracasaron otros métodos mínimamente invasivos.

Se trató paciente al que se le realizó anastomosis gastro-yeyunal por el antecedente de lesión quirúrgica de vía biliar. Con el transcurso del tiempo dicha anastomosis se estenosa y pasa a tratamiento percutáneo. Dicho tratamiento no dio los resultados esperados por lo que se propuso un tratamiento endoscópico - percutáneo a través de un estoma de yeyuno, previamente realizado en el servicio de cirugía. Y a los 7 días se ingresa por dicho estoma hasta ubicar la anastomosis estenosada. En un primer tiempo se realiza la dilatación de la estenosis y la colocación de stent plástico para sacarlo de la urgencia. Y en un segundo tiempo se realiza un tratamiento endoscópico con papilotomo de punta, liberando la estenosis y el proceso inflamatorio, con la extracción de múltiples cálculos intrahepáticos.

El resultado de dicho procedimiento fue obtener la permeabilidad del conducto hepático derecho e izquierdo y la limpieza de ambos, obteniendo un muy buen drenaje a largo plazo. Se deja al paciente en observación durante 24 meses, se presenta un muy buen control de su hepatograma en estos 24 meses con fosfatasa alcalina en valores normales.

La conclusión es que la posibilidad de tratar las estenosis hepato-yeyunales que no responden a tratamientos percutáneos, con valores de hepatograma normal en sus controles estrictos, pueden ser tratados por este método híbrido. Con una yeyunostomía quirúrgica a 20 cm de la anastomosis ,ingresando con un gastroscopio , y tratar la estrechez con múltiples materiales disponibles en el mercado de la cirugía endoscópica.

Código: EN1071
Título: UNA NUEVA ESTIMACIÓN OBJETIVA DE LA DIFICULTAD TÉCNICA DE UNA VIDEOCOLONOSCOPÍA CON INTUBACIÓN CECAL: LA ESCALA ARGENTINA BRIEF COLONOSCOPY DIFFICULTY (ABCD)
Autores: Valero M. [1]; Puga-Tejada M. [1]; Insausti A.[1]; Koll L.[1]; Salazar V.[1]; Martínez M. [1]; Gutiérrez MB. [1]; Imhof H.[2]; Isaguirre J.[3]; Yañez F.[4]; Rodríguez P.[5]; Epele J.[6]; Najum P.[5]; Paredes S.[7]
Filiación/es: [1]Instituto de Gastroenterología y Endoscopía de Avanzada (IGEA), Bahía Blanca, Argentina; [2]Grupo MIT, Santa Fe, Argentina; [3]Hospital Italiano de Mendoza, Mendoza, Argentina; [4]Clínica de Cuyo, Mendoza, Argentina; [5]Instituto Modelo de Cardiología de Córdoba, Córdoba, Argentina; [6]Clínica San Miguel, Trelew, Argentina; [7]Instituto Modelo de Gastroenterología de Formosa, Formosa, Argentina.
Especialidad: Endoscopía | **Área Temática:** Colon | **Categoría**: Trabajo Científico

Introducción: Es importante una videocolonoscopía (VCC) de alta calidad a fin de evitar lesiones inadvertidas. Entre tales indicadores se incluye la preparación intestinal, retirada >6 minutos e intubación cecal (IC). En ciertos escenarios la VCC con IC puede representar un desafío para el endoscopista, recurriéndose progresivamente a técnicas como compresión abdominal, rotación postural, o cambio del endoscopista. No existe una definición estandarizada o escala que comunique la dificultad técnica de una VCC con IC.

Objetivo: Describir la frecuencia de técnicas adicionales para lograr la IC en pacientes encaminados a VCC, a fin de desarrollar una nueva escala para evaluar la dificultad técnica de la misma.

Materiales y métodos: Estudio observacional, prospectivo, multicéntrico (May-Jul/22). Se invitó a participar a 35 centros a nivel nacional. Se incluyó casos >18 años, con indicación de VCC con IC. Se excluyó VCC con un Boston Score (BBPS) <6. Un equipo de endoscopistas expertos desarrolló la escala "Argentina Brief Colonoscopy Difficulty" (ABCD), la cual comprende cuatro dimensiones: compresión abdominal, rotación postural, cambio del endoscopista e imposibilidad de IC (Figura 1). Estos parámetros fueron estimados en una muestra de 370 casos (margen de error 5%), registrándose anestésicos y dolor una hora post-VCC (escala visual análoga, EVA). Este estudio fue autorizado por el comité de ética de investigación (CEI) de cada centro participante (NCT05422820).

Resultados: En los primeros tres meses de esta investigación, 8/35 centros invitados obtuvieron la autorización de sus CEI para enrolar casos. Se seleccionó 372 pacientes/VCC, mediana de edad 58 años, 60.2% mujeres, 5.6% IMC <20 kg/m2, 98.9% VCC ambulatorias. El 43.8% de las VCC se realizó por cribado de cáncer colorrectal, 16.1% seguimiento, 37.4% diagnóstica y 2.7% terapéutica. Mediante la escala ABCD se estimó una complejidad nula en 98 casos (26.3%), baja en 115 (30.9%), intermedia en 96 (25.8%) y alta en 49 (13.2%). Los pacientes con complejidad alta presentaron mayor edad (73 años; P=.03), mayor frecuencia de mujeres (71.4%; P=.004) y de casos con IMC <20 (7.1%; P=.004). En aquellas VCC de nula complejidad, el 41.8% presentaron BBPS excelente, mediana de 160 ug y un EVA 3-7 en 3.1%; en aquellas alta complejidad, 30.6% (P=.023), 200 ug (P<.001) y 7.1% (P=.078).

Conclusión: La escala ABCD constituye un indicador de calidad cual fácilmente permite estimar y comunicar objetivamente la complejidad de una VCC con intención de IC. Una mayor complejidad según ABCD se correlaciona significativamente con parámetros tradicionalmente asociados a mayor dificultad de IC (edad avanzada, género femenino, bajo IMC), mala preparación, mayor uso de anestésicos y dolor post-VCC. Es necesario la realización de estudios con una mayor muestra de casos a fin de validar estos resultados.

Código: EN1064
Título: TRATAMIENTO ENDOSCÓPICO DE FISTULA BILIOPLEURAL POSTRAUMATICA EN PACIENTE PEDIATRICO
Autores: Abdala A.[1]; Campero L.[1]; Navarro A.[2]; Alburqueque HE.[3]; Díaz MA[3]
Filiación/es: [1]Hospital Zenón J Santillán Tucumán; [2]Hospital Ángel Cruz Padilla Tucumán; [3]Hospital del Niño Jesús Tucumán.
Especialidad: Endoscopía | **Área Temática:** Pediatría | **Categoría**: Caso Clínico
TRATAMIENTO ENDOSCÓPICO DE FISTULA BILIOPLEURAL POSTRAUMATICA EN PACIENTE PEDIATRICO

Autores: Dra. Abdala A, Dr. Campero L, Dr. Navarro A, Dr. Alburqueque HE, Dra. Díaz MA.

INTRODUCCIÓN: las heridas por arma de fuego en pediatría son cada vez más frecuentes. Los traumas penetrantes tóraco-abdominales que presentan injuria potencial de dos cavidades anatómicas representan un desafío diagnóstico y terapéutico. Las fístulas biliotorácicas son una entidad poco frecuente pudiendo ser consecuencia de infecciones hepatobiliares, manipulación quirúrgica y traumatismos penetrantes, cuya incidencia va en aumento. La literatura publicada propone dos tipos de manejo: conservador y quirúrgico.

OBJETIVOS: El objetivo principal es la resolución del caso mediante un procedimiento conservador, mínimamente invasivo, sobre todo, ante un paciente re- intervenido quirúrgicamente en múltiples oportunidades por la gravedad del cuadro clínico.

MATERIALES O PACIENTE: Paciente masculino de 14 años ingresa a servicio de emergencias con herida por arma de fuego con orificio de entrada en tórax sin orificio de salida. En TC se evidencia proyectil alojado en columna dorso-lumbar con trayecto tóraco-abdominal, hemo-neumotórax y esquirlas en hígado. Se coloca tubo de drenaje pleural. Alrededor de los 14 días el débito adquiere aspecto bilioso. Se confirma fístula bilio-pleural por colangiorresonancia. Por persistencia de débito se realiza ERCP con papilotomía y colocación de stent en vía biliar. Evoluciona favorablemente, se retira drenaje a los 7 días y stent a los 2 meses del procedimiento.

METODOS, RESULTADOS Y CONCLUSIONES: El desarrollo de la fístula bilio-pleural postraumática es un fenómeno muy poco frecuente que no aparece de forma inmediata posterior al trauma, sino que toma un promedio de dos semanas en establecerse. El tratamiento debería ser multidisciplinario e individualizado a cada paciente, pudiéndose combinar estrategias. Sin embargo, los abordajes no invasivos son los recomendados como manejo inicial. ERCP es un procedimiento mínimamente invasivo que permite la terapéutica precisa de la

misma, conlleva seguridad y eficacia en el tratamiento por medio de la esfinterotomía y colocación de stent biliar para disminución de la resistencia distal del esfínter de Oddi favoreciendo así el drenaje de bilis con una tasa de éxito cercana al 97% según lo reportado. El tratamiento quirúrgico debería reservarse para pacientes con deterioro clínico por compromiso respiratorio y sepsis torácica o abdominal no controlada, o ante la falla del tratamiento conservador.

OBSERVACIONES: Trabajo multidisciplinario en conjunto con cirujanos pediátricos y gastroenterólogos endoscopistas de distintas instituciones publicas del sistema de salud durante la pandemia.

Código: EN1020
Título: Incidentaloma esofágico a propósito de un caso
Autores: Mimura Humberto[1]; Díaz Vélez Juan Pedro[1], Roth Kriger Roxana[1]
Filiación/es: [1]Hospital Dr Pedro Fiorito Avellaneda
Especialidad: Endoscopía | **Área Temática:** Esófago Estómago Duodeno | **Categoría**: Caso Clínico

Introducción

El tumor de células granulares (TCG) es una neoplasia poco frecuente, que se origina principalmente en los tejidos blandos, en su mayoría benigna, cuyo hallazgo suele ser incidental.

Objetivo: Presentar un caso de una entidad poco frecuente y su resolución.

Presentación del caso

Paciente femenina de 32 años, sin antecedentes. Consulta por disfagia orofaríngea intermitente, para líquidos y sólidos, de 4 meses de evolución, sin repercusión orgánica. Examen físico sin hallazgos patológicos.

Se solicitó laboratorio el cual se encontraba dentro de parámetros normales. Se realizó VEDA, que informa: inmediatamente por encima de la unión gastroesofágica lesión sobreelevada, redondeada, de bordes lisos, con tinte amarillento, de 10mm de diámetro, consistencia firme a la toma de biopsias.

El informe de anatomía patológica reveló la presencia de un tumor de células granulares, con anticuerpos monoclonal antivimentina y monoclonal anti S-100 positivos por inmunohistoquímica.

Se solicitó tomografía computada que fue negativa para diseminación locorregional y a distancia y ecoendoscopia donde se evidencia imagen hipoecoica, heterogénea, con patrón en sal y pimienta, perteneciente a la capa submucosa, de 6.5 mm por 5.5 mm, sugestiva de tumor de Abrikossoff.

Se decidió realizar mucosectomía endoscópica asistida por banda: se realiza inyección y elevación de la lesión con adrenalina 1/20.000, banding de la misma y resección con asa caliente, se colocan dos clips hemostáticos, con buena evolución.

Discusión

El TCG corresponde al 0.4% de las lesiones en esófago, ubicándose con mayor frecuencia en el tercio distal. Se origina en las células de Schwann. Suele medir menos de 10 mm y ser un hallazgo en la endoscopia, como una lesión polipoide o sésil, submucosa, bien delimitada, recubierta de mucosa normal de color blanco amarillento y con un aumento de su consistencia.

En la ecoendoscopía se evidencia una lesión hipoecogénica, homogénea, con bordes regulares, dependientes de la submucosa o mucosa.

La tomografía computarizada es útil en el estudio de extensión tumoral en caso de malignidad.

El diagnóstico definitivo es mediante anatomía patológica e inmunohistoquímica (S-100, CD 68, enolasa específica neuronal y vimentina).

Si el TCG es menor a 10 mm y se descarta malignidad debe realizarse seguimiento endoscópico. Las lesiones mayores de 20 mm, sintomáticas o en las que no se puede descartar malignidad, se deben extirpar mediante endoscopia o cirugía

Observaciones

Se envía el presente caso para demostrar la importancia de considerar patologías poco frecuentes y su resolución cuando no se encuentra totalmente protocolizado su manejo.

Conclusión

Es fundamental realizar la endoscopía con meticulosidad, para no pasar por alto estas lesiones que podrían ser potenciales tumores malignos. Por otro lado, su detección y correcta caracterización, permitirá tomar la decisión adecuada para su resolución y seguimiento.

Código: EN1021
Título: PERFORACIÓN ESOFAGICA POR IMPACTACION DE CUERPO EXTRAÑO DE PRESENTACIÓN ATÍPICA CON RESOLUCIÓN ENDOSCOPICA
Autores: De Olivera S.[1], López S. [1], Riveros I[1], Reinek P.[1] Llera Sosa M.[1],Luzuriaga M.[1], Porfilio Gularte G[12]
Filiación/es: [1]Servicio de Gastroenterología, Hospital Escuela de Agudos "Dr. Ramón Madariaga", Posadas, Misiones. [2]Jefa del servicio de Gastroenterología HEADRM- Presidente electa de FAGE.
Especialidad: Endoscopía | **Área Temática:** Esófago Estómago Duodeno | **Categoría**: Caso Clínico

INTRODUCCIÓN: Los cuerpos extraños esofágicos, son una consulta frecuente en emergencia. Los pacientes ingresan por presentar síntomas como disfagia, Odinofagia,dolor retroesternal. las complicaciones graves, como absceso cervical, mediastinitis, absceso aortoesofágico, fístula traqueoesofágica, neumonía y neumotórax, la mayoría de los cuales son causados por perforación esofágica, puede desencadenar la muerte si el diagnóstico se retrasa. De aquí la importancia de la correcta evaluación, ubicación, tamaño y la forma del cuerpo extraño para brindar tratamiento medico correcto.

Objetivo/s: Dar a conocer los avances en cierre endoscópico de perforaciones esofágicas como una opción válida para el tratamiento de las complicaciones.

Materiales (o Pacientes): Paciente sexo masculino 32 años, sin antecedentes patológicos que inicia posterior a ingesta de cuerpo extraño (escarbadientes) con sensación de cuerpo extraño en esófago superior y dolor torácico por lo que consulta, a destacar niega equivalentes febriles, sin sialorrea ni signos de enfisema subcutáneo, estudios complementarios sin evidencia de perforación, se realiza VEDA que informaba: CUERPO Extraño IMPACTADO EN ESOFAGO,EXTRACCION ENDOSCOPICA,LACERACION MUCOSA, Posteriormente se solicita TC de tórax donde se observaba Neumomediastino.Se Realiza primer intento de cierre endoscópico con colocacion de clips en brecha mucosa esofágica(12-13mm), bordes friables brecha de gran amplitud. Sin éxito. Se procede a la realización de nueva DESDE LOS 29 CM HASTA LOS 34 CM DE ADS SE OBSERVA PERFORACIÓN INCOMPLETA EN AREA PROXIMAL Y COMPLETA EN SECTOR IZQUIERDO DEL EXTREMO DISTAL DE LA BRECHA. SE OBSERVAN CINCO CLIPS ADHERIDOS EN EL BORDE DE LA PERFORACIÓN, EL PROXIMAL COLOCADO DE MANERA PROFUNDA CONTRAINDICANDO DEICHOS HALLAZGOS EL CIERRE CON CLIPS. SE DECIDE LA COLOCACIÓN DE STENT ESOFAFICO METÁLICO TOTALMENTE CUBIERTO FULLY COVERED DE 105 X 23 MM BAJO GUÍA RADIOLÓGICA. SE CONSTATA STENT NORMOIMPANTADO. Se inicia antibioticoterapia empírica, con excelente respuesta. Egreso Hospitalario a las 72 hs. Citándolo al Paciente al mes para Extracción PAE. Sin Complicaciones.

Resultados: Se realizaron RX de tórax sin evidencia de cuerpo extraño, VEDA donde se observa Bolo impactado que genera laceración mucosa y perforación incompleta, Tc de tórax donde presenta Neumomediastino. Se decide realización de VEDA con cierre de Brecha con PAE (Protesis autoexpansible).

Conclusiones: La utilización de Protesis autoexpasible (PAE)en perforación esofágica representa una alternativa eficaz, Permitiendo la resolución de la perforación esofágica, acortar el inicio de alimentación y estancia hospitalaria.

Observaciones: La perforación esofágica por cuerpo extraño es una Complicación que se puede presentar, dependiendo del tiempo de ingestión,tipo de cuerpo extraño y tiempo que se realiza la veda,la utilización de herramientas de cierre endoscópico (PAE) es un método muy eficaz.

Código: EN1048
Título: NECROSECTOMIA PANCREATICA VIDEOASISTIDA (VARD)
Autores: Dr. Ponce Granados, Marcelo[12]; Dr. Diaz, Victor[12]
Filiación/es: [1]Asociación Sanjuanina de Endoscopia Digestiva Hospital Privado, [2]Hospital Dr. Marcial V. Quiroga, Sanatorio Argentino
Especialidad: Endoscopía | **Área Temática:** Via Biliar y Páncreas | **Categoría**: Video Científico

La pancreatitis aguda grave representa aproximadamente el 10-20% de todas las pancreatitis agudas. La necrosis infectada, conduce a importantes complicaciones locales y sistémicas que presentan una elevada morbimortalidad.

Hasta la década de 1970, el Gold estándar para el manejo de estos pacientes era el desbridamiento quirúrgico transperitoneal abierto y posterior drenaje. Estos procedimientos tenían una alta mortalidad, 25%-40%, lo que llevó al desarrollo de técnicas quirúrgicas mínimamente invasivas que cumplen el mismo propósito, drenaje y desbridamiento del tejido pancreático desvitalizado, con menor activación de la respuesta inflamatoria sistémica mejorando el pronóstico y la sobrevida.

La estrategia del "Step Up Approuch" propuesta por el estudio panter en 2010, consiste en el drenaje percutáneo o endoscópico de la necrosis infectada,

seguida de la necrosectomía videoasistida retroperioneal, en caso de sepsis no controlada.

El video muestras dos casos clinicos con distintas formas de acceso para realiza VARS, Esta técnica fue descripta por Gregorio castellano y col. y publicada en la revista Surgical Endoscopy en el año 2012,Consiste en el acceso quirúrgico a la cavidad retroperitoneal utilizando una guía percutánea, para luego realizar una disección de planos sobre la misma y posterior necrosectomía bajo visión directa con lavados periódicos.

Código: EN1005
Título: PREVALENCIA DE HEMORRAGIA DIGESTIVA BAJA EN PACIENTES QUE ASISTEN A UN HOSPITAL PUBLICO
Autores: Mercado J[1]; Melano G[1]; Lanciotti J[1]; Cazon R[1]; Navarro A[1]; Maidana J[1]
Filiación/es: [1]Hospital Angel C. Padilla Tucumán
Especialidad: Endoscopía | **Área Temática:** General | **Categoría**: Trabajo Científico
RESUMEN

Introducción: La prevalencia de la Hemorragia digestiva baja (HDB) ha estado en considerable aumento según los registros nacionales. Actualmente es la causa más frecuente de hemorragia digestiva atendida en los servicios de gastroenterología de los hospitales públicos. A pesar de ello, la evidencia científica sobre su manejo es muy limitada. Se disponen de pocos estudios científicos comparativos de los cuales la mayoría se encuentra desactualizado en nuestro medio.

Objetivos: Determinar la prevalencia de hemorragia digestiva baja según edad , sexo, y etiologías más frecuentes en pacientes a los que se realizó colonoscopia durante el periodo 2017-2021 que fueron atendidos en el Hospital Ángel C Padilla de la Ciudad de San Miguel de Tucumán, Argentina.

Materiales y métodos: Se realizó un estudio observacional, descriptivo retrospectivo. La población estuvo compuesta por 700 pacientes a los que se realizó colonoscopia en el Hospital Ángel C Padilla, durante el periodo 2017-2021.

Resultados: La prevalencia de hemorragia digestiva baja fue del 31% (219) con un IC95% = [27,9% - 34,7%]. Se observó con mayor frecuencia 16,5% (48), en los pacientes con un rango etario comprendido entre 40 a 50 años. El 55,3%(121) fueron mujeres. Se observó que la etiología más frecuente fue por Hemorroides internas, con el 60,7%(133), y Pólipos, con el 20,1%(44).

Conclusión: La prevalencia de hemorragia digestiva baja fue considerablemente elevada, representando 1/3 de la población estudiada. Se observó que cerca de la mitad de los pacientes que presentaron hemorragia digestiva baja se encontraban en el rango etáreo comprendido entre los 40 y 70 años, y el sexo femenino representó más de la mitad de los casos. La etiología más prevalente fue hemorroides internas, presente en más de la mitad de la población bajo estudio.

Palabras claves: Hemorragia digestiva baja – Hospital público

Código: EN1006
Título: Colitis pseudomembranosa No producida por Clostridium Dificcile
Autores: Brayer S[1], Laudanno O[1], Lafage M[1], Pucci B[1], Sambresqui A[1], Paz L[1]
Filiación/es: [1]Instituto de Investigaciones Médicas Alfredo Lanari
Especialidad: Endoscopía | **Área Temática:** General | **Categoría**: Trabajo Científico
La colitis pseudomembranosa es una afectación inflamatoria de la mucosa del colon, caracterizada por la formación de placas blanco-amarillentas sobre elevadas.

El clostridium difficile (CF), es la causa más común de colitis pseudomembranosa, por lo tanto ante su hallazgo, debe descartarse en primera instancia.

El avance en las técnicas diagnosticas han permitido evidenciar, otras causas de pseudomembrana.

El objetivo de esta presentación, es la descripción de 2 casos con colitis pseudomembranosa, cuyo origen no fue vinculado a la infección por CF.

Material y Metodo

Caso 1:

Paciente femenina de 77 años, con antecedentes de HTA, EPOC, IRC Estadio IV, y ex tabaquista. Ingresa por reagudización de su IRC secundaria a consumo de AINES. Se constata sindrome urémico con infección urinaria por E. coli multirresistente.

Inicia diálisis de urgencia y tratamiento con ceftriaxona y metronidazol.

La paciente evoluciona con diarrea acuosa, leucocitosis y distensión abdominal. Toxina y antígeno para clostridium difficile negativo en 2 oportunidades, con coprocultivo también negativo.

Ante la persistencia del cuadro diarreico, se realiza una video rectoscopia que visualiza exudados blanquecinos firmemente adheridos, con mucosa congestiva y áreas ulceradas. La anatomía patológica (AP): colitis crónica activa con ulceración y trombos de fibrina en pequeños vasos, células grandes multinucleadas con sospecha de CMV.

Ante las dudas diagnosticas se repite el estudio endoscópico, y se toma material del colon para cultivo y PCR de clostridium dificcile y PCR para CMV. Las muestras fueron negativas para clostridium dificcile y positivas para citomegalovirus.

Se interpreta el cuadro como una colitis pseudomembranosa por CMV.

Caso 2:

Paciente masculino de 79 años con antecedentes de miocardiocardiopatía dilatada isquémica/necrótica, FA crónica, anticoagulado. Se interna por presentar heces diarreicas, asociado a dolor abdominal y signos de sepsis. Laboratorio GB 11.600mm3 Cr: 2,64 ml/dl, U148 mg/dl, Lactato: 3,3mmol/L. Antecedente inmediato de consumo de amoxicilina + ac. clavulánico por 7 días por otitis aguda media.

La tomografía mostró engrosamiento del colon en su región descendente y rarefacción de la grasa peri rectal y pre sacra. Se interpreta como abdomen agudo asociado a shock séptico. Toxina para clostridium que resulta negativa. Se realiza laparotomía exploratoria, la cual no detecto patología relevante.

Persiste en el post operatorio con diarrea . Nueva toxinas AB para clostridium negativas. Con este cuadro se decide VRSC, la cual evidencia mucosa colónica con múltiples petequias y peudomebranas. Se toman biopsias.

A P resultado compatible con isquemia colónica.

Se interpretó el cuadro como colitis pesudomembranosa de origen isquémico.

Conclusiones: Si bien las pesudomembras en colon son características del CD, otras entidades deben ser consideradas. Es por ello que presentamos estos 2 casos , 1 de origen infeccioso y el otro isquémico.

Código: EN1024
Título: ENDOSCOPÍAS DIGESTIVAS: SATISFACCIÓN DEL PACIENTE FRENTE A PROCEDIMIENTOS CON Y SIN SEDACIÓN
Autores: Tárraga M.[1]; Argüello M.[1]; Zanetti M.[1]; Martinez Rejtman L.[1]; Fernandez G.[1]
Filiación/es: [1]Hospital J.T. Schestakow
Especialidad: Endoscopía | **Área Temática:** General | **Categoría**: Trabajo Científico
Introducción: La endoscopia digestiva (ED), es un procedimiento de utilidad diagnóstica y terapéutica pero que puede producir intolerancia en los pacientes (P). En nuestro nosocomio no disponemos en forma rutinaria del acceso a estudios bajo sedación anestésica (CS). Debido a la baja tolerancia observada en nuestro grupo de trabajo a la realización de ED sin sedación (SS) y a los profusos reclamos de los P por turnos, disponibilidad y atención del servicio de Gastroenterología, es que decidimos medir el grado de satisfacción de los mismos, basándonos en el cuestionario validado GHAA-9mc. Materiales y Método: Estudio descriptivo, observacional, transversal con encuesta, en P sometidos a estudios de ED CS (GCS) y SS (GSS). La recolección de datos se realizó entre marzo-junio 2022, mediante encuesta de satisfacción recomendada por la ASGE, protocolo castellano, adaptado y validado. Objetivo principal: 1) Identificar grado de satisfacción, sintomatología general y en particular nivel de dolor en P que realizan ED CS y SS 2) Analizar indicadores según edad y género. Resultados: Se incluyeron 130 P, con edades entre 18 y 79 años, media de 45 (DE=13.7). El 63% mujeres. El 39% realizó, VEDA, 34% VCC y 27% ambos. Principales síntomas: pirosis 21%, dispepsia 21%, rectorragia 17%, epigastralgia 16%, otros 25%. El 12% (n=15) pertenece al GCS. Todos completaron el estudio. Principales molestias: dolor abdominal (67%), temor (15%), náuseas y vómitos (5%) y otros (13%). Se analizó nivel de dolor (ND): leve (1-3): 13%, moderado (4-7): 54% y severo (8-10): 33%, media de 6.07 (DE 2.63). El 88% (n=115) pertenece al GSS. El 92% completó su estudio, el 8% lo reprogramó CS, motivo principal: intolerancia al dolor. El 58% consideraría la sedación si debiese repetirlo. Principales molestias: dolor abdominal (59%), náuseas y vómitos (15%), temor (11%), otros (15%). ND: leve: 32%, moderado: 41% y severo: 27%, media de 5.19 (DE 2.91). El 53% consideró excelente las explicaciones sobre los procedimientos, 34% muy buenas, 11% buenas, 2% regular. El 71% calificó excelente la amabilidad, cortesía, respeto, sensibilidad y educación del personal del servicio, el 20% muy buena, 9% buena. El 93% sintió cuidada su integridad y privacidad. El 96,5% estuvo satisfecho con el tiempo de espera para realizar el estudio. Discusión: En esta evaluación preliminar, existe mayor proporción de P en el GSS vs GCS asociada a nuestra realidad local (p <.000). No se presentan diferencias en cuanto a la sintomatología global y el

dolor abdominal resultó el síntoma más frecuente en ambos grupos, sin diferencias. No se encontraron diferencias significativas en ND entre: GCS y GSS, rangos etarios, y según estudio realizado; se encontró una diferencia significativa en relación al género (t= 2.442; p <0.01), donde las mujeres presentaron una puntuación mayor (M=5.76) que los hombres (M=4.5).

Código: EN1043
Título: RECURRENCIA POSTMUCOSECTOMIA DE ADENOMAS COLONICOS AVANZADOS Y POLIPOS MALIGNOS
Autores: Bori E. [1]; Smabuelli G. [1]; Silva N. [1]; Bernardi G. [1]; Herrera-Najum P. [1]; Rodriguez P.[1]
Filiación/es: [1]Instituto Modelo de Cardiología de Córdoba Córdoba
Especialidad: Endoscopía | **Área Temática:** Colon | **Categoría**: Trabajo Científico
Introducción: Los adenomas avanzados y los pólipos malignos, considerados un estadio tumoral pT1, presentan riesgo aumentado de recurrencia tras su extracción. La resección mucosa endoscópica (RME) es la técnica para extraer dichas lesiones. Su principal limitante es la recurrencia local y se asocia a un aumento de presentar cáncer de intervalo. Objetivo principal: Determinar la recurrencia local de adenomas colónicos avanzados y pólipos malignos en los 12 meses posteriores a su extracción. Objetivos secundarios: Describir si existe relación entre el tipo histológico y la recurrencia. Comparar la recurrencia de los adenomas resecados en bloque frente a los resecados en múltiples fragmentos. Evaluar en los adenomas resecados en múltiples fragmentos, si el tipo histológico tiene influencia sobre la recurrencia. Analizar en los adenomas resecados en múltiples fragmentos si el tratamiento de coagulación de los bordes se asocia con menor porcentaje de recurrencia. Material y métodos: Se realizo un estudio observacional, retrospectivo y transversal, cuya población a investigar se extrajo de la base de datos del sistema de informes endoscópicos del Servicio de Endoscopía Digestiva del Instituto Modelo de Cardiología de Córdoba durante el periodo comprendido entre 01/2011 y 06/2022. Criterios de inclusión: RME de lesiones colónicas no pediculadas. Clasificación histológica Viena 4 hasta 5.2. Clasificación de Kikuchi sm1 en lesiones con Histología tipo 5.2 de Viena. Control endoscópico dentro de los 12 meses posteriores a la resección índice. Criterios de exclusión: Pólipos pediculados y subpediculados. Adenomas con histología tipo 1 a 3 de la Clasificación de Viena. Adenomas sin control endoscópico dentro de los 12 meses posteriores a su resección. Pólipos malignos con invasión de la submucosa profunda. Análisis estadístico: La comparación entre las proporciones de las categorías de una variable y la asociación bivariada se realizó mediante prueba Chi-Cuadrado. Se fijó un p-valor <0.05 para significación estadística. Para el análisis de los datos se utilizó el programa Infostat (Di Rienzo y col. 2020). Resultados: La recurrencia local fue de 18,9% (11/58) p = < 0,05. No se observó relación entre el estadio histológico y la recurrencia local. La resección en bloque es efectiva (p = < 0,05). La fulguración de los bordes redujo el porcentaje de recurrencia en lesiones resecadas en múltiples fragmentos (p = < 0,05). Se registro un 7,9% de complicaciones, resueltas endoscópicamente. Conclusión. La RME es una técnica segura, eficaz y de bajo costo para el manejo de adenomas colónicos avanzados y pólipos malignos. Se debe estimular el intento de resección en bloque ya que tiene relación directa con la eficacia de la resección, en caso contrario tratar los bordes con técnica fulguración con punta de asa. Se observa que el tamaño de la lesión y el tipo de resección tiene mayor influencia que la categoría histológica en relación a la recurrencia local.

Código: EN1019
Título: COMPLICACIONES DE LA COLANGIOPANCREATOGRAFÍA RETRÓGRADA ENDOSCÓPICA: FACTORES DE RIESGO
Autores: Rotondo S.[1]; Lozzi R.D.[1]; Román H.O.[1]; Higa R.[1]; Moreno F.[1]; Arco M.[1]; Pastorino M.[1]
Filiación/es: [1]Servicio de Gastroenterología y Área de Endoscopia Digestiva Clínica Colón. Mar del Plata Buenos Aires. Argentina
Especialidad: Endoscopía | **Área Temática:** Via Biliar y Páncreas | **Categoría**: Trabajo Científico
Introducción: Desde su introducción en 1968, la colangiopancreatografía retrógrada endoscópica (CPRE) se ha convertido en una herramienta útil en el diagnóstico y, sobre todo, en el tratamiento de una variedad de enfermedades biliopancreáticas. Es uno de los procedimientos más complejos en endoscopía. Es importante conocer la tasa de complicaciones de la CPRE en cada centro y los factores de riesgo asociados a la aparición de las mismas.
Objetivo: Identificar los factores de riesgo asociados a complicaciones por CPRE en nuestro centro.
Material y Métodos: En el periodo de enero de 2019 a diciembre de 2019, se realizaron 70 CPRE a 49 pacientes. Se determinaron las complicaciones y las variables. Para determinar asociación (factor de riesgo) se realizó un análisis bivariado y un modelo de regresión logística múltiple.
Resultados: Los factores de riesgo fueron (ver Tabla): sexo femenino (OR 8,3 IC 95% 0,9 – 75,6; p = 0,029), precorte (OR 8,6 IC 95% 1,4 – 52,9; p = 0,008), canulación difícil (OR 4,8 IC 95% 0,7 – 32,1; p = 0,078), edad menor de 60 años (OR 4,6 IC 95% 0,5 – 42,4; p = 0,135) y la indicación de CPRE: tumor (OR 6,4 IC 95% 2,3 – 37,5; p = 0,178).
Conclusión: Conocer los factores de riesgo puede contribuir a identificar pacientes con alto riesgo de presentar complicaciones, pudiendo tomar medidas preventivas para evitarlas o disminuir su incidencia.

Código: EN1016
Título: CONCORDANCIA ENDOSCÓPICA DE ENGROSAMIENTO PARIETAL DEL TUBO DIGESTIVO COMO HALLAZGO TOMOGRÁFICO.
Autores: Espitia, D.[1]; Acquafresca, A.[1]; Icaza Cárdenas, J.[1]; Bracone, H.[1]; Donatelli, M.[1]; Regnasco, S.[1]; Saá, E.[1]
Filiación/es: [1]Hospital de Agudos Dr. Ignacio Pirovano CABA
Especialidad: Endoscopía | **Área Temática:** General | **Categoría**: Trabajo Científico
Introducción: El hallazgo tomográfico de un engrosamiento parietal (EP) del tubo digestivo puede estar ocasionado por diversas anomalías. Estas pueden representar desde un simple proceso inflamatorio no infeccioso hasta una patología tumoral. Pueden tener relación con el cuadro clínico o ser un hallazgo incidental. Los estudios endoscópicos son el método principal de diagnóstico, ya que la tomografía (TC) no permite distinguir con exactitud las características de una lesión. Las causas de EP más comunes del tubo digestivo superior son las esofagitis pépticas e infecciosas, estenosis, divertículos, gastropatías crónicas y enfermedad neoplásica; los EP colónicos podrían deberse a enfermedad diverticular, vólvulos, colitis infecciosas e isquémicas, enfermedad inflamatoria intestinal, pólipos o tumores.
Objetivos: Determinar la relación entre los hallazgos endoscópicos y EP del tubo digestivo por imagen tomográfica de pacientes de un hospital de tercer nivel de atención de la Ciudad de Buenos Aires.
Materiales y métodos: Se realiza una revisión retrospectiva y transversal, basada en informes e imágenes tomográficas del tubo digestivo y su correlación con resultados de videoendoscopías digestivas altas y bajas de un hospital de tercer nivel de atención en el periodo de enero de 2020 hasta abril de 2022.
Resultados y conclusiones: Se encontraron 41 pacientes con engrosamiento del tubo digestivo en tomografía. Se excluyeron 12 de 41 pacientes por no haberse realizado las endoscopías correspondientes, quedando 29 pacientes para la realización del trabajo.
12 de 29 pacientes (41.4%) presentaron alteraciones tomográficas de EP del tubo digestivo superior y 17 de 29 pacientes (58.6%), del colon. El 16.6 % de los hallazgos endoscópicos superiores fueron normales, y el 17.64% en colon, resultando patológicos el 83.4% y el 82.36% respectivamente.
Dentro de los hallazgos patológicos, el 50 % de los mismos tanto en vía digestiva alta como baja resultaron ser de causa benigna, siendo similar a las causas malignas.
Concluimos que existe adecuada concordancia patológica endoscópica con los engrosamientos del tubo digestivo por tomografía, por lo tanto es un hallazgo de relevancia, tenga o no correlación con el cuadro clínico de los pacientes y que debe ser profundizada su evaluación con métodos más sensibles y específicos.

Código: EN1001
Título: COLITIS ISQUÉMICA ASOCIADA A COVID-19 SEVERO
Autores: Asprea Alfano L.[1]; Pagliere N. [1]; Pardo B. [1]; Candel I[1].; Escobar Fernandez R[1]
Filiación/es: [1]Sanatorio Dr. Julio Mendez
Especialidad: Endoscopía | **Área Temática:** General | **Categoría**: Trabajo Científico
a) Introducción: El COVID-19 se puede asociar a manifestaciones gastrointestinales; las de mayor severidad se presentan con mayor incidencia en pacientes críticos. Algunas de estas son íleo, necrosis hepática, isquémica intestinal (3,8%) y hemorragia digestiva (10,6%). La isquemia intestinal se produce de forma secundaria a la hipoperfusión intestinal. En pacientes con COVID-19 se propuso que esta pudiera deberse a disfunción endotelial o hipercoagulabilidad; sin embargo, se requiere de un mayor número de estudios que confirmen la asociación de estos eventos.
b) Objetivo: Presentar una manifestación gastrointestinal severa asociada a COVID-19.
c) Pacientes: Varón 46 años, tabaquista, obeso. Curso internación por COVID-19 severo y sepsis a foco respiratorio. Intercurrió con hematoquecia con aumento de drogas vasoactivas; Realizándose VCC completa, que evidenció pérdida del patrón vascular y lesiones ulceradas longitudinales con amputación de los pliegues en colon ascendente y ángulo hepático, sin evidencia de

sangrado activo y histología inespecífica. Por resangrado e inestabilidad hemodinámica se realizó angiografía de vasos mesentéricos y tronco celiaco sin hallazgos y posterior VCC sin hallazgos patológicos hasta ángulo hepático, no pudiendo completar el estudio por abundante sangrado activo a ese nivel. Se realiza colectomía derecha observando mucosa negruzca y ulceraciones en colon derecho. A nivel histológico presentaba áreas con extensa ulceración que comprometían hasta la submucosa, en lámina propia presentaba vasos de pequeño calibre con trombos fibrinoides que ocluían la luz. Se interpretaron estos hallazgos como colitis asociada a insuficiencia microvascular secundaria a coagulación intravascular diseminada asociada a COVID-19.

d) métodos, resultados y conclusiones: La prevalencia de síntomas gastrointestinales en COVID-19 se ha reportado en un 10%. Dentro de estos la isquemia intestinal es la principal complicación potencialmente fatal. Se debería sospechar en pacientes con hemorragia digestiva y dolor abdominal intenso; tomando mayor relevancia los estudios imagenológicos y endoscópicos que permitan identificar signos de isquemia o necrosis intestinal en pacientes críticos. El SARS-COV2 ha sido asociado al desarrollo de coagulopatías y complicaciones tromboembólicas mayormente en COVID severo y se cree que la mayoría de los eventos trombóticos en estos pacientes se originan in situ en pequeños vasos. El COVID-19 podría ser un factor de riesgo independiente para el desarrollo de eventos trombóticos. Dentro de estos la colitis isquémica es una patología infrecuente con una incidencia mayor en pacientes críticos en quienes sospecharla precozmente permite disminuir la mortalidad y la incidencia de complicaciones mayores.

Código: EN1018
Título: DRENAJE DE COLECCIONES PANCREÁTICAS CON STENT HOT AXIOS Y NAGI
Autores: Oneto N.[1]; Hwang HJ[1]; Monti C[1]; Licciardello M[1]; Caruso S[1]; Cantelmi L[1]; Hermida R[1]; Nachman F[2]
Filiación/es: [1]Hospital Churruca Visca; [2]Favaloro
Especialidad: Endoscopía | **Área Temática:** Via Biliar y Páncreas | **Categoría**: Trabajo Científico

Introducción: La colección pancreática es la complicación más frecuente de la pancreatitis aguda (PA). El pseudoquiste y la necrosis encapsulada o "walled off necrosis" (WON) puede ser estéril o infectada. A pesar del tratamiento la mortalidad de la WON infectada sigue siendo elevada (30 %) por shock séptico y falla multiorgánica (FMO). Actualmente existen múltiples métodos terapéuticos: endoscópico, percutáneo y quirúrgico. El abordaje debe ser multidisciplinario empleando métodos de menor a mayor invasividad. En la última década se ha introducido el stent metálico de aposición de lumen (LAMS) que se coloca bajo guía ecoendoscópica, el cual significó un gran avance en el tratamiento de las colecciones.

Objetivo: describir nuestra experiencia en la utilización de stent LAMS en dos centros médicos privados de alta complejidad.

Material y método: estudio descriptivo, observacional y prospectivo. Se incluyeron todos los pacientes con colección pancreática que se drenaron con stent LAMS ecoguiado entre 2017 y 2022 en ambos hospitales de referencia.

Resultados: Fueron 16 pacientes y 17 procedimientos, 7 mujeres (44 %), edad media 56,5 años (rango: 22 – 82 años). La causa más frecuente de colección pancreática fue PA biliar (69 %). El tamaño medio de las colecciones fue 11,6 cm (rango: 8 – 17 cm). Se utilizaron 11 LAMS Hot Axios y 6 Nagi. Se indicó necrosectomía en 7 casos (44 %) con promedio de 2,7 intervenciones (rango: 1 a 4). Tuvieron buena evolución en 11 pacientes (69 %) con resolución de las colecciones sólo con stent LAMS. Entre los pacientes que no tuvieron buena evolución clínica: 2 pacientes con persistencia de la colección, infección y sepsis requirieron drenaje percutáneo, sin embargo ambos fallecieron por shock séptico y FMO; 2 pacientes por persistencia de la necrosis e infección se les realizaron cistogastroanastomosis laparoscópica con buena evolución; 1 paciente tuvo hemorragia severa por ruptura de arteria esplénica no relacionada con el stent LAMS, se operó pero falleció. Un paciente tuvo buena evolución desde el punto de vista del drenaje de la colección, pero falleció por EPOC severo. Complicaciones relacionadas con el stent LAMS: 1 caso con falla en la colocación del stent Hot Axios que requirió repetir el procedimiento, 1 caso no se pudo extraer el stent Nagi por perder el paciente durante el seguimiento luego de 14 semanas, posteriormente el stent se migró espontáneamente.

Conclusiones: hemos tenido buenos resultados en el tratamiento de las colecciones pancreáticas con los LAMS Hot Axios y Nagi. Sin embargo, a pesar de disponer de todos los medios terapéuticos (endoscópico, percutáneo y quirúrgico), algunos pacientes tienen mala evolución por sepsis persistente con FMO, hemorragia por extensión de la necrosis o por agravamiento de las comorbilidades. El abordaje multidisciplinario es imperativo.

Código: EN1045
Título: RENDIMIENTO DIAGNÓSTICO DE LA VIDEOGASTROSCOPIA DE URGENCIA EN PACIENTES CRÍTICOS CON ANEMIA AGUDA SIN SANGRADO EVIDENTE
Autores: Bañales M.[1]; Benitez F.[1]; Dorelo R.[1]; Canavesi A.[1]
Filiación/es: [1]Clínica de Gastroenterología. Dir. Prof. Dra. Carolina Olano. Facultad de Medicina, Universidad de la República. Montevideo, Uruguay
Especialidad: Endoscopía | **Área Temática:** General | **Categoría**: Trabajo Científico

Introducción: La videogastroscopia (VGC) de urgencia es realizada frecuentemente en pacientes hospitalizados en las unidades de cuidados intensivos (UCI) e intermedios (CI). Entre los motivos de su indicación se destaca la valoración de pacientes con descenso de hemoglobina (Hb) sin sangrado evidente. En este escenario el rendimiento diagnóstico de la VGC es objeto de debate debido a otras posibles causas de descenso agudo de Hb en estos pacientes. El hallazgo de una lesión durante la VGC podría no requerir ningún tratamiento. Además, los riesgos vinculados al estudio deben ser tenidos en cuenta. Objetivo: El objetivo general es determinar la prevalencia de hallazgos relevantes en la VGC de urgencia en pacientes críticos que presentan descenso agudo de la Hb sin sangrado evidente. Como objetivos específicos se determinaron variables sociodemográficas y clínicas que puedan considerarse predictoras de hallazgos así como el porcentaje de pacientes que recibieron tratamiento endoscópico. Materiales y métodos: Estudio observacional descriptivo y retrospectivo. Se incluyeron pacientes ingresados en UCI y CI del Hospital de Clínicas "Dr. Manuel Quintela" (Montevideo, Uruguay) a los que se les haya solicitado VGC de urgencia por descenso agudo de la hemoglobina, sin sangrado evidente, en un período de 5 años (2017-2022). Los datos se recabaron mediante la revisión de historias clínicas y las variables se analizaron mediante software STATA v.15.0. Se presentan frecuencias absolutas y relativas para la descripción de variables cualitativas así como media y desvío estándar para la continua, previa demostración de normalidad por test de Kolmogorov-Smirnov. El estudio de asociación entre variables se realizó con test Chi cuadrado o exacto de Fisher en los casos de valores esperados menores a 5. El estudio de diferencias para la edad se realizó con test T de Student para muestras independientes. Se fijó un nivel de significación en alfa 0,05. Resultados: 65 pacientes fueron incluídos, siendo en su mayoría hombres (60%). La media para la edad fue de 58.7 años. El 53% de los pacientes presentaron comorbilidades, siendo las más frecuentes cardiovasculares (53.8%). El valor medio de Hb al momento de la solicitud del estudio fue de 6.9 g/dL y con respecto al nivel de disminución el 67.2% presentaron una caída menor a 2 puntos de Hb. El 52.3% de los pacientes presentaron hallazgos en la VGC de los cuales en únicamente 2 (3.1%) se observó sangrado activo. Solo 3 pacientes (4.5%) requirieron tratamiento endoscópico. Respecto a la presencia de hallazgos relevantes en función de las variables en estudio no se observó ninguna asociación estadísticamente significativa. Conclusiones: como lo reportado internacionalmente, se demuestra que la prevalencia de hallazgos que expliquen el descenso agudo de la Hb en VGC de urgencia de pacientes críticos es baja. Se infiere que los mismos presentan, en la gran mayoría de los casos, un descenso de la Hb vinculado a otras causas.

Código: EN1047
Título: MANEJO ENDOSCOPICO COMO OPCIÒN TERAPEUTICA EN ESTENOSIS DE ANATOMOSIS COLORRECTAL
Autores: Dr. Ponce Granados[123], Marcelo; Dr. Diaz, Victor[123]
Filiación/es: [1]Asociación Sanjuanina de Endoscopia Digestiva Hospital Privado; [2]Hospital Dr. Marcial V. Quiroga; [3]Sanatorio Argentino San Juan. Argentina
Especialidad: Endoscopía | **Área Temática:** Colon | **Categoría**: Trabajo Científico

INTRODUCCION:

Entre el 3–30% de los pacientes sometidos a cirugía colorrectal pueden sufrir una estenosis anastomótica benigna. Esta gran variabilidad depende en gran medida de los criterios diagnósticos. Sin embargo, actualmente la mayoría de los autores define la estenosis anastomótica como la incapacidad de pasar un colonoscopio de 12mm de diámetro. Aunque la mayoría de las estenosis anastomóticas se dilatan espontáneamente, hay 3 situaciones que requieren un obligado tratamiento: la clínica grave o persistente (dificultad de evacuación o signos de obstrucción intestinal), los pacientes portadores de estoma de protección previa a su cierre y la incapacidad de paso del colonoscopio en el seguimiento del cáncer colorrectal.

METODOS:

Analizamos la técnica y los resultados del manejo endoscópico en estenosis de anastomosis colorrectal grapada. Realizamos una revisión retrospectiva de todas las dilataciones de una anastomosis colorectal efectuadas en el periodo 2011-2021 por una estrechez cicatricial crítica. La dilatación se efectuó mediante balón hidrostático tipo CRE de 16 a 24 mm, bajo visión fluroscopica;

acompañado en algunas ocasiones por cortes radiados con papilotomo de precorte.

RESULTADOS:

Evaluamos las historias clínicas de 60 pacientes, derivados a nuestro servicio de cirugía endoscópica con estenosis de anastomosis colorrectal. En relación al sexo, fueron pacientes masculinos (23%) y pacientes sexo femenino (77%). Con una mediana de 59,77años. La mediana de altura de la estenosis en relación con el margen anal aproximadamente 12 cms aprox. 18 pacientes recibieron radioterapia (RT) preoperatoria (30%). 12 pacientes portaban ostomía de protección. Se realizo cortes radiados con papilotomo de precorte en 15%. La mediana 10,06 meses, desde la primera intervención quirúrgica a la primera dilatación endoscópica. Se realizaron número de intervención una mediana de 3,69 (3 – 5). La mediana de duración del tratamiento 7.07 meses (5 a 12). El resultado éxito en el 95,30% y fracaso en 5,70%. Morbilidad no tuvimos. No existió mortalidad.

CONCLUSIONES:

La prevalencia exacta de estenosis por anastomosis colorrectal con grapas, no es el objetivo de este trabajo, debido a que solo se recibe pacientes derivado como servicio de cirugía endoscópica. Nosotros proponemos como opción terapéutica la dilatación neumática/ hidrostática endoscópica permitiendo un control visual del procedimiento y mayor seguridad. Disponiendo actualmente de balones que, con guía fluoroscópica, solo puede expandirse hasta un diámetro fijo. Considerándolo algunas veces acompañado de corte radiados por papilotomo de precorte para aumentar performance del procedimiento; evitando por ende reintervenciones quirúrgicas a futuro con todas las comorbilidades que acarrea las misma, en pacientes que viene batidos por su enfermedad.

Código: EN1022

Título: Lesión de Dieulafoy rectal a propósito de dos casos tratados exitosamente con hemoclips.

Autores: López G. [1]; Riveros I. [1]; De Olivera S. [1]; Paola R. [1]; Llera Sosa M. [1]; Sciangula M. [1]; Luzuriaga M. [1]; Porfilio G. [1]

Filiación/es: [1]Servicio de Gastroenterología, Hospital Escuela de Agudos "Dr. Ramón Madariaga", Posadas, Misiones.

Especialidad: Endoscopía | **Área Temática:** Colon | **Categoría**: Caso Clínico

Introducción: La lesión de Dieulafoy se caracteriza por la presencia de un vaso submucoso tortuoso y aberrante que protruye a través de una solución de continuidad de la mucosa. Es frecuente en antro probablemente por su irrigación, con aporte vascular directo de la arteria gástrica izquierda, siendo infrecuente en recto. Debido al pequeño tamaño de la lesión y a su presentación en forma de hematoquecia masiva e intermitente constituye un reto diagnóstico.

Objetivos: Presentación de dos casos de Dieulafoy de localización rectal tratados endoscópicamente con terapia química y mecánica.

Materiales y Métodos (Pacientes):

Caso 1: Masculino de 33 años con antecedente de parálisis cerebral y diabetes tipo I ingresa por episodios intermitentes de proctorragia de tres meses de evolución. Intercurre con choque hipovolémico con requerimiento de transfusión de cinco unidades de glóbulos rojos, logrando estabilizarlo y autolimitar la hemorragia. Se realiza videoendoscopía digestiva baja sin evidenciarse estigmas de sangrado digestivo ni hallazgos patológicos. A los cuatro días presenta nuevamente choque hipovolémico por enterorragia, se realiza angiografía donde se evidencia sangrado activo en arteria rectal inferior, realizándose inyección selectiva de Spongostan no autolimitando el sangrado. Se realiza nueva videocolonoscopia evidenciándose a 12 cm del margen anal un vaso arterial con sangrado activo, se realiza hemostasia con adrenalina y dos endoclips con limitación del sangrado (imagen A y B).

Caso 2: Masculino de 50 años con antecedentes de diabetes tipo II, consulta por dos episodios de enterorragia abundante de 24 horas de evolución. Ingresa normotenso, al tacto rectal evidenciaba abundantes restos hemáticos. En el laboratorio se evidenciaba anemia (Hb 9.8 mg/dl). Se realiza VCC que evidencia a 5 cm del margen anal una solución de continuidad de la mucosa con un vaso visible protruyendo desde la base, se realiza inyección con adrenalina y colocación de endoclip (imagen C y D). El paciente no volvió a presentar hemorragia digestiva y recibió el alta médica a las 24 hs.

Resultados: Se interpreta ambos cuadros clínicos como hemorragias digestivas bajas por lesión de Dieulafoy rectal. En el primer caso localizado con angiografía. Ambos casos tratados endoscópicamente con inyección de adrenalina y hemoclips con limitación del sangrado.

Conclusiones: La lesión de Dieulafoy rectal es una entidad infrecuente que constituye un reto diagnóstico al presentarse como hemorragia digestiva masiva e intermitente. El tratamiento endoscópico con terapia química y mecánica es efectivo para el control de la hemorragia.

Observaciones: Las razones que persiguen el envío de los casos es la localización inusual de la Lesión de Dieulafoy en recto, la localización angiográfica y la resolución endoscópica del mismo por lo que su carácter excepcional e inusual les confiere interés docente.

Código: EN1040

Título: DRENAJE ENDOSCOPICO DE NECROSIS PANCREATICA: REPORTE DE DOS CASOS

Autores: Riveros I. [1]; De Olivera S. [1]; López G. [1]; Llera S. [1]; Reineck P. [1]; Sciangula M. [1]; Porfilio G. [1]; Royg D. [1]

Filiación/es: [1]Hospital Escuela de Agudos "Dr. Ramón Madariaga", Posadas, Misiones.

Especialidad: Endoscopía | **Área Temática:** Via Biliar y Páncreas | **Categoría**: Caso Clínico

Introducción: Las colecciones pancreáticas (CP) se originan posterior a formas agudas de pancreatitis. La necrosis pancreática encapsulada (Walled-off Necrosis-WON) es una complicación grave de la pancreatitis aguda (PA). En este contexto, el abordaje endoscópico es preferible frente al tratamiento quirúrgico clásico por su menor morbilidad, menor riesgo de fístulas y mejor tolerancia para el paciente.

Objetivos: Presentar dos casos de WON, tratada mediante drenaje y necrosectomía endoscópica como así también reportar la colocación prótesis de aposición luminal en nuestro centro.

Materiales y Métodos (Pacientes): Varón de 38 años y 19 años, ambos sin antecedentes patológicos, con diagnostico pancreatitis aguda biliar severa. Luego de cuatro semanas, se objetiva tomográficamente un pseudoquiste de páncreas (PQP) de 16 cm. El paciente refiere además saciedad precoz e intolerancia digestiva. Diez días después, alimentándose por vía oral, presenta nuevo episodio de pancreatitis aguda severa. La TAC evidencia aumento de la colección que objetiva cavidad con necrosis en su interior (WON) y liquido libre en cavidad abdominal con amilasa elevada en el mismo. Como así también progresión de los síntomas digestivos altos como saciedad precoz y vómitos post prandiales.

Resultados: Con diagnóstico de WON y por presentarse ambos pacientes con síntomas digestivos de tipo obstructivos se decidió la terapéutica endoscópica para ambos pacientes. Se ingresa con un duodenoscopio de visión lateral e insuflación con CO2 y se realiza drenaje con prótesis de aposición luminal y posterior drenaje a través de prótesis de cavidad necrótica con ansa de polipectomia.Posteriormente se realiza CPRE con extracción de litiasis coledociana, Inicia Alimentación vía oral y a las 48 horas, se objetiva disminución del diámetro de las necrosis y liquido libre con ausencia de sintomatología abdominal y se otorga el alta hospitalaria con controles ambulatorios.

Conclusiones: El drenaje de colecciones pancreáticas con stent de aposición luminal es una opción terapéutica mini-invasiva. En casos de WON, el LAMS permite además de realizar el drenaje, también ofrece la posibilidad intervencionismo transluminal, lo que facilita el tratamiento de la necrosis pancreática. En casos seleccionados es factible realizarlo sin el uso de eco endoscopía (EUS), si bien son necesarios estudios multicentricos para determinar esto.

Observaciones: La intención de presentar este caso a la comunidad médica es que el drenaje y la necrosectomía pancreática endoscópica sin guía ecoendoscopica en casos seleccionados es una alternativa de tratamiento para pacientes seleccionados con necrosis pancreática sintomática con buena eficacia y bajo porcentaje de complicaciones y mortalidad. Como así también se presenta este caso por la riqueza de sus imágenes.

Código: EN1052

Título: RESOLUCIÓN POR CPRE DE FISTULA HEPATOBILIAR EN COMPLICACIONES DE QUISTES HIDATICOS. A PROPÓSITO DE UN CASO.

Autores: Reineck P. [1]; Riveros I. [1]; Lopez S. [1]; De Olivera S. [1]; LLera M. [1]; Royg Jara D. [1]; Porfilio Gularte G. [1]; Sciangula M. [1]; Sartori D. [1]; Luzuriaga M. [1]; Barreyro F. [1]

Filiación/es: [1]Servicio de Gastroenterología- Hospital Escuela de Agudos Dr Ramon Madariaga.

Especialidad: Endoscopía | **Área Temática:** Via Biliar y Páncreas | **Categoría**: Caso Clínico

Introducción:

La hidatidosis es una zoonosis causada por la larva de un parásito, Echinococcus granulosus. El hígado es el órgano afectado con más frecuencia (más del 70%). La complicación más frecuente del quiste hidatídico hepático (QHH) es la rotura intrabiliar (5-25%), pudiendo provocar la obstrucción de la vía biliar, colangitis y septicemia con alta mortalidad. La cirugía ha sido el tratamiento tradicional de estos pacientes, con una alta morbilidad que varía entre el 21,3-53,8% según las distintas series, siendo la complicación más frecuente la fístula biliar externa (FBE) con el 4-28% del total.

La CPRE es usada para resolver complicaciones agudas, preoperatorias como colangitis y obstrucción vía biliar por material quístico, y en el postoperatorio en el manejo de la FBE y estenosis benigna de la vía biliar.

Materiales y Métodos (Pacientes):

Presentamos a una paciente femenina de 61 años, con diagnóstico de quiste hepático hidatídico, en tratamiento con albenzadol 800 mg día que intercurre con dolor torácico, tos productiva, se realiza TC de tórax evidenciando lesión quística en segmento superior del LII compatible con quiste hidatídico pulmonar, se realiza lobectomía izquierda con buena evolución. A los 3 meses inicia con dolor abdominal en hipocondrio derecho. Se realiza TC observando aumento de tamaño de quiste hepático, por lo que se realiza drenaje percutáneo. Evoluciona en el pop mediato con biliotorax por lo que se realiza VATS + decorticacion pleuropulmonar con mejoría del cuadro.

A los 2 meses presenta registros febriles asociado a ictericia cutáneo mucosa, el laboratorio presento alteración del hepatograma con patrón de colestasis y leucocitosis. La TC de abdomen evidenció formación quística hipodensa, líquida, con nivel hidroaéreo, compatible con absceso parenquimatoso, se asume cuadro como colangitis aguda. Se realizo CPRE y se observo dilatación intra y extrahepática, fistula bilio quística en el conducto hepático izquierdo segmento 2, en comunicación al quiste hidatico de 8x8 cm por colangiografía. Se realizo esfinterotomía y se constato salida abundante de contenido purulento, se traspaso selectivamente dicha fistula con guía hidrofilica 0.035" y se colocó prótesis biliar de 10 french.

Resultados:

Se interpretó al cuadro clínico como fistula bilio quística que se resolvió por CPRE y consistió en una combinación de esfinterotomía mas colocación de prótesis biliar selectiva a la vía biliar afectada.

Conclusiones:

La CPRE es un procedimiento útil y seguro en el diagnóstico y tratamiento de las complicaciones biliares de la hidatidosis hepática.

Observaciones:

El objetivo de esta comunicación es presentar la utilidad de la CPRE, en pacientes con quistes hepáticos hidatídicos complicados en nuestro centro hospitalario.

Código: EN1017
Título: HEMATOMA HEPÁTICO SUBCAPSULAR COMO COMPLICACIÓN POST-CPRE. REPORTE DE UN CASO.
Autores: Nemirovsky, L.[1]; Di Doménico D.[1]; Pardo, B.[1]; Escobar Fernández R.[1]; Goggia P.[1]
Filiación/es: [1]Sanatorio Méndez
Especialidad: Endoscopía | **Área Temática:** Via Biliar y Páncreas | **Categoría**: Caso Clínico

Introducción: El hematoma hepático subcapsular es una complicación infrecuente de la CPRE. La etiopatogenia es instrumental y el tratamiento conservador suele ser suficiente.

Objetivo: Presentar uno caso de hematoma subcapsular hepático con buena respuesta al tratamiento conservador.

Paciente: masculino de 53 años. Antecedente de colecistectomía laparoscópica con colangiografía normal. Presentó pancreatitis aguda leve asociada a colestasis persistente. Se realiza CPRE, vía biliar extrahepática de 9 mm con imágenes milimétricas en tercio distal. Se realiza esfinteropapilotomía y con balón se extrae barro biliar, sin dificultades. En el post procedimiento evoluciona con dolor abdominal de intensidad creciente en hipocondrio derecho, irradiación a hombro homolateral, defensa muscular. TC de abdomen 18 hs post-CPRE que evidencia hematoma hepático subcapsular de 93x31 mm en domo extendiéndose hacia segmento V. Hemoglobina y parámetros hemodinámicos estables, se decide manejo conservador y antibioticoterapia. Evoluciona hemodinámicamente estable, con requerimiento de analgesia EV. Hemoglobina estable, normalización del hepatograma, sin rescates bacteriológicos. En día +6 post-CPRE se realiza TC control que evidencia leve incremento del tamaño de la colección (104x57 mm) en relación a organización del hematoma. Ecografía control al mes, con reducción a 75x65x80 mm.

Resultados: se desconoce la incidencia de hematoma hepático post-CPRE y su documentación se basa en reportes de caso. Los pacientes suelen desarrollar un curso estable con una mortalidad de hasta un 9%, vinculada a shock hipovolémico. La hipótesis más aceptada es el daño de conductos intrahepáticos, parénquima y vasos de pequeño calibre a partir de la inserción profunda (proximal) de la guía hidrofilica. Esta teoría explicaría la presencia de aire en el hematoma y la sobreinfección posterior, dado que la CPRE no es un procedimiento estéril. Una segunda hipótesis es que sea secundario al inflado y tracción del balón con el consiguiente daño de canalículos biliares y vasos sanguíneos. Ambas hipótesis no son excluyentes. En nuestro caso se presume que fue secundario a la inserción profunda de la guía dado que el inflado y el pasaje del balón no fueron traumáticos. En pacientes clínicamente estables el manejo debe ser conservador, incluyendo antibioticoterapia profiláctica. En casos de inestabilidad hemodinámica o evolución tórpida, se recomienda optar por drenaje percutáneo, embolización o eventual tratamiento quirúrgico, según los medios disponibles y la experiencia de cada centro.

Conclusión: el hematoma hepático subcapsular es una complicación infrecuente post-CPRE potencialmente severa y con mortalidad elevada. Es importante considerarlo entre las complicaciones y como diagnóstico diferencial ante una evolución tórpida. Son necesarios estudios de mayor calidad para comprender su etiopatogenia y ajustar el enfoque terapéutico a cada caso en particular.

Código: EN1023
Título: REPORTE DE UN CASO: "CARCINOMA VERRUGOSO DE ESÓFAGO Y TRATAMIENTO CON METOTREXATO".
Autores: Fugazzotto, J.[1]; Chiarella D.[1]; Riu, C.[1]; Hermida, R.[1]; González, L.[1]; Aón, M.[1]; Colombo, P.[1]
Filiación/es: [1]Hospital Churruca-Visca Bs.As.
Especialidad: Endoscopía | **Área Temática:** Esófago Estómago Duodeno | **Categoría**: Caso Clínico

Introducción: El carcinoma verrugoso de esófago (CVE) es una rara variante histológicas del carcinoma de células escamosas. Ante la falta de evidencia disponible para el tratamiento, el mismo hasta ahora se ha llevado a cabo en analogía con los carcinomas de células escamosas ordinarios del esófago1.

Objetivos: Presentamos un caso de CVE de esófago en el que se requirió un largo período de tiempo para el diagnóstico y se utilizó, como tratamiento alternativo al convencional descripto, metotrexato.

Materiales y métodos: Paciente masculino de 80 años. Antecedentes de tabaquismo e ingesta de cáusticos en la infancia con posterior estenosis esofágica, iniciando terapia con dilataciones endoscópicas anuales.

En julio 2018 se realizó videoendoscopía digestiva alta (VEDA) con dilatación esofágica, evidenciando en tercio distal del esófago y proximal a estenosis, lesión mucosa blanquecina, irregular, verrugosa, de 10 mm de diámetro, la cual se biopsia. Se informó en anatomía patológica inflamación aguda inespecífica y elementos compatibles con candidiasis esofágica.

Presentó en los meses siguientes disfagia progresiva y aumento en la frecuencia de las dilataciones. Se observó aumento de tamaño de la lesión la cual llegó a ocupar más del 50% de la luz esofágica, se realizaron múltiples biopsias con resultados inespecíficos. Pasados 18 meses del hallazgo de la lesión, se realizó ecoendoscopía la cual evidenció lesión que abarcaba casi toda la circunferencia, comprometía las capas mucosa-submucosa. Posterior a la misma, se realizó VEDA con biopsia amplia de tejido vegetante arrojando como resultado proceso compatible con carcinoma verrugoso.

Se realizó valoración multidisciplinaria, estadificando tumor como T2N1M0 y dado los antecedentes del paciente se descartó el tratamiento quirúrgico o endoscópico. Se decidió comenzar tratamiento farmacológico con metotrexato 20 mg/subcutánea a dosis semanal.

Resultados: En controles posteriores presentó mejoría de la disfagia y franca disminución de tamaño de lesión verrugosa, abarcando menos del 25% de la circunferencia esofágica. El paciente continúa en seguimiento y tratamiento.

Conclusiones: El carcinoma verrugoso de esófago es una rara variante del carcinoma espinocelular, de difícil diagnóstico inicial, que requiere alto grado de sospecha para el mismo. En pacientes en los que la terapia endoscópica y la cirugía no son posibles, el tratamiento quimioterapéutico con metotrexato podría ser una opción. Se necesitan más estudios prospectivos sobre el uso de metotrexato en estos tumores.

Observaciones: entidad con 38 casos publicados hasta 2018 y poca evidencia disponible para el tratamiento.

Código: EN1044
Título: TRATAMIENTO DE ESTENOSIS ESOFAGICA COMO COMPLICACION DE INGESTA DE CAUSTICOS
Autores: LLerena F.[1], Amelong J.[1], Locicero P.[1], Chiaraviglio M.[1], Albornoz M.[1]
Filiación/es: [1]Sanatorio de la Mujer Rosario - Santa Fe,
Especialidad: Endoscopía | **Área Temática:** Esófago Estómago Duodeno | **Categoría**: Caso Clínico

Introducción: La lesión por substancias alcalinas asienta fundamentalmente a nivel del esófago siendo menos frecuente el compromiso gástrico. Luego de la ingesta del álcali se produce liquefacción y necrosis con saponificación de las grasas, lo que permite una penetración más profunda del cáustico con lesión tisular más amplia, posterior fibrosis a nivel esofágico, por lo que la estenosis esofágica es una complicación frecuente en este tipo de pacientes. La ingesta de productos cáusticos es un grave problema y la prevención de estos accidentes es esencial para evitar lesiones esofágicas. En la gran mayoría de los casos la ingesta es accidental, teniendo algunas otras de causa voluntaria como intento de autólisis.

Objetivo: Presentar un caso clínico sobre el tratamiento de Estenosis Esofágica como complicación de ingesta de cáustico.

Materiales: Paciente del sexo femenino, de 33 años, ingresó al Servicio de Gastroenterología en mayo del 2022 por disfagia progresiva de 25 días de evolución, posterior a la ingesta accidental de soda cáustica. Se sospecha inicialmente estenosis esofágica por cáusticos. El Esofagograma (figura 1) informa retención del medio de contraste a nivel del tercio superior esofágico, con ligera dilatación a ese nivel, con pasaje filiforme por debajo del mismo, de 13 mm de longitud. La Endoscopia digestiva alta (figura 2) constató estenosis de la luz esofágica a 20cm de la arcada dentaria. Se procedió a realizar dilatación esofágica con Bujía Savary Guillard llegando a 15mm de diámetro con inyección de triamcinolona 40mg/ml, en alícuotas de 0.5ml aplicado en 4 cuadrantes luego de cada dilatación. Se realizaron 3 dilataciones con Bujía Savary separadas por 1 semana por persistencia de la estenosis, realizando una última con utilización de balón bajo visión endoscópica llegando hasta los 18mm de diámetro.

Métodos, Resultados y Conclusiones: Se utilizó en esta paciente como primer método de dilatación la bujía de Savary hasta los 15mm de diámetro y posteriormente la última dilatación se realizó con Balón bajo visión endoscópica llegando a 18mm, en las últimas 3 dilataciones se utilizó triamcinolona inyectable en 4 cuadrantes. Dando como resultado menor estenosis entre los controles endoscópicos. En mas del 80% de las estenosis esofágicas pueden tratarse con éxito dilatación esofágica. Generalmente una a tres dilataciones es suficientes en estenosis simples, pero estenosis complejas son mas difíciles de tratar, y pueden requerir mayo número de sesiones.

Observaciones: En esta paciente se evidencio entre los controles endoscópicos que fueron semanales, la estenosis endoscópica, pero sin disfagia, por lo que se planteo hacer controles semanales donde persistía la fibrosis y estenosis esofágica. Realizando en la última sesión balón bajo visión endoscópica que nos dio como resultado menos dilataciones a corto plazo.

Código: EN1049
Título: Colangiopancreatografía retrógrada endoscópica transgástrica para el manejo de coledocolitiasis en paciente con bypass gástrico en Y de Roux
Autores: Dr. Ponce Granados[1], Marcelo, Dr. Diaz, Victor[1]
Filiación/es: [1]Asociación Sanjuanina de Endoscopia Digestiva Hospital Privado, Hospital Dr. Marcial V. Quiroga, Sanatorio Argentino San Juan. Argentina
Especialidad: Endoscopía | **Área Temática:** Via Biliar y Páncreas | **Categoría**: Video Científico

INTRODUCCION:

En 2016, el 39% de las personas adultas de 18 o más años tenían sobrepeso, y el 13% eran obesas, según la O.M.S. Por ende, la cirugía para la obesidad, al ser un método efectivo y seguro, cada vez es más utilizada. Estos pacientes se encuentran en riesgo de desarrollar coledocolitiasis, lo cual puede representar un verdadero reto terapéutico, debido a los cambios anatómicos posquirúrgico. El uso convencional del videoduodenoscopio es limitado por la corta longitud y la incapacidad de alcanzar la papila mayor. El objetivo del presente trabajo es exponer el caso de una paciente posoperada de Bypass Gástrico en Y de Roux con coledocolitiasis.

METODO:

Revisión de historia clínica de un paciente con antecedentes de bypass gástrico, como cirugía de la obesidad y resolución de patología biliopancreatica.

CASO CLINICO:

Paciente sexo femenino de 66 años de edad, ingresa refiriendo dolor abdominal de 15 días de evolución, acompañado de síndrome febril, e ictericia. Presenta como antecedentes patológicos: HTA y DBT. Antecedentes quirúrgicos: Colecistectomía video laparoscópica hace 25 meses aproximadamente, Cirugía de la obesidad, Bypass Gástrico en Y de Roux, hace 10 meses.

Al examen físico manifiesta dolor abdominal en hipocondrio derecho a la palpación, signo de Murphy (+), signos vitales dentro de parámetros normales. Laboratorio con patrón colestásico (BT = 5.0, BD = 4.2, FA = 435, GGT = 654); ultrasonido con dilatación de la vía biliar intra y extrahepática, ausencia de lito. Colangio pancreático resonancia se observa vía biliar de 13 mm y lito de 10 mm aproximadamente.

El acceso laparoscópico se realizó de forma habitual, se introdujeron tres puertos. Se realizó una exploración rutinaria de la cavidad abdominal. Se identificó el cuerpo del remanente gástrico y se realizó puntos extracorpóreos, posteriormente se realizó la gastrostomía. Se introdujo en epigastrio un trocar de 15 mm y a través de éste, se progresó el duodenoscopio. Se avanzó a través del píloro y se localizó la papila mayor, se cánula con papilotomo convencional, se realiza colangiografía retrógrada observándose dos defectos de llenado de 10 mm de diámetro en el interior del colédoco, por lo que se realizó esfinterotomía amplia y papiloesfinteroplastia con balón de 10 mm. Extracción de litos con canastilla de dormía. Cierre de gastrostomía con Vycril 3-0.

Paciente presenta buena evolución post quirúrgica, se otorga alta a las 24 hs. Con normalización del hepatograma a los 5 días.

CONCLUSION:

El advenimiento de la cirugía de la obesidad, debido a las alteraciones anatómicas de la misma dificulta el manejo de complicaciones bilio pancreáticas. Por eso proponemos como opción terapéutica el manejo hibrido; Colangio Pancreàticografia retrógrada endoscópica a través de apertura gástrica por video laparoscopia.

Código: EN1068
Título: TERAPIA INCISIONAL SECUENCIAL EN ESTENOSIS
Autores: Lucero N.[1]; Fasano J.[1]; Bustos M.[1]; Medar P.[1]; Fasoli R.[1]
Filiación/es: [1]Hospital Dr. Guillermo Rawson, San Juan
Especialidad: Endoscopía | **Área Temática:** Esófago Estómago Duodeno | **Categoría**: Video Científico

TERAPIA INCISIONAL EN SERIE Y DILATACIÓN CON BALÓN EN ESTENOSIS ESOFÁGICA COMPLEJA

Caso Clínico

Paciente de 10 años con antecedentes de RNPT 36 semanas, atresia de esófago aislada, gastrostomía al nacer y anastomosis esofágica tardía por cirugía abierta a los 4 meses

Presenta estenosis esofágica con múltiples dilataciones esofágicas por radioscopia y endoscópicas con triamcinolona durante un año, sin respuesta clínica ni endoscópica con impactación de alimento cada 2 a 3 meses

Por lo que previo a un nuevo tratamiento quirúrgico y por su desnutrición, se decide realizar terapias alternativas

Conclusiones

El seguimiento endoscópico en pacientes con atresia de esófago evitaría complicaciones ocasionadas por ERGE como la esofagitis péptica o el esófago de Barrett

Se podría predecir el éxito terapéutico, en la terapia incisional, observando los contornos de la estenosis y/o una hendidura por radioscopia

En estenosis complejas se podría disminuir riesgos y mejorar resultados con una terapia combinada de electro incisión y dilatación con balón, con una frecuencia de 5 sesiones cada 15 días; ya que se lograría menor número y profundidad de cortes en cada sesión.

Código: EN1039
Título: UTILIDAD DE LA COLANGIOSCOPIA EN EL DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DE LAS ESTENOSIS BILIARES EN LA COLANGITIS ESCLEROSANTE PRIMARIA
Autores: Onocko C.[1]; Cuestas A.[1]; Chiaraviglio L.[1]; Torello R.[1]; Begliardo A.[1]; Higa M.[1]; Balderramo D.[1]
Filiación/es: [1]Hospital Privado Universitario de Córdoba
Especialidad: Endoscopía | **Área Temática:** Via Biliar y Páncreas | **Categoría**: Caso Clínico

a) Introducción: La colangitis esclerosante primaria (CEP) es una enfermedad hepática crónica, poco frecuente, caracterizada por la inflamación y la fibro-obliteración de los conductos biliares.

La estrecha asociación con la enfermedad inflamatoria intestinal, particularmente con la colitis ulcerosa (CU), es un sello distintivo de esta afección.

Los pacientes con CEP presentan mayor riesgo de desarrollar neoplasias hepatobiliares, siendo la más importante el colangiocarcinoma (CCA).

La diferenciación rápida y precisa de las estenosis benignas y malignas en la CEP resulta crucial para el correcto diagnóstico y manejo de este grupo de pacientes.

b) Objetivo: Presentamos un caso de un paciente con CEP y CU con evolución hacia un CCA y su implicancia diagnóstica en base a sus antecedentes.

c) Materiales y métodos: Paciente de sexo masculino, 35 años de edad, con antecedente de CEP y CU de 10 años de evolución. Poco adherente al tratamiento. Consulta por cuadro de ictericia y prurito de 1 mes de duración.

Laboratorio con alteración del hepatograma con patrón de colestasis con FAL 1091 U/l (VN entre 40-130 U/l) , GGT 911 U/l (VN <49 U/l) y BT 7.58 mg/dl (VN <1.35 mg/dl). CA 19-9 869 U/ml (VN hasta 31 U/ml). Alfa fetoproteína 2 ng/ml (VN hasta 7 ng/ml).

Colangioresonancia que informa amputación a nivel de la confluencia de los conductos hepáticos, con marcada dilatación de la vía biliar, correspondiente a los segmentos IV y VIII.

Se programa una colangiopancreatografía retrógrada endoscópica, en la que se evidencia una estenosis de aproximadamente 35 mm de longitud a nivel del hepático común, próxima a la bifurcación. Se realiza cepillado y colocación de prótesis biliar.

La anatomía patológica informa células con atipia, sin poder diferenciar atipia

reactiva de células neoplásicas.

En dicho contexto se realiza una colangioscopía objetivándose una estenosis del hepático común, de características inflamatorias. Concomitantemente, estenosis distales del hepático derecho e izquierdo, con mucosa granular, aumento de la vascularización y vasos tortuosos. Se toman nuevas biopsias.

d) Resultados: Los análisis histopatológicos informan adenocarcinoma moderadamente diferenciado biliar.

Como tratamiento se realiza una embolización portal, seguido de una trisegmentectomía hepática; intervenciones llevadas a cabo sin complicaciones.

Finalmente, los resultados de las piezas quirúrgicas confirman el diagnóstico previamente descripto en concomitancia con CEP.

e) Conclusiones: Entre las distintas complicaciones de la CEP, el CCA es la neoplasia maligna más común, la cual implica un desafío a la hora de establecer su diagnóstico.

Dentro de los métodos diagnósticos, la colangioscopía es el procedimiento que permite diferenciar con mayor precisión las estenosis biliares en paciente con CEP, contribuyendo al diagnóstico diferencial y oportuno del CCA.

f) Observaciones: Se destaca la utilidad de la colangioscopía como método diagnóstico en las estenosis biliares en CEP.

Código: EN1060
Título: Terapéutica endoscópica para la resolución de una fistula post-manga gástrica
Autores: Verni A.[1]; Suarez D.[1]
Filiación/es: [1]Policlínico Modelo de Cipolletti
Especialidad: Endoscopía | **Área Temática:** Esófago Estómago Duodeno | **Categoría**: Video Científico

Se presenta un video de terapéutica endoscópica para la resolución de un caso de fistula post-manga gástrica en una paciente de 18 años. Se utiliza para tal procedimiento un sistema de vacío dirigido hacia la cavidad formada por dicha fistula, el cual es dirigido y controlado bajo visión endoscópica. Bajo seguimiento tomográfico se observa que la cavidad disminuye su tamaño hasta que finalmente luego de 48 días de uso del sistema de vacío se constata resolución de la misma.

Código: EN1069
Título: Terapia ARMS antirreflujo
Autores: Lucero N.[1]; Fasano J.[1]; Bustos M.[1]; Medar P.[1]
Filiación/es: [1]Hospital Dr. Guillermo Rawson, San Juan
Especialidad: Endoscopía | **Área Temática:** Esófago Estómago Duodeno | **Categoría**: Video Científico

Terapia ARMS

Se basa en el principio de que, tras una resección de la mucosa gástrica distal al cardias, la cicatrización da como resultado una retracción que a su vez resulta en la contracción y la remodelación de la válvula cardial gástrica, con una rectificación del ángulo de his, reduciendo los eventos de reflujo

Caso Clínico

Paciente de 5 años de edad con antecedentes de ECNE por hipoxia perinatal, epilepsia, hipotiroidismo, insuficiencia suprarrenal, desnutrición, trastorno deglutorio alimentado por SNG, vómitos crónicos y síndrome de Sandifer

Se realiza VEDA por presentar hemorragia digestiva alta con descenso de Hto, donde se visualiza ESOFAGITIS GRADO C (video) y comienza con terapia con IBP a doble dosis

Posteriormente en dos oportunidades presenta episodios de vómitos porráceos, sin descompensación hemodinámica ni descenso de Hto al recambio de SNG

Valorado conjuntamente con cirugía infantil, se decide realizar terapia antirreflujo y posteriormente PEG para alimentación

Conclusión

Si bien conocemos que es una técnica que está en evolución y será necesario determinar qué papel tiene en el tratamiento del reflujo, el procedimiento parece reproducible, seguro y factible realizado con o sin bandas elásticas; no presentando dificultades en caso de necesitar cirugía antirreflujo posteriormente

El paciente actualmente permanece en seguimiento con buena evolución, y se continuará con VEDA al mes del procedimiento, se observará en retroflexión el estrechamiento del cardias con efecto de "válvula antireflujo" y realización de ph-impedanciometría sin IBP, para evaluar efectividad de la terapia.

Código: EN1053
Título: RUEDA DE AUXILIO
Autores: MARINI JM[1]; COGHLAN E[1]; LAFERRERE L[1]
Filiación/es: [1]hospital Universitario Austral
Especialidad: Endoscopía | **Área Temática:** Via Biliar | **Categoría**: Video Científico

Reporte de caso. Resolucion novedosa de complicacion poco frecuente. Paciente sexo femenino con diagnostico reciente de cancer de pancreas y sindrome coledociano.

se realiza cpre con colocacion de stent metalico autoexpansible descubierto sin complicaciones y con buena evolucion inicial.

una semana mas tarde presenta cuadro clinico de dolor abdominal intenso con colestasis clinica y analitica. Se realiza tac de abdomen que evidencia vesicula hidropica y protesis aparentemente ocluida. Se realiza nueva cpre en donde se evidencia stent migrado con imposibilidad de pasar guia hidrofilica o contrastar segmentos biliares proximales. Se intenta extraccion con pinza de cuerpo extraño sin exito y se aplica tecnica novedosa de reenvainado protesico dentro de litotriptor de soehendra. A continuacion se logra opacificar todo el arbol biliar y se coloca una protesis biliar plastica sin complicaciones y con buena evolucion.

Código: EN1029
Título: combinación de la retirada en ante y retroflexión durante videocolonoscopía con equipo radial de giro corto (short-turn) de segunda generación: resultados definitivos de un ensayo clínico diagnóstico.
Autores: Robles-Medranda C. [1]; Cifuentes-Gordillo C. [1]; Puga-Tejada M. [1]; Alcívar-Vásquez J. [1]; Del Valle R. [1]; Alvarado H. [1]; Arévalo-Mora M. [1]; Baquerizo-Burgos J. [1]; Egas-Izquierdo G. [1]; Merfea RC. [1]; Barreto-Pérez J. [1]; Rodríguez J. [1]; Pitanga-Lukashok H.[1]
Filiación/es: [1]Instituto Ecuatoriano de Enfermedades Digestivas (IECED), Guayaquil, Ecuador
Especialidad: Endoscopía | **Área Temática:** Colon-Pólipo Cáncer | **Categoría**: Trabajo Científico

Introducción: La detección de pólipos y adenomas es clave en la prevención del cáncer colorrectal (CCR). No obstante, estas lesiones pueden no ser detectadas durante una videocolonoscopía (VCC) por factores técnicos tales como preparación intestinal, curva del endoscopista, dificultad técnica de la VCC o imposibilidad de realizar una VCC completa (es decir, con intubación cecal). También puede influir factores anatómicos, como ubicación de la lesión en áreas difíciles (principalmente proximal a la válvula ileocecal) o bien entre o detrás de los pliegues haustrales.

Objetivo: Evaluar el impacto de la realización de VCC en ante y retroflexión combinada, mediante equipo radial de giro corto (short-turn) de segunda generación.

Materiales y métodos. Ensayo clínico diagnóstico. Entre Nov/2020-Oct/2021 se enroló a pacientes mayores de 45 años a quienes se les realizó VCC de alta definición (VCC-HD). Se excluyó casos con una preparación instestinal insuficiente (Boston Bowel Preparation Score <2 en cualquier segmento), historia de enfermedad inflamatoria intestinal, síndrome de poliposis adenomatosa familiar, CCR o cirugía colorrectal. Los pacientes fueron sometidos primero a una VCC-HD estándar, seguida de un segundo procedimiento que combinó la ante y retroflexión realizada por un operador diferente. Entre el primer y segundo procedimiento, participaron 5 endoscopistas expertos (>400 VCC) y 5 residentes de Gastroenterología en entrenamiento (<400 VCC). Las lesiones detectadas durante el segundo procedimiento fueron consideradas como inadvertidas durante la primera VCC-HD (estándar). Se calculó la tasa de detección de pólipos (polyp detection rate, PDR) y de adenomas (adenoma detection rate, ADR) tanto de la VCC-HD estándar como combinada. El análisis estadístico se realizó en R v4.0 (R Foundation for Statistical Computing; Viena, Austria). Este estudio contó con la aprobación del comité de ética institucional. NCT03901651.

Resultados: Se realizaron un total de 319 VCC-HD completas en 319 casos. La mediana de edad fue de 59 años (52 – 66), 203 fueron mujeres (63.6%). El motivo de la VCC fue diagnóstica en 266 (83.4%), cribado de CCR en 41 (12.9%) y seguimiento de preexistencias en 12 (3.8%). En cuanto al tamaño de las lesiones, 140/163 (85.9%) detectadas en la visión frontal eran <5 mm, mientras que, durante el segundo procedimiento (ante y retroflexión combinadas), 65/71 (91,5%) tamaño <5 mm y 6/71 (8.5%) entre 5-10 mm. En la visualización en anteflexión, la PDR y ADR fue de 45.1 y 16.3, respectivamente. Para el segundo procedimiento (ante y retroflexión combinadas), la PDR y la ADR aumentaron a 21.9 y 7.8, respectivamente (tabla 1).

Conclusión: Encontramos que la técnica combinada de ante y retroflexión durante la VCC-HD aumenta la PDR y la ADR en comparación con la VCC-HD estándar. Se necesitan ensayos multicéntricos con una mayor población a fin de validar estos datos.

Código: EN1065
Título: ¿la simeticona y la n-acetilcisteína ayudan a mejorar la visualización en la videoendoscopia digestiva alta? Ensayo controlado aleatorizadao en centro de tercer nivel.
Autores: Marin P.[1]; Marletta E.P.[1]; Correa G. J.[1]; Yantorno M.[1]; Garavento L.[1]; Arramon M.[1]; Redondo A.[1]; Giraudo F.[1]; Garbi M.L.[1]; Pages M.[1]; Iriarte M.[1]; Baldoni F.[1]; Tufare F.[1]
Filiación/es: [1]H.I.G.A San Martin de La Plata
Especialidad: Endoscopía | **Área Temática:** General | **Categoría**: Trabajo Científico
INTRODUCCIÓN: La videoendoscopia digestiva alta (VEDA) es una herramienta esencial para el diagnóstico de patologías gastrointestinales. El moco y las burbujas pueden disminuir la visualización endoscópica, la cual es importante para el reconocimiento del cáncer gástrico temprano. Se han descrito distintas premedicaciones para la limpieza del tracto digestivo superior que logran mejorar la visualización endoscópica, como agentes mucolíticos y antiespumantes. El objetivo de este estudio es comparar los efectos de la simeticona (S), la N-acetilcisteína (NAC) contra el placebo (agua) como premedicación para mejorar la visualización de la VEDA utilizando la escala de visibilidad de Kuo-Chang. Como objetivos secundarios proponemos evaluar la tasa de eventos adversos relacionadas a la premedicación, comparar el tiempo total del procedimiento y la tasa detección de lesiones entre las distintas premedicaciones y determinar si la diferencia de tiempo desde el inicio de la premedicación hasta el inicio del procedimiento influye en la visualización.
MATERIALES Y MÉTODOS: Estudio clínico, controlado, aleatorizado, doble ciego con un grupo control (agua) y dos grupos de intervención: Simeticona 200 mg (S) y Simeticona 200 mg + N-acetilcisteína 600 mg (S+NAC). La visualización gástrica fue evaluada en 4 segmentos con la escala de Kuo-Chang. Un puntaje menor a 7 puntos se definió como visualización adecuada. Para el análisis estadístico se utilizaron test no paramétricos (chi cuadrado y Mann Whitney Wilcoxon). Se incluyeron todos los pacientes mayores de 18 años con indicación de realizarse una VEDA que concurrieron a un centro de gastroenterología del tercer nivel en el período de tiempo comprendido desde febrero a junio del 2022.
RESULTADOS Y CONCLUSIONES: Se incluyeron en el estudio 94 pacientes, de los cuales el 63,8% eran mujeres, con una mediana de edad de 54,5 años. La indicación más común de la VEDA fue la dispepsia (39%). La visualización adecuada fue más frecuente en el grupo de S y S+NAC (45% y 47% respectivamente) comparado con el agua (7%, p: <0,001). El puntaje de visualización gástrica total fue significativamente menor en el grupo S y S+NAC comparado con el placebo (p: <0,001). No hubo diferencias estadísticamente significativas entre los grupos S y S+NAC. No se observaron diferencias entre grupos en cuanto a la tasa de detección de lesiones, tiempo total de procedimiento ni efectos adversos. La diferencia de tiempo desde el inicio de la premedicación hasta el inicio del procedimiento no influyó en la visualización adecuada. Podemos concluir que la utilización de premedicación mejora la visualización endoscópica gástrica durante la VEDA, siendo tan efectivo el uso de simeticona sola como simeticona con NAC, sin embargo la mejoría en la visualización endoscópica no influyó en la tasa de detección de lesiones. Sigue siendo un desafío definir los criterios de calidad de VEDA para poder mejorar la detección de lesiones gástricas preneoplásicas.

Código: EN1055
Título: Tratamiento endoscópico de las dehiscencias anastomóticas colorrectales: Experiencia inicial en nuestro centro
Autores: Sarem M[1]; Moreno Fernández F[2]; Garcia M[1]; Navarro Barlés A[2]; Morales Tugues C.[2]; Sánchez Marín A.[2]; Martinez Cerezo F[1]
Filiación/es: [1]Servicio del Aparato Digestivo; [2]Unidad de Coloproctología. Hospital Universitari Sant Joan de Reus. Tarragona. España
Especialidad: Endoscopía | **Área Temática:** General | **Categoría**: Caso Clínico
Introducción: Dentro de las complicaciones de la cirugía colorectal, la dehiscencia de la anastomosis es una de las más importantes. Es relativamente frecuente la formación de una cavidad presacra en el sitio de la fuga, dicha cavidad suele resolverse espontáneamente cuando es pequeña o puede evolucionar a una cavidad presacra crónica cuyo manejo quirúrgico suele ser complejo y en muchas ocasiones requiere una colostomía terminal definitiva.
Objetivos: A partir del año 2008 se empezó a considerar el tratamiento local y mínimamente invasivo por vía endoscópica con la terapia de esponja de vacío (Endo-SPONGE) para estos casos. En un reciente metaanálisis que incluyó 17 estudios de cohorte, este tratamiento ha demostrado ser seguro y efectivo para tratar pacientes con fuga colorrectal significativa, tanto en el episodio agudo como en casos de cavidad/sinus crónico. En este trabajo presentamos nuestra experiencia inicial en este tipo de terapia.
Material y métodos: Se trata de un estudio descriptivo observacional y retrospectivo de los dos primeros casos realizados en nuestro hospital. El primer caso es una paciente de 70 años intervenida de resección anterior baja de recto por adenocarcinoma y que en el postoperatorio presenta dehiscencia de anastomosis que requiere reintervención quirúrgica urgente con desconexión de anastomosis y colostomía terminal, siendo muy dificultoso el cierre del muñón rectal remanente. Como complicación crónica presenta una cavidad adyacente a la línea de grapas del muñón rectal de 6,6cm de diámetro mayor con exudado purulento persistente a pesar de lavados transanales durante meses. Sin embargo, se logró reducir la cavidad hasta 1,7 cm al realizar tratamiento con drenaje transanal con Endo-sponge durante unas 6 sesiones. El segundo caso es un paciente de 76 años intervenido hacía años de resección anterior baja de recto con anastomosis colorectal y que presentó en la actualidad un absceso perianastomosis que se drenó en quirófano vía transanal, pero en el seguimiento en consultas se constató la persistencia de una cavidad de 6cm que fue reducida a 2cm tras el tratamiento con drenaje transanal con Endo-sponge tras 5 sesiones. Este último caso realizó los recambios de forma ambulatoria. Ambos pacientes han evolucionado favorablemente con mejoría clínica y reducción significativa del tamaño de las cavidades; actualmente se encuentran en seguimiento ambulatorio.
Resultados y conclusiones: La terapia de presión negativa con Endo-sponge ha demostrado eficacia en el tratamiento de casos seleccionados de dehiscencia de anastomosis colorrectal, siendo un método mínimamente invasivo al poderse realizar por vía endoscópica y que en algunos casos puede hacerse un manejo ambulatorio sin necesidad de ingreso hospitalario.

Código: EN1026
Título: DETECCIÓN DE PÓLIPOS Y ADENOMAS MEDIANTE VIDEOCOLONOSCOPÍA ASISTIDA POR INTELIGENCIA ARTIFICIAL EN TIEMPO REAL: RESULTADOS DE UN ENSAYO CLÍNICO DIAGNÓSTICO UNICÉNTRICO
Autores: Robles-Medranda C.[1]; Cifuentes-Gordillo C.[1]; Arévalo-Mora M.[1]; Puga-Tejada M.[1]; Baquerizo-Burgo J.[1]; Egas-Izquierdo G.[1]; Del Valle R.[1]; Alcívar-Vásquez J.[1]; Alvarado-Escobar H.[1]; Merfea RC.[1]; Barreto-Pérez J.[1]; Rodríguez J.[1]; Calle-Loffredo D.[1]; Pitanga-Lukashok H.[1]
Filiación/es: [1]Instituto Ecuatoriano de Enfermedades Digestivas (IECED), Guayaquil, Ecuador
Especialidad: Endoscopía | **Área Temática:** Colon-Pólipo Cáncer | **Categoría**: Trabajo Científico
Introducción: Múltiples factores afectan la tasa de detección de pólipos/adenomas: preparación intestinal, curva del endoscopista, dificultad técnica de la videocolonoscopía (VCC), entre otros. Discovery (Pentax Medical, Hoya Group) es un detector de pólipos/adenomas asistido por inteligencia artificial (IA), recientemente disponible para la práctica médica. La detección visual en tiempo real localiza un pólipo/adenoma, mediante un rectángulo en el monitor (bounding box). Así se alerta al endoscopista de un pólipo/adenoma inadvertido.

Objetivo: Evaluar la utilidad de la IA en tiempo real, en la detección de pólipos/adenomas durante la realización de vídeocolonoscopía de alta definición (VCC-HD).

Materiales y métodos: Se enroló pacientes mayores de 45 años a los que se les realizó VCC-HD (Nov/2020-Mar/2021). Se excluyó casos con una preparación instestinal insuficiente (Boston Bowel Preparation Score <2 en cualquier segmento), historia de enfermedad inflamatoria intestinal, síndrome de poliposis adenomatosa familiar, cáncer de colon o cirugía colorrectal. Un primer operador realizó VCC-HD sin asistencia por IA. Un segundo operador, ciego a los hallazgos anteriores, realizó otra VCC-HD en el mismo paciente, asistida por IA. Los datos se analizaron en R v4.0 (R Foundation for Statistical Computing; Viena, Austria). Este estudio fue aprobado por el comité de ética institucional. NCT04915833.

Resultados: Dos operadores realizaron por dos ocasiones 115 VCC-HD en 115 pacientes. Mediana de edad de 57 (51-67.5) años, 82 (71.3%) mujeres, con IMC <25 en 6/115 (5.2%), 25-30 en 89/115 (77.4%) y >30 kg/m2 en 20/115 (17.4%). Se realizaron 93/115 (80.9%) VCC-HD durante la mañana. El 67.8% de las VCC-HD fueron realizadas por un endoscopista experto, y el 32.2% por un residente de Gastroenterología. La mediana de tiempo de retiro del colonoscopio fue de 09:05 minutos. La tasa de detección de pólipos/adenomas fue de 58/115 (50,4%): 132 (64.3%) pólipos y 73 (35.6%) adenomas; NICE II 19/205 (9.3%); >10 mm 7/205 (3.4%) (Tabla 1A). De estos, 44 pólipos y 4 adenomas fueron detectados por el segundo operador asistido con IA. La frecuencia de pólipos/adenomas detectados apropiadamente por IA (sensibilidad) entre diferentes segmentos del colon, osciló entre 56.25% (recto) y 78.26% (colon ascendente). Además, la capacidad de la IA para descartar pólipos/adenomas (valor predictivo negativo, VPN) osciló entre 61.54% (sigmoide) y 89.09% (ciego). Sin embargo, se observaron tasas más bajas de especificidad (8.42-

49.49%) y valor predictivo positivo (9.89-19.78%) debido a un alto número de falsos positivos (Tabla 1B).

Conclusión: Discovery IA es una herramienta viable para ayudar a los endoscopistas durante la VCC-HD en la detección de pólipos/adenomas. Sin embargo, la alta tasa de falsos positivos limita su precisión diagnóstica. El desarrollo de esta tecnología con videos de VCC-HD normales podría disminuir la tasa de falsos positivos, aumentando su precisión.

Código: EN1025
Título: seguridad, estado funcional, control local y supervivencia global posterior a la ablación por radiofrecuencia guiada por ecografía endoscópica en adenocarcinoma pancreático irresecable: resultados de una cohorte histórica unicéntrica.
Autores: Robles-Medranda C.[1]; Del Valle R.[1]; Puga-Tejada M.[1]; Arévalo-Mora M.[1]; Baquerizo-Burgos J.[1]; Egas-Izquierdo G.[1]; Estrada-Guevara L.[1]; Bunces-Orellana O.[1]; Moreno-Zambrano D.[1]; Alcívar-Vásquez J.[1]; Cifuentes-Gordillo C.[1]; Alvarado-Escobar H.[1]; Merfea RC.[1]; Barreto-Pére[1]
Filiación/es: [1]Instituto Ecuatoriano de Enfermedades Digestivas (IECED), Guayaquil, Ecuador;
Especialidad: Endoscopia | **Área Temática:** Via Biliar | **Categoría**: Trabajo Científico
Introducción: La ablación por radiofrecuencia guiada por ecografía endoscópica (EUS-RFA) ha surgido como una alternativa en el tratamiento local de varias neoplasias del páncreas. Sin embargo, es necesaria una mayor comprensión respecto a sus eventos adversos e impacto en desenlaces oncológicos tales como el estado funcional (performance status, PS), control local (CL) y supervivencia global (SG), principalmente en el adenocarcinoma ductal (pancreatic ductal adenocarcinoma, PDAC).

Objetivo: Describir la experiencia clínica de la EUS-RFA en el tratamiento local del PDAC irresecable en términos de seguridad, PS, CL y SG.

Materiales y métodos: Cohorte histórica. Se recuperó retrospectivamente información de referencia de los pacientes atendidos desde Oct/2019-May/2021. La EUS-RFA se realizó con un electrodo de aguja de 19 g (Starmed; Taewoong Medical, Seúl, Corea del Sur). Con una técnica de RFA en abanico se aplicó energía en ciclos de 10 segundos. Se realizaron sesiones repetidas en intervalos de 4 semanas (hasta un máximo 3 sesiones). Mediante análisis de tiempo hasta el evento (Hazard Ratio, HR) se evaluó el efecto de la RFA en la SG, estratificado según el estadio. El análisis estadístico se realizó en Rv4.0 (R Foundation for Statistical Computing; Viena, Austria). Este estudio contó con la aprobación del comité de ética institucional.

Resultados: Un total de 26 pacientes sometidos a EUS-RFA fueron analizados. Al diagnóstico, 15/26 (57.7%) presentaron estadio localmente avanzado (LA-PDAC, T4NXM0) y 11/26 (42.3%) enfermedad metastásica (mPDAC, M1). Se logró éxito técnico en todos los pacientes sin eventos adversos importantes. Seis meses post-EUS-RFA, la tasa de supervivencia fue de 11/26 (42.3%), con un PS según la escala del Eastern Cooperative Oncology Group (ECOG) de 0 a 1 (P=0.03). El diámetro medio de la lesión se redujo a 26 mm (P=0.04), con desaparición/necrosis en 11/11 (100%) y disminución de más del 50% del diámetro en TC/RM en 5/11 (45.5%). La mediana de SG fue de 7 (4-12) meses; 8.9 (4.9-16.5) meses en LA-PDAC. Los pacientes mPDAC presentaron una SG significativamente reducida en comparación con aquellos LA-PDAC (HR 5.021; IC 95% 1.589 – 15.87; P=0.003) (Figura 1).

Conclusión: La EUS-RFA del adenocarcinoma pancreatico es una modalidad mínimamente invasiva, segura y eficaz. Debido a su efecto citorreductor, la RFA puede desempeñar un papel en des escalonar el estadiaje del cáncer, proporcionando alivio sintomático, con un posible aumento de la SG en los casos no metastásicos.

Código: EN1034
Título: endosound, un nuevo dispositivo de ecoendoscopía compacto y adaptable a gastroscopio estándar: primera experiencia en seres humanos.
Autores: Robles-Medranda C.[1]; Arévalo-Mora M.[1]; Puga-Tejada M.[1]; Alcívar-Vásquez.[1]; Del Valle R.[1]; Cohn J.[2]; Corbett S.[2]; Steinberg S.[2]
Filiación/es: [1]Instituto Ecuatoriano de Enfermedades Digestivas (IECED), Guayaquil, Ecuador; [2]EndoSound, Portland - Oregon, USA.
Especialidad: Endoscopía | **Área Temática:** Via Biliar | **Categoría**: Trabajo Científico
Introducción: La ecoendoscopía (endoscopic ultrasound, EUS) permite el diagnóstico y tratamiento de diversas lesiones del tracto gastrointestinal (GI) a través de imágenes de alta resolución en tiempo real. No obstante, y más allá de la curva de aprendizaje que demanda, la EUS requiere de equipos sanitarios de alto costo y que también representan un importante espacio físico dentro de una sala de Endoscopía. Recientemente, se ha desarrollado un nuevo dispositivo de EUS adaptable a cualquier gastroscopio estándar. El denominado "EndoSound Vision System" (EVS) es un innovador concepto en endoscopía avanzada, además de una alternativa más económica y portátil en comparación con la EUS tradicional.

Objetivo: Determinar la viabilidad, eficacia y seguridad del EVS en la visualización de estructuras anatómicas del GI y la realización de procedimientos endoscópicos terapéuticos.

Métodos: Estudio de factibilidad. Se empleó el EVS por primera vez en seres humanos. Se seleccionó un número pequeño de pacientes entre 18-64 años, remitidos para evaluación guiada por EUS entre Oct-Nov/2021. Primero se realizó una intervención estándar de EUS mediante ecoendoscopio lineal terapéutico (Pentax EG38-J10UT; Pentax Medical, Hamburgo, Alemania), con procesador de video Pentax (EPK-I7010), conectado a una consola de ultrasonido (Arietta 850 Hitachi, Tokio, Japón). La segunda intervención consistió en el uso del EVS adaptado a un gastroscopio lineal terapéutico (EG-2990I10, Pentax Medical, Hamburgo, Alemania) y conectado a un formador de haz de ultrasonido compacto (EndoSound, Portland - Oregón, EE. UU.) (Figura 1A). Ambos procedimientos fueron realizados por un endoscopista experto (>300 EUS). La Federal Drug Administration (FDA) ha avalado el uso de la EVS (Breakthrough Device Designation). El presente estudio se adhirió a la Declaración de Helsinki, y cuenta con la aprobación del comité de ética institucional. Todos los pacientes seleccionados firmaron el respectivo consentimiento informado.

Resultados: Se seleccionaron cinco pacientes, 2/5 varones y 3/5 mujeres. Con el EVS se logró un rendimiento óptimo del procedimiento endoscópico y una visualización de todas las estructuras anatómicas con imágenes de alta calidad. En 1/5 pacientes se requirió biopsia con aguja fina (fine-needle biopsy, FNB) guiada por EUS (EUS-FNB) debido a una lesión en cabeza del páncreas (Figura 1B). La EUS-FNB se realizó tanto con el EUS estándar como con el EVS. Las muestras tomadas con ambos equipos fueron de dimensiones y calidad histopatológica semejantes, y evidenciaron un adenocarcinoma de páncreas. En ninguno de los cinco casos se presentó alguna complicación post-procedimiento.

Conclusiones: El nuevo dispositivo EVS representa una alternativa factible, eficaz, segura y económica en la realización de procedimientos diagnósticos mediante EUS a través de imágenes de alta calidad, así como terapéuticos con alta precisión.

Código: EN1002
Título: rabdomiosarcoma biliar, una localización inusual en edades tempranas.
Autores: Higa M.[1]; Mahler M.[1]; Abecia V.[1]; Manazzoni D.[1]; Pizzala J.[1]; Giménez F.[1]; Villaverde A.[1]; Marcolongo M.[1]
Filiación/es: [1]Hospital Italiano de Buenos Aires
Especialidad: Endoscopía | **Área Temática:** Via Biliar | **Categoría**: Caso Clínico
Introducción El rabdomiosarcoma es un tumor maligno de origen mesenquimático que se presenta con más frecuencia en los niños y adolescentes. Corresponde al 3-4% del cáncer en pediatría. El rabdomiosarcoma con localización en la vía biliar corresponde al 0,5% del total de rabdomiosarcomas diagnosticados. La mediana de edad de presentación es de 3 años y la mayoría de los casos ocurren en menores de 5 años con un ligero predominio en masculinos. Caso clínico Paciente masculino de 4 años de edad sin antecedentes de relevancia se presenta a la guardia por ictericia de 48 horas de evolución. El análisis de sangre presenta alteración del hepatograma compatible con síndrome coledociano.
Se realiza resonancia magnética abdominal con contraste que evidencia el colédoco dilatado (10 mm) con imágenes de defecto de relleno compatibles, en primera instancia, con barro biliar (Foto 1). Se realiza colangiografía retrógrada, en la que se observa dilatación sacular del colédoco, de aproximadamente 15 mm, con imágenes de falta de relleno (foto 2). Se realiza esfinteropapilotomía y se realizan barridos con balón extractor exteriorizando litos, barro biliar y un material de aspecto gelatinoso/mucoide en hebras (Foto 3). Se realiza análisis histopatológico de las muestras obtenidas, las cuales son compatibles con rabdomiosarcoma de subtipo embrionario, resultado de biología molecular de la Fusión FOXO1/ PAX3 y FOXO1/PAX negativas. Posteriormente se solicitaron estudios PET TC y punción de médula ósea para completar estadificación del tumor, se identifica metástasis pulmonar definiendo un rabdomiosarcoma estadío 4. Inicia tratamiento con quimioterapia según protocolo. Luego de 4

ciclos se procede a realizar resección quirúrgica del tumor con reconstrucción mediante hepaticoyeyunoanastomosis en Y de Roux. En la pieza quirúrgica de la vía biliar extrahepática se presentan células positivas para rabdomiosarcoma residual a nivel proximal por lo cual se decide realizar nuevo tratamiento con quimioterapia y radioterapia antes de proseguir con la resección de la lesión pulmonar.

Al día de la fecha, a más de 5 meses del diagnóstico de la enfermedad, el paciente se encuentra aún realizando tratamiento de quimio/radioterapia sin efectos adversos ni progresión evidente de enfermedad. Observación. Dada la baja incidencia del rabdomiosarcoma biliar, el diagnóstico es desafiante, lo que hace que la evaluación por imágenes sea de particular importancia para definir el sitio de origen y la extensión del tumor. Habitualmente se requiere la intervención endoscópica o quirúrgica para poder tomar una muestra adecuada de material con el consiguiente estudio histopatológico. Presentamos este caso con el objetivo de marcar la importancia de remitir para estudio histológico los fragmentos extraídos de la vía biliar cuando no son cálculos típicos y se desconoce su etiología, como en nuestro caso, ya que de ésta conducta puede devenir un diagnóstico temprano y una terapéutica específica.

Código: EN1014
Título: ascaris lumbricoides biliar: presentación y resolución de un caso infrecuente.
Autores: Guma Strohmayer, M.[1]; Icaza Cárdenas, J.[1]; Varela, MJ.[1]; Bracone, H[1]; Donatelli, M.[1]; Regnasco, S.[1]; Saa, E.[1]
Filiación/es: [1]Hospital de Agudos Dr. Ignacio Pirovano CABA
Especialidad: Endoscopía | **Área Temática:** Via Biliar | **Categoría**: Caso Clínico
Introducción: La ascaridiasis biliar es una complicación poco frecuente de la parasitosis producida por el helminto Ascaris Lumbricoides (AL). Las formas adultas usualmente viven en el intestino, excepcionalmente pueden migrar hacia el árbol biliar.

Objetivo: Describir un caso clínico inusual de colestasis extrahepática secundaria a Ascaridiasis Biliar en área no endémica y el interés de su resolución a través de la terapéutica endoscópica de la vía biliar.

Material y Métodos: Paciente femenina de 18 años, con antecedente de retraso madurativo, presenta cólicos biliares, vómitos e ictericia de piel y mucosas. La ecografía abdominal demuestra vesícula distendida de paredes finas con múltiples imágenes litiásicas móviles. Vía biliar intra y extrahepática (VBIyEH) dilatadas, colédoco de 10 mm. Hallazgos bioquímicos: Hematocrito 33%, Glóbulos Blancos 5.800 ml/mm, Plaquetas 339 ml/mm, AST 202 U/L (VN:40), ALT 291 U/L (VN: 41), BT 4.75 mg/dL, BD 3.88 mg/dL, FAL 180 (VN:129) y GGT x2.

Resultados: A las 48 horas, se realiza Colangiopancreatografía retrógrada endoscópica (CPRE), identificándose en segunda porción duodenal una lombriz de 10 cm, estadío adulto, próxima a papila, que presentaba salida espontánea de bilis. Se extrae Helminto con ansa fría. Se realiza colangiografia observando VBIyEH no dilatadas, con pequeña imagen negativa a nivel del colédoco distal. Se efectúa esfinteropapilotomía amplia, se instrumenta vía biliar no obteniéndose litos, con buen drenaje de bilis. Se realiza colangiorresonancia a los 20 días, observándose vesícula distendida de paredes finas con contenido multilitiásico (macro y micro), y VBIyEH (7 mm) no dilatadas, sin defecto de relleno, quedando en plan para realización de colecistectomía laparoscópica.

Conclusiones: Los Nemátodos, conocidos como gusanos circulares, incluyen las principales lombrices intestinales como es el AL, pueden causar síntomas pulmonares, digestivos y desnutrición en niños en áreas endémicas, como en el Sur de África, Oriente y en áreas tropicales de América Latina. Puede alojarse en cualquier parte del árbol biliar, causando tanto colestasis intra como extrahepática, además de otras alteraciones hepatobiliopancreáticas como colecistitis alitiásica, colangitis y pancreatitis. Con invasiones repetidas desde el duodeno, el AL no puede salir de la luz biliar y mueren, causando éstasis y formación de barro y litiasis biliar.

Observaciones:A pesar de ser la litiasis, seguida de la patología maligna, las causas más frecuentes de colestasis extrahepática en nuestra región, debemos recordar que la Ascaridiasis Biliar es un problema de salud pública en nuestro país, siendo causa de obstrucción del árbol biliar con requerimiento de tratamiento endoscópico.

Código: EN1015
Título: QUISTE DE COLÉDOCO TODANI IV A.
Autores: León Acurio, S.[1]; Icaza Cárdenas, J.[1]; Varela, MJ.[1]; Bracone, H.[1]; Donatelli, M.[1]; Regnasco, S.[1]; Saá, E.[1]
Filiación/es: [1]Hospital de Agudos Dr. Ignacio Pirovano CABA
Especialidad: Endoscopía | **Área Temática:** Via Biliar | **Categoría**: Caso Clínico
INTRODUCCIÓN: Los quistes o dilataciones biliares son malformaciones congénitas, afectan la vía biliar intra y/o extrahepática pueden estar asociadas a anomalías de los conductos bilio-pancreáticos, predomina en el sexo femenino. El 60 a 80% de los casos se diagnostican durante la primera década de vida, manifestándose con ictericia, dolor en hipocondrio derecho y masa palpable en el 20% de los casos con 2 de las 3 manifestaciones en el 80% de los niños y 25% de los adultos. El diagnóstico se basa en hallazgos de imagen (ultrasonido, tomografía computarizada, y colangioresonancia). La clasificación de Todani describe los diferentes tipos de malformaciones, siendo el tipo más común el I (dilatación quística o fusiforme de la vía biliar común extrahepática). El tratamiento consiste en la resección completa del quiste mediante abordaje abierto o mínimamente invasivo.

OBJETIVO: Presentar un caso clínico poco frecuente de paciente con quiste de colédoco de clasificación de Todani IVa.

CASO CLÍNICO: Paciente masculino de 18 años, es derivado por epigastralgia y dolor en hipocondrio derecho de 1 mes de evolución, asociado a ictericia, coluria y acolia, con Bilirrubina total: 20.5 mg/d (directa: 20.0 mg/dl); Fosfatasa alcalina: 205/104; ALT: 63/32; AST: 97/33 y el resto sin particularidades. En la colangioresonancia (CRMN) se visualiza vesícula biliar distendida multilitiásica, marcada dilatación de la vía biliar intra y extrahepática, con hepatocolédoco de aspecto sacular de 20 mm de diámetro, con múltiples imágenes focales de baja señal compatible con litiasis intracanalicular. En la colangiopancreatografia retrograda endoscópica (CPRE) presenta dilatación del árbol biliar intra y extrahepático de 30 mm., compatible con quiste de colédoco tipo IVa de la clasificación de Todani, con litiasis múltiple, que se extraen con canastilla de Dormia y balón extractor. Se difiere resolución quirúrgica.

CONCLUSIONES: Los quistes de colédoco tipo IVa, se presentan en adultos jóvenes en un 20%, con episodios de ictericia recurrente. Las complicaciones secundarias a la estasis biliar son: Colangitis, cirrosis biliar secundaria, litiasis residual, pancreatitis, cirrosis hepática o ruptura espontánea. El riesgo de malignidad es de un 10-30%, mayor para los quistes Todani I y IV. La CPRE es la técnica de elección para el estudio preoperatorio. El manejo quirúrgico consiste en la escisión total del quiste, asociado a colecistectomía y derivación biliodigestiva en Y de Roux con hepatoyeyuno anastomosis, con la posibilidad de resección hepática. El porcentaje de recurrencia de malignidad persiste de manera indefinida por lo que el seguimiento postquirúrgico es obligatorio.

OBSERVACIONES: Se presenta el siguiente caso clínico debido a que es una patología infrecuente, con poca incidencia de presentación en adultos. Requieren de un diagnóstico y tratamiento oportuno para evitar futuras complicaciones, reduciendo riesgo del colangiocarcinoma.

Código: EN1032
Título: tumor de células granulares de colon como hallazgo poco frecuente post polipectomía.
Autores: Villalba J.[1]; Suarez J.[1]; Hermida R.[1]; Pérez Esteban N.[1]; Campos L.[1]; Chiriano F.[1]; Tosti R.[1]; López B.[1]; Riu C.[1]; Cabral T.[1]; Álvarez A.[1]; Osso B.[1]; Oneto N.[1]; Pérez Esparza C.[1]; Scacchi A.[1]; Caruso S.[1]; Maruelli S.[1]; Licciardello M.[1]; Trucco A.[1]; Notari L.[1]; Chiarella D.[1]; Valdéz D.[1]; Fernandez G.[1]; Zavalla J.[1]; Del Pedro V.[1]; D'ercole V.[1]; Fugazzotto J.[1]; Erramuspe E.[1]
Filiación/es: [1]Complejo Médico de la Policía Federal Argentina Churruca - Visca
Especialidad: Endoscopía | **Área Temática:** General | **Categoría**: Caso Clínico
a)Introducción: los tumores de células granulares son lesiones submucosas o subcutáneas que se encuentran más frecuentemente en la cavidad oral, piel y mamas. Solamente el 8% compromete el tracto gastrointestinal, siendo la localización más frecuente el esófago. Fueron descritos por primera vez por Abrikossoff en una serie de casos publicados en 1926. Aún se desconoce la estirpe histológica del tumor, pero la presencia de proteína S100, la enolasa específica neuronal y proteínas de mielina en la tinción mediante inmunohistoquímica apoyan como probable orígen las células de Schwan.

Objetivo: presentar un caso clínico de una patología inusual y de baja sospecha diagnóstica.

b)Material y métodos: mujer de 44 años con antecedentes de nódulos tiroideos en estudio (hiperplasia nodular y folicular), hernia umbilical, tabaquista y madre fallecida por cáncer de colon a los 69 años. Consulta por dispepsia refractaria a tratamiento médico y dolor abdominal asociado a cambios en el ritmo evacuatorio, con tendencia a la constipación. Laboratorio: Hto 44,9% Hb 15,2 g/dl Leucocitos 5930/mm3 Plaquetas 242.4 K/ul VSG 7 mm/h, TGO 13 U/l TGP 14 U/L TSH 2.64 T4L 1.01. Serologías para enfermedad celíaca negativas.

Videoendoscopia digestiva alta sin hallazgos patológicos con toma de muestras para H. pylori. Videocolonoscopia completa, con preparación adecuada (BBPS: 6). En sigma, se observa pólipo subpediculado (París 0-Isp) de aproximadamente 15 mm, con tinte amarillo-rojizo que se extrae con ansa caliente sin complicaciones inmediatas.

Anatomía patológica: Se realizan técnicas de inmunohistoquímica (Streptavidina-Biotina-Peroxidasa) con los siguientes anticuerpos: DOG-1, CD117 y CD34 negativos. Proteína S100 Positivo. Mib-1 (Ki 67 en parafina) 2% núcleos marcados. Actina muscular lisa, Desmina CD 56 y CD 10 Negativos.

Caracteres morfológicos y perfil inmunológico compatibles con tumor de células granulares de colon. Márgenes de resección libres de lesión. Estómago: Gastritis crónica sin signos de actividad. Ausencia de H. pylori.

c)Resultados: la paciente concurrió a control con resultados de biopsias y se le indicó tratamiento sintomático con cinitaprida y mebevirina con buena respuesta. Si bien la malignización de estos tumores es poco frecuente (algunos reportes de casos describen mayor frecuencia de metástasis (60%) en tumores mayores a 4 cm), se decidió realizar TAC de abdomen y pelvis con doble contraste sin imágenes patológicas. Al año siguiente se realizó nueva videocolonoscopía sin hallazgos patológicos.

d)Conclusión: el tumor de células granulares de colon es una patología muy poco frecuente que se diagnostican de manera incidental durante la realización de una videocolonoscopía. Son mayormente benignos, aunque existen reportes de casos de malignización que están relacionados de manera proporcional al tamaño de la lesión. La resección endoscópica es el tratamiento de elección más seguro y factible.

Código: EN1036
Título: rol de la mascarilla facial endo mask en el soporte respiratorio y recuperación post-anestésica tras videoendoscopía digestiva alta en adultos.
Autores: Cañola-Cortez R.[1]; Puga-Tejada M.[1]; Rodríguez MP.[1]; Delgado-Intriago Y. [1]; Arévalo-Mora M. [1]; Baquerizo-Burgos J. [1]; Egas-Izquierdo G. [1]; Alcívar-Vásquez J. [1]; Del Valle R.; Rodríguez J. [1]; Cifuentes-Gordillo C[1].; Alvarado-Escobar H.[1]; Pitanga-Lukashok H.[1]; Robles-Medranda C.[1]; Vargas-González M.[1]
Filiación/es: [1]Instituto Ecuatoriano de Enfermedades Digestivas (IECED), Guayaquil, Ecuador
Especialidad: Endoscopía | **Área Temática:** General | **Categoría**: Caso Clínico

Introducción: El soporte respiratorio es fundamental en los procedimiento endoscópico. En el contexto de una videoendoscopía digestiva alta (VEDA), las mascarillas convencionales no proceden debido a la necesidad de abordar la vía oral. La cánula de oxígeno limita el empleo de anestésicos como el propofol, además de ser incómoda para el paciente. Existe hoy en día algunas mascarillas faciales las cuales a través de un orificio particularmente diseñado (figura 1), permiten la ventilación no invasiva durante la intubación con fibra óptica (broncoscopía, VEDA y ecocardiografía transesofágica).

Objetivo: Establecer el rol de la mascarilla facial Endo Mask en el soporte respiratorio y recuperación post-anestésica tras VEDA.

Materiales y métodos: Estudio observacional, descriptivo, prospectivo (Feb-May/2020). Se incluyó a pacientes >18 años en quienes se practicó VEDA diagnóstica o terapéutica. Se excluyó casos en quienes fuere necesario intubación orotraqueal. Tras constatarse signos vitales y canalizar vía periférica, se colocó un protector bucal seguido de la mascarilla facial Endo Mask (GaleMed Corporation; Taipéi, Taiwan; registro sanitario local No. DM-2327-03-12). Se oxigenó por unos segundos y se procedió a sedar con propofol y lidocaína sin epinefrina. De requerirse, se empleó dosis mínimas de atropina (0.5 mg) y fentalino (50 mcg). En caso de depresión respiratoria, se manejó con soporte ventilatorio manual. Se evaluó la recuperación post-anestésica mediante escala de Aldrete. Finalmente, mediante una breve entrevista abierta, se le preguntó a cada paciente qué actividades personales realizaría posterior al alta médica.

Resultados: Se recuperó 101 casos, edad 55 ± 20 años, 69 mujeres. Antecedentes: 36 hipertensión arterial, 19 diabetes, 4 cirrosis hepática y 1 enfermedad de Chagas. Todos presentaron un riesgo cardiovascular y anestésico de I-II. En 86 casos se abordó una vía aérea Mallampati tipo I, y en 15 tipo II. En 23 casos se realizó procedimientos terapéuticos: 15/23 ligaduras, 5/23 gastrostomías, 3/23 colocación de prótesis esofágicas. La mediana de duración procedimental fue de 10 minutos (5-45), bajo un periodo anestésico de 19 minutos (8-60). El diagnóstico endoscópico más frecuente fue gastritis crónica no atrófica (52), seguido de hemorragia digestiva variceal (15) y esofagitis (9). La recuperación post-anestésica fue de 30 minutos (12-50). La escala de Aldrete basal, 5, 10, 15 y 30 minutos post-VEDA fluctuó entre 8-10 (excelente recuperación). En 90 casos la VEDA fue ambulatoria: 46/90 manifestaron reincorporarse a sus actividades profesionales, 21/90 personales, 13/90 domésticas y 10/90 académicas. No hubo eventos adversos ni fluctuaciones significativas de los signos vitales.

Conclusión: El empleo de Endo Mask permitió un cabal desempeño endoscópico al unísono de un excelente manejo de la vía aérea, permitiendo una cómoda y apropiada sedación con propofol, con rápida incorporación a las actividades cotidianas post-alta.

Código: EN1011
Título: impacto de la pandemia por covid-19 en la pesquisa del cancer colorrectal: resultados del analisis retrospectivo del uso de una herramienta de soporte de decision clinica en argentina.
Autores: Steinberg L[1]; Lasa J[2]; Pereyra L[3]
Filiación/es: [1]Fundación Favaloro y Hospital Durand Buenos Aires; [2]CEMIC y Hospital Británico Buenos Aires; [3]Pereyra L Hospital Alemán Buenos Aires
Especialidad: Endoscopia | **Área Temática:** Colon-Pólipo Cáncer | **Categoría**: Trabajo Científico

INTRODUCCION: La pandemia por COVID-19 ha tenido un impacto profundo en la pesquisa de enfermedades oncológicas. El volumen de procedimientos de pesquisa de cáncer colorrectal disminuyó durante la pandemia. La magnitud de este descenso y su potencial recuperación son difíciles de medir en nuestro medio. La frecuencia de uso de una herramienta electrónica de soporte de decisión clínica durante dicho período podría revelar de manera indirecta dicho impacto en vida real de la pesquisa de dicho cáncer.

OBJETIVO: Comparar el número de consultas hechas en una herramienta electrónica de soporte de decisión clínica para la pesquisa y seguimiento del cáncer colorrectal antes, durante y después del aislamiento preventivo obligatorio

MATERIALES Y METODOS: Se revisó la base de datos de consultas realizadas de Captyva desde mayo de 2019 hasta diciembre de 2021. Captyva es un sistema de soporte de decisión clínica electrónico que guía en la indicación de pesquisa de cáncer colorrectal y vigilancia. Desde su lanzamiento, se han consignado más de 30000 consultas de usuarios de todo el país. Se dividió el análisis en tres períodos: pre-pandemia (mayo de 2019 a marzo de 2020), aislamiento obligatorio (abril de 2020 a diciembre de 2020) y post-aislamiento obligatorio (de enero a diciembre de 2021). Se comparó el número de consultas por pesquisa y por vigilancia de cáncer colorrectal entre los períodos descriptos. Asimismo, se compararon los factores de riesgo consignados en cada consulta según los períodos mencionados. Se utilizó el test de Kruskal-Wallis o ANOVA para la comparación de variables numéricas y el test de chi cuadrado para la comparación de variables categóricas.

RESULTADOS: Se registraron 9035 consultas por pesquisa y 18528 consultas por vigilancia en el período estudiado. La mediana de consultas por pesquisa en el primer período fue de 346 (RIC25-75 280-410), descendiendo a 156 (80-210) durante el aislamiento obligatorio, para luego ascender a 230 (170-290) en 2021 ($p<0.005$). La mediana de consultas por vigilancia en el primer período fue de 716 (560-870), para descender a 354 (190-470) ($p<0.005$) durante el aislamiento obligatorio y luego ascender a 581 (470-690) en 2021 ($p=0.3$ respecto del período pre-pandemia). Las consultas de pesquisa durante el aislamiento obligatorio fueron más frecuentes en personas con antecedentes familiares de cáncer colorrectal (delta 3.75%, $p=0.05$). Las consultas por vigilancia durante el aislamiento obligatorio fueron más frecuentes en personas con antecedentes de pólipos de alto-muy alto riesgo (delta 4%, $p=0.001$).

CONCLUSIONES: Observamos un descenso significativo y pronunciado en el número de consultas a Captyva tanto para pesquisa como para vigilancia durante el aislamiento obligatorio. El número de consultas por pesquisa siguió siendo significativamente más bajo respecto del período pre-pandemia, mientras que las consultas por vigilancia alcanzaron valores comparables a los de dicho período.

Código: EN1070
Título: rédito diagnóstico de la cápsula endoscópica de visión lateral en un centro de tercer nivel.
Autores: Ortiz Suarez P. [1]; Matoso M. [1]; Pia A. [1]; Higa M.[1]; Achilli A; Abecia V. [1]; Marcolongo M.[1]
Filiación/es: [1]Hospital Italiano de Buenos Aires.
Especialidad: Endoscopía | **Área Temática:** Delgado | **Categoría**: Trabajo Científico

Introducción

Desde el de la cápsula endoscópica (CE) aparecieron diferentes modelos. Los estudios realizados con CE de visión lateral presentan como debilidad su bajo tamaño muestral, por lo que el rédito diagnóstico suele ser variable.

Objetivos

Describir el rédito diagnóstico global y por motivo de indicación, hallazgos, complicaciones y calidad de preparación de la CE de visión lateral.

Materiales y métodos

Se realizó un estudio descriptivo de corte transversal que incluyó pacientes adultos que realizaron una CE de visión lateral entre el 2014-2021. El rédito diagnóstico global se calculó ante la presencia de cualquier hallazgo anormal en la evaluación mucosa del intestino delgado y el rédito por indicación, ante hallazgos anormales que justificaban el mismo. Se agruparon los diferentes

motivos de indicación en: hemorragia digestiva de intestino delgado evidente y oculta, enfermedad de Crohn, diarrea crónica, enfermedad celíaca y poliposis. Para los mismos se describieron los hallazgos esperables. En las CE por hemorragia digestiva evidente se evaluó el rédito diagnóstico en función del tiempo transcurrido desde el inicio del mismo hasta la colocación de la CE. La calidad de la preparación se categorizó en visibilidad de mucosa buena, regular y mala.

Resultados

Se analizaron 510 CE de visión lateral. Se detectaron 297 hallazgos anormales lo que correspondió a un rédito diagnóstico global del 58,35%. En 234 estudios se encontraron hallazgos que justificaron el motivo de indicación del mismo, lo que demostró un rédito del 45,88%.

Para las dos indicaciones principales, hemorragia digestiva no evidente y evidente, la proporción de resultados positivos fue del 44,02% (114/259) y 46.66 (91/195) respectivamente. En ambos grupos los hallazgos más frecuentes fueron angiodisplasias y erosiones. El 52,82% (103/195) de las CE por hemorragia digestiva evidente se colocaron luego de los 30 días transcurrido el mismo. La preparación de las CE analizadas fue: buena en 311 (61,10%), regular en 167 (32,81%) y mala en 31 (6,10%). La pérdida de la cápsula fue la complicación más frecuente. El rédito diagnóstico del resto de motivos de indicación se visualizan en la tabla 1.

Conclusiones

El rendimiento diagnóstico global y por indicación del presente estudio concuerda con resultados similares publicados en la literatura (42%). Las principales indicaciones fueron hemorragia digestiva del intestino delgado (evidente y oculta) con un rendimiento diagnóstico similar al rango descrito (entre el 30-73%). En el grupo con hemorragia digestiva evidente, el rédito no disminuyó en la realización del estudio luego de 30 días del mismo (47,82%, 44/92). En este grupo se observó una disminución del rédito por indicación en pacientes con regular y mala preparación (43% y 31% respectivamente). En nuestro estudio extendemos el rédito por indicación a otros motivos menos frecuentes lo que contribuiría a ampliar en estos casos el uso de la CE de visión lateral.

Código: EN1004
Título: terapia de vacío endoluminal en el manejo de perforación esofágica secundaria a impactación alimentaria.
Autores: Munguia A.[1]; Perlo M.N[1]; Michelena L.[1]; Salmon C.[1]; Alach R.[1]; Hidalgo M.[1]; Pereyra C.[1]; Alach J.[1]
Filiación/es: [1]Hospital Interzonal General Agudos San Roque Gonnet, La Plata, Bs As.
Especialidad: Endoscopia | **Área Temática:** Esófago Estómago Duodeno | **Categoría**: Caso Clínico

Introducción

La perforación esofágica tras la impactación alimentaria es la complicación más temida. Estos defectos transmurales esofágicos presentan alta morbimortalidad.

Recientemente, la terapia endoscópica de vacuum ha sido introducida con resultados prometedores. Implica la aplicación de una presión negativa continua para drenar el fluido infectado y acelerar el proceso de curación de un defecto localizado.

Si bien la cirugía es un tratamiento válido, ésta tiene mayor probabilidad de presentar complicaciones e incluso un riesgo de mortalidad de hasta el 50%, principalmente en centros no experimentados.

Objetivo

Describir un caso de tratamiento endoscópico de vacío endoluminal para manejo de perforación esofágica contenida secundaria a impactación alimentaria.

Paciente

Femenina de 64 años que consulta por disfagia esofágica de una semana de evolución tras ingesta de carne.

Antecedentes Personales: Diabetes insulinodependiente, Cáncer Mama 2016 que requirió cirugía y radioterapia.

Examen físico: Aceptable estado general, lúcida, taquicárdica, afebril, sin enfisema subcutáneo, abdomen blando y depresible, sin signo de irritación peritoneal.

Resultados

Laboratorio: leucocitosis, hiperglucemia.

Videoendoscopía digestiva alta: en tercio medio esofágico se observa cuerpo extraño (carnoma) que al desplazarlo se evidencia orificio fistuloso sobre cara posterior, compatible con perforación.

Tomografía: Engrosamiento irregular de esófago medio acompañado por solución de continuidad posterior que se comunica con extensa cavidad de 8 cm x 1.5 cm con escaso contenido, pudiendo relacionarse a perforación contenida. Adenopatías adyacentes.

Se decidió en manejo interdisciplinario la realización de Videoendoscopia digestiva alta con colocación de esponja endoluminal conectada a sistema vacuum para tratamiento. Se diseñó dispositivo con insumos de uso cotidiano disponibles, incluyendo esponja, hilo de sutura y sonda transparente flexible de aspiración.

En sesiones bisemanales y luego semanales se realizó lavado de cavidad y recambio de esponja. A lo largo de los controles se constató disminución del tamaño de la luz y cavidad, adaptando el tamaño del dispositivo según requerimiento.

En un total de 12 sesiones se logró la reducción de cavidad y orificio fistuloso tanto por endoscopía como por imagen transversal.

Evolución: Favorable en un plazo de 8 semanas.

Conclusión

La terapia de vacío endoluminal constituye una técnica segura y efectiva en el manejo de defectos transmurales del tracto gastrointestinal superior. Es una alternativa potencial a la cirugía, con menor tasa de complicaciones y morbimortalidad.

Observación

Se persigue difundir un caso de terapia de vacío endoluminal endoscópico como herramienta terapéutica en un centro hospitalario de mediana complejidad con recursos de bajo costo.

Código: EN1067
Título: ²estenosis colónica: ¿post-isquémica o enfermedad de crohn?²
Autores: Ferreira, M.[1]; Barba, A.[1]; Pardo B.[1]; Candel, I.[1]; Escobar Fernández, R.[1]
Filiación/es: [1]Sanatorio Dr. Julio Mendez
Especialidad: Endoscopía | **Área Temática:** Colon-Eii | **Categoría**: Caso Clínico

Introducción: La colopatía isquémica (CI) afecta más frecuentemente a mujeres en la séptima década de vida. Se asocia a comorbilidades como la hipertensión arterial (HTA), diabetes (DBT), enfermedad renal crónica (ERC) y enfermedad cardiovascular (ECV). Puede manifestarse clínicamente con hematoquezia, diarrea persistente y dolor abdominal; siendo la estenosis es una secuela poco frecuente (10% de los casos) difícil de diferenciar de las estenosis por enfermedad de Crohn (EC).

Objetivo: Presentar el caso de un debut de una enfermedad inflamatoria y patología isquémica a partir de una estenosis colónica.

Paciente: Paciente femenina de 57 años de edad con antecedentes de HTA, ECV, trombo en ventrículo derecho con anticoagulación, DBT 2 insulinorrequiriente, obesidad, ex-tabaquismo, EPOC con oxígeno domiciliario, ERC en diálisis y diarrea disentérica de 2 años de evolución asociada a dolor abdominal intermitente. Consultó por rectorragia asociada a dolor en flanco izquierdo, sin fiebre. En la tomografía (TC) se evidenció engrosamiento parietal de colon descendente con alteración de grasa pericolónica. En la endoscopía se observó íleon terminal conservado, pequeñas erosiones y úlcera con fondo de fibrina en ciego, pérdida parcheada del patrón vascular en todo el colon con recto respetado y en ángulo esplénico área de estrechamiento de la luz con lesiones pseudopolipoideas y úlceras profundas cubiertas por fibrina (figuras 1 y 2). Ante la sospecha de EC se realizó enteroTC con evidencia de engrosamiento de paredes de colon descendente proximal con luz filiforme y compromiso de intestino delgado con engrosamiento simétrico de paredes de yeyuno proximal (figuras 3 y 4). Se descartó el origen infeccioso. Histológicamente se observó leve distorsión críptica glandular con glándulas atróficas y abscesos crípticos, con trombos de fibrina intravasculares, compatible con CI (figuras 5 y 6). Se inició tratamiento con budesonide MMX vía oral con buena respuesta I. El dosaje de calprotectina fecal fue de 875 ug/g.

Conclusión: El caso presentado es ejemplo de una superposición de colitis isquémica y enfermedad de Crohn. La presencia de estenosis en colon descendente y yeyuno, síntomas de 2 años de evolución y calprotectina elevada apoyan el diagnóstico de EC. Asimismo, la presencia de factores de riesgo para CI y trombos intravasculares en la microscopia permiten establecer el diagnóstico de colitis isquémica asociada.

Código: EN1038
Título: DILATACIÓN ESOFÁGICA EN SÍNDROME DE PLUMMER VINSON
Autores: Galvagno F.[1], Estrada C.[1], Pesantez M.[1], Fontan M.[1], Saltos S.[1], García Anapios L.[1], Marturano M.[1], Giudice F.[1], Marceno F.[1]; Lubieniecki D.[1], Padín, L.[1]
Filiación/es: [1]Hospital Carlos G. Durand
Especialidad: Endoscopia | **Área Temática:** Esófago Estomago Duodeno | **Categoría**: Caso Clínico

INTRODUCCIÓN: El síndrome de Plummer Vinson es una patología infrecuente que afecta principalmente a mujeres de mediana edad. Se suele presentar con la tríada característica de anemia ferropénica, disfagia y membranas esofágicas. Se puede asociar a otras enfermedades autoinmunes, y es considerado factor de riesgo para el desarrollo de carcinoma epidermoide de esófago.

OBJETIVOS: Presentar el caso clínico de una dilatación esofágica en una paciente con síndrome de Plummer Vinson.

MATERIALES Y MÉTODOS: Paciente femenina de 41 años con antecedente de anemia ferropénica en tratamiento con hierro que consulta por disfagia orofaríngea a sólidos de larga data.

RESULTADOS: Presenta un laboratorio compatible con anemia ferropénica. Se realiza VEDA que evidencia inmediatamente distal a la unión faringoesofágica, a 15 cm de la ADS, estenosis de 5 mm de diámetro, infranqueable, a expensas de membrana. Se realiza radioscopía que evidencia estenosis corta en esófago cervical. Se progresa balón dilatador tipo CRE y se realizan dilataciones sucesivas a 10, 11 y 12 mm, constatando desgarro mucoso posterior.

CONCLUSIONES: En el Síndrome de Plummer Vinson el manejo puede ser conservador, ya que la reposición de hierro puede mejorar los síntomas esofágicos. Sin embargo, en caso de persistir los mismos o ante la presencia de estenosis esofágica, puede ser necesaria la dilatación endoscópica, ya sea con bujías de Savary-Gilliard o con balón tipo CRE, con buena tasa de respuesta. Usualmente con una única sesión presentan resolución sintomática.

OBSERVACIONES: Considerar esta patología como diagnóstico diferencial en pacientes con estenosis esofágica, dado que a pesar de la resolución endoscópica efectiva, es una patología asociada a carcinoma esofágico y requiere un seguimiento periodico.

Código: EN1027
Título: UTILIDAD Y SEGURIDAD DE UN NUEVO SISTEMA DE COLANGIOSCOPÍA DIGITAL DE UN SOLO OPERADOR: EXPERIENCIA UNICÉNTRICA
Autores: Robles-Medranda C.[1]; Alcivar-Vasquez J.[1]; Raijman I.[2 3]; Kahaleh M.[4]; Puga-Tejada M.[1]; Arévalo-Mora M.[1]; Baquerizo-Burgos J[1].; Egas-Izquierdo G.[1]; Del Valle R.[1]; Alvarado H.[1]; Cifuentes-Gordillo C.[1]; Merfea RC.[1]; Barreto Perez J.[1]; Rodriguez J.[1]; Calle-Loffredo D.[1]; Pitanga-Lukashok H.[1]
Filiación/es: [1]Instituto Ecuatoriano de Enfermedades Digestivas, Guayaquil, Ecuador; [2]Houston Methodist Hospital/Baylor Saint Luke's Medical Center; [3]Kunda R. Department of Advanced Interventional Endoscopy, Universitair Ziekenhuis Brussel (UZB)/Vrije Universiteit Brussel (VUB); [4]Kahaleh M. Robert Wood Johnson Medical School Rutgers University
Especialidad: Endoscopía | **Área Temática:** Via Biliar | **Categoría**: Trabajo Científico
Introducción: Se ha desarrollado un nuevo sistema de colangioscopía digital de un solo operador (DSOC) llamado Eye-Max (Micro-Tech, Nanjing, China) con visores de 9Fr y 11Fr e imagen full HD+ (150000 píxeles).

Objetivo: Describir la precisión del diagnóstico, la eficacia en la eliminación de cálculos biliares y los eventos adversos relacionados con los procedimientos realizados con este nuevo dispositivo.

Materiales y métodos: Se recopilaron datos prospectivos en pacientes consecutivos de ≥ 18 años remitidos para DSOC entre julio y noviembre de 2021. Se asignó al grupo diagnóstico los pacientes con una sospecha de malignidad/estenosis indeterminada; los pacientes con litotripsia fallida o cálculos biliares > 20 mm se asignaron al grupo terapéutico. Se excluyeron los pacientes con seguimiento <6 meses, coagulopatía no controlada, gestantes/lactantes, con alergia al contraste o sin posibilidad del paso del endoscopio. El comité de ética local aprobó el protocolo y el estudio se llevó a cabo de acuerdo con la Declaración de Helsinki. Todos los pacientes otorgaron su consentimiento informado por escrito. Los datos se analizaron en Rv.4.0 (R Foundation for Statistical Computing; Viena, Austria).

Resultados: Se atendieron 31 casos. En la cohorte de diagnóstico (n = 21/31; 68%), en la impresión visual se identificaron signos neoplásicos en 10/21 (47,6%) casos, utilizando un endoscopio 9Fr en 8/10. Se realizó biopsia en 14/21 (66,7%) casos y se confirmó una neoplasia en 10/21 (47,6%). Respecto a un diagnóstico neoplásico, la DSOC logró una precisión con una sensibilidad del 90% y una especificidad del 75% (tabla 1A). En la cohorte terapéutica (12/31; 39%): 11/12 casos requirieron litotripsia, siendo 1/12 una pancreatoscopía, y 1/12 fueron sometidos a DSOC debido a migración proximal del stent biliar. Se logró una eliminación completa de los cálculos biliares en 10/11 (91%) pacientes (tabla 1B). No se documentaron eventos adversos perioperatorios ni tardíos.
Conclusiones: Eye-Max DSOC posee una excelente eficacia diagnóstica para distinguir lesiones biliares neoplásicas, así como también una alta rentabilidad terapéutica en la eliminación de cálculos en vía biliar.

Código: EN1066
Título: EXPERIENCIA EN DISECCIÓN SUBMUCOSA ENDOSCÓPICA PARA LESIONES GASTROINTESTINALES EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL
Autores: Bezzoni P.[1]; Yantorno M.[1]; Correa GJ.[1]; Arramon M.[1]; Giraudo F.[1]; Gullino L.[1]; Garbi ML.[1]; Redondo A.[1]; Chazarreta A.[1]; Lopez M.[1]; Baldoni F.[1]; Tufare F.[1]
Filiación/es: [1]Hospital San Martin de La Plata Bs As
Especialidad: Endoscopía | **Área Temática:** Colon-Pólipo Cáncer | **Categoría**: Trabajo Científico
a)Introducción. La disección submucosa endoscópica (DSE) es una técnica endoscópica avanzada desarrollada para el tratamiento de lesiones gastrointestinales preneoplásicas o neoplásicas tempranas, independientemente de su tamaño y localización. Su principal ventaja es que permite la resección en bloque en más del 90% de los casos. Si bien es un procedimiento complejo, que requiere de la adquisición de habilidades técnicas, con curvas de aprendizajes extensas, es una técnica segura y efectiva con bajas tasas de complicaciones (sangrado 5-10% y perforación <3%). b)Objetivo. El objetivo principal fue evaluar la tasa de éxito técnico de la DSE. Los objetivos secundarios fueron evaluar la tasa de resección R0, eventos adversos, tasa de recurrencia y determinar factores de riesgo relacionados a resecciones incompletas. c)Materiales/pacientes. Estudio retrospectivo descriptivo de corte transversal, desde junio de 2015 a junio de 2022. Se incluyeron todos los pacientes que se realizó DSE para la resección de lesiones gastrointestinales. d)Resultados. Se realizaron 35 procedimientos en 34 pacientes, de los cuales el 61% eran masculinos. El promedio de edad fue de 64. En todas las lesiones se describió la morfología mediante la clasificación de París, siendo las lesiones planas elevadas con componente sésil las más frecuentes (24%). En las lesiones de colon y recto, además se utilizó la clasificación Japonesa de lesiones de crecimiento lateral (LST) en el 100% de los casos, siendo la principal morfología LST granular no homogénea (34%). El tamaño promedio fue de 30 mm [15-60mm]. Se realizó la técnica convencional en 16 pacientes, técnica híbrida en 14 y en 2 pacientes la técnica de creación de bolsillo submucoso. El principal sitio de localización de las lesiones fue el recto (21), seguido de estómago (11) y colon sigmoides (3). La tasa de éxito técnico fue del 91% (32/35) y la tasa de resección R0 fue del 85,7% (30/35). En el 8,5% de las lesiones (3 lesiones) no se logró completar la DSE, todas estas lesiones presentaban componente deprimido. La principal histología fue adenoma con displasia de alto grado (57%). La incidencia de eventos adversos fue del 5.7% (un sangrado tardío y una perforación), ambas se manejaron exitosamente con tratamiento endoscópico. Del total de lesiones, solo 17 pacientes presentaban al menos un control endoscópico dentro del año, en 4 de ellos se evidenció recurrencia, dos de ellas se resolvieron por endoscopia y las restantes en forma quirúrgica. La principal limitación fue la pérdida de seguimiento, esto se puede relacionar a que la mayoría de los pacientes son derivados y continúan el seguimiento en su hospital de origen. e)Conclusiones. La DSE es una técnica segura y efectiva en el tratamiento de lesiones del tracto gastrointestinal con sospecha de invasión superficial. Presentamos una serie de 35 casos en donde la DSE demostró una alta tasa de éxito técnico y resecciones R0, con una baja tasa de complicaciones.

Código: EN1010
Título: USO DE PUNTAJES ENDOSCOPICOS PARA LA VALORACION DE LA ACTIVIDAD ENDOSCOPICA EN SUJETOS CON ENFERMEDADES INFLAMATORIAS INTESTINALES: UN ESTUDIO MULTICENTRICO DE VIDA REAL
Autores: Navar S[1]; Ponce C[1]; Galvarini M[1]; Orellana D[1]; Caruso E[1]; Espinosa F[1]; Smolarczuk A[1]; Meligrana N[2]; Rainero G[2]; Correa G[3]; Yantorno M[3]; Garbi M[3]; Gullino L[3]; Giraudo F[3]; Martinez S[4]; García Anapios L[5]; Marceno F[5]; Marturano V[6]; Fuxman C[6]; Reyes K[6]; Steinberg L[56]; Pereyra L[1]; Lasa J[4]
Filiación/es: [1]Hospital Alemán Bs As; [2]Hospital Austral Pilar; [3]Hospital San Martín La Plata; [4]CEMIC Bs As; [5]Hospital Durand Bs As; [6]Fundación Favaloro Bs As
Especialidad: Endoscopía | **Área Temática:** Colon-Eii | **Categoría**: Trabajo Científico
INTRODUCCION: El uso de puntajes endoscópicos pueden facilitar la objetivación de la actividad endoscópica en sujetos con enfermedades inflamatorias intestinales. La frecuencia de uso en situación de vida real en

nuestro medio es desconocida.

OBJETIVO: Describir la prevalencia del uso inadecuado de puntajes endoscópicos para la evaluación de la actividad endoscópica en sujetos con enfermedad de Crohn y colitis ulcerosa sometidos a colonoscopía.

MATERIALES Y METODOS: Estudio observacional de corte transversal retrospectivo en seis centros de Argentina. Se incluyeron pacientes con diagnóstico ya establecido de enfermedad de Crohn o colitis ulcerosa sometidos a endoscopía baja entre 2018 y 2022. Se consignó en cada caso: a) la prevalencia de reporte en el informe de un puntaje endoscópico; b) la prevalencia de puntaje reportado adecuado para la enfermedad de base del paciente enrolado; c) la prevalencia de discrepancias en cuanto a lo reportado en el informe y el puntaje calculado; d) la prevalencia de cumplimiento de recomendaciones RAND para el informe de endoscopía en sujetos con enfermedades inflamatorias intestinales. Se realizó un análisis comparativo de estos desenlaces entre sujetos con enfermedad de Crohn y colitis ulcerosa. Se realizó un análisis comparativo de estas variables entre sujetos con y sin reporte de puntajes endoscópicos. Se realizó un análisis univariado con posterior análisis multivariado utilizando modelo de regresión logística.

RESULTADOS: Se recopilaron 1130 pacientes que cumplieron con criterios de elegibilidad (764 con colitis ulcerosa y 366 con enfermedad de Crohn), con una edad media de 45.6±15. Identificamos una ausencia de reporte de puntaje endoscópico en 49.21% de las endoscopías por colitis ulcerosa y en un 67.49% de las endoscopías por enfermedad de Crohn (p 0.001). El score más utilizado en colitis ulcerosa fue el de Mayo (90.56%) y el SES-CD en la enfermedad de Crohn (56.03%). La prevalencia global de uso inadecuado de puntaje fue del 4.71%, y en 10.92% de los casos se identificaron discrepancias entre lo reportado en el informe y el puntaje asignado. En el 84% de los informes identificamos la ausencia de al menos un elemento de las recomendaciones RAND. El análisis multivariado identificó que las siguientes variables se asociaron de manera significativa con la ausencia de reporte de puntaje endoscópico: cirujano como endoscopista [OR 0.08 (0.03-0.18)] y endoscopista con más de 15 años de experiencia [OR 0.24 (0.07-0.37)], mientras que el endoscopista especialista en enfermedades inflamatorias intestinales [OR 2.86 (1.86-4.41)] y el cumplimiento de criterios RAND [OR 2.48 (1.24-3.76)] se asociaron al reporte de puntaje endoscópico.

CONCLUSIONES: Identificamos una prevalencia elevada de informes endoscópicos en sujetos con enfermedades inflamatorias intestinales sin descripción de puntajes endoscópicos de actividad inflamatoria. Este hallazgo se asocia con variables modificables dependientes del operador.

Código: EN1012

Título: ENDOSCOPISTAS EXPERTOS VS. INTELIGENCIA ARTIFICIAL EN LA EVALUACIÓN DE ESTENOSIS BILIARES INDETERMINADAS EN COLANGIOSCOPÍA: UN ENSAYO CLÍNICO MULTICÉNTRICO, CONTROLADO, CIEGO Y ANIDADO

Autores: Robles-Medranda C.[1]; Alcivar-Vasquez J.[1]; Kahaleh M.[2]; Raijman I.[3]; Rastislav K.[4]; Tyberg A.[2]; Sarkar A.[2]; Shahid H[2].; Mendez JC.[5]; Rodriguez J.[1]; Merfea RC.[1]; Barreto-Perez J.[1]; Arevalo-Mora M.[1]; Puga-Tejada M.[1]; Baquerizo-Burgos J.[1]; Egas-Izquierdo G.[1]; Calle-Loffredo D.[1]; Alvarado H.[1]; Pitanga-Lukashok H.o[1]

Filiación/es: [1]Instituto Ecuatoriano de Enfermedades Digestivas, Guayaquil, Ecuador; [2]Robert Wood Johnson Medical School Rutgers University; [3]Houston Methodist Hospital/Baylor Saint Luke's Medical Center; [4]Department of Advanced Interventional Endoscopy, Universitair Ziekenhuis Brussel (UZB)/Vrije Universiteit Brussel (VUB); [5]Mdconsgroup, Artificial Intelligence Department.

Especialidad: Endoscopia | **Área Temática:** Via Biliar | **Categoría**: Trabajo Científico

Antecedentes: Los hallazgos de la colangioscopía digital de un solo operador (digital single-operator cholangioscopy, DSOC) logran alta precisión en el diagnóstico de neoplasia (N) de la vía biliar. Sin embargo, los acuerdos intra e interobservador de los endoscopistas expertos (EE) varían ampliamente. Recientemente se ha propuesto un modelo de Inteligencia Artificial (IA) para clasificar N de la vía biliar durante la DSOC en tiempo real, con excelentes métricas en la validación interna (n=20): precisión media del 94.64%, sensibilidad del 92%, correlación modelo vs experto del 81.6%, pérdida total de 0.1988. No obstante, es necesario validar estos resultados en una muestra más amplia, preferiblemente de varios centros, y con la participación de varios EE.

Objetivo: validar clínicamente el modelo de IA propuesto, a partir de videos de DSOC de distintos centros de varios países, entre EE (con >100 DSOC).

Métodos: Ensayo clínico diagnóstico, multicéntrico e internacional. Se invitó a 5 EE en DSOC (ciegos a las historias clínicas) de 5 distintos centros/países, a observar y clasificar un conjunto de videos entre N o no neoplasia (NN) de la vía biliar. Todos los videos correspondieron a cada centro participante. Mediante intercambio recíproco, se logró que ningún EE evaluase los vídeos provistos por su respectiva institución. El modelo de IA tampoco evaluó previamente tales videos. Cada EE definió N según los criterios de la clasificaciones de Robles-Medranda et al (CRM) y el consenso de Mendoza, pero de forma disgregada (ocho criterios en total). Empleando el software estadístico R v.4.0, se determinó los videos con criterios de N. El patrón oro para el cálculo de la suficiencia diagnóstica fue la histología y seguimiento clínico a 12 meses. NCT05147389.

Resultados: Tanto el modelo de IA como 4 de los 5 EE invitados analizaron 170 videos de 170 pacientes: mediana de edad 62.5 años, 79 (46.5%) femenino. Las lesiones se encontraron en hepático común (70; 41.2%), colédoco (48; 28.2%), hilio (48; 28.2%) e intrahepático (4; 2.4%). De estas, 85 (50%) correspondieron a NN y otras 85 (50%) a N: 78 colangiocarcinoma, 6 secundarismo y 1 IPMN. Basado en casos, el modelo de IA obtuvo una sensibilidad, especificidad, valor predictivo positivo (VPP), negativo (VPN) >90%, >60%, ≥70% y ≥85% en comparación con los EE (tabla 1); basado en frames (cuadros por segundo), esta suficiencia fue del 98%, 95%, 98% y 94%, respectivamente.

Conclusiones: En el conocimiento de la autoría, actualmente este es el estudio con mayor número de casos de DSOC analizados por IA y por EE a nivel mundial. El modelo de IA propuesto reconoció con precisión entre N vs NN de la vía biliar con el mismo nivel de los EE e incluso pudo superarlos significativamente. El modelo de IA propuesto puede ser capaz de reducir el tiempo de la curva de aprendizaje en endoscopistas menos experimentados, al unísono de permitir adquirir habilidades de reconocimiento de lesiones biliares de forma precisa.

GASTROENTEROLOGÍA

Código: GA2125
Título: Colitis isquémica en paciente joven
Autores: Kohan Miriam, Barrera John
Filiación/es: PAZAN Lidia Adriana, Vallejos Yamila, Caniggia Diego Vladimir, Pabon Santander
Especialidad: Caso Clínico Gastroenterología | **Área Temática:** General | **Categoría**: Caso Clínico

INTRODUCIÓN: La colitis isquémica (CI) es una enfermedad característica de los adultos mayores con compromiso vascular; sin embargo, puede presentarse en individuos jóvenes y sanos.

OBJETIVO: Describir un caso de CI que se presentó a una edad en la que no se observa esta patología con frecuencia y analizar el mecanismo fisiopatológico que la ocasionó.

CASO CLINICO

Paciente de sexo masculino de 41 años al que se le efectuó una laminoplastia anterior y posterior por mielopatía cervical. Permaneció más de 20 días sin evacuación intestinal aun recibiendo enemas y sobres de polietilenglicol. Tras ese lapso, agrega dolor abdominal, mucorrea y proctorragia. No presentaba antecedentes clínicos de relevancia ni consumo de medicamentos.

Al examen físico se encontraba afebril y sin signos clínicos de anemia, en buen estado general. A la palpación, abdomen blando, levemente distendido, tacto rectal normal.

El único hallazgo anormal en los análisis de sangre fue una PCR de 2,9 mg/l (VN hasta 0,5 mg/l). Los glóbulos blancos en materia fecal fueron abundantes, el Coprocultivo, la toxina de Clostridium difficile y el examen parasitológico resultaron negativos.

La videocolonoscopía evidenció mucosa con pérdida del patrón vascular, edema y úlceras profundas de gran tamaño, entre los 15 y los 30 cm del margen anal. En la biopsia del sigma se observó mucosa colónica con necrosis, edema e infiltrado inflamatorio polimorfonuclear y vasocongestión, vinculable a CI.

Con el manejo higiénico-dietético de la constipación, el paciente tuvo una evolución clínica satisfactoria, normalizó su evacuación intestinal, la PCR y aún cuando no fue posible efectuarle una videocolonoscopía de control, una calprotectina fecal realizada a los 6 meses, resultó de 56 mcg/g, lo que permite inferir la normalización de la mucosa.

DISCUSIÓN

La CI es más prevalente en los adultos mayores de 50 años, representando este grupo etáreo, alrededor del 90% de los afectados. Es infrecuente en los adultos jóvenes menores de 50 años. Entre los primeros, los factores condicionantes más habituales son la enfermedad de los pequeños vasos (aterosclerosis, DBT, coronariopatía) y los estados de hipoperfusión sistémica (shock). En los adultos jóvenes, la trombofilia, las vasculitis, el consumo de fármacos (opiáceos, antidepresivos tricíclicos, anfetaminas, cocaína) y la constipación son los factores condicionantes más reportados. El paciente que se presenta no refería antecedentes clínicos de relevancia ni consumo de medicamentos. Con alta probabilidad, la constipación pertinaz que sufrió con anterioridad al cuadro de dolor abdominal, mucorrea y hematoquecia que fue luego caracterizado como CI, fue el factor condicionante en este caso.

CONCLUSIONES:

La CI puede presentarse en adultos jóvenes.

Debe incluirse en el diagnóstico diferencial ante una colitis segmentaria.

La constipación es uno de los factores condicionantes más frecuentes en este grupo etáreo.

Código: GA2138
Título: PSEUDOMIXOMA COMO HALLAZGO INESPERADO
Autores: Estrada C.[1], Pesantez M.[1], Fontan M.[1], Galvagno F.[1], Saltos S.[1], García Anapios L.[1], Marturano M.[1], Giudice F.[1], Marceno F.[1], Quiñones S.[1], Padín L.[1]
Filiación/es: [1]Hospital Carlos G. Durand
Especialidad: Caso Clínico Gastroenterología | **Área Temática:** General | **Categoría**: Caso Clínico

INTRODUCCIÓN: El pseudomixoma peritoneal es una neoplasia de comportamiento maligno, de muy baja incidencia, cercana a 3-4 habitantes por millón al año. Presenta mayor prevalencia en la 7ma década de la vida, con una relación hombre:mujer 1:4. Se origina, en un 94% de los casos, de una neoplasia mucinosa apendicular.

OBJETIVO: Revisar caso clínico de una patología de baja prevalencia.

MATERIALES Y MÉTODOS: Paciente masculino de 64 años con antecedentes de cardiopatía isquémica con colocación de stent, colitis ulcerosa Montreal E2S0 y antecedente familiar de primer grado de cáncer colorrectal a los 55 años. Consulta por masa palpable a nivel abdominal.

RESULTADOS: VCC a ciego, buena preparación, mucosa con patrón alterado y erosiones en colon sigmoides, recto respetado, score de Mayo 2. VEDA sin hallazgos patológicos. Se realiza tomografía computada de abdomen y pelvis con contraste, donde se observa imagen quística que ocupa todo el espacio peritoneal de 28x15x26 mm, sin realce. Se acompaña de calcificaciones parietales adheridas a epiplón. Esta lesión se continúa con el apéndice cecal. Impresión diagnóstica: mucocele apendicular con compromiso peritoneal. Se realiza punción aspiración con aguja fina de masa abdominal, que evidencia presencia de mucina con células epiteliales cargadas de mucina. Marcadores tumorales CEA 11.3 ng/ml CA 19-9 106 U/ml Ca 125 8,6 U/ml. Debido al comportamiento de ésta lesión, el paciente se encuentra en evaluación para tratamiento con cirugía citorreductora en combinación con quimioterapia intraperitoneal hipertérmica.

CONCLUSIONES: El pseudomixoma peritoneal es una patología infrecuente, de presentación clínica inespecífica (masa abdominal, distensión abdominal, ascitis, oclusión intestinal). El acercamiento diagnóstico se realiza en primera instancia con tomografía computada con doble contraste. La estrategia actual de tratamiento es la cirugía citorreductora en combinación con quimioterapia intraperitoneal hipertérmica debido al comportamiento invasivo de la lesión independientemente de la histología de la misma. Presenta tasas de supervivencia a los 5 y 10 años de hasta 87% y 70,3%, respectivamente.

OBSERVACIONES: Estamos ante la presencia de una patología de difícil diagnóstico, curso crónico e invasión indolente, con complicaciones potencialmente mortales. Las características biológicas del tumor y el acceso a la atención en centros oncológicos especializados con un programa para patología maligna peritoneal comprenden el factor pronóstico más importante en estas situaciones.

Código: GA2033
Título: ADENOMA GIGANTE DE LAS GLÁNDULAS DE BRUNNER: CAUSA INFRECUENTE DE HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA. REPORTE DE CASO Y REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA
Autores: Allende M.[1]; Manazzoni D.[1]; Perez T.[1]; Santino J.[1]; Marcolongo M.[1]
Filiación/es: [1]Hospital Italiano de Buenos Aires.
Especialidad: Caso Clínico Gastroenterología | **Área Temática:** Esófago Estómago Duodeno | **Categoría**: Caso Clínico

Introducción

Las glándulas de Brunner se localizan en la submucosa duodenal. Su densidad es mayor en bulbo y disminuye hacia la ampolla de Vater. El adenoma de las glándulas de Brunner, Brunneroma, es un tumor benigno de dichas glándulas duodenales y presenta una prevalencia del 0,008 %, siendo su localización más frecuente en duodeno proximal. Su comportamiento es habitualmente benigno y pocos casos han reportado atipia celular o neoplasia. Su patogénesis es incierta.

Su diagnóstico suele ser incidental en una endoscopía digestiva alta y suelen presentarse como pólipos pediculados aislados con un tamaño promedio de 2 cm y raramente suelen superar los 5 cm.

Clínicamente pueden presentarse con dolor abdominal crónico, náuseas y vómitos; menos frecuente como sangrado digestivo alto evidente o como pérdidas crónicas de sangre con anemia ferropénica.

Caso clínico

Paciente masculino de 56 años consultó por melena de 48 hs. de evolución. Ingresó hemodinámicamente estable con una hemoglobina de 9,2 g/dl para valores previos de 13,1 g/dl. Se realizó una VEDA que evidenció una lesión polipoidea subpediculada de superficie congestiva de +/- 5 cm en la tercera porción duodenal. No se observaron signos de sangrado activo o reciente al momento de la endoscopia.

Se solicitó enterotomografía que mostró una imagen protruida, con pedículo ancho de aspecto heterogénea, de 47 mm a nivel de la tercera y cuarta porción duodenal con marcado realce tras la administración de contraste endovenoso. En diferido, se realiza resección endoscópica del mismo mediante enteroscopia anterógrada. La anatomía patológica informó, en mucosa y submucosa, una

proliferación de glándulas mucosas tapizadas por células columnares con disposición nodular y patrón de crecimiento expansivo compatible con adenoma de las glándulas de Brunner. Posteriormente no repitió episodios de sangrado digestivo.

Conclusión y observaciones.
El adenoma de glándulas de Brunner es un hallazgo sumamente infrecuente en la práctica de la gastroenterología y más aún su presentación como un cuadro de hemorragia digestiva alta ya que la gran mayoría de los casos suelen ser asintomáticos o con síntomas inespecíficos. Resulta de importancia conocer su abordaje diagnóstico y terapéutico. En aquellos adenomas pequeños y asintomáticos se ha propuesto vigilancia endoscópica debido a su escaso potencial de malignización y en los de gran tamaño o sintomáticos la resección endoscópica o quirúrgica.
El pronóstico suele ser bueno y la importancia radica en establecer diagnósticos diferenciales con otras entidades gastroenterológicas como lipoma, leiomioma y páncreas aberrante que implican conductas terapéuticas diferentes.

Código: GA2077
Título: TUBERCULOSIS DISEMINADA CON COMPRIMISO PULMONAR Y GASTROINTESTINAL.
Autores: Ruiz J.[1]; Rodriguez J.[1]; Sornoza C.[1]; Flores C.[1]; Cavedale J.[1]; Osorio G.[1]; Golub M.[1]; Rafaelli C.[1]; Viudez P.[1]
Filiación/es: [1]Hospital General de Agudos Dr. Cosme Argerich
Especialidad: Caso Clínico Gastroenterología | **Área Temática:** General | **Categoría**: Caso Clínico
a)Introducción:La tuberculosis es la infección más prevalente y afecta un tercio de la población mundial,principalmente a países subdesarrollados.La TBC intestinal es la sexta manifestación extrapulmonar más frecuente.Los factores de riesgo son:VIH, inmunodeprimidos.La patogenia es por esputo infectado en pacientes con TBC pulmonar activo o por la ingesta de leche contaminada por Mycobacterium bovis, infección hematógena o diseminada.Su compromiso en el tracto digestivo es ID., colon,hígado;cabe destacar que las áreas más comúnmente afectadas son la región ileocecal e íleon terminal por la elevada concentración de linfoides.Clínicamente se manifiesta con diarrea,fiebre,dolor abdominal y rectorragia.b)Objetivo: Describir un caso clínico infrecuente de TBC digestiva.c)Materiales:Mujer de 19 años con antecedente de anemia, consumo de cocaína,acude por cuadro clínico de 3 meses caracterizado por pérdida de peso de 35 kg más,astenia,adinamia y proctorragia.Examen físico:Regular estado general,caquéctica.Laboratorio:Hb7.5g/dl;LDH 500 UI/l;PCR 98 mg/l;Ferremia 8.40 ug/dl;Transferrina 71 mg/dl; Ferritina 268 ng/ml;Ácido Fólico 3.8 ng/ml;Vit b12: 1243 pg./ml;Vitamina D total 25 ng/ml.Cultivo esputo:positivo para Mycobacterium y PPD+.Tac de tórax: Imágenes nodulillares y nodulares centroacinares algunas con disposiciones árbol en brote a nivel del segmento anterior de LSD asociado a opacidades alveolares de aspecto consolidativo bilateral ubicado en segmento posterior de LSD;Abdomen y pelvis:Hígado ligeramente aumentado de tamaño,disminución de la densidad compatible con esteatosis moderada y periceliaco inferior con necrosis central y realce en anillo,numerosas adenomegalias en el mesenterio ileocolico y pericelíaco con necrosis central y ciego con rarefacción de la grasa adyacente.Videocolonoscopia:A nivel cecal se observa lesión deprimida con fibrina con bordes sobreelevados.Se toman biopsias. Anatomía patológica:Presencia de granuloma y genexpert positivo para TBC.d)Resultado:Con las manifestaciones de laboratorio, imagenológicos, endoscópico y anatomopatológico se interpreta un cuadro clínico con Tuberculosis diseminada con compromiso pulmonar y gastrointestinal.Conclusion:La TBC se conoce clásicamente como la simuladora en cuanto a la forma de presentación que dificulta el diagnóstico,Clínicamente se manifiesta con dolor abdominal en fosa iliaca derecha, pérdida de peso,fiebre o diarrea.Endoscópicamente se evidencia válvula ileocecal incompetente,pesudopólipos y mucosa en empedrado y ulceras aftoideas.Histológicamente se observan granulomas de gran tamaño,necrosis caseosa, inflamación submucosa y ulceraciones lineales con conglomerados epitelioides de histiocitos.El tratamiento se basa en isoniazida, rifampicina, pirazinamida y etambutol. Nuestro caso por tener un Baar+ y PPD+, con proctorragia se procede a realizar la VCC donde se observa y se toma biopsia y se confirma el diagnostico por anatomía patológica y se procede a iniciar el tratamiento.

Código: GA2097
Título: DIFERENCIAS EN EL USO DE UNA HERRAMIENTA DE SOPORTE DE DECISION CLINICA ELECTRONICA (JEDII) ENTRE EXPERTOS Y NO EXPERTOS EN ENFERMEDADES INFLAMATORIAS INTESTINALES
Autores: Pereyra L.[1]; Lasa J[2,3]; Steinberg L[4,5]; Toro M[6]; Valdemoros P[7]; Zubiaurre I[3]
Filiación/es: [1]Hospital Alemán de Buenos Aires; [2]CEMIC; [3]Hospital Británico de Buenos Aires; [4]Fundación Favaloro; [5]Hospital Durand, Buenos Aires; [6]HIGEA, Mendoza; [7]Laboratorio de Anatomía Patológica "Dra Paula Valdemoros", Mendoza.
Especialidad: Trabajo Científico Gastroenterología | **Área Temática:** Colon Eii | **Categoría**: Trabajo Científico
INTRODUCCION: Las enfermedades inflamatorias intestinales representan un desafío diagnóstico y terapéutico. Con el fin de contribuir a su mejor manejo, se diseñó en 2021 una aplicación electrónica denominada JEDII que contiene un conjunto de herramientas de soporte de decisión clínica.
OBJETIVO: Comparar el tipo de herramientas y el modo de uso de JEDII entre profesionales de la salud con experiencia versus sin experiencia en el manejo de las enfermedades inflamatorias intestinales.
MATERIALES Y METODOS: Se revisó la base de datos de las consultas hechas por los usuarios de JEDII desde el 30 de Septiembre de 2021 hasta el 30 de Abril de 2022. Cada usuario registrado, luego de aceptar condiciones y términos de uso, consigna su especialidad médica, localización y si cuenta con experiencia en el manejo clínico de pacientes con enfermedades inflamatorias intestinales. Se comparó la frecuencia de uso y el tipo de consulta hecha de las siguientes herramientas: herramientas de soporte de decisión para el tratamiento de la enfermedad de Crohn o Colitis Ulcerosa, scores de actividad clínica, scores de actividad endoscópica y herramientas de soporte de decisión diagnóstica anatomo-patológica. Para la comparación de variables categóricas, se utilizó el test de chi cuadrado. Para la comparación de variables numéricas, se utilizó el test t de Student. Se consideró como significativo un valor de p menor de 0.05.
RESULTADOS: En el período de tiempo en estudio, se registraron 1920 consultas a por lo menos alguna de las herramientas de JEDII hechas por 848 usuarios registrados. De estos usuarios, 20.43% consignaron tener experiencia en el manejo de enfermedades inflamatorias intestinales (grupo A). La prevalencia de gastroenterólogos dentro del grupo A fue significativamente mayor (76.3% versus 55.19%, p=0.04), sin diferencias significativas respecto de quienes no consignaron experiencia en el manejo de enfermedades inflamatorias intestinales (grupo B) en la prevalencia de cirujanos (3.56% versus 7.51% respectivamente, p=0.08) y de clínicos (4.62% versus 8.01% respectivamente, p=0.1). No encontramos diferencias significativas en cuanto a lugar de residencia y al ámbito laboral entre grupos. Encontramos una frecuencia significativamente mayor de uso de scores clínicos y endoscópicos relacionados con enfermedad de Crohn en el grupo A (SES-CD: 9.5% versus 5.22% respectivamente, p=0.04; Harvey-Bradshaw Index: 5.59% versus 3.23%, p=0.004), así como también en el uso de herramientas de soporte de decisión terapéutica para enfermedad de Crohn (8.38% vs 4.39%, p=0.05) y en el uso de herramientas para la pesquisa de cáncer colorrectal (10.61% versus 5.26%, p=0.04).
CONCLUSION: JEDII recibió consultas de una proporción no despreciable de profesionales con experiencia en el manejo de enfermedades inflamatorias intestinales. Encontramos un patrón de uso diferente entre aquellos con y sin experiencia en el manejo de este tipo de patologías.

Código: GA2126
Título: PREVALENCIA DE SINTOMAS EXTRA-DIGESTIVOS EN PACIENTES CON SINDROME DE INTESTINO IRRITABLE PARTICIPANDO EN UN PROGRAMA DE EDUCACION Y PROMOCION DE SALUD DIGESTIVA EN REDES SOCIALES
Autores: Pereyra F[1]; Zamora R[1]
Filiación/es: [1]Hospital Dr Pedro Moguillansky. Cipoletti, Río Negro.
Especialidad: Trabajo Científico Gastroenterología | **Área Temática:** General | **Categoría**: Trabajo Científico
INTRODUCCION: El síndrome de intestino irritable es un desorden somático funcional altamente prevalente, con un impacto profundo en la calidad de vida de los pacientes que lo padecen. Este síndrome puede estar asociado a síntomas extra-digestivos y/o a condiciones funcionales somáticas extra-digestivas.
OBJETIVO: Describir la prevalencia de síntomas extra-digestivos en pacientes con síndrome de intestino irritable que participan en un programa de educación y promoción de salud digestiva a través de redes sociales.
MATERIALES Y METODOS: Se realizó un estudio de corte transversal entre Octubre y Diciembre de 2021. Se incluyeron sujetos adultos que cumplieran con los criterios de Roma IV para el diagnóstico de síndrome de intestino irritable y que hayan participado del programa MDB15. Este programa provee recomendaciones basadas en la evidencia para el tratamiento de trastornos funcionales digestivos. Estas recomendaciones incluyen modificaciones en cuanto a dieta y estilo de vida, con un feedback personalizado hecho por nutricionistas entrenados con el fin de mejorar la adherencia a la dieta, así como un seguimiento individualizado médico y la implementación de actividades para el manejo del estrés. Al inicio de dicho programa, los sujetos completan un

cuestionario en el que se recopila, a modo de historia clínica, datos de antecedentes médicos. Se identificaron las siguientes variables: edad, sexo, tipo y cantidad de síntomas digestivos, tipo y cantidad de trastornos o síntomas extra-digestivos (fatiga, cefalea, artralgias, parestesias, mialgia, visión borrosa, rash cutáneo, rinitis, síntomas de ansiedad y/o depresión, síntomas de fibromialgia). Se estimó la asociación entre datos demográficos y la presencia de síntomas extra-digestivos, por medio de un test de chi cuadrado. Asimismo, se buscó identificar la asociación entre el número de síntomas digestivos y el de síntomas extra-digestivos, mediante el test de Kruskal-Wallis.

RESULTADOS: Se incluyeron 362 pacientes con síndrome de intestino irritable que cumplieron con los criterios de elegibilidad. El 96% de los sujetos enrolados fueron mujeres y la mediana de edad fue de 45 años (RIC 25-75% 39-54). La mediana de síntomas digestivos reportados por paciente fue de 4 (3-6). Los síntomas más frecuentes fueron distensión abdominal (93%), diarrea (79%), constipación (77%), dolor abdominal (63%), síntomas de reflujo gastroesofágico (45%). La mediana de síntomas extra-digestivos reportados por paciente fue de 6 (4-9). Los más frecuentes fueron: fatiga (83%), cefalea (64%), artralgia (58%) parestesias (57%). Se identificó una asociación significativa positiva ($p<0.001$) entre el número de síntomas digestivos y el número de síntomas extra-digestivos por paciente.

CONCLUSION: En sujetos con síndrome de intestino irritable, se reportó una prevalencia elevada de síntomas extra-digestivos. Aquellos pacientes con más de un síntoma digestivo presentan significativamente más síntomas extra-digestivos.

Código: GA2134

Título: FÍSTULA COLOVESICAL COMO COMPLICACIÓN DE LINFOMA PLASMOBLÁSTICO EN PACIENTE HIV NEGATIVO.

Autores: Molinari E. [1]; León T. [1]; Arisio S. [1]; Barsi B. [1]; Jensen V. [1]; Portillo L. [1]; Calcagno R. [1]; Romeo J. [1]; Precetti F. [1]; Ghiraldo A. [1]; Marini E. [1]

Filiación/es: [1]Hospital general de agudos J. M. Ramos Mejía.

Especialidad: Caso Clínico Gastroenterología | **Área Temática:** General | **Categoría**: Caso Clínico

INTRODUCCIÓN

El linfoma plasmoblástico es un tipo de linfoma no Hodgkin poco frecuente que se asocia a estados de inmunodeficiencia, sobre todo HIV.

Tiene prevalencia más elevada en varones, con edad media de presentación de 50 años y afectación sobre todo a nivel de la cavidad oral y mandíbula.

OBJETIVO

Presentamos el caso de un linfoma plasmoblástico de colon en un paciente sin antecedentes conocidos de HIV.

CASO CLÍNICO

Varón de 62 años de edad sin antecedentes patológicos de relevancia consulta en Enero de 2022 en Hospital Ramos refiriendo cuadro de 1 año de evolución, caracterizado por cambios en el ritmo evacuatorio, alternando de constipación a diarrea y presentando proctorragia, fecaluria y neumaturia, asociado a episodios de infección urinaria a repetición.

Se solicita TAC de abdomen y pelvis, que evidencia un engrosamiento de la pared del colon sigmoides con trabeculación de la grasa que lo rodea. Por esta razón se realiza colonoscopía (11/2/22) en la cual se llega hasta 25 cm del margen anal, donde se visualiza una lesión exofítica mamelonada de características infiltrativa, frágil e infranqueable.

Se solicita serología para HIV (resultado negativo) y se deriva al paciente para evaluación por servicio de cirugía, quienes le realizan una cistoscopía en la cual se observan restos de fibra alimenticias y edema en fondo vesical sin evidenciar orificio fistuloso.

Tras la cistoscopía, el paciente decide retirarse de alta voluntaria a pesar de conocer los riesgos que implicaba su decisión.

Posteriormente se recibe el resultado de la anatomía patológica que informó lesión compatible con linfoma no hodgkin de diferenciación plasmoblástica. La inmunohistoquímica fue positiva para CD 38 y MUM-1 y alto nivel de proliferación KI67 >95%.

El 10/3 consulta en otro nosocomio por intercurrir con abdomen agudo quirúrgico, se diagnostica una peritonitis fecaloide secundaria a perforación, que requirió colostomía izquierda terminal más rafia de sigmoides. A las 72 hs el paciente evolucionó con sepsis, falla multiorgánica y finalmente óbito.

CONCLUSIÓN

El linfoma plasmoblástico es una neoplasia agresiva con una supervivencia media de 12 meses asociada característicamente a HIV y con afectación predominante en cavidad oral, siendo muy rara la localización en Colon (buscar porcentajes).

OBSERVACIONES

Nuestro caso destaca por ser un paciente HIV negativo, que presenta un linfoma plasmoblástico de localización atípica, complicado con una fístula colovesical.

Código: GA2010

Título: EL USO DE INSULINA EN PANCREATITIS AGUDA POR HIPERTRIGLICERIDEMIA SEVERA.

Autores: Hurtado González, N[1]; León Acurio, S[1]; Icaza Cárdenas, J[1]; Pinasco, R[1]; Torrico Paz, O[1]; Regnasco, S[1]; Saa, E.[1]

Filiación/es: [1]Hospital de Agudos Dr. Ignacio Pirovano CABA.

Especialidad: Caso Clínico Gastroenterología | **Área Temática:** Via Biliar-Páncreas | **Categoría**: Caso Clínico

Introducción: La pancreatitis aguda (PA) es un proceso inflamatorio reversible que puede limitarse al órgano, o producir afectación multisistémica. Etiología variada, siendo la hipertrigliceridemia (HTG) la tercera causa. La incidencia es de 1,3 al 11%. Se presenta cuando los niveles de triglicéridos (TG) son superiores a 1.000 mg/dl. La gravedad de la PA en pacientes con HTG depende tanto de la respuesta inflamatoria causada por la propia pancreatitis como de la lesión causada por la lipotoxicidad de la hidrólisis de TG. En la mayoría de los casos, la HTG es transitoria y vuelve casi a la normalidad en dos o tres días. El objetivo del tratamiento es aumentar la actividad de la lipoproteinlipasa (LPL) y la degradación de los quilomicrones, disminuyendo así los valores plasmáticos de TG a niveles menores a 500. Entre las opciones terapéuticas están la insulina, heparina, plasmaféresis y apoproteína C2 purificada.

Objetivo: Exponer el resultado del manejo con correcciones de insulina en la PA por HTG severa.

Materiales y métodos: Varón de 45 años, con antecedentes de retraso madurativo, bipolar, obeso mórbido, HTA, DBT y cirugía de cadera. Medicación habitual: Alprazolam, Paroxetina, Tramadol. Motivo de internación: Dolor abdominal intenso, localizado en epigastrio e irradiado a hipocondrio izquierdo y vómitos. Examen físico: Afebril, normotenso, taquicárdico, con abdomen doloroso en cuadrante superior izquierdo. Exámenes complementarios: HTO: 40; HB: 13,5; GB:9500; Glucosa:270; Urea 13,4; Creatinina:0,51; Amilasa 446; Lipasa 250; FAL: 70; TG 7493. Ecografía abdominal: Vesícula normal; vías biliares no dilatadas; aumento difuso de la ecogenicidad del páncreas.

Resultados: Con las manifestaciones clínicas presentadas, laboratorio y ecografía, se interpreta como PA secundaria a HTG. Se inicia tratamiento con correcciones de insulina e hipolipemiantes, con monitorización de glucemia cada hora y TG cada 12 horas, observándose una reducción mayor al 75% de TG a las 24h, por lo que se decidió no aplicar bomba de insulina y esperar su evolución siguiendo con las correcciones. Paciente evoluciona favorablemente y eventualmente recibe alta médica.

Conclusión: Los factores de riesgo para HTG incluyen DBT mal controlada, alcoholismo, obesidad, embarazo, pancreatitis previa y antecedentes personales o familiares de HTG. Respecto al manejo integral de la HTG, existen terapéuticas que incluyen: Plasmaféresis, terapia con insulina o heparina en infusión. La insulina activa a la LPL, acelera la degradación de los quilomicrones, reduciendo los niveles de TG entre un 50-75 % en 2 o 3 días. No existen estudios que comparen la terapia de insulina con otros esquemas y se ha observado que es una medida rápida y económica en el paciente con HTG con o sin DM.

Observaciones: La finalidad de este trabajo es dar a conocer los resultados del tratamiento usando correcciones de insulina para PA por HTG severa, y su beneficio costo- efectivo para los pacientes.

Código: GA2027

Título: FITOBEZOAR COMO COMPLICACIÓN DE CARCINOMA GÁSTRICO

Autores: Barsi B. [1]; Arisio S. [1]; Leon T. [1]; Molinari E. [1]; Jensen V. [1]; Portillo L. [1]; Calcagno R. [1]; Romeo J. [1]; Precetti F. [1]; Ghiraldo A. [1]; Marini E. [1]

Filiación/es: [1]Hospital General de Agudos José María Ramos Mejía.

Especialidad: Caso Clínico Gastroenterología | **Área Temática:** Esófago Estómago Duodeno | **Categoría**: Caso Clínico

INTRODUCCIÓN

Bezoar es un conglomerado de material no digerido en el tracto gastrointestinal (TGI)

Se encuentra más comúnmente en estómago, pudiéndose encontrar además en esófago e intestino.

Se clasifican en fitobezoares (fibras vegetales, frutas y semillas), tricobezoares (cabello ingerido, más común en pacientes con enfermedades psiquiátricas), lactobezoares (en lactantes) y farmacobezoares (medicamentos).

Los fitobezoares son los más comunes, se ven en menos del 0.5% de las VEDAs y la tasa de obstrucción del intestino delgado oscila entre un 2 y 4%.

Los factores de riesgo incluyen cirugía gástrica previa, úlcera péptica, gastritis crónica, enfermedad de Crohn, carcinoma del TGI y otras causas de vaciamiento

gástrico retardado como DM e hipotiroidismo.

La mayoría de los pacientes son asintomáticos, pudiendo presentar vómitos, náuseas, dolor abdominal, plenitud postprandial y pérdida de peso.

Tienen importancia clínica por sus complicaciones: hemorragia digestiva, obstrucción, perforación y fistulización.

La VEDA es el método diagnóstico de un bezoar gástrico. La tomografía computarizada (TC) es el método radiológico de elección.

Aunque la farmacoterapia y la endoscopia son excelentes opciones de tratamiento, la cirugía sigue teniendo un papel importante en ciertas circunstancias.

OBJETIVOS

Se presenta el caso de una paciente con diagnóstico de Adenocarcinoma gástrico y su asociación inusual con Fitobezoar

RESULTADOS

Paciente mujer de 60 años, con antecedentes de tabaquismo, HTA y DM consulta por cuadro de 2 años de evolución de astenia, saciedad precoz y pérdida de 30 kg de peso.

Al examen físico presentaba únicamente epigastralgia.

Evidencia en laboratorio anemia normocítica-normocrómica y trombocitosis, en TC de abdomen y pelvis con contraste endovenoso voluminosa imagen focal heterogénea en patrón de miga de pan, vinculable a bezoar gástrico.

Se realiza VEDA, observando al ingreso en estómago abundante contenido sólido (conglomerado) de coloración verde y negro, que ocupa gran parte de la luz; en cuerpo bajo y antro sobre curvatura menor lesión ulcerada grande que se biopsia.

Se realiza gastrectomía subtotal con reconstrucción Billroth II

Informe de pieza quirúrgica: adenocarcinoma moderadamente diferenciado

CONCLUSIONES

El fitobezoar puede ocurrir en pacientes sin factores de riesgo. El diagnóstico y tratamiento temprano es muy importante para salvar la vida del paciente.

La paciente presentada evoluciona estable, actualmente en tratamiento quimioterápico

OBSERVACIONES

Se presenta un caso raro de fitobezoar asociado a adenocarcinoma gástrico. En el mismo la hipomotilidad como consecuencia de la afectación neoplásica del antro gástrico podría ser el factor más importante. Sin embargo, dicha paciente presentaba otro factor relacionado como es la DM.

Se destaca la importancia de la alta sospecha, aún en pacientes sin factores de riesgo conocidos asociados.

Código: GA2076

Título: CITOMEGALOVIRUS EN ESTOMAGO EN PACIENTE HIV POSITIVO REPORTE DE UN CASO

Autores: Rodriguez J.[1]; Ruiz J.[1]; Sornoza C.[1]; Flores C.[1]; Cavedale J.[1]; Rafaelli C.[1]; Golub. M.[1]; Osorio G.[1]; Viudez P.[1]

Filiación/es: [1]Hospital General de Agudos Dr. Cosme Argerich

Especialidad: Caso Clínico Gastroenterología | **Área Temática:** Esófago Estómago Duodeno | **Categoría**: Caso Clínico

a) Introducción: Las infecciones por Citomegalovirus (CMV) son frecuentes en paciente con inmunodeficiencias adquirida con CD4<50 cel./ml. A nivel gastrointestinal afecta de preferencia esófago y colon; en menor frecuencia estómago. Los síntomas predominantes son: fiebre, nausea, vomito pérdida de peso y epigastralgia. El diagnostico incluye estudios microbiológicos e histológicos. Las características histológicas consta de inclusiones intranucleares basofilicas rodeadas por halo claro e inclusiones intracitoplasmáticas Schiff positivas. El tratamiento es ganciclovir endovenoso o valgaciclovir vía oral. b)Objetivo: Describir un caso clínico infrecuente de paciente con CMV en HIV positivo c)Materiales y métodos: Masculino de 34 años, que ingresa por cuadro de 2 meses de evolución caracterizado por astenia, adinamia, fiebre vespertina, diaforesis, tos seca y pérdida de peso 10 kg, en las últimas 2 semanas se agrega disfagia a sólidos y dolor abdominal difuso que cede parcialmente con analgésicos. Examen físico: Afebril, taquicárdico, lesiones blanquecinas en paladar blando y lengua, abdomen blando depresible con dolor en epigastrio e hipocondrio derecho. Laboratorio: Hto 29%,Hb 10, HIV: Positivo; CD4: 1% células/UL, Carga Viral: 759.000 copias, Anti HAB IgG: Positivo, Anti CMV IgG: Reactivo, Anti CMV IgM: 0.4.Tomografía abdominal y pelvis: Leve distensión de primera y segunda porción duodenal asociado a rarefacción de la grasa adyacente. VEDA: Estómago: Fórnix y cuerpo: Mucosa con múltiples lesiones elevadas duro-elásticas, algunas con depresión central; Antro: Mucosa congestiva con áreas discromías en parche; Bulbo y segunda porción de duodeno: Mucosa con puntillado difuso. Anatomía Patológica: Intenso infiltrado inflamatorio linfoplasmocitario a nivel de lámina propia, acompañado con numerosos polimorfonucleares, neutrófilos con áreas de absedacion. A nivel de lámina propia se identifica células endoteliales con efectocito plástico veral de aspecto CMV e inmunohistoquímica positiva. RESULTADOS: Se interpreta como CMV en estomago en paciente HIV con CD4:1%, se inicia tratamiento con antirretrovirales más valganciclovir. CONCLUSIÓN: El CMV en pacientes con HIV se presenta con CD4 < 50 cel./ml, asociado a úlceras intestinales. Clínicamente se presenta con fiebre, disfagia, epigastralgia, vómitos y en ocasiones hemorragia digestiva. Endoscópicamente presenta eritema, edema, erosiones, hasta ulceras en la mucosa y en algunos casos hipertrofia de los pliegues gástricos, para la confirmación diagnóstica es necesaria la toma de múltiples biopsias para reconocer los efectos citopáticos característicos de CMV. La finalidad de presentar este caso es porque hay pocos descriptos, donde el CMV es el agente etiológico más común de lesiones ulcerosas gastroduodenales, pero el compromiso del estómago bajo la forma clínico/patológico es poco frecuente.

Código: GA2123

Título: LINFOMA DEL MANTO. REPORTE DE UN CASO CON RECIDIVA GASTROINTESTINAL.

Autores: Nemirovsky L.[1]; Di Domenico D.[1]; Escobar R.[1]; Sequeira A.;[1] Pardo B.[1]; Candel I.[2]; Ferreira M.[1]

Filiación/es: [1]Sanatorio Méndez; [2]Udaondo.

Especialidad: Caso Clínico Gastroenterología | **Área Temática:** Esófago Estómago Duodeno | **Categoría**: Caso Clínico

Introducción: El tracto gastrointestinal es el sitio de mayor compromiso extranodal de los linfomas. Se localizan más frecuentemente en estómago (55-65 %), seguido por el intestino delgado y la región ileocecal. El 90 % corresponde a la estirpe de células B. El linfoma difuso de células B grandes es el más frecuente (59 %), seguido por el MALT (38 %), linfoma del manto con el 1%.

Este último forma parte de la estirpe B. Es agresivo, actualmente una supervivencia de 8-10 años. Es más común en hombres a partir de los 60 años. Al momento del diagnóstico, el 15-30 % tiene afectación del tracto gastrointestinal, siendo el colon el sitio más frecuente.

El diagnóstico habitualmente se realiza a partir de una biopsia de un ganglio. Para evidenciar recidiva se realiza con seguimiento clínico, análisis de laboratorio y PET-TC. Los lineamentos actuales no recomiendan el estudio endoscópico de forma rutinaria. Sin embargo, hasta un 30% de las recidivas fueron diagnosticadas por endoscopía en paciente con estudios por imágenes previos sin hallazgos.

Objetivo: Demostrar la utilidad de la vigilancia endoscópica para evidenciar recidiva

Paciente: mujer de 68 años. Oligosintomática. La paciente presentó en dos oportunidades recidiva diagnosticada por imágenes. Realizó tratamiento con R-CHOP y posteriormente bendamustina y rituximab. Posterior al diagnóstico, realizó VEDA-VCC en 5 ocasiones, y en todas se encontró infiltración por células del linfoma del manto a nivel gastroduodenal y colónico. En últimas endoscopías, en fundus gástrico , área con mucosa nodular. Sobre curvatura mayor, lesión excavada de 5 cm, con bordes sobreelevados congestivos y centro deprimido. En ciego y colon ascendente proximal, múltiples lesiones sobreelevadas de aspecto subepitelial, con mucosa congestiva, fibrina, friables e induradas. En colon transverso lesiones de similares características. La anatomía patológica fue compatible con infiltración por células de linfoma del manto, iniciando tercera línea de tratamiento.

Al igual que en la recidiva previa, la paciente presentó PET-TC previo a estudios endoscópicos sin hallazgos patológicos.

Observaciones: el linfoma del manto es infrecuente y hay pocos estudios respecto al compromiso gastrointestinal. Lee HH et al publicó en el año 2020 un análisis retrospectivo de 64 pacientes con diagnóstico de linfoma del manto. Un 43,8 % presentó afectación del tracto gastrointestinal. De este grupo, un 59 % presentó recidiva a dicho nivel, y en un 31,4 % de los casos las lesiones solo fueron diagnosticadas por endoscopía. Por tal motivo, recomienda estudios endoscópicos ante el diagnóstico inicial, independientemente de los síntomas, y en el seguimiento, de forma complementaria a las imágenes, para evidenciar recurrencia temprana.

Conclusión: el caso clínico es coincidente a lo descrito por la bibliografía respecto al beneficio del estudio endoscópico para detectar recidivas del linfoma del manto de forma precoz en comparación con las imágenes.

Código: GA2026

Título: METAPLASIA DE TIPO PILÓRICA REPARATIVA EN LA MUCOSA GÁSTRICA ANTE LA ACCIÓN ULCEROGÉNICA DEL ÁCIDO ACÉTICO EN RATAS.

Autores: Bedini O.A.[1]; Naves A. E.[2]; San Miguel P.[1]

Filiación/es: [1]Laboratorio de gastroenterología experimental FCM-UNR; [2]Instituto de Histopatologia de Rosario;

Especialidad: Trabajo Científico Gastroenterología | **Área Temática:** Esófago Estómago Duodeno | **Categoría**: Trabajo Cientifico

METAPLASIA DE TIPO PILÓRICA REPARATIVA EN LA MUCOSA GÁSTRICA ANTE LA ACCIÓN ULCEROGÉNICA DEL ÁCIDO ACÉTICO EN RATAS.

Objetivo: Fue estimular los mecanismos celulares de reparación que involucran a las glándulas pilóricas de la MG, por la acción ulcerogénica del ácido acético (AC) administrado en forma sub-serosa en la unión del antro con el cuerpo gástrico en ratas. Material y método: A dos grupos de (5) ratas wistar de 250 grs + 30 gr. previa anestesia con éter, se realizó una laparotomía abdominal se exteriorizó el estómago, e se inyecto en forma sub serosa sobre la cara anterior del estómago en la unión del cuerpo con el antro, Sol. Fisiol. + 0,5 mg.de AC al 40 %. Luego se cerró la laparotomía. Y se esperó en el grupo A 3 días y en el grupo B 21 días. Durante ese tiempo se administró agua ad libitum y alimento diario. Transcurrido ese período, previa anestesia con éter, se extirpó el estómago y se procedió a su apertura por curvatura mayor, se cuantificó el % de área lesional macroscópica por planimetría. Se realizaron cortes para histopatología con tinciones de Hematoxilina-Eosina, PAS digerido y Alcian Blue a pH 2,5-. Resultados: El Grupo A mostró un % de área lesional macroscópica de 3-5 mm ± 2 mm. En el Grupo B no se observó lesión macroscópica. La histologia mostró en el grupo A proceso inflamatorio linfocitario con edema y proliferación vascular reactiva. En la MG supra ad-yacente de tipo oxíntico, se observó la presencia de células de citoplasmas claros, amplios, positivas con PAS digerido y finamente vacuolados; Se observó desplazamiento hacia la periferia de los núcleos y escasas células OX de morfología preservada. No se observó atrofia glandular. El grupo B: No mostró lesión macroscópica. La histología mostró engrosamiento por fibrosis del plano submucoso y una zona localizada de atrofia de la mucosa, con disminución neta de unidades glandulares distendidas y de forma irregular, revestidas por epitelio alto, no OX, positivos con la coloración de PAS digerido, configurando un proceso de metaplasia de tipo pilórico (MTP) en cuerpo gástrico. Conclusiones: 1) La agresión con AC de la MG, provocó lesión macroscópica e histológica en las ratas del grupo A, respetando la estructura OX en la región del cuerpo. 2) El grupo B, luego de 21 días, presento un epitelio fuertemente PAS+, disminución completa de la celularidad OX del cuerpo, con presencia de una metaplasia de tipo pilórica. 3) La estimulación de los mecanismos celulares de reparación a partir de la glándula pilórica antral, especialmente por acción de las células principales, generó un nuevo linaje de células, de tipo pilórico (MTP), que ascendiendo hacia la zona OX, bloqueó la producción ácida con desaparición de células parietales, favoreciendo su reparación.

Código: GA2037

Título: FRECUENCIA DE GASTRITIS CRÓNICA ATRÓFICA EN HISPANOS ATENDIDOS EN UN HOSPITAL DE SEGUNDO NIVEL DE ATENCIÓN: UN ANÁLISIS DE 4454 BIOPSIAS ENDOSCÓPICAS MEDIANTE MINERÍA DE DATOS

Autores: Carvache L.[1]; Daluz J.[1]; Puga-Tejada M.[2]; Campodónico A.[1]

Filiación/es: [1]Universidad Católica de Santiago de Guayaquil (UCSG), Guayaquil, Ecuador.; [2]Hospital Nacional Profesor Alejandro Posadas (HNPAP), El Palomar, Argentina.

Especialidad: Trabajo Científico Gastroenterología | **Área Temática:** Esófago Estómago Duodeno | **Categoría**: Trabajo Científico

Introducción: La frecuencia de gastritis crónica atrófica (GCA) y metaplasia intestinal gástrica (MIG), varía ampliamente entre oriente vs occidente, naciones industrializadas vs en desarrollo, e identificación mediante pepsinógeno vs biopsia endoscópica (BxE). La mayoría de estudios basados en BxE proceden de hospitales de tercer nivel, con la posible sobreestimación en la frecuencia real de GCA/MIG. La falta de datos epidemiológicos limita la programación de recursos encaminados al cribado de estas lesiones en aras de prevenir el cáncer de estómago. La dificultad en la recuperación, integración y análisis de grandes bases de datos (BD) de Endoscopía y Anatomía Patológica (AP), puede ser superado a través de estrategias de programación estadística conocidas como minería de datos (MD).

Objetivo: Estimar la frecuencia de GCA/MIG en hispanos atendidos por una unidad de Endoscopía de un hospital de segundo nivel, mediante MD.

Métodos: Estudio transversal, retrospectivo. Se analizó una BD de videoendoscopía digestiva alta (VEDA) entre Ene/18-Dic/19. Todos los casos fueron evaluados con gastroscopio de alta definición y cromoendoscopía virtual con magnificación. Mediante MD se recuperó casos en quienes se tomó BxE según protocolo de Sydney, excluyéndose VEDA por tumores, urgencias, terapéutica, etc. Los informes de AP fueron integrados a la BD, de recuperándose casos con GCA/MIG (cuerpo/antro). Las características demográficas (edad, sexo), motivo de VEDA y H. pylori fueron comparadas entre quienes presentaron o no GCA, mediante las respectivas pruebas de hipótesis y Odds Ratio (OR). La MD y el análisis estadístico fue realizado en R v4.0 (R Foundation for Statistical Computing; Viena, Austria). Este estudio fue aprobado por el comité de ética institucional.

Resultados: Se recuperó 4454 casos, 52.1±16.9 años (25.4% adultos mayores), 55.6% mujeres. En el 44.2% se realizó VEDA por regurgitación, 20.3% dispepsia, 13.9% anemia, 11% control endoscópico y 10.6% pérdida de peso. En 115 (2.6%, IC 95% 2.2%–3.1%) hubo GCA: leve 72 (62.6%), moderada 32 (27.8%) y severa 11 (9.6%); MIG completa en 40 (34.8%) e incompleta en 19 (16.5%). Hubo infección por H. pylori en el 26.2%. La presencia vs ausencia de GCA se asoció significativamente con edad avanzada (43.5% vs 24.9%; P<.001), regurgitación (20% vs 44.9%) o dispepsia (35.7% vs 19.9%; P<.001) e infección por H. pylori (47.8% vs. 25.6%; P<.001) (tabla 1). La infección por H. pylori aumentó en casi tres veces el riesgo de GCA (OR 2.67; IC 95% 1.84–3.87; P<.001).

Conclusión: Considerando que se trata de un estudio basado en BxE, pero de un hospital de segundo nivel, la frecuencia de GCA/MIG es mucho menor a la de estudios en hospitales de tercer nivel. Es probable que una frecuencia de GCA del 2.6% sea más cercana a una prevalencia poblacional. Es posible el cribado endoscópico de GCA/MIG en hospitales de segundo nivel. Son necesarias políticas epidemiológicas encaminadas a incrementar la pesquisa de GCA/MIG.

Código: GA2069

Título: Acalasia. Reporte del escenario en el Centro de Estudios Digestivos en el municipio Gral. Pueyrredón y municipios vecinos.

Autores: Amieva, Leandro[1]; Ruiz, Nicolás[1]; Lopez Fagalde, Rafael[1]; Jury, Gastón[1]; Dolan, Martin[1]; Miconi, Diego[1]; Ramacciotti, Gonzalo[1]; Sayanes, Victoria[1]; Manzotti, Leandro.[1]

Filiación/es: [1]Centro de Estudios Digestivos

Especialidad: Trabajo Científico Gastroenterología | **Área Temática:** Esófago Estómago Duodeno | **Categoría**: Trabajo Científico

INTRODUCCIÓN.

La Acalasia es indudablemente la patología motora del esófago por excelencia. Nuestro objetivo es realizar un análisis de cohorte retrospectivo de pacientes con diagnóstico de acalasia a través de la manometría convencional en un centro médico monovalente de gastroenterología entre los años 2017 y 2022. Se obtuvieron datos demográficos y el subtipo manométrico. Asimismo, se recolectó información sobre la evolución de los pacientes en el tiempo mediante una consulta telefónica, sobre si realizaron tratamiento, cuál fue la modalidad terapéutica y cómo fue la evolución clínica según la escala de Eckardt. Son más que exiguos los trabajos que asisten la epidemiología de la Acalasia, en especial en nuestra región y nos parece que tiene valor instructivo comunicar y divulgar nuestra experiencia.

MATERIAL Y MÉTODOS.

Se recopilaron y recogieron datos de todos los pacientes con diagnóstico manométrico de Acalasia, desde el año 2017 hasta el año 2022, a través de la base de datos de archivo del manómetro digital STA. Criterios manométricos: Aperistalsis del cuerpo esofágico (100% de ondas simultáneas); sumado a relajación ausente o incompleta del EEI. Se analizaron los trazados de todos los pacientes para definir el subtipo de Acalasia. La caracterización de cada subtipo si bien es propio de la manometría de alta resolución (HRM) también es sencillo por manometría convencional, ya que sólo es necesario medir las amplitudes de ondas.Por último, se realizaron consultas telefónicas a todos los pacientes para determinar si recibieron tratamiento, cúal de ellos realizaron se les preguntó como estaban clínicamente, al momento de la comunicación, constatando mediante el score de Eckardt RESULTADOS:

El promedio edad fue 55,18 (15-85). En cuanto al género, 14 eran femeninos (42%) y 24 masculinos (58%). Respecto a la modalidad terapéutica 21 pacientes se realizaron cirugía (55,3%), 6 pacientes dilatación neumática endoscópica (15,8%) y 1 paciente (2,63%) se trató con toxina botulínica. Los restantes 10 pacientes no recibieron tratamiento alguno (28,9%).. En la evaluación de los subtipos de Acalasia y tal como está reportado en la literatura, la mayoría fueron los subtipos I y II con el 40, 5% (16) y 3I 43.2% (17) respectivamente, siendo que sólo el 16,2 % (5) fueron subtipo III. Cuando analizamos el score de Eckardt el promedio general fue de 2,95. En cuánto a las complicaciones, de los 28 pacientes que realizaron tratamiento, y más específicamente los que se sometieron a dilatación endoscópica (6), solamente 1 paciente (3,57%) tuvo complicación (desgarro esofágico) que fue resuelta mediante colocación de clips y conducta expectante.

DISCUSIÓN. Es para destacar que la manometría convencional, en centros que todavía actualmente no disponemos de la manometría de alta resolución, sigue siendo una herramienta útil como método diagnóstico.

Código: GA2137
Título: UTILIDAD DE LA VIDEOCOLONOSCOPIA REALIZADA ANTE EL HALLAZGO DE ENGROSAMIENTO PARIETAL INTESTINAL POR TOMOGRAFÍA MULTICORTE
Autores: Pesántez M.[1], Estrada C.[1], Fontan M.[1], Galvagno F.[1], Saltos S.[1], García Anapios L.[1], Marturano M.[1], Giudice F.[1], Marceno F.[1]; Carfagnini P.[1], Quiñones S.[1], Padín L.[1]
Filiación/es: [1]Hospital Carlos G. Durand
Especialidad: Trabajo Científico Gastroenterología | **Área Temática:** General | **Categoría**: Trabajo Científico
INTRODUCCIÓN: La tomografía computada multicorte, es una herramienta diagnóstica ampliamente utilizada. El engrosamiento parietal intestinal documentado por la misma resulta un hallazgo frecuente. Las características a evaluar son el grado de engrosamiento, la simetría (heterogéneo/homogéneo), su extensión (segmentario/difuso), el coeficiente de atenuación y las anormalidades extraluminales asociadas tales como rarefacción de grasa adyacente y/o linfadenopatías. Al ser un hallazgo inespecífico, se suele continuar el abordaje diagnóstico mediante videocolonoscopía.

OBJETIVOS: Describir las características de la población en estudio y el porcentaje de hallazgos anormales significativos mediante videocolonoscopía, a raíz de la presencia de engrosamiento parietal intestinal (colon/recto e íleon terminal), documentado por tomografía.

MATERIALES Y MÉTODOS: Análisis descriptivo, de corte transversal. Se incluyeron en el estudio a todos los pacientes ambulatorios o internados del Hospital Durand que, debido a presentar engrosamiento colorrectal y/o de íleon terminal detectado por tomografía de abdomen con doble contraste, se han realizado videocolonoscopía posterior. Período de estudio comprendido entre agosto de 2011 y abril de 2021. Se excluyeron pacientes con patología intestinal previa o con hallazgos distintos a engrosamiento tales como abscesos, masas o estenosis.

RESULTADOS: Se incluyeron un total de 112 pacientes con engrosamiento parietal intestinal documentado por tomografía. El principal motivo de realización de tomografía fue dolor abdominal (49.1%), seguido por diarrea o cambio en el ritmo evacuatorio. En el 35.7% la videocolonoscopia resultó normal. En relación a los hallazgos patológicos, los más frecuentes fueron el adenocarcinoma (32.14%), enfermedad inflamatoria intestinal (8.92%), otra patología maligna (8.92%), enfermedad diverticular (5.35%), adenoma (4.46%), poliposis (3.57%) lesión inespecífica (0.89%). Los pacientes con síntomas presentaron hallazgos en la VCC con mayor frecuencia (68.4%) que los asintomáticos. El segmento donde se observó adenocarcinoma con mayor frecuencia fue el colon ascendente (30.5%). Si bien en el colon transverso se observó engrosamiento por TC en solo 4 pacientes, todos ellos presentaron patología neoplásica o preneoplásica en la VCC.

CONCLUSIÓN: El engrosamiento parietal intestinal documentado por tomografía podría tener asociación con los hallazgos endoscópicos y por lo tanto resulta apropiado sugerir videocolonoscopía ante el hallazgo del mismo en pacientes sintomáticos.

Código: GA2015
Título: ELEVADA FRECUENCIA DE INSUFICIENCIA PANCREÁTICA EXÓCRINA EN PACIENTES CON ENFERMEDAD CELÍACA NAÏVE: HALLAZGOS PRELIMINARES
Autores: Pérez-Arnaiz N.[1]; Puga-Tejada M.[1]; Perna LA.[1]; Marchi ML.[1]; Conlon MC.[1]; Spiazzi RA.[1]; Cerezo MJ.[1]; Omonte-Zambrana AM.[1]; Milano MC.[1]
Filiación/es: [1]Hospital Nacional Profesor Alejandro Posadas (HNPAP), El Palomar, Argentina.
Especialidad: Trabajo Científico Gastroenterología | **Área Temática:** Via Biliar-Pancreas | **Categoría**: Trabajo Científico
Introducción: La enfermedad celíaca (EC) es una causa extrapancreática de insuficiencia pancreática exócrina (IPE). La patogenia de la IPE en la EC no está aún dilucidada. Se plantea una disminución en la secreción de hormonas estimulantes del páncreas desde una pared intestinal comprometida, asociado a un déficit en la absorción de nutrientes con reducción en la síntesis de enzimas pancreáticas. Esto ocurre en pacientes sin patología estructural pancreática.

Objetivo: Establecer la frecuencia de IPE en pacientes con EC naïve y describir en este sub-grupo la evolución luego de la indicación de dieta libre de gluten (DLG).

Materiales y métodos: Cohorte histórica (Jun/19-Dic/20). Se seleccionó pacientes ≥18 años con EC según la definición de Oslo, incluyendo biopsia de duodeno (Marsh-Oberhuber), sin iniciar DLG (naïve). No se consideró casos con consumo crónico de alcohol, tabaquismo severo (índice paquete-año >30), diabetes mellitus, pancreatitis aguda/crónica, quistes pancreáticos, cáncer de páncreas o cualquier otra patología que altere la estructura pancreática; cirugía gastroduodenal, patología digestiva baja orgánica (ej: cáncer de colon, enfermedad inflamatoria intestinal, colitis microscópica/eosinofílica) o embarazo en curso. En los casos seleccionados, se corroboró adherencia a DLG mediante anamnesis directa. Se solicitó autoanticuerpos (A/DPG IgA, A/DPG IgG, A/TTG IgA, IgA total) y se realizó videoendoscopía digestiva alta con toma de biopsia de bulbo y segunda duodenal. Se definió IPE en base a una elastasa en materia fecal (EMF) <200 mcg/g. A los 6 meses se reevaluó adherencia a DLG y se solicitó nuevamente EMF. Todas las variables de estudio fueron comparadas según la presencia/ausencia de IPE mediante prueba de Fisher, y la EMF basal vs seguimiento con prueba de Wilcoxon. Este estudio contó con la aprobación del comité de ética institucional (ref. 355 LUP0S0/20).

Resultados: Se incluyeron 31 pacientes, mediana de edad de 50 años, 23/31 mujeres, Marsh IIIa 4/31, IIIb 6/31 y IIIc 21/31. En 11/31 se constató una EMF <200 mcg/g, correspondiendo a una frecuencia de IPE en EC naïve del 37.1% (IC 95% 21.1–53.2). Presentaron Marsh IIIc 10/11 con IPE y 11/20 sin IPE (P=0.167) (tabla 1). En los 11 pacientes con IPE, 7/11 tuvieron adherencia a DLG, 3/11 no adherencia y 1/11 no pudo ser evaluada. Solo fue posible recuperar resultado de EMF de seguimiento en 6/11 pacientes. En 4/6 de ellos la EMF fue ≥200 mcg/g, mientras que en los 2/6 se demostró incremento a pesar de encontrarse <200 mcg/g. El incremento de la mediana de EMF de seguimiento en estos 6 pacientes fue significativo en comparación a la EMF basal (84 vs 124 mcg/g; P=0.02).

Conclusión: En pacientes con EC y ausencia de patología pancreática estructural, la IPE es un diagnóstico a considerar. Se observó una tendencia de mayor porcentaje de Marsh IIIc en pacientes con IPE. Estos hallazgos preliminares deben ser confirmados en estudios posteriores con un mayor número de casos.

Código: GA2009
Título: TUMOR FIBROSO SOLITARIO A PROPÓSITO DE UN CASO
Autores: Huens Casal C.[1], Salgado W.[1], Ramírez J.[1], Rizzolo M.[1]
Filiación/es: [1]Hospital Bonorino Udaondo.
Especialidad: Caso Clínico Gastroenterología | **Área Temática:** General | **Categoría**: Caso Clínico
Introducción: El Tumor Fibroso Solitario(TSF) es raro, de origen mesenquimatoso, representa menos del 2% de los tumores de tejidos blandos. Descripto por primera vez en 1931, de localización intratorácica (pleural)siendo ésta la más frecuente, seguida de la intraabdominal (peritoneal, retroperitoneal o pelviana). Puede presentar síndrome paraneoplásico, como hipoglucemia, por producción tumoral del factor de crecimiento insulina símil (IGF1/2). Más frecuente en la 5.ª y 6.ª década, relación mujer: hombre 1:1. El diagnóstico se basa en la clínica (dolor abdominal, pérdida de peso, efecto de masa y síndrome paraneoplásico); TAC/RM (tumor hipervascular con áreas de necrosis) e inmunohistoquímica (IHQ) de la pieza. El CD34, marcador para TSF, tiene baja especificidad. El gen NAB2-STAT6 permitió un diagnóstico más preciso. El pilar del tratamiento es la cirugía, la radio y quimioterapia no han demostrado eficacia. Objetivo: Enfatizar la sospecha clínica del TSF en pacientes con hipoglucemia asociada a tumor abdominal. Materiales: Paciente de sexo femenino, 74 años que consulta por cuadro de 6 semanas de evolución de astenia, dolor abdominal, cefalea y sudoración nocturna. Al ingreso se constata hipoglucemia sintomática (<30mg/dl). La insulina sérica fue de 0.2 (VN:1.9-12µUI/ml). Antecedentes: diagnóstico de TFS en 2007. Resecciones quirúrgicas en 2016, 2019 y 2021 de masa tumoral en ángulo esplénico de colon, pelvis, epiplón, hepatectomía segmentaria, esplenectomía y pancreatectomía corporocaudal. IHQ: AE1-AE3, EMA, DOG1, CD117, AML, S-100, CDG8: negativos. Desmina focalmente positiva, STAT-6, CD34, Bcl2 y CD99: positivos: compatible con TFS; Ki67:40%; P53:en el 80% de los núcleos tumorales. TAC: TFS avanzado, con metástasis hepáticas, gástricas y colónicas. El comité oncoquirúrgico decide iniciar quimioterapia oral y posterior cirugía en caso de reducción tumoral. Ante falta de respuesta y enfermedad avanzada se desestima nueva resección. Sigue con manejo sintomático. Evoluciona con hipoglucemias recurrentes con dieta oral. Se inicia nutrición parenteral total (NPT) y dexametasona vía oral. Observaciones: El difícil manejo de las hipoglucemias en este caso determinó una internación prolongada y requerimiento de NPT. La intervención del equipo multidisciplinario fue crucial en la toma de decisiones. Conclusiones: El TFS es raro y de localización abdominal en el 30%. Un 5% presenta síndrome paraneoplásico e hipoglucemia como en este caso. La sospecha temprana reduce la morbimortalidad por resección quirúrgica con márgenes de seguridad. La IHQ ayuda en el diagnóstico diferencial con otros tumores como GIST

(CD34+), que se excluyó (CD117/DOG1 negativos). En su mayoría son benignos, pero pueden ser localmente agresivos. Se recomienda seguimiento postcirugía de por vida debido a recurrencia años después del diagnóstico y tratamiento iniciales.

Código: GA2016
Título: TUBERCULOSIS PANCREÁTICA: UN RETO DIAGNÓSTICO
Autores: Piccinetti, A[1]; Diaz, A[1]; Cabbad, S[1]; Novillo, A[1]
Filiación/es: [1]Sanatorio 9 de Julio
Especialidad: Caso Clínico Gastroenterología | **Área Temática:** Via Biliar-Páncreas | **Categoría**: Caso Clínico
i. Introducción: La tuberculosis abdominal es una condición clínica muy rara, a pesar de la alta prevalencia de tuberculosis en todo el mundo. Afecta más comúnmente el tracto gastrointestinal, los ganglios linfáticos y el peritoneo. La tuberculosis pancreática y peripancreática aislada suele presentarse en el contexto de una enfermedad diseminada.
ii. Objetivo/s: Presentar el caso clínico de un paciente en nuestro servicio con tuberculosis pancreática y las implicancias de su manejo.
iii. Paciente: Masculino de 53 años sin antecedentes patológicos. Consulta por náuseas, hiporexia y pérdida de peso de aproximadamente 10 kg de 3 semanas de evolución. Se solicitó TAC abdominal que evidencia áreas de aspecto desvitalizado en páncreas, por lo que se decide su internación. Se sospecha pancreatitis aguda evolucionada con necrosis pancreática sin lograr identificar la causa de la misma. Se plantean como diagnósticos diferenciales: pancreatitis litiásica, IPMN, cáncer de páncreas, linfoma y pancreatitis autoinmune. Se realiza dosaje de CA 19-9 y CEA normal, proteinograma electroforético: gammaglobulinas normales.
Evoluciona con registros febriles vespertinos y mal estado general. Se realizan múltiples esquemas antibióticos sin mejoría. TAC abdominal de control a los 10 días con aumento de necrosis en páncreas y bazo. Se decide laparotomía exploradora en la que se realiza necrosectomía con espleno pancreatectomía corporocaudal. Anatomía patológica: Ziehl neelsen positivo. Mycobacterium tuberculosis. Ante este hallazgo, se solicita serología para VIH con resultado positivo.
Inicia cuádruple esquema para tuberculosis y TARV. Evoluciona favorablemente.
15 días después, intercurre con síndrome de reconstitución inmune, con empeoramiento progresivo del estado general y posteriormente óbito.
iv. Conclusiones: La tuberculosis pancreática puede manifestarse como un absceso pancreático, pancreatitis aguda o crónica o masa pancreática. Clínica y radiológicamente, la tuberculosis pancreática puede comportarse
como una neoplasia maligna de páncreas. En consecuencia, la mayoría de los casos de tuberculosis pancreática se diagnostican después de la cirugía.
El diagnóstico de la enfermedad puede retrasarse debido a la presentación clínica inespecífica.
La mayoría de los datos disponibles relacionados con la tuberculosis hepatobiliar o pancreática provienen predominantemente de informes de casos o series pequeñas.
v. Observaciones: Presentamos este caso debido a su rareza y al gran desafío que significó llegar al diagnóstico que, como lo describe la bibliografía, simular otras patologías, incluyendo malignidad.

Código: GA2057
Título: ESOFAGO NEGRO ASOCIADO A NECROSIS ESOFAGICA AGUDA: REPORTE DE UN CASO
Autores: Rondon A. [1]; Olvera J. [1]; Coria C. [1]; Polo A. [1]; Donoso J. [1]; Alania C. [1]; Penalba M. [1]; Daona N. [1]; Roatta R. [1]
Filiación/es: [1]Hospital Donación Francisco Santojanni.
Especialidad: Caso ClínicoGastroenterología | **Área Temática:** esofago estomago duodeno | **Categoría**: Caso Clínico
INTRODUCCIÓN: Se describe como esófago negro a la pigmentación negra y difusa de la mucosa esofágica, que puede estar relacionada con diferentes patologías, siendo la necrosis esofágica aguda (NEA) una causa importante de este hallazgo. La NEA es una entidad poco frecuente, descrita por primera vez en 1990 por Goldenberg, con una tasa mortalidad elevada, que se presenta comúnmente en paciente de edad avanzada que presentan alteraciones hemodinámicas que cursan con hipoperfusión tisular en contexto de enfermedad cardiovascular, sepsis, síndrome paraneoplásico, entre otras situaciones clínicas, y que se manifiesta principalmente por sangrado digestivo, dolor abdominal, disfagia y emesis. Su diagnóstico es fundamentalmente endoscópico donde generalmente se describen lesiones negras que afectan la mucosa esofágica de forma difusa y circunferencial que respeta la unión esófago-gástrica. CASO CLÍNICO: Masculino de 76 años de edad con antecedentes de adenocarcinoma bien diferenciado de colon derecho estadio IIC, diagnosticado en abril del 2021, con realización de hemicolectomía derecha e ileostomía, en tratamiento con capecitabina 2000 mg/m2 vía oral cada 21 días. Cuatro meses después ingresa a la guardia derivado por su oncólogo de cabecera por presentar dolor abdominal, asociado a débito de aspecto melenico por Ileostomía, con múltiples episodios eméticos pero sin hematemesis y deterioro del estado general. A su ingreso se realizan paraclínicos en los cuales se observa, leucopenia, sin anemia, azoados elevados, hiponatremia moderada. Se interpreta como injuria renal aguda prerrenal e inicia reanimación hídrica con mejoría de valores. Se programa VEDA que informa: Hernia hiatal, Necrosis esofagica (esofago negro), Gastropatia congestiva erosiva. Úlcera duodenal forrest III. Se realiza tomografía de tórax que informa engrosamiento concéntrico de las paredes esofágicas, continua en unidad cerrada donde evoluciona tórpidamente posterior a las 48 hs de internación. CONCLUSION: El esofago negro es un hallazgo endoscopico raro que requiere un diagnostico diferencial minucioso con el fin de identificar causas potencialmente graves de dicho hallazgo tales como melanoma maligno, melanocitosis esofagica, y acantosis nigrican, entre otros, siendo la NEA una de las situaciones que reviste mayor gravedad. La necrosis esofágica aguda es una patologìa muy poco frecuente, con una incidencia reportada que oscila entre el 0.01% al 0.2%, pero con una mortalidad elevada, siendo más frecuente en hombres mayores de 60 años, que presentan enfermedades crónicas predisponentes como vasculopatìas, patologìas malignas con potencial tromboembolico y que además reciben quimioterapia, la cual también presenta una fuerte asociación a la NEA por mecanismos poco conocidos. El sangrado digestivo puede presentarse como consecuencia de la NEA, pero también como factor etiológico cuando conlleva a una situación de depleción hemodinámica que altera la perfusión tisular.

Código: GA2079
Título: PROCTITIS POR CHLAMYDIA TRACHOMATIS EN PACIENTE HIV +
Autores: Asprea Alfano Leonardo[1], Pagliere Nicolas[1], Pardo Barbara[1], Escobar Fernandez Rafael[1], Sequeira Agustin[1]
Filiación/es: [1]Sanatorio Dr Julio Mendez
Especialidad: Caso Clínico Gastroenterología | **Área Temática:** General | **Categoría**: Caso Clínico
a) Introducción: Las proctitis infecciosas son un conjunto de enfermedades subdiagnosticada que se debería sospechar y descartar ante la presencia conductas o factores de riesgo y en los pacientes con diagnóstico de EII no respondedores al tratamiento. Este ultimo es un aspecto a tener en cuenta por tratarse de enfermedades con cuadros clinicos y hallazgos endoscopicos inespecificos que difieren el tratamiento adecuado.
b) Objetivo: Presentar una proctitis infecciosa en paciente HIV + y la importancia de sus diagnosticos diferenciales
c) Paciente: Paciente de sexo masculino de 45 años con antecedentes de HIV (CV: Indetectable CD4 565) y HPV con tratamiento quirúrgico. cuadro clínico de 3 meses de evolución caracterizado por proctalgia, pujos, tenemos y proctorrágia escasa. videocolonoscopía que evidencia desde los 8 cm del MA hasta la línea pectínea múltiples ulceras con fondo de fibrina de aspecto aftoide con bordes congestivos y levemente sobreelevados que ocupan el 75 % de la circunferencia, con anatomia patologica rectitis crónica con actividad moderada y PCR positivo para Chlamydia trachomatis. Se realizo tratamiento específico con doxiciclina con remisión clínica y histológica a los 3 meses
d) Conclusión: La Chlamydia trachomatis es la segunda causa en prevalencia de proctitis infecciosa después de N. Gonohreae, observándose en los últimos años un incremento en su incidencia en occidente. Todos sus serotipos pueden producir proctitis, algunos como los L1-L3 producen proctitis asociada a linfogranuloma venéreo, mientras que los A-K pueden producirla de forma aislada. Los síntomas suelen iniciar a los 7 – 10 días de la inoculación, aunque cerca del 50% de las infecciones son asintomáticas. Los cuadros sintomaticos se caracterizan por proctalgia, tenesmo, proctorragia y mucorrea. Los estudios endoscópicos permiten evidenciar una gran variedad de lesiones que incluyen eritema, ulceraciones, friabilidad mucosa, y exudados purulentos. Por último, en la histología se pueden observar signos de inflamación como infiltrados linfoplasmocitarios, criptitis y abcesos crípticos. Tanto los hallazgos clínicos como endoscópicos e histológicos son inespecíficos e indiferenciables de otras etiologías de proctitis, por lo que es fundamental la sospecha clínica para arribar al diagnóstico de certeza que se realiza con la identificación de la bacteria en muestras de recto mediante cultivos, inmuno-histoquimica o PCR. Los hallazgos inespecíficos de esta entidad pueden llevar a diagnósticos y tratamientos erróneos, algunos de ellos capaces de empeorar el curso de la infección como el uso de corticoides e inmunomoduladores utilizados en tratamiento de la EII. El diagnostico tardío de la proctitis por Chlamydia trachomatis conlleva además a un mayor riesgo de complicaciones y de transmisión, por lo que es importante conocer esta entidad para poder instaurar un tratamiento precoz y así mejorar el curso de la misma.

Código: GA2108
Título: DÉBUT GRAVE DE ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL EN EDAD AVANZADA, UN DESAFÍO DIAGNÓSTICO
Autores: Avnaim, LB[1]; Etchevers, MJ[1]; Sanchez, MB[1]; Ortiz, P[1]; Marcolongo, MM[1].
Filiación/es: Hospital Italiano de Buenos Aires
Especialidad: Caso Clínico Gastroenterología | **Área Temática:** Colon EII | **Categoría**: Caso Clínico
Introducción: Las enfermedades inflamatorias intestinales (EII) son un grupo de enfermedades crónicas de carácter autoinflamatorio y origen multifactorial que comprometen al tubo digestivo con extensión y severidad variables.
Característicamente tienen su pico de incidencia de debut entre la segunda y la cuarta década de la vida, sin embargo a la par del envejecimiento de la población, hay un mayor número de pacientes diagnosticados en edades avanzadas que comprenden un 10-15% de los casos.
La definición de adultos mayores es variable y el corte utilizado es mayor a 60 años, con un nuevo subgrupo, cada vez más frecuente denominado adultos "muy mayores" referido a los mayores de 75 años. Hay poca información acerca de la EII en este grupo etario lo cual se explica por la subrepresentación en los ensayos clínicos y por la mayor prevalencia de otras patologías que simulan una EII.
Casos clínicos:
Paciente A: Mujer, 81 años, diabética y tabaquista, se interna por cuadro de dos semanas
de diarrea y hematoquezia. Ingesta de ibuprofeno por lumbalgia.
Paciente B: Mujer, 78 años, ex tabaquista se interna por fiebre, hipotensión arterial y falla renal en contexto de diarrea y hematoquezia de un mes de evolución sin respuesta a antidiarreicos y antibióticos ambulatorios.
Paciente C: Mujer, 81 años, antecedente de diverticulitis aguda con buena respuesta a antibióticos el año previo. Se interna por dolor abdominal y hematoquezia intermitente de dos meses de evolución con pérdida de peso, incontinencia y urgencia defecatoria.
En todos los casos se constata alteración de electrolitos, anemia, leucocitosis y eritrosedimentación elevada con coprocultivo y toxina para Clostridium difficile negativos. Se realiza tomografía en las tres pacientes, con evidencia de engrosamiento simétrico del colon en forma difusa con estriación de la grasa pericólica y adenopatías mesentéricas. Reciben antibióticos a foco abdominal sin respuesta por lo que se prosigue con colonoscopías que demuestran con distinto grado de severidad, mucosa friable, pérdida del patrón vascular, erosiones y úlceras en forma continua desde recto, con divertículos aislados. Biopsias: distorsión histoarquitectural, linfoplasmocitosis, criptitis y abscesos crípticos compatibles con rectocolitis crónica con actividad inflamatoria aguda. Se indican corticoides sistémicos y mesalazina con remisión completa.
Observaciones: Presentamos esta serie de casos de debut de EII en ancianos en los que el diagnóstico se vió retrasado por plantearse como primera opción patologías mas frecuentes en este grupo etario como colitis por fármacos, infecciosas, enfermedad diverticular e isquémica.
Debemos tener presente que la EII puede presentarse en edad muy avanzada y hay que considerarlo en forma precoz dentro de los diagnósticos diferenciales ya que esta población presenta mayor fragilidad y el retraso en el manejo adecuado conlleva un peor pronóstico por las comorbilidades asociadas.

Código: GA2169
Título: COMPROMISO GASTROINTESTINAL EN INMUNODEFICIENCIA COMUN VARIABLE
Autores: Zitelli L.[1]; Jaureguizahar F.[1]; Tamagnone N.[1]; Navas L.[1]; Rifrani Puyade G.[1]; Ahumada N.[1]; Cortese M.M.[1]; Rodil A.[1]; Reggiardo M.V.[1]; Ruffinengo O.[1]; Bessone F.[1]
Filiación/es: [1]Hospital Provincial del Centenario Rosario.
Especialidad: Caso Clínico Gastroenterología | **Área Temática:** General | **Categoría**: Caso Clínico
Introducción: La inmunodeficiencia común variable (IDCV) es una inmunodeficiencia primaria caracterizada por disminución de niveles séricos de inmunoglobulinas (Ig) y falta de producción de anticuerpos frente a infecciones. Las manifestaciones clínicas incluyen infecciones recurrentes, enfermedad pulmonar crónica, autoinmunidad, enfermedad gastrointestinal (GI) y riesgo de malignidad. Las principales manifestaciones GI son: infecciosas (Giardia, Campylobacter, Norovirus), inflamatorias (enteropatía con atrofia vellositaria (AV), colitis ulcerosa, enfermedad de Crohn), neoplásicas (cáncer de estómago, linfoma) y autoinmune (anemia perniciosa, hepatitis autoinmune). La histopatología en la enteropatía presenta AV, distorsión de las criptas, agregados linfoides y ausencia de plasmocitos. La diarrea crónica puede causar un amplio espectro de afecciones potencialmente mortales, como malabsorción con pérdida de proteínas y vitaminas, malnutrición, desequilibrios electrolíticos y falla de la terapia de reemplazo de Ig. La terapia con Ig endovenosa (EV) constituye el pilar del tratamiento, aunque tiene un papel limitado en la enteropatía. En ésta son útiles los corticoides solos o en combinación con inmunomoduladores. Caso clínico: Paciente masculino de 43 años, con antecedente de meningitis bacteriana y múltiples infecciones respiratorias, consulta por diarrea de 10 años de evolución, 10-15 deposiciones por día y pérdida de peso. Examen físico: adelgazado (IMC 14.25 Kg/m2), abdomen distendido, esplenomegalia. Laboratorio: Hto 28%, Hb 9.9 g/dL, Vitamina B12 60 pg/ml (VN 211-911), K 2.4 mEq/L, Albúmina 3.5 g/dL, 25-hidroxivitamina D 5.4 ng/ml (VN 20-30), Ac a-tTG IgA y Ac antiendomisio negativos. Gammaglobulinas 0.37 g% (VN 0.6-1.5), IgA 2 mg/dl (VN 139-261), IgG 10 (VN 845-1455), IgM 5 (VN 70-126). Videoendoscopía digestiva alta: mucosa de bulbo y segunda porción con patrón en mosaico, micronodular. Colonoscopia: mucosa mal visualizada (Boston 3). Anatomía patológica (AP): Mucosa duodenal con difusa AV, moderado proceso inflamatorio crónico y cuerpos apoptoticos en criptas. Criptas hiperplasicas y disminución de carga mucípara. Sin plasmocitos. Mucosa colonica con distorsión arquitectural, moderado proceso inflamatorio activo y cuerpos apoptoticos en criptas. Diagnóstico: Enterocolopatía con presencia de cuerpos apoptoticos. PSMF: trofozoítos de Giardia lamblia. Esteatocrito 9% (VN 0.0 – 2.0). Inicia tratamiento con infusión mensual de Ig EV, Loperamida y Metronidazol, con mejoría parcial del cuadro clínico. Conclusión: La IDCV es una causa infrecuente de diarrea crónica y síndrome de malabsorción, que debe sospecharse en el estudio de diarrea con evidencia de AV y serología negativa para enfermedad celiaca. Las infecciones GI son más frecuentes en el subgrupo de pacientes con niveles séricos de IgA indetectables. La superposición de afecciones inflamatorias e infecciosas se observa con frecuencia, lo que dificulta aún más el diagnóstico y tratamiento.

Código: GA2163
Título: CASO CLÍNICO: TUMOR DE GIST INTESTINAL, OTRO GRAN SIMULADOR. LA IMPORTANCIA DE LA MUTACIÓN ONCOGÉNICA PARA DIAGNÓSTICO Y TERAPÉUTICA.
Autores: Cuestas A.[1]; Onocko C.[1]; Balderramo D.[1]; Higa M.[1]; Torello R.[1]; Chiaraviglio L.[1]; Begliardo A.[1]
Filiación/es: [1]Hospital Privado de Cordoba.
Especialidad: Caso Clínico Gastroenterología | **Área Temática:** Esófago Estómago Duodeno | **Categoría**: Caso Clínico
INTRODUCCIÓN: Los tumores del estroma gastrointestinal (GIST) son neoplasias mesenquimales raras con un potencial maligno variable.
Típicamente se presentan como neoplasias subepiteliales ubicadas a lo largo del tracto gastrointestinal, en orden de frecuencia la presentación duodenal es menor al 5%.
La mayoría de los GIST albergan mutaciones características en KIT o en el receptor alfa del factor de crecimiento derivado de plaquetas (PDGFRA).
La presentación clínica varía de acuerdo a su localización primaria, siendo el sangrado gastrointestinal la complicación más peligrosa; a menudo requiere cirugía de emergencia y representa un síntoma común de GIST duodenal.

OBJETIVOS: Presentar el caso de una paciente con tumor del estroma gastrointestinal diagnosticado de manera incidental. Determinar la importancia de la mutación oncogénica para diagnóstico y terapéutica así como el seguimiento ambulatorio de pacientes con hemorragia digestiva alta.

MATERIALES Y MÉTODOS: Paciente sexo femenino de 57 años con antecedentes de obesidad e internación previa por hemorragia digestiva alta con estabilidad hemodinámica secundaria a úlcera gástrica Forrest II y III (noviembre/ 2021), tratado con escleroterapia (epinefrina) e inhibidores de la bomba de protones. No realiza controles posteriores al alta. Consulta por presentar 3 episodios de melena en las últimas 72 horas; además el cuadro se acompañó de astenia, palpitaciones y episodio de lipotimia.
La endoscopia digestiva alta reveló a nivel de duodeno en cara posterior lesión de aspecto ulcerada extendiéndose por rodilla que presenta áreas mamelonadas, no pudiendo definir si corresponde a bulbo o resulta de la penetración de lesión extrínseca, se toman múltiples biopsias.
Se realiza TAC de abdomen en donde se evidencia lesión mucosa vegetante duodenal que mide 65mm de diámetro antero-posterior por 33 mm de diámetro, sin compromiso de la muscular de la mucosa ni extralimitación de la serosa, de características sospechosas. Pequeñas imágenes ganglionares adyacentes infracentimétricas. Ausencia de líquido libre, lesiones sospechosas a distancia y adenomegalias.

RESULTADOS: El análisis inmunohistoquímico reveló tumor estromal gastrointestinal mixto. Número de mitosis menos de 1 en 5 MM2.Grado histológico 1. Necrosis ausente.
En este contexto se programó cirugía: laparotomía con duodenectomía y antrectomía.

CONCLUSIONES: La activación oncogénica de los receptores tirosina cinasa KIT o PDGFRA rigen el curso evolutivo de los GIST.

El caso expuesto nos resultó en particular de notable interés debido a la presentación poco común de los GIST intestinales. No se recomienda seguimiento de forma rutinaria dado el bajo riesgo de malignidad de úlceras duodenales. En este caso la recurrencia del cuadro condujo al diagnóstico y posibilidad de tratamiento quirúrgico. Destacamos la importancia del seguimiento ambulatorio en estos pacientes para la identificación temprana de esta enfermedad poco frecuente.

Código: GA2142
Título: TASA DE CANCER COLON DE INTERVALO: EXPERIENCIA EN CENTRO DE TERCER NIVEL
Autores: Pagés Polegritti M.[1]; Garavento L.[1]; Yantorno M.[1]; Arramón M.[1]; Correa J.[1]; Giraudo F.[1]; Garbi M.[1]; Marin P.[1]; Marletta E.[1]; Chazarreta A.[1]; Baldoni F.[1]; Tufare F.[1]
Filiación/es: [1]HIGA SAN MARTIN LA PLATA, BUENOS AIRES
Especialidad: Trabajo Científico Gastroenterología | **Área Temática:** Colon | **Categoría**: Trabajo Científico
Introducción y objetivos: el cáncer colorrectal de intervalo (CCRi), se define como la aparición de cáncer colorrectal (CCR) entre períodos de cribado, en el contexto de una vigilancia adecuada en función a las recomendaciones de las guías actuales de prevención de CCR. Distintas teorías se han postulado para explicar su origen: lesiones no visualizadas (principalmente lesiones planas y/o de colon proximal), resecciones incompletas o lesiones surgidas de novo con posterior transformación maligna y rápido crecimiento. La tasa de CCRi se estima en 2.8% a 4.9% de todos los cánceres esporádicos. El objetivo de este estudio es determinar la tasa de CCRi en una unidad de endoscopía de un centro de tercer nivel y describir las características de las lesiones encontradas. Materiales y métodos: Estudio retrospectivo, descriptivo en el que se incluyeron pacientes con diagnóstico de CCR entre enero 2015 y enero 2020, posteriormente se identificaron pacientes con CCRi y a partir de ellos se documentó información acerca de localización, tamaño e histología del CCRi y datos de VCC previa (preparación colónica, presencia de lesiones y fotodocumentación). Resultados: Se incluyeron 267 pacientes con CCR, se identificaron 9 con CCRi, de los cuales 6 eran hombres, con una media de edad al diagnóstico de 69.7 años. La proporción calculada en nuestro centro fue de CCRi fue del 3%. El 66% de los tumores se localizaron en el colon izquierdo. El principal motivo de consulta al momento del diagnóstico fue anemia, seguido por dolor abdominal y proctorragia. En VCC previa al diagnóstico, el 23% de los pacientes presentó preparación inadecuada, el 100% fotodocumentación y tres de ellos presentaban adenomas de alto riesgo, debido a su tamaño mayor a 10 mm. Dos pacientes presentaron antecedentes familiares de CCR. Conclusiones: La tasa de CCRi es una medida de eficacia de un programa de cribado poblacional para disminuir la mortalidad por CCR. En nuestro estudio el CCRi significó una proporción del 3% similar a lo reportado en la literatura actual. Consideramos que es fundamental conocer las características asociadas con el CCRi para mejorar nuestra práctica diaria y prevenir el CCRi a través de la estratificación del riesgo.

Código: GA2025
Título: ESTRÉS GÁSTRICO Y PROTECCIÓN POR ACEITE DE CANNABIS EN RATAS.
Autores: Bedini O.A.[1]; Naves A. E.[2]; San Miguel P.[1]; Ayala M.[1]; Espinosa T.[1]; Damiani A.[1]; Ferrer M.[1]
Filiación/es: [1]FCM-UNR; [2]Instituto de Histopatologia de Rosario.
Especialidad: Trabajo Científico Gastroenterología | **Área Temática:** Esófago Estómago Duodeno | **Categoría**: Trabajo Científico
ESTRÉS GÁSTRICO Y PROTECCIÓN POR ACEITE DE CANNABIS EN RATAS.
Objetivo: Estudiar la acción del aceite de Cannabis en la mucosa gástrica (MG) de ratas sometidas a estrés por inmersión e inmovilización (In-Im) Material y Método: A ratas SpragueDawley(n = 8) de 250 grs± 30 grs de peso promedio, en ayunas de 12 hs excepto agua ad-libitum y evitando la coprofagia, se las sometió a estrés por In-Im. Para el estrés, cada rata fue colocada en un tubo de PVC, con perforaciones múltiples. Luego los tubos fueron sumergidos en un recipiente con agua a 18 °C en forma vertical con cada animal en su interior, hasta el apéndice xifoides. Luego se esperó 6 hs. Se realizaron los siguientes experimentos: Grupo 1: (3) ratas en estrés testigos. Grupo 2: (5) ratas a las cuales previamente al estrés se realizó: Pre tratamiento con 1 ml de aceite de Cannabis en forma oro-gástrica, por día y por 7 días consecutivos previos al estrés. El aceite de Cannabis utilizado fue analizado previamente en el laboratorio Central de la facultad de Ciencias Bioquímicas de Rosario –UNR. Con el siguiente resultado de su perfil químico: Contenido de Cannabinoides: delta -9-tetrahidrocannabivarin 0.55 %. Cannabidiol (CBD) 24.76 %, Cannabicromeno 9.42 %, Delta -9- Tetrahidrocannabinol (THC) 49.84 %, Cannabigerol 1.88 %, Cannabinol 13.54 %. Contenido relativo THC/CBD: CND 33.19 %. THC 66.81 %. Cuantificación contenido THC, CBD: CBD (mg/ml) 0.63, THC 8 Mg/ml) 1.27. Finalizadas las 6 hs del estrés, las ratas fueron sacrificadas con una sobredosis de éter, se realizó laparotomía abdominal, se extirpó el estómago y se procedió a su apertura por su curvatura mayor. Se tabuló el % del área lesional necrótica macroscópica de la MG medida por planimetría computarizada, post fotografía del total de la mucosa gástrica. Posteriormente se obtuvieron cortes de la MG para estudio anatomopatológico con coloración de H.E y PAS. Resultados: Grupo 1, ratas estrés testigo: % del área necrótica macroscópica de la MG: 60 %. Grupo 2: ratas con pre tratamiento con aceite de cannabis 1 ml IG / día, durante 7 días, ayuno de 12 hsy luego estrés 6 hs: % del área necrótica de la MG 9 %± 3.Conclusión: El aceite de Cannabis utilizado cuyo contenido de THC/CBD:66.81 / 33.19 y cuya cuantificación fue de THC / CBD: 1.27 / 0.63, protegió significativamente a la MG, en ratas sometidas a estrés por IN-IM.

Código: GA2005
Título: UNA CAUSA POCO FRECUENTE DE HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA
Autores: Estrada C.[1], Pesantez M.[1], Fontan M.[1], Galvagno F.[1], Saltos S.[1], García Anapios L.[1], Marturano M.[1], Giudice F.[1], Marceno F.[1], Di Paola L.[1], Padin L.[1]
Filiación/es: [1]Hospital Carlos G. Durand
Especialidad: Caso Clínico Gastroenterología | **Área Temática:** Esófago Estómago Duodeno | **Categoría**: Caso Clínico
INTRODUCCIÓN: La hemorragia digestiva alta es motivo de consulta muy frecuente en gastroenterología, siendo las principales etiologías la gastropatía erosiva y la enfermedad ulcero péptica.

OBJETIVOS: Revisar un caso clínico de una causa de hemorragia digestiva alta de baja prevalencia.

MATERIALES: Femenina de 67 años con antecedentes de litiasis vesicular sintomática, que consulta por guardia por dolor abdominal en hipocondrio derecho y hematemesis. Laboratorio con HTO 21.4 HB 7 GB 20190 BT 1.63 BD 1.11 GOT 127 GPT 84 FAL 210 GGT 260. Ecografía abdominal: vesícula biliar colapsada con macrolitiasis.

RESULTADOS: Se realiza VEDA donde se observa anatomía de bulbo duodenal alterada y luz deformada. A nivel de cara antero inferior se identifica orificio fistuloso de 15 mm, mucosa de aspecto velloso, sin signos de sangrado digestivo activo. Estudios complementarios: TC y CPRM, pérdida de plano de clivaje entre la vesícula y marco duodenal, litiasis vesicular, aerobilia y absceso en hilio hepático. Ante estos hallazgos, se interpreta el cuadro como síndrome de Mirizzi tipo V. Se decide conducta quirúrgica: drenaje de absceso paravesicular, colecistectomía parcial, cierre de fístula colecistoduodenal y hepaticoyeyunoanastomosis.

CONCLUSIONES: Las fístulas colecistoduodenales son una complicación poco frecuente de la colelitiasis y se presentan en menos del 5% de los casos. En situaciones excepcionales, pueden causar hemorragia digestiva alta secundario a la erosión de la pared gastrointestinal ocasionada por el lito a su paso.

OBSERVACIONES: La HDA por fístula colecistoduodenal, representa una urgencia gastroenterológica de etiología poco habitual, que nos recuerda las complicaciones raras de las enfermedades comunes. Cabe destacar la importancia de imágenes complementarias para caracterizar correctamente los hallazgos y establecer un diagnóstico precoz y tratamiento oportuno.

Código: GA2018
Título: PRESENTACIÓN INUSUAL DE UNA NEOPLASIA SÓLIDA PSEUDOPAPILAR DEL PÁNCREAS
Autores: Salas V.[1]; Puga-Tejada M.[1]; Maldonado E.[1]; Villarpando-Plaza P.[1]; Gonzales M.[1]; Vintimilla E.[1]; Erazo-Zambrano J.[1]; Perna L.[1]; Bruno A.[1]; Solari I.[1]; Sánchez de Loria J.[1]; Torrico F.[1]; Marchi L.[1]
Filiación/es: [1]Hospital Nacional Profesor Alejandro Posadas (HNPAP), El Palomar, Argentina.
Especialidad: Caso ClínicoGastroenterología | **Área Temática:** via biliar-pancreas | **Categoría**: Caso Clínico
Introducción: La neoplasia sólida pseudopapilar del páncreas (NSP), también llamado tumor de Frantz, es una neoplasia poco frecuente, localizada generalmente a nivel caudal del páncreas, de aspecto sólido-quístico. Se presenta en mujeres jóvenes entre los 20-30 años. En hombres es excepcional y con comportamiento más agresivo. Su naturaleza paucisintomática dificulta el

diagnóstico. La citología obtenida por punción aspiración con aguja fina (PAAF) guiada por ultrasonografía endoscópica (USE) es útil para el diagnóstico y permite la diferenciación de otras lesiones pancreáticas. Habitualmente el pronóstico es favorable dado su lento crecimiento y bajo potencial maligno y la cirugía es curativa, con una tasa de supervivencia a 5 años >95%.

Objetivo: Describir las estrategias diagnósticas y el pronóstico de la NSP a partir de la presentación de un caso infrecuente en un paciente masculino.

Presentación del caso: Masculino de 29 años de edad, sin antecedentes de relevancia. Consultó por cuadro de varios meses de evolución caracterizado por epigastralgia intermitente. Se realizó una ecografía abdominal que informó una masa sólida en cuerpo-cola del páncreas, voluminosa, de bordes irregulares y vascularizada. La tomografía de abdomen con contraste endovenoso (TC) mostró una lesión de 106 x 68 mm en cuerpo-cola de páncreas, con áreas hipodensas en su interior, de aspecto necrobiótico, con compromiso de la vena esplénica >180° y de la arteria hepática en su sector proximal (Figura 1A). Similar descripción se informó en la resonancia magnética y USE (Figura 1B-C). Mediante PAAF No. 22 gauge se obtuvo muestra representativa, la inmunocitoquímica confirmó NSP con beta-catenina positivo y cromogranina A negativo (Figura 1D-E). Tras evaluación multidisciplinaria se decidió conducta quirúrgica. La laparotomía exploratoria evidenció lesión irresecable, con compromiso de todo el páncreas e infiltración de los vasos esplénicos.

Conclusión: La baja frecuencia de la NSP, más aún en el género masculino, son motivos de la presentación de este caso. La USE y PAAF son protagonistas en el diagnóstico de certeza, ya que es un procedimiento mínimamente invasivo y útil en el diagnóstico diferencial de lesiones pancreáticas.

Observaciones: Existen varios factores asociados a mal pronóstico: género masculino, diámetro >10 cm, infiltración linfovascular, resección con margen R1 y Ki-67 elevado. Nuestro caso cumplió con la mayoría de estos criterios.

Código: GA2035
Título: GIST GÁSTRICO GIGANTE
Autores: Parajon, JP.[1]; Macias, P.[1]; Man, M.[1]; Brichta, I.[1]; Paterno, M.[1]; Moreno, ML.[1]; Kujaruc, M.[1]; Mendez, G.[1]; Corti, R.[1]; Vázquez, H.[1]
Filiación/es: [1]Hospital Udaondo Bs. As.
Especialidad: Caso Clínico Gastroenterología | **Área Temática:** Esófago Estómago Duodeno | **Categoría**: Caso Clínico
INTRODUCCIÓN: Los tumores del estroma gastrointestinal (GIST) son las neoplasias mesenquimáticas más frecuentes del tubo digestivo. Ocurren principalmente en pacientes entre los 50-80 años, con igual distribución en ambos sexos. Se localizan en estómago (56%), intestino delgado (32%), colon (6%), recto y esófago (1%); y se originan en las células intersticiales de Cajal. La mayoría presenta mutaciones oncogénicas en el gen c-KIT o en el receptor alfa del factor de crecimiento derivado de plaquetas (PDGFRA), los cuales codifican al receptor de tirosina cinasa. Gran proporción son asintomáticos y su diagnóstico incidental. Los sintomáticos presentan saciedad precoz, hemorragia digestiva, anemia, dolor abdominal, obstrucción y masa palpable. El tratamiento primario es la cirugía, y en los casos de enfermedad localmente avanzada o metastásica el tratamiento con imatinib es de elección. OBJETIVO: Presentación de un caso clínico de GIST gástrico gigante localmente avanzado con necesidad de tratamiento neoadyuvante. CASO CLINICO: Masculino, 56 años. Consulta por melena y anemia sintomática de 4 meses de evolución. Laboratorio: Hto 12 %, Hb 3.3 grs%, Gb 18.100/mm3. Se realizó endoscopia digestiva alta (VEDA) que informó lesión ulcerada en techo gástrico, con biopsia negativa para atipia; y TAC que evidencia engrosamiento parietal irregular difuso, de 30 mm de espesor, de cuerpo y techo gástrico, adquiriendo configuración sacular con contornos mucosos mamelonados, aéreas de infiltración transparietal de parénquima esplénico y polo superior de riñón izquierdo y delimitación imprecisa con parénquima caudal del páncreas. Se decide realizar biopsia percutánea guiada por ecografía ante la eventual necesidad de iniciar tratamiento con imatinib. Anatomía patológica: Proliferación de células fusiformes con núcleos elongados de contornos regulares y cromatina finamente granular, dispuestas en fascículos entrecruzados, separados por un estroma mixoide vascularizado. IHQ: CD117, DOG1 y CD34 positivos; AML, Desmina, y S100 negativos. Diagnóstico: GIST. Se interpreta al cuadro como hemorragia digestiva secundaria a GIST gástrico. Se inicia tratamiento con imatinib 400 mg/día, con criterio neoadyuvante, y nueva evaluación de respuesta planificada en 6 meses con imágenes. Se realiza nueva TAC a los 3 meses donde se objetiva respuesta parcial con normalización del hematocrito. CONCLUSIONES: La histopatología para confirmar GIST es fundamental para descartar una amplia variedad de diagnósticos diferenciales de lesiones subepiteliales. El tratamiento depende de su tamaño y extensión. El uso de imatinib permite en pacientes seleccionados modificar la conducta quirúrgica. OBSERVACIONES: Se comunica caso de GIST gástrico gigante localmente avanzado sintomático irresecable, en el cual la biopsia percutánea permitió obtener histología ante fracaso por vía endoscópica, con indicación de tratamiento neoadyuvante y eventual cirugía posterior.

Código: GA2050
Título: ABDOMEN AGUDO SUBOCLUSIVO SECUNDARIO A GASTROENTERITIS EOSINOFÍLICA
Autores: Giraudo F.[1]; Ortiz L.[1]; Fernandez J.[1]; Garbi L.[1]; Garavento L.[1]; Martinez H.[1]; Calzona C.[1]; Guzman M.[1]; Redondo A.[1]; Scarponi A.[1]; Pascal A.[1]; Chopita N.[1]
Filiación/es: [1]IPENSA.
Especialidad: Caso Clínico Gastroenterología | **Área Temática:** General | **Categoría**: Caso Clínico
Introducción: la gastroenteritis eosinofílica (GEO) es un trastorno inflamatorio infrecuente, benigno, caracterizado por la infiltración eosinofílica en la pared intestinal. El diagnóstico depende de tres criterios: clínico, histología y exclusión de otras patologías. La enfermedad se divide en tres subtipos y sus manifestaciones dependen del segmento y capas de intestino afectadas. La afectación de la mucosa puede causar diarrea, vómito, enteropatía y malabsorción. La afectación de la capa mucular puede causar obstrucción intestinal. La afectación serosa puede provocar ascitis, peritonitis y perforación. El 70% de los casos presentan eosinofilia periférica. siempre hay que descartar parasitosis, enfermedades autoinmunes y patología oncohematológicos. Objetivo: Presentar un caso clínico con causa atípica de abdomen agudo suboclusivo. Caso clínico: Femenina de 21 años que consulta por dolor abdominal, vómitos y diarrea de 72 horas de evolución. Al ingreso se constata en laboratorio con 26.820 glóbulos blancos/mm³ (46% de eosinófilos). Se realiza ecografía abdominal que evidencia abundante líquido libre laminar esplénico-hepático y líquido interasas. Se decide complementar estudio con tomografía computada de abdomen y pelvis con doble contraste que informa engrosamiento difuso de las paredes de la región antropilórica, y de asas intestinales delgadas predominantemente proximales, que se asocian a una ligera irregularidad y nodularidad de sus pliegues. Además presenta ligero engrosamiento difuso de las paredes del colon y líquido libre intraabdominal de moderada cuantía a nivel perihepático, periesplénico, interasas, ambas correderas parietocólicas y a nivel de la pelvis. Se realizan coproparasitológico seriado y estudio hematológico descartando parasitosis y enfermedad oncohematológica. Se busca presencia de eosinofilia en otros órganos y enfermedad celíaca siendo esto negativo. Se realiza videoendoscopia digestiva alta (VEDA), evidenciando resaltó al paso por canal pilórico con mucosa duodenal edematosa, congestiva, condicionando estrechez del diámetro de la luz, se biopsia. El resultado anatomopatológico informa mucosa gástrica normal y mucosa duodenal con conservación de arquitectura vellositaria con aumento significativos de eosinófilos, confirmando el diagnóstico de GEO. Se inicia tratamiento con prednisona a 0.5 mg/kg logrando la remisión de los síntomas a las 72 hs. Evoluciona favorablemente con pautas de descenso de corticoides. Se repite al mes del tratamiento VEDA y videocolonoscopia (VCC) sin evidencia de lesiones, se toman múltiples biopsias para completar estudios (pendiente resultados). Actualmente continúa sin recurrencia de los síntomas. Conclusión: Presentamos el caso de una patología infrecuente, con síntomas severos, que pueden imitar a diferentes patologías, por lo que resulta fundamental descartar otras enfermedades para poder confirmar el diagnóstico. Observaciones: patología infrecuente.

Código: GA2073
Título: DIVERTÍCULO DEL TERCIO MEDIO ESOFÁGICO COMO CAUSA DE DISFAGIA EN ADULTOS MAYORES
Autores: Cernadas, G.[12]; Martinez, S[1]; Dima, G[1]; Lasa, J[1]; Ithurralde Argerich, J[2]; Soifer, L.[1]
Filiación/es: [1]Centro de Educación Médica e Investigaciones Clínicas "Norberto Quirno" (CEMIC). Buenos Aires, Argentina; [2]Instituto Otorrinolaringologico Arauz. Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina.
Especialidad: Caso Clínico Gastroenterología | **Área Temática:** Esófago Estómago Duodeno | **Categoría**: Caso Clínico
INTRODUCCIÓN: Los divertículos del esófago medio poseen una baja prevalencia (0.02-0.77%) y se manifiestan entre la sexta y séptima década de vida. Suelen relacionarse con fuerzas de tracción secundarias a procesos inflamatorios locales o por pulsión secundaria a trastornos motores del esófago. La mayoría son asintomáticos y el principal síntoma es la disfagia entre otros síntomas menos frecuentes. Los métodos diagnósticos suelen ser esofagograma y videoendoscopía digestiva alta (VEDA). Las complicaciones (muy baja frecuencia) pueden ser neumonía por aspiración, arritmias cardíacas,

cáncer y/o perforación diverticular.

CASO CLINICO: Masculino de 77 años con disfagia alta intermitente a sólidos de 1 año de evolución y episodios de atascamiento aislados que resolvieron de forma espontánea o con la ingesta de líquidos. Antecedentes personales: Polimialgia Reumatica; hipertensión arterial. Evaluado por equipo interdisciplinario, se solicitan los siguientes estudios. Videodeglución: Retardo en vaciamiento esofágico por presencia gran saco diverticular de boca ancha en tercio medio con adecuada relajación de esfínter esofágico inferior (EEI) y sin evidencia de hernia hiatal ni reflujo gastroesofágico (RGE) ni alteraciones en fase oral ni faringea. VEDA: Hiato a 40cm, pliegues gástricos y cambio mucoso 39cm de arcada dentaria superior (ADS). Gran segmento dilatado desde 24 a 30cm de ADS con restos propios en la luz y sin evidencia de lesiones mucosa, se toman biopsias escalonadas. Anatomía patológica: esófago distal con signos de inflamación compatible con RGE; tercio medio y proximal con mucosa normal. Manometría esofágica: EEI normotensivo con relajación completa; peristalsis del cuerpo esofágico presente todas las degluciones con amplitud de onda promedio aumentada compatible con Esófago Nutcracker. pH- MII: parámetros normales. Tomografía computada: leve distensión del cuerpo esofágico en todo su recorrido hasta la zona de transición esofagogástrica, sin alteraciones en mediastino. Se interpreta divertículo esofágico de boca ancha y se decide tratamiento conservador con medidas higiénico dietéticas, inhibidor de bomba de protones y proquinéticos a demanda. Evoluciona con respuesta aceptable con seguimiento clínico periódico.

CONCLUSION: Esta entidad no debe dejar de sospecharse en pacientes de edad avanzada con síntomas de disfagia o atascamiento esofágico. Nuestro paciente no tuvo hallazgos compatibles con posible origen por tracción, sin embargo el hallazgo manométrico podría corresponder a un probable origen de divertículo por pulsión. Si bien el tratamiento quirúrgico resulta una buena opción, no solo para la exéresis del divertículo sino también para el tratamiento de los trastornos motores asociados, la evaluación interdisciplinaria de estos pacientes resulta fundamental a la hora de decidir la conducta. En nuestro caso, debido a la edad avanzada, comorbilidades y ausencia de síntomas graves el tratamiento decidido fue, el conservador.

Código: GA2085

Título: HEMANGIENDOTELIOMA EPIDERMOIDE CON HIPERTENSIÓN PORTAL CLÍNICAMENTE SIGNIFICATIVA EN PACIENTE JOVEN

Autores: Riveros I.[1]; De Olivera S.[1], López G.[1], Llera S.[1], Reineck P.[1], Sciangula M.[1], Porfilio G[1], Barreyro J.4[2]

Filiación/es: [1]Servicio de Gastroenterología, Hospital Escuela de Agudos "Dr. Ramón Madariaga", Posadas, Misiones; [2]Universidad Nacional de Misiones - CONICET, Facultad de Ciencias Exactas Químicas y Naturales, Instituto de Biotecnología de Misiones, Posadas, Misiones.

Especialidad: Caso Clínico Gastroenterología | **Área Temática:** General | **Categoría**: Caso Clínico

Introducción El hemangioendotelioma epidermoide es un tumor vascular raro, se considera de origen endotelial con grado intermedio malignidad. La clínica de presentación hepática es inespecífica, lo que dificulta el diagnóstico precoz. La resección tumoral y el trasplante hepático ortotópico son los tratamientos recomendados.

Objetivos: Revisamos las características clínicas y patológicas de un caso de hemangioendotelioma epidermoide hepático en nuestra institución.

Material (pacientes) y métodos: Masculino de 21 años de edad sin antecedentes patológicos de importancia. Acude inicialmente a consulta externa por dolor abdominal. Se realiza TAC que evidencia un hígado aumentado de tamaño, densidad heterogénea, lesiones múltiples mal definidas que no realzan con contraste endo-venoso y escaso liquido libre en cavidad abdominal, posteriomente se realiza resonancia magnética de abdomen con contraste endovenoso visualizándose un hígado marcadamente aumentado de tamaño, contornos irregulares e intensidad heterogénea debido a la distorsión de la arquitectura parenquimatosa y aparente alteración de la perfusión con realce dishomogeneo post contraste endovenoso que compromete el parénquima de forma difusa , predominantemente el lóbulo derecho y segmento anterior de lóbulo caudado. Por lo que se decide biopsia hepática con anatomía patológica y inmunohistoquimica compatible con Hemangioendotelioma epidermoide. Evoluciona tórpidamente con aumento del perímetro abdominal, siendo evaluado por servicio de gastroenterología asumiéndose como progresión de la enfermedad con hipertensión portal clínicamente significativa. En los análisis bioquímicos se evidencio enzimas hepáticas (TGO-TGP) en valores de 99 mg/dl y 88 mg/dl respectivamente, FAL de 518 mg/dl y bilirrubina total de 3.15 mg/dl a predominio directo de 2,3 mg/dl, albumina de 2.10 mg/dl con tiempo de protrombina de 50% y RIN de 1,48 con serologías víricas negativas. Al examen físico se presenta con abdomen distendido con onda ascítica positiva. Se realiza ecografía abdominal que informa severa ascitis para lo cual se realiza paracentesis diagnostica y evacuadora de gran volumen con gradiente albumina suero-ascitis (GASA) compatible con hipertensión portal. Se realiza VEDA con varices esofágicas grandes con posterior banding de las mismas. En la actualidad el paciente evoluciona con ascitis refractaria para lo que inicia paracentesis de gran volumen programadas.

Conclusión: El caso tiene características interesantes, al considerar un tumor hepático raro, no reportado en el medio que evoluciona con hipertensión portal clínicamente significativa. Dada la rareza de este tipo de tumor, planteando la necesidad de realizar estudios multicéntricos a fin de optimizar su tratamiento

Observaciones: La intención de presentar este caso a la comunidad médica es la comunicación simple debido a la rareza de este tipo de tumores como causa de hipertensión portal.

Código: GA2101

Título: Historia Natural de Colitis ulcerosa asociada a Colangitis esclerosante primaria.

Autores: Castillo G[1], Rodriguez Varas M[1], Melano F[1], Zarate F[1], Bertero M[1], Sosa M[1], Ponce J[1]

Filiación/es: [1]Hospital Cordoba

Especialidad: Caso Clínico Gastroenterología | **Área Temática:** Colon EII | **Categoría**: Caso Clínico

Masculino de 17 años-conocido x 1ra vez en 12/2021

APP:CUI+CEP Dx a los 5años con abandono del tto a los 9años.

MC:Astenia y diarrea con sangre

AEA:Síntomas compatibles con Sme Anemico de 1 mes de evolución, progresivo, asociado a deposic diarreicas con sangre de 7dias, en N°7-8xdia, diurnas y nocturnas, con dolor abd cólico en FII predefecatorio y pérdida de peso severo en los 2 últimos meses.

EXFCO:IMC<18.5. Hígado palpable 2cm debajo de reborde costal, no doloroso. Resto sp.

LBT:HB10,6 HTO34 GB15000 NS76% PLAQ 680000 Gluc400 GGT383 FAL453 BT0.8 ALB3 PCR5 VSG62 coprocultivo y ToxCD negativa

Dx presuntivo:Brote de CUI(twl 15)-Sme anémico–Sme Colestasico-Diabetes de novo.

CONDUCTA:Internacion+Check list-Se inicia Hidrocortisona 400mg+heparino px-Se reinicia esquema con AUD+Mesalazina-Se inicia tto con insulina.

MET COMPLEMENT:

ECO ABD+Rx de abdomen:Sp

TC de AyP sc:Engrosamiento de colon a nivel de Ang hepático vs colon ascendente–adenomegalias.

VCC:Se niega a completar preparación.BOSTON 5:Resumen Dx:Ileitis por reflujo-Pancolitis inflamatoria:MAYO3 UCEIS7-Lesión en colon ascend 20mm PARIS:0-Is KUDOIV–pseudopolipos

AP: Intensa inflamación crónica inespecífica con actividad en todo el colon–Lesión de CT:Mucosa de intestino grueso con inflamación crónica y aguda inespecífica, sin evidencia de malignidad.

Marcadores tu:Normales.

EVOLUCION:Mejoría sintomática(TWL 10).Control x ambulatorio y se cita para nueva VCC. Medicación al alta: meprednsisona40mg en descenso Mesalazina4gr-AUD600mg-Insulina

Pte no asiste a los controles y es traído en abril 2022 a la guardia x astenia y proctorragia.Abandono de medicación hace 1 mes;continua con insulinas. Desde hace 10 días astenia y pérdida de fuerza de los MM.Hace 4 días inicia con episodios de diarrea con sangre 2o3xdia, diurnas, pujo y tenesmo, dolor abd en HD y FII tipo cólico. Ictérico/pálido desde hace 3 días.

EXFCO:taquicardico, icterico, soporoso. Abd doloroso en FII sin defensa. Matidez infraumb.Edemas de mmii.

LBT:HB1.9 HTO7 GB13300 NS78% PLAQ619000 GLUC196 BT2.1 BD1.8 GGT353 FAL991 ALB1.9 APP70 PCR3 VSG30. coprocultivo y ToxCD negativa.

TC de abd cc:Lesiones hepát en lóbulo derecho que impresionan mtts. Estenosis de la VB intrahepatica derecha.TV de la porta.Lesión en colon transverso que compromete la circunferencia de caract neoplasicas. Adenomegalias. Ascitis moderada

DxPRESUNTIVO:Sme anémico severo-Brote Mod de CUI(twl13pts)-Lesiones hepáticas en estudio-Colestasis-TV de la porta-Lesión de colon sospechosa de neo-SAE.

CONDUCTA:Internación, estabilización y múltiples tx de ugr.Se reinicia tto habitual, HeparinPx y corticoidesEV

VEDA: Dx:muguet y candidiasis esofagica–gastropatia congestiva.

VCC:BOSTON7.Resumen Dx:ileitis-pancolitis MAYO2 UCEIS3–lesion colon transv estenotica, franqueable.

Marc Tu:CA19,9:+10000

AP:Ileon:inflmac crón y aguda inespecífica.Lesión de colon transverso con adenoca pobremente diferenciado, infiltrante.

Inicia tto con Capecitabina+5FU/LV, en seguimiento conj con Onco.

Código: GA2109
Título: Desmielinización nerviosa periférica por Adalimumab en un paciente con EII
Autores: Bonamico A.[1]; Semrik N.M.[1]; Trakal J.J.[1]; Trakál E.[1]; Butti A.[1]; Zárate F.E.[1]; Gorordo Ipiña R.C.[1]; Bedini M.P.[1]
Filiación/es: [1]Clínica Universitaria Reina Fabiola de Córdoba
Especialidad: Caso Clínico Gastroenterología | **Área Temática:** Colon EII| **Categoría**: Caso Clínico
Objetivos: Conocer una complicación neurológica muy poco frecuente secundaria a la terapia con inhibidor del factor de necrosis tumoral.
Presentamos el caso de un paciente sexo masculino de 53 años de edad con diagnóstico de colitis ulcerosa desde el año 2002, con multiples crisis con requerimiento de esteroides y poca adherencia a los tratamientos indicados.
Se solicita videoendoscopia digestiva baja donde se observan en colon ascendente algunas máculas enantemáticas; desde el ángulo esplénico a distal se observa desaparición de haustras con pérdida del patrón vascular, algunas erosiones aisladas y friabilidad de la mucosa con sangrado al paso del endoscopio. En contexto del antecedente del paciente se clasifica como Colitis Ulcerosa E2 de la Clasificación de Montreal y Colitis Ulcerosa Mayo II parcial endoscópico corticoideo dependiente.
Se decide iniciar tratamiento con un inhibidor del factor de necrosis tumoral (Adalimumab) a dosis de inducción (160- 80 - 40 mg) y mantenimiento (40 mg quincenal). A los dos meses de iniciado el fármaco el paciente comienza con pérdida de fuerza radial derecha progresando a los dos meses posteriores a una debilidad marcada de los músculos extensores de la muñeca (es decir, "caída de la muñeca"), y extensores de los dedos afectando la abducción del pulgar. Se solicita valoración por servicio de neurología y se realiza electromiografía siendo el resultado normal. Se decide suspender Adalimumab e iniciar un antagonista selectivo de las integrinas (Vedolizumab). Los síntomas neurológicos remitieron por completo, recuperando la sensibilidad y la motilidad de la mano hábil.
La terapia biológica ha cambiado el curso de la enfermedad inflamatoria intestinal y la seguridad de estos fármacos está bien documentada. Las complicaciones neurológicas son infrecuentes y es difícil establecer una relación causal clara. Para el adalimumab se ha descrito una frecuencia del 0,1%. Dentro de ellas, las más frecuentemente descritas son el desarrollo o exacerbación de esclerosis múltiple y la desmielinización del SNC; siendo la desmielinización nerviosa periférica la más rara. El conocimiento de estos casos es esencial para un manejo integral de la terapia biológica en nuestros pacientes.

Código: GA2131
Título: FISTULA COLOVESICAL DE ORIGEN DIVERTICULAR. A PROPOSITO DE UN CASO
Autores: Portillo L.[1]; Jensen V.[1]; Barsi B.[1]; Molinari E.[1]; Arisio S.[1]; Leon T.[1]; Calcagno R.[1]; Romeo J.[1]; Precetti F.[1]; Ghiraldo A.[1]; Marini E.[1]
Filiación/es: [1]Hospital General de Agudos J. M. Ramos Mejía.
Especialidad: Caso ClínicoGastroenterología | **Área Temática:** colon | **Categoría**: Caso Clínico
Introducción
La fistula entérica, es una entidad poco frecuente, presentando una incidencia de alrededor del 2-4% en la enfermedad diverticular, siendo la misma su causa más frecuente.
Su forma de presentación más común es la fistula enterovesical (FEV), entre colon sigmoides y vejiga en un 90-95% de los casos, con un leve predominio por el sexo masculino.
El cuadro clínico típico se caracteriza por neumaturia, siendo este el síntoma más frecuente, así como fecaluria e infecciones urinarias a repetición.
Su diagnóstico depende de los hallazgos clínicos y de los estudios para determinar su etiología, tales como endoscopia, cistoscopia y tomografía computada. Esta última, tiene una alta sensibilidad, con una precisión del 90%. Dentro de los hallazgos sospechosos destacan el engrosamiento de la pared vesical adyacente a un asa de colon engrosado, aire en la vejiga y la presencia de divertículos colónicos.
La mayoría de los casos son tratados quirúrgicamente.

Objetivo
Se presenta el caso de un paciente de sexo masculino con una complicación poco habitual de la enfermedad diverticular.

Paciente
Paciente de 67 años de edad, con antecedente de dos episodios de diverticulitis, consulta en el año 2021 con servicio de urología del Hospital Ramos Mejía, por cuadro de fecaluria, neumaturia e infecciones urinarias a repetición sin respuesta a tratamiento antibiótico de un año de evolución.
Al ingreso el paciente se encontraba estable, afebril con un abdomen indoloro, sin alteraciones en las pruebas de laboratorio.
El paciente es sometido a una cistoscopia que evidencia vejiga con contenido turbio y restos alimentarios. Fistula vesico colónica.
Con posterioridad se realiza una tomografía con contraste en la que se observa vejiga moderadamente distendida, con nivel hidroaéreo en su interior, impresionando trayecto fistuloso hacia colon sigmoides.
El paciente acude al servicio de gastroenterología para videocolonoscopía. La misma evidencia diverticulosis universal y una región de menor distensibilidad entre los 25 a 30 cm del margen anal que se franquea con dificultad.
En enero del corriente año, se realiza laparotomía en forma conjunta entre el servicio de cirugía y urología, que debido al compromiso vascular del colon obliga a realizar una colectomía subtotal con ascendorecto anastomosis y rafia vesical. Procedimiento bien tolerado por el paciente.

Conclusión:
La FEV constituye una entidad poco frecuente.
El diagnóstico es difícil dado que, si bien se trata de una afección primaria del tracto digestivo, el paciente suele buscar atención médica por molestias del tracto urinario. Requiriendo una investigación adecuada mediante una buena anamnesis, tomografía, colonoscopia y cistoscopia de ser necesario.
La mayoría de los casos son tratados quirúrgicamente.

Observaciones
Nuestro caso destaca por ser una de las complicaciones más infrecuentes de la diverticulitis y la importancia de tener en cuenta esta entidad para evitar el diagnóstico tardío.

Código: GA2132
Título: FISTULA ENTERICA DE ORIGEN INFRECUENTE. A PROPOSITO DE UN CASO
Autores: Portillo L.[1]; Barsi B.[1]; Arenas Tenembaum J.[1]; Calcagno V.[1]; Calcagno R.[1]
Filiación/es: [1]Centro Médico Sala Salud, Lanús.
Especialidad: Caso Clínico Gastroenterología | **Área Temática:** Colon | **Categoría**: Caso Clínico
Introducción
La fistula entérica, es una entidad poco frecuente, siendo sus principales causas la enfermedad diverticular, cáncer de colon, enfermedad de crohn y sumamente infrecuente en los abscesos tubo-ováricos.
El absceso tubo-ovárico es una condición inflamatoria grave en la pelvis causada por el agravamiento de la enfermedad inflamatoria pélvica o la extensión local de una apendicitis. La formación de fístulas con órganos cercanos es una complicación extremadamente rara del mismo, habiendo escasos reportes en la literatura.
El cuadro clínico se caracteriza por dolor abdominal como síntoma principal, también puede presentarse piuria o diarrea purulenta.
Los estudios endoscópicos y por imágenes son útiles para evaluar la etiología de la fístula y precisar la extensión y severidad de los órganos afectados.
El tratamiento quirúrgico recomendado es la resección del segmento intestinal afectado con anastomosis primaria y resección del órgano adyacente completo o solo de la parte afectada.

Objetivo
Se presenta el caso de un paciente de sexo femenino con diagnóstico inusual de fístula sigmoidea a punto de partida de un absceso tubo-ovárico.

Paciente
Paciente femenina de 47 años de edad sin antecedentes de relevancia, consulta en el año 2019 a consultorio externo de gastroenterología del centro médico Sala Salud por cuadro de dolor abdominal en hipogastrio, episodios de diarrea con moco y pus, con urgencia y tenesmo de un año de evolución.
Al examen físico, la paciente se encontraba estable, afebril, con signos vitales normales y abdomen doloroso a la palpación profunda en hipogastrio sin signos de reacción peritoneal. Se realiza tacto rectal presentando esfínter normotónico, ampolla con contenido.
Las pruebas de laboratorio revelaron valores disminuidos de hemoglobina (HB 10.2), con valores hematimétricos normales, reactantes de fase aguda elevados (plaquetas 465000 y VSG 50).
Se solicita videocolonoscopía. La misma se realiza en forma completa, con buena preparación, en la cual, a 18 cm de MA, se evidencia lesión exofítica, congestiva, frágil y sangrante al contacto con el instrumental. Se biopsia.
La anatomía patológica muestra tejido de granulación, sin células atípicas.
En dicho contexto se solicita resonancia magnética de recto en la que se constata abscesos tubo-ováricos con trayectos fistulosos hacia unión rectosigmoidea.

Posteriormente se realiza anexectomía derecha + salpingectomia izquierda (hidrosalpinx) en Hospital Piñero.
Actualmente la paciente se encuentra asintomática, a la espera de resultado de anatomía patológica.

Conclusión
La fístula sigmoidea secundaria a absceso tubo-ovárico es una complicación extremadamente rara. Se debe proporcionar un diagnóstico preoperatorio rápido y un tratamiento quirúrgico individualizado para evitar la morbimortalidad.

Observaciones
Consideramos relevante la presentación de este caso, dado el origen infrecuente de la misma y la importancia de tenerlo en cuenta como diagnóstico diferencial.

Código: GA2156
Título: TUMOR GIST DE INTESTINO DELGADO. A PROPOSITO DE UN CASO
Autores: Portillo L.[1]; Jensen V.[1]; Barsi B.[1]; Molinari E.[1]; Arisio S.[1]; Leon T.[1]; Calcagno R.[1]; Romeo J.[1]; Assenza Parisi B.[1]; Precetti F.[1]; Ghiraldo A.[1]; Marini E.[1]
Filiación/es: [1]Hospital General de Agudos J. M. Ramos Mejía.
Especialidad: Caso Clínico Gastroenterología | **Área Temática:** Esófago Estómago Duodeno | **Categoría**: Caso Clínico
Introducción
Los tumores del estroma gastrointestinal (GIST), son tumores poco frecuentes con una incidencia estimada de 10-20 casos/millón de habitantes/año. Sin embargo, es el tumor mesenquimal más frecuente en el tracto digestivo. Se caracteriza por la expresión de mutaciones en el gen kit (cd117), que permite distinguirlo de otros tumores mesenquimales del intestino delgado.
La localización más habitual es el estómago (60-70%) y el intestino delgado (20-30%).
Su forma de presentación es variable, generalmente asintomáticos en el inicio, de diagnóstico incidental, hasta cuadros de hemorragia digestiva u obstrucción intestinal.
Objetivo
Se presenta el caso de un hombre con diagnóstico de GIST de yeyuno, de presentación inesperada.

Paciente
Paciente de 68 años, consulta en el año 2018 por anemia crónica, sin manifestaciones evidentes. Con estudios endoscópicos previos en 2016, VEDA sin particularidades y VCC hasta ángulo hepático, no pudiendo progresar por dolicocolon y loop sigmoideo. Presenta HB: 8,39 g/dl y HTO: 27,1 %. Se solicitan nuevos estudios endoscópicos, en VEDA duodeno con pliegues disminuidos en número y tamaño, se biopsia. VCC hasta colon derecho, tras reiterados intentos de intubación cecal. Finalizados los estudios, el paciente se da de alta. Concurre a consultorio externo una semana post-procedimiento, con cuadro compatible con obstrucción intestinal. Se realiza radiografía de abdomen, que evidencia volvulación de sigmoides. En dicho contexto, se decide devolvulación endoscópica, con respuesta satisfactoria. Recurriendo a las 48 hs del alta, con cuadro de similares características, por lo que se decide laparotomía exploratoria, observándose tumoración que compromete varias asas de intestino delgado y crece hacia cavidad, con adherencia a pared abdominal de aproximadamente 10 cm. Se decide resección quirúrgica.
Informe de pieza quirúrgica: Proliferación neoplásica atípica fusocelular, con moderada atipía y elevado recuento mitótico. IHQ: CD117 +, S100 -, DERMINA -.
Con posterioridad se solicita PET Scan sin signos de hipercaptación.
El paciente evoluciona estable, en seguimiento por servicio de Oncología. Actualmente en tratamiento con Imatinib.
Conclusión
Los tumores GIST, son tumores poco comunes. Su diagnóstico con frecuencia es casual y el estudio histológico es determinante para diferenciarlos de otras lesiones intestinales.
Observaciones
Nuestro caso, es un caso de diagnóstico incidental de tumor Gist, a punto de partida de una volvulación de colon.

Código: GA2012
Título: EL LADO OSCURO DEL PANCREAS, A PROPOSITO DE UN CASO
Autores: Tárraga M.[1]; Zanetti M.[1]; Argüello M.[1]; Fernandez G.[1]
Filiación/es: [1]Hospital T.J. Schestacow.
Especialidad: Caso Clínico Gastroenterología | **Área Temática:** Via Biliar-Páncreas | **Categoría**: Caso Clínico
INTRODUCCIÓN. Paciente masculino de 58 años, consulta por disnea súbita asociada a cianosis acral y dolor torácico. Antecedentes patológicos: ictiosis congénita, trombosis venosa profunda de miembro inferior izquierdo (agosto/2019) neumonía bilateral por COVID-19 (dic/2019), tabaquista (IPA 11) no actual. Medicación habitual: anticoagulado con acenocumarol. OBJETIVO: Se presenta caso infrecuente de pancreatitis autoinmune. MÉTODO: Evolución 1: Ingresa con dolor torácico de aparición aguda, disnea y taquicardia. Por sospecha de TEPA se solicitó TC helicoidal pulmonar, con resultado negativo. Evolución 2: 24 hs del ingreso presenta hemorragia digestiva alta, sin descompensación HD (FC 78 lat/min – TA 110/60 mmHg – SatO2 AA 97%). Caída de Hb de 1 punto, se realiza VEDA, detecta en 2da porción duodenal deformada a expensas de lesión extrínseca, ulceración mucosa que ocupa el 75% de la circunferencia de la luz. Biopsia por protocolo de neoplasia de ASGE y tratamiento hemostático con adrenalina 1/10.000, 8 ml; no se coloca clips por no detectar sitio focal de sangrado. Conclusión: Lesión elevada ulcerada Forrest IIB Duodenal. Tratamiento endoscópico. Tratamiento con IBP en dosis de HDA, se suspendió anticoagulación. Evolución 3: Paciente logra compensación hemodinámica con tratamiento instalado, se solicita TC para evaluar lesión duodenal, que sugiera al igual que la RMN de abdomen de alto campo con gadolinio, presencia de PA severa con necrosis de la grasa peri pancreática, imagen sacular en 2º y 3º porción duodenal, sugestiva de divertículo duodenal con cambios inflamatorios y probable perforación a este nivel. Anatomía patológica: Mucosa duodenal ulcerada con infiltrado inflamatorio agudo intenso. No observan atipias ni células neoplásicas. Evolución 4: Se colocó filtro de VCI por la suspensión de acenocumarol y se rotó a enoxaparina. Tratamiento de PA con evolución favorable. Ante la falta de etiología clara de la PA se solicitó dosaje de IgG4 (IgG4: 1,613 (VN: 0,039-0,864). γglobulina 2,16 g/dl, Función pancreática exocrina: Elastasa 284 ug /g m fecal (VN > 200). Esteatocrito: < 0,5% (VN > 5%). Evolución 5: Se inició tratamiento con deltisona 40 mg x 8 semanas. Controles bioquímicos, clínicos, por imagen y endoscópicos lograron remisión. Sospecha diagnóstica: HDA secundario a PA severa de origen autoinmune (PAI), con sospecha de abocamiento de necrosis pancreática a divertículo duodenal (vs fístula pancreática duodenal). Tratamiento al alta: Corticoides, anticoagulación, IBP. CONCLUSIÓN: Caso infrecuente de presentación de PAI al debutar con hemorragia digestiva secundaria a la misma. No se encontraron antecedentes de casos similares con esta forma de presentación. Se encontraron antecedentes de otras lesiones sangrantes pancreáticas como malformación arteriovenosa pancreática, pancreatitis del surco, neoplasias del páncreas, haemosuccus pancreático, entre otras; pero no secundarias a PAI.

Código: GA2020
Título: UN POLIPO INFRECUENTE EN ESTOMAGO...
Autores: Bogado SA[12]; Sanguinetti JM[1]; Lotero Polesel JC[12]
Filiación/es: [1]Instituto de Gastroenterología y Endoscopía Salta; [2]Hospital Militar Salta.
Especialidad: Caso Clínico Gastroenterología | **Área Temática:** Esófago Estómago Duodeno | **Categoría**: Caso Clínico
Caso: Varón de 55 años, sin antecedentes heredofamiliares ni médicos relevantes referido para Endoscopía Digestiva Alta (EDA) por epigastralgia. Fue medicado con IBPs sin acalmia. En EDA: cuerpo medio, vertiente posterior de curvatura mayor, lesión elevada de +/- 1.5 cm, superficie regular, blanda y muy sangrante al contacto instrumental, con erosión y exudado blanquecino en la cima del pólipo. Se tomaron biopsias de la lesión junto a mucosa de aspecto normal. Se sospechó la presencia de un adenocarcionoma o un GIST. La histopatología (HE) informó: gastritis aguda exudativa fibrinoleucocitaria, metaplasia intestinal focal incompleta, angiogénesis reactiva, H pylori negativo. Pantomografía: signos de osteoartrosis axial y hemangioma hepático. Laboratorio de rutina dentro de valores normales (VN). Marcadores CEA, CA 19-9 dentro de VN. En discusión con el paciente se extrae la lesión mediante resección endoscópica de la mucosa (EMR) sin complicaciones. En el seguimiento clínico el paciente nota mejora del dolor.
Conclusión: Los granulomas piógenos (GP) fueron reportados por primera vez por Hatzell en 1904. Su nombre es engañoso porque no es infeccioso, no forma pus y es no granulomatoso. Es un hemangioma capilar lobular que ocurre principalmente en la piel y las superficies mucosas del cavidad oral y lengua o en miembros inferiores. Solo unos pocos casos de granulomas piógenos del estómago se han reportado. Presentamos un caso raro de GP gástrico asociado a dolor epigástrico persistente que se eliminó con éxito mediante EMR. La lesión puede ser confundida con un pólipo gástrico adenomatoso o un GIST al examen con luz blanca. La lesión adopta una forma polipoide y la superficie es lisa, rojiza oscura o rosa, y puede haber úlceras o erosiones que causen anemia. Histológicamente, contienen numerosos capilares dilatados, con tejido estromal edematoso e infiltrado inflamatorio inespecífico, a menudo contienen neutrófilos polimorfonucleares. No se encontró tejido neural en la muestra. Establecido el diagnóstico, pueden extraerse endoscópicamente o bien tener un manejo conservador. Resecciones insuficientes elevan la posibilidad de recurrencia. La causa del dolor originado por el GP gástrico es incierta; no pudimos encontrar

informes de dolor epigástrico en pacientes con GP en el tracto gastrointestinal.

Código: GA2072
Título: SINDROME DE GURVITIS: CAUSA DE HEMORRAGIA DIGESTIVA EN PACIENTES CRITICOS
Autores: Chumacero C.[1]; Scarponi A.[1]; Di Marco M.[1]; Buscaglia A.[1]; Cura P.[1]; Capaldi I.[1]; Giraudo F.[1]; Gullino L.[1]; Iriarte M.[1]; Bezzoni P.[1]; Romero G.[1]; Tufare F.[1]
Filiación/es: [1]Hospital San Martin La Plata Bs As.
Especialidad: Caso Clínico Gastroenterología | **Área Temática:** General | **Categoría**: Caso Clínico
Introducción: el sindrome de Gurvitis o el esófago negro (EN), es una esofagitis necrotizante aguda, infrecuente, definida endoscópicamente, por una mucosa esofágica friable de apariencia negra, con compromiso circunferencial, que se extiende desde la union esófago gástrica (UEG) hasta el esófago proximal. Afecta más frecuentemente a hombres de edad avanzada y se asocia a enfermedades cardiovasculares, pulmonares, hepáticas, cetoacidosis diabética, etc. Representa una causa infrecuente de hemorragia digestiva alta (HDA), siendo ésta la manifestación clínica más frecuente (90% de los casos). La fisiopatología involucra: hipoperfusión tisular, reflujo de contenido gástrico y alteración en la barrera mucosa de defensa.
La videoesofagogastroduodenoscopía (VEDA) representa el gold estándar para el diagnóstico. El tratamiento está basado en el control de la comorbilidades. Sin embargo, frente al diagnóstico de EN, se debe indicar ayuno, inhibidores de la bomba de protones (IBP) y nutrición parenteral. En casos de sangrado activo, se puede realizar tratamiento endoscópico (inyección de adrenalina y/o colocación de stent metálico autoexpandible). Pacientes: serie de 3 casos, con diagnóstico de necrosis esofágica aguda mediante VEDA, en los últimos 3 años en un centro de derivación terciaria. En el caso 1, másculino de 41 años con antecedentes de insuficiencia renal crónica en hemodiálisis, que cursó internación en terapia intensiva por shock séptico secundario a infección asociada a catéter. Intercurrió a las 48 con HDA (melena y anemia aguda). Se realizó VEDA que evidenció desde UEG hasta tercio superior mucosa esofágica friable circunferencial de apariencia negra, sin sangrado activo. Se indicó ayuno, IBP a dosis doble, nutrición parenteral y tratamiento de shock séptico. Presentó mala evolución y falleció a las 48hs. El caso 2 es un paciente másculino de 70 años, que cursó internación por insuficiencia cardíaca descompensada, intercurrió con hematemesis. Se realizó diagnóstico endoscópico de EN. Se realizó tratamiento de sostén, con mala evolución. Falleció por shock cardiogénico a las 48 hs. El caso 3 masculino de 59 años con antecedente de EPOC y cáncer de pulmón, internado por trombosis venosa profunda, presentó vómitos porráceos. Se realizó VEDA que confirmó necrosis esofágica aguda. El paciente falleció a las 72 horas por tromboembolismo pulmonar. Observación: Presentamos un reporte de 3 casos con diagnóstico endoscópico de EN. En coincidencia con la bibliografía, todos los pacientes eran de sexo masculino, con antecedentes de múltiples comorbilidades, y cursaban internación en unidades críticas. En todos los casos la manifestación clínica fue la HDA. Si bien es una enfermedad infrecuente, es importante su sospecha en pacientes en estado crítico que intercurren con HDA. A pesar de que el EN, es una afección grave, el diagnóstico oportuno y el tratamiento adecuado puede dar un resultado favorable en más del 60% de los pacientes.

Código: GA2136
Título: LINFOMA DIFUSO DE CÉLULAS B GRANDE CON COMPROMISO RECTAL Y COLÓNICO, REFRACTARIO A TRATAMIENTO, A PROPÓSITO DE UN CASO
Autores: Casco MN.[1]; Sobrero MJ.[1]; Gonzalez ML[1].; Ortiz PG.[1], Marcolongo MM.[1]

Filiación/es: [1]Hospital Italiano de Buenos Aires.
Especialidad: Caso Clínico Gastroenterología | **Área Temática:** Colon | **Categoría**: Caso Clínico
Introducción
Los linfomas primarios colorrectales son lesiones infrecuentes, representan el 3% de las neoplasias malignas a este nivel.
El linfoma difuso de células B grandes (LDCBG) es la forma de presentación más prevalente. Afecta predominantemente al sexo masculino con edad promedio de 65 años.
Dada la baja frecuencia de presentación y la dificultades que presenta el mismo es relevante comentar dicho caso exponiendo sus características.

Caso Clínico
Paciente masculino de 73 años sin antecedentes relevantes, en estudio por dolor abdominal asociado a urgencia defecatoria, tenesmo y pérdida de peso de 8 kilos en el último mes.
Se realiza videocolonoscopia (VCC), evidenciando en sigma mucosa congestiva, con pérdida del patrón vascular, sangrante al roce. Se observa desde lo 15 cm hasta el margen anal mucosa de aspecto vegetante, ulcerada y friable. Las biopsias informan infiltración por LDCBG en recto y colitis crónica inactiva en colon sigmoides.
Se realiza estadificación con Resonancia magnética de recto y Tomografía por emisión de Positrones evidenciando engrosamiento parietal hipermetabólico del recto y sigma con extensión extramural, invasión vascular y compromiso ganglionar en mesorrecto.
Se interpreta Linfoma primario de recto con compromiso colónico.
Comienza esquema de Rituximab,Ciclofosfamida,Doxorrubicina,Vincristina y Prednisona por 6 ciclos. Al completar el mismo el paciente presenta episodios de proctorragia con persistencia de la captación en imágenes de control. Se repite VCC donde se observa estenosis infranqueable a 5 cm del margen anal a expensas de lesión vegetante y ulcerada. Se interpreta refractariedad al tratamiento por lo que inicia rescate con esquema de Gemcitabina,Oxaliplatino y Rituximab.
Continúa sin respuesta al mismo decidiendose intervención quirúrgica.

Conclusiones y Observaciones
Los linfomas primarios de origen colorrectal son lesiones infrecuentes con forma de presentación clínica y endoscópica inespecífica.
La VCC con biopsias dirigidas es la principal modalidad diagnóstica con requerimiento de inmunofenotipificación y citometría de flujo, pudiendo realizar así un correcto diagnóstico diferencial.
Se realizan estudios complementarios para estadificar y diferenciar los linfomas primarios gastrointestinales de los sistémicos, demostrando compromiso de órganos digestivos y descartando linfadenopatías mediastinales y afección esplénica.
Se requiere un manejo multidisciplinario e individualizado, sin encontrarse esquemas estandarizados, combinando herramientas quimioterápicas y quirúrgicas.

Código: GA2143
Título: SÍNDROME DE MCKITTRICK WHEELOCK: CAUSA INFRECUENTE DE DIARREA CRÓNICA
Autores: Lopes M.[1]; Gullino L.[1]; Correa G.[1]; Garb, L[1]; Garavento L.[1]; Cura P.[1]; Redondo A.[1]; Giraudo F.[1]; Yantorno M.[1]; Chazarreta A.[1]; Bezzoni P.[1]; Baldoni F.[1]; Tufare F[1]
Filiación/es: [1]Hospital San Martin de La Plata Bs As
Especialidad: Caso Clínico Gastroenterología | **Área Temática:** Colon | **Categoría**: Caso Clínico
Introducción: El síndrome de Mckittrick Wheelock es una entidad infrecuente, que se caracteriza por la tríada de depleción hidroelectrolítica severa, diarrea crónica de tipo secretora y la presencia de adenoma velloso en recto o colon sigmoide. El tratamiento inicial consiste en la reposición hidroelectrolítica, el manejo de las complicaciones y la resección del tumor como medida definitiva, ya sea vía endoscópica o quirúrgica. La exéresis del tumor resuelve la diarrea y sus complicaciones y previene la progresión a un adenocarcinoma.
Caso clínico: Paciente masculino de 56 años con antecedente de múltiples internaciones por insuficiencia renal aguda con desequilibrio hidroelectrolítico y episodios recurrentes de diarrea crónica, de características mucosecretoras, de 4 meses de evolución. Se solicitó serología para virus de la inmunodeficiencia humana, coprocultivo, coproparasitológico y anticuerpos de enfermedad celíaca, los cuales resultaron negativos. Se realizó videocolonoscopia y se observó en recto y unión rectosigmoidea lesión vellosa extensa de aproximadamente 70 mm de diámetro, circunferencial, de bordes mal definidos. Por dichas características no fue posible la extracción de la misma vía endoscópica, por lo que se tomaron múltiples biopsias que informaron adenoma velloso con displasia de bajo grado. El paciente fue derivado al servicio de cirugía para resolución quirúrgica de la lesión, donde se realizó hemicolectomía izquierda, sigmoidectomía y resección parcial del recto con evolución favorable.
Conclusiones: Si bien desde su descripción inicial en el año 1954, han habido múltiples reportes de casos de este síndrome, se desconoce la incidencia actual. Debido a su curso insidioso, la presencia de síntomas poco específicos y la baja incidencia, existe un retraso en el diagnóstico y tratamiento lo que empeora el pronóstico. El manejo de esta entidad debe individualizarse según las características de la lesión, la disponibilidad del centro y la experiencia del médico. Nuestro objetivo es contribuir, mediante la presentación de este caso, a un mayor conocimiento sobre esta patologia, que puede afectar gravemente la calidad de vida de los pacientes si no se diagnostica y trata a tiempo.

Código: GA2158
Título: Obstrucción intestinal por endometriosis de ileon distal y apéndice cecal.
Autores: López G. [1]; Riveros I. [1]; De Olivera S. [1]; Paola R. [1]; Llera Sosa M. [1]; Sciangula M. [1]; Porfilio G. [1]
Filiación/es: [1]Servicio de Gastroenterología, Hospital Escuela de Agudos "Dr. Ramón Madariaga", Posadas, Misiones.
Especialidad: Caso Clínico Gastroenterología | **Área Temática:** General | **Categoría**: Caso Clínico

Introducción: La endometriosis es una proliferación ectópica de las glándulas endometriales fuera del útero. Suele afectar a los órganos que rodean al útero y, con menor frecuencia, se observa afectación de órganos extrapélvicos. Aunque la endometriosis intestinal es una localización común, la presentación como obstrucción intestinal y con concomitante compromiso de apéndice cecal constituye un evento clínico extremadamente infrecuente.

Objetivos: Presentamos un caso de endometriosis ileal y apendicular causante de obstrucción de intestino delgado diagnosticada posquirúrgicamente.

Materiales y métodos: Paciente femenina de 41 años de edad, nulípara, concurre a consultorio de gastroenterología refiriendo dolor abdominal crónico difuso, tipo cólico asociado a pérdida de peso de cuatro kilos y dismenorrea de cuatro meses de evolución con reagudización de los síntomas en las últimas 24 horas asociado a catarsis negativa y abundantes episodios de vómitos alimentarios. Adjunta resultados de endoscopía digestiva baja realizada el mes previo que evidencia en íleon terminal lesión sobreelevada con mucosa de aspecto multinodular, hiperémica, que compromete el 50% de la circunferencia del órgano (imagen A). La anatomía patológica e inmunohistoquímica fue compatible con hiperplasia folicular linfoide. Adjuntaba entero tomografía que informaba dilatación focal de un asa intestinal del íleon a nivel intra pélvico asociado a formación sólida de 40 mm que compromete íleon distal. Se solicita al momento de la consulta ecografía transvaginal y abdominal donde se descartan lesiones ginecológicas evidenciándose marcado engrosamiento de la mucosa del íleon distal y laminar liquido libre en hipogastrio. Se decide su internación realizándose tratamiento conservador durante 24 horas con reposo digestivo y decidiéndose por falta de respuesta al tratamiento médico realizar laparoscopía donde se evidencia tumor de cuatro centímetros de diámetro que obstruye íleon distal próximo a la válvula ileocecal. Se realiza hemicolectomía derecha ampliada a intestino delgado. La anatomía patológica reveló la presencia de islas de estroma y glándulas de tipo endometrial asociado a células inflamatorias en íleon y en el apéndice cecal (imagen B). La paciente evoluciona favorablemente en el postquirurgico y recibe el alta médica a las 72 horas.

Resultados: Se interpreta el cuadro como obstrucción intestinal secundaria a endometriosis ileal con afectación de apéndice cecal diagnosticada y tratada quirúrgicamente.

Conclusiones: En el diagnóstico diferencial, se debe tener en cuenta la endometriosis al evaluar a las mujeres en edad reproductiva que presentan dolor abdominal y obstrucción del intestino delgado.

Observaciones: Las razones que persiguen el envío del caso son la localización infrecuente de focos de endometriosis en apéndice cecal y la presentación inusual en forma de obstrucción intestinal.

Código: GA2165
Título: ENDOMETRIOSIS INTESTINAL, UNA CAUSA DE SOBUCLUSION INTESTINAL POCO SOSPECHADA
Autores: Alsina R. [1]; Perez T [1]; Gonzalez M. [1]; Sobrero J. [1]; Pasqua A. [1]; Santino P. [1]; Marcolongo M. [1]
Filiación/es: [1]Hospital Italiano de Buenos Aires
Especialidad: Caso Clínico Gastroenterología | **Área Temática:** General | **Categoría**: Caso Clínico

Introducción

La endometriosis es una patología caracterizada por la presencia de glándulas endometriales en sitios extrauterinos. La afectación intestinal es el sitio extra genital más prevalente (12% de los casos) y suele ser asintomática. El recto es la localización predominante y el intestino delgado el menos. La obstrucción intestinal puede ocurrir en el 1% de estas pacientes.

Cuando la endometriosis infiltra al menos la capa muscular de la pared intestinal se considera endometriosis infiltrante profunda intestinal (EIPI).

La resonancia con gel vaginal es el método estándar, y en conjunto con la ecografía transvaginal son de elección para diagnóstico, localización, estimar compromiso pélvico y la profundidad de invasión mural. Su presentación sintomática puede simular múltiples entidades, principalmente el síndrome de intestino irritable o la enfermedad inflamatoria intestinal.

Casos Clínicos

PACIENTE A: Mujer de 34 años, antecedente de Síndrome de Intestino Irritable con cuadro intermitente de dolor abdominal, náuseas y diarrea de resolución espontánea. Estudiada con endoscopía digestiva alta (VEDA) y colonoscopia (VCC) sin hallazgos. Consulta a guardia por cuadro suboclusivo. Tomografía (TC) con dilatación de asas de delgado secundario a lesión estenosante en íleon terminal.

PACIENTE B: Mujer de 34 años, historia de dolor abdominal cólico, diarrea y vómitos en forma intermitente de 6 años de evolución. Estudios de materia fecal negativos. VEDA y VCC sin hallazgos. Consulta a guardia por cuadro suboclusivo. TC con dilatación de asas y transición asa fina-gruesa a nivel de tercio medio de íleon.

PACIENTE C: Mujer de 40 años, sin antecedentes. Ingresa a guardia por dolor abdominal y vómitos de 3 días de evolución con reacción peritoneal y leucocitosis en laboratorio. Ecografía y TC con ciego engrosado.

En los tres casos, ante la presencia de abdomen agudo obstructivo se realiza laparoscopía exploradora donde se evidencian lesiones duro pétreas en íleon terminal y/o ciego por lo que se realiza hemicolectomía derecha.

La anatomía patológica de las piezas quirúrgicas reveló la presencia de endometriosis ileocólica.

En todos los casos se instauró tratamiento hormonal posterior con buena respuesta sintomática.

Conclusión

En las mujeres en edad fértil la endometriosis es un trastorno frecuente que merece consideración entre los diagnósticos diferenciales de dolor abdominal.

Generalmente se observa ausencia de correlación entre los síntomas y el ciclo menstrual, enmascarando de esta manera el diagnóstico de EIPI.

Debe sospecharse en mujeres con dismenorrea, dispareunia y dolor pelviano crónico, en ocasiones con hematoquecia o cuadros suboclusivos.

En los tres casos presentados, la oclusión intestinal se desarrolló a nivel de la válvula ileocecal, una región anatómica fija a la cual se suma la afectación por endometriosis, predisponiendo de esta manera a cuadros oclusivos como en el caso de nuestras pacientes.

Código: GA2038
Título: POTENCIALES BIOMARCADORES DE PATOLOGÍA GÁSTRICA: PEPSINÓGENOS, GRELINA Y DIAGNÓSTICO DE Helicobacter pylori
Autores: Mantero P. [1]; Giacomantone C. [2]; Corti R.E. [2]; Cabanne A.M. [3]; Cernadas G. [4]; Lasa J. [4]; Marchesi Olid L. [156]; Zubillaga M.B. [16]; Janjetic M.A. [17]; Goldman C.G. [16]
Filiación/es: [1]Universidad de Buenos Aires, Facultad de Farmacia y Bioquímica, Cátedra de Física; [2]Hospital de Gastroenterología "Dr. Carlos Bonorino Udaondo", Sección Esófago-Estómago, Buenos Aires; [3]Hospital de Gastroenterología "Dr. Carlos Bonorino Udaondo", Unidad Patología, Buenos Aires; [4]Centro de Educación Médica e Investigaciones Clínicas "Norberto Quirno" (CEMIC), Sección Gastroenterología, Buenos Aires; [5]Universidad de Buenos Aires, Facultad de Medicina, Escuela de Nutrición; [6]CONICET; [7]Universidad de Buenos Aires, Facultad de Medicina, Centro de Investigaciones sobre Problemáticas Alimentarias y Nutricionales (CISPAN), Escuela de Nutrición.
Especialidad: Trabajo Científico Gastroenterología | **Área Temática:** Esófago Estómago Duodeno | **Categoría**: Trabajo Científico

Introducción: La búsqueda de marcadores bioquímicos de patología gástrica ha sido foco de investigación durante los últimos años. La grelina es una hormona orexigénica sintetizada principalmente en la mucosa del estómago, la cual hemos demostrado que se encuentra en menor concentración sérica en pacientes con infección por Helicobacter pylori. Los niveles de pepsinógeno I (PGI) y II (PGII) en suero han sido asociados a la topografía de la patología gástrica. Objetivo: Con el fin de encontrar potenciales biomarcadores de patología gástrica, el objetivo de este estudio fue determinar las concentraciones séricas de grelina y pepsinógenos I y II en pacientes con y sin infección por H. pylori con diferentes grados de patología gástrica. Pacientes y Métodos: El protocolo incluyó adultos dispépticos (18-70a) referidos al Hospital de Gastroenterología "Dr. Carlos Bonorino Udaondo" para la realización de una videoendoscopía digestiva alta. La histopatología y el diagnóstico de H. pylori fueron evaluados a partir de biopsias gástricas. Las concentraciones séricas de grelina, PGI y PGII se determinaron por ELISA. Para el análisis estadístico se implementaron los tests de Kruskal-Wallis y Mann Whitney. Resultados y Conclusiones: Se incluyeron 35 pacientes hasta el momento, con una edad de 40,2 ± 13,0 años, siendo un 77,1% de sexo femenino. La prevalencia de infección por H. pylori fue de 71,4% (IC95% 54,9 - 83,7%). Las concentraciones de PGI y PGII fueron significativamente mayores en pacientes infectados por H. pylori respecto a aquellos sin infección (PGI: 48,1 [36,3-65,6] ng/mL vs 25,7 [21,7-49,6] ng/mL, P=0,014; PGII: 4,2 [2,7-8,5] ng/mL vs 2,0 [2,0-2,1] ng/mL, P=0,0001); sin embargo, la relación PGI/PGII no difirió significativamente entre el grupo H. pylori positivo y el negativo (P=0,14). Si bien la concentración de grelina sérica no difirió de acuerdo a la presencia de H. pylori en este análisis (P=0,43), resultados previos de nuestro grupo en una población con un mayor tamaño muestral demostraron menores niveles de grelina en pacientes infectados. Por otro lado, al analizar el total de la población de acuerdo al grado de patología gástrica, observamos diferencias estadísticamente significativas en

los niveles de PGII entre pacientes con mucosa normal, gastritis crónica inactiva y gastritis crónica activa tanto en antro como en cuerpo (P=0,003 y P=0,049), siendo mayor la concentración a mayor severidad de la patología. Estos resultados preliminares sugieren que las variables bioquímicas medidas podrían ser de utilidad como potenciales biomarcadores de patología gástrica. La inclusión del total de pacientes estimado para este protocolo permitirá confirmar estos hallazgos.

Código: GA2098
Título: PERCEPCIÓN DE LA ADHERENCIA TERAPÉUTICA Y SU RELACIÓN CON EL NIVEL DE CONOCIMIENTO DE LA ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL EN HISPANOHABLANTES DE LATINOAMÉRICA
Autores: Puga-Tejada M.[1]; Conlon MC.[1]; Spiazzi RA.[1]; Cerezo MJ.[1]; Omonte-Zambrana A.[1]; Milano MC.[1]; Iade B.[2]; Arriola MA.[2]; Rainero GL.[3]; Meligrana NE.[3]; Valero M.[4]; Koll L.[4]; Martínez MM.[4]; Simian D.[5]; Maulen C.[5]; Estay C[5].; García-Encinas C.[6]; Bellido-Caparó A.[6]; Ojeda M.[6]; Robles-Medranda C.[7]; Pitanga-Lukashok H.[7]; Arévalo-López M.[7]; Marriott-Diaz E.[8]; Marriott-Blum D.[8]; Andrade-Zamora D.[9]; Espinoza-Cárdenas J.[9]; Vlcek-Vera K.[10]; Garcete-Villar J.[10]; Martin-Delgado J.[11]; Manhães-Tolentino YF.[12]
Filiación/es: [1]Hospital Nacional Profesor Alejandro Posadas (HNPAP), El Palomar, Argentina.; [2]Centro de Asistencia del Sindicato Médico del Uruguay (CASMU), Montevideo, Uruguay.; [3]Hospital Universitario Austral (HUA), Pilar, Argentina.; [4]Instituto de Gastroenterología y Endoscopía de Avanzada (IGEA), Bahía Blanca, Argentina.; [5]Hospital Clínico Universidad de Chile (HCUCH), Santiago de Chile, Chile.; [6]Hospital Cayetano Heredia (HCH), Lima, Perú.; [7]Instituto Ecuatoriano de Enfermedades Digestivas (IECED), Guayaquil, Ecuador.; [8]Hospital de Especialidades Teodoro Maldonado Carbo (HTMC), Guayaquil, Ecuador.; [9]Hospital de Especialidades José Carrasco Arteaga (HJCA), Cuenca, Ecuador.; [10]Hospital Central del Instituto de Previsión Social (HC-IPS), Asunción, Paraguay.; [11]Universidad Católica de Santiago de Guayaquil (UCSG), Guayaquil, Ecuador.; [12]Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro (UNIRIO), Río de Jainero, Brasil.
Especialidad: Trabajo Científico Gastroenterología | **Área Temática:** Colon EII | **Categoría**: Trabajo Científico
Introducción: La asociación entre el nivel de conocimiento de la enfermedad (NCE) y la adherencia terapéutica (AT) en enfermedad inflamatoria intestinal (EII) es aún objeto de discusión. Se ha sugerido un efecto positivo de las intervenciones educativas en la AT. No se dispone de evidencia actual en Latinoamérica (LatAm).
Objetivo: Establecer la relación entre AT vs NCE en pacientes con EII de LatAm, y verificar factores asociados a los mismos.
Materiales y métodos: Entre mayo/21-junio/22 se propuso participar de un estudio basado en encuestas, a pacientes con EII en seguimiento por alguno de los 17 centros convocados de 9 países hispanohablantes de LatAm, ≥15 años, con diagnóstico confirmado por histopatología. Se excluyó casos con diagnóstico <6 meses, hospitalizados, sin tratamiento EII-específico, patología psiquiátrica u oncológica, profesionales sanitarios, y aquellos no aptos para responder la encuesta. La encuesta fue anónima y en línea, a través de la plataforma SurveyMonkey. La AT fue evaluada mediante el Self-Efficacy for Appropiate Medication adherence Scale (SEAMS). El NCE fue evaluado mediante el Qüestionari Coneixements Malaltia Inflamatòria Intestinal Catalunya (QUECOMIICAT). Se excluyó aquellas encuestas con >25% de datos en blanco; en aquellas con <25%, las preguntas en blanco fueron computadas como tales (SEAMS) o incorrectas (QUECOMIICAT). Se calculó una muestra de 351 casos. La relación entre AT vs NCE fue estimada mediante correlación de Pearson (r) y la asociación entre ambas vs características basales, mediante regresión logística multivariada (RLM; Odds Ratio, OR).
Resultados: Participaron 370 casos de 11/17 centros de 6/9 países: Argentina 234, Uruguay 66, Ecuador 33, Chile 17, Perú 14, Paraguay 6. Mediana de edad 38 (28-53) años; 218 (58.9%) mujeres; 263 (71%) colitis ulcerosa, (CU), 95 (25.7%) enfermedad de Crohn (EC) y 12 (3.2%) colitis inclasificable (CI). Las características demográficas y clínicas se resumen en la tabla 1. Afirmaron solo uso de corticoides 2 (0.5%) casos, aminosalicilatos 207 (55.9%), tiopurinas 58 (15.7%) y biológicos 103 (27.8%). La AT fue alta en 224 (60.5%) casos, moderada en 120 (32.4%) y baja en 26 (7%). El QUECOMIICAT fue respondido en forma correcta, en >50% de sus preguntas por 162 (43.8%) casos (tabla 1). Se estimó una significativa relación entre mayor AT y mayor NCE (r=0.113; IC 95% 0.01 – 0.22; P=.028). RLM: Una mayor AT estuvo asociada a educación superior (OR 6.42; P=.039); una menor AT estuvo asociada a tabaquismo activo (OR 0.39; P=.035) y CI (OR 0.16; P=.015). Un mayor NCE estuvo asociado a sexo femenino (OR 2.61; P=.003), educación secundaria o superior (OR 2.42; P=.039), EC (OR 2.13; P=.046) y biológicos (OR 2.29; P<.001) Un menor NCE estuvo asociado a edad ≥65 años (OR 0.09; P=.03) y ruralidad (OR 0.12; P=.05).
Conclusiones: Un bajo NCE está relacionado con menor AT. Es necesario diseñar estrategias encaminadas a fomentar el NCE en pacientes con EII de LatAm. NCT 04893928.

Código: GA2133
Título: Correlación entre calidad de vida y severidad en pacientes con megacolon crónico y constipación.
Autores: Milito D.[1]; Stefanolo J.[1]; Pascual Russo A.[1]; Forestier V.[1]; Furia M.[1]; Lacuadra P.[1]; Jensen V.[1]; Balaban E.[1]; Valdez D.[1]; Facio L.[1]
Filiación/es: [1]Hospital Bonorino Udaondo
Especialidad: Trabajo CientíficoGastroenterología | **Área Temática:** general | **Categoría**: Trabajo Cientifico
Introducción: El megacolon crónico (MC) se manifiesta clínicamente como un trastorno de la motilidad que produce en la gran mayoría de los casos constipación de difícil manejo que afecta mucho la calidad de vida de los individuos. Existen pocos reportes que describen la calidad de vida en pacientes con MC y constipación crónica. Objetivo: Comparar la calidad de vida en pacientes constipados crónicos con MC vs un grupo control y definir si existe correlación entre la calidad de vida y la severidad de la constipación en ambas poblaciones. Material y métodos: estudio observacional y de corte transversal. Fueron incluidos 15 pacientes con MC y constipación crónica NO operados atendidos en el Hospital de Gastroenterología “Dr. Carlos Bonorino Udaondo” desde marzo de 2021 hasta marzo de 2022. El diagnóstico de MC fue establecido a través de un colon por enema y el de constipación crónica de acuerdo a los criterios de Roma IV. A todos los pacientes se les realizó el cuestionario específico de calidad de vida para pacientes con constipación (CV-20) y el score de severidad de constipación Jorge y Wexner. Lo mismo se realizó en una cohorte control de pacientes con constipación crónica sin megacolon. El cuestionario (CVE-20) esta validado en español y contiene 20 ítems con 4 dimensiones: emocional, física general, física rectal y social. A mayor puntaje obtenido del CVE-20, mejor score de calidad de vida. El mejor puntaje es de 80. Resultados: 15 pacientes con MC (10, 66.7% mujeres), edad mediana: 20 años (rango:18-31) presentaron un puntaje de calidad de vida según el CVE-20 de 44 (26-52) (esfera emocional:13, esfera física general:13, esfera física rectal:11 y esfera social:4). El score de Wexner fue de 14 puntos. En la cohorte control se incluyeron 17 pacientes (16 mujeres, edad mediana 44), el puntaje del CVE-20 fue de 41 (36-60) y el score de Wexner de 13 puntos. La cohorte total en el estudio (pacientes con MC y el grupo control) mostró una correlación moderada entre el puntaje del cuestionario sobre calidad de vida (CVE-20) y el score de severidad de constipación de Wexner, sin embargo, al comparar los diferentes subgrupos, se observó que en la población con MC dicha correlación es más fuerte (p=0.001) que en el grupo control que no alcanzó significancia estadística. Conclusiones: Todos los pacientes con constipación crónica presentan alterada su calidad de vida que se relaciona con la severidad de su constipación. Esta asociación parece ser más fuerte en individuos con megacolon. La constipación es un síntoma que afecta de manera muy importante la calidad de vida, tanto en individuos con patología subyacente como el megacolon crónico como en individuos con constipación de origen funcional.

Código: GA2023
Título: USO INAPROPIADO DE TERAPIA ANTISECRETORA GASTRICA EN PACIENTES INTERNADOS EN UN HOSPITAL GENERAL
Autores: Castillo M.A.[1]; Flores D.N.[1]; Valdiviezo E.[1]; Guzmán E.[1]; Patrón Costas L.[1]; Patrón Costas G.[1]; Sanguinetti J.M.[2]
Filiación/es: [1]Hospital San Bernardo, Salta; [2]Centro Cardiovascular Salta
Especialidad: Trabajo Científico Gastroenterología | **Área Temática:** Esófago Estómago Duodeno | **Categoría**: Trabajo Científico
a) Introducción: El uso de terapia antisecretora gástrica (TAG) es habitual como medida preventiva o terapéutica de diferentes escenarios clínicos. Se han observado porcentajes elevados de uso inapropiado de TAG. El costo de este uso inapropiado representa una carga significativa para un sistema de salud. b)Objetivos: Estimar la frecuenciadel uso de TAG, su uso inapropiado y describir el costo del mismo. c) Materiales: Estudio observacional descriptivo, de corte transversal. La población estuvo constituida por pacientes mayores de 15 años hospitalizados por más de 24 horas en el Hospital San Bernardo durante el período de Marzo-Abril de 2021. d) Métodos, Resultados y Conclusiones: Se recolectaron los datos de historias clínicas de los servicios con internación a cargo que cumplieron con los criterios de inclusión. De los 245 pacientes estudiados, se obtuvo una media de edad de 48,3 años, siendo el 60,4% del sexo masculino. Del total de la muestra, 205 (83.7%) pacientes recibían drogas antisecretoras gástricas, con un 79% de uso inapropiado, correspondiendo este a un costo diario de $22276.35 (U$D 232.72), con proyección anual de $8019486 (U$D 83780.67). El uso inapropiado de TAG es elevado en nuestro hospital. El equipo de Salud debe fortalecer mediante diversas estrategias los conocimientos sobre el uso adecuado de la TAG a través de la implementación de protocolos.
Notas: Los datos fueron codificados e ingresados en el software PASW Statistics versión 18 para su análisis estadístico.

Código: GA2115
Título: ACCIÓN DEL TAMOXIFENO INTRAPERITONEAL Y ORAL, SOBRE LAS CÉLULAS PARIETALES DE LA MUCOSA GÁSTRICA EN RATAS.
Autores: Bedini O.A[1]; Naves A.E[2]; San Miguel P.[1]; Ayala M.[3]; Espinosa T.[3]
Filiación/es: [1]Laboratorio de Gastroenterología experimental FCM UNR; [2]Instituto de Histopatologia de Rosario; [3]FCM UNR.
Especialidad: Trabajo Científico Gastroenterología | **Área Temática:** Esófago Estómago Duodeno | **Categoría**: Trabajo Científico

ACCIÓN DEL TAMOXIFENO INTRAPERITONEAL Y ORAL, SOBRE LAS CÉLULAS PARIETALES DE LA MUCOSA GÁSTRICA EN RATAS.
Objetivo: Fue estudiar la acción del tamoxifeno (TX), un anti-estrogenico, modulador de los receptores de uso habitual en el cáncer de mama , administrado en forma intraperitoneal (IP) y por vía oral (VO) en la mucosa gástrica de ratas. Material y Método: Se estudiaron dos grupos: Grupo 1: A ratas Sprague Dawley(n = 7) de 250 grs + 30 grs de eso promedio, se las coloco en jaulas individuales, en ayuno de 24 hs. Posteriormente se administró por vía IP 20 mg/ kg. de TX. Posterior a la inyección, se administró alimento y agua ad libitum. Se esperó 4 días y se procedió al sacrificio de los animales previa anestesia con éter. Grupo 2) A ratas Sprague Dawley(n = 7) de 250 grs + 30 grs de eso promedio, se las coloco en jaulas individuales, se les administro 20mg /día de TX colocados en bebedero con 40 ml de agua en forma diaria, durante 7 días. Posteriormente se procedió al sacrificio de los animales previa anestesia con éter. En ambos grupos se realizó laparotomía mediana. Se extirpo el estómago y se procedió a su apertura por curvatura mayor. Se observó la mucosa y se obtuvo material del antro y cuerpo para anatomía patológica. Se realizaron tinciones con Alcian blue a PH 2.5 y con PAS. Resultados: Grupo 1) TX IP: Se observó, acentuado desorden de la estructura glandular de la MG, con retracción y cambios degenerativos de las células parietales las cuales presentaron citoplasmas expandidos por balonización con núcleos picnóticos y necrosis. Se observó reemplazo parcial de las células oxínticas por células de citoplasmas claros, las cuales llegan a delimitar en forma completa algunas glándulas. Imágenes compatibles con presencia de células SPEM (metaplasia que expresa el polipéptido espasmolítico). Grupo 2): TX VO 7 días. Se observó menor grado de colapso y alteración glandular, focos de células vacuoladas en el tercio medio de las glándulas oxínticas levemente PAS +. Algunas de las cuales presentaron citoplasmas claros mostrando una transdiferenciación incipiente. Conclusiones: Tx IP provoco, balonización, picnosis, y necrosis de las células parietales de las glándulas de la mucosa gástrica con focos de abolición de células oxínticas, estimulando la aparición de células de citoplasmas claros conocidas como células SPEM (metaplasia que expresa el polipéptido espasmolítico).

Código: GA2024
Título: TRANSDIFERENCIACIÓN DE CÉLULAS PRINCIPALES DE LA MUCOSA GÁSTRICA, A CÉLULAS METAPLASICAS, POR ACCIÓN CRÓNICA DEL AC. URSODESOXICÓLICO, EN RATAS DIABÉTICAS Y NO DIABÉTICAS.
Autores: Bedini O.A[1]; Naves A.E[2]; San Miguel P.[1]; Ayala M.[1]; Espinosa T.[1];Damiani A.[1]; Ferrer M.;[1]
Filiación/es: [1]FCM UNR; [2]Instituto de Histopatología de Rosario.
Especialidad: Trabajo Científico Gastroenterología | **Área Temática:** Esófago Estómago Duodeno | **Categoría**: Trabajo Científico
TRANSDIFERENCIACIÓN DE CÉLULAS PRINCIPALES DE LA MUCOSA GÁSTRICA, A CÉLULAS METAPLASICAS, POR ACCIÓN CRÓNICA DEL AC. URSODESOXICÓLICO, EN RATAS DIABÉTICAS Y NO DIABÉTICAS.
Introducción: Es frecuente el hallazgo de áreas de metaplasia en la mucosa gástrica de pacientes colecistectomizados con reflujo duodeno gástrico. Además es común la presencia de gastroparesia en pacientes diabéticos.
Objetivo: Fue estimular la transdiferenciación de las células principales de la mucosa gástrica (MG), en células metaplasicas (M) tipo SPEM (metaplasia que expresa el polipéptido espasmolítico), por acción inflamatoria crónica provocada por el ácido ursodesoxicolico (UDCA) en ratas diabéticas y no diabéticas. Material y Método: A ratas SprageDawley(n = 7) de 250 grs + 30 grs de peso promedio, se las coloco en jaulas individuales, se administró alimento ad libitum, y en forma diaria 100 mg / día de UDCA, en forma conjunta con el agua del bebedero conteniendo 30 ml / día. Además se incorporó al agua 3 gotas de bromuro de homatropina por día para disminuir el peristaltismo antro píloro duodenal. Se continuó durante 90 días. Terminado ese periodo, las ratas fueron sacrificadas, previa anestesia con éter, se les realizo laparotomía abdominal mediana, se extirpo el estómago se realizó su apertura por curvatura mayor y se obtuvo material de la MG del antro y cuerpo para anatomía patológica. Se realizaron tinciones con Alcian blue a PH 2.5 y con PAS. Resultados: Tanto las ratas diabéticas como no diabéticas presentaron: 1) Luces glandulares algo distendidas, con reemplazo parcial de las células oxínticas por células de citoplasmas claros, algunas de lascuales llegan a delimitar en forma completa algunas glándulas.(Imágenes compatibles con transdiferenciación de células principales en las glándulas oxínticas). Ratas diabéticas: Coloración PAS: Depleción parcial de las mucinas neutras en el epitelio foveolar. Expresión de mucinas acidas (Alcian Blue a pH 2.5) evidente en las zonas foveolares y además expresión de mucinas ácidas en las glándulas profundas.Ratasno diabéticas: Existe depleción parcial (mayor que en las diabéticas) de mucinas neutras en las zonas foveolares. Expresión de mucinas ácidas en la zona foveolar (no en las áreas profundas).Conclusiones: La acción inflamatoria crónica producida por el UDCA sobre la MG, tanto en ratas diabéticas como no diabéticas, estimuló la transdiferenciación de las células principales de la MG, células de citoplasmas claros conocidas como células SPEM (metaplasia que expresa el polipéptido espasmolítico).

Código: GA2121
Título: DESAFÍO DIAGNÓSTICO DE LESIONES NODULARES HEPÁTICAS.
Autores: Castillo G[1], Rodriguez Varas M[1], Melano F[1], Zarate F[1], Bertero M[1], Sosa M[1], Ponce J[1]
Filiación/es: [1]Hospital Cordoba
Especialidad: Caso Clínico Gastroenterología | **Área Temática:** General | **Categoría**: Caso Clínico
Motivo de consulta: Dolor abdominal.
APP: DBT tipo 2. Sobrepeso.
Medicacion de base: Metformina 850 mg/dia.
Cx: Ligadura tubaria.
AEA: paciente femenina de 50 años, consulta por dolor en epigastrio de 2 meses de evolución irradiado a hipocondrio derecho, tipo urente/opresivo, intermitente, no relacionado con las ingestas.

EXAMEN FÍSICO: IMC 27. Abdomen blando depresible, PE+ sin defensa. Hígado palpable 2 cm por debajo de reborde costal, no doloroso.

METODOS COMPLEMENTARIOS:
-ECOGRAFIA ABDOMINAL: Esteatosis hepática moderada con lesiones descriptas sugestivas de secundarismo.
-LABORATORIO: HB 14 HTO 40 VSG 8 GB 6300 PLAQ 267000 BT 08 GOT 131 GPT 160 GGT 79 FAL 143 LDH 372 ALB 4.2 APP 100 alfa FP/CEA/CA 19.9/CA 125 Normales. Serologías virales No reactivo
-TAC toraco-abdomino-pelvica con CTE: hígado con esteatosis difusa, múltiples lesiones nodulares redondeadas con hiperdensidad inhomogénea de distribución difusa en ambos lóbulos, la mayor en segmento VII de 35mm.
-RMN ABDOMINAL TRIFASICA: Hígado levemente aumentado de tamaño, múltiples imágenes focales de intensidad de señal heterogénea en T2 con refuerzo tras la inyección de gadolinio principalmente periférico. La de mayor tamaño mide 35 mm localizada en segmento VII. Sugestivo de secundarismo. Engrosamiento de la pared a nivel de la unión ileocecal de aspecto focal e irregular que mide 32x37 mm aprox.
-ANATOMÍA PATOLÓGICA: Biopsia de nódulo hepático con neoplasia de células pequeñas, redondas y azules de probable estirpe neuroendocrina. IHQ: neoplasia de estirpe neuroendocrina. CROMOGRANINA - SINAPTOFISINA +
-VEDA: Gastropatía congestiva.
-VCC: Boston 8: Se progresa hasta ciego. Se aprecia válvula ileocecal voluminosa, comprometida por lesión protruyente, de predominio subepitelial, y algunas áreas superficiales con mucosa de patrón elongado, de 30 mm aproximadamente, que impide la canulación de la misma (se toman biopsias).
ANATOMÍA PATOLÓGICA: Biopsia de lesión en VIC: Neoplasia de probable estirpe neuroendocrina. IHQ: Neoplasia neuroendocrina bien diferenciada de bajo grado.
CROMOGRANINA + SINAPTOFISINA – KI67 2%
-LABORATORIO ESPECIALIZADO: Acido 5-hidroxiindolacético (5-HIAA): 20 mcg/24 hs (VN hasta 10)- Cromogranina A: 190 (VN hasta 18).
DIAGNÓSTICO:
TUMOR NEUROENDOCRINO ILEOCECAL, BIEN DIFERNCIADO, G1 CON MTTS A DISTANCIA, NO FUNCIONANTE. HISTOLOGIA: MUCOSA COLONICA.
CONDUCTA: Se inició terapia con Lanreotide 120mg IM por 28 dias.
CONCLUSIONES: Buena respuesta y evolucion clínica.

Código: GA2127
Título: Hemoperitoneo post videocolonoscopia en diálisis peritoneal. ¿Complicación o hallazgo?
Autores: Perez T.M[1], Etchevers. M.J.[1], Musso C.G[1], Gonzalez, M.L.[1], Matoso, M.D[1], Marcolongo M.M[1]
Filiación/es: [1]Hospital Italiano de Buenos Aires.
Especialidad: Caso Clínico Gastroenterología | **Área Temática:** General | **Categoría**: Caso Clínico

Presentamos el caso de un paciente de 35 años de edad en diálisis peritoneal que

presentó débito hemático en dializado posterior a la realización de una videocolonoscopia (VCC) con polipectomía.

En contexto de anemia e hipocalcemia se realizó VCC en la cual se resecó un pólipo subpediculado de 10 mm en colon sigmoides con sangrado postpolipectomia que autolimito con la inyección de adrenalina y colocación de hemoclip. Intercurre 24 horas postprocedimiento con débito hemático en dializado peritoneal encontrándose asintomático sin caída del hematocrito y sin episodios de hematoquecia posterior al procedimiento.

Se realizó tomografía de abdomen y pelvis que descartó complicaciones asociadas al procedimiento. Evoluciona con aclaramiento del líquido de dializado peritoneal, disminuyendo el contenido hemático luego de 72 hs sin agregar nuevas intercurrencias clínicas.

Observaciones

En la literatura se encuentran escasos reportes de pacientes en diálisis peritoneal, sometidos a VCC que desarrollaron hemoperitoneo tanto en procedimientos terapéuticos como en diagnósticos. La evolución clínica descrita fue semejante con mejoría en el dializado peritoneal disminuyendo el contenido hemático espontáneamente.

La causa predisponente al sangrado peritoneal posterior a la realización de la colonoscopia es poco conocida en este grupo de pacientes. Existen diferentes teorías que pueden explicar este fenómeno e incluso puede ser considerado normal después de la colonoscopia en pacientes que dializan en forma peritoneal.

Dentro de las causas de hemoperitoneo post colonoscopia en estos pacientes se han descrito casos de hemoperitoneo masivo secundarios a complicaciones del procedimiento por hematomas en la cápsula esplénica. En la mayoría de los reportes no se evidencia una lesión clara en los estudios diagnósticos, justificándose la aparición del hemoperitoneo por pequeñas laceraciones de vasos mesentéricos del ligamento esplenocolico que ocurren por la tracción al paso del colonoscopio en la flexura esplénica.

Otra explicación está dada por la alteración de la barrera y la permeabilidad intestinal en la enfermedad renal crónica por afección de uniones estrechas del enterocito aumentando así la permeabilidad a leucocitos, polimorfonucleares e inclusive a glóbulos rojos3

La mayoría de las veces el hemoperitoneo ocurrido en pacientes en diálisis peritoneal ambulatoria suele ser menor y con resolución espontánea y no requiere conductas diagnósticas ni terapéuticas.

Presentamos este caso considerando que el mayor conocimiento de esta entidad en la población de pacientes en diálisis peritoneal, nos permite un manejo adecuado comprendiendo que este tipo de eventos post colonoscopia suelen ser de curso autolimitado y benigno. Es así que ante la presencia de líquido hemático en el lavado de la diálisis post colonoscopía, debemos evitar pruebas diagnósticas innecesarias que aumentan la ansiedad del paciente y del personal de salud con impacto en los costos.

Código: GA2096
Título: AZOOSPERMIA POR MESALAZINA
Autores: LOMBARDI G[1]; BARBAA.[1]; PARDO B[1]; ESCOBAR FERNANDEZ R.[1]
Filiación/es: [1]Sanatorio Dr. Julio Méndez, CABA
Especialidad: Caso Clínico Gastroenterología | **Área Temática:** Colon EII| **Categoría**: Caso Clínico

Introducción: La enfermedad inflamatoria intestinal (EII) es una enfermedad crónica que afecta a millones de pacientes en todo el mundo. Se diagnostica en edad adulta temprana, 50% menores de 35 años. Por lo tanto, el impacto de la EII en la fertilidad es una importante consideración. Mucha atención se ha centrado en la fertilidad y el embarazo en mujeres con EII, pero no así en hombres. Aunque la tasa de infertilidad en hombres con EII es difícil de determinar dado que pocos trabajos han investigado la misma, se estima un 24% colitis ulcerosa (CU) y 27% en enfermedad de Crohn (EC). Dentro las alteraciones, la oligozoospermia la presentación más frecuente y menos frecuente la azoospermia. Se deben considerar varios factores: condiciones anatómicas, drogas, radiación o enfermedad sistémica. Dentro de drogas en relación a EII, la reducción de la fertilidad en hombres se reconoce como un efecto adverso de la terapia con sulfasalazina (SSZ) Pero no así de la mesalazina (5-ASA).

Objetivo: Presentar un caso infrecuente de azoospermia por uso de 5-ASA.

Caso clínico: Masculino 19 años. Antecedentes: varicocele, CU de reciente diagnóstico en tratamiento con 5-ASA 3 g desde hace 7 meses con remisión clínica. Espermograma control por varicocele: azoospermia. Se descartan otras causas tales como: alteraciones anatómicas o metabólicas. Única medicación 5-ASA.Se suspende el tratamiento. Treinta días posteriores, nuevo espermograma, mejoría de valores: aumento número total y concentración de espermatozoides(Tabla 1). Dado el contexto, se plantea la infertilidad reversible secundario a uso de 5-ASA.

Discusión: El varicocele puede generar disminución de la fertilidad: El 75 % de los hombres son fértiles y el 80% parámetros de semen normales. Menos del 20% presenta alteración del espermograma, hallazgo principal: oligozoospermia.

En relación a causas de infertilidad en EII: Cirugía, desnutrición, esfera psicológica y fármacos. Fármacos que han demostrado afectación negativa sobre la espermatogénesis son la ciclofosfamida y la SSZ. La SSZ es una molécula que tiene dos componentes: 5-ASA y sulfapiridina. Se cree que el metabolito de la sulfapiridina es responsable por los efectos adversos en el esperma, Efectos totalmente reversibles al suspender el fármaco o también al cambiar a un compuesto diferente sin la componente de sulfapiridina, como mesalazina.

Con respecto a la 5-ASA: No hay estudios que demuestren afectación en la espermatogénesis. Sin embargo, hay reportes de casos: el primero en Israel 2004 y posteriormente 6 casos en Japón 2014. En todos los casos oligozoospermia e infertilidad reversible

Conclusión: La asociación de infertilidad al uso de la 5- ASA, se basa en reporte de casos.

No existen estudios que hayan descrito en detalle los efectos sobre la espermatogénesis, no pudiendo establecer conclusiones definitivas. A partir de nuestro caso, se plantea la necesidad de realizar estudio de espermograma en pacientes en tratamiento con 5 ASA.

Código: GA2028
Título: UNA PATOLOGÍA INFRECUENTE, TUMOR DE KRUKENBERG, A PROPÓSITO DE UN CASO.
Autores: Jensen V. [1]; León T. [1]; Arisio S. [1]; Barsi B. [1]; Molinari E. [1]; Portillo L. [1]; Calcagno R.[1]; Romeo J.[1]; Precetti F.[1]; Ghiraldo A.[1]; Marini E.[1]
Filiación/es: [1]Hospital General de Agudos José María Ramos Mejía, Buenos Aires
Especialidad: Caso Clínico Gastroenterología | **Área Temática:** Esófago Estómago Duodeno | **Categoría**: Caso Clínico

Introducción

El tumor de Krukenberg es infrecuente. Puede originarse en el estómago, colon, apéndice y mama. Siendo el cáncer gástrico el más frecuente.

Objetivo

Presentar el caso clínico de una paciente con tumor de Krukenberg, diagnosticado en el Hospital Ramos Mejía.

Pacientes

Se expone el caso de una paciente de 41 años, con antecedentes de asma, e infección por COVID en 2020, sin complicaciones. Al interrogatorio, negaba tener controles ginecológicos desde 2017. Como antecedentes quirúrgicos tenía 2 cesáreas, y apendicectomía en 2010.

Ingresa en Junio de 2021 a Clínica Médica del Hospital Ramos Mejía, donde cursa internación por derrame pleural derecho, asociado a pérdida de 20 kg en 6 meses.

Presenta un laboratorio sin particularidades, y una PAN TC que evidencia un incremento de tamaño de la silueta uterina por tumoraciones sólidas intramurales y subsesoras, heterogéneas, necrótica-quísticas. La mayor de 114x85 mm. Se sospechan tumores de miometrio.

Posteriormente, se le realiza una ecografía ginecológica que evidencia el útero aumentado de tamaño, a expensas de voluminosas formaciones heterogéneas vinculables a miomas subserosos. Presentan vascularización incrementada, no teniendo el típico patrón de núcleo miomatoso, sin poder descartarse transformación sarcomatosa.

Es evaluada por servicio de Ginecología, y en Agosto se realiza anexohisterectomía total, sin complicaciones.

El resultado de la AP es compatible con metástasis de ovario bilateral por adenocarcinoma semidiferenciado con células en anillo de sello de probable origen digestivo.

Se contacta a la paciente con servicio de Gastroenterología y en Septiembre de 2021, se realiza VEDA que evidencia en estómago una lesión de aspecto infiltrante, friable al contacto con el instrumental, mamelonada, que compromete la curvatura menor, y la incisura gástrica, que se biopsia.

El resultado de la AP fue un Adenocarcinoma semidiferenciado con células en anillo de sello.

Realiza tratamiento con Capecitabina- Oxaliplatino por 5 ciclos, para ser intervenida quirúrgicamente de manera posterior.

En Marzo de 2022 presenta derrame pleural, positivo para células neoplásicas, y por mal estado general, se interna nuevamente en Clínica Médica.

En Abril presenta un episodio de oclusión intestinal aguda. Se le realiza laparoscopia exploradora que evidencia múltiples metástasis a nivel del peritoneo y órganos adyacentes. Se realiza ileostomía de urgencia. Fallece en Mayo de 2022.

Conclusiones
El pronóstico de las pacientes con metástasis en el tracto genital por cáncer gástrico es malo y es peor en comparación con otros sitios, como la mama, el colon y recto.
La supervivencia general de las pacientes sometidas a ooforectomía es diferente en comparación a las no intervenidas quirúrgicamente, y la citorreducción quirúrgica más la quimioterapia adecuada, pueden mejorar el pronóstico.
Observaciones
Se decidió presentar este caso clínico, debido a que representa una patología infrecuente.

Código: GA2039
Título: LINFOMA DE BURKITT GÁSTRICO COMO CAUSA DE HEMATEMESIS MASIVA. UNA ENTIDAD INFRECUENTE PERO AMENAZANTE.
Autores: Cabanas, S.[1]; Achilli, A.[1]; González, ML.[1]; Abecia, V.[1]; Marcolongo, M.[1]
Filiación/es: [1]Hospital Italiano de Buenos Aires
Especialidad: Caso Clínico Gastroenterología | **Área Temática:** Esófago Estómago Duodeno | **Categoría**: Caso Clínico
Introducción
El cáncer gástrico representa el tercer tumor en frecuencia anual de tubo digestivo. Los linfomas son el segundo tumor gástrico más frecuente luego del adenocarcinoma.
La mayoría de los linfomas gástricos se asocian a tejidos linfoide mucoso o linfomas difusos de células grandes B.
El linfoma de Burkitt es un linfoma no-Hodgkin de células B agresivo con una alta tasa proliferativa. En adultos constituye una entidad infrecuente y su localización primaria gástrica es rara. Se han reportado casos de hemorragias digestivas severas con hallazgos endoscópicos de múltiples lesiones ulceradas umbilicadas en forma de Donut.
Caso clínico
Paciente masculino de 27 años, HIV + (última carga viral 8300 copias), recibiendo tratamiento antirretroviral, consulta por dolor abdominal en epigastrio 10/10. Refiere consumo de ibuprofeno durante las dos semanas previas. Al examen físico, palidez cutáneo mucosa, sudoroso y frío, TA 90/70, frecuencia cardíaca 125 lpm, abdomen tenso, doloroso a la palpación superficial en epigastrio. Se realiza Rx de tórax y ecografía sin hallazgos. En área de emergencia presenta hematemesis con posterior shock por lo que se procede a Intubación Oro Traqueal.
El laboratorio arroja un hematocrito de 16 %, hemoglobina 5.5 g/dL, sin otras alteraciones. Se realiza soporte transfusional, omeprazol 80 mg endovenoso y se interna en unidad de terapia intensiva. Se realiza endoscopia digestiva alta, se evidencian cuatro úlceras en sacabocados, con bordes sobreelevados, base necrótica y fondo de fibrina, la mayor de ellas de 5 cm, sobre curvatura menor, se biopsian.
La anatomía patológica con técnicas de inmunohistoquímica informan Linfoma de Burkitt CD20, CD10, bcl6 positivos, Ki67 del 100%, asociado a Epstein Barr Virus. La técnica FISH (hibridación in situ con fluorescencia) demostró el rearreglo del gen C-myc.
Se realiza pantomografía que evidencia adenopatías axilares bilaterales y PAMO que muestra compromiso medular. Se descarta compromiso del SNC con resonancia de encéfalo y punción lumbar, no se logra completar evaluación con PET TC. Se inicia tratamiento antirretroviral y quimioterápico con dexametasona, rituximab y ciclofosfamida. Intercurre con síndrome de lisis tumoral y shock séptico refractario, falleciendo a los 47 días de internación.
Observaciones: Describimos este caso infrecuente con el objetivo de incorporarlo como diagnóstico diferencial dentro de la patología gastrointestinal y dado que con un tratamiento temprano y oportuno podemos mejorar el pronóstico de estos pacientes, sobre todo en los portadores de la infección por virus de la inmunodeficiencia humana.
La presencia de lesiones gástricas ulceradas en forma de Donut deben hacernos sospechar esta enfermedad y motivarnos a la toma de biopsia para certificar el diagnóstico.
Una vez realizado el diagnóstico, la quimioterapia sistémica constituye el tratamiento de elección y es fundamental la instauración de medidas preventivas para el síndrome de lisis tumoral.

Código: GA2044
Título: Uso de ácido tranexámico en el tratamiento de GAVE refractario en un paciente con cirrosis. Reporte de un caso.
Autores: Achilli A.J.[1]; Ortiz P.G.[1]; Gonzalez M.L.[1]; Serra. M.[1]; Marcolongo, M.M.[1]
Filiación/es: [1]Hospital Italiano de Buenos Aires
Especialidad: Caso Clínico Gastroenterología | **Área Temática:** Esófago Estómago Duodeno | **Categoría**: Caso Clínico
Introducción
La ectasia vascular antral gástrica (GAVE) representa hasta un 4% de las hemorragias digestivas altas de origen no variceal. Se produce asociada a cirrosis, enfermedades autoinmunes del tejido conectivo o insuficiencia renal crónica, pero la fisiopatología de esta entidad aún es incierta. La presentación clínica varía desde anemia ferropénica o sangrado digestivo agudo con requerimiento transfusional. El tratamiento endoscópico con plasma argón (APC) es de primera línea pero en una minoría de los casos puede no ser suficiente. Los casos asociados a hepatopatía suelen ser los que presentan recaídas más tempranas y severas.
Se presenta un hombre de 70 años con cirrosis por hepatitis B (Child A), diabético, con múltiples internaciones por anemia sintomática y requerimientos transfusionales.
Entre el 2017-2021 se realiza endoscopia digestiva alta (VEDA) y colonoscopia basal donde se evidencia variz esofágica chica sin signos rojos y GAVE. Se realizaron 13 sesiones secuenciales de tratamiento con APC (50 Watts, Flujo 1.5 l/m), sin embargo en su evolución no se logró una curva de hemoglobina adecuada y sostenida, con recaídas sintomáticas tempranas y severas manteniendo altos requerimientos transfusionales. En el último estudio endoscópico realizado se agregan a los hallazgos descriptos, en la región antral gástrica, la presencia de múltiples lesiones polipoideas (al menos 30) sésiles erosionadas con fibrina y mancha hemática de 3-20 mm. La anatomía patológica resulta compatible con pólipos inflamatorios. Se realiza tratamiento con inhibidores de la bomba de protones y se optimiza dosis de propranolol.
Dada la anemia refractaria, se decide tratamiento antifibrinolítico sistémico con ácido tranexámico (AT) oral en dosis moderadas (500 mg cada 8 horas). El paciente evoluciona con excelente respuesta clínica, mejoría sostenida de los valores de hemoglobina y sin necesidad de nuevas transfusiones por los últimos seis meses.
Observación
El AT puede ser una alternativa al tratamiento actualmente propuesto para casos refractarios al endoscópico (octeotride, talidomida, antrectomía) con escasa evidencia. Los pólipos inflamatorios pueden ser consecuencia infrecuente del tratamiento con APC. Más estudios son necesarios para demostrar la eficacia y seguridad del AT en esta entidad.

Código: GA2048
Título: Causa infrecuente de dolor abdominal cronico
Autores: Calcagno, R.[1]; Portillo, L.[1]; Barsi, B.[1]; Arenas Tenembaum, J.[1]
Filiación/es: [1]Centro Medico Sala Salud
Especialidad: Caso Clínico Gastroenterología | **Área Temática:** General | **Categoría**: Caso Clínico
Introducción :

La hernia de Copeman consiste en una hernia del tejido adiposo subcutáneo a través de la fascia muscular superficial , siendo una causa frecuente de dolor lumbar pero a menudo confundido por su ubicación con lesiones discales de la columna o litiasis renal.

De acuerdo a la literatura la mayor frecuencia es en la región dorsal y glútea, aunque con mucha menor frecuencia se pueden evidenciar en otras zonas como músculos periféricos o la pared abdominal anterior.

Objetivo:
Presentaremos un caso de dolor abdominal de causa infrecuente.

Presentación del paciente:
Paciente de 60 años que acude con estudios solicitados en otro centro en contexto de dolor abdominal.
Niega antecedentes clínicos - quirúrgicos de relevancia.
Tiene ecografía abdominal y endoscopia digestiva alta y baja sin hallazgos patológicos.
Laboratorio general normal.
Refiere dolor abdominal puntual en hipocondrio derecho de meses de evolución, no relacionado con catarsis ni ingesta, sin otros síntomas asociados, no náuseas, vómitos , fiebre ni alteración del hábito evacuatorio.
Cuadro doloroso se acentúa en posición de pie y ante esfuerzos.

Al examen físico dolor localizado en Hipocondrio derecho evidenciándose a ese nivel lesión nodular blanda que impresiona superficial.

Se solicita ecografía de piel y partes blandas en región dolorosa referida por la paciente donde se evidencia en relación con formación palpable , en el plano subcutáneo, interrupción focalizada del septo fibroso subcutáneo de 4 x 8mm, con pasaje del tejido graso y formación de saco de 6 mm compatible con hernia

de Copeman.

Con el hallazgo el paciente fue derivado a cirugía y actualmente se encuentra en plan de corrección quirúrgica del defecto de la fascia muscular.

Observaciones:
La presentación de este caso se basa en la baja frecuencia de hernia de copeman como causa de dolor abdominal debiéndose tener en cuenta en aquellos casos donde las causas más frecuentes fueron descartadas y el paciente persiste con dolor abdominal.

Código: GA2066
Título: ASOCIACIÓN POCO FRECUENTE: ACALASIA Y HERNIA HIATAL
Autores: Porfilio Gularte, Giovanna[1], Llera Sosa, María Milena[1]; Verón, Gabriel[2]; De Olivera, Sebastián[1]; Riveros, Ignacio[1]; López, Salome[1]; Reineck, Paola[1]; Sciangula, Mariana[1].
Filiación/es: [1]Hospital Escuela de Agudos Dr. Ramón Madariaga Gastroenterología y Endoscopia Posadas, Misiones, Argentina; [2]Hospital Pediátrico Dr. Fernando Barreyro.
Especialidad: Caso Clínico Gastroenterología | **Área Temática:** Esófago Estómago Duodeno | **Categoría**: Caso Clínico
Introducción:
La acalasia es una enfermedad irreversible, progresiva y neurodegenerativa de la motilidad esofágica. Prevalencia es de 10:100.000, incidencia de 4-5:100.000.
La hernia Hiatal (HH), un hallazgo frecuente en la población general 30-50%. Son pocos los estudios que reportan asociación de HH y Acalasia que ronda entre el 2-14%.
Objetivo: Describir las característica clínicas, endoscópicas y manométricas de una asociación poco frecuente.
Materiales y Métodos:
Caso 1: femenina de 24 años con diagnóstico de acalasia a los 12. Se realizaron sesiones de dilatación endoscópica y posterior miotomía heller más funduplicatura de Thal a los 15. Luego, del tratamiento quirúrgico refirió mejoría parcial de la sintomatología con episodios de disfagia baja y regurgitación. A los 22 se agudizan los síntomas con descenso de peso (10 kg) astenia, anorexia y adinamia. Score de Eckardt de 9 puntos. Chagas negativo.
-Tránsito esofágico: esófago dilatado con contenido alimentario e imagen en pico de ave. Resano-malenchini grado III.
-VEDA: Esófago dilatado con tres codos y restos alimentarios. CM: 34 cm de ADS. Hiato: 37 cm de ADS. Hill tipo II.
Caso 2: femenina de 64 con diagnóstico de Chagas de 20 años de evolución. Inicia hace 2 años con regurgitación intermitente, disfagia baja, dolor retroesternal y pérdida de peso de 10 kg. Score de Eckardt de 6 puntos.
-Tránsito esofágico: Retardo del vaciamiento esofágico en tercio distal. Alteración de las ondas esofágicas. Hernia hiatal. Resano-malenchini grado III.
-VEDA: Esófago dilatado con presencia de dos codos distales. CM a 34 cm. Hiato a los 38 cm de ADS. Hill tipo III.
Resultados:
Caso 1: Manometría Esofágica Alta Resolución (MEAR): EES: Coordinación faringoesofágica conservada. Presión: 66.9 mmHg. Cuerpo Esófagico: 100% de las degluciones fallidas. EEI: IRP: 28.9. Crura: 37.9. Criterios manométricos: Acalasia Tipo I y hernia hiatal.
Caso 2: MEAR: EES: Coordinación faringoesofágica conservada. Presión: 72 mmHg. Cuerpo Esófagico: 100% de las degluciones fallidas. EEI: IRP: 42.2. Crura: 44. Criterios manométricos: Acalasia Tipo I y hernia hiatal.
Conclusiones:
En el diagnóstico de acalasia asociada a hernia hiatal el tránsito esofágico y la endoscopia tienen una sensibilidad del 73%. En la VEDA en esófago de Barret extenso resulta, difícil la detección de la unión escamocolumnar por la variabilidad inter-observador. La MEAR nos permite una investigación dinámica con un análisis detallado y prolongado de los componentes de la unión esofagogástrica así, como sus presiones. La combinación de los tres estudios aumenta la sensibilidad (92%) y especificidad (95%) para el diagnóstico de esta asociación infrecuente cada una aportando información complementaria.
Observaciones: Al tratarse de una asociación poco frecuente se decidió su reporte.

Código: GA2021
Título: LESIONES GÁSTRICAS PRENEOPLÁSICAS: SENSIBILIDAD DIAGNÓSTICA DEL PROTOCOLO DE SYDNEY ORIGINAL Y ACTUALIZADO
Autores: Nemirovsky, L[1]; Fuentes, A[2]; Pardo B[1]; Sequeira, A[1]; Escobar Fernández R[1]
Filiación/es: [1]Sanatorio Méndez; [2]ITAC
Especialidad: Trabajo Científico Gastroenterología | **Área Temática:** Esófago Estómago Duodeno | **Categoría**: Trabajo Científico
1. RESUMEN

Introducción: La gastritis crónica atrófica (GCA) y la metaplasia intestinal (MI) son lesiones gástricas preoneoplásicas. Se diagnostican a partir de la videoendoscopía alta (VEDA) con toma de biopsias, siendo el protocolo de Sydney actualizado el estándar de oro para realizarlas. Sin embargo, en los últimos años se han publicado resultados discrepantes acerca de la información diagnóstica que adiciona la biopsia de la incisura angular.
Objetivo principal: Comparar la sensibilidad diagnóstica del protocolo de Sydney original (dos biopsias de antro + dos biopsias de cuerpo) vs. el protocolo de Sydney actualizado (dos biopsias de antro + una biopsia de incisura + dos biopsias de cuerpo) para la detección GCA y MI.
Objetivo secundario: Evaluar los factores de riesgo asociados a MI
Materiales y método: Estudio retrospectivo, observacional realizado entre octubre 2019 y enero 2022 en el que se incluyeron pacientes sometidos a VEDA con biopsias de antro (2), incisura (1) y cuerpo (2) acorde al protocolo de Sydney actualizado, las cuales fueron analizadas por anátomo-patólogos. Se determinaron las siguientes variables demográficas: edad y sexo; indicación de VEDA; características anatomopatológicas: presencia de GCA y MI; sitio diagnóstico: antro, incisura, cuerpo gástrico; características individuales: antecedentes heredofamiliares de cáncer gástrico (AHF) y hábito tabáquico. Para estimar la sensibilidad en función de los falsos positivos de los diferentes protocolos de biopsia gástrica se aplicó la función de Curvas ROC
Resultados: Se analizaron 152 pacientes, 65% de sexo femenino y edad promedio de 60 años. La indicación más frecuente de VEDA fue dispepsia (30%). La sensibilidad diagnóstica del protocolo de Sydney original fue 92,7% % en MI y 80% en GCA respecto al gold standard (Sydney actualizado). La diferencia al comparar las AUC de los protocolos no fueron estadísticamente significativas (p=0,12 para MI / p=0,34 para GCA). La edad >60 años (OR 3.7, p=0.0017) y el tabaquismo (OR 2.7, p=0.01) presentaron una asociación estadísticamente significativa respecto al diagnóstico de MI
Conclusión: El protocolo de Sydney original presentó una menor sensibilidad diagnóstica para GCA y MI, sin ser esta diferencia estadísticamente significativa respecto al protocolo de Sidney actualizado, que a la fecha es el estándar de oro. La adición de la biopsia de incisura persiste siendo controversial.

Código: GA2064
Título: Aperistalsis esofágica idiopática y autoinmune ¿en qué difieren?
Autores: Lema R.[1]; Sánchez Leguizamo A.[1]; Scolnik M.[1]; Wright F.[1]; Marcolongo M.[1]; Argüero J.[1]
Filiación/es: [1]Hospital Italiano de Buenos Aires
Especialidad: Trabajo Científico Gastroenterología | **Área Temática:** Esófago Estómago Duodeno | **Categoría**: Trabajo Científico
La aperistalsis esofágica (AP) es un hallazgo clínicamente relevante en una manometría de alta resolución. Se ha asociado a trastornos autoinmunes, específicamente a aquellos desórdenes del tejido conectivo. Se caracteriza por ausencia de peristaltismo del cuerpo esofágico con relajación normal del esfínter esofágico inferior, lo que predispone a la presencia de reflujo y sus complicaciones. La fisiopatología involucra la atrofia de los músculos del esófago, ya sea por cambios fibróticos o por anomalías en la inervación neuronal. La presentación clínica es variable. Esta entidad presenta un manejo clínico desafiante, dado que la ausencia de motilidad limita las opciones terapéuticas, fundamentalmente en los pacientes que podrían requerir una conducta quirúrgica.
Los objetivos del estudio son estimar la prevalencia de AP en nuestra población y comparar los parámetros clínicos y funcionales esofágicos en el grupo de pacientes con y sin enfermedades reumatológicas asociadas. Estudio observacional, de corte transversal, en el que se identificaron a todos los pacientes con diagnóstico manométrico de AP (Chicago v.4) en un centro de tercer nivel de Buenos Aires entre el 2018 y junio de 2022.
Para el análisis descriptivo se calcularon medias y medianas. Para establecer asociaciones y diferencias se utilizaron el test de t y el test de chi2 Se estimo la prevalencia de AP en nuestra población. Se compararon parámetros clínicos, manométricos y reumatológicos en los pacientes con AP con y sin enfermedad reumatológica asociada para lo cual se excluyeron los pacientes sin seguimiento en nuestra institución.
Se revisaron 1437 manometrías esofágicas de alta resolución. El 5,8% (n=84) presentaron el diagnóstico de AP. La media de edad fue 53 a (DE 17,6). El 63,8% fueron mujeres. Se excluyeron 19 pacientes por no tener seguimiento en nuestra institución. De los incluidos, el 56,7% (n=38) fueron aperistalsis idiopáticas (API), el 40,3% (n=27) asociadas a enfermedades reumatológicas (APR) (n=12 esclerodermia limitada, n=7 difusa, n=3 Sjögren, n=3 enfermedad mixta, n=1 lupus) y el 3% (n=2) a diabetes. En la tabla se presentan los parámetros clínicos,

de laboratorio y los funcionales esofágicos de los pacientes con API en comparación con la asociada a enfermedades reumatológicas.

Más de la mitad de las AP fueron idiopáticas. La regurgitación fue el síntoma más frecuente en las API mientras que la pirosis lo fue en las APR. Los pacientes con APR fueron predominantemente mujeres y tuvieron presiones de la unión gastroesofágica significativamente menores que las APR, tanto en reposo como durante las degluciones y un retardo mayor en el vaciamiento esofágico comparado con los pacientes con API. La exposición al ácido en la impedanciometría estuvo alterada en forma similar en ambos grupos. Las diferencias en los parámetros mencionados entre ambos grupos con AP podrían indicar la existencia de un mecanismo fisiopatológico diferente para una correlato manométrico similar.

Código: GA2099

Título: PREFERENCIAS Y BARRERAS FRENTE AL USO DE TECNOLOGÍAS DE INFORMACIÓN Y COMUNICACIÓN EN PACIENTES CON ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL DE LATINOAMÉRICA

Autores: Puga-Tejada M.[1]; Conlon MC.[1]; Spiazzi RA.[1]; Cerezo MJ.[1]; Omonte-Zambrana A.[1]; Milano MC.[1]; Iade B.[2]; Arriola MA.[2]; Rainero GL.[3]; Meligrana NE.[3]; Valero M.[4]; Koll L.[4]; Martínez MM.[4]; Simian D.[5]; Maulen C.;[5] Estay C.[5]; García-Encinas C.[6]; Bellido-Caparó A.[6]; Ojeda M.[6]; Robles-Medranda C.[7]; Pitanga-Lukashok H.[7]; Arévalo-López M.[7]; Marriott-Diaz E.[8]; Marriott-Blum D.[8]; Andrade-Zamora D.[9]; Espinoza-Cárdenas J.[9]; Vlcek-Vera K.[10]; Garcete-Villar J.[10]; Martin-Delgado J.[11]; Manhães-Tolentino YF.[12].

Filiación/es: [1]Hospital Nacional Profesor Alejandro Posadas (HNPAP), El Palomar, Argentina.; [2]Centro de Asistencia del Sindicato Médico del Uruguay (CASMU), Montevideo, Uruguay.; [3]Hospital Universitario Austral (HUA), Pilar, Argentina.; [4]Instituto de Gastroenterología y Endoscopía de Avanzada (IGEA), Bahía Blanca, Argentina.; [5]Hospital Clínico Universidad de Chile (HCUCH), Santiago de Chile, Chile.; [6]Hospital Cayetano Heredia (HCH), Lima, Perú.; [7]Instituto Ecuatoriano de Enfermedades Digestivas (IECED), Guayaquil, Ecuador.; [8]Hospital de Especialidades Teodoro Maldonado Carbo (HTMC), Guayaquil, Ecuador.; [9]Hospital de Especialidades José Carrasco Arteaga (HJCA), Cuenca, Ecuador.; [10]Hospital Central del Instituto de Previsión Social (HC-IPS), Asunción, Paraguay.; [11]Universidad Católica de Santiago de Guayaquil (UCSG), Guayaquil, Ecuador.; [12]Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro (UNIRIO), Río de Jainero, Brasil.

Especialidad: Trabajo Científico Gastroenterología | **Área Temática:** Colon EII | **Categoría**: Trabajo Científico

Introducción: Las tecnologías de información y comunicación (TICs) incluyen aplicaciones informáticas de uso dialógico, informativo o social. Constituyen recursos en el manejo de enfermedades crónicas, como la enfermedad inflamatoria intestinal (EII). Es importante comprender mejor el uso de las mismas por parte de los pacientes con EII de Latinoamérica (LatAm).

Objetivo: Evaluar las preferencias y barreras (PyB) frente al uso de TICs en pacientes con EII de distintos países de LatAm.

Materiales y métodos: Entre may/21-jun/22 se propuso participar de un estudio basado en encuestas, a pacientes con EII en seguimiento por alguno de los 17 centros convocados de 9 países hispanohablantes de LatAm, ≥15 años, con diagnóstico confirmado por histopatología. Se excluyó casos con diagnóstico <6 meses, hospitalizados, sin tratamiento EII-específico, patología psiquiátrica u oncológica o no aptos para responder una encuesta. Se diseño una encuesta ad-hoc, anónima y en línea, a través de SurveyMonkey. El uso de TICs se estimó mediante escala de Likert. Encuestas con >25% de datos en blanco fueron excluidas; en aquellas con <25%, las preguntas en blanco fueron computadas como tales. Se calculó una muestra de 205 casos.

Resultados: Participaron 341 casos de 11/17 centros de 6/9 países: Argentina 216, Uruguay 58, Ecuador 33, Chile 16, Perú 12, Paraguay 6. Mediana de edad 37 (28-51) años; 200 (58.7%) mujeres; 240 (70.4%) colitis ulcerosa, (CU), 90 (26.4%) enfermedad de Crohn (EC) y 11 (3.2%) colitis inclasificable (CI); 14 (4.1%) ruralidad; 158 (46.3%) secundaria completa y 111 (32.6%) superior. Poseían smartphone 306 (89.7%). En general, WhatsApp (WA) fue la TIC de uso diario más frecuentada por 325 (95.3%), seguido de Instagram (Ig) 199 (58.4%), email 195 (57.2%), Facebook (Fb) 192 (56.3%) y YouTube (YT) 175 (51.3%). Para fines EII-específicos, las más utilizadas fueron WA 130 (38.1%), Fb 93 (27.3%), email 83 (24.3%), YT 73 (21.4%) e Ig 72 (21.1%). El 48% usó al menos una TIC diariamente. El 61.3%, afirmó estar total/muy de acuerdo en usar TICs a fin de buscar información sobre medidas de autocuidado, 57% dietas y 54% síntomas. Solo el 15.8% afirmó que esta información es de fácil acceso, el 45.7% de fácil comprensión, el 34.9% de buena calidad y al 25% le preocupó la privacidad de sus datos. El 91.5% afirmó que usaría una aplicación EII-específica a fin de obtener información actualizada sobre EII y el 88.6% que sea preferiblemente móvil (figura 1).

Conclusiones: Los pacientes con EII de LatAm utilizan distintas TICs para propósitos EII-específicos. Las TICs representan un recurso para transmitir información y mantener comunicación con y entre los pacientes con EII. No obstante, es necesario mejorar el acceso, veracidad y comprensión de tales recursos, en un entorno que garantice la privacidad de los datos de los pacientes. En el conocimiento de la autoría, este es el primer estudio en describir las PyB frente al uso de TICs en EII de LatAm. NCT 04893928.

Código: GA2036

Título: MIGRACION DE BANDA GASTRICA AJUSTABLE

Autores: Castillo G.[1]; Melano F.[1]; Ponce J.[1]; Rodriguez Varas A.[1]

Filiación/es: [1]Hospital Cordoba.

Especialidad: Video Científico Gastroenterología | **Área Temática:** Esófago Estómago Duodeno | **Categoría**: Video Científico

Introducción: La BGA (banda gástrica ajustable) se emplea desde hace más de 20 años en el tratamiento de la obesidad mórbida.

Dentro de las complicaciones posquirúrgicas se encuentran: Vaciamiento de la bolsa, esofagitis, megaesófago, deslizamiento y migración. De las cuales la erosión y migración intragástrica de la prótesis se presentan en el 0.6 - 11% de casos.

Para la extracción de la BGA migrada, en pacientes asintomáticos, se debe aguardar mayor penetración intraluminal y el abordaje incluye métodos endoscópicos (de elección, menos invasivo, evitando la reintervención quirúrgica) laparoscópicos o la realización de laparotomía.

Objetivos: Presentación de un caso endoscópico infrecuente.

Materiales y Métodos: Paciente masculino, 63 años. APP: Obesidad mórbida. AQX: Cirugía laparoscópica: Colocación de banda gástrica ajustable (2011).

Complicación tardía: Migración de banda gástrica ajustable.

Síntomas: Disfagia esofágica de 2 años de evolución, perdida de peso. IMC 26

Diagnóstico endoscópico: Prótesis gástrica migrada parcialmente a tercio inferior de esófago.

Abordaje terapéutico: Retirada de BGA mediante endoscopia. Equipo y materiales utilizados: Videogastroendoscopio Fujinon 4400; Guía hidrofilica 0,035mm- 450cm; Pinza de cuerpo extraño Raptor US Endoscopy; Litotriptor mecanico Coockx.

Conclusiones: La cirugía bariátrica se ha convertido hoy en día en el bastión del tratamiento del paciente obeso mórbido, evaluado en series de seguimiento como una técnica que reduciría la incidencia de diabetes mellitus e hipertensión. El banding gástrico es una técnica mínimamente invasiva introducida en 1986, y realizada por vía laparoscópica desde 1992. Corresponde al implante de una banda gástrica de silicona que se ubica alrededor del fondo gástrico, a aproximadamente 2 cm de la unión esofagogástrica, formando un «neoestómago» o pouch. Este dispositivo se comunica a través de un conector tubular a un puerto de acceso que se ubica de forma extraperitoneal, bajo la vaina del recto abdominal o bajo la fascia torácica externa, la cual permite introducir una solución salina para ajustar el calibre del paso del contenido gástrico.

Si bien es un procedimiento que ofrece seguridad, se encuentra sujeto a complicaciones, de las cuales la migración de la BGA constituye una complicación tardía, infrecuente. El tratamiento indudablemente es la retirada de la banda, ya sea por vía endoscópica, laparoscópica o abierta.

Código: GA2004

Título: TUMOR MIOFIBROBLÁSTICO INFLAMATORIO HEPÁTICO

Autores: Rodríguez Bruno, C.[1]; Crocci EM[1]; Bastidas, A.[1]; Man, M.[1]; Romero, G.[1]; Paterno, M.[1]; Kujaruk, MR.[1]; Vázquez, H.[1]

Filiación/es: [1]Hospital C. Bonorino Udaondo.

Especialidad: Caso Clínico Gastroenterología | **Área Temática:** General | **Categoría**: Caso Clínico

INTRODUCCIÓN: El término “pseudotumor inflamatorio” (PSI) o Tumor miofibroblástico inflamatorio describe un grupo heterogéneo de lesiones benignas. El órgano más afectado es el pulmón, siendo rara la afectación hepática. Su incidencia es alrededor del 0,7% y representa el 8% de los PSI extrapulmonares. Su origen puede ser inflamatorio o infeccioso. Se presentan con síntomas inespecíficos como dolor abdominal, fiebre y pérdida de peso. Las lesiones pueden ser únicas o múltiples, con predilección por el lóbulo derecho y suelen confundirse con un proceso maligno. En resonancia magnética (RMN) produce intensidad de señal baja en T1 e hipertensividad moderada a alta en T2, con realce periférico en la fase portal y tardía. El diagnóstico definitivo es anatomopatológico con la presencia de células fusiformes miofibroblásticas envueltas en tejido colágeno, células plasmáticas, macrófagos y linfocitos. No hay consenso sobre tratamiento médico vs quirúrgico.

OBJETIVO: elevar la sospecha diagnóstica de PSI y realizar tratamiento médico oportuno para evitar resecciones quirúrgicas innecesarias.

CASO CLÍNICO: Paciente masculino de 29 años. Antecedentes: colecistectomía dificultosa con extracción parcial de vesícula. Posterior

internación por colecistitis de muñón y lesión focal hepática adyacente, se realiza resección del muñón vesicular y biopsia hepática, ambos informes histopatológicos evidenciaron tejido colagenizado con células fusiformes entremezcladas, células inflamatorias y acúmulos de histiocitos espumosos.

Consulta por síndrome febril prolongado y pérdida de peso. Al examen físico, paciente adelgazado sin otro hallazgo. Laboratorio: HTO 31.1%; Hb 10.4 mg/dl, Leucocitos 10.300mil/mm3, 85% PMN; 538000 plaquetas/mm3; PCR 8.88 u/l. Se realiza ecografía abdominal: hígado heterogéneo a expensas de áreas ligeramente hipoecoicas mal definidas de 73x54 mm con imágenes ecogénicas dispersas en su interior en segmento 4. RMN: Hepatomegalia, en segmento 4 múltiples áreas hiperintensas en T2 Y STIR y áreas hipointensas en T1, realce a predominio periférico con signos de edema circulante, diámetro de 85x88mm; ectasia de vía biliar intrahepática por efecto de masa.

Completó tratamiento antibiótico sin respuesta, por lo que se realizó PAAF y biopsia hepática que informó fibrosis que reemplaza el tejido hepático e infiltrado inflamatorio moderado (plasmocitos, linfocitos, eosinófilos). Se interpreta como PSI e inicia corticoterapia con mejoría clínica y reducción del tamaño de la lesión en estudios por imágenes. CONCLUSIÓN: Los PSI son poco frecuentes. Suelen confundirse con lesiones malignas. Diferenciarlas es crucial ya que pueden retroceder espontáneamente o con tratamiento médico (corticoterapia). El tratamiento quirúrgico debería reservarse sólo para pacientes con síntomas severos persistentes o diagnóstico incierto, no pudiendo descartar malignidad. OBSERVACIÓN: patología infrecuente de difícil abordaje diagnóstico y terapéutico.

Código: GA2059
Título: FISTULA AORTO-ESOFÁGICA MANIFESTADA COMO HEMATOQUECIA
Autores: Lombardi G[1]; Pardo B[1]; Cande I[1]; Sequeira A[1]; Escobar R[1]
Filiación/es: [1]Sanatorio Dr. Julio Méndez, CABA Bs As
Especialidad: Caso Clínico Gastroenterología | **Área Temática:** Esófago Estómago Duodeno | **Categoría**: Caso Clínico

Introducción :La hemorragia digestiva (HD) es la urgencia endoscópica más frecuente, siendo la hemorragia digestiva alta (HDA) la más prevalente y manifestándose como hematoquecia solo en 15 % de los casos. La enfermedad ulcero-péptica y las lesiones agudas de la mucosa gástrica son las principales etiologías. La fístula aorto - esofágica (FAE) suele pasar inadvertida a priori dado que es una entidad rara y en la mayoría de los casos letal.

Objetivo: Presentar un caso infrecuente de FAE con manifestación clínica atípica.

Caso clínico: Paciente femenina, 75 años. Antecedentes: aneurisma de aorta toraco-abdominal con colocación de endoprótesis 6 años previos a la consulta. Presenta una HD manifestada por hematoquecia con descompensación hemodinámica. Video endoscopía digestiva alta (VEDA): tercio medio de esófago, úlcera de 20 mm con babeo hemático y restos de fibrina. Terapéutica de úlcera esofágica con inyección de polidocanol + tres clips hemostáticos. Por localización atípica de la úlcera y los antecedentes clínicos, se sospecha una FAE, se realiza tomografía computada (TC) de tórax y abdomen: dilatación aneurismática desde arco aórtico a aorta sub diafragmática con endo-prótesis y signos de fuga de contraste + trombosis mural y burbujas aéreas en raíz aórtica, y posterior angiografía aórtica con fuga tipo IA y III. Se implanta endoprótesis aórtica torácica y abdominal con éxito. Se interpreta cuadro como FAE presentada como HDA manifestada por hematoquecia.

Conclusiones: La FAE es una complicación poco frecuente. Existen diversos factores en su génesis. Primarios: aneurisma - disección de aorta torácica (>56 %), cuerpo extraño corto-punzante o cáncer de esófago. Secundarios: complicación de cirugía aórtica o colocación de endoprótesis. Clínicamente puede manifestarse como una HD masiva y letal. Aunque más frecuentemente se presenta con dolor torácico asociado a una HD autolimitada ("sangrado centinela") que de no ser diagnosticada es seguido de un episodio masivo: triada de Chiari (dolor centro torácico, HDA y shock hipovolémico). Pruebas diagnósticas: VEDA y TC si las condiciones del paciente lo permiten. Los hallazgos endoscópicos son variables: erosiones/úlceras, coágulos, hematoma submucoso o masa pulsátil. La angio-TC de tórax es el estudio por imágenes de elección. Respecto al tratamiento, actualmente la colocación de endoprótesis vasculares es de elección.

Observaciones: La FAE es una emergencia médica infrecuente con una elevada mortalidad, por lo que es fundamental su diagnóstico precoz para así poder realizar un tratamiento vascular oportuno. La endoscopia es una herramienta diagnóstica, sin embargo, no existe bibliografía sobre terapéutica endoscópica en FAE. Suele manifestarse más frecuentemente como hematemesis y melena, sin embargo, se debe tener en cuenta como causa de otras manifestaciones de hemorragia en un contexto clínico pertinente.

Código: GA2060
Título: SÍNDROME DE BOERHAAVE. A PROPÓSITO DE UN CASO.
Autores: Parajon JP.[1]; Molina L.[1]; Man M.[1]; Paterno M.[1]; Moreno ML.[1]; Carraro C.; Dulcich F.[1]; Corti R.[1]; Vázquez H.[1]
Filiación/es: [1]Hospital Udaondo Bs.As.
Especialidad: Caso Clínico Gastroenterología | **Área Temática:** Esófago Estómago Duodeno | **Categoría**: Caso Clínico

INTRODUCCIÓN: El síndrome de Boerhaave o ruptura esofágica espontánea, es una entidad infrecuente, con una mortalidad alta, que afecta con mayor frecuencia a los varones entre 50 y 70 años. Se origina debido a un aumento súbito de la presión intraesofágica asociado a una presión negativa intratorácica, producida principalmente por vómitos o secundario a esfuerzo durante la defecación, el parto, el levantamiento de pesas o la crisis asmática. Se ve favorecido por la contracción de la musculatura abdominal y una zona de debilidad anatómica normal del esófago en su tercio inferior. Son factores predisponentes: hernia hiatal, enfermedad por reflujo gastroesofágico y alcoholismo. La tríada de Mackler es el síndrome clínico característico de esta entidad: vómitos, dolor torácico intenso y enfisema subcutáneo cervical. Puede presentarse con síntomas asociados a sus complicaciones: disnea, derrame pleural, hidro neumotórax, hematemesis, fiebre, mediastinitis y sepsis. La TAC de tórax y el esofagograma con contraste hidrosoluble son los estudios de elección para el diagnóstico. OBJETIVO: Presentación de un caso de patología esofágica aguda de rara frecuencia de aparición en la práctica gastroenterológica diaria. CASO CLINICO: Femenina, 41 años. Motivo de consulta: tos y dolor torácico que aumenta con la inspiración de 5 días de evolución. Presentó hace 2 semanas atrás cuadro de náuseas, vómitos y odinofagia. Laboratorio: Hto 28%, Hb 8.8 g/dl. TC tórax: a 30 mm del hiato, se observa imagen sugestiva de laceración derecha de pared esofágica con burbujas de aire periesofágicas en topografía subcarinal. Se agregan otras confluentes en mediastino superior a nivel del opérculo torácico, de localización prevertebral y retrotraqueal. Esofagograma con contraste hidrosoluble: sin evidencia de fuga de contraste. EVOLUCION: Se interpreta cuadro como perforación esofágica secundario a síndrome de Boerhaave. Se interconsulta con servicio de Cirugía y se decide manejo conservador debido a la ausencia de sepsis. Inicia tratamiento antibiótico empírico con ceftriaxona y metronidazol. Permanece 7 días nada por vía oral, completando tratamiento antibiótico. Se inicia posteriormente dieta líquida con progresión a dieta general, con buena tolerancia. CONCLUSIONES: El pronóstico del síndrome de Boerhaave depende de la sospecha clínica temprana y el abordaje oportuno. Debe hacerse el diagnóstico diferencial con la ulcera péptica perforada, infarto agudo de miocardio, pancreatitis aguda, pericarditis, tromboembolismo pulmonar, aneurisma disecante de Aorta, neumotórax espontáneo y hernia diafragmática. El objetivo de los estudios diagnósticos es confirmar la perforación esofágica, su localización y las repercusiones locales y generales. El tratamiento puede ser conservador, endoscópico o quirúrgico. OBSERVACIONES: En este caso, optamos por el tratamiento conservador por su diagnóstico tardío y debido a la ausencia de complicaciones o sepsis.

Código: GA2068
Título: ESOFAGITIS INFECCIOSA EN PACIENTE INMUNOSUPRIMIDO, UN DIAGNÓSTICO QUE NO DEBEMOS OLVIDAR
Autores: Mancini, M.[1]; Matoso, D.[1]; Santino, J.[1]; Ortiz Suarez, P.[1]; González, M.[1]; Marcolongo, M.[1]
Filiación/es: [1]Hospital Italiano Buenos Aires
Especialidad: Caso Clínico Gastroenterología | **Área Temática:** Esófago Estómago Duodeno | **Categoría**: Caso Clínico

Introducción:

La histoplasmosis es una infección micótica comúnmente asociada a patología pulmonar en áreas endémicas.

El compromiso gastrointestinal se debe considerar principalmente en huéspedes inmunocomprometidos, siendo el sitio mayormente comprometido la región ileocecal por su abundante contenido linfoide.

El compromiso esofágico en esta patología suele ser secundario a adenitis mediastinal, en casos más tardíos, a fibrosis mediastinal o como parte de diseminación sanguínea con afectación de la mucosa esofágica.

Se presenta este caso clínico con el objetivo de considerar el diagnóstico diferencial en pacientes con factores de riesgo para presentar micosis profundas teniendo en cuenta la importancia de un tratamiento dirigido para evitar complicaciones.

Caso Clínico:

Paciente de 31 años, trasplantada renal a los 24 años (donante vivo relacionado) en tratamiento inmunosupresor que presenta disfagia intermitente a sólidos de un mes de evolución, asociada a vómitos postprandiales, dolor retroesternal y pérdida de peso significativa.

Se realiza videoendoscopia digestiva alta observándose en tercio superior de esófago dos lesiones sobreelevadas agrupadas de 7 mm y 6mm que se biopsian.

El estudio anatomopatológico de las mismas informa reacción granulomatosa con elementos levaduriformes que el examen directo es compatible con micosis. Por sospecha de micosis profunda, se realiza nuevo estudio endoscópico y se envían muestras para cultivo, el cual es negativo. Se decide enviar muestra a centro especializado para realizar PCR que resulta positiva para Histoplasma. En seguimiento conjunto con infectología se decide comenzar tratamiento con itraconazol. Evoluciona con disminución de la sintomatología presentada al inicio del cuadro.

Observaciones:

La histoplasmosis esofágica es una patología infrecuente dentro de las esofagitis infecciosas que se presenta como infección oportunista.

Las formas de presentación pueden ser variables como disfagia, hemorragia digestiva, perforación y obstrucción.

Para el diagnóstico deben realizarse tinciones fúngicas (en nuestro caso PAS, GROCOT y GIEMSA) en muestras de biopsia de pacientes con sospecha de afectación gastrointestinal por histoplasmosis diseminada o mediastínica. En pacientes con lesiones esofágicas que pudieran ser causadas por histoplasmosis mediastínica, las muestras deben enviarse para cultivo fúngico, aun cuando su sensibilidad es baja. Es importante tener en cuenta que las técnicas de detección de ADN son de importancia cuando el diagnóstico no es concluyente.

El diagnóstico de histoplasmosis requiere un alto índice de sospecha, más aún en pacientes que viven en áreas endémicas.

El tratamiento inicial es con antifúngicos aunque en casos más severos puede requerir resolución quirúrgica.

Código: GA2093
Título: Malformaciones vasculares hepáticas en un paciente con Rendu-Osler-Weber
Autores: Tamagnone N.[1]; Zitelli L.[1]; Rifrani Puyade G.[1]; Navas L.[1]; Cortese MM.[1]; Ahumada N.[1]; Jaureguizahar F.[1]; Reggiardo MV.[1]; Tanno H.[1]; Tanno F.[1]; Tanno M.[1]; Ruffinengo O.[1]; Bessone F.[1]
Filiación/es: [1]Hospital Provincial del Centenario
Especialidad: Caso Clínico Gastroenterología | **Área Temática:** General | **Categoría**: Caso Clínico

INTRODUCCION: la telangiectasia hemorrágica hereditaria (HHT) es un raro trastorno autosómico dominante. Se caracteriza por la presencia de telangiectasias y malformaciones arteriovenosas (MAV) mucocutáneas y viscerales, pudiendo afectar piel, membranas mucosas de la cabeza, tracto respiratorio, digestivo, cerebro e hígado. Puede ser asintomática o presentar episodios de sangrado con riesgo de muerte, siendo la epistaxis el síntoma más frecuente. El diagnóstico se establece por los criterios de Curacao. Las pruebas genéticas ayudan a confirmar el diagnóstico. Existen dos tipos de mutaciones que involucran el 90% de los casos. El tipo I tiene un fenotipo más grave, con MAV pulmonares y cerebrales más frecuentes. En el tipo II las malformaciones vasculares hepáticas (HVM) son más predominantes. Pueden presentar tres patrones de comunicaciones anormales: arteriovenosa, arterioportal y portovenosa. La forma de sospechar el diagnóstico de las HVM es a través de estudios de imagen. Con relación al laboratorio, las enzimas hepáticas suelen estar moderadamente elevadas. Solo el 8% de los pacientes con HVM presentan síntomas. Las presentaciones clínicas más comunes que resultan de las HVM son: insuficiencia cardiaca, hipertensión portal, isquemia biliar, síndrome de "robo de la mesentérica" y encefalopatía. El tratamiento no se recomienda para casos asintomáticos y debe ser dirigido a la presentación clínica predominante. El bevacizumab demostró grandes beneficios y el trasplante hepático tiene una excelente supervivencia.

CASO CLÍNICO: mujer de 62 años, con antecedente de hipotiroidismo, taquiarritmia ventricular compleja, que consultó por edemas de miembros inferiores, sin síntomas adicionales. Se realizó un ecocardiograma, doppler venoso de miembros inferiores, sedimento urinario y proterinuria de 24 hs que no mostraron alteraciones. Se indicó restricción hidrosalina con franca mejoría. Seis meses posteriores presentó episodio de dolor abdominal epigástrico persistente motivo por el cual se realizó ecografía abdominal y se observó dilatación leve de venas intrahepáticas. Al examen físico se constató hepatomegalia y soplo en hipocondrio derecho, por lo que se solicitó RMI de abdomen que informó hígado de forma y tamaño normal, con dilatación de cavidades cardíacas, con gran dilatación de aurícula derecha y venas suprahepáticas. Se solicitó RMI cardiaca que informó sólo miocardiopatía dilatada. La paciente evolucionó desfavorablemente, con marcada pérdida de peso y persistencia del dolor abdominal. Tres meses posteriores, por primera vez altera el laboratorio hepático con un patrón mixto a predominio colestático. Se realizó finalmente angioTAC que certificó malformaciones vasculares hepáticas. CONCLUSIÓN: la HHT es una entidad poco frecuente. Decidimos reportar un caso que se presentó con compromiso inicial de afectación hepática y cardiológica, siendo un desafío diagnóstico por su forma de presentación poco habitual.

Código: GA2162
Título: MASCARA CELÍACA DE LA GIARDIA LAMBLIA Y RESISTENCIA ANTIMICROBIANA: A PROPÓSITO DE UN CASO.
Autores: Méndez D.[1]; Dorelo R.[2]; Calderón O.[1]
Filiación/es: [1]Servicio de Gastroenterología y Endoscopia Digestiva – Hospital Arco Iris. La Paz, Bolivia.; [2]Departamento de Gastroenterología – Hospital Maciel. Montevideo, Uruguay
Especialidad: Caso Clínico Gastroenterología | **Área Temática:** Delgado | **Categoría**: Caso Clínico

a) Introducción: Giardia lamblia es un protozoario de distribución mundial, considerado por muchos años como comensal no patógeno del intestino. En la mayoría de los casos las manifestaciones clínicas son autolimitadas pero algunos pacientes pueden desarrollar una enfermedad grave con inflamación mucosa significativa y distintos grados de atrofia vellositaria, que incluso pueden parecerse a los de la enfermedad celíaca.

b) Objetivo: Conocer los distintos espectros de presentación clínica de G. lamblia, su resistencia antibiótica, así como las alternativas de manejo terapéutico más eficaces.

c) Paciente: Se presenta el caso clínico de una mujer de 36 años, mestiza, que consulta por dolor abdominal difuso, meteorismo, alternancia diarrea constipación asociado a elementos malabsortivos, astenia, adinamia y adelgazamiento de 20 kg en 2 años de evolución. La endoscopia digestiva alta informa mucosa de bulbo nodular y patrón festoneado en pliegues duodenales, con biopsias compatibles con atrofia duodenal Marsh IIIa con eosinófilos y trofozoítos de G. lamblia. A pesar del tratamiento inicial con metronidazol persiste la sintomatología por lo cual se solicita TC de abdomen que evidencia enteritis yeyunal y cápsula endoscópica evidencia úlcera en yeyuno medio, en base a estos hallazgos se descartan del diagnóstico enfermedad celíaca, enteropatía eosinofílica y enfermedad de Crohn. Finalmente después de múltiples tratamientos se logra la erradicación del parásito en la quinta línea terapéutica con esquema tri-asociado (tinidazol 2g dosis única, metronidazol 500mg cada 8 horas por 10 días y albendazol 400mg día por 7 días). La paciente presenta mejoría sintomática y de los elementos malabsortivos.

d) Conclusiones: Se describe el caso de una paciente diagnosticada de giardiasis intestinal con compromiso duodeno-yeyunal de presentación atípica asociada a atrofia intestinal y úlcera yeyunal con elementos malabsortivos, repercusión general, que es resistente a múltiples tratamientos en monoterapia y que requirió de tratamiento tri-asociado para su erradicación como se recomienda en nuevos estudios clínicos.

e) Observaciones: Reconocer que esta enfermedad puede presentarse de manera atípica y que su tratamiento puede ser desafiante, es fundamental para hacer un diagnóstico oportuno y tomar las conductas terapéuticas adecuadas, mejorando así el pronóstico del paciente.

Código: GA2045
Título: POLIPOSIS GÁSTRICA HIPERPLÁSICA: UNA CAUSA INFRECUENTE DE HEMORRAGIA DIGESTIVA
Autores: Marletta E.[1]; Garavento L.[1]; Garbi, ML.[1]; Giraudo F.[1]; Redondo A.[1]; Yantorno M.[1]; Correa JG.[1]; Marín P.[1]; Pagés M.[1]; Baldoni F.[1]; Tufare F.[1]
Filiación/es: [1]Hospital San Martín La Plata Bs. As.
Especialidad: Caso Clínico Gastroenterología | **Área Temática:** Esófago Estómago Duodeno | **Categoría**: Caso Clínico

INTRODUCCIÓN. La poliposis gástrica hiperplásica es una entidad infrecuente, de carácter esporádico o hereditario. Se caracteriza por la presencia de múltiples pólipos gástricos hiperplásicos, de distintos tamaños y morfología variable. La mayoría son asintomáticas, sin embargo, rara vez pueden presentarse como hemorragia digestiva. El riesgo de transformación maligna es bajo, reportado en menos del 2% de los casos. El tratamiento quirúrgico está indicado ante displasia o atipía, antecedentes familiares de cáncer gástrico, complicaciones como la hemorragia digestiva y frente al compromiso difuso gástrico que imposibilita la correcta detección de un foco de displasia.

CASO CLÍNICO. Paciente masculino de 31 años con antecedentes de tabaquismo, consumo de marihuana y cocaína, sin antecedentes familiares de relevancia. Concurre a la consulta por episodio de hematemesis con estabilidad

hemodinámica. Se realizó videoendoscopía digestiva alta (VEDA) que evidenció restos hemáticos en cavidad gástrica y al menos diez lesiones polipoides sésiles y subpediculadas de 7 a 20 mm de diámetro, localizadas en fondo y cuerpo gástrico, una de ellas de mayor tamaño con ulceración central, en fondo gástrico, con patrón vascular alterado por cromoendoscopía digital, sin sangrado activo. Se realizaron biopsias de dicha lesión y protocolo de Sydney confirmando la presencia de pólipos hiperplásicos sin transformación maligna y gastritis crónica con Helycobacter Pylori positivo. Por buena evolución clínica, se otorga el alta hospitalaria. El paciente pierde seguimiento y diez meses después intercurre con anemia sintomática con requerimiento transfusional. Se complementa estudio con tomografía tórax, abdomen y pelvis con contraste oral y endovenoso, evidenciando en cuerpo y antro gástrico imágenes polipoides con aparente engrosamiento a nivel del fondo gástrico e imágenes ganglionares en epiplón menor. Se realizó nueva VEDA evidenciado pólipos ya conocidos, y aumento significativo del tamaño del pólipo con ulceración central previamente descripto. Se realizó macrobiopsia con asa de polipectomía para descartar malignidad, confirmando el diagnóstico de pólipos hiperplásicos con focos de displasia de bajo y alto grado. Se decide tratamiento quirúrgico electivo, gastrectomía parcial. Se realiza VEDA intraoperatoria para definir el límite de resección gástrica. En pieza quirúrgica, se confirma diagnóstico de poliposis hiperplásica gástrica, sin atipía. El paciente evoluciona favorablemente, sin complicaciones.

CONCLUSIÓN. Los pólipos hiperplásicos representan uno de los pólipos más frecuentes del estómago, sin embargo, la poliposis gástrica hiperplásica es una entidad infrecuente. Generalmente es asintomática, en nuestro caso se diagnosticó a partir de un episodio de hemorragia digestiva alta. Su tratamiento depende del compromiso gástrico, la presencia de atipia/displasia o la imposibilidad del control y manejo endoscópico.

Observaciones: Presentación infrecuente.

Código: GA2013

Título: ESTUDIO PRELIMINAR SOBRE VÍAS DE ALIMENTACIÓN TEMPRANA EN PACIENTES CON PANCREATITIS AGUDA

Autores: Tárraga M.[1]; Argüello M.[1]; Zanetti M.[1]; Juárez A.P.[1]; Bittar A.[1]; Farina C[1].; Segura V.[1]; García M.[1]; Egea M.[1]; Fernandez G.[1]

Filiación/es: [1]Hospital T.J. Schestakow

Especialidad: Trabajo Científico Gastroenterología | **Área Temática:** Via Biliar-Páncreas | **Categoría**: Trabajo Científico

INTRODUCCIÓN: La pancreatitis aguda (PA) es una patología frecuente, con múltiples complicaciones locales y sistémicas que se relacionan con su grado de severidad. En los últimos años, se ha destacado la importancia del inicio temprano de la alimentación en la evolución de la enfermedad, especialmente en los casos graves. En este estudio, nos disponemos a comparar vía de alimentación oral (VO) y sonda nasogástrica (SNG) para evaluar si influyen en la evolución de la enfermedad. OBJETIVO GENERAL DEL ESTUDIO: Evaluar tolerancia, complicaciones infecciosas y no, estancia hospitalaria y mortalidad, según inicio de alimentación temprana (VO vs SNG) en pacientes con PA.

MATERIALES Y MÉTODO: Estudio observacional, comparativo, prospectivo de corte transversal. El estudio se realizó entre 1 de septiembre 2021 al 30 de julio 2022, de manera conjunta entre los Servicio Nutrición Clínica y Gastroenterología. RESULTADOS: Se incluyeron 24 pacientes, con edades entre 15 y 73 años, (m= 42, DE=19.4). El 79% mujeres, 21% hombres. Origen identificado: 95% litiasis, 5% otras. El 54% (n=13) inició alimentación temprana vía oral (VO) y el 46% (n=11) por sonda nasogástrica (SNG). En el grupo VO: el 84% toleró la alimentación, el 16% tuvo que pasar a SNG; el 69% tuvo un nivel de severidad leve y un 31% moderada; el 23% presentó distensión y dolor abdominal, el 15% presentó vómitos; el 7% presentó SIRS y no presentaron complicaciones específicas y no infecciosas. El promedio de días de internación fue 7.23 (DE=2.27). En el grupo SNG: el 90% toleró la alimentación, el 10% tuvo que pasar a SNY; el 60% tuvo un nivel de severidad leve, el 30% moderada y 10% severa; el 9% presentó distensión, el 10% dolor abdominal y vómitos; el 9% presentó SIRS, el 9% insuficiencia renal y no presentaron complicaciones específicas. El promedio de días de internación fue 10.36 (DE=5.6). No se encontraron diferencias en tolerancia a la alimentación y distensión, dolor abdominal y vómitos. No se encontraron diferencias en cuanto a niveles de severidad, ni en complicaciones infecciosas (bacterianas, funguemias y SIRS), no infecciosas (insuficiencia respiratoria e insuficiencia renal) y específicas (colección aguda infecciosa, pseudoquiste, won, necrosis pancreáticas). Se encontró una diferencia estadísticamente significativa en los días de internación (t= -1.83; p <0.05), presentando menos los que iniciaron alimentación vía oral. No se presentó mortalidad en ninguno de los grupos estudiados.

DISCUSIÓN: Los resultados preliminares muestran que no existen diferencias en los parámetros evaluados entre VO y SNG. Si bien se analizan grupos reducidos, los datos indican un progreso favorable y una disminución de días de internación a favor de los de inicio alimentación VO. Se aguarda incorporar mayor cantidad de pacientes a fin de obtener resultados representativos.

Código: GA2075

Título: VALORES NORMALES EN MANOMETRÍA DE ALTA RESOLUCIÓN EN UNA COHORTE DE VOLUNTARIOS ASINTOMATICOS

Autores: Forestier V.[1]; Cattaneo N.; Cernadas G.; Stave Salgado K.; Castilla M.; La Salvia D.; Mangoni A.; Codd J.C.; Matano R.; Ramos R.I.

Filiación/es: [1]Hospital de Alta Complejidad El Cruce

Especialidad: Trabajo Científico Gastroenterología | **Área Temática:** Esófago | **Categoría**: Trabajo Científico

INTRODUCCION

En la actualidad existen varios sistemas de manometría de alta resolución (MAR) disponibles, los cuales utilizan catéteres con hasta 36 sensores de presión ubicados cada 1 centímetro de distancia entre sí y 16 canales de Impedanciometria, proporcionando una mejor resolución espacial y una evaluación más precisa de la motilidad esofágica. La MAR permitió la valoración de nuevas mediciones para describir detalladamente la función motora esofágica. Valores normales de estos parámetros fueron descritos y establecidos por la Clasificación de Chicago de los trastornos motores del esófago, actualmente vigente la versión 4.0. Artículos publicados han mostrado que los valores normales varían según diferencias técnicas (diámetro del catéter, posición durante el procedimiento, consistencia del bolo, degluciones simples y múltiples) como así también, según el sistema de manometría de alta resolución utilizado. Así mismo, aspectos demográficos de la población estudiada como edad, raza y obesidad también poseen un impacto en los valores obtenidos. El objetivo de nuestro trabajo es determinar los valores en las mediciones en MAR esofágica en una población argentina de sujetos asintomáticos.

MATERIALES Y METODOS

Estudio de corte transversal, prospectivo y unicéntrico. Se incluyeron 40 sujetos asintomáticos. Se incorporaron de forma voluntaria y consecutiva voluntarios asintomáticos en el periodo de 1 año luego de realizar una encuesta validada para descartar síntomas típicos o atípicos de enfermedad por reflujo gastroesofágico (ERGE), enfermedades digestivas o cirugías previas. El proyecto fue aprobado por el Comité de Ética e Investigación de la Institución. Se utilizó para la MAR un equipo Diversateck, Insight g3, Denver, CO, USA. El estudio se realizó en posición supina, con 10 degluciones líquida , pruebas de provocación con sólidos y degluciones múltiples. Para el análisis de los resultados se utilizó el programa Stata (v11.1, Statacorp, College Station, Texas, USA). Para definir las variables numéricas se utilizó la media con su desviación estándar de acuerdo con la forma utilizada en estudios publicados anteriormente que evaluaron los valores normales.

RESULTADOS

Se analizaron 31 sujetos, 17 mujeres (54,8%). Edad media 31.05 (SD +11.09). índice de Masa Corporal 26.07 (SD +7.04). El resto fue excluido por diferentes fallas del sistema o del estudio. Los valores hallados se detallan en la tabla 1.

CONCLUSIONES:

Nuestro trabajo demuestra que existe una variedad de valores normales para las mediciones en MAR dependiendo del equipo, población y protocolo utilizado, por lo que se debería tener esto en cuenta al momento de su interpretación y aplicabilidad clínica.

Es importante el esfuerzo para obtener estos datos, y así poder comparar con valores patológicos.

Código: GA2092

Título: FACTORES DE RIESGO PARA HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA SECUNDARIA A ÚLCERAS POST-LIGADURA

Autores: Riveros I.[1]; De Olivera S.[1], López G.[1], Llera M.[1], Reineck P.[1], Porfilio G.[1], Barreyro J.[2]

Filiación/es: [1]Servicio de Gastroenterología, Hospital Escuela de Agudos “Dr. Ramón Madariaga”, Posadas, Misiones. [2]Universidad Nacional de Misiones - CONICET, Facultad de Ciencias Exactas Químicas y Naturales, Instituto de Biotecnología de Misiones, Posadas, Misiones.

Especialidad: Trabajo Científico Gastroenterología | **Área Temática:** Esófago Estómago Duodeno | **Categoría**: Trabajo Científico

Introducción La ligadura endoscópica de varices esofágicas (LEVB) asociados a los betabloqueantes, se encuentran indicados en la prevención secundaria de hemorragia variceal del paciente cirrótico. Una vez realizada la LEVB, se genera una caída de la varice ligada con la generación de un lecho congestivo cicatrizal o úlcera, pudiendo este último en algunos pacientes presentar una hemorragia de ulcera pos-ligadura (HUPL) con aumento de la morbi-mortalidad.

Objetivos: El objetivo de este trabajo es determinar la prevalencia de esta complicación y describir los factores de riesgo asociados a HUPL

Material y Métodos Se trata de un estudio de corte trasversal desde 04/2020 hasta 04/2022. Se incluyeron pacientes cirróticos consecutivos que se realizaron LEVB como prevención secundaria de hemorragia variceal. Las variables analizadas fueron: edad, género, comorbilidades, PCR-Covid, características bioquímicas y severidad de hepatopatía. Las variables continuas se analizaron

con el test de T y Wilcoxon según distribución. Las variables categóricas se analizaron con χ^2.

Resultados: Se incluyeron 52 sujetos cirróticos que se realizaron LEBV para prevención secundaria, edad 55 ± 15 años, género femenino 21/55 (40%), con respecto al Child-Pugh se observaron A 4 (8%), B 27 (56%) y C 17 (35%). Varices grandes se observaron en 36/52 (69%) y 6/52 (11.5%) presentaban varices chicas, se excluyeron 10/52(19%) por no presentar varices al momento de la videogastroscopia. Se observaron 4 (9,52%) episodios de HUPL no asociados a mortalidad, todos con Child B/C (3/1) predominio masculino (100%), de etiología alcohólica (100%). No se observaron, diferencias en cuanto a edad, comorbilidades, variables clínicas, bioquímicas y el score MELD/MELD-Na.

Conclusión: La HUPL se presentó en el 9,5% de los sujetos bajo profilaxis secundaria con LEVB. Se observó en este grupo mayor frecuencia de cirrosis de etiología alcohólica, descompensada Child (B/C) y género masculino. Son necesarios estudios multicéntricos con mayor número de casos para determinar identificar factores de riesgo de HUPL en la profilaxis secundaria.

Código: GA2055
Título: ÚLCERAS ESOFÁGICAS POR HIV.
Autores: Costanzi, J[1]; Alvarado Correa, R[1]; Icaza Cárdenas, J[1]; Torrico, Paz O[1]; Regnasco, S[1]; Saá, E.[1]
Filiación/es: [1]Hospital de agudos Dr. Ignacio Pirovano CABA
Especialidad: Caso Clínico Gastroenterología | **Área Temática:** Esófago Estómago Duodeno | **Categoría**: Caso Clínico

INTRODUCCIÓN: La disfagia es un síntoma muy frecuente en pacientes con infección por el Virus de la Inmunodeficiencia Humana (HIV), siendo la etiología infecciosa la causa más común. El esófago puede ser el órgano diana donde se desarrolle la primera infección oportunista en pacientes con HIV, siendo la úlcera esofágica una complicación importante.

OBJETIVO: Reportar un caso de paciente con úlceras esofágicas secundarias a HIV.

CASO CLÍNICO: Paciente de sexo masculino de 37 años de edad, oriundo de Perú, con antecedente de HIV diagnosticado en 2014, con interrupción del tratamiento con la terapia antirretroviral 4 años previos a la consulta.

Cursó internación en hospital por cuadro clínico de disfagia progresiva, de varios meses de evolución, asociado a una marcada disminución de peso.

RESULTADOS: Serologías para Sífilis, Tuberculosis y Hepatitis B y C positivas.

Se realizó Videoendoscopía Digestiva Alta, visualizándose a nivel de tercio medio esofágico, dos lesiones en sacabocado, de 10 mm y 25 x 20 mm, redondeadas, de bordes sobreelevados y regulares, con el centro compatible con visualización de la capa muscular del esófago; se biopsia sobre los bordes. Estómago: Mucosa de fundus y cuerpo con presencia de vasos por transparencia y disminución de los pliegues gástricos. Se obtiene del análisis anatomopatológico de las biopsias de esófago, muestras compatibles con inflamación y necrosis tisular, sin evidencia de cuerpos de inclusión virales u otros agentes etiológicos.

CONCLUSIONES: La úlcera esofágica idiopática por HIV es una manifestación infrecuente dentro del espectro de presentación clínica en pacientes con dicha infección. Pudiendo ser únicas o múltiples y de bordes regulares o no, su diversa apariencia endoscópica obliga a plantear diversos diagnósticos diferenciales con otras etiologías infecciosas, como Citomegalovirus y Herpes Simplex. El desarrollo de esta patología y sus posibles complicaciones, como estenosis, perforación o fístula, suponen un alto factor pronóstico de morbimortalidad.

OBSERVACIONES: Comunicación simple de un caso clínico.

Código: GA2062
Título: DISFAGIA Y OBSTRUCCION DEL FLUJO DE SALIDA COMO CONSECUENCIA DE ENDOPROTESIS VASCULAR
Autores: Forestier V.[1]; Cernadas G.[2]; Cattaneo N.[2]; Castilla M.[1]; Zubiaurre I.[1]; Ramos R.[1,2]
Filiación/es: [1]Hospital Británico Buenos Aires; [2]Hospital de Alta Complejidad "El Cruce" Buenos Aires;
Especialidad: Caso Clínico Gastroenterología | **Área Temática:** Esófago Estómago Duodeno | **Categoría**: Caso Clínico

INTRODUCCIÓN: La disfagia aórtica es causada por compresión extrínseca esofágica debido a una aorta dilatada, tortuosa o aneurismática que generalmente presiona el esófago contra el diafragma crural. La Obstrucción al flujo de salida de la unión gastroesofágica (OFS), es poco frecuente con una prevalencia del 5 al 25% de los pacientes sometidos a una manometría esofágica de alta resolución (MEAR). Se define por parámetros de la clasificación de chicago 4.0 para los trastornos motores esofágicos, como una presión de relajación integrada elevada con peristalsis del cuerpo esofágico conservada. La OFS puede ser de origen funcional o mecánica, esta última menos frecuente (21-28%). Estas causas mecánicas suelen ser secundarias a cardiomegalia, aneurisma de aorta o hernia paraesofágica, entre otras. Reportamos el caso de una paciente con disfagia y OSF de la UGE, secundaria a endoprotesis aortica. No hay casos publicados de OFS por endoprótesis vascular.

CASO CLINICO: Femenina de 84 años que presenta disfagia alta a sólidos de 2 años de evolución. Antecedentes personales de hipertensión arterial, dislipidemia, cardiopatía isquémica y tratamiento quirúrgico con colocación de endoportesis por aneurisma de aorta abdominal 1 año previo a la consulta. Videoendoscopia Alta: Estenosis esofágica distal sin alteraciones de la pared mucosa. Tránsito esofágico baritado: Esófago de calibre normal, con leve retención del contraste e imagen de endoprotesis aortica a nivel cardial. Tomografía Computada de tórax: leve dilatación del tercio superior del esófago con escaso contenido en su interior. Manometría Esofágica de Alta Resolución (MEAR): Obstrucción al flujo de salida de la unión gastroesofágica.

CONCLUSION: La disfagia en pacientes añosos es una entidad frecuente que debe ser evaluada en el contexto clínico general. La MEAR en nuestro paciente resulto compatible con OFS interpretandolá de causa mecánica secundaria a la endoprotesis aortica.

Observaciones: se considera este caso para comunicación simple de una patología inusual pero a tener en cuenta.

Código: GA2078
Título: CAUSA INFRECUENTE DE FÍSTULAS PERIANALES MÚLTIPLES. REPORTE DE UN CASO.
Autores: Castillo M.A.[1]; Flores N.D. [1]; Valdiviezo E.M. [1]; Patrón Costas L. [1]; Santillán Márquez M.E.[1]; Patrón Costas G.[1]
Filiación/es: [1]Hospital San Bernardo Salta
Especialidad: Caso Clínico Gastroenterología | **Área Temática:** Colon EII | **Categoría**: Caso Clínico

Introducción: La actinomicosis es una rara enfermedad granulomatosa, crónica y lentamente progresiva, causada por bacterias de la familia de Actinomycetaceae, normalmente presentes en individuos sanos, por lo que se consideran patógenos oportunistas. Se han descripto múltiples cuadros clínicos producidos por las mismas, siendo la forma cervicofacial la más frecuente. La actinomicosis pélvica es rara, suele estar asociada al uso de dispositivos intrauterinos y en su evolución provocar lesiones ginecológicas de aspecto tumorales. Se caracteriza por fibrosis significativa, formación de granulomas, inflamación transmural y supurativa con abscesos y fístulas. Objetivos: Nuestro objetivo es presentar un caso de actinomicosis pélvica con compromiso predominantemente fistular, el cual es una de las presentaciones más infrecuentes de esta enfermedad existiendo pocos reportes en la literatura. Caso clínico: Se presenta paciente femenino de 45 años, antecedentes de 8 embarazos y uso de dispositivo intrauterino de cobre. Consultó por cuadro clínico de un año de evolución con flujo vaginal serohemático intermitente. En región perineal se observó múltiples lesiones de entre 1 y 2 cm de diámetro, de diferentes morfologías, entre ellas nodulares, cicatrizales, maculopapulares, ulcerativas y otras de aspecto fistuloso con secreción serohemática importante, constatándose secreción de similares características provenientes de vagina. En su evolución, paciente presentó hipokalemia severa y anemia, con regular respuesta al tratamiento. En el examen ginecológico presentó lesión de aspecto neoplásica infiltrativa en cuello uterino con compromiso de parametrios y múltiples nódulos y fístulas. La ileocolonoscopía informó a nivel de recto bajo en región supraanal múltiples orificios fistulosos con mucosa adyacente friable, eritematosa, con sangrado al roce y úlceras profundas con fondo granular friable en misma región. La Resonancia Magnética Nuclear de piso pelviano informó colecciones en periné y extensiones con aspecto fistuloso, que comprometían región glútea izquierda, canal medular a nivel sacrocoxígeo y ambas fosas isquiorrectales. Conclusión: La anatomía patológica de las lesiones perianales, ginecológicas y rectales informó marcada inflamación mixta, áreas de abscedación y conglomerados de microorganismos filamentosos en forma de gránulos azurófilos, resultados compatibles con actinomicosis pélvica, además ausencia de células atípicas. Inicialmente se indicó tratamiento con Doxiciclina por 21 días, continuándose luego con Amoxicilina oral durante 9 meses y controles periódicos ambulatorios. Presentó buena evolución clínica con mejoría del estado general y de las lesiones pélvicas. Observaciones: Nos motiva presentar este caso clínico la infrecuente forma de presentación de esta enfermedad, que resultó un desafío diagnóstico y terapéutico multidisciplinario.

Código: GA2090
Título: CIRROSIS DESCOMPENSADA POSTERIOR A CIRUGÍA BARIÁTRICA: PRESENTACIÓN DE CASO CLÍNICO
Autores: Pontis, M.[1], Silva. M., Branzello, E.[1]
Filiación/es: [1]Hospital El Carmen - Mendoza
Especialidad: Caso Clínico Gastroenterología | **Área Temática:** General |

Categoría: Caso Clínico
Introducción:
La obesidad constituye un problema de salud pública a nivel mundial. Los resultados de las intervenciones tradicionales no han resultado exitosos en alcanzar y mantener la pérdida de peso. La cirugía bariátrica ha mejorado las tasas de respuesta, pero no es una intervención exenta de complicaciones graves por lo cual se requiere una adecuada selección de los candidatos.

Objetivo:
Presentamos el caso de una paciente que en el post operatorio tardío de una cirugía bariátrica desarrolló fallo hepático agudo con diagnóstico de cirrosis por hepatitis autoinmune que se desconocía.

Materiales y métodos:
Mujer de 46 años, obesa mórbida, con cirugía bariátrica 7 meses previos. Consultó por edemas en miembros inferiores, astenia e ictericia, asociado a pérdida de más del 30% de su peso. En la analítica destacó TP 27%, GOT 180.4 UI/L, BIL D 2.6 mg/dL, albúmina 2.1 g/dL, FAL 238 UI/L. La ecografía abdominal evidenció hígado de contornos irregulares y ecoestructura heterogénea, de aspecto granular fino. Se interpretó como cirrosis descompensada de causa no aclarada con deterioro de la función hepática. Se descartaron patologías virales, tóxicas, medicamentosas y trombosis venosa portal. Por FAN 1/5200, e IgG elevadas, se decide iniciar tratamiento con glucocorticoides. Presentó alteración de conciencia con fallo hemodinámico por lo cual pasó a unidad de cuidados críticos. Se realizó toma de biopsia hepática, que informó hepatitis de interfase, esteatosis extensa, y fibrosis moderada. La paciente evolucionó con shock mixto y falleció 17 días posteriores al ingreso.

Métodos, resultados y conclusiones:
La enfermedad hepática grasa no alcohólica (EHGNA) es una entidad frecuente en pacientes obesos. Las técnicas bariátricas actuales han demostrado un efecto beneficioso sobre la EHGNA. Aun así, existen algunos reportes de casos de insuficiencia hepática aguda (IHA) con requerimiento de trasplante hepático (THO) tras la cirugía.
Se ha planteado la hipótesis de que el fallo hepático resulte secundario a factores inflamatorios y hormonales perioperatorios, agravado por una disminución excesiva de peso. Los adipocitos sometidos a sobrealimentación crónica producirían adipocinas que activan vías inflamatorias contribuyendo a la lipotoxicidad. Además habría una alteración de la barrera mucosa asociada a cambios de la microbiota y sobrecrecimiento bacteriano, producción de citoquinas y toxinas, paso de las mismas a la circulación portal, y exacerbación de la agresión hepática.
En la actualidad no existe un tratamiento médico óptimo más allá del THO.

Conclusión:
La cirugía bariátrica está asociada a mejoría histológica de la esteatohepatitis pero existen casos infrecuentes que desarrollan fallo hepático y descompensación de la cirrosis.
Creemos que es importante el conocimiento del estado funcional del hígado y, en casos determinados, la histología para evitar el desarrollo de disfunción hepática como complicación a largo plazo de la cirugía metabólica.

Código: GA2094
Título: PSEUDOCIRROSIS: REPORTE DE UN CASO
Autores: Rifrani Puyade G.[1]; Navas L.[1]; Zitelli L.[1]; Tamagnone N.[1]; Cortese MM.[1]; Ahumada N.[1]; Jaureguizahar F.[1]; Muñoz L.[1]; Reggiardo MV.[1]; Tanno H.[1]; Tanno F.[1]; Tanno M.[1]; Ruffinengo O.[1]; Bessone F.[1]
Filiación/es: [1]HOSPITAL PROVINCIAL DEL CENTENARIO
Especialidad: Caso Clínico Gastroenterología | **Área Temática:** General | **Categoría**: Caso Clínico
INTRODUCCIÓN: La pseudocirrosis es un término radiológico referenciado a una alteración de la morfología hepática que asemeja una cirrosis en ausencia de la histología típica en el estudio anatomopatológico. Ha sido descrita mayormente en cáncer de mama metastásico, aunque también en otros tipos de tumores. El mecanismo subyacente permanece poco claro. Se propusieron las siguientes hipótesis: una respuesta a la quimioterapia (QMT) por parte del tejido hepático metastásico que produce cicatrización y retracción capsular; fibrosis combinada con masas metastásicas hepáticas infiltrantes; hiperplasia regenerativa nodular en respuesta a la isquemia de una lesión hepática inducida por QMT, y oclusión sinusoidal por una lesión relacionada con la QMT. El paciente puede estar asintomático o pueden observarse los signos de complicaciones de la hipertensión portal como ascitis y varices esofágicas, pero también insuficiencia hepática y muerte. El diagnóstico temprano es difícil y no hay biomarcadores para el diagnóstico precoz. Los hallazgos radiológicos son los característicos de una cirrosis. Las alteraciones morfológicas se desarrollan entre unas semanas y pocos meses tras el comienzo de la QMT, progresando más rápidamente que la cirrosis. La pseudocirrosis se diferencia de la cirrosis por la ausencia de lesiones histológicas típicas, con una evolución más rápida. El manejo clínico está orientado a buscar la relación con el agente quimioterápico y la suspensión. La terapéutica de las complicaciones de la hipertensión portal no difiere de la publicada en la literatura. El pronóstico es malo y con elevada mortalidad. CASO CLÍNICO: mujer de 30 años con cáncer de mama y metástasis pulmonares, óseas y hepáticas en el año 2017. Realizó primera línea con carboplatino y docetaxel, con remisión completa de las lesiones hepáticas y pulmonares continuando tratamiento con letrozol. Desde 2018 hasta 2021 presentó laboratorios con enzimas hepáticas normales e imagénes sin recidiva. En octubre de 2021 se detectaron múltiples lesiones hepáticas de secundarismo motivo por el cual inició segunda línea con Paclitaxel y Bevacizumab. En marzo del 2022 se observó por tomografía de control un hígado de aspecto cirrótico con signos de hipertensión portal, shunt porto sistémico, esplenomegalia y ascitis. Laboratorio: plaquetas 64.000/mm3, AST119 UI/L, ALT 112UI/L, FAL 802UI/L, GGT 317UI/L, bilirrubina total 2.9mg/dl, directa 2.6mg/dl, tasa de protrombina 65%, albúmina 2.8g/dl, con serologías virales negativas. En 4 meses la paciente presentó empeoramiento clínico, analítico e imagenológico y finalmente falleció. CONCLUSIÓN: la pseudocirrosis es una entidad poco frecuente que se caracteriza por una alteración en la morfología hepática que simula una cirrosis y suele darse en el contexto de metástasis, mayormente con un primario de mama. Se asocia a una rápida evolución y alta mortalidad. Decidimos comunicar un caso de pseudocirrosis debido a su baja incidencia.

Código: GA2029
Título: HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA SECUNDARIA A ECTASIA VASCULAR ANTRAL GÁSTRICA (GAVE)
Autores: Salgado W.[1]; Iturralde O.[1]; Salgado R.[1]; Canievsky E.[1]; Dulcich F.[1]; Zerbo O.[1]; Del Castillo G.[1]; Moreno M.[1]; Corti R.[1]
Filiación/es: [1]Hospital Dr. Carlos B. Udaondo
Especialidad: Caso Clínico Gastroenterología | **Área Temática:** Esófago Estómago Duodeno | **Categoría**: Caso Clínico
Introducción: Las angiodisplasias gastrointestinales son malformaciones vasculares compuestas de capilares arteriales/venosos dilatados, tortuosos, de <5mm de diámetro, localizados en capas mucosas/submucosas del tracto GI. Forman parte de aberraciones vasculares, hereditarias como la telangiectasia hereditaria (Rendu-Osler-Weber), y adquiridas como la ectasia vascular antral gástrica, la ectasia vascular por radiación y la lesión de Dieulafoy. Se diagnostican incidentalmente en 1-5% de pacientes sometidos a endoscopias. Aunque la mayoría de los pacientes presentan anemia ferropénica asintomática, puede causar sangrado GI agudo y representan el 4% de los casos de HDA no variceal. Se localizan en estómago (32%), ID proximal (57-80%), colon (44%) y en el 60% pueden ser difusas. Son factores de riesgo: edad, uso de anticoagulantes/antiagregantes, estenosis aórtica (Síndrome de Heyde), IRC, EPOC, TEP/TVP, esclerodermia y cirrosis. El 77% de los pacientes presentan al menos 1 episodio de sangrado evidente. La tasa de recurrencia del sangrado al año es de 34,5%, a los 2 años es del 42-60%. El abordaje inicial consiste en control de la hemorragia, prevención de recurrencias y tratamiento de la anemia. El manejo incluye tratamiento endoscópico, médico y quirúrgico. Objetivo: Enfatizar la sospecha clínica de una infrecuente patología vascular del tracto GI. Paciente: Mujer 70 años refiere 2 semanas de astenia, adinamia y disnea CF III. APP: IRC/HTA. Laboratorio: Hto 20% Hbg 6.6g/dL con requerimiento transfusional. VEDA: estómago techo y cuerpo con mucosa congestiva, antro con máculas rojizas de aprox. 2 mm de bordes festoneados, algunas con babeo hemático que se extienden radialmente hasta el píloro, compatibles con GAVE; se realiza terapéutica con APC con cese del sangrado. VCC: en recto mácula rojiza arborescente de 3mm sin estigma de sangrado, resto de la mucosa colónica sin lesión. Intercurre con 2 episodios de melena sin descompensación hemodinámica. Para descartar sangrado de origen medio se realiza Cápsula Endoscópica que informa múltiples ectasias vasculares en antro gástrico con estigmas de sangrado, duodeno con puntos rojos y contenido sanguinolento, yeyuno con angioectasias aisladas pequeñas y contenido sanguinolento, íleon con contenido negruzco. Se realizan sesiones de terapéutica endoscópica con APC de las ectasias gástricas. Conclusiones: Nuestro caso corresponde a un GAVE, también conocido como “estómago en sandía". Su manejo representa un desafío. El APC es un método térmico seguro con acción limitada en profundidad a la mucosa y reduce riesgo de perforación. En casos refractarios se propone ligadura con bandas y tratamiento médico: Talidomida, Octreotide, Ac. tranexámico y Bevacizumab, embolización por angiografía y antrectomía quirúrgica. Observaciones: Es importante evaluar todo el tracto GI para descartar áreas sincrónicas de sangrado. La importancia clínica de esta patología radica en su alta Morbilidad (23%) y Mortalidad (12%).

Código: GA2067
Título: ESOFAGO HIPERCON TRACTIL ASOCIADO A DIVERTICULOS ESOFAGICOS-COMO LO RESOLVEMOS?
Autores: De Olivera S.[1]; López G.[1]; Riveros I.[1]; Reinek P.[1]; Llera Sosa M.[1]; Sciangula M.[1]; Porfilio Gularte Giovanna[1 2]
Filiación/es: [1]Servicio de Gastroenterología, Hospital Escuela de Agudos "Dr. Ramón Madariaga", Posadas, Misiones. [2]Jefa del servicio de Gastroenterología HEADRM- Presidente electa de FAGE.
Especialidad: Caso Clínico Gastroenterología | **Área Temática:** Esófago Estómago Duodeno | **Categoría**: Caso Clínico
Introduccion:El esófago hipercontractil -Jack hammer, es un trastorno motor primario, condición infrecuente 4%.Se caracteriza por un DCI mayor a 8000 mmhg, en más del 20 % de las degluciones, el mismo puede incluir o limitarse al Esfínter esofágico inferior, Sí el DCI está limitado al EEI, se asocia a disfagia,Cuando se compromete al cuerpo esofágico se asocia DTNC, y disfagia.Se confirma el diagnostico con: radiología, endoscopia y manometría.Los divertículos esofágicos se producen por mecanismo de propulsión, originado por aumento de la presión intraluminal y consecuente alteración anatómica.
Objetivo: Demostrar la existencia de asociaciones poco frecuentes, secundaria a trastornos motores esofágicos del tipo espástico. Plantear terapéutica adecuada
Materiales: Femenina de 64 Años, dolor torácico de 15 años de evolución requirió reiteradas internaciones, descartándose patología cardiovascular, asumiéndose como DTNC, asociado a disfagia progresiva, pérdida de peso mayor a 20 kg ,BMI: 19,consulta a gastroenterólogo, se realizó VEDA que informaba múltiples divertículos esofágicos. Se inicia estudio de la disfagia, TEM, observando múltiples divertículos esofágicos el de mayor tamaño a nivel epifrenico, MAR: Esófago hiper contráctil-Sub tipo II, clasificación de Chicago, sin afectación espástica del EEI, se brinda primer terapéutica; POEM; abordaje posterior del cuerpo esofágico (CE) preservando EEI, Septotomía de divertículos, con desaparición del dolor.Meses posteriores, presenta Disfagia, se realiza nuevo TEM; enlentecimiento del pasaje de sustancia de esófago a estómago, MAR: EEI hipertensivo, se propone realizar Re POEM de abordaje anterior de últimos cm del CE , EEI hasta estómago. Actualmente en seguimiento follow up 24 meses post re POEM se encuentra asintomática
Métodos: Las métricas obtenidas en las MAR en el diag, como seguimiento, así como estudios radiológicos.Planteando terapéutica acorde a las características espásticas y la alteración morfológica del esófago
Resultados: Se realizaron tratamientos VO. no efectivos, confirmación diag. de esófago hipercontractil asociado a divertículos esofágicos, se decide realizar POEM-septotomía, delimitando mediante MAR la longitud de la miotomía en base al sector espástico más proximal. Seguimiento a los 6 meses con mejoría del dolor, inicia con disfagia. Re evaluando funcionalmente con: TEM y MAR espasticidad del EEI, proponiendo POEM con abordaje Anterior, con buena evolución en el follow up a los 24 meses
Conclusiones:La asociación entre esófago hipercontráctil y divertículos esofágicos es poco frecuente, posterior al tratamiento de esta asociación con POEM y septotomía, se pudo observar la desaparición de los síntomas y la mejoría en su calidad de vida Siendo una técnica mínimamente invasiva se pudo plantear el re POEM para lograr éxito clínico.
Observaciones: A destacar el POEM en trastornos funcionales esofágicos es una opción terapéutica innovadora que está demostrando excelentes resultados.

Código: GA2124
Título: FÍSTULA DUODENOCÓLICA COMO PRESENTACIÓN INFRECUENTE DE ADENOCARCINOMA DE COLON
Autores: Perlo M.[1]; Hidalgo M.[1]; Munguia A.[1]; Pereyra C.[1]; Alach R.[1]; Michelena L.[1]; Salmon C.[1]; Spalletti L.[1]; Alach J.[1]
Filiación/es: [1]Hospital San Roque de Gonnet, La plata
Especialidad: Caso Clínico Gastroenterología | **Área Temática:** Colon | **Categoría**: Caso Clínico
Introducción
La fístula duodenocólica ocurre comúnmente a través de trayectos anómalos localizados en la pared del colon, con infiltración posterior hacia órganos adyacentes. Es una complicación muy rara del cáncer colorrectal, contando con menos de 100 casos reportados.
Se presenta habitualmente con síntomas gastrointestinales inespecíficos, que pueden retrasar su diagnóstico, siendo el mismo habitualmente en estadios avanzados. La gravedad de esta patología asociado a una marcada afectación del estado nutricional, condicionan un mal pronóstico. Por ello, el reconocimiento temprano de esta entidad es de suma importancia para el diagnóstico, estadificación y tratamiento específico.
Objetivo
Presentar un caso de fístula duodenocólica como presentación infrecuente de un adenocarcinoma de colon.
Materiales o Pacientes
Masculino de 61 años de edad con antecedentes de hipertensión arterial y tabaquismo. Consulta por pérdida de peso de aproximadamente 20 kg, asociado a dolor epigástrico y vómitos fecaloides de 6 meses de evolución.
Al examen físico, presenta palidez mucocutánea, en regular estado general, adelgazado. Abdomen excavado, blando, indoloro a la palpación, sin reacción peritoneal.
Valoración global subjetiva compatible con desnutrición severa.
Laboratorio con hallazgos positivos: anemia ferropénica marcada con marcadores tumorales elevados.
Se realiza Videoendoscopía alta, donde se observa, a nivel de segunda porción duodenal se observa orificio de comunicación amplio con asa de aspecto colónico, cubierto por mucosa edematizada, que condiciona disminución del calibre de la luz.
En la Videocolonoscopia se explora hasta topografía de ángulo hepático, con regular preparación, donde se observa estenosis concéntrica, cubierta por mucosa edematosa, friable, mamelonada, que no permite el paso del endoscopio.
Se toman biopsias en ambos estudios, las cuales demuestran infiltración por Adenocarcinoma invasor pobremente diferenciado.
Se realiza Tomografía axial computada de tórax, abdomen y pelvis, evidenciándose franco engrosamiento concéntrico e irregular de las paredes de la segunda porción duodenal alcanzando espesor máximo de 16 mm, con pequeñas imágenes ganglionares adyacentes que promedian los 11 mm.
En comité interdisciplinario se decide realizar un periodo de optimización nutricional con nutrición parenteral total, con posterior resolución quirúrgica del cuadro.
Conclusión
Consideramos importante reportar un caso de fístula duodenocólica maligna, por ser una presentación infrecuente del carcinoma colónico, que condiciona un pronóstico desfavorable y es de difícil resolución por el estadío avanzado al diagnóstico.

Código: GA2139
Título: Trastornos de la motilidad en el Síndrome de Apple Peel a propósito de un caso
Autores: Costa MF.[1]; Paternó M.[1]; Oregui ME.[1]; Milito D.[1]; Grizzuti M.[1]; Molina L.[1]; Man M.[1]; Moreno ML.[1]; Balaban E.[1]
Filiación/es: [1]Hospital Bonorino Udaondo
Especialidad: Caso Clínico Gastroenterología | **Área Temática:** Delgado | **Categoría**: Caso Clínico
Introducción: La atresia yeyunoileal (AYI) es un defecto congénito del intestino delgado (ID) que se caracteriza por la ausencia parcial o completa de las membranas que lo conectan con el mesenterio. Su incidencia es de 3/10.000 nacidos vivos. Dentro de ellas, el síndrome de Apple Peel (SAP), representa < 5% y está dado por la interrupción del flujo vascular de la arteria mesentérica superior y en consecuencia una revascularización precaria de la porción distal del ID, generando una atresia intestinal proximal y un segmento corto de íleon que adopta un aspecto espiralado alrededor de la neo-vasculatura. Causa obstrucción intestinal (OI) neonatal secundaria a intususcepción, vólvulo intestinal o perforación. Su resolución es quirúrgica y el pronóstico variable dada su alta morbimortalidad por fallas en la anastomosis, bridas, desórdenes de la motilidad, síndrome de intestino corto y malnutrición. Objetivo: presentación de un caso de distensión abdominal y diarrea crónica, en paciente con SAP. Caso Clínico: paciente femenino de 17 años que consulta por cuadro de distensión abdominal, vómitos y diarrea (en ocasiones proctorragia), perdida de 3 Kg de peso (PCP 8%), antecedentes de SAP y atresia de 3ª porción duodenal asociado a microcefalia, hipoacusia neurosensorial y movimientos distónicos. Enterectomia de 10cm, a los 45 días de vida, por cuadro de OI. Evolución favorable con episodios recurrentes de diarrea tratados con rifaximina con respuesta parcial. Medicación crónica: aripiprazol. Al ingreso presenta abdomen blando indoloro, adelgazada. Laboratorio: Normal sin hipoalbuminemia, volumen de materia fecal: 228 g/día, esteatocrito 4.8%, clearance de α1 antitripsina 1 g/d. Rx abdomen simple de pie: niveles hidroaéreos de ID en hipocondrio derecho (HD) y flanco izquierdo. EnteroTC: antro gástrico traccionado en HD con bulbo duodenal dilatado, asas intestinales dispuestas en hemiabdomen derecho y colon en el izquierdo, con acúmulo de contenido propio en rectosigma. Rectoscopia normal. Manometría anorrectal (MAR): RRAI presente, conducto anal hipertensivo con hipercontractilidad, expulsión anormal con disinergia, hipersensorialidad rectal. Se trató con enema de Murphy y linaclotide con buena respuesta. Conclusiones: Se presenta un cuadro de pseudodiarrea por fecaloma, en paciente con SAP. Si bien la MAR orienta a constipación tipo obstrucción del tracto de salida, los trastornos de la motilidad

intestinal (TMI) en este síndrome estarían relacionados a hipoplasia de los nervios intramurales y del marcapaso celular sumado a un musculo liso anormal en el segmento proximal de la AYI, como resultado de la isquemia. La dilatación intestinal puede asociarse a sobrecrecimiento bacteriano del ID. Observaciones: La combinación del SAP con la atresia duodenal es extremadamente rara. Los TMI asociados a esta condición, son un problema frecuente, de difícil manejo clínico y pudiendo evolucionar dicho cuadro a una situación de falla intestinal crónica.

Código: GA2031
Título: REGISTRO ARGENTINO DEL MANEJO DE LA INFECCIÓN H. PYLORI. DATOS INICIALES
Autores: Laudanno O.[1]; Ahumarán G.[2]; Adami P.[3]; Ustares F.[4]; Bedini O.[5]; Lopez Villa S.[6]; Fernandez G.[7]; Ahualli G[8]; Filo G.[8]; Pucci B.[1]; Gollo P.[9]; Boris J.[10]; Astuti B.[3]; Lafage M.[1]; Castañeda R.[11]; Sequeira A.[12]
Filiación/es: [1]Instituto de Investigaciones Médicas Alfredo Lanari; [2]Hospital Bocalandro y Clínica Monte Grande; [3]Sanatorio Modelo Quilmes; [4]Sanatorio Lavalle Jujuy; [5]CEDIR Rosario; [6]Instituto Modelo Córdoba; [7]GAHEEND Mendoza, [8]Clínica Monte Grande; [9]Hospital Bocalandro; [10]Hospital Británico; [11]Hospital Eva Perón; [12]Sanatorio Mendez
Especialidad: Trabajo Científico Gastroenterología | **Área Temática:** Esófago Estómago Duodeno | **Categoría**: Trabajo Científico
Cada vez más se están realizando estudios clínicos considerados como “Real World Evidence”. En el año 2021 comenzó el Registro Argentino H Pylori siguiendo el modelo del Registro Europeo con el objetivo de recolectar en forma prospectiva y sistemática la práctica clínica de los gastroenterólogos de Argentina en el manejo de la infección H. Pylori. El objetivo de esta presentación es comunicar los datos iniciales del Registro Argentino H pylori. Materiales y Métodos: Registro prospectivo, multicéntrico, observacional de cual participan 18 Investigadores reclutadores pertenecientes a 4 centros de CABA, 4 de PBA, 1 de Córdoba, 1 de Santa Fe, 1 de Jujuy, 1 de Mendoza. A julio 2022 se incluyeron 280 pacientes con datos completos para su análisis. Todos los datos se encuentran registrados en una base de datos electrónica creada para su fin. Las variables que se incluyen son los datos demográficos de los pacientes, indicación de erradicación, intentos de erradicación previos, tratamiento prescripto, resultados del tratamiento de erradicación segmentados por tratamiento previo (naive vs no naive), adherencia al tratamiento y eventos adversos. Resultados: 251 pacientes eran naive y 29 pacientes no naive. 72% eran mujeres. La indicación de erradicación más frecuente fue la dispepsia (71%) seguida por úlcera gastroduodenal (10%), en los pacientes naive. El diagnóstico inicial de la infección H pylori fue por histología en el 95% de los pacientes, mientras el control de erradicación en los pacientes naive fue con antígenos fecales en 160 (64%) pacientes y por test del aire espirado en 91(36%). Los esquemas utilizados fueron: cuádruple concomitante sin bismuto en 86 pacientes con una eficacia del 96.5%,triple esquema clásico en 55 pacientes con una eficacia de 74.5%, triple con levofloxacina en 39 pacientes con una eficacia de 77%, terapia cuádruple con bismuto en 38 pacientes con una eficacia de 97%, secuencial clásica y modificada en 17 pacientes con una eficacia de 94%, 10 pacientes tratados con terapia triple con metronidazol con una eficacia de 80%, 9 pacientes con esquema dual con una eficacia de 78%. No hubo discontinuaciones y 75 (30%) de los pacientes presentaron eventos adversos, mayoritariamente leves. 29 pacientes fueron no naive y tratados principalmente con esquema cuádruple concomitante sin bismuto en 17 pacientes con una eficacia de 94%, seguidos por triple con levofloxacina en 6 pacientes con 100% de eficacia, 3 pacientes tratados con esquema cuádruple con bismuto con 100% de eficacia. Conclusiones: En Argentina debemos mantener estrategias activas de vigilancia de los esquemas de erradicación H pylori dado la alta resistencia a claritromicina y levofloxacina al menos en Buenos Aires. Los datos iniciales del Registro Argentino H pylori muestran que los esquemas cuádruples sin y con bismuto son de alta eficacia así como los secuenciales. Los antígenos fecales constituyen la principal estrategia de control de erradicación.

Código: GA2082
Título: LA CALPROTECTINA FECAL SE CORRELACIONA CON LA FRECUENCIA DE LAS DEPOSICIONES Y EL NIVEL DE CITOQUINAS SÉRICAS EN EL SÍNDROME DE INTESTINO IRRITABLE VARIEDAD DIARREA
Autores: Piskorz M.[1]; Litwin N.[2]; Hashimoto H.[1]; Uehara T.[1]; Tevez, A.[1]; Olmos J.I.[1]; Gonzalez Ballerga E.[1]; Olmos J.[1]
Filiación/es: Piskorz M. [1]Hospital de Clínicas "José de San Martín" Buenos Aires; [2]Laboratorio Gastroenterológico de Buenos Aires.
Especialidad: Trabajo Científico Gastroenterología | **Área Temática:** Colon EII | **Categoría**: Trabajo Científico
INTRODUCCIÓN:La fisiopatología del síndrome del intestino irritable (SII) no se comprende completamente.La disregulación del eje cerebro-intestinal podría conducir a la generación de los síntomas. Existen varios mecanismos centrales y periféricos involucrados, como la alteración de la motilidad, la hipersensibilidad, la alteración de la microbiota, un bajo grado de activación inmunológica y de inflamación intestinal. Esto puede estar relacionado con una mayor exposición a antígenos como consecuencia del aumento de la permeabilidad intestinal. La calprotectina fecal(CF)es un marcador de inflamación intestinal intraluminal que podría tener una utilidad clínica en la identificación de pacientes con SII con más inflamación.OBJETIVOS:Explorar los niveles de CF en pacientes con SII variedad diarrea(SII-d)y controles sanos(CS).Correlacionar los niveles de CF con las características clínicas y los niveles de citoquinas inflamatorias y antiinflamatorias. MATERIALES Y MÉTODOS:Se incluyeron 134 pacientes mayores de 18 años, que cumplían con los criterios de Roma IV para SII-d y 53 CS sin antecedentes ni síntomas gastrointestinales.Se recolectaron datos clínicos, de laboratorio y muestras de sangre y heces. CF se midió cuantitativamente utilizando un inmunoensayo enzimático comercial (Buhlmann Laboratories, Shönenbuch, Switzerland).Se midieron 27 citoquinas pro y antiinflamatorias (BioPlex Pro ™) en suero.Los pacientes con SII-d completaron la escala de Bristol y de severidad de SII.Los niveles de CF ajustados por edad, sexo e índice de masa corporal(IMC)entre los pacientes con SII-d y CS se analizaron mediante una regresión lineal.Las correlaciones entre las características clínicas y los niveles de citoquinas y CF se analizaron mediante el coeficiente de correlación de Spearman.RESULTADOS:Los pacientes con SII-d tuvieron una edad media de 56± 16, (F=79%). CS 51 ± 7, (F=60%).En comparación con los CS, los pacientes con SII-d tuvieron niveles medios de CF significativamente más altos después de ajustar por edad, sexo e IMC (66 µg/g [RIC 31- 75] vs 33 µg/g [RIC 22- 49], p=0,000). 53 (38%) pacientes con SII-d tuvieron valores de CF superiores a 150 µg/g.En los pacientes con SII-d, no se observó una correlación significativa entre la gravedad del SII y los niveles de CF.Hubo una correlación positiva entre los niveles de CF y el número de deposiciones por día (Rho 0,21, p = 0,02) y los niveles de IL- 6 (Rho 0,21, p=0,03), IL- 8 (Rho 0,28, p=0,004), IL- 10 (Rho 0,28, p=0,005) e IP -10 (Rho 0,21, p=0,03).CONCLUSIONES:El nivel de CF fue significativamente mayor en pacientes con SII-d que en los CS.Solo un tercio de los pacientes tuvieron una CF inferior a 50 µg/g y el 38 % tuvieron una CF superior de 150 µg/g. En pacientes con SII-d, el nivel de CF se correlacionó positivamente con el número de deposiciones y los niveles de algunas citoquinas séricas, lo que apoya el concepto de la inflamación de bajo grado en los pacientes con SII.

Código: GA2103
Título: Uso a largo plazo de ozanimod en pacientes con colitis ulcerosa activa de moderada a severa
Autores: Carina Tramandoni[1]; Silvio Danese[2]; Jean-Frederic Colombel[3]; Terry Ponich[4]; Igor Jovanovic[5]; Peter Bossuyt[6]; Randy Longman[7]; Olga Alekseeva[8]; AnnKatrin Petersen[9]; Cecilia Marta[9]; Lorna Charles[9]; David T. Rubin[10]; Anita Afzali[11]; Edward V. Loftus Jr[12]; Douglas C. Wolf [13]
Filiación/es: [1]Bristol Myers Squibb Argentina, Buenos Aires, Argentina; [2]IRCCS San Raffaele Hospital, Milan, Italy; [3]Icahn School of Medicine at Mount Sinai, New York, NY, USA; [4]Western University, London, Ontario, Canada; [5]Division of Gastroenterology, University Hospital Medical Centre Bezanijska Kosa, Belgrade, Serbia; [6]Imelda GI Clinical Research Center, Imelda General Hospital, Bonheiden, Belgium; [7]Jill Roberts Center for Inflammatory Bowel Disease, Weill Cornell Medicine, New York, NY, USA; [8]Nizhny Novgorod Regional Clinical Hospital, Nizhny Novgorod, Russia; [9]Bristol Myers Squibb, Princeton, NJ, USA; [10]University of Chicago Medicine Inflammatory Bowel Disease Center, Chicago, IL, USA; [11]The Ohio State University Wexner Medical Center, Columbus, OH, USA; [12]Division of Gastroenterology and Hepatology, Mayo Clinic College of Medicine and Science, Rochester, MN, USA; [13]Center for Crohn's Disease & Ulcerative Colitis, Atlanta Gastroenterology Associates, Atlanta, GA, USA
Especialidad: Trabajo Científico Gastroenterología | **Área Temática:** Colon EII | **Categoría**: Trabajo Científico
Antecedentes: Ozanimod fue aprobado por la FDA para tratar a pacientes (p) con colitis ulcerosa (CU) activa moderada a severa según los resultados del estudio de Fase 3 True North (TN) en el que se evaluó su eficacia y seguridad a largo plazo. Métodos: Se examinaron los datos de un análisis interino en los p del estudio TN que ingresaron en la extensión abierta, que fueron: los no respondedores al final del periodo de inducción, los que perdieron respuesta durante el mantenimiento, los que completaron el mantenimiento en el estudio de fase 3, y aquellos p del estudio de fase 2 Touchstone OLE si permanecieron hasta el cierre del estudio y recibieron ozanimod oral una vez al día 0.92 mg. La remisión clínica, la respuesta clínica, la mejoría endoscópica y la remisión libre de corticosteroides se evaluaron en las semanas 46, 94 y 142 en el TN OLE (estudio de extensión abierta), y en el subgrupo de p con respuesta clínica al ingreso a la extensión. Los datos se analizaron en la población con intención de

tratar, utilizando los casos observados (CO) que utilizó el número de p que permanecieron en el estudio en el punto de tiempo correspondiente, y la imputación de no-respuesta (NRI) usando el número de p restantes que permanecieron en el estudio en el punto de tiempo correspondiente y aquellos que se retiraron antes del punto de tiempo pero que habrían alcanzado el mismo si hubieran permanecido en el estudio. Los eventos adversos emergentes del tratamiento (EAETs) se evaluaron a partir de los estudios agrupados de CU de fase 2 y 3. Resultados: Un total de 823 pacientes a TN OLE; a la fecha de corte de datos (30 septiembre 2020), el 64% completó la semana 46, el 34% completó la semana 94 y el 14% completó la semana 142 de la extensión. La razón más frecuente para la interrupción fue la falta de eficacia (21%). La demografía basal fue similar a la del estudio TN. Un total de 261 p estaban en respuesta clínica en el momento del enrolamiento a la extensión. El análisis de CO demostró que el porcentaje de p que lograron remisión clínica, respuesta clínica, mejoría endoscópica y remisión libre corticoesteroides se mantuvo a lo largo del tiempo (Tabla). La eficacia en los respondedores fue mayor en comparación con la población total y fue comparable a los objetivos observados a las semanas 46 y 94. Utilizando el análisis NRI más conservador, la proporción de p que lograron cada punto final fue menor que en el CO; sin embargo, después de 94 semanas de tratamiento el 34% de todos los p y el 55% de los respondedores aún mantuvieron la respuesta clínica. No se observaron nuevas señales de seguridad con el uso a largo plazo de ozanimod en los 1158 p de la población agrupada. Conclusión: Los p de CU del estudio TN de fase 3 demostraron el mantenimiento de la respuesta con el tratamiento con ozanimod a largo plazo. Estos datos reflejan aproximadamente 2 años de tratamiento adicional con ozanimod, sin información de seguridad adicional identificada.

Código: GA2110
Título: IMPACTO EN LA CALIDAD DE VIDA DURANTE LA PANDEMIA POR SARS COV 2 EN LOS PACIENTES CON ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL
Autores: Chumacero C.[1]; Arramón M.[1]; Correa J.[1]; Giraudo F.[1]; Garbi M.[1]; Yantorno M.[1]; Gullino L.[1]; Iriarte M.[1]; Tufare F.[1]
Filiación/es: [1]Hospital San Martin De La Plata Bs As;
Especialidad: Trabajo Científico Gastroenterología | **Área Temática:** Colon EII | **Categoría**: Trabajo Científico
Introducción: El objetivo actual del tratamiento de la enfermedad inflamatoria intestinal (EII) consiste en aliviar los síntomas, disminuir los brotes, prevenir complicaciones, así como también mejorar la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS). El instrumento de medición más utilizado es el cuestionario IBDQ-32. La aparición del coronavirus, con el síndrome respiratorio agudo severo (SARS-COV-2), en diciembre de 2019, marcó el comienzo de una pandemia con un impacto y un alcance sin precedentes. Si bien existen publicaciones recientes sobre el impacto del SARS-COV-2 en la CVRS de los pacientes con EII, los datos en Latinoamérica y Argentina son escasos. Objetivo: El objetivo primario fue evaluar la CVRS de los pacientes con EII durante el inicio de la primera etapa de la pandemia (marzo-mayo 2020) y el inicio de la segunda etapa (marzo-abril 2021), utilizando el cuestionario IBDQ-32. El objetivo secundario fue definir la asociación de los factores sociodemográficos sobre la CVRS. Métodos y pacientes: Estudio descriptivo, de corte transversal, realizado en un centro de derivación terciaria de EII. Se incluyeron todos los pacientes: mayores de 16 años, con diagnóstico confirmado de EII, que se encontraban en seguimiento ambulatorio. Se recolectó información demográfica, socioeconómica y clínica. Se utilizó el cuestionario IBDQ-32 en las dos etapas de la pandemia. Resultados: Se incluyeron 134 pacientes, la media de edad fue de 42 años, 88 fueron mujeres. Presentaban diagnóstico de colitis ulcerosa 81 pacientes, enfermedad de Crohn 42 y colitis indeterminada/no clasificable 11. Presentaron factores de riesgo para SARS-COV2 78 pacientes, siendo el más frecuente el uso de tratamientos inmunosupresores. Lograron acceder al sistema de salud 108 pacientes, 13 de forma presencial, 59 virtual y 36 con ambas modalidades. El 88% consideró que fue favorable la respuesta de atención del sistema de salud. En la primera encuesta 65 pacientes expresaron sentimientos de miedo, angustia o ansiedad por la pandemia, con similares resultados en la segunda encuesta. Según las encuestas, durante la primera ola de la pandemia, 81 pacientes presentaban una alta calidad de vida y 26 pacientes una calidad de vida moderada-baja. En la segunda etapa 72 pacientes tuvieron alta calidad de vida, mientras que sólo 9 moderada-baja. Esta diferencia no fue significativa (McNemar chi 2=0.4386). Cuando se compararon los resultados de ambas encuestas, se encontró concordancia entre ellas (Kappa 85.98%). Conclusión: En nuestro estudio observamos que la pandemia de SARS-COV-2 no presentó un impacto negativo en la CVRS, esto puede estar relacionado con la posibilidad de continuar con un seguimiento médico con modalidades presenciales o virtuales. Si bien faltan estudios para poder conocer cómo impacta la pandemia en los pacientes con EII, creemos que es fundamental lograr estrategias que nos permitan mantener la adherencia al seguimiento y al acceso a la salud.

Código: GA2144
Título: FRAGILIDAD DEL ADULTO MAYOR: SU IMPACTO EN EL TRATAMIENTO ENDOSCÓPICO DE LESIONES NEOPLÁSICAS COLORRECTALES. INFORME PRELIMINAR.
Autores: Pucci B[1]; Lafage M[1]; Brayer S[1]; Sambresqui A[1]; Laudanno O.[1]
Filiación/es: [1]Instituto de investigaciones médicas Alfredo Lanari.
Especialidad: Trabajo Científico Gastroenterología | **Área Temática:** Colon | **Categoría**: Trabajo Científico
El término fragilidad se utiliza para valorar las reservas fisiológicas del paciente anciano ante estresores. Para medirla se utiliza el Fenotipo de Fragilidad de Fried.
Objetivo primario: explorar si los pacientes frágiles presentan mayores complicaciones post endoscopías terapéuticos (polipectomía-mucosectomia). Objetivo secundario: explorar si la fuerza de prensión de la mano (FPM) disminuida se asocia a mayor riesgo de complicaciones luego de estos procedimientos.
Estudio exploratorio, observacional, prospectivo de cohorte. Población: pacientes > 65 años post video colonoscopia (VCC) en nuestro servicio desde enero del 2021. Se evaluaron las complicaciones generales (cardíacas, respiratorias, eventos adversos a fármacos, internaciones, exacerbación de enfermedades pre existentes, óbito) y endoscópicas intra y post procedimiento (inmediato, 24hs, 30 días y al año).
Se enrolaron 63 pacientes (68%: F), con edad mediana de 72.5 años (68.5-77.5). Hasta el momento se realizaron VCC a 54 (86%) pacientes (72.2%: F) siendo 9 estudios (16.67%) normales. Veintitrés (42.6%) tuvieron pólipos (12 [52.2%] adenomas avanzados) y adenocarcinoma en 6. Se realizó polipectomía en 16 y mucosectomía en 4.
28 pacientes (51.9%) estaban dentro del grupo vigoroso y 26 (48.1%) en el grupo pre-frágil/frágil, con una mediana de edad menor para el primer grupo (70 (67-71) vs. 76 (73-81); p=0.0001).
En el grupo vigoroso, 23 (82.1%) eran mujeres, 7 (%) presentaron ASA I, 20 ASA II y 1 ASA III, 19 presentaron ECOG 0 y 9 pacientes ECOG I.
En el grupo pre-frágil/frágil 16 (61.5%) eran mujeres. 2 presentaron ASA I, 20 ASA II y 4 ASA III; 2 ECOG 0, 18 ECOG I, 4 pacientes ECOG II, y 2 ECOG 3.
Once pacientes (20.4%) registraron complicaciones generales en el intra procedimiento, sin diferencias significativas entre el grupo vigoroso (63.6%) y pre frágil/frágil (36.4%). El total de las complicaciones ocurrió en los pacientes FPM normal.
No hubo complicaciones a las 24hs, ni a los 30 días. De los 13 (24%) pacientes que terminaron el seguimiento, en 3 se registraron eventos (1 óbito por sepsis foco abdominal, 1 internación por TEC y diagnóstico de HTA), no existió mayor complicación en el grupo pre-frágil/frágil (66.7% vs. 33.3%; p=0.8) ni en el grupo con menor FPM. (33.3% vs. 66.7%; p= 0.3).
En el análisis multivariado no se observó mayor riesgo de padecer una complicación general intra procedimiento, tanto en el modelo crudo como en el ajustado por edad, sexo, FPM y fenotipo de fragilidad.
Hasta el momento, no encontramos mayor probabilidad de complicaciones en el grupo pre-frágil/frágil, ni relación entre FPM disminuida y presencia de complicaciones. Probablemente, esto se deba al bajo número de pacientes enrolados a la fecha.

Código: GA2007
Título: Rol de los divertículos periampulares en la patología biliopancreática
Autores: Lucia A.[1]; Guidi M.[1]; Matano R.[1]; Malaga I.[1]; De Maria J.[1]; Hensel A[1]; Diego A[1]
Filiación/es: [1]Hospital El cruce de Florencio Varela
Especialidad: Trabajo Científico Gastroenterología | **Área Temática:** Via Biliar-Páncreas | **Categoría**: Trabajo Científico
Introducción: Los divertículos duodenales son observados en el 5 a 10 % de la población y su prevalencia aumenta con la edad llegando a ser del 20% en personas mayores de 80 años. El 75 % de los mismos son divertículos periampulares (DPA). Los DPA, según diferentes autores, pueden ser causantes de diferentes patologías biliopancreáticas. Entre ellas se pueden citar al Síndrome de Lemmel, la coledocolitiasis primaria y pancreatitis aguda recurrente.
Objetivo: Determinar la prevalencia de los DPA como factor etiológico de patología biliopancreática.
Diseño: Estudio de cohorte retrospectivo.
Material y métodos: Durante el lapso de 10 años (febrero de 2012 – febrero de 2022) 4785 pacientes consecutivos tuvieron indicación de realización de CPRE. Con el objetivo de determinar la causalidad de los DPA en la patología biliopancreática, el análisis de los datos se realizó dividiendo a los pacientes en dos grupos: grupo 1 integrado por pacientes con DPA y grupo 2 pacientes sin DPA (considerándolo arbitrariamente como grupo control).
Resultados: Durante 10 años se realizaron 4785 CPREs, observándose 236

pacientes DPA (4.9%). Siendo el 4,6 % (11 casos) de los pacientes con DPA diagnosticados como Sindrome de Lemmel. En estos 11 pacientes se realizó tratamiento endoscópico mediante esfínteropapilotomía con resolución completa del cuadro clínico sin registro de complicaciones. La prevalencia de litiasis coledociana fue 158/236 (67%) en los pacientes del grupo 1 (con DPA), mientras que en el grupo 2 (sin DPA) 4549/4785 (95%). Ambos grupos fueron homogéneos en lo referido a la presencia de colecistectomías previas, 101/236 (43%) pacientes del grupo 1 y 1770/4785 (37%) del grupo 2. En el grupo 1 de los 158 con coledocolitiasis , 91 estaban colecistectomizados y 67 tenían vesículas alitiásicas. La tasa de canulación en el grupo 1 fue del 96,4% mientras que en grupo 2 del 93,7%. El precorte fue requerido en el 11,6% de los pacientes en el grupo 1 y en el 13,68% de los del grupo 2. La tasa de complicaciones post CPRE fue 6/236 (2,7%) en el grupo 1 y 189/4785 (3,97%) en el grupo 2.

Discusión: El Síndrome de Lemmel se define como una colestasis obstructiva extrahepática en presencia de un DPA y en ausencia de litiasis coledociana o neoplasia. La prevalencia documentada en el presente reporte fue del 0,2 % del total de CPREs. Cumpliendo con los requerimientos de definición de Síndrome de Lemmel el 4,6 % de los pacientes portadores de DPA (11 casos).

Conclusiones: La prevalencia de patologías biliopancreáticas causadas por DPA es más frecuente de lo sospechado. La CPRE es segura y efectiva como terapeútica en este grupo de pacientes. Los DPA son causales de coledocolitiasis primaria en pacientes colecistectomizados o portadores de vesículas alitiásicas, por ende, no debería considerárselos como grupos independientes al antiguamente descripto Síndrome de Lemmel.

Código: GA2135
Título: ESTUDIO DESCRIPTIVO SOBRE LA PREVALENCIA DE ADENOMAS Y ADENOCARCINOMA COLORRECTAL EN PACIENTES MENORES DE 50 AÑOS.
Autores: López, MB[1]; Campos, L[1]; Tosti, R[1]; Chiriano, F[1]; Valdez, D[1]; Cabral, T[1]; Chiarella, D[1]; Hermida, R.[1]
Filiación/es: [1]Complejo Medico De la Policía Federal Churruca-Visca
Especialidad: Trabajo Científico Gastroenterología | **Área Temática:** Colon | **Categoría**: Trabajo Científico
Introducción: El cáncer colorrectal (CCR) es uno de los tumores más frecuentes y representa un problema de salud pública mundial. En más del 90% de los casos afecta a personas mayores de 50 años. Sin embargo, en un 7-10% afecta a menores de 50 años, denominándose CCR joven. En los últimos años, la incidencia y la mortalidad del CCR joven están aumentando. Reducir la edad de detección es una forma de abordar esta tendencia.

Objetivos: determinar la prevalencia de adenomas y CCR en pacientes menores de 50 años, con y sin factores de riesgos.

Materiales y métodos: estudio observacional, descriptivo y retrospectivo realizado en el servicio de Gastroenterología del Complejo Médico de la Policía Federal Churruca Visca, Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Incluye en forma consecutiva, hombres y mujeres, mayores de 18 y menores de 50 años, con y sin factores de riesgo, que se realizaron VCC programada entre junio de 2018 y octubre de 2019, por presentar signosintomatología compatible con CCR y/o antecedentes familiares de primer grado de CCR. Se registró: edad, sexo, factores de riesgo, motivo del estudio, VCC completa o incompleta, limpieza colónica según escala de Boston, hallazgos patológicos (adenomas o CCR) y su localización, histología según clasificación de Viena y estadio tumoral. Se utilizó el programa estadístico Stata 13.0. Los datos fueron informados como valores medios ± desvío estándar o mediana y rango. Un valor de p < de 0.05 se consideró estadísticamente significativo.

Resultados: Se incluyeron 170 pacientes, 112 (66%) fueron mujeres y 58 (34%) varones; la edad mínima fue de 19 y la edad máxima de 49, con una mediana de 43 años. La prevalencia de CCR fue del 4.71%, con mayor incidencia en el grupo etario de 40 a 49 años. La edad media al diagnóstico fue 39 años. Cuatro casos fueron en mujeres, lo que corresponde a un 6.9% del total del sexo femenino y cuatro en hombres, que corresponde a un 3.57% del total de hombres estudiados. La prevalencia de adenomas fue de 10.6% (94% bajo riesgo) correspondiendo un 61% a mujeres y un 39% a hombres, con predominio en el rango etario de 40 a 49 años.

Conclusiones. La prevalencia de adenomas y CCR en la población estudiada fue algo menor a la reportada en la literatura. Tanto la detección de adenomas como la del CCR fue más frecuente en el sexo femenino. Sin embargo, el número de mujeres estudiadas fue aproximadamente el doble que el número de hombres, por lo cual la prevalencia es mayor en el sexo masculino, al igual que en la bibliografía. Según nuestros datos, las mujeres presentan mayor alarma para consultar. En cuanto a la edad, el rango etario más afectado fue entre 40 a 49 años, coincidiendo con los reportes consultados. Jerarquizar la signosintomatología del paciente joven resulta fundamental para lograr un diagnóstico temprano, evitando demoras que impacten en el pronóstico y la sobrevida.

Código: GA2030
Título: MORBILIDAD ASOCIADA Y MORTALIDAD A 90 DÍAS POST-GASTRECTOMÍA ABIERTA, SUBTOTAL Y TOTAL, CON INTENCIÓN CURATIVA: RESULTADOS DE UNA COHORTE HISTÓRICA DE 111 CASOS CON CÁNCER DE ESTÓMAGO
Autores: Chang J.[1]; Puga-Tejada M.[2]; Estrada-Guevara L.[3]; Chica-Valladolid I.[4]; Miñán-Arana F.[1]; Ramírez-López G.[1]
Filiación/es: [1]Instituto Oncológico Nacional (ION) “Dr. Juan Tanca Marengo”, Guayaquil, Ecuador.; [2]Hospital Nacional Profesor Alejandro Posadas (HNPAP), El Palomar, Argentina; [3]Hospital Teodoro Maldonado Carbo (HTMC), Guayaquil, Ecuador.; [4]Hospital Abel Gilbert Pontón (HAGP), Guayaquil, Ecuador;
Especialidad: Trabajo Científico Gastroenterología | **Área Temática:** Esófago Estómago Duodeno | **Categoría**: Trabajo Científico
Introducción: La gastrectomía es el principal tratamiento curativo frente al cáncer de estómago (CaE). Comprende la gastrectomía subtotal (GST) y total (GT) frente a una lesión distal o proximal, respectivamente. La morbimortalidad post-GST/GT está subdescrita en países en vías de industrialización, principalmente GT. No obstante, son cada vez más los casos de CaE proximal. Por otro lado, la tasa de mortalidad tras GST/GT suele ser descrita a 30 días post-GST/GT o a largo plazo (global). Ambas definiciones pueden subestimar la verdadera mortalidad. Es preferible la tasa de mortalidad a 90 días post-GST/GT como desenlace oncológico.

Objetivo: Determinar la tasa de morbilidad post-GST/GT y mortalidad a 30, 90 días, global (MG) y supervivencia global (SG) post-GST/GT con intención curativa en CaE.

Materiales y métodos: Cohorte histórica (Ene/2019-Sep/2021). Se recuperó casos >18 años con diagnóstico histopatológico de CaE en quienes se realizó GST/GT curativa (programada/urgencia). Se excluyó cirugías exploratorias, reintervenciones, linfoma gástrico, tumores mucinosos o subepiteliales, imposibilidad de seguimiento o historias clínicas incompletas. Se consideró como desenlaces oncológicos algún evento adverso (EA) asociado a GST/GT, mortalidad a 30, 90 días, MG y SG. Se calculó una muestra de 91 casos, con margen de error del 5% e intervalo de confianza (IC) del 95%. La SG entre GST/GT fue ilustrada mediante curva de Kaplan-Meier, y estimada con regresión de Cox (Hazard Ratio, HR). Se verificó factores asociados a morbimortalidad mediante regresión logística binaria (Odds Ratio, OR). Se consideró un P<.05 como estadísticamente significativo.

Resultados: Se recuperó 111 casos: 87/111 GST y 24/111 GT. En 15/111 (13.5%) hubo cuando menos un EA: 12/87 GST (15.4%) y 3/24 (17.9%) GT (P=1). Los principales EA fueron: 8/15 hemorragia digestiva, 6/15 dumping, 4/15 estenosis post-quirúrgica, 4/15 absceso, 3/15 fístula, 3/15 dehiscencia gastro-duodenal, 1/15 peritonitis, 1/15 dehiscencia esófago gástrica. En GST, la tasa de mortalidad a 30, 90 días, MG y SG fue de 1/87 (1.1%), 2/87 (2.3%), 30/87 (34.5%) y 8 (5-25.5) meses; en GT, 0/24 (P=1), 1/24 (4.2%; P=.52), 13/24 (54.2%; P=.13) y 9.5 (6-23.5) meses, respectivamente. No existió diferencia significativa entre la SG entre GST vs GT (HR 1.54; IC 95% 0.80 - 2.96; P=.18) (Figura 1). En GST, la morbilidad se asoció significativamente con un Bormann III/IV (OR 9.64; IC 95% 1.84 – 79.68; P=.02), y a una mayor estancia hospitalaria post-GST (OR 2.33; IC 95% 1.44-5.08; P<.001). Así mismo, la mortalidad también se asoció significativamente con un Bormann III/IV (16.6% vs. 0%; P=.004) y dehiscencia gastro-duodenal (10% vs. 0%; P=.038).

Conclusión: En quienes se realizó GT fue mayor la tasa de mortalidad a 30, 90 días post-cirugía y mortalidad global en comparación al grupo de GST. Un Bormann III o IV y la presencia de dehiscencia gastro-duodenal post-operatoria fueron factores asociados a mayor mortalidad.

Código: GA2088
Título: VASCULITIS LEUCOCITOCLÁSTICA EN HCV CON CRIOGLOBULINAS NEGATIVAS
Autores: Salgado R.[1]; Huens Casal C.[1]; Macías P.[1]; Kisch A.[1]; Cartier M.[1]
Filiación/es: [1]Hospital B. Udaondo.
Especialidad: Caso Clínico Gastroenterología | **Área Temática:** General | **Categoría**: Caso Clínico
Introducción: La vasculitis leucocitoclástica es de las más frecuentes en la práctica clínica, entre el 35 y 50% corresponden a causas idiopáticas, en un 20% se puede deber a infecciones, entre ellas por HCV frecuentemente en relación

con la presencia de crioglobulinas (anticuerpos que forman complejos inmunes que provocan inflamación y bloquean los vasos sanguíneos), también se asocia a fármacos (entre 10/20%) y neoplasias (1%). Se desarrolla más frecuentemente en miembros inferiores y tronco. La vasculitis que afecta a los pequeños vasos de la piel (arteriolas, capilares, vénulas postcapilares) tiende a causar lesiones como púrpura, petequias y úlceras poco profundas. La vasculitis de vasos profundos, medianos o grandes causa livedo reticularis, nódulos y úlceras profundas. El diagnóstico de certeza se basa en la biopsia y el tratamiento se orienta hacia la causa que la origina.

Objetivo: Enfatizar la sospecha de dicha entidad en pacientes con clínica compatible y HCV positivo pese a crioglobulinas negativas.

Materiales: Se trata de un paciente masculino de 57 años de edad, con cuadro clínico de 7 días de evolución caracterizado por dolor abdominal asociado a la ingesta de alimentos, ictericia y coluria. Durante internación intercurre con síndrome febril, asociado a lesiones eritematosas, sobreelevadas, confluyentes y múltiples en los 4 miembros, tórax y dorso, por lo que se decide realizar interconsulta con servicio de dermatología de Hospital Muñiz, quienes realizan biopsia de piel, con resultado compatible con vasculitis leucocitoclastica de pequeños vasos. Se realizan laboratorios complementarios con resultados positivos para VHB (ac Anti core +, con AgS - y Ac anti AgS +) y VHC con carga viral 3.400.000 UI/ml GENOTIPO 3. Se solicitan crioglobulinas en sangre por sospecha de vasculitis asociada a VHC, con resultado negativo a las 4hs y 24hs a 4° c. Se decide iniciar profilaxis con entecavir en contexto de inicio de corticoides indicados por dermatología, y tratamiento con glecaprevir y pribentasvir, con buena respuesta. Por mejoría clínica, se decide externar para continuar controles por consultorios externos.

Conclusiones: La vasculitis leucocitoclástica por HCV con crioglobulinas negativas es una entidad con escasos reportes en la bibliografía. Se destaca la importancia de sospecharla y tratarla pese a los resultados negativos de las crioglobulinas. La biopsia y la clínica deben ser mandatorias. El tratamiento debe ir dirigido a intentar erradicar el HCV y por consiguiente la vasculitis.

Código: GA2095
Título: HEPATOTOXICIDAD POR BAUHINIA FORFICATA. REPORTE DE UN CASO
Autores: Jaureguizahar F.[1]; Tamagnone N.[1]; Zitelli L[1].; Navas L[1].; Rifrani Puyade G.[1]; Cortese M.M.[1]; Ahumada N.[1]; Bessone F.[1]; Reggiardo M.V.[1]; Tanno H.[1]; Tanno F.[1]; Tanno M.[1]
Filiación/es: [1]Hospital Provincial del Centenario de Rosario
Especialidad: Caso Clínico Gastroenterología | **Área Temática:** General | **Categoría**: Caso Clínico

INTRODUCCIÓN

La lesión hepática inducida por hierbas (HILI, por sus siglas en inglés) puede ser causada por suplementos dietarios que contienen hierbas, productos naturales y productos utilizados en la medicina tradicional. No existen datos sobre la prevalencia e incidencia de este fenómeno por falta de estudios prospectivos. Clínicamente, se presenta con síntomas inespecíficos y es un diagnóstico de exclusión, siendo un proceso desafiante que requiere alto grado de sospecha. La Bauhinia Forficata (conocido vulgarmente como pezuña de vaca) es una especie autóctona de Argentina y se utiliza popularmente como infusión con las hojas y tallos, usados en medicina tradicional por sus propiedades hipoglucemiantes, diuréticas y analgésicas. Decidimos reportar el siguiente caso de hepatotoxicidad por dicha hierba debido a que no encontramos en la literatura otra comunicación, considerándolo el primer caso reportado.

CASO CLÍNICO

Paciente de 56 años con antecedente de cirrosis Child C de causa alcohólica, en abstinencia desde 2016, consulta por cuadro de 5 días de evolución caracterizado dolor abdominal, asociado a ictericia y coluria. Refiere haber consumido 15 días previos, 3 litros de té con Bauhinia Forficata. Al examen físico presentó ictericia generalizada, sin signos de encefalopatía, abdomen blando depresible e indoloro, sin ascitis. En el laboratorio presentó eosinofilia 683/mm3, bilirrubina de 19.3 mg/dL directa 16.6 mg/dL, AST 110 UI/L, ALT 49 UI/L, FAL 198 UI/L, GGT 143, TP 16.6" (tasa 40%), Factor V 45%. Se realizó resonancia de abdomen con colangioresonancia, en la cual presentaba hígado de hepatopatía crónica sin otra alteración de jerarquía. Se solicitaron serologías virales (HIV, HBsAg, VHC, VHE, IgM VHA, CMV, VEB, parvovirus) y laboratorio inmunológico que resultaron negativos. El paciente evolucionó con empeoramiento progresivo de bilirrubina, obteniendo un valor máximo de 38.7 mg/dL, (directa de 28.4 mg/dL). Se interpretó como probable HILI debido al antecedente, por lo cual se realizó biopsia hepática en la cual presentó cirrosis micronodular, eosinófilos que lesionan conductillos biliares y tapones biliares. Se decidió incluirlo en lista de trasplante con MELD de 36 MELD Na 37. El paciente intercurrió con shock séptico debido a neumonía intrahospitalaria; presentó como complicación síndrome hepatorrenal con vinculación a hemodiálisis, agravamiento de la coagulopatía, encefalopatía hepática grado IV con requerimiento de asistencia mecánica ventilatoria (ACLF grado III). Finalmente el paciente falleció por falla multiorgánica.

CONCLUSIÓN

A partir de esta comunicación, la bauhinia debe ser tenida en cuenta en el diagnóstico diferencial de HILI. Se necesitan más estudios para comprender mejor su complejidad y prevenir una mayor morbi-mortalidad. Los casos deben notificarse a los sistemas nacionales de farmacovigilancia, ya que permiten comprender las posibles relaciones causales entre las hierbas y los eventos clínicos.

Código: GA2106
Título: " Colitis Ulcerosa y Arteritis de Takayasu; una asociación atípica"
Autores: Ferrer L.[1]; Tobares N.[1]
Filiación/es: [1]Hospital Elpidio Torres. Córdoba.
Especialidad: Caso ClínicoGastroenterología | **Área Temática:** colon-eii | **Categoría**: Caso Clínico

Introducción:

La colitis ulcerosa es una enfermedad inflamatoria crónica intestinal, de etiología multifactorial, que afecta principalmente al colon, su diagnóstico se basa en una serie de criterios clínicos, endoscópicos e histológicos.

La enfermedad de Takayasu es una vasculitis crónica de etiología desconocida que compromete tanto aorta como sus ramas principales, arterias pulmonares y coronarias con el consiguiente engrosamiento de su pared y la disminución de la luz.

Objetivos : Presentamos un caso de Colitis Ulcerosa asociado a Arteritis de Takayasu en un paciente bajo tratamiento con Adalimumab.

Materiales:

Paciente femenino, de 40 años de edad, con diagnóstico de Colitis Ulcerosa (Colitis Izquierda Score de Mayo 2) de 8 años de evolución. Corticodependiente, en tratamiento con Adalimumab hasta presentar intercurrencia de tuberculosis, realizando tratamiento tuberculostático exitoso durante 6 meses. Resuelto el cuadro infeccioso retoma terapéutica con Anti TNF. Posteriormente consulta por astenia de 2 meses de evolución, acompañada de sudoración nocturna, episodios febriles, y dolor dorsal interescapular, diurno y nocturno. Presentaba además, deposiciones diarias, dos evacuaciones formes por día, sin contenido patológico ni síntomas rectales.

Métodos , resultados y conclusiones:

Los hallazgos de laboratorio fueron los siguientes: recuento leucocitario, 13700/mm3; Hb 10 mg/dL; y recuento de plaquetas, 619.000/mm3. Su VSG era de 110 mm/h y su PCR de 58 mg/l. Otros hallazgos de laboratorio estaban dentro de los límites normales, incluida la función hepática, la función renal y el análisis de orina.

La tomografía de tórax evidenció en cayado de aorta, arteria carótida común izquierda, subclavia izquierda, y tronco braquiocefálico engrosamiento difuso de la pared, con calibre conservado.Ecocardiograma con Insuficiencia tricuspídea leve. Fey 55%. Ecodoppler de vasos del cuello con flujo conservado.

Nuestro paciente fue diagnosticado de AT en base a la edad, pulsos disminuidos de la arteria braquial, e imágenes que mostraban engrosamiento de la pared de grandes vasos.

Se decide suspender terapia biológica con Anti TNF. Inicia ciclo de corticoterapia y metotrexato con buena respuesta clínica. Actualmente paciente en tratamiento con Vedolizumab con buena respuesta clínica.

Comentarios: Existen reporte de casos de vasculitis de grandes vasos asociada a enfermedad inflamatoria intestinal, con predominio en mujeres jóvenes. No obstante, existen otros factores, como los fármacos anti-TNF, que pueden ser origen de algunos tipos de vasculitis (leucocitoclásticas; o de pequeños vasos). Sin embargo, la vasculitis de Takayasu no se ha vinculado al uso de Adalimumab en la bibliografía.En conclusión, informamos un caso de vasculitis poco frecuente asociado a colitis ulcerosa,con la finalidad de difundir la importancia de considerar la posibilidad de otras enfermedades autoinmunes coexistentes en estos pacientes.

Código: GA2140
Título: Linfoma gastrointestinal en paciente inmunodeprimido
Autores: Begliardo A.[1]; Balderramo D.[1]; Higa M.[1]; Chiaraviglio ML.[1]; Torello R.[1]; Cuestas A.[1]; Onocko C.[1]
Filiación/es: [1]Hospital Privado Universitario de Cordoba
Especialidad: Caso Clínico Gastroenterología | **Área Temática:** General | **Categoría**: Caso Clínico

CONGRESO GASTROENTEROLOGÌA 2022

LINFOMA GASTROINTESTINAL EN PACIENTE INMUNODEPRIMIDO

INTRODUCCIÓN

La enfermedad linfoproliferativa postrasplante (ELPT) es una complicación

grave y potencialmente fatal tanto del trasplante de órganos sólidos como del de células hematopoyéticas. Se describe como un grupo heterogéneo de trastornos linfoproliferativos que varían desde mononucleosis infecciosa e hiperplasia linfoide hasta linfomas invasivos. La mayoría se asocian con infección por el virus de Epstein - Barr (VEB) y representan proliferaciones de células B o más raramente de células T que ocurren en el contexto de inmunosupresión. Ocurre en el 1 - 20% de los pacientes trasplantados.

Pudiendo afectar cualquier parte del tubo digestivo (desde la boca hasta el recto).

OBJETIVOS

Presentamos un caso de un paciente con antecedente de inmunosupresión secundaria a trasplante cardiaco que intercurre con linfoma digestivo con el fin de mostrar su presentación clínica y diagnóstica.

MATERIALES Y MÉTODOS

Paciente de sexo masculino de 75 años de edad, inmunosuprimido por Trasplante cardiaco consulta actualmente por sindrome febril prolongado. Laboratorio con: glóbulos blancos: 5300; Hemoglobina: 11; PCR 9.16; CEA: 1.4. PCR COVID - 19 negativo, HIV negativo, Hemocultivos negativos. Tomografía de tórax y abdomen donde evidencia masa sólida hiliar izquierda inferior con compresión y estrechamiento de la vena pulmonar inferior y lesión sólida exofítica en recto de aspecto blastomatoso, asociado a múltiples lesiones hepáticas hipovascularizadas con realce en “anillo completo”, distribuidas en ambos lóbulos hepáticos.

Por esto se solicitan estudios endoscópicos. Videoendoscopia alta donde se evidencian cuatro úlceras gástricas en antro (Forrest III). Videocolonoscopia baja observando en íleon terminal: 2 úlceras con base de fibrina de 10 y 20 m. En colon ascendente y transverso: 3 úlceras de 30 mm la mayor. En colon sigmoide: 2 lesiones ulceradas de 10 y 20 mm. A los 5 cm del margen anal: lesion sobreelevada de 10 mm con ulceracion central.

Se toman biopsias de dichas lesiones cuyo resultado arroja desorden linfoproliferativo post trasplante a favor de tipo polimorfo (a nivel de recto). VEB positivo. PCR de aspergillus, TBC y CMV negativas.

RESULTADO

Se llega al diagnóstico de enfermedad linfoproliferativa post trasplante. Topo LDCGB CD 30 +, con compromiso pulmonar y gastrointestinal. Biopsia de médula ósea negativa.

Se realiza tratamiento quimioterápico correspondiente.

CONCLUSIONES

El diagnóstico de este grupo de trastornos linfoproliferativos implica un desafío, ya que se presenta en el contexto de un paciente inmunosuprimido con signos y síntomas inespecíficos, siendo necesario para esto estudios complementarios de imágenes y endoscópicos con toma de biopsias.

Código: GA2141

Título: Presentación inusual de Histiocitosis de células de Langerhans en pediatría

Autores: Perdomo J[1], Messere G[1], Salcedo R[1], Villa L[1], Bigliardia R[1], Sala J[1].

Filiación/es: [1]Hospital Alejandro posadas Bs As

Especialidad: Caso Clínico Gastroenterología | **Área Temática:** General | **Categoría**: Caso Clínico

Introducción:La histiocitosis de células de Langerhans (HCL) es una patología poco frecuente, de causa desconocida.La presentación clínica puede ser desde una lesión única o una enfermedad generalizada que afecta cualquier sistema del cuerpo, según la extensión u órgano comprometido, será la severidad de la enfermedad.Su incidencia es de 4-9 niños por millón.El compromiso gastrointestinal es extremadamente raro, (1-5%).Hay escasos datos bibliográficos publicados.

Objetivo: Describir el compromiso gastrointestinal de un paciente con histiocitosis de células de Langerhans en pediatría

Resumen:Masculino de 14 años, sin antecedentes patológicos, consulta por lesión impetiginizada en región mentoniana sin respuesta al tratamiento antibiotico, asociado astenia, descenso de peso y deposiciones con sangre de 8 meses de evolucion. Examen físico datos+: Adelgazado, con compromiso del estado general, tumoracion en region mentoniana de 4x4 cm impetiginizada, mucositis oral, uñas en astilla, adenopatías submaxilar, cervical e inguinal, lesiones en perine y zona perianal dolorosas, ulceradas, de bordes irregulares, con restos hematicos y secreción purulenta, con fistulas aisladas. Exámenes complementarios: hemograma: leucocitosis y anemia leve, plaquetas normales. PCR negativa. Serologías Virales negativas. Proteinograma, hepatograma y Poblaciones linfocitarias normales. Ziehl neelsen negativo. Ecografía abdominal: normal. TAC Craneo/cuello: signos inflamatorios/infecciosos en región mastoidea derecha. Imágenes redondeadas superficiales con densidad de partes blandas a nivel del maxilar inferior derecho y con relación al maxilar superior izquierdo (53 x 24 y 30 x 19 mm). Glándula tiroides heterogénea y aumentada de volumen.Entero TC: A nivel perianal y perineal cambios en la densidad de la grasa adyacente con presencia de imágenes sugestivas de colecciones, ganglios retroperitoneales. VEDA: Esófago: tercio superior mucosa pálida con áreas sobreelevadas. Antro y cuerpo: mucosa con pequeñas úlceras con centros de fibrina sin sangrado. Duodeno mucosa normal. VCC:Recto: Áreas con pérdida de patrón vascular con úlceras de tipo aftoides en forma aislada.Colón:transverso, descendente y sigma: pérdida de patrón vascular y ulceraciones con restos de fibrina en forma parchada. Íleon normal. Anatomía patológica: compromiso piel, gástrico y duodenal focal (Histiocitosis de células de Langerhans, cd1a positivo). Leve esofagitis linfocitaria inespecífica. Ileítis crónica con leve actividad; Leve colitis crónica con mínima actividad en colon izquierdo y rectitis crónica leve a moderada. Inicia tratamiento con Vinblastina y Corticoides.

Conclusión: La histiocitosis de células de Langerhans con presentación gastrointestinal es una patología inusual. La presentación es muy variada por lo cual es relevante su conocimiento para la sospecha clínica. Es importante la correlación clínica, radiológica, e histopatológica para asegurar un diagnóstico certero y oportuno.

Código: GA2168

Título: METÁSTASIS PULMONARES Y HEPÁTICAS COMO DEBUT POCO FRECUENTE DE UN TUMOR DEL ESTROMA GASTROINTESTINAL (GIST) DEL INTESTINO DELGADO

Autores: Villarpando-Plaza P.[1]; Puga-Tejada M. [1]; Maldonado E. [1]; Perna LA. [1]; Marchi ML.[1]

Filiación/es: Villarpan. Hospital Nacional Profesor Alejandro Posadas (HNPAP), El Palomar, Argentina

Especialidad: Caso Clínico Gastroenterología | **Área Temática:** Delgado | **Categoría**: Caso Clínico

Introducción: Los tumores del estroma gastrointestinal (GIST) representan el 1% de las neoplasias digestivas. La localización más habitual es el estómago, seguido del intestino delgado. Se presenta frecuentemente con dolor abdominal, hemorragia digestiva y anemia. Entre el 10-25% de los casos debuta con metástasis. Los GIST se caracterizan por la expresión inmunohistoquímica de tirosin-kinasa (KIT), siendo los inmunomarcadores CD117 y DOG1 categóricos en el diagnóstico diferencial entre otras neoplasias mesenquimales.

Presentación de caso: Mujer de 68 años, con antecedente de anexohisterectomía secundaria a miomas y tabaquismo activo. Presentó cuadro clínico de dos años de evolución caracterizado por dolor abdominal en hipogastrio y deposiciones melénicas ocasionales. Fue evaluada inicialmente por Ginecología mediante: Ecografía transvaginal que reportó imagen sólida pélvica de 7 x 3 cm y marcadores tumorales CA-125, CEA y CA 19-9 dentro de los parámetros normales. Se le realizo videoendoscopía alta y videocolonoscopía informadas sin lesiones. Tomografía computada (TC) de tórax-abdomen y pelvis con contraste endovenoso revela a nivel pulmonar dos imágenes nodulares en base izquierda, además de múltiples lesiones hepáticas, la mayor en segmento VII de 50 x 38 mm, todas las lesiones descriptas como sugestivas de metástasis. En fosa ilíaca derecha se observó formación sólida heterogénea de 58 x 37 mm, con realce irregular, sin planos de clivaje con órganos vecinos, compatible con lesión infiltrante en íleon. Dada la accesibilidad, se decidió toma de biopsia de una de las lesiones hepáticas. Los hallazgos anatomopatológicos e inmunohistoquímicos fueron vinculables a infiltración por GIST, con CD117 y DOG1 positivo. Con diagnóstico de GIST metastásico, se indica imatinib (inhibidor de la KIT) como tratamiento de primera línea.

Conclusiones. Los GIST metastásicos constituyen una infrecuente presentación de una patología poco prevalente. Su diagnóstico puede representar un reto dado que en algunos casos es necesario tomar biopsias de lesiones poco accesibles. El tratamiento y curación se basan en el diagnóstico histológico temprano y la resección, siendo su pronóstico dependiente del tamaño, localización e índice mitótico.

Observaciones: En nuestro caso clínico el tratamiento quirúrgico no fue posible. No obstante, los inhibidores de la KIT son el tratamiento de elección en pacientes con estadios avanzados o con riesgo de metástasis.

Código: GA2006
Título: ENFERMEDAD DE CAROLI COMPLICADA CON COLANGIOCARCINOMA IRRESECABLE
Autores: Lo Carmine Gammel, D. [1]; Espinet, ML. [1]; Kisch, A. [1]; Paterno, MR. [1]; Kujaruk, M.[1]; Cartier, MG.[1]; Vázquez, H.[1]
Filiación/es: [1]Hospital Carlos B. Udaondo.
Especialidad: Caso Clínico Gastroenterología | **Área Temática:** Via Biliar-Páncreas | **Categoría**: Caso Clínico
INTRODUCCIÓN: La enfermedad de Caroli (EC) es una patología biliar infrecuente (1/1.000.000 habitantes) de transmisión autosómica recesiva. Se debe a defectos embrionarios en la placa ductal que provocan dilataciones saculares de la vía biliar intrahepática. Puede ser asintomática, presentar síntomas (dolor abdominal) o estar asociada a sus complicaciones (colangitis). El diagnóstico suele demorar desde el inicio de los síntomas y se confirma mediante colangioresonancia magnética (CRM). El tratamiento también se ve afectado en el tiempo y como consecuencia surgen complicaciones: colangitis recurrente, sepsis, abscesos, y transformación maligna en colangiocarcinoma (CCA), cuyo riesgo está aumentado en relación a la población sana (100 veces). OBJETIVO: revisión de una complicación severa asociada a una enfermedad infrecuente. CASO CLÍNICO: varón de 33 años presenta hace 2 años dolor abdominal y alteración mixta del hepatograma. Durante la evolución agrega pérdida de peso (25 kg en 5 meses). Laboratorio: TGO 325 (0-38 U/l), TGP 326 (0-41 U/l) FA 1398 (65-300 U/l), BT 3 mg/dL; CRM: a nivel del hilio hepático y del eje celíaco mesentérico se observan múltiples formaciones ganglionares en rango adenomegálico. En relación al segmento hepático IVa-VIII imagen de límites mal definidos de 35x25 mm con realce heterogéneo en la fase portal y de equilibrio en vínculo anatómico con la región del Carrefour. Se asocia con ausencia de señal a dicho nivel, dilatación de los ramos biliares de 2do y 3er orden, adoptando configuración sacular con imágenes cálcicas en su interior y en el resto de la vía biliar intrahepática. Diagnóstico: compatible con EC complicada con CCA con infiltración hepática. EVOLUCIÓN: el paciente se interna por progresión de la colestasis y disfunción hepática. Se realiza punción-biopsia de un ganglio perihiliar hepático: adenocarcinoma pobremente diferenciado. Debido a la irresecabilidad del tumor se coloca un drenaje biliar externo. Inicia quimioterapia paliativa con gemcitabina + oxaliplatino alcanzando la resolución bioquímica de la colestasis y una respuesta parcial por imágenes. A pesar de ello el paciente fallece por múltiples intercurrencias infectológicas. DISCUSIÓN: La asociación de EC y CCA es infrecuente y suele afectar a pacientes jóvenes con larga duración de la enfermedad. La tasa de mortalidad al año es alta (74%). La etiología de dicha asociación no es del todo clara. Sería atribuible al efecto carcinogénico de la exposición repetida del epitelio ductal a concentraciones elevadas de ácidos biliares. En pacientes con EC el tratamiento con ácido ursodesoxicólico y, en casos más avanzados, la cirugía (resección o trasplante hepático), cambian favorablemente la evolución disminuyendo el riesgo de CCA. OBSERVACIÓN: Son necesarias nuevas herramientas de detección temprana para aumentar la tasa de identificación de CCA en EC. El manejo de ambas entidades suele ser dificultoso, reflejando la importancia de la interdisciplina.

Código: GA2019
Título: CADA VEZ MAS FRECUENTE EN EL ESTOMAGO
Autores: Bogado SA[1,2]; Sanguinetti JM[1]; Lotero Polesel JC[1,2]
Filiación/es: [1]Instituto de Gastroenterología y Endoscopía Salta; [2]Hospital Militar Salta.
Especialidad: Caso Clínico Gastroenterología | **Área Temática:** Esófago-Estómago | **Categoría**: Caso Clínico
Caso: Mujer de 48 años, hipotiroidismo secundario a tiroiditis Hashimoto y enfermedad celíaca (EC) con cumplimiento dieta libre de gluten. Presenta endoscopia digestiva alta (EDA) dos años antes al diagnóstico de la EC sin lesión gástrica y Marsh 3B duodenal. Por dispepsia es referida para (EDA). Laboratorio de rutina: dentro de VN. Se realiza EDA que muestra hernia parahiatal de 3 cm y una lesión solevantada menor de 1 cm en cuerpo gástrico. La histopatología (HE) informó mucosa gástrica infiltrada por probable tumor neuroendocrino (TNE), además de gastritis crónica y metaplasia intestinal completa e incompleta en ausencia de H pylori. Se realiza resección endoscópica (EMR) completa (márgenes libres, sin invasión linfovascular ni perineural que toma la muscular de la mucosa e infiltra focalmente la submucosa). Inmunohistoquímica (IHQ): positividad para cromogranina y sinaptofisina. KI67 2% Índice mitótico 1/10 (HPF). Tomografía Computada de tórax, abdomen y pelvis: sin lesiones a distancia. Con el diagnóstico de TNE bien diferenciado G1 se solicita gastrinemia (elevada x3 VN) y cromogranina (elevada x1.5 VN). Oncología decide seguimiento endoscópico. Conclusión: Los TNE gástricos (g-NETS) son actualmente los más frecuentes de todos los TNE digestivos, representando hasta el 23% de los casos. El acceso a la EDA, el mayor conocimiento de la entidad, su manejo y la IHQ permitieron su creciente diagnóstico. En los últimos dos años hubo cambios en la clasificación. Se subclasifican en subtipos según las características clínico-patológicas, con importantes implicaciones terapéuticas y pronósticas. Los tipo I representan el 70-80% de todos los g-NETS y se asocian con gastritis atrófica, más comúnmente de tipo autoinmune. En este contexto, la hipergastrinemia compensatoria induce la proliferación de células tipo enterocromafines, hiperplasia y, en última instancia, TNE. Son más frecuentes en mujeres y comúnmente se asocian con otras enfermedades autoinmunes (vitíligo, DBT tipo 1, tiroiditis de Hashimoto). La mayoría de los g-NET tipo I son tumores G1 pequeños (<1 cm), limitados a la mucosa o submucosa. Las metástasis en los ganglios linfáticos se detectan en 2 a 9% de los tumores, particularmente si son mayores de 1 a 2 cm, con invasión de la muscularis propia o angioinvasión. Al momento del diagnóstico no suele haber metástasis a distancia. La USE se reserva para casos de progresión o sospecha de recurrencia. La sobrevida supera el 95% a 5 años. El tratamiento difiere según Guías: análogos de somatostatina y la netazepida pueden reducir la carga tumoral y progresión, aunque su papel no está establecido. Los gNET de tipo I son recurrentes debido a la persistencia hipergastrinemia mediada por el antro. Independientemente de la resección, se propone la evaluación de rutina de CgA, gastrina, hierro y vitamina B12 cada 6-12 meses y EDA cada 12-24 meses.

Código: GA2040
Título: PANCREATITIS RECURRENTE POR DIVERTICULO DE WINDSOCK DUODENAL. A PROPOSITO DE UN CASO.
Autores: Allegretti S.[1]; Chamba Rosillo T.L.[1]; Alsina F.[1]; Orellana D.[1]; Bassi D.[1]; Mimura H.[1]; Cuda L.[1]; Fugazza L.[1]; Ladux M.[1]; Coppola D[1].; Toledo G.[1]
Filiación/es: [1]Hospital Dr. Pedro Fiorito de Avellaneda.
Especialidad: Caso Clínico Gastroenterología | **Área Temática:** Via Biliar-Páncreas | **Categoría**: Caso Clínico
Introducción: El divertículo duodenal intraluminal (DDI), también conocido como divertículo de Windsock, es una causa rara de dolor abdominal intermitente y plenitud postprandial; puede complicarse con obstrucción, hemorragia digestiva, pancreatitis o colangitis.
Objetivo: Demostrar la importancia de considerar al divertículo duodenal intraluminal como diagnóstico diferencial en pacientes que presentan pancreatitis recurrentes.
Caso Clínico: Paciente femenina de 30 años, con antecedente de epigastralgia recurrente no estudiada; que acude a guardia por presentar dolor epigástrico irradiado a dorso. Al interrogatorio refiere episodios similares en el último año, de menor intensidad que cedieron espontáneamente. Al examen físico se objetivó dolor en epigastrio; el laboratorio evidencia lipasa elevada, se solicita TC de abdomen y pelvis sin contraste en la cual se visualiza a nivel de segunda porción duodenal imagen redondeada de densidad metálica, VEDA informó dilatación de bulbo y segunda porción duodenal y cuerpo extraño alojado que se extrae (pila botón degrada), seguido de estenosis anular y sobre la base de la misma intususcepción de la mucosa distal hacia proximal; SEGD: mega bulbo con estenosis incompleta en segunda porción duodenal que se hace total en tercera porción con profundas ondas antiperistálticas que llegan hasta bulbo y escaso pasaje a yeyuno hasta los 45 minutos. Se decidió la dilatación de la estenosis con balón siendo la misma inefectiva. En la duodenoscopía se observó intususcepción intestinal de la mucosa no lográndose identificar estructura papilar. En TC de abdomen: imagen sacular de paredes finas intraluminal a nivel de segunda porción duodenal, con relleno de contraste oral, hallazgo compatible con divertículo de Windsock. Se realizó diverticulectomía duodenal y colecistectomía, con buena evolución, sin repetir sintomatología hasta la fecha.
Discusión: Los DII cursan de forma asintomática generalmente, y de presentar síntomas suelen ser inespecíficos. Se diagnostican entre la tercera y cuarta década de la vida. Las complicaciones son menos frecuentes e incluyen la hemorragia gastrointestinal, pancreatitis, colangitis y obstrucción intestinal. El diagnóstico es incidental y dificultoso en la mayoría de los casos, requiere la complementación de VEDA, SEGD y TC. La cirugía es el tratamiento de elección en la actualidad.
Conclusión: El divertículo de Windsock como causa de pancreatitis recurrente plantea un desafío diagnóstico en donde los métodos complementarios son una pieza fundamental.
Observaciones: Se decide la presentación de este caso para demostrar la dificultad del arribo al diagnóstico de esta entidad, dada la baja prevalencia de pancreatitis recurrente por divertículo de Windsock; poner en discusión los diagnósticos diferenciales y consecuentes tratamientos.

Código: GA2091
Título: HIDATIDEMESIS: manifestación clínica de un quiste hidatídico
Autores: Maximiliano Iriarte[1]; Rodrigo Belloni[1]; Adrian Bologna[1]; Maria Repetto[1]; Ianina Belen Capaldi[1]; Marianela Arramón[1]; Martin Yantorno[1]; Gustavo Javier Correa[1]; Lorenzo Gullino[1]; Cecilia Chumacero[1]; Fernando Baldoni[1]; Francisco

Tufare[1]
Filiación/es: [1]Servicio de gastroenterología, HIGA "San Martín" de La Plata.
Especialidad: Caso Clínico Gastroenterología | **Área Temática:** Delgado | **Categoría**: Caso Clínico

Introduccion: La hidatidosis es una zoonosis causada por el Echinococcus granulosus. Compromete más frecuentemente el hígado (67-89%). Los quistes hidatídicos son asintomáticos, pero pueden presentar síntomas aquellos de gran tamaño (dolor en hipocondrio derecho, masa palpable, náuseas, vómitos o dispepsia). Las principales complicaciones del quiste hidatídico hepático son la infección y la ruptura, especialmente hacia la vía biliar, peritoneo y tórax. La formación de fístulas cistoduodenales, es una complicación infrecuente, de presentación clínica variable, siendo los síntomas más frecuentes dolor abdominal, náuseas y vómitos. Existen dos síntomas patognomónicos de esta complicación: la hidatidemesis (vómitos de membranas) e hidatidorrea (presencia de membranas hidatídicas en las heces). La tomografía computada es el método más utilizado para el diagnóstico de esta complicación, pudiendo evidenciar signos sugestivos de fístula cistoentérica: con detección de aire y/o la presencia de contraste oral dentro del quiste. La visualización del orificio fistuloso, mediante videoendocopia alta (VEDA), es infrecuente. En la mayoría de los casos, se diagnostica de manera intraoperatoria. El tratamiento depende del tamaño de la fístula, siendo el tratamiento quirúrgico el gold estándar.

Materiales:Paciente masculino de 31 años con antecedente de colecistectomía, que consulta por dolor abdominal en hipocondrio derecho de un mes de evolución, en contexto de masa abdominal palpable de 10 años de evolución. El laboratorio de ingreso evidenció patrón de colestasis y la tomografía computada (TC) de abdomen y pelvis con doble contraste, evidenció en topografía del epiplón menor, colección líquida de 26x13x13 cm aproximadamente, con burbujas aéreas internas, paredes gruesas y elementos de alta densidad, con amplio contacto con el riñón derecho, desplazándolo y condicionando urostasis grado II. Se complementa estudio con resonancia magnética que evidenció hallazgos similares, con la presencia de aerobilia. Al sexto día de internación intercurré con hidatidemesis. Ante la sospecha de fístula cistoduodenal, se realizó VEDA, que evidenció en rodilla duodenal, orificio fistuloso con drenaje espontáneo de contenido líquido y membranas. Luego se confirmó por serología el diagnóstico de hidatidosis. Realizó tratamiento médico con albendazol y quirúrgico: quistectomía y colocación de tubo de Kehr, nefrectomía derecha y rafia duodenal para cierre de fístula entérica. El paciente presentó buena evolución clínica, sin complicaciones.

Metodos,Resultados y conclusiones:La fístula cistoentérica es una complicación infrecuente de los quistes hidatídicos. Los síntomas son inespecíficos, aunque, la presencia de hidatidemesis o hidatidorrea son patognomónicos de esta complicación. La presencia de aire o contraste en el quiste son altamente sugestivo de dicha patología. Si bien, el hallazgo del orificio fistuloso por endoscopia, confirmó el diagnóstico, su resolución es quirurgica.

Código: GA2034

Título: ERRADICACIÓN DE HELICOBACTER PYLORI CON TERAPIA CUÁDRUPLE CON BISMUTO EN PACIENTES NAÏVE: RESULTADOS PRELIMINARES DE LA PRIMERA EXPERIENCIA EN ARGENTINA EN LA PRÁCTICA CLÍNICA REAL.

Autores: Corti R[1]; del Valle H[2]; Arzamendia P[3]; Barcia T[4]; Bianchi E[5]; Castellani, G[6]; Daino D[7]; Doweck J[1]; Dulcich F[1]; Escobar Fernández R[8]; Giulioni P[9]; Gorordo Ipiña C[10]; Luciani J[11]; Pignataro S[4]; Rodríguez S[12]; Trakal J[13]; Topor J[14]; Ulivarri F[15]; Cornelio C.[16]

Filiación/es: [1]Hospital Dr. Carlos Bonarino Udaondo (CABA); [2]Departamento Médico Craveri SAIC (CABA); [3]Hospital Privado Santa Clara de Asís (Salta. Pcia. de Salta); [4]CEED (Centro de Estudios en Enfermedades Digestivas. CABA); [5]CELIN (Clínica Endoscópica Lincoln. Pcia. De Buenos Aires); [6]Centro de Gastroenterología y Hospital Español (Rosario. Pcia. de Santa Fé); [7]Sanatorio Allende y Clínica Humana Mujer (Córdoba. Pcia. de Córdoba); [8]Sanatorio Municipal Dr. Julio Méndez (CABA); [9]Consultorio de Gastroenterología (CABA); [10]Clínica Universitaria Reina Fabiola (Córdoba. Pcia. de Córdoba); [11]Grupo Gamma (Rosario. Pcia. de Santa Fé); [12]INGED (Instituto Norpatagónico de Gastroenterología y Endoscopia Digestiva (Neuquén. Pcia. de Neuquén); [13]Clínica Universitaria Reina Fabiola (Córdoba. Pcia. de Córdoba); [14]Sanatorio Mater Dei (CABA); [15]Unidad de Endoscopía Sanatorio Chaco (Resistencia, Pcia. del Chaco); [16]Análisis Estadísticos, investigadora independiente (CABA).

Especialidad: Trabajo Científico Gastroenterología | **Área Temática:** Esófago-Estómago | **Categoría**: Trabajo Científico

Introducción: las últimas publicaciones respecto del tratamiento de erradicación del Helicobacter pylori (Hp) muestran una eficacia superior al 90% para la terapia cuádruple con bismuto (TCB). En nuestro país se comercializa desde hace 3 meses una formulación de cápsula 3 en 1 de elaboración nacional con 125 mg de metronidazol, 125 mg clorhidrato de tetraciclina y 140 mg de subcitrato de bismuto potásico, pero aún no se dispone de suficientes datos clínicos que permitan saber si las características de resistencia antibiótica a nivel local determinan niveles de eficacia y seguridad similares a lo demostrado en los países en los que esta modalidad terapéutica se utiliza desde hace años.

Objetivos: 1-primario: evaluar por primera vez en Argentina la eficacia y seguridad del empleo de una TCB en pacientes naïve con diagnóstico confirmado de infección por Hp e indicación de erradicación en condiciones de práctica clínica real. 2- secundario: evaluar adherencia, conformidad y percepción de dificultad de los pacientes en relación al tratamiento.

Materiales y Métodos: El n a reclutar para este estudio fase IV, prospectivo, abierto y no controlado se estableció en 100 pacientes con patología digestiva o extra digestiva compatible con infección por Hp. Luego de confirmar la presencia del patógeno con protocolo de Sidney/Houston se implementó un tratamiento de 10 días con una cápsula 3 en 1 administrada en 4 tomas diarias de 3 cápsulas (12 cápsulas/día) junto con pantoprazol 40 mg en 2 tomas diarias. La erradicación del Hp se evaluó al menos 2 semanas posteriores a la finalización del tratamiento mediante la realización de un test de aliento con urea C13 o un test de antígenos en materia fecal.

La eficacia terapéutica se analizó como intención de tratar (ITT) y per protocol (PP), la seguridad de uso, adherencia y grado de satisfacción con el tratamiento por análisis porcentuales. Para evaluar conformidad del paciente con el tratamiento se usó escala tipo Lickert. Para comparaciones entre grupos se emplea t de Student, prueba de chi cuadrado o prueba exacta de Fisher, según corresponda. Consideramos significación estadística p <0,05.

Resultados: se muestran resultados preliminares con 39 pacientes. EFICACIA: las tasas de erradicación por ITT y PP fueron del 92.31% (ICs 95% [Wilson 95% CI] 0,810 - 0,973). SEGURIDAD: todos los eventos fueron de intensidad leve (malestar digestivo 41%, dispepsia 28%, náuseas 10%, alteración del gusto 8%, somnolencia 8%, dolor abdominal 5%, astenia 3%, mareos 3%, coloración lingual 3%). ADHERENCIA Y CUMPLIMIENTO: 100% de los pacientes completó el tratamiento, 82% lo consideró fácil de seguir y el 87% se mostró conforme o muy conforme con el resultado. Comparaciones entre grupos no fueron posibles en esta instancia.

Conclusión: la terapia cuádruple con bismuto empleando una cápsula antibiótica 3 en 1 de elaboración nacional resulta segura y eficaz para la erradicación del Hp en pacientes naïve en la práctica clínica real.

Código: GA2051

Título: RELACIÓN DE LOS GENES DE PATOGENICIDAD DE HELICOBACTER PYLORI (HP) Y LESIONES HISTOLÓGICAS EN LA MUCOSA GASTRODUODENAL EN PACIENTES CON DISPEPSIA FUNCIONAL

Autores: Sanchez Nicolas[1, 2, 3]; Caronia Virginia[4]; Elizondo Karina[4]; Jorda Graciela[5]; Schneider Adolfo[4]; Zapata Pedro Darío[1,2,3,6], Barreyro Fernando Javier[1, 2,3,6]

Filiación/es: [1]Universidad Nacional de Misiones. Facultad de Ciencias Exactas Químicas y Naturales. [2]Instituto de Biotecnología de Misiones "Dra. Maria Ebbe Reca" (InBioMis). [3]Laboratorio de Biotecnología Molecular (BIOTECMOL). Misiones, Argentina; [4]Fundación HA Barceló, Instituto Universitario en Ciencias de la Salud. Santo Tomé, Corrientes, Argentina; [5]Universidad Nacional de Misiones. Facultad de Ciencias Exactas Químicas y Naturales. Departamento Microbiología. Misiones, Argentina; [6]CONICET. Buenos Aires, Argentina.

Especialidad: Trabajo Científico Gastroenterología | **Área Temática:** Esófago-Estómago | **Categoría**: Trabajo Científico

Introducción: La dispepsia funcional (DF) es una enfermedad altamente prevalente. Su fisiopatología no está aclarada en su totalidad. La dispepsia asociada a la infección por Hp (DHp) y la eosinofilia duodenal son posibles mecanismos patogénicos en la DF. Sin embargo, no se ha explorado el impacto de los genes de virulencia de Hp y la inflamación/eosinofilia gastroduodenal en este grupo de pacientes.

Objetivo: Evaluar la relación de genes de virulencia y lesiones histológicas gastroduodenales en DF.

Métodos: Se realizó un estudio transversal multicéntrico entre 2015-2019. Se incluyeron 338 pacientes que cumplían los criterios de ROMA-III y se realizaron videogastroscopia, se excluyeron pacientes con enfermedad úlcero péptica, enf celiaca y cáncer. La positividad de Hp (Hp+) se definió como a la biopsia gástrica con tinción de Giemsa positiva. Se registraron parámetros histológicos (escala de Sidney) y se determinó la correlación con los genes de virulencia de Hp (cagA, cagE, oipA y vacA). Los datos se analizaron utilizando el software Med-Calc y Jamovi.

Resultados: La prevalencia de Hp fue de 42.3% (143/338), para el estudio de genes de virulencia se analizaron 71 muestras Hp+. La inflamación crónica (ICr), la actividad (Act), atrofia (Atr) y metaplasia intestinal (MI) gástrica se asoció

significativamente a mayor severidad en la infección por Hp (ICr: 42.3% Hp+ vs 0.6% Hp- p<0.001; Act: Hp+ 23.9% vs Hp- 0.6%, p<0.001; Atr: Hp+ 5.6% vs Hp- 0.5%, p= 0.007; MI: Hp+ 7% vs Hp- 2.1%, p=0.047). En el análisis de los genes de virulencia se observó una significativa correlación entre severidad histológica con el gen vacA s1, vacA m1, cagA, cagE y oipA. En la evaluación del duodeno (D2), la inflamación duodenal crónica (IDC), eosinofilia duodenal (EoD) y linfocitosis intraepitelial (LI) presentaron mayor severidad en la infección por Hp (IDC: Hp+ 8.7% vs Hp- 0.5% p<0.001; EoD: Hp+ 1.4% vs Hp- 0.5% p=0.002; LI: Hp+ 2.9% vs Hp- 0% p<0.001). En la evaluación de los genes de virulencia con la inflamación duodenal se observó mayor severidad en la presencia del gen vacA s1, cagA, cagE y con oipA. En el análisis de vacA m1 se asoció con EoD y Vac m2 con IDC y LI.

Conclusión: En nuestra cohorte se observó que la infección por Hp se asoció con mayor daño histológico en la mucosa gastroduodenal, siendo vacA s1, m1, cagA, cagE y oipA asociados a mayor severidad.

Código: GA2086
Título: LAS ALTERACIONES DE LAS PRUEBAS HEPÁTICAS DE PACIENTES CON COVID-19 PUEDEN NO ESTAR RELACIONADAS CON LA TORMENTA DE CITOQUINAS
Autores: Piskorz M.[1]; Gonzalez Ballerga E.[1]; Pisarevsky A.[1]; Ludueña G.[1]; Lopez Mingorance F.[1]; Sorda J.[1]; Daruich J.[1]; Olmos J.[1]
Filiación/es: Hospital de Clinicas Jose de San Martin Universidad de Buenos Aires
Especialidad: Trabajo Científico Gastroenterología | **Área Temática:** General | **Categoría**: Trabajo Científico
INTRODUCCION: Recientemente una revisión sistemática informó una prevalencia de alteraciones de las pruebas hepáticas del 19% (rango 1-53%) en pacientes con COVID-19. Sin embargo, no está claro si la patogenia de las alteraciones de las pruebas hepáticas podría deberse a la acción directa del SARS Cov-2, a lesión hepática inducida por fármacos o a la inflamación relacionada con la tormenta de citoquinas. OBJETIVOS: Explorar la importancia clínica de las alteraciones de las pruebas hepáticas en pacientes con COVID-19 y evaluar los niveles de citoquinas séricas en pacientes con y sin alteraciones de laspruebas hepáticas. MATERIAL Y METODOS: Se incluyeron 143 pacientes con COVID-19 hospitalizados en un solo hospital universitario, confirmados por PCR de transcripción reversa cuantitativa y 53 controles sanos (CS) no COVID-19 (principalmente personal del hospital) confirmados por una serología rápida negativa. La severidad de la COVID-19 se estratificó en leve, moderada y grave según la presencia de neumonía y la saturación de O2 <94 %. La alteración de las pruebas hepáticas se definió como la elevación por encima del límite superior de la normalidad de la bilirrubina total (> 1 mg/dl), la alanina aminotransferasa (> 31 UI/L) o la fosfatasa alcalina (> 104 UI/L). Se midieron 27 citoquinas pro y antiinflamatorias (Bio-Plex Pro™, Bio-Rad). Se realizó un modelo de regresión logística multivariado para analizar la relación entre la alteración de las pruebas hepáticas y la gravedad de la COVID-19, en el que se incluyeron las siguientes variables: edad > 60 años, sexo, IMC > 30, neumonía, uso de fármacos (antibióticos, antiinflamatorios, antivirales), ferritina >300µg/l y fibrinógeno >400 mg/dl. RESULTADOS : La edad media de los pacientes con COVID-19 fue de 54 +/- 15 años, (F=50%) y la de los CS fue de 52 +/- 8, (F= 62%). Ninguno de los pacientes tenía antecedentes de enfermedad hepática. 84 COVID-19 (59%; IC 95% 41-67) y 17 (32%; IC 95% 20-46) de los CS (p=0,001) tuvieron alteraciones de las pruebas hepáticas al ingreso. El 57% de los pacientes con COVID-19 tuvieron una relación AST/ALT > 1. Hubo una asociación significativa entre las alteraciones de las pruebas hepáticas en los pacientes con COVID-19 y las siguientes variables: IMC> 30 (p = 0,02), la presencia de neumonía (p = 0,001), saturación de O2 <94 (p = 0,001) y la severidad de la COVID-19 (p = 0,001). Se observaron niveles significativamente más altos de las siguientes citoquinas al ingreso en pacientes con COVID-19 en comparación con los CS: IL-1ra, IL-2, IL 6, IL-7, IL-8, IL-13, IP-10 y PDGF –bb. CONCLUSIONES: Las alteraciones de las pruebas hepáticas en pacientes con COVID-19 se asociaron con la severidad de la enfermedad.Aunque se observaron algunos parámetros de inflamación elevados, es posible que la inflamación mediada por citoquinas no tenga un papel importante en la patogenia de las alteraciones en las pruebas hepáticas.

Código: GA2100
Título: DESARROLLO Y VALIDACIÓN DE DAMASCO: UNA APLICACIÓN MÓVIL DE TELEMEDICINA, DE LIBRE ACCESO Y MULTIFUNCIONAL, DIRIGIDA A USUARIOS-PACIENTES HISPANOHABLANTES CON ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL
Autores: Puga-Tejada M.[1]; Conlon MC.[1]; Spiazzi RA.[1]; Cerezo MJ.[1]; Omonte-Zambrana A.[1]; Milano MC.[1]; Iade B.[2]; Arriola MA.[2]; Méndez JC.[3]; Arellano-Olmedo S.[3]; Rodríguez-Santi A.[3]; Luna FI.[4]; Corrado LM.[5]; Robles-Medranda C.[6]; Pitanga-Lukashok H.[6]; Baquerizo-Burgos J.[6]; Egas-Izquierdo G.[6]; Martin-Delgado J.[7]; Marriott-Diaz E.[8]; Marriott-Blum D.[8]; Manhães-Tolentino YF.[9]
Filiación/es: [1]Hospital Nacional Profesor Alejandro Posadas (HNPAP), El Palomar, Argentina.; [2]Centro de Asistencia del Sindicato Médico del Uruguay (CASMU), Montevideo, Uruguay.; [3]mdconsgroup; Guayaquil, Ecuador.; [4]Carrera de Diseño Gráfico, Universidad de Buenos Aires (UBA), Buenos Aires, Argentina.; [5]Carrera de Artes Multimediales, Universidad Nacional del Arte (UNA), Buenos Aires, Argentina.; [6]Instituto Ecuatoriano de Enfermedades Digestivas (IECED), Guayaquil, Ecuador.; [7]Universidad Católica de Santiago de Guayaquil (UCSG), Guayaquil, Ecuador.; [8]Hospital de Especialidades Teodoro Maldonado Carbo (HTMC), Guayaquil, Ecuador.; [9]Hospital Universitário Clementino Fraga Filho, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, Brasil.
Especialidad: Trabajo Científico Gastroenterología | **Área Temática:** Colon-EII | **Categoría**: Trabajo Científico
Introducción: El uso de aplicaciones móviles en salud (mobile Health applications, mHealth app) es cada vez más frecuente como soporte telemédico en patologías crónicas, cumpliendo varias funciones: educación sanitaria, monitorización de síntomas, fomento de la adherencia terapéutica, y seguimiento clínico. Existen mHealth apps dirigidas a pacientes con enfermedad inflamatoria intestinal (EII) que han demostrado mejorar significativamente el nivel de conocimiento sobre EII, adherencia terapéutica e incluso calidad de vida. Sin embargo, la mayoría no está disponible en castellano, presentan acceso y uso limitado, validación o prueba de aceptación usuario-paciente (PAU) no documentada, poca multifuncionalidad o difícil manejo.
Objetivo: Desarrollar una mHealth app dirigida a hispanohablantes con EII, de libre acceso, multifuncional e intuitiva; y validarla a través de una PAU.
Metodología: El Development and Assessment of a Mobile Application for Sanitary Support in Spanish's speaking with Crohn's and ulcerative Colitis (DAMASCO) es un proyecto independiente y multicéntrico de Latinoamérica. Se trata de un estudio observacional, analítico y prospectivo. En esta fase se diseñó el prototipo de la mHealth app homónima en Adobe XD y se realizó una PAU en pacientes con EII ambulatorios, con ≥6 meses de diagnóstico, atendidos en un hospital de tercer nivel durante Jul/2022. La PAU se realizó en línea empleando la Mobile Application Rating Score (MARS), instrumento de 30 preguntas valoradas mediante escala de Likert. Se tomó como referente un Likert (L) 4-5 (muy bueno – excelente). MARS fue traducida del inglés al español siguiendo el método de Sperber. Este estudio fue aprobado por el comité de ética institucional (633 LMiP0Se/22).
Resultados: El prototipo de DAMASCO contó con las siguientes funciones: registro de síntomas, recordatorio de medicación, estudios pendientes, diario de comidas. De los 40 invitados a la PAU, 38 aceptaron y 33 contestaron ≥75% de MARS. La muestra contó con una mediana de edad 35 (29 – 45), 20/33 (60.6%) mujeres, 22/33 (66.7%) colitis ulcerativa y 11/33 (33.3%) enfermedad de Crohn. Hubo mayor puntuación entre aquellas preguntas sobre funcionalidad (L4-5 96%), seguido de la adherencia a la mHealth app (L4-5 80.3%), contenido (L4-5 76.5%) y diseño (L4-5 68.7%). La evaluación como mHealth app específica en EII obtuvo una puntuación de muy bueno – excelente en el 93.1% de las respuestas. La mHealth app fue calificada con cuatro y cinco estrellas por 20/33 (60.1%) y 5/33 (15.2%), respectivamente. Hubo un 1.4% de respuestas perdidas (figura 1).
Conclusión: La recientemente desarrollada mHealth app DAMASCO constituye una herramienta de libre acceso y multifuncional con muy alta aceptación entre los usuarios-pacientes hispanohablantes con EII. Es además intuitiva y de fácil utilización.

Código: GA2119
Título: DETECCIÓN DE BIOMARCADORES EPIGENÉTICOS EN TEJIDO Y BIOPSIAS LÍQUIDAS DERIVADAS DE PACIENTES CON CÁNCER COLORRECTAL
Autores: Bocanegra V[1, 2, 3], Vaquer CC[3], García Samartino C[2, 3], Arbona S[4], Militello RD[1,2], Ongay RL[5], Valdemoros P[2], Sanguinetti G[5,6], Correa A[6], Pellegrini PA[6], Carlen M[6], Minatti WR[5,7], Campoy EM.[1,2,3]
Filiación/es: [1]Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas (CONICET); [2]Facultad de Ciencias Médicas, Universidad Nacional de Cuyo; [3]Epiliquid S.A.S; [4]Facultad de Ingeniería, Universidad Nacional de Cuyo; [5]Centro de Diagnóstico y Tratamiento Gastroenterológico y Hepatológico, HIGEA; [6]Unidad de Cirugía Colorrectal, Hospital Español de Mendoza; [7]Servicio de Coloproctología, Hospital Italiano de Mendoza.
Especialidad: Trabajo Científico Gastroenterología | **Área Temática:** Colon-CCR | **Categoría**: Trabajo Científico
Las marcas epigenéticas se refieren a modificaciones químicas en el ADN que no alteran la secuencia, pero que pueden afectar la expresión génica. Se describen tempranamente en el proceso tumorigénico, pueden ser empleadas como biomarcadores y detectadas en biopsias líquidas. Este procedimiento mínimamente invasivo consiste en el análisis de información tumoral obtenida a

partir del estudio de ADN tumoral circulante (ADNtc) presente en distintos fluidos corporales. Desarrollamos un algoritmo bioinformático capaz de identificar biomarcadores epigenéticos sensibles y específicos. Además, desarrollamos una tecnología basada en PCR para detectarlos con alta sensibilidad en biopsias líquidas. Comenzamos nuestras validaciones con cáncer colorrectal (CCR). El protocolo de trabajo fue desarrollado en colaboración con el Centro de Diagnóstico HIGEA, el equipo de Coloproctología del Hospital Italiano de Mendoza y la Unidad de Cirugía Colorrectal del Hospital Español de Mendoza. Objetivo: desarrollar y validar una tecnología capaz de detectar con alta sensibilidad y especificidad biomarcadores epigenéticos en biopsias líquidas de pacientes con CCR. Resultados: Constituimos una cohorte prospectiva de pacientes de riesgo promedio para CCR (n=39) y controles sanos (n=122), que concurrieron a realizarse videocolonoscopía y/o cirugía de resección de CCR. Los y las participantes firmaron el consentimiento informado aprobado por el correspondiente Comité de Ética. Aislamos ADN de tejido tumoral, tejido sano distante a la lesión y ADNtc de plasma. Empleamos una tecnología basada en PCR para detectar biomarcadores epigenéticos previamente descriptos en el screening de CCR por biopsia líquida (SEPT9) y biomarcadores propios identificados mediante un algoritmo bioinformático. Inicialmente validamos nuestro desarrollo tecnológico al detectar SEPT9 en ADN aislado de muestras de tejidos tumorales derivadas de pacientes con CCR (n=20), empleando como controles lesiones distantes pareadas (n=20). Para determinar la sensibilidad y especificidad de la detección calculamos estadísticamente el área bajo la curva (AUC) mediante un análisis ROC y obtuvimos un AUC=0.98. Posteriormente, aplicamos la tecnología en la detección de SEPT9 en biopsias líquidas a partir del estudio de ADNtc aislado de plasma de pacientes con CCR (n=10) y controles sanos (n=10), (AUC=0.9012). Finalmente aplicamos nuestro algoritmo bioinformático e identificamos una serie de biomarcadores propios que fueron detectados simultáneamente en la cohorte de tejidos derivados de pacientes con CCR (n=20), (AUC=0.995). Conclusión: La colaboración establecida entre HIGEA, el equipo de coloproctología y cirugía colorrectal y el laboratorio de anatomía patológica, nos permitió demostrar que la innovación tecnológica desarrollada permite identificar biomarcadores epigenéticos capaces de distinguir con alta sensibilidad y especificidad pacientes sanos de pacientes con estadios tempranos y avanzados de CCR.

Código: GA2120
Título: Tasa de detección de adenomas y pólipos serratos en contexto de campaña de prevención de cáncer colorrectal en una institución de la ciudad de Bs As.
Autores: Asprea Alfano L[1]; Sequeira A[1]; Visso A[1]; Pardo B[1]; Escobar Fernández R[1]
Filiación/es: [1]Sanatorio Dr Julio Mendez.
Especialidad: Trabajo Científico Gastroenterología | **Área Temática:** Colon-CCR | **Categoría**: Trabajo Científico
a) Introducción: En Argentina el cáncer colorrectal (CCR) es el tercer cáncer en incidencia y el segundo en mortalidad. En nuestro país se utiliza un programa de pesquisa para CCR basado en sangre oculta en materia fecal (SOMF) y videocolonoscopía (VCC)
La tasa de detección de adenomas (TDA) es el principal indicador de calidad en la VCC ya que se correlaciona con la incidencia de CCR; Se recomienda una TDA ≥ 25 %, en VCC de pesquisa. Para aquellos con SOMF + se propuso una TDA de 40%.
No se demostró correlación entre TDA y detección de pólipos serratos, siendo pobremente detectados por SOMF. Se propuso una tasa de detección de pólipos serratos (SPDR) del 5%
b) Objetivo: Determinar la TDA y la SPDR en pacientes con SOMF + y riesgo promedio de CCR
c) Materiales y metodos: Estudio retrospectivo de corte transversal, se seleccionaron pacientes con SOMF + por método inmunohistoquímico (SOMFi) durante las campañas de detección de CCR de los años 2017 a 2019
Se definió TDA y SPDR como la proporción de pacientes con VCC en las que se detectó al menos un adenoma o un pólipo serrato respectivamente
Todos fueron sometidos a test SOMFi cualitativo (corte: 40 ng/ml). Variables: edad, sexo y preparación colónica según escala de Boston (EB)
d) Resultados y conclusión: Del total de 80 pacientes el 66.25% eran de sexo femenino, la edad promedio fue de 61.8 años. Se calculó una ADR de 36.25 % y una SPDR de 6.25 %.
La prevalencia de adenomas fue mayor en ≥60 años (OR=2.3, IC95% 0.87-6.23) y en el sexo masculino (OR=2.1, IC95% 0.82-5.58). Hubo mayor prevalencia de pólipos serratos en el sexo masculino (OR=3.1, IC95% 0.49-20.34) pero no se evidencio mayor prevalencia en ≥60 años (OR=1, IC95% 0.15-6.3)
No hubo diferencias significativas con respecto a la EB ≥ 8 en el hallazgo de adenomas (OR=0.98, IC95% 0.39-2.42) y pólipos serratos (OR=1.7 IC95% 0.27-10.97)
CONCLUSION Se constató una mayor ADR en pacientes con SOMF + en comparación al objetivo del 25% propuesto por la ASGE, no obstante, nuestra ADR se encuentra por debajo del 40% sugerido para pacientes con SOMF +.
Se obtuvo una SPDR, cercana al 5% propuesto por lo que no habría correlación entre la SPDR y la SOMF. Pero debido al bajo número de pacientes no se pudieron alcanzar resultados estadísticamente significativos
Consideramos de gran importancia estos resultados debido a que sustentan la estrategia de prevención de CCR en nuestro medio.

Código: GA2145
Título: HIPOFRACCIONAMIENTO EN CÁNCER DE RECTO LOCALMENTE AVANZADO Y METASTÁSICO: HALLAZGOS DE UNA COHORTE HISTÓRICA
Autores: Brito-Rueda T.[1]; Puga-Tejada M[1].; Otero J.[1]; Filomía ML.[1]; Chiozza J.[1]
Filiación/es: [1]VIDT Centro Médico, Buenos Aires, Argentina.
Especialidad: Trabajo Científico Gastroenterología | **Área Temática:** Colon-CCR | **Categoría**: Trabajo Científico
Introducción: En comparación al fraccionamiento (Fx) estándar de 28 días, el hipo-Fx a 25Gy/5 en cáncer de recto (CaR) entrega una misma dosis de radioterapia (RT) en un período mucho más corto (cinco días), con buen control local (CL). Este Fx poco utilizado en Latinoamérica (LatAm) cobró popularidad a partir de la pandemia por el COVID-19, con buenos resultados. No obstante, existe aún discusión sobre el beneficio entre la técnica 3D convencional (RT3Dc) vs intensidad modulada (IMRT), y sobre su rol en estadio clínico (EC) metastásico (IV), donde la cirugía como tratamiento radical no es una opción.

Objetivo: Describir la experiencia frente al CaR EC III/IV con RT a hipo-Fx de 25Gy/5, en términos de toxicidad aguda, CL y supervivencia libre de recaída locorregional (SLR).

Materiales y métodos: Entre Abr/20-Dic/21 se seleccionó a pacientes >18 años con diagnóstico histopatológico de CaR EC localmente avanzado (III) o IV según resonancia magnética (RM). Tras evaluación por Comité de Tumores, se indicó hipo-Fx a 25 Gy/5, RT3Dc o IMRT. La tomografía de simulación (TC-S) fue capturada mediante tomógrafo General Electric de 16 canales. La planificación fue realizada en el software Eclipse mediante fusión de la RM de estadificación con la TC-S. Los pacientes recibieron RT en un acelerador lineal Clinac 2500 (Varian Medical Systems; California, US). Post-RT, se evaluó toxicidad aguda según criterios de la European Organization for Research and Treatment of Cancer (EORTC), CL y SLR. Las variables continuas fueron descritas en mediana (rango intercuartil, RIC).

Resultados: Se seleccionó 26 casos, mediana de edad de 58.5 años (RIC 50.3-68.8); 12 mujeres; recto bajo 11, medio 13 y alto 2; EC III 18 y IV 8. (P=.087); 13 fueron tratados con IMRT (11/13 EC III) y 13 con RT3Dc (7/13 EC III) (P=.202). Post-RT se documentó diarrea en 16 (10/16 IMRT), constipación 8 (6/8 RT3Dc), proctitis 18 (9/18 RT3Dc), disuria 5 (4/5 RT3Dc). A las 12 semanas terminado el tratamiento se constató respuesta completa en 10 (7/10 EC III, 7/10 IMRT) y parcial en 16 (11/16 EC III, 10/16 RT3Dc). Se observó mayor respuesta con IMRT (P=.453) y EC III (P= .461). Fue posible la cirugía oncológica en 8/26 (7 EC III, 5 IMRT), con R0 en 7/8 (6/7 EC III, 5/7 IMRT). La tasa de CL fue de 11 (42.3%), 10/11 EC III (P=.08) y 6/11 RT3Dc (P=.865). La mediana de SLR fue de 8.8 meses (RIC 6.6-10.9), siendo un poco más alto en EC III (9.2 meses; P=.643) e IMRT (9.7 meses; P=.87) (Figura 1).

Conclusión: Se observó mayor frecuencia de eventos adversos post-RT (constipación, proctitis, disuria) en aquellos tratados con RT3Dc, con semejante CL vs IMRT. La tasa de cirugía post-RT, CL y SLR fue superior en casos EC III, con semejante CL aunque mayor SLE en IMRT. En el contexto del CaR EC III con expectativa quirúrgica, el hipo-Fx es un tratamiento seguro y eficaz, mientras que en EC IV es una alternativa de tratamiento local viable. Son necesarios estudios con más casos a fin de validar estos resultados.

Código: GA2159
Título: ¿ES POSIBLE EL DIAGNÓSTICO DE ENFERMEDAD CELÍACA SIN BIOPSIA EN ADULTOS?
Autores: Estrada C.[1], Pesantez M.[1], Fontan M.[1], Galvagno F.[1], Saltos S.[1], García Anapios L.[1], Marturano M.[1], Giudice F.[1], Marceno F.[1], Di Donato B.[1], Majewski I.[1], Lubieniecki D.[1], Padin L.[1]
Filiación/es: [1]Hospital Carlos G. Durand
Especialidad: Trabajo Científico Gastroenterología | **Área Temática:** Delgado | **Categoría**: Trabajo Científico
INTRODUCCIÓN: La Enfermedad Celíaca (EC) es una patología crónica, sistémica, inmunomediada, producida por la intolerancia permanente a proteínas del gluten en individuos genéticamente predispuestos, cuyo

tratamiento es la dieta libre de gluten. Actualmente el diagnóstico de la enfermedad se basa en la combinación de métodos serológicos y la presencia de atrofia vellositaria en la anatomía patológica obtenida mediante biopsias duodenales. Existen múltiples trabajos que plantean la búsqueda de un punto de corte serológico para diagnóstico de EC pudiendo prescindir de la biopsia.

OBJETIVOS: Evaluar la asociación entre títulos de tTG-A y hallazgos histológicos en población de pacientes con diagnóstico de EC en seguimiento por el Servicio de Gastroenterología del Hospital Durand desde enero de 2016 a junio de 2021.

MATERIALES Y MÉTODOS: Se incorporaron al estudio 48 pacientes con resultado histopatológico compatible con EC de los cuales se seleccionaron 43. Criterios de exclusión: pacientes que habían iniciado una dieta libre de gluten al momento del diagnóstico, atrofia vellositaria de otra etiología, déficit de IgA y menores de 18 años. Se analizaron resultados de pruebas serológicas (DPG-G, tTG-A), variables clínicas, endoscópicas e histopatológicas.

RESULTADOS: De los 43 pacientes incluídos en el estudio, 8 de ellos fueron clasificados por escala de Marsh como Marsh IIIa; 25 como Marsh IIIb y 10 como Marsh IIIc. La edad media al diagnóstico fue de 40 años, con un 88% de mujeres. Al evaluar la relación entre la variable escala de Marsh y los valores de anticuerpos (tTG-A y DPG-G) se observó un aumento en la media y la mediana de los valores de tTG-A a medida que aumenta la categoría de la escala de Marsh. La proporción de pacientes con diagnóstico de EC y valores de tTG-A por encima de 20 IU/mL fue de 91.7% y por encima de 100 IU/mL (5 veces el valor normal) fue de 61.1%. Esta proporción descendió a 2.8% al tomar como punto de corte 200 IU/mL (10 veces el valor normal).

CONCLUSIONES: Los resultados de este análisis muestran una relación positiva entre los niveles de tTG-A obtenidos mediante ELISA y el grado de lesión histológica. Al evaluar los puntos de corte sobre esta población, con un valor de tTG-A (por método ELISA) por encima de 10 veces el valor normal, (el valor predictivo positivo sería bajo). El punto de corte de 5 veces el valor normal de tTG-A podría ser suficiente para el diagnóstico sin biopsia, asociándolo con EMA o utilizando combinaciones de tests. Esto excluye a pacientes con alta sospecha clínica y anticuerpos negativos, presencia de síntomas de alarma o mayores de 50 años.

Código: GA2117
Título: EL AGENTE ANTIPARASITARIO IVERMECTINA SINERGIZA CON INMUNOTERAPIA BASADA EN INHIBIDORES DE CHECKPOINTS INMUNOLÓGICOS EN UN MODELO DE CÁNCER COLORRECTAL METASTÁSICO REFRACTARIO A TERAPIA
Autores: Sobol N.T.[1,2,3]; Solernó L.[1,2,3]; Gottardo M.F.[1,2,3]; Segatori V.I.[1,2,3]; LLavona C.[1,2]; Yonamine K.[1,4]; Curvale C.[1,4]; Matanó R.[4]; Saenz J.[1,5]; Vogel E.[1,5]; Tassi V.[5]; Alonso D.F.[2,3]; Garona J.[1,2,3]
Filiación/es: [1]Centro de Medicina Traslacional (Unidad 6) del Hospital de Alta Complejidad "El Cruce"; [2]Centro de Oncología Molecular y Traslacional de la Universidad Nacional de Quilmes; [3]CONICET; [4]Servicio de Gastroenterología, Hospital de Alta Complejidad "El Cruce"; [5]Servicio de Anotomía Patológica, Hospital de Alta Complejidad "El Cruce";
Especialidad: Trabajo Científico Gastroenterología | **Área Temática:** Colon-CCR | **Categoría**: Trabajo Científico
La implementación clínica de inmunoterapia basada en inhibidores de checkpoints inmunológicos (ICIs) ha revolucionado el manejo del cáncer colorrectal (CCR). Lamentablemente, solo el pequeño subgrupo de pacientes que presenta deficiencia en la maquinaria de reparación de errores tipo mismatch (MMR) responde favorablemente al tratamiento con ICIs. En este contexto, el reposicionamiento del agente antiparasitario ivermectina (IVM) en cáncer se erige como una estrategia terapéutica coadyuvante de mucho interés. En estudios preclínicos recientes la IVM se ha asociado a la inducción de muerte celular inmunogénica (ICD) y reversión de resistencia a fármacos en distintas estirpes tumorales. Sin embargo, su uso en CCR, particularmente en combinación a terapias basadas en ICIs tales como anticuerpos anti-PD-1, nunca fue explorado en profundidad.
El objetivo fue estudiar el efecto antineoplásico de la IVM, en particular en combinación a inmunoterapia basada en ICIs, en un modelo de CCR metastásico con respuesta limitada a quimioinmunoterapia.
Se utilizó la línea celular murina de CCR CT-26, KRAS mutada y competente para MMR. Se usaron ensayos de crecimiento celular, migración, cultivo clonogénico y valoración de citoquinas por ELISA. La actividad in vivo de IVM sumada a inmunoterapia fue estudiada mediante ensayos de metástasis experimental a pulmón en ratones BALB/c.
La línea CT-26 mostró una elevada sensibilidad a IVM, obteniéndose una IC50 de 10.9 µM luego de 72 h de exposición in vitro. El tratamiento con bajas concentraciones de IVM también se asoció a una reducción de la quimiotaxis tumoral ($p<0,001$), un descenso en la capacidad formadora de colonias ($p<0,0001$), una inhibición del metabolismo celular ($p<0,001$) y un incremento en la liberación de moléculas proinflamatorias e inmunoestimulantes, tales como TNF- α y IL-6 ($p<0,001$). In vivo, ratones singénicos inmunocompetentes fueron inyectados i.v. con células CT-26 y, luego de 7 días, tras confirmar focos metastásicos en pulmón mediante histología, fueron sometidos a los distintos tratamientos; Vehículos (grupo control), IVM (10 mg/kg i.p.), α-PD-1 (5 mg/kg i.p.) e IVM combinada a α-PD-1. Si bien las monoterapias IVM y α-PD-1 redujeron la carga metastásica en un 85 y 63%, respectivamente, sorprendentemente la terapia combinada logró inhibir por completo la presencia de macronódulos (> 2 mm) en pulmón ($p<0,01$). Todas las terapias fueron bien toleradas. En un segundo protocolo, la "vacunación" s.c. con células CT-26 expuestas a concentraciones citotóxicas de IVM una semana previa a la inyección i.v. de células, logró prevenir por completo la formación de metástasis, postulando a la ICD como posible mecanismo de acción.
En conclusión, el agente reposicionado IVM podría complementar e incrementar la eficacia de la terapia basada en ICIs en tumores de CCR agresivos considerados "fríos" o de baja inmunoreactividad. Es necesario profundizar su validación preclínica.

Código: GA2118
Título: ANÁLISIS DE EXPRESIÓN DE PROTEÍNAS ASOCIADAS AL SISTEMA DE REPARACIÓN DE ERRORES TIPO MISMATCH EN CÁNCER COLORRECTAL: ESTUDIO CLÍNICO-PATOLÓGICO EXPLORATORIO EN UNA COHORTE HOSPITALARIA ARGENTINA
Autores: Saenz J.[1,2], Vogel E.[1,2], Tassi V.[2], Yonamine K.[1,2], Curvale C.[1,2], Matanó R.[2], Sobol N.T.[1,3,4], Solernó L.[1,3,4], LLavona C.[1,3], Gottardo M.F.[1,3,4], Segatori V.I.[1,3,4], Alonso D.F.[3,4], Garona J[1,3,4]
Filiación/es:
[1]Centro de Medicina Traslacional (Unidad 6) del Hospital de Alta Complejidad "El Cruce"; [2]Servicio de Anotomía Patológica del Hospital de Alta Complejidad "El Cruce"; [3]Centro de Oncología Molecular y Traslacional de la Universidad Nacional de Quilmes; [4]CONICET.
Especialidad: Trabajo Científico Gastroenterología | **Área Temática:** Colon-CCR | **Categoría**: Trabajo Científico
En Argentina el cáncer colorrectal (CCR) representa un serio problema en materia de salud pública, ocupando el segundo lugar tanto en incidencia como en mortalidad. En este contexto clínico, la evaluación del status de las proteínas MSH2, MSH6, MLH1 y PMS2 involucradas en el sistema de reparación de errores tipo mismatch del ADN (MMR), es sumamente relevante en CCR por sus implicancias a nivel pronóstico, predictivo en términos de respuesta diferencial a quimioinmunoterapia, y en la detección del Síndrome de Lynch. Independientemente a su utilidad pronóstica/predictiva en CCR, la implementación de la valoración del status deficiente del sistema MMR (dMMR) en nuestro sistema de salud ha sido parcial, desconociéndose su prevalencia e impacto pronóstico en nuestras cohortes hospitalarias.
Los objetivos específicos del presente trabajo son: I) Determinar la prevalencia del status dMMR en muestras clínicas de CCR provenientes del Hospital de Alta Complejidad "El Cruce" (HEC); y II) Integrar los resultados obtenidos al resto de la información clínico-patológica disponible en la institución en un registro digital customizado tipo Case Report Form mediante plataforma web RedCap (Research Electronic Data Capture).
Se estudió en forma ambispectiva la expresión de las proteínas vinculadas a MMR en muestras de CCR mediante inmunohistoquímica automatizada revelada con peroxidasa, sobre secciones de piezas fijadas en formalina y embebidas en parafina obtenidas de biopsias endoscópicas o piezas resecadas quirúrgicamente. Previo diseño y refinamiento del registro, los resultados de las determinaciones se integraron al RedCap, incorporando el resto de las variables clínicas de interés fragmentadas en los softwares del HEC Athena, Sigehos y Galileo.
Hasta la fecha se han llevado a cabo 50 determinaciones de panel completo para valorar status MMR, integrándose al RedCap junto al bloque de información clínico-patológica asociada a cada pieza tumoral (edad, sexo, diagnóstico histopatológico completo, estadío TNM, localización, etc). Como resultado hemos relevado 7 pacientes con ausencia de al menos 1 de las enzimas asociadas a MMR. Este relevamiento parcial arroja una prevalencia de dMMR del 14% (7/50), en concordancia con lo reportado a nivel global. En dichos pacientes se observa una distribución porcentual de enzimas afectadas (pérdida de función reflejada en ausencia de inmunomarcación) responsables del fenómeno de dMMR de: dMMR tipo 1 (MLH1- y PMS2-) 43%; dMMR tipo 2 (PMS2-) 29%; dMMR tipo 3 (MSH2- y MSH6-) 14%; dMMR tipo 4 (MSH6-) 0%; y otros tipos de dMMR menos prevalentes (en este caso MLH1-) 14%.
En el próximo año se proyecta una expansión significativa de la cohorte

analizada, así como también la incorporación estandarizada de la valoración de status MMR al work-up diagnóstico de dicha enfermedad en el HEC. Esta información podría redundar en un mejor manejo terapéutico y estratificación de riesgos de los pacientes con CCR tratados en nuestra institución.

Código: GA2128
Título: FRECUENCIA DE PÓLIPOS COLORRECTALES EN MENORES DE 50 AÑOS: UN ANÁLISIS DE 6231 VÍDEOCOLONOSCOPÍAS EN UN CENTRO TERCIARIO DE LATINOAMÉRICA, MEDIANTE MINERÍA DE DATOS
Autores: Fernández-Chávez M.[1]; Puga-Tejada M.[1]; Conlon MC.[1]; Spiazzi RA.[1]; Cerezo MJ.[1]; Omonte-Zambrana A.[1]; Milano MC.[1]; Paiz-Tierno J.[1]; Vella A.[1]; Fernández F.[1]; Gotti R.[1]
Filiación/es: [1]Hospital Nacional Profesor Alejandro Posadas (HNPAP), El Palomar, Argentina;
Especialidad: Trabajo Científico Gastroenterología | **Área Temática:** Colon-CCR | **Categoría**: Trabajo Científico
Introducción: La remoción de pólipos es clave en la prevención del cáncer colorrectal (CCR), neoplasia cada vez más incidente en jóvenes adultos. Existe discusión sobre la edad de inicio del cribado de CCR mediante vídeocolonoscopía (VCC) en menores de 50 años sin riesgo. La evidencia que avala estas recomendaciones procede solamente de países industrializados. La mayoría de trabajos se ha limitado a describir poblaciones menores de 50 años, sin comparar entre todos los grupos etarios. Una dificultad es la recuperación, integración y análisis de grandes volúmenes de datos clínicos. No obstante, estos pueden ser gestionados de forma más eficiente a través de estrategias de programación estadística conocidas como minería de datos (MD).

Objetivo: Analizar la frecuencia de pólipos colorrectales identificados a partir de VCC realizadas a pacientes de cualquier edad, en un centro terciario de Latinoamérica, mediante MD.

Métodos: El registro PALTA (Polyps in Adults Less than 50 years old from a Tertiary Academy center) es un estudio observacional que consistió en el análisis de una base de datos (BD) prospectiva de procedimientos endoscópicos entre Ene/2015 a Dic/2019. Mediante MD se recuperó aquellos casos en donde se haya documentado al menos un pólipo en la VCC. Los informes de anatomía patológica (AP) fueron integrados a la BD, recuperándose histología y grado de displasia. Las variables de estudio (calidad de la VCC, características de los pólipos, género) fueron comparadas según la edad. Tanto la MD como el análisis estadístico fue realizado en R v4.0 (R Foundation for Statistical Computing; Viena, Austria). Este estudio fue aprobado por el comité de ética institucional (ref. 632 LUP0S0/22).

Resultados: Se recuperaron 6231 VCC en 5039 pacientes: 15.2% en <40 años, 6.2% en 40-44, 8.2% en 45-49 y 70.5% en ≥50; 61.9% femenino. El principal motivo de VCC fue diagnóstico en el 61%. El 92.8% de las VCC fueron completas y el 79.6% con buena/excelente preparación. Se identificó al menos un pólipo en el 15.9% de los pacientes <40 años, 20.5% en 40-44, 21.7% en 45-49 y 34.8% en ≥50. De estos, correspondieron a pólipo aserrado sésil en 6.7%, 7.6%, 8.2%, 7.9% y adenomatoso en 35.3%, 39.2%, 45.5% y 48.3%, respectivamente (tabla 1). El riesgo de presentar al menos un pólipo se incrementó significativamente con la edad, de 40-44 años (OR 1.36; IC 95% 1.00-1.84; P=.043), 45-49 (OR 1.46; IC 95% 1.11-1.92; P=.006), y ≥50 (OR 2.81; IC 95% 2.34-3.40; P<.001). Se estimó como mínimo una edad de 47 años para una VCC de cribado de pólipos en general, y de 48 años para aserrados sésiles o adenomatosos (sensibilidad 86%).

Conclusión: Aunque los resultados de este estudio no describen la frecuencia de pólipos colorrectales en una población general, sí demuestran el incremento significativo aún en <50 años. Es necesario evaluar el inicio del cribado de CCR mediante VCC a una edad más temprana.

Código: GA2017
Título: Pancreatitis Aguda Recurrente: Incidencia y factores de riesgo
Autores: Perdomo J.[1]; Pallitto B.[1]; Silvia M.; Patiño O.[1]; Salcedo R.[1]; Villa L.[1]
Filiación/es: [1]Hospital Alejandro Posadas Bs. As.
Especialidad: Trabajo Científico Gastroenterología | **Área Temática:** Via Biliar-Páncreas | **Categoría**: Trabajo CientíficoIntroducción: La pancreatitis aguda recurrente (PAR) ocurre en un 15-36 % de los niños con pancreatitis aguda. Según el grupo INSPPIRE se define como dos o más episodios distintos de pancreatitis aguda (PA) con resolución completa del dolor con por lo menos un mes de intervalo o normalización completa de enzimas pancreáticas antes del diagnóstico del próximo episodio, independientemente del tiempo transcurrido entre episodios de PA.
Objetivo: Describir la población con PAR e identificar los factores de riesgo para la progresión de PA a PAR.
Métodos: Estudio descriptivo de cohorte transversal, retrospectivo, en pacientes de 0-18 años en el Hospital Nacional Posadas con diagnóstico de PA en el período 2016-2021. Se incluyeron 56 pacientes con PA. Se recolectaron datos sobre etiología, datos demográficos, manejo inicial, laboratorio e imágenes.
Resultados: Las etiologías más comunes para del primer episodio de PA fueron litiasis (62%), idiopáticas (12%), metabólicas (5%), genética (5 %) obstrucciones no litiasis (5%), autoinmunes (5%) y tóxico-medicamentosas (3%). Nueve de los 56 pacientes (16%) desarrollaron PAR durante el período de seguimiento. Cinco fueron femeninos. La mediana de edad del primer episodio fue de 11 años (RIC 25-75 9-13). El 66% (6/9) de los pacientes con PAR progresaron de PA a PAR dentro de los 6 meses desde el primer diagnóstico. La media de progresión fue 5.5 meses.
No hubo diferencia significativa en aquellos pacientes que tuvieron PA y PAR, con respecto a peso, sexo, la severidad, los resultados de laboratorio, la presencia de necrosis pancreática y tratamiento durante el primer episodio de PA. La progresión de PAR difirió significativamente según etiología. En la población estudiada, los pacientes con causa genética tienen riesgo más alto de progresión a PAR, que aquellos pacientes con litiasis, metabólicas e idiopáticas (p=0,02).
Conclusión: Si bien es infrecuente, la incidencia de PAR aumentó en la población pediátrica. Implementar estrategias que faciliten el diagnostico precoz, evitaría la progresión.

Código: GA2149
Título: FACTORES RELACIONADOS AL ACORTAMIENTO DEL INTERVALO DE VIGILANCIA COLONOSCÓPICA: ESTUDIO RETROSPECTIVO DE UN SISTEMA DE PREPAGO CERRADO.
Autores: Espinosa, F[1]; Smolarzuck, A[1]; Ponce, C.S[1]; Navar, S.M[1]; Orellana, D[1]; Gomez, E.J[1]; Panigadi, N.G[1]; Mohailde, A[1]; Pereyra, L[1]; Landi, L[1]; Caruso, E[1]; Steinberg, L[2]; Lasa, J[1]; Rotholz, N[1]; Pedreira, S.C.[1]
Filiación/es: [1]Hospital Alemán de Bs As; [2]Hospital Universitario Fundación Favaloro Bs As.
Especialidad: Trabajo Científico Gastroenterología | **Área Temática:** Colon-CCR | **Categoría**: Trabajo Científico
INTRODUCCIÓN El cáncer colorrectal (CCR) es el tercero en frecuencia a nivel mundial, sin embargo, la adherencia y el conocimiento de los médicos a las pautas de vigilancia siguen siendo subóptimas. Esto amenaza la eficacia de los programas de prevención. El acortamiento de los intervalos de vigilancia genera una exposición innecesaria de los pacientes a los riesgos del procedimiento, satura las unidades de endoscopía y genera un uso inadecuado de los recursos en salud.
OBJETIVOS: evaluar factores asociados al acortamiento del intervalo de vigilancia colonoscópica, en un sistema de prepago cerrado.
DISEÑO: Estudio de cohorte retrospectivo.
MATERIALES Y MÉTODOS: Se identificaron los estudios de vigilancia colonoscópica realizadas en un sistema de prepago cerrado con 42000 afiliados activos, entre enero de 2018 hasta diciembre de 2019. Se analizaron los informes endoscópicos mediante historia clínica informatizada centralizada y se calculó con la herramienta Captyva (Calculadora de tamizaje y vigilancia basada en guías de prevención de CCR actualizadas) el intervalo de vigilancia adecuado para cada una de ellas. Se calculó la prevalencia de acortamiento del intervalo en los estudios de control y se determinaron los factores predictores que influyeron en el acortamiento mediante análisis uni y multivariado de regresión logística.
RESULTADOS: De un total de 1411 colonoscopías de vigilancia realizadas en este período, se incluyeron 382 pacientes que cumplían los criterios de inclusión. El 73% de las colonoscopias no se adhirió a los intervalos de vigilancia, acortándolo en el 53,7% de los casos. Se asoció de forma significativa al acortamiento del intervalo de seguimiento en el análisis univariado: la colonoscopia previa negativa (sin pólipos) (P=0.001, OR: 5.8, IC: 95% 3.29-10.43), la presencia de adenomas/serratos > 1 cm, (P=0.003, OR: 3.33, IC 95% 1.45-7.64), el antecedente familiar de CCR (P=0.03, OR: 2,62 IC: 95% 1.15 - 5.93), y la presencia de 1 o 2 adenomas (P=0.001, OR: 2.30 IC 95% 1.44-3.66).
En el análisis multivariado la colonoscopía negativa previa se asoció de manera independiente con el acortamiento de intervalo de seguimiento (P=0.001 OR: 4.09, IC 95% 1.85-9.02) y la edad más temprana de los pacientes al momento de realizarse la colonoscopía índice también se asoció inversamente con un mayor riesgo de acortar intervalo (P=0.001, OR: 0.94 IC 95% 0.92-0.97). No se observaron diferencias significativas en la especialidad del médico que indicó el estudio.
CONCLUSIONES: Al igual que lo reportado en la literatura internacional, evidenciamos una alta prevalencia de acortamiento de intervalo de vigilancia colonoscópica. El acortamiento es mayor en pacientes con colonoscopias negativas, con adenomas de bajo y alto riesgo y ante la presencia de

antecedentes familiares de CCR. Debemos trazar estrategias para optimizar la adherencia a las guías de práctica clínica con el fin de mejorar la efectividad de los programas de prevención.

Código: GA2003
Título: Repetir la colangiografía endoscópica luego de un precorte inicial fallido es seguro y efectivo
Autores: Lucia A.[1]; Guidi M.[1]; Matano R.[1]; De Maria J.[1]; Malaga I.[1]; Hensel A.[1]; Diego A.[1]
Filiación/es: [1]Hospital El Cruce de alta complejidad
Especialidad: Trabajo Científico Gastroenterología | **Área Temática:** Via Biliar-Páncreas | **Categoría**: Trabajo Científico
Introducción: La canulación biliar selectiva es un paso esencial para lograr una colangiopancreatografía retrógrada endoscópica (CPRE) terapeútica exitosa. A pesar de los avances tecnológicos y de la experiencia del endoscopista el acceso biliar mediante técnicas de canulación estándar falla en aproximadamente el 20% de los casos. La realización de precorte con cuchillo es una alternativa válida para acceder selectivamente al sistema biliar cuando han fallado las técnicas de canulación estándar. Si el precorte es inefectivo, el siguiente paso puede involucrar tanto un acceso biliar mediante intervencionismo radiológico o guiado por ecoendoscopía o resolución quirúrgica. Es conocido que repetir la CPRE en estas situaciones puede ser efectivo, sin embargo, hay pocos reportes que evaluaron su seguridad y eficacia. Si la canulación biliar selectiva no es exitosa inmediatamente después de realizado el precorte, repetir la CPRE en un intervalo de tiempo que conduzca a mejoría del edema papilar representa una alternativa óptima.
Objetivo: Determinar la efectividad y seguridad en lograr la canulación biliar selectiva en un segundo intento endoscópico luego de un acceso biliar fallido inicial utilizando precorte.
Diseño: Estudio de cohorte prospectiva
Pacientes y métodos: Desde enero de 2012 hasta enero de 2022 se incluyeron en forma consecutiva todos los pacientes con papila naive en quienes no se logró una canulación biliar selectiva luego de utilizar la técnica estándar de papilótomo y guía seguido de precorte.
Resultados: Durante un lapso de 10 años se realizaron 4785 CPREs en pacientes con papilas naive. Requirieron realización de precorte para lograr una canulacion biliar selectiva 646 pacientes (13.5%), siendo efectivo el mismo en 543 oportunidades (84%). El tiempo medio para repetir el procedimiento fue de 4 días (rango 2-7 días). En 16 pacientes (3%) se realizó un segundo intento endoscópico luego de no haberse logrado el acceso biliar inicial utilizando precorte con una efectividad del 75 % (12 pacientes).
De los 4 pacientes en los cuales falló el segundo intento endoscópico, 3 tuvieron resolución ecoendoscopico, en 1 se logró una canulación biliar en un tercer intento. Se registraron 26 complicaciones (4%), todas durante la CPRE inicial. Tres colangitis, Trece hemorragias con resolución endoscópica, ocho pancreatitis leves y una fuga biliar con resolución quirúrgica y buena evolución clínica.
Conclusiones: La alta efectividad y seguridad de lograr una canulación biliar selectiva en un segundo intento endoscópico justifica repetir la CPRE dentro de la semana luego del primer intento fallido antes de considerar métodos más invasivos.

Código: GA2047
Título: LINFOMA FOLICULAR INTESTINAL. EL MAL MENOS TEMIDO
Autores: Campaña M.[1]; Ortiz J.[1]; Warley F.[1]; Marcolongo M.[1]
Filiación/es: [1]Hospital Italiano de Buenos Aires.
Especialidad: Caso Clínico Gastroenterología | **Área Temática:** Delgado | **Categoría**: Caso Clínico
INTRODUCCIÓN:
El linfoma folicular (LF) es una entidad que incluye tumores derivados de células B del centro germinal. Es el segundo subtipo más común de linfoma no Hodgkin (LNH) y es el más común de los LNH clínicamente indolentes.
A nivel gastrointestinal, representa el 4% de los linfomas primarios y suelen localizarse en el duodeno, seguido por yeyuno e íleon. La mayoría se detectan de manera incidental, en endoscopias que se realizan por otros síntomas y que en general son poco probables que estén relacionados con el LF.
Endoscópicamente, suelen manifestarse como lesiones solitarias o múltiples nódulos o pólipos, algunos de color blanquecino, que generalmente miden entre 1-5 mm.
Hoy en día, existen cuatro opciones terapéuticas posibles: radioterapia, monoterapia con rituximab, quimioterapia con o sin radiación o la estrategia de watch and wait.

CASOS CLÍNICOS:
Paciente A: Varón de 76 años, hipertenso, consulta por síntomas típicos de reflujo gastroesofágico con falta de respuesta al tratamiento tradicional. Sin síntomas o signos de alarma y examen físico normal.
Se realiza endoscopia alta donde se observa en la segunda porción duodenal, mucosa eritematosa con puntillado blanquecino que comprometía 1/3 de la circunferencia. Se tomaron biopsias de la zona afectada siendo compatibles con infiltración por linfoma folicular duodenal. Se realizan estudios de estadificación, con diagnóstico de linfoma folicular primario duodenal de bajo riesgo. Se decide aplicar la estrategia de watch and wait.
A los 6 y 12 meses se repite la endoscopia con biopsias y estudios de imagen, con los mismos resultados que al inicio, indicando que continuaba siendo un linfoma localizado.

Paciente B: Varón de 76 años con antecedente de enfermedad de Parkinson, consulta por anemia ferropénica y falla renal.
Se solicitan estudios endoscópicos, con evidencia de múltiples formaciones polipoideas con superficie congestiva a nivel de íleon que se biopsian y se informa linfoma folicular. Se realizan estudios de estadificación, sin demostrar enfermedad a distancia por lo que se diagnostica como linfoma folicular primario de íleon de bajo riesgo.
Finalmente se arriba al diagnóstico de una glomerulonefritis pauciinmune como causa de su falla renal y anemia e inicia tratamiento con rituximab.
Al año se repite los estudios endoscópicos, sin evidencia de lesión macroscópica a nivel de íleon, con biopsias negativas para linfoma, demostrando remisión de la enfermedad.

OBSERVACIONES:
Resulta de interés la presentación de estos dos pacientes con linfoma primario folicular localizado del tracto gastrointestinal dada la baja incidencia de presentación del mismo y los distintos enfoques terapéuticos que se pueden emplear. Es de destacar, que cualquiera sea la elección de tratamiento, la probabilidad de que el LF remita o se mantenga estable es muy alta y la elección del mismo debería ser debidamente seleccionada y justificada para cada paciente.

Código: GA2058
Título: PSEUDODIVERTICULOSIS INTRAMURAL ESOFÁGICA: CAUSA INUSUAL DE DISFAGIA
Autores: Cattaneo N.[1]; Cernadas G.[2]; Forestier V.[2]; Hensel A.[2]; Massa S.[1]; Curras A.[1]; Ramos R.[2]
Filiación/es: [1]Hospital Juan. A Fernández CABA; Cernadas G. [2]Hospital de Alta Complejidad "El Cruce" Buenos Aires.
Especialidad: Caso Clínico Gastroenterología | **Área Temática:** Esófago-Estómago | **Categoría**: Caso Clínico
INTRODUCCIÓN: La pseudodiverticulosis esofágica intramural (PEI) es una patología muy poco frecuente caracterizada por presentar pequeñas evaginaciones saculares en toda la pared del esófago. Existen alrededor de 200 casos reportados en el mundo. El síntoma más frecuente es la disfagia. La patogénesis es incierta y controvertida, pero podría estar asociado a condiciones inflamatorias crónicas de la pared del esófago. También se la relaciona a ciertas patologías crónicas como diabetes mellitus, HIV, candidiasis esofágica, abuso crónico de alcohol y tabaquismo, enfermedad por reflujo gastroesofágico e incluso a trastornos de la motilidad esofágica. El método diagnóstico más sensible es el esofagograma de bario, el cual permite evidenciar las pequeñas evaginaciones en la pared esofágica. En la videoendoscopía alta (VEDA) se pueden apreciar los pequeños orificios diverticulares (POD) múltiples en la pared del esófago. La complicación más frecuente, es la estenosis esofágica.
CASO CLINICO: Masculino de 65 años con disfagia alta de 3 años de evolución, asociado a pérdida de peso. Antecedentes personales: excesivo consumo de alcohol, síntomas típicos de reflujo gastroesofágico de larga data. VEDA: a 20 cm de la arcada dentaria superior estenosis de la luz simétrica, infranqueable con mucosa de aspecto irregular, friable y cubierta de pequeñas áreas con fibrina. En dicho segmento se observaron POD en la pared esofágica. Tránsito esofágico baritado: pasaje de contraste filiforme con disminución del calibre de la luz en forma simétrica en toda la longitud del esófago, con pequeñas evaginaciones saculares en la pared esofágica. Manometría Esofágica de Alta Resolución: Obstrucción al flujo de salida y Unión gastroesofágica de tipo III Tratamiento: dilatación endoscópica con bujías de Savary-Guilliard con diámetros crecientes y progresivos, sin complicaciones. Durante los procedimientos de dilatación se tomaron biopsias de todo el trayecto esofágico revelando al examen histológicopatologico signos de esofagitis crónica en actividad. Evoluciona con buena respuesta y mejoría significativa de su disfagia. El paciente disminuyó el consumo de alcohol y continuó con ingesta de inhibidores de la bomba de protones y controles médicos anuales.
CONCLUSION: La PEI suele ser una patología con escasa sospecha clínica debido a su baja tasa de prevalencia. La forma más frecuente de presentación

clínica es la disfagia y la radiología el método diagnóstico.
Observaciones: Se considera este caso para comunicación simple de una patología poco usual. No existe en la literatura la evaluación manométrica de esta patología, ya que se lo relaciona con alteraciones de la motilidad.

Código: GA2070
Título: ENDOFLIP: EXPERIENCIA DE TRES CASOS EN UN HOSPITAL DE DERIVACIÓN
Autores: Gullino L. [1]; Guzmán M.; Dulbecco M. [1]; Chumacero C. [1]; Iriarte M.; Baldoni F.[1]; Tufare F.[1]
Filiación/es: [1]Hospital San Martín de La Plata, Bs As
Especialidad: Caso Clínico Gastroenterología | **Área Temática:** Esófago-Estómago | **Categoría**: Caso Clínico
Introducción: el EndoFLIP (funtional luminal imaging probe) o sonda de imagen luminal funcional, es una tecnología novedosa que utiliza un balón con un transductor de presión y múltiples electrodos de planimetría de impedancia para evaluar las propiedades biomecánicas del esófago: distensibilidad de la unión esofagogástrica (UEG) y peristalsis secundaria inducida por distensión. En la patología del esófago, el EndoFLIP ha demostrado un rol diagnóstico y/o pronóstico para los trastornos de la motilidad esofágica, principalmente en la acalasia y en la obstrucción funcional de la UEG ante dudas diagnósticas, en la miotomía endoscópica o quirúrgica del esfínter esofágico inferior (EEI), en la esofagitis eosinofílica (EoE) y en la enfermedad por reflujo gastro-esofágico. Materiales y métodos: serie retrospectiva de casos en los que se utilizó EndoFLIP (catéter de 16cm) en pacientes con disfagia no obstructiva y patrón no concluyente mediante manometría esofágica, en la unidad de Neurogastroenterología de un hospital de derivación de la provincia de Buenos Aires. Resultados: Se incluyeron tres pacientes. Caso 1: femenina de 61 años que consulta por disfagia esofágica intermitente, para sólidos, de 8 años de evolución que empeora con el estrés, asociada dolor de pecho, sin pérdida de peso. Se realizó videoendoscopia digestiva alta (VEDA), sin hallazgos patológicos y se descartó EoE. La ph-Impedanciometría se realizó off-IBP con resultados normales. Se realizó manometría esofágica de alta resolución (MEAR) que evidenció obstrucción de la UEG sin desórdenes de la peristalsis. Se realizó EndoFLIP que demostró distensibilidad de la UEG normal, contracciones repetidas anterógradas (RACs) y ausencia de contracciones repetidas retrógradas (RRC). De esta manera se arribó al diagnóstico de Disfagia Funcional. Caso 2: paciente femenina de 41 años en estudio por disfagia esofágica, progresiva, con pérdida de peso y pirosis ocasional. Se realizó VEDA, la cual fue normal, y se descartó EoE. La MEAR evidenció un IRP borderline y aumento de la velocidad del frente contráctil con latencia distal normal. El esofagograma baritado mostró ondas terciarias distales. Se realizó EndoFLIP que evidenció baja distensibilidad de la UEG y presencia de RRCs, sugiriendo el diagnóstico de Acalasia. Caso 3: paciente masculino de 62 años consulta por disfagia esofágica para sólidos asociada a dolor de pecho y pérdida de peso, de 3 años de evolución. VEDA sin lesiones esofágicas. La MEAR evidenció obstrucción de la UEG relacionada a un aumento del IRP con ausencia de presurización intrabolo. Se realizó EndoFLIP el cual evidenció baja distensibilidad de la UEG, presencia de RACs y ausencia de RRCs, confirmando el diagnóstico de obstrucción funcional de la UEG. Conclusión y observaciones: presentamos los tres primeros pacientes estudiados con endoFLIP en nuestro centro, reafirmando la utilidad del método como herramienta complementaria ante hallazgos no concluyentes en la MEAR.

Código: GA2041
Título: IMPACTO DE LA INTERACCIÓN PATÓGENO-HUÉSPED EN EL DESARROLLO DE ALTERACIONES EN LA MUCOSA GÁSTRICA: GENOTIPOS DE Helicobacter pylori Y POLIMORFISMOS EN GENES DE INTERLEUQUINAS.
Autores: Bucci P.[1], Barbaglia Y.[2], Tedeschi F.[1], Zalazar F.[1]
Filiación/es: [1]Facultad de Bioquímica y Ciencias Biológicas, Universidad Nacional del Litoral; [2]Servicio de Gastroenterología, Hospital "Dr. José María Cullen";
Especialidad: Trabajo Científico Gastroenterología | **Área Temática:** Esófago-Estómago | **Categoría**: Trabajo Científico
Introducción: Helicobacter pylori (H. pylori) es un patógeno gástrico de amplia distribución mundial, causante de gastritis crónica y es un factor etiológico del carcinoma gástrico. La evolución hacia una enfermedad maligna podría deberse tanto a factores de virulencia específicos de la bacteria como a factores propios de cada huésped, entre éstos, polimorfismos (SNPs) en genes de citoquinas que modularían la respuesta inflamatoria. Objetivo: evaluar la correlación entre genotipos de H. pylori y SNPs en genes de IL-6 e IL-8 en pacientes H.pylori (+) con gastritis crónica y distinta alteración en su mucosa gástrica.. Material y Métodos: H. pylori se identificó molecularmente en biopsias gástricas de pacientes adultos sintomáticos de la región Centro-Norte de Santa Fe por una PCR de punto final del gen hsp60. Los genes cagA, vacA y babA2 se estudiaron por una PCR múltiple de punto final. Los SNPs -174 G>C (IL-6) y el SNP -251 T>A (IL-8) fueron analizados por RFLP-PCR. La asociación entre variables categóricas se analizó por Chi cuadrado y por Odds ratio (OR).
Resultados:132 pacientes H. pylori (+), con diagnóstico de Gastritis crónica fueron clasificados en 3 grupos: a) gastritis crónica inactiva (GCI), b) gastritis crónica activa sin metaplasia intestinal [GCAMI (-)] y c) gastritis crónica activa con metaplasia intestinal [GCAMI (+)]. No hubo diferencias significativas en la edad de los grupos (p>0.05). El grupo GCAMI (+) presentó la mayor proporción de H. pylori cagA(+) y vacAs1m1 aunque no hubo diferencias significativas entre grupos (p>0.05). En relación a los SNPs de IL-6 e IL-8, el grupo GCAMI (+) presentó la mayor proporción del genotipo de alta expresión GG en el SNP-174 G>C (IL-6) con diferencias significativas respecto del grupo GCI. Por otra parte, los genotipos homocigota AA (alta expresión) y heterocigota TA (moderada expresión) en el SNP -251 T>A (IL-8) se encontraron en una proporción significativamente diferente en el grupo GCAMI (-) respecto del GCI. En el grupo GCAMI (+) se encontró la mayor proporción de las combinaciones entre los genotipos más virulentos y el SNP -174 G>C de mayor expresión [cagA(+)/IL-6GG, cagA(+)/vacAm1s1/IL-6GG y cagA(+)/vacAm1s1/babA2(+)/IL-6GG] (p<0.05). Cuando a la presencia del SNP -251 T>A (IL-8) se evaluó en asociación con los genotipos de H. pylori, si bien tanto el grupo GCAMI(-) como el grupo GCAMI(+) presentaron mayor presencia de genotipos más virulentos junto a genotipos de IL-8 de mayor expresión, el grupo GCAMI(-) mostró la mayor proporción de combinaciones cagA(+)/IL-8TA/AA, cagA(+)/vacAs1m1/IL-8TA/AA así como de la combinación cagA(+)/vacAs1m1/babA2/IL-8 TA/AA (p<0.05).
Conclusiónes: estos resultados de nuestra región contribuirían a la idea de que la transición hacia alteraciones más severas durante la infección por H. pylori resultaría de un equilibrio entre factores específicos de la bacteria y factores inherentes al huésped que modulan la respuesta inflamatoria en la mucosa gástrica.

Código: GA2104
Título: PATRONES DE TRATAMIENTO CON BIOLOGICOS Y MOLECULAS PEQUENAS EN PACIENTES CON ENFERMEDADES INFLAMATORIAS INTESTINALES: RESULTADOS PARCIALES DE UN ESTUDIO MULTICENTRICO DE VIDA REAL
Autores: Fuxman C[1]; Velazquez A[1]; Hermida R[2]; Scacchi A[2]; Nazario E[3]; Rausch A[3]; Zubiaurre I[3]; Belicoso M[4]; Tirado P[4]; Bentolila F[5]; Gonzalez R[5]; Balfour D[6]; Suarez Pellegrino A[6]; Toro M[6]; Novillo A[7]; Omodeo J[7]; Linares M[8]; Quintero O[8]; De Paula J[9]; Sánchez B[9]; González Sueyro R[9]; Marzullo S[10]; Casella F[10]; Balderramo D[11]; Lubrano P[12]; Lasa J[13]; Olivera P[13].
Filiación/es: [1]Hospital Universitario Fundación Favaloro, Bs As; [2]Hospital Churruca Visca Bs As; [3]Hospital Británico de Bs As; [4]Inmunología Bs As; [5]Hospital Alemán Bs As; [6]HIGEA, Mendoza; [7]Sanatorio 9 de Julio Tucumán; [8]Hospital de Clínicas Bs As; [9]Hospital Italiano Bs As; [10]Sanatorio Guemes Bs As; [11]Hospital Privado Córdoba; [12]Sanatorio Mater Dei Bs As; [13]CEMIC Bs As.
Especialidad: Trabajo Científico Gastroenterología | **Área Temática:** Colon-EII | **Categoría**: Trabajo Científico
INTRODUCCION: La persistencia en el tiempo del tratamiento con biológicos o moléculas pequeñas para las enfermedades inflamatorias intestinales (EII) es una medida de su efectividad en el contexto de vida real.
OBJETIVO: Describir tiempos de persistencia y requerimiento de optimización de tratamiento con biológicos y/o moléculas pequeñas en sujetos con EII
MATERIALES Y METODOS: Estudio de cohorte retrospectivo en el que se incluyeron a pacientes adultos con diagnóstico de EII que hayan recibido tratamiento con biológicos o tofacitinib. Se registró el tipo de terapia avanzada y fecha de inicio. Se consignó si el paciente continuaba recibiendo dicho tratamiento o si lo había tenido que suspender, así como el motivo; con estos datos se estimó el tiempo de persistencia. Se determinó si requirieron optimización de la terapia avanzada recibida y el tiempo a la misma. Se consignaron las siguientes variables como potenciales factores asociados al riesgo de finalización y/u optimización terapéutica: tipo de EII, historia de corticodependencia, historia de internación por su condición de base, hemoglobina, proteína c reactiva o calprotectina pre-inicio de tratamiento, fallo previo a biológicos, requerimiento de corticoides luego de iniciado el tratamiento en estudio. Se utilizó análisis de Kaplan-Meier para las estimaciones de tiempo al evento y un análisis de regresión de Cox.
RESULTADOS: Se incluyeron 315 pacientes de 13 centros de la Argentina. La edad promedio fue de 34±15 años, 47.3% fueron hombres y 52.69% tenían diagnóstico de colitis ulcerosa. El 69.55% recibió un anti-TNF como terapia avanzada; la mediana de tiempo de seguimiento fue de 19 meses (9.5-34). El 41.27% de sujetos con colitis ulcerosa y 26.71% con enfermedad de Crohn tuvieron que suspender y rotar su terapia avanzada - mediana de tiempo de

persistencia de 61 meses (20-108). El tiempo de persistencia fue significativamente menor en sujetos con colitis ulcerosa con antecedente de fallo a biológicos (p=0.002). La historia de corticodependencia [HR 2.39 (1.12-5.09)], el fallo previo a biológicos [HR 2.91 (1.29-6.59)] y el uso de corticoides a 6 meses de iniciado el tratamiento [HR 3.02 (1.01-8.79)] se asociaron a requerimiento de cambio de terapia avanzada. El 52.41% de los pacientes con colitis ulcerosa y el 60.96% de los pacientes con enfermedad de Crohn requirieron optimización de su tratamiento [mediana de tiempo a optimización de 8 meses (5-16)]. La obesidad [HR 2.83 (1.48-5.42)], el valor de proteína c reactiva [HR 1.01 (1-1.03)], el requerimiento de corticoides a 6 meses del inicio del tratamiento en estudio [HR 1.98 (1.12-3.52)] y el inicio de terapia biológica luego del 2018 [HR 2.06 (1.19-3.55)] se asociaron a optimización de terapia avanzada.
CONCLUSION: Una proporción no despreciable de sujetos con EII requirieron en su seguimiento optimización y/o cambio del tipo de terapia avanzada.

Código: GA2002
Título: ¿INFLUYE LA MORFOLOGÍA DE LA PAPILA EN LA DIFICULTAD PARA CANULARLA Y EN LAS COMPLICACIONES DE UNA COLANGIOPANCREATOGRAFÍA RETRÓGRADA ENDOSCÓPICA?
Autores: Rodríguez J.[1]; Viola L.[1]; Ubeira R.[1]; Orbe G.[1]; Sambresqui A.[1]
Filiación/es: [1]Sanatorio Güemes CABA
Especialidad: Trabajo CientíficoGastroenterología | **Área Temática:** via biliar-pancreas | **Categoría**: Trabajo Cientifico
Introducción: Se han publicado pocos estudios sobre la influencia de la morfología de la papila mayor duodenal en los resultados de la colangiopancreatografía retrógrada endoscópica (CPRE). Objetivos: Determinar si la morfología de la papila se asocia con la dificultad para canularla y con las complicaciones de la CPRE. Pacientes y métodos: Se realizó un estudio de corte transversal, prospectivo, unicéntrico, en pacientes mayores de 18 años sometidos a una CPRE en un sanatorio privado de la Ciudad de Buenos Aires, de enero de 2021 a mayo de 2022, excluyéndose aquellos con papilotomía previa, papila intradiverticular o papila con infiltración tumoral. Se usó la clasificación de Haraldsson para definir la morfología de la papila y se consideró canulación dificultosa aquella con una duración mayor de 5 minutos, cinco o más intentos de canulacion, o dos o más pasajes al conducto pancreático principal. Los pacientes se dividieron en dos grupos (canulación dificultosa y estándar) para evaluar los factores asociados y se los comparó usando las pruebas de x2 o Fisher para los datos dicotómicos y las de t de Student o Mann-Whitney para los continuos, según correspondieran. Resultados: Se realizó una CPRE a 130 pacientes y se incluyeron 102, 54 mujeres (52,9%), con una edad promedio de 56,1 + 19,7 años y diagnóstico de litiasis o colangitis en 82 (80,4%). La canulación fue dificultosa en 47 casos (46,1%) y estándar en 55 (53,9%). No se canuló la papila en 2 casos (1,9%) que se incluyeron en el grupo de canulacion dificultosa. La edad, el sexo y el diagnóstico no se asociaron con la canulación dificultosa. Se observaron papilas tipo 1 en 32 casos (31,4%), tipo 2 en 28 (27,4%), tipo 3 en 35 (34,3%) y tipo 4 en 7 (6,9%). La canulación fue dificultosa en 11 papilas tipo 1 (34,4%), 17 tipo 2 (60,7%), 17 tipo 3 (48,6%), y 2 tipo 4 (28,6%) [2 vs 1: P = 0,07, OR 3,0 (IC 95% 1,0-8,5) y 3 vs 1: P = 0,32, OR 1,8 (IC 95% 0,7-4,8)]. Tuvieron alguna complicación (sangrado, hiperamilasemia o pancreatitis) 21 pacientes con canulación dificultosa (44,7%) y 11 con canulación estándar (20,0%) [P = 0,01, OR 3,2 (IC 95% 1,3-7,8)]. La pancreatitis se presentó en 9 pacientes con canulación dificultosa (19,1%) y 3 con canulación estándar (5,5%) [P = 0,06, OR 4,1 (IC 95% 1,0-16,2)], con 3 papilas tipo 1 (9,4%), 6 tipo 2 (21,4%), 2 tipo 3 (5,7%) y 1 tipo 4 (14,3%) [2 vs 1: P = 0,28, OR 2,6 (IC 95% 0,6-11,7) y 3 vs 1: P = 0,70, OR 0,6 (IC 95% 0,1-3,8)]. Conclusiones: La papila tipo 2 tuvo una proporción mayor de canulación dificultosa y de complicaciones, siendo pancreatitis la más frecuente, con una fuerte tendencia, aunque no alcanzó significación estadística debido al tamaño muestral. Estos datos podrían llevar a considerar la morfología de la papila como predictor de dificultad y complicaciones al realizar una CPRE.

Código: GA2081
Título: SINDROME DE INTESTINO IRRITABLE SUBTIPO DIARREA: NIVELES DE CITOQUINAS SERICAS Y CORRELACION CLINICA
Autores: Hashimoto H. [1]; Uehara, T. [1]; Bazan, F. [1]; Tevez, A. [1]; Olmos, J.I. [1]; Gonzalez Ballerga, E.[1]; Olmos, J.A.[1]; Piskorz, M.[1]
Filiación/es: [1]Hospital de Clínicas José de San Martín Bs. As.;
Especialidad: Trabajo Científico Gastroenterología | **Área Temática:** Delgado | **Categoría**: Trabajo Científico
a)La fisiopatología del Síndrome de intestino irritable (SII) no se conoce completamente; sin embargo se cree que la desregulación del eje cerebro intestinal conduce al SII.A pesar de que hay una evidencia creciente que indica que los pacientes con SII muestran un perfile de citoquinas alteradas, los resultados de los estudios publicados no son consistentes.b) Explorar las diferencias en los niveles de citoquinas séricas en pacientes con síndrome de intestino irritable subtipo diarrea (SII-d) y controles sanos (CS); y correlacionarlos con los síntomas, y los niveles de ansiedad, depresión y somatización. c)Se incluyeron 106 pacientes mayores de 18 años, referidos a un centro de atención terciaria, con criterios de Roma IV para SII-d y 52 CS (principalmente familiares de pacientes) sin antecedentes ni síntomas de trastornos gastrointestinales. Fueron recolectados datos clínicos y muestras de sangre. Fueron medidos en sangre 27 citoquinas pro y antiinflamatorias (Bio-Plex Pro™, Bio- Rad). Los pacientes con SII-d completaron los siguientes cuestionarios: escala de severidad de SII, número de deposiciones por día, escala de ansiedad y depresión (HADS), PHQ-15 para somatización, escala de Likert para evaluación de dolor y distensión. La comparación de los niveles de citoquinas entre SII-d y CS ajustado por edad, sexo e IMC se analizó mediante regresión lineal. Para correlaciones entre los niveles de citoquinas y los síntomas se utilizó el coeficiente de Spearman. d) Los pacientes con SII-d tuvieron una edad media de 56 ± 17, (F=76%), CS 51±7. (F=63%). Después de ajustar por edad, sexo e IMC, se observaron niveles significativamente mayores entre SII-d y CS, en las siguientes citoquinas: IL-1ra, IL-2, IL-5, IL-6, IL-8, IL-10, IL-12, IL-15, eotaxina, GM-CSF, IFN- γ, MCP-1, RANTES y VEGF. Además, se observaron niveles significativamente más bajos en las siguientes citoquinas IL-1b, IL-4, IL-7, IL-9, FGF-basic, IP-10, MIP1ß y TNF-α. IL-13, IL-17, G-CSF, MIP-1 α y PDGF-bb no mostraron diferencias. En pacientes con SII-d, se observó una correlación negativa entre la gravedad del SII y la IL-1ra (Rho-0,22, p=0,04) y TNF α (Rho-0,21, p=0,05). Se observó una correlación positiva entre el número de deposiciones por día y las siguientes citoquinas: IL-6 (Rho 0.23, p= 0.03), IL-8 (Rho 0.23, p= 0.02) y VEGF (Rho 0,20, p= 0,05). También se encontró correlación positiva entre ansiedad e IL-1b (Rho 0,20, p=0,05), FGF basic (Rho 0,24, p=0,02) y G-CSF (Rho 0,22, p=0,04) y entre somatización e IL-1b (Rho 0.26, p=0,02). Se observó una correlación negativa entre el grado de distensión y las siguientes citoquinas: IL 1ra (Rho-0,20, p=0,05), IL-8 (Rho-0,26, p=0,01), IL-10 (Rho-0,24, p=0,02), IFN γ; (Rho -0,29, p=0,005), TNF α (Rho-0,27, p=0,01). Conclusiones: En pacientes con SII-d observamos una alteración de las citoquinas séricas en comparación con CS, independientemente de la edad, el sexo y el IMC.

Código: GA2152
Título: HEMORRAGIA DIGESTIVA DE CAUSA INFRECUENTE.REPORTE DE CASO
Autores: Ruiz N, Dolan M; Amieva L[1]; Gil Pomar J, Jury G; Lopez R[1]; Miconi D; Manzotti L, Naiderman D; Quines S, Ramaccioti G; Sayanes V, Tamargo J.
Filiación/es: [1]Centro de Estudios Digestivos, Mar del Plata
Especialidad: Caso Clínico Gastroenterología | **Área Temática:** Delgado | **Categoría**: Caso Clínico
INTRODUCCION: EL Mesotelioma maligno(MM) es una neoplasia que proviene de las células pluripotenciales mesoteliales pleurales, pericárdicas y peritoneales. El MM es un tumor agresivo, heterogéneo, principalmente causado por la exposición al asbesto. La respuesta al tratamiento es rara vez completa y el tiempo de sobreviva es de aproximadamente 12 meses. Los sitios de metástasis más frecuentes son pulmón, hígado, glándula suprarrenal y riñón.
Observación: Presentación de una causa infrecuente de hemorragia digestiva en un paciente con antecedentes oncológicos con diagnóstico y resolución exitosa pese a la complejidad del caso.
Caso clínico: Paciente femenina de 56 años de edad, con antecedente de MM maligno hace 5 años que realizo tratamiento con QMT+Qx (linfadenectomía axilar izquierda) asociado a inmunoterapia con novilumab en un total de 5 ciclos. Es derivada a nuestra institución por hemorragia digestiva alta manifestada por melena, anemia (HTO 15) para estudio y tratamiento. Durante la internación se realiza VEDA sin lesiones y VCC donde se observa lesión subepitelial, de aproximadamente 10 mm en colon ascendente sin sangrado activo, tomándose biopsias sobre biopsias. Evoluciona con persistencia de melena, requerimiento transfusional y por no presentar sitio de sangrado se realiza cápsula de ID en donde se observa en yeyuno proximal/medio (a 90 cm del píloro), lesión de aspecto subepitelial, estenosante, de 12-15 mm, franqueable, teniendo un paso fugaz, sin poder observarse el sitio exacto del sangrado, observándose posterior a dicha lesión restos heáticos frescos y coágulos.En ateneo multidisciplinario se decide laparoscopia exploradora observándose dos lesiones, en yeyuno proximal a 40 cm del ángulo de Treitz, subepitelial, ulcerada, de 15 mm,la segunda lesión a 50 cm de la válvula íleo-cecal de similares características a la descripta anteriormente. Se realizó resección y anastomosis termino-terminal evolucionando favorablemente sin requerimiento de soporte transfusional.
Se recibe informe de anatomía patológica en donde se observa proliferación neoplásica pobremente diferenciada la cual se complementa con inmunohistoquímica y en comparativa se confirma el diagnóstico de metástasis de MM. Posteriormente se recibe informe de biopsia de lesión colónica la cual presenta similares características a las del intestino delgado y de ganglio axilar.

Discusión: El diagnostico de metástasis gastrointestinal es poco frecuente presentándose con síntomas poco específicos similares a otras patologías. Si bien la causa más frecuente de hemorragia digestiva es la enfermedad ulcero péptica, en los pacientes con antecedentes oncológicos es importante tener en cuenta como diagnostico diferenciales metástasis en el tracto gastrointestinal como causante, siendo indispensable contar con tecnología como la capsula o enteroscopia para los casos más complejo como el caso en cuestión.

Código: GA2154
Título: TUMOR NEUROENDÓCRINO INTESTINAL CON SÍNDROME ASCÍTICO EDEMATOSO.
Autores: López Arteaga, E[1]; Mendieta Otondo, F[1]; Moreira Granda, E[1]; Icaza Cárdenas, J[1]; Pinasco, R[1]; Torrico Paz, O[1]; Regnasco, S[1]; Saá, E.[1]
Filiación/es: [1]Hospital de Agudos Dr. Ignacio Pirovano CABA
Especialidad: Caso Clínico Gastroenterología | **Área Temática:** General | **Categoría**: Caso Clínico
INTRODUCCIÓN: Los tumores neuroendocrinos (TNE) son neoplasias derivadas de las células de la cresta neural, de baja prevalencia y de lenta evolución, pudiendo presentarse como un hallazgo incidental, o bien con manifestaciones clínicas por efecto de masa o síndromes hormonales típicos según la estirpe celular en el caso de tumores secretores. El diagnóstico está guiado por la clínica, marcadores tumorales e imágenes. La PET/TC con Galio-68 (68Ga-DOTATATE) muestra mayor sensibilidad y especificidad para detectar enfermedad a distancia. La clasificación de los TNE se basa en el conteo mitótico y el índice de proliferación con Ki-67. Según su localización está indicado el abordaje endoscópico o quirúrgico y la linfadenectomía regional, con intención curativa. Otras terapias sistémicas incluyen análogos de somatostatina, everolimus, sunitinib o agentes quimioterápicos convencionales. La supervivencia a 5 años para los TNE del intestino delgado (ID) es del 52-100%, según el estadio.
OBJETIVOS: Exponer una patología de baja prevalencia con una presentación clínica atípica y dificultades en el acceso a los métodos diagnósticos más sensibles y específicos.
CASO CLÍNICO: Hombre de 54 años, cursó internación por dolor y aumento del diámetro abdominal de 1 año de evolución, asociado a hiporexia, pérdida de peso, edemas en miembros inferiores, anemia severa y linfopenia. Ecografía abdominal con abundante líquido ascítico. Paracentesis con hipertensión portal sin peritonitis bacteriana, de tipo quiloso; citológico, cultivo y ADA del mismo negativo. Tomografía de abdomen y pelvis con contraste endovenoso: Formación retroperitoneal con densidad de partes blandas de 81x67 mm, con adenomegalias periaórticas. Ecodoppler esplenoportal: Hipertensión portal sin trombosis. Es tratado con diuréticos y paracentesis evacuadoras, con buena respuesta. Se realiza Videoendoscopía Digestiva Alta con biopsia gástrica: gastropatía atrófica OLGA/OLGIM III, H.Pylori (-) y Videocolonoscopía sin particularidades. Se realiza cirugía con biopsia de masa analizada mediante citometría de flujo, negativo para proceso linfoproliferativo, y el análisis anatomopatológico evidencia múltiples implantes de TNE, Ki67 3%. Inicia seguimiento oncológico para tratamiento con análogos de somatostatina en plan de citorreducción y nueva cirugía.
CONCLUSIONES: Debe considerarse el TNE de ID en el diagnóstico diferencial de masas retroperitoneales, en particular en paciente oligoasintomáticos. Esta presentación atípica en ausencia de marcadores tumorales, nos obliga a descartar causas más frecuentes como la tuberculosis ganglionar y el linfoma, que podrían presentarse también como un síndrome ascítico edematoso con hipertensión portal sin cirrosis debido a la compresión del drenaje linfático abdominal.
OBSERVACIONES: Un síndrome ascítico edematoso con ascitis quilosa como forma de presentación inicial en un TNE tiene escasos reportes. Lo que obliga a un abordaje diagnóstico profuso.

Código: GA2046
Título: AMILOIDOSIS GÁSTRICA: LO QUE NADIE SOSPECHA ANTE UNA HEMORRAGIA DIGESTIVA
Autores: Marletta E.[1]; Di Marco M.[1]; Buscaglia A.[1]; Scarponi A.[1]; Cura P.[1]; Capaldi I.[1]; Marín P.[1]; Pagés M.[1]; Lopez, M.[1]; Baldoni F.[1]; Tufare F.[1]
Filiación/es: Marletta E. [1]Hospital San Martín La Plata Bs As
Especialidad: Caso Clínico Gastroenterología | **Área Temática:** General | **Categoría**: Caso Clínico
INTRODUCCIÓN. La amiloidosis es una patología infrecuente caracterizada por depósito extracelular de amiloide (cadenas livianas, amiloide sérico A, b2-microglobulina). La amiloidosis por cadenas livianas es la más frecuente y se asocia a discrasias sanguíneas, entre ellas mieloma múltiple. Su manifestación clínica más común es el síndrome nefrótico y la cardiomiopatía restrictiva. El compromiso gastrointestinal se reportó en menos del 3%, siendo los sitios más frecuentes el duodeno, estómago, colon y esófago. La presentación clínica es variable e inespecífica, la hemorragia digestiva es una forma de manifestación infrecuente. En la evaluación endoscópica podemos evidenciar úlceras, eritema, edema, friabilidad mucosa o mucosa normal. El gold standard para el diagnóstico es la biopsia del tejido con tinción de Rojo Congo, mostrando birrefringencia verde bajo luz polarizada. El tratamiento de la amiloidosis gastrointestinal se basa en tratar la enfermedad de base asociada. CASO CLÍNICO. Paciente de 36 años con diagnóstico de mieloma múltiple de cadenas livianas kappa con compromiso renal. Realizó tratamiento de inducción (ciclofosfamida, bortezomib, dexametasona) con adecuada respuesta. Realizó tratamiento de consolidación con melfalán, seguido de trasplante autólogo de células progenitoras hematopoyéticas. Durante la internación intercurre con hematemesis con inestabilidad hemodinámica, con requerimiento de inotrópicos, transfusión de sedimento globular e internación en unidad de cuidados intensivos. Se realizó videoendoscopía digestiva alta (VEDA) evidenciando restos hemáticos en techo, que impiden la correcta visualización y en cuerpo mucosa de aspecto nodular, irregular y pálida. Ante duda diagnóstica se decide realizar second look endoscópico a las 24 hs, evidenciando restos hemáticos en cuerpo que se logran aspirar, y mucosa de cuerpo de aspecto nodular sin signos de sangrado activo. El paciente repite el mismo cuadro clínico a los 5 días. Se realiza nueva VEDA que evidencia en cuerpo mucosa friable, nodular con áreas de sangrado en napa espontáneo y úlceras superficiales con fondo de fibrina. Se toman biopsias para el análisis histopatológico y cultivos bacteriológicos. Se descarta patología infecciosa. La anatomía patológica describe presencia de material eosinófilo positivo para técnica de Rojo Congo y a la observación con luz polarizada muestra birrefringencia verde manzana, que se interpreta como amiloide. El paciente evoluciona favorablemente con el soporte transfusional y el tratamiento de su enfermedad de base. CONCLUSIÓN. Si bien la amiloidosis con compromiso gastrointestinal es infrecuente, es importante sospecharlo en pacientes con mieloma múltiple y hemorragia digestiva. Sus características endoscópicas son inespecíficas, es importante el estudio histopatológico para confirmar el diagnóstico. OBSERVACIONES. Presentación de caso infrecuente de hemorragia digestiva alta secundaria a amiloidosis gástrica.

Código: GA2053
Título: Impacto clínico de la eosinofilia duodenal de bajo grado en la dispepsia funcional: estudio prospectivo de la vida real
Autores: Barreyro F.J.[1, 2, 3, 4]; Caronia M.V.[1, 2, 3]; Elizondo K.[5]; Sanchez N.[6]; Jorda G.[6]; Schneider A.[5]; Zapata PD.[1,2,3,4]
Filiación/es: [1]Universidad Nacional de Misiones. Facultad de Ciencias Exactas Químicas y Naturales; [2]Instituto de Biotecnología de Misiones "Dra. Maria Ebbe Reca" (InBioMis); [3]Laboratorio de Biotecnología Molecular (BIOTECMOL); [4]CONICET, Misiones, Argentina; [5]Fundación HA Barceló, Instituto Universitario en Ciencias de la Salud. Santo Tomé, Corrientes, Argentina; [6]Universidad Nacional de Misiones. Facultad de Ciencias Exactas Químicas y Naturales. Departamento Microbiología. Misiones, Argentina;
Especialidad: Trabajo Científico Gastroenterología | **Área Temática:** Delgado | **Categoría**: Trabajo Científico
Antecedentes: La dispepsia funcional (DF) es un trastorno multifactorial sin terapia dirigida. La eosinofilia e inflamación de bajo grado duodenal son mecanismos patogénicos potenciales. Sin embargo, el impacto de la evaluación histológica de los eosinófilos e inflamación duodenal en la práctica clínica de la vida real no ha sido evaluado.
Objetivo: Evaluar la utilidad clínica de los eosinófilos duodenales y la inflamación de bajo grado en la DF en la práctica de la vida real.
Métodos: Se realizó un estudio prospectivo multicéntrico. Se evaluaron un total de 636 pacientes que cumplían con los criterios de Roma-III antes de la endoscopia digestiva alta y se incluyeron 516 pacientes después de evaluar la endoscopia sin lesiones mucosas significativas. Se evaluaron parámetros clínicos, cuestionario simplificado de síntomas, H. pylori por tinción de biopsia gástrica por Giemsa e histología duodenal. Se utilizó la prueba t de Student o ANOVA para distribución normal y la prueba de Wilcoxon o Kruskal Wallis para distribución no normal. Las variables categóricos se compararon mediante Chi-cuadrado. La relación entre la eosinofilia duodenal y las variables clínicas o subtipos de DF se examinó mediante regresión logística. El índice de Youden se evaluó mediante el análisis de la curva operativa del receptor (ROC) para evaluar el punto de corte óptimo para la precisión diagnóstica de las densidades de eosinófilos duodenales en la lámina propia. Los datos se analizaron con SPSS 22.0 y Med-Calc, y se consideró estadísticamente significativo un $P < 0,05$.
Resultados: 231 (45%) pacientes presentaron síndrome de dolor epigástrico (EPS), 168 (33%) síndrome de distrés posprandial (PDS) y 117 (22%) superposición EPS/PDS. 259 (50,3%) pacientes fueron positivos para H. pylori. La clasificación duodenal histológica de la inflamación crónica y los linfocitos intraepiteliales no mostraron diferencias entre los subtipos de DF. El aumento de

las densidades de eosinófilos duodenales (>10 por HPF) fue significativo en PDS en comparación con la superposición de EPS y EPS/PDS. La asociación entre PDS con aumento de la densidad de eosinófilos duodenales fue significativa con un OR de 2,28 (IC 95 %, 1,66-3,14; p < 0,0001), luego del ajuste por edad, sexo, H. pylori y AINE la asociación persistió significativa con un OR de 3,6 (IC 95 %, 2,45-5,28; p < 0,0001). El análisis de la curva ROC (AUROC) demostró además que la eosinofilia duodenal de bajo grado, en particular en sujetos H. pylori negativo, fue muy precisa para PDS con AUROC 0,731 en comparación con H. pylori positivo con AUROC 0,598. Además, la eosinofilia duodenal de bajo grado se correlacionó significativamente con la respuesta al tratamiento durante 4 a 6 semanas de terapia con IBP.

Conclusión: Nuestros hallazgos sugieren que la eosinofilia duodenal de bajo grado está asociada con el subtipo PDS H. pylori negativo en la DF y podría ser un marcador útil de la respuesta al tratamiento con IBP.

Código: GA2102
Título: CRIBADO DE COLANGITIS ESCLEROSANTE PRIMARIA EN PACIENTES CON COLITIS ULCEROSA: ESTUDIO MULTICENTRICO DEL NORDESTE ARGENTINO
Autores: Reineck P.[1]; Riveros I.[1]; Lopez S.[1]; De Olivera S.[1]; Llera M.[1]; Romero V.[1]; Araujo G.[2]; Sartori D.[1]; Luzuriaga M.[1]; Porfilio Gularte G.[1]; Prosen A.[2]; Kallsten D.[2]; Barreyro F.[3]
Filiación/es: [1]Servicio de Gastroenterología, Hospital Escuela de Agudos "Dr. Ramón Madariaga", Posadas, Misiones; [2]Servicio de Diagnostico por Imagenes, Hospital Escuela de Agudos "Dr. Ramón Madariaga", Posadas, Misiones; [3]Universidad Nacional de Misiones - CONICET, Facultad de Ciencias Exactas Químicas y Naturales, Instituto de Biotecnología de Misiones, Posadas, Misiones.
Especialidad: Trabajo Científico Gastroenterología | **Área Temática:** Colon-EII | **Categoría**: Trabajo Científico
INTRODUCCION:
La colangitis esclerosante primaria (CEP) es una enfermedad inflamatoria crónica de los conductos biliares de etiología no aclarada causando daño biliar progresivo, colangitis recurrente, cirrosis y cáncer hepatobiliar. Actualmente, no existe un tratamiento médico efectivo. La CEP presenta una elevada asociación con la enfermedad inflamatoria intestinal (EII). Además, la prevalencia de CEP en pacientes con colitis ulcerosa (CU) es variable oscilando ente el 0,8%-18%. Sin embargo la prevalencia en la provincia de Misiones o el nordeste argentino no está aclarada. Recientemente, se ha evaluado la utilización de la colangiografía por resonancia magnética (CRM) en pacientes con CU para el cribado de CEP en pacientes asintomáticos debido a que la CEP presenta un periodo subclínico.
OBJETIVO:
Determinar la frecuencia de las lesiones biliares asociadas a CEP por CRM en pacientes con CU e identificar las características clínicas asociadas con estos hallazgos.
METODOS:
Estudio observacional de corte-trasversal, que incluyo pacientes mayores a 18 años con diagnóstico de colitis ulcerosa que aceptaron realizar una CRM (1,5 Tesla). Se registraron parámetros clínicos, bioquímicos y endoscópicos. Dos radiólogos cegados de los datos clínicos, evaluaron los resultados de los exámenes CRM.
RESULTADOS:
38 pacientes con colitis ulcerosa fueron evaluados, edad 34 ± 12 años, género femenino 20/38 (53%), pancolitis 17/38 (45%), utilización de biológicos (anti-TNF 7/38, anti-Integrina 4/38, anti-IL12/IL23 1/38), el tiempo desde el diagnóstico de CU hasta la CRM fue de 1329 días (min: 20, máx.: 7282). La prevalencia de hallazgos compatibles con CEP por CRM fue de 8/38 (21%), presentaban diagnóstico previo de CEP en 3/38 (8%) y se realizó diagnóstico de CEP subclínica en 5/38 (13%). Se observaron cómo variables asociadas a CRM-CEP a ALT (CRM-CEP 60,1 ± 55 UI/mL vs CRM-noCEP 27,1 ± 29 UI/mL, p 0,028), FAL elevada >1,5 VN (CRM-CEP 62% vs CRM-noCEP 20%, p 0,024), FAN positivo >1/80 (CRM-CEP100% vs CRM-noCEP 33%, p 0,003) y la presencia de pancolitis (CRM-CEP 75% vs CRM-noCEP 33%, p 0,05).
CONCLUSIONES: En nuestra cohorte de pacientes con CU, el cribado de CEP por CRM demostró que la prevalencia de hallazgos compatibles con CEP es elevada, siendo en su mayoría de presentación subclínica. Actualmente se encuentra en realización un estudio prospectivo de validación de estos hallazgos como también del impacto de los hallazgos por CRM en la incidencia de CEP clínica.

Código: GA2065
Título: REPORTE DE CASOS: DISFAGIA SECUNDARIA A COMPRESIÓN VASCULAR
Autores: Pretz, C[1]; Pardo, B[1]; Lombardi, G[1]; Sequeira A[1]; Escobar R.[1]
Filiación/es: [1]Sanatorio J. Mendez
Especialidad: Caso Clínico Gastroenterología | **Área Temática:** Esófago-Estómago | **Categoría**: Caso Clínico
Introducción: La disfagia es un síntoma con una amplia variedad de causas, desde benignas a malignas. En el estudio de la disfagia sin causa aparente debe tenerse en cuenta la compresión extrínseca vascular del esófago. Existen reportes de disfagia producidas por alteraciones de casi todas las principales estructuras vasculares en la cavidad torácica (4). Una causa comprende las anormalidades morfológicas de la arteria carótida interna. Son frecuentes en la población general, con una prevalencia entre 30 y 45% (1) y se clasifican en tortuosidades, <coiling> o enrollamiento y <kinking> o angulación, ésta última siendo la más frecuentemente reportada entre 5 y 25% (1). Los síntomas se relacionan con la deficiencia del flujo sanguíneo cerebral y, en menor frecuencia, disfagia. Los estudios complementarios utilizados son el ecodoppler arterial, la angiografía (gold estándar (3)) y, en el estudio de la disfagia el esófagograma baritado, videoendoscopía digestiva alta, tomografía y resonancia. El tratamiento debe ser evaluado por un cirujano vascular experto. En casos sintomáticos, el tratamiento quirúrgico es superior al tratamiento médico ya que elimina completamente los síntomas (3).
Objetivo: Presentar un caso clínico de disfagia secundaria a compresión vascular.
Caso clínico: Paciente femenina de 70 años de edad consultó por disfagia esofágica a sólidos intermitente, asociado a pirosis. Examen físico, laboratorio y endoscopía digestiva alta sin hallazgos de relevancia. Seriada gastro-esófago-duodenal: compresión extrínseca del esófago en su tercio inferior. Tomografía de cuello y tórax con contraste: en tercio superior de esófago impronta de carótida primitiva derecha (Fig. 1). Por falta de mejoría sintomática con medidas generales fue evaluada por el servicio de cirugía vascular complementado estudio con tomografía de vasos del cuello, angiotomografía: arteria carótida primitiva derecha con ligero acodamiento en su tercio proximal (kinking) (Fig. 2, 3 y 4). Por persistencia de la sintomatología se realiza cirugía que evidencia presencia de <kinking> de la arteria carótida interna derecha con liberación de adherencias carotídeas y posterior mejoría sintomática. Conclusión: En la evaluación de la disfagia, cuando los estudios digestivos no arrojan datos concluyentes debe excluirse el origen vascular del síntoma. La compresión vascular extrínseca esofágica, es una entidad de difícil diagnóstico en el que se deben utilizar múltiples herramientas complementarias para su valoración y su tratamiento debe estar orientado en cada caso en particular con un abordaje multidisciplinario.

Código: GA2167
Título: Neumatosis intestinal y portal al momento del diagnóstico de enfermedad celíaca
Autores: Andrada L[1]; Miguel M[1]; Olivero M[1]; Lombardi J[1]; Pezzutti H[1]; Basso D[1]; Zeballos P[1]; Gil H[1]
Filiación/es: [1]IMRC.
Especialidad: Caso Clínico Gastroenterología | **Área Temática:** Delgado | **Categoría**: Caso Clínico
Introducción
La neumatosis intestinal y portal es un hallazgo poco prevalente que se caracteriza por la presencia de aire en la pared del tracto gastrointestinal. Puede afectar a cualquier sector del tubo digestivo, con mayor frecuencia el intestino delgado
Objetivo
Presentar caso de neumatosis intestinal y portal en paciente con diagnóstico reciente de enfermedad celíaca en búsqueda de causa asociada.
Caso clínico
Paciente de 24 años. Sin antecedentes personales ni familiares relevantes, Sin síntomas crónicos de enfermedades intestinales. Consulta por distención abdominal de 24 hrs de evolución, un episodio de vómitos alimentarios y una deposición diarreica de escaso volumen. Se realizan imágenes donde se observa neumatosis visceral en colon, intestino delgado y sistema venoso portal. Sin isquemia ni perforación intestinal, sin estructuras que generen compresión externa. Anivel pulmonar sin particularidades. Examen físico sin particularidades.
Anemia ferropénica hipoalbuminemia e hipoproteinemia, hepatograma con transaminasascon su valor duplicado; se solicitaron valoraciones para estudio: Elisa para Chagas, HIV, Clostridium toxina A, B y Ag, Parasitológico directo y seriado, coprocultivo, HC x 2. ANCA-C, Anti Ro y Anti La, FAN, AMA, ASMA, Hcv, Anti Hbs todos negativos. C3, C4 y complementos normales. Iga total normal, Antitransglutaminasa Iga 4900, calprotectina fecal 30, celuloplasmina normal.
Dopplerespleno portal normal. Enteroresonancia con neumatosis, asas intestinales dilatadas. Sin otras lesiones. VEDA con duodenopatia. VCC: Sin lesiones.
Anatomía patología duodenal que mostró un grado IIIc de la clasificación de

Marsh.

Comentarios

Se han descrito dos formas de neumatosis intestinal en el adulto: la primaria o idiopática (15%), de carácter benigno y en la que no existe otra causa subyacente; y la secundaria, mucho más frecuente (85%), que se asocia a otros procesos tales como la isquemia intestinal, obstrucción, vólvulo intestinal, neoplasias, enfermedades inflamatorias, patologías pulmonares, enfermedades autoinmunes, infecciones, traumatismos, fármacos.

La fisiopatología tiene tres hipótesis: la teoría mecánica donde fenómeno de hipertensión intraluminal. La teoría bacteriana en la cual bacterias productoras de gas original el aire y el daño, y por último la teoría pulmonar donde la ruptura de alveolos produce extravasación de aire.

La exploración física puede ser normal o estar asociada a un abanico de manifestaciones intestinales. El diagnostico suele ser por imágenes. El tratamiento es individualizado. En nuestro caso las imágenes retrotrajeron en 48 horas con el reposo digestivo

Observaciones

Presentamos este caso debido a la infrecuencia, destacamos el esfuerzo por descartar causas secundarias de NI sin éxito. La asociación directa con celiaquía no es clara, en la bibliografía solo hay reporte de casos. Proponemos que en nuestro paciente la probable asociación con celíaquia, aunque se necesitaría mas evidencia para esto.

Código: GA2112

Título: PSORIASIS PARADOJAL EN PACIENTES CON ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL EN TRATAMIENTO CON ANTI TNF: EXPERIENCIA EN UN CENTRO DE TERCER NIVEL

Autores: Mulinaris AB.[1]; Sánchez MB.[1]; Etchevers MJ.[1]; De Paula JA.[1]; Sobrero MJ.[1]; González Sueyro RC.[1]; Zimman S.[1]; Cura MJ.[1]; Marcolongo MM.[1]

Filiación/es: [1]Hospital Italiano de Buenos Aires.

Especialidad: Trabajo Científico Gastroenterología | **Área Temática:** Colon-EII | **Categoría**: Trabajo Científico

Introducción. Las enfermedades inflamatorias intestinales (EII) son procesos autoinflamatorios crónicos en los que están implicadas múltiples citoquinas siendo el factor de necrosis tumoral alfa (TNF) fundamental en la cascada inflamatoria de estas enfermedades. El tratamiento con agentes anti TNF es eficaz y seguro, sin embargo no está exento de efectos adversos (EA), dentro de los que se encuentran reacciones paradojales inmunomediadas. La psoriasis paradojal (PP) es el prototipo de estas reacciones adversas y uno de los EA dermatológicos más frecuentes de los anti TNF.

Objetivo. Describir las características clínicas de pacientes con EII que desarrollaron PP secundaria al tratamiento anti TNF.

Materiales y métodos. Se revisaron las historias clínicas de pacientes que intercurrieron con PP bajo tratamiento con anti TNF en los últimos 10 años. Se analizaron las características clínicas de la EII, tiempo y tipo de anti TNF utilizado y manejo del evento adverso en piel en forma multidisciplinaria con el servicio de Dermatología.

Resultados: Se analizaron 11 pacientes (tabla 1) con PP (5 con colitis ulcerosa y 6 con enfermedad de Crohn) sobre 198 pacientes tratados con al menos un anti TNF en nuestro centro. Del total, 9 eran de sexo femenino. La mediana de edad al diagnóstico de EII fue 24 años (RIC 17 - 34). La mediana de edad al momento del desarrollo de la PP fue 40 años (RIC 22,5 - 48,5) con una mediana de tiempo al desarrollo de la PP desde el inicio del anti TNF de 20 años (RIC 11 - 39,5). Sólo un paciente tenía diagnóstico previo de psoriasis. Respecto al tratamiento anti TNF, 8 pacientes presentaron PP con el primer biológico y 3 con el segundo. El tipo de anti-TNF relacionado fue adalimumab en 8 casos e infliximab en 3. Más de la mitad (6 pacientes) estaban recibiendo tratamiento optimizado del anti-TNF por actividad de la EII y 8 pacientes en tratamiento concomitante con inmunomoduladores.

En cuanto al manejo de la PP, 5 pacientes requirieron cambio en el tratamiento biológico por gravedad de las lesiones y/ó falta de respuesta al tratamiento médico convencional (2 rotaron de anti TNF y 3 cambiaron de mecanismo de acción por ustekinumab). En los 6 restantes se mantuvo el tratamiento anti-TNF con buena respuesta al tratamiento tópico o sistémico.

Conclusión. El advenimiento de los anti-TNF ha revolucionado el manejo de las EII siendo actualmente uno de los pilares del tratamiento; sin embargo, no están exentos de reacciones adversas, siendo la psoriasis paradojal una de las complicaciones dermatológicas más frecuentes. En nuestra experiencia, este evento adverso se presentó tardíamente por lo que debemos tenerlo en cuenta en todo momento del tratamiento, aún luego de años del inicio del anti-TNF. Es necesario el seguimiento conjunto con dermatología a fin de instaurar medidas específicas oportunamente y evaluar necesidad de cambiar el tratamiento por fármacos con otro mecanismo de acción ampliamente disponibles en la actualidad.

Código: GA2107

Título: ENFERMEDAD DE CROHN: EL VALOR PREDICTIVO DE LOS PATRONES CLÍNICOS DE MONTREAL Y EL TRATAMIENTO BIOLÓGICO EN UN CENTRO DE REFERENCIA LATINOAMERICANO DE ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL

Autores: Sambuelli A.[1]; Tirado P.[1]; Huernos S[1].; Gil A.[1]; Negreira S.[1]; Rohwain M.[1]; Goncalves S.[1]; Candel I.[1]

Filiación/es: [1]Seccion EII, Hospital Bonorino Udaondo

Especialidad: Trabajo Científico Gastroenterología | **Área Temática:** Colon-EII | **Categoría**: Trabajo Científico

Introduccion: La EC es una enfermedad discapacitante, con complicaciones y requerimiento quirúrgico. Los biológicos revolucionaron su manejo, pero su eficacia y factores predictivos varían entre casuísticas, influenciados por factores que deben ser analizadas localmente. Objetivo: Describir en un estudio retrospectivo de un centro de referencia de EII, las características clínicas, los patrones predictivos de clasificación de Montreal (CM) para el riesgo quirúrgico, así como de los biológicos e inmunomoduladores (IMMs).

Material y Métodos: Se estimó el riesgo quirúrgico según CM, los tratamientos biológicos e IMMs en la prevención de la 1ra cirugía mayor. Se evaluaron los patrones clínicos como factores predictivos al momento basal (hasta 90 días del debut) en: Edad al diagnóstico (A) A1:≦16 años, A2:17-40, A3:>40, Comportamiento (B): no estenosante no penetrante (B1), estenosante (B2), penetrante (B3), modificador de enf. perianal (p), Localización (L): L1: ileal, L2: colónica, L3: ileocolónica, L4: Tracto G.I.sup.. Las tasas de incidencia de cirugía y eficacia del tratamiento preventivo se estimaron por un modelo de regresión de Cox.Resultados: Se analizaron 598 pacientes (pac) (M 313, F 285) con los datos mencionados, evolución media de la EC de 13,9 años (IQR 7,1-21,2). Patrones según CM= A1: 93 (15,6%), A2: 335 (56,0%), A3: 170 (28,4%), B1: 523 (87,5%), B2: 52 (8,7%), B3: 23 (3,8%) L1:52 (8. 7%), L2: 368 (61,5%), L3: 176 (29,4%), L4:TGIS aislado: 2 (0,33%) y L4 combinado con L1, L2, L3: 47 (7,9%), p: 286 (47,8%). Se realizó cirugía mayor en 304/598 pac (50,8%). Globalmente, 264/598 pac (44,1%) recibieron biológicos en algún momento (45 sólo inducción y 219 también de mantenimiento), ≥ 2 biológicos: 12,7%, Anti-TNFs > 90%. Antes de la 1ra cirugía, se indicaron biológicos en 202 pac, 34 recibieron sólo inducción y 168 inducción y mantenimiento. Estimaciones de Kaplan Meier: tasa de incidencia de cirugía mayor: 5,1 por 100 personas/año, mediana de sobrevida sin cirugía: 14,2 años. Las variables significativas del modelo de Cox para riesgo quirúrgico fueron: B1 HR 1 (referencia), B2 HR 3,03 (IC 95% 2,14-4,29, p=0,000), B3 HR 3,27 (IC 95% 2,03-5,29, p=0,000), L2 HR 1 (referencia), L1 HR 2,025 (IC 95% 1,37-2,99, p=0,000), L3 HR 2,51 (IC 95% 1,95-3,23, p=0,000), A1 HR 1 (referencia), A2 HR 1. 48 (IC 95% 1,05-2,10, p=0,027), A3 HR 1,89 (IC 95% 1,27-2,83, p=0,002), Biológicos: sólo inducción HR 1,49 (IC 95% 1,005-2,195, p=0,047), inducción más mantenimiento HR 0,388 (IC 95% 0,27-0,55), p=0,000. Variables no significativas para el riesgo de cirugía: sexo, complicación perianal e IMMs.

Conclusiones: En nuestra población de EC, encontramos: 1)Patrones de CM asociados al riesgo quirúrgico (fistulizante y estenosante), localizaciones ileal e ileocolónica, y A2, pero también A3 (debut ≥ 40 años) inusualmente descripto, 2) Los biológicos mostraron reducción del riesgo quirúrgico (como esperable en inducción más mantenimiento vs. sólo inducción).

Código: GA2049

Título: LINFOMA MALT PRIMARIO DE DUODENO: RECIDIVA DE UNA LOCALIZACIÓN INFRECUENTE.

Autores: Crocci, EM.[1]; Federici, M.[1]; Andrada Corona Yamila[1]; Carraro, MC.[1]; Brichta, I[1]; Kujta, N.[1]; Paternó, MR.[1]; Rizzolo, M.[1]; Vázquez, H.[1]

Filiación/es: [1]Hospital C. Bonorino Udaondo

Especialidad: Caso Clínico Gastroenterología | **Área Temática:** Delgado | **Categoría**: Caso Clínico

INTRODUCCIÓN: El linfoma de tejido linfoide asociado a mucosas (MALT) es una neoplasia maligna de células B clonales extranodal. Se asocia, en el 50% de los casos con una translocación t(11;18), que genera una disrupción de genes involucrados en la apoptosis celular. Constituye el 4-12% de los linfomas no Hodgkin. Del tracto gastrointestinal el sitio de afectación más común es el estómago, menos del 8% afectan al intestino delgado. Su histología se caracteriza por un infiltrado polimorfo de células linfoides B en distintos estadios. Expresan CD19, CD20, CD22 y CD79. La presentación clínica suele ser insidiosa e inespecífica, hasta la aparición de complicaciones como obstrucción, perforación y/o hemorragia. Se han descrito pocos casos de linfoma MALT primario de duodeno, y a diferencia de su ubicación gástrica, no se ha podido demostrar una clara asociación con Helicobacter Pylori, por lo que su tratamiento no ha sido definido. OBJETIVO: Presentación de un caso clínico infrecuente con dificultad en la elección terapéutica. CASO CLÍNICO: Masculino, 45 años. Antecedentes: tabaquismo. Linfoma MALT primario de duodeno y presencia de Helicobacter Pylori (HP) diagnosticado hace 5 años que realizó quimioterapia

con seis ciclos de rituximab, ciclofosfamida, vincristina y meprednisona (R-CVP) con buena respuesta y tratamiento de erradicación para HP con control negativo por histologia. Consulta por epigastralgia, vómitos alimentarios y distensión abdominal postprandial de 5 meses de evolución. Al examen físico abdomen doloroso en epigastrio a la palpación profunda. Laboratorio: Hto 45 mg/dl, Hb 15.2 mg/dl, 6200 leucocitos, 231000/mm3 plaquetas/mm3, LDH 136 U/L. Videoendoscopia digestiva alta: bulbo deformado, 2ª porción proximal con aplanamiento de pliegues y aspecto de mosaico; a dicho nivel estenosis infranqueable con mucosa irregular, mamelonada, ulcerada con rigidez a la toma de biopsias. La anatomía patológica evidencia histológia e inmunohistoquímica vinculable a Linfoma MALT. Se interpreta como recidiva tumoral y realiza radioterapia 3D localizada en duodeno con buena respuesta. Evoluciona con fibrosis post radioterapia, se encuentra en plan quirúrgico. CONCLUSIÓN: La erradicación del HP es el tratamiento de primera elección para el linfoma MALT gástrico y está relacionado con su remisión, pero esta asociación no está demostrada en el linfoma MALT primario de duodeno, como tampoco está claro cuál sería el tratamiento de primera elección. Por todo esto, así como su rápida diseminación ganglionar y alta tasa de complicaciones, sería necesario la instauración de un tratamiento más rápido y agresivo, como la radioterapia o la quimioterapia. OBSERVACIONES: La escasa bibliografía y estudios acerca de los linfomas MALT de intestino delgado, por su baja prevalencia, así como el difícil abordaje diagnóstico y terapéutica, lo vuelven un tema de interés para continuar indagando sobre su fisiopatogenia y poder dirigir una mejor terapéutica.

Código: GA2130
Título: METÁSTASIS CUTÁNEA POR ADENOCARCINOMA DE COLON EN PACIENTE JOVEN.
Autores: Moreira Granda, E[1]; Hurtado González N[1]; Icaza Cárdenas, J[1]; Varela, MJ[1]; Bracone, H[1]; Regnasco, S[1]; Saá, E.[1]
Filiación/es: [1]Hospital de Agudos Dr. Ignacio Pirovano CABA
Especialidad: Caso Clínico Gastroenterología | **Área Temática:** General | **Categoría**: Caso Clínico
INTRODUCCIÓN: El cáncer colorrectal (CCR) es una de las neoplasias más frecuentes, siendo en Argentina la incidencia del 17.4% y la mortalidad del 8,5%. Se presenta entre la 5ta-6ta. década de la vida y rara vez en menores de 50 años. La progresión de la enfermedad con metástasis cutáneas (MTSc) representa menos del 4% de los casos, diseminándose por vía hematógena y en áreas próximas al tumor primario.
OBJETIVOS: Presentar un caso clínico de paciente joven con CCR con MTSc, cuya aparición representa una enfermedad en estadios avanzados y de mal pronóstico.
CASO CLÍNICO: Paciente masculino de 26 años con antecedentes de drogadicción, consulta por dolor abdominal cólico, intermitente, de 3 meses de evolución, asociado a deposiciones amarillentas, mucosas, sin sangrado y disminución de 10 kg. de peso, náuseas, astenia e hiporexia. Presenta dolor a la palpación abdominal profunda en flanco izquierdo, y presencia de lesiones nodulares de consistencia duro pétrea en región anterior de antebrazo derecho, región supraciliar y cuero cabelludo. Se constata anemia moderada, reactantes de fase aguda elevados y serologías negativas. Tomografía de abdomen y pelvis con doble contraste: engrosamiento parietal circunferencial y sectorial en colon izquierdo, de 18 mm que realza de forma heterogénea con contraste, aumento de densidad de tejido adiposo derecho y múltiples adenopatías locoregionales menores a 21 mm. Evoluciona con abdomen agudo quirúrgico secundario a perforación intestinal, realizándose hemicolectomía izquierda con resección parcial de pared abdominal, cuya histología era compatible con adenocarcinoma moderadamente diferenciado, asociado a poliposis serrada e invasión linfovascular, con estudio inmunohistoquímico de inestabilidad de microsatélites negativo. Las biopsias de lesiones cutáneas evidencian infiltración dérmica y de partes blandas por adenocarcinoma. El PET-TC evidencia metástasis a nivel ganglionar, peritoneal, suprarrenal, muscular y subcutáneo y tromboembolismo en ambas arterias pulmonares principales. Evoluciona tórpidamente 2° a falla multiorgánica.
CONCLUSIONES: El diagnóstico de CCR en pacientes jóvenes se asocia frecuentemente a síndromes hereditarios, siendo la mayoría esporádicos, sin antecedentes familiares previos. La anamnesis exhaustiva en estos casos es de suma relevancia para establecer patrones familiares y realizar un estudio genético estableciendo pautas de vigilancia, con el fin de prevenir el desarrollo de un cáncer y su detección precoz, disminuyendo así la morbimortalidad en estos grupos. La aparición de MTSc es sumamente infrecuente y representa un estadio avanzado de la enfermedad, siendo el tratamiento habitualmente paliativo.
OBSERVACIONES: Se planteó en nuestro caso clínico la incógnita sobre la diseminación tumoral hacia piel. Dada la creciente incidencia de esta patología, obliga a conocer los diferentes mecanismos fisiopatológicos de esta enfermedad.

Código: GA2161
Título: UTILIDAD DEL LINFOGRAMA INTRAEPITELIAL EN UN CASO DE ENFERMEDAD CELÍACA DE DIFÍCIL DIAGNÓSTICO.
Autores: Rodil, M[1] ; Pezzarini, E[2]; Hernandez, M[2]; Corbo, M[1]; Basiglio, C[2]; Pelusa, F[2]; Ruffinengo, O[1]; Bessone, F[1]; Tanno, H[1]; Tanno, M[1]; Tanno, F[1]; Reggiardo[1], M; Jaureguizahar[1], F; Zambello, Y[1].; Vorobioff, J[1]
Filiación/es: [1]Servicio de Gastroenterología. Hospital Provincial del Centenario; [2]Área Bioquímica Clínica – Laboratorio Mixto de Enfermedad Celíaca – Facultad de Ciencias Bioquímicas y Farmacéuticas - UNR,
Especialidad: Caso Clínico Gastroenterología | **Área Temática:** Delgado | **Categoría**: Caso Clínico
Introducción: La enfermedad celíaca (EC) se caracteriza por la presencia de autoanticuerpos y daño histológico duodenal con atrofia vellositaria, hiperplasia de las criptas y aumento de linfocitos intraepiteliales (LIE). El linfograma intraepitelial es el análisis por citometría de flujo (CMF) de biopsias duodenales para caracterizar y cuantificar las subpoblaciones de LIE. El aumento de LIE totales [linfocitos T CD3+ (TCR) αβ y γδ] con incremento de los TCR γδ y reducción de los CD3- CD103+ es el patrón característico de la EC y se mantiene pese a la dieta libre de gluten (DLG).
Objetivo: Demostrar la utilidad del linfograma intraepitelial en el diagnóstico de EC de una paciente con serología borderline y atrofia vellositaria persistente bajo DLG.
Paciente: Mujer de 47 años, hipotiroidea, diagnóstico de EC hace 6 años en contexto de anemia sin otros síntomas, al momento de diagnóstico atrofia vellositaria Marsh 3b, TGt IgA: 12 U/ml (VR: <10 U/ml); EMA IgA: negativo; IgA valores normales. Endoscopía a los 3 años del diagnóstico con persistencia de atrofia vellositaria. Evaluó nutricionista especializada sin detectar transgresiones ni contaminación cruzada. Se realizó test genético HLA DQ2-DQ8 positivo, prueba de provocación con gluten por 6 meses sin presentar síntomas, determinación de a-TGt IgA: 8 U/ml (VR: <10 U/ml); DPG IgG: 11 U/ml (VR: <10 U/ml); DPG IgA: 9 U/ml (VR: <10 U/ml); EMA IgA: negativo; IgA valores normales. Biopsia duodenal: duodenitis Marsh 3a-b, focalmente c. Se descartaron diagnósticos diferenciales de atrofia vellositaria seronegativa. Se reevaluó al año de reanudar la DLG, biopsia duodenal: Marsh 3b-c y se realizó CMF de biopsia duodenal, evidenciando patrón característico de EC.
Métodos: Se realizó endoscopía digestiva alta con múltiples biopsias para anatomía patológica y un fragmento para linfograma intraepitelial. La muestra se remitió en medio enriquecido y se aislaron los LIE. Se marcaron con el panel en estudio (a-CD45, a-CD3, a-CD103 y a-TCRγδ) y se analizaron por CMF.
Resultados: Se obtuvo CD45+: 21% (VR>9%); TCRγδ: 15% (VR> 8%); CD3-/CD103+: 2% (VR>12%). Se demostró un incremento en el número total de LIE, un aumento marcado en la subpoblación que expresa TCRγδ y la disminución casi absoluta de la subpoblación CD3-/CD103+, patrón característico de EC.
Conclusiones: el linfograma intraepitelial es una herramienta complementaria que confiere identidad a la lesión histológica de la EC, altamente eficaz en las formas de diagnóstico más complejo: seronegativos, histología no concluyente y pacientes realizando DLG, casos que constituyen un verdadero reto diagnóstico.

Código: GA2153
Título: "SUBOCLUSIÓN INTESTINAL EN PACIENTE CON ENFERMEDAD DE VON RECKLINGHAUSEN"
Autores: Rodríguez Bruno, C.[1]; Crocci EM[1]; Guzman, G. [1]; Andino Di Masi, G. [1]; Man, M.[1]; Moreno, ML.[1]; Paterno, M.[1]; Vázquez, H.[1]; Monestes, J.[1]; Rizzolo, M.[1]
Filiación/es: [1]Hospital C. Bonorino Udaondo
Especialidad: Caso Clínico Gastroenterología | **Área Temática:** General | **Categoría**: Caso Clínico
INTRODUCCIÓN: La neurofibromatosis tipo 1 (NF1) es un síndrome hereditario autosómico dominante, con una incidencia de 1:3000, causado por una mutación del gen NF1. Afecta principalmente SNC, piel y hueso. Del 5 al 25% de los sujetos afectados desarrollan neoplasias intraabdominales típicamente a mayor edad, excepto el neurofibroma plexiforme (NP). Los NP se localizan en intestino delgado (ID), retroperitoneo y con menor frecuencia colon. Son neoplasias benignas con riesgo de malignización a una neoplasia neurofibromatosa atípica de potencial biológico incierto (ANNUBP). Debe sospecharse en caso de pérdida de la arquitectura típica, alta celularidad y/o actividad mitótica. Clínicamente pueden presentarse con dolor abdominal, masa palpable, obstrucción o perforación intestinal. OBJETIVO: Presentación de complicación gastrointestinal infrecuente en paciente con NF1. CASO CLÍNICO: masculino de 20 años con diagnóstico de NF1. Consulta por distensión, dolor abdominal y pérdida de peso de 7 kg de 6 meses de evolución. Al examen físico: máculas hiperpigmentadas color "café con leche" en tronco y extremidades, neurofibromas en mano, abdomen distendido, doloroso de manera difusa, ruidos

hidroaéreos aumentados. Laboratorio: Hto 34%, Hb 11 mg/ dl, hipoalbuminemia 2.1mg/dl, PCR 3 mg/dl, HIV negativo, serología para enfermedad celíaca negativa, TSH normal. Radiografía de abdomen: niveles hidroaéreos de ID y dilatación colónica. Inicia tratamiento médico. La colonoscopía evidenció dos úlceras lineales con fondo fibrinoso en íleon, cuya histología informa ileítis crónica inespecífica. TC: dilatación de ID (predominio ileal), lesión nodular de borde definido con tenue realce periférico, que contacta y retrae los mesos, generando dilatación segmentaria del colon. Se decide laparotomía exploradora: gran dilatación de ID hasta 1,50 m de la válvula ileocecal (VIC) y múltiples adenopatías en mesenterio. Se realiza colectomía derecha ampliada a íleon y anastomosis. Anatomía patológica: estenosis parcial del íleon distal de 4 cm, la serosa presenta adherencias a mesenterio y repliega ligeramente un asa. A 4 cm de la VIC, lesión blanquecina ulcerada de 8.5 cm que compromete el 50% de la circunferencia y en tejido adiposo mesentérico estructuras nodulares constituidos por células fusiformes y ganglionares maduras; la mayor de 8 x 5 x 2,5 cm presenta marcada atipia celular. IHQ: S-100, CD34 y Synaptofisina positivos (en células ganglionares); EMA positivo en neurofibromas (en periferia). Ganglioneuromatosis/neurofibromatosis difusa intestinal, NP y lesión mayor correspondiente a ANNUBP. Evolucionó favorablemente con recuperación del peso. CONCLUSIÓN: El compromiso gastrointestinal en la NF1 es infrecuente siendo fundamental la sospecha clínica y el manejo multidisciplinario. OBSERVACIONES: Este caso de NFI es relevante por la presentación de tumores gastrointestinales, dentro de ellos un NP con transformación maligna a edad temprana y síntomas de obstrucción intestinal.

Código: GA2063
Título: HALLAZGOS MANOMÉTRICOS DE ALTA RESOLUCIÓN EN UNA COHORTE DE PACIENTES CON ESCLEROSIS SISTÉMICA EN ARGENTINA: UN ESTUDIO DE CASOS Y CONTROLES
Autores: Forestier V. [1]; Betancur G. [1]; Velasco Hernández P. [1]; Esteves A. [1]; Castilla M.[1]; Cattaneo N.[1]; Cernadas G.[1]; Ramos R.[1]
Filiación/es: [1]Hospital de Alta Complejidad El Cruce Buenos Aires
Especialidad: Trabajo Científico Gastroenterología | **Área Temática:** Esófago-Estómago | **Categoría**: Trabajo Científico

INTRODUCCION

En Esclerosis Sistémica (SSc), después de la piel, el tracto gastrointestinal es el sistema más afectado, del 75 al 90%. El esófago se involucra en un 90%. La disfagia es la manifestación más común. La manometría esofágica se ha convertido en una importante herramienta para la evaluación de estos pacientes. Una proporción significativa de pacientes con SSc muestra alteración de la motilidad esofágica incluso en ausencia de síntomas. En estudios de MAR en SSc los patrones hallados son: contractilidad ausente (41%), motilidad normal (31%) y motilidad esofágica inefectiva (MI, 23%). La ausencia de contractilidad esofágica en la MAR se asoció con una mayor gravedad de la enfermedad de la piel y una peor función pulmonar.

Objetivo: Describir los hallazgos de la MAR en pacientes con SSc y compararlas con una cohorte de pacientes sanos. Evaluar las manifestaciones sistémicas y serológicas relacionadas con la SSc y asociaciones con la función esofágica.

MATERIALES Y METODOS

Estudio de corte transversal, retrospectivo, observacional de casos y controles. Se incluyeron pacientes con SSc, que cumplían criterios diagnósticos ACR 2013. Se realizó la MAR en el Servicio de Gastroenterología del Hospital de Alta complejidad "El Cruce". Con sonda de estado sólido, de 12 Fr con 32 sensores de presión circunferencial espaciados a 1 cm de distancia y 16 sensores de impedancia (Diversatek Healthcare Insight G3 Denver, USA.).Se realizó Capilaroscopía (capilaroscopio digital Dinolite 500x).

Análisis Estadístico: Se realizó Estadística descriptiva. Se realizo T test de Student.

RESULTADOS

Un total de 24 pacientes con diagnóstico de SSc (20 mujeres; edad media 48,5 años; BMI 22,5 kg/m2) y 30 sujetos sanos (20 mujeres; edad media 48,5 años; BMI 22,5 kg/m2). Tabla 1. La capilaroscopia (10 pacientes): cambios tempranos en 3 pacientes (12,6%), SD pattern activo 2 pacientes (8,4%) y SD pattern tardío en 5 sujetos (20,8%). Videoendoscopia alta (VEDA) fueron Esofagitis en 6 pacientes (25%). MAR: en pacientes con SSc: peristálsis normal en 37,5% (n=9), Aperistálsis en el 25% (n=6) y Peristálsis Inefectiva (PI) en el 37,5% (n=9). Diferencias significativas: entre el valor de amplitud distal entre pacientes con SSc Difusa y limitada (mediana 41,3 versus 94 p=0.004) Y en el valor mediano de la presión de amplitud distal (mediana 39 versus 90,5 p=0.00) en pacientes con SSc y los controles sanos. Sin diferencia significativa entre pacientes con Ssc en tratamiento con bloqueantes cálcicos vs sin bloqueantes. Probablemente por el bajo número de pacientes.

CONCLUSIONES

Hubo diferencia significativa entre IRP en pacientes con SSc y controles sanos, y en pacientes con historia de ulceras digitales mayor amplitud distal en la MAR. La duración de la enfermedad de SSc no parece estar relacionada con la motilidad esofágica, lo que explicaría que el compromiso esofágico depende más de los fenotipos clínicos de SSc, que del proceso proceso progresivo.

Código: GA2148
Título: PREVALENCIA Y FACTORES PREDICTORES DE PROLONGACIÓN DEL INTERVALO DE VIGILANCIA COLONOSCÓPICA: ESTUDIO RETROSPECTIVO DE UN SISTEMA DE PREPAGO CERRADO EN ARGENTINA
Autores: Navar, S.M[1]; Ponce, C.S[1]; Smolarzuck, A.D[1]; Espinosa, F[1]; Orellana, D[1]; Gomez, E.J[1]; Panigadi, N.G[1]; Mohailde, A[1]; Pereyra, L[1]; Landi, L[1]; Caruso, E[1]; Steinberg, L[1]; Lasa, J[1]; Rotholz, N[1]; Pedreira, S.C.[1]
Filiación/es: [1]Hospital Alemán de Bs As.
Especialidad: Trabajo Científico Gastroenterología | **Área Temática:** Colon-CCR | **Categoría**: Trabajo Científico

RESUMEN: El cáncer colorrectal (CCR) es el tercero en frecuencia a nivel mundial y la tercera causa de muerte por cáncer. Sin embargo, el conocimiento y la adherencia de los médicos a las pautas de pesquisa y vigilancia del mismo siguen siendo subóptimas. Alargar el intervalo de vigilancia sobre todo en aquellos pacientes con alto riesgo de CCR puede comprometer la efectividad de la colonoscopia como método de detección temprana.

OBJETIVO: Determinar la prevalencia y evaluar los factores predictores de prolongación del intervalo de vigilancia colonoscópica (en relación a la recomendación de las guías locales), en un sistema de prepago cerrado Argentina.

DISEÑO: Estudio de cohorte retrospectivo

MATERIALES Y MÉTODOS: Se identificaron los estudios de vigilancia colonoscópica realizados en un sistema de prepago cerrado que incluye 42.000 afiliados activos, durante el período comprendido desde enero de 2018 hasta diciembre de 2019. Se analizaron los informes endoscópicos mediante historia clínica informatizada centralizada y se calculó el intervalo de vigilancia adecuado para cada una de ellas con la herramienta CaPtyVa (calculadora de tamizaje y vigilancia basada en guías de prevención de CCR actualizadas del INC). Posteriormente se comparó este intervalo con el realizado en el hospital y se calculó la prevalencia de prolongación. Se realizó un análisis uni y multivariado de regresión logística para determinar las variables predictoras de asociación.

RESULTADOS: De un total de 1411 de colonoscopias de vigilancia realizadas en este período, se incluyeron 382 pacientes que cumplían con los criterios de inclusión. Se observó que en el 73% de las endoscopías de vigilancia no se respetó el intervalo recomendado por las guías; y de estas, en un 46% se prolongó. La preparación colónica inadecuada en la colonoscopía previa se asoció en forma significativa con la prolongación del intervalo de vigilancia tanto en el análisis univariado como en el multivariado, observándose prolongación del intervalo en el 81% de los pacientes con preparaciones malas y regulares vs 14% en aquellos con preparaciones satisfactorias (OR 26.27 IC 95% [14.62 - 47.20], p = 0.001). No se evidenciaron diferencias significativas en relación a otras variables analizadas como la especialidad del profesional solicitante del estudio; antecedentes familiares de CCR; cantidad y tipo de pólipos encontrados.

CONCLUSIONES: Encontramos una alta prevalencia de prolongación de intervalos de vigilancia colonoscópica en nuestro medio, siendo más frecuente en aquellas colonoscopías con preparaciones inadecuadas. Debido a que esto puede poner en jaque la efectividad de los programas de prevención debemos trabajar sobre estrategias para mejorar la adherencia a las guías de práctica clínica de vigilancia colonoscópica.

PEDIATRÍA

Código: PE3009
Título: AEROFAGIA COMO CAUSA POCO FRECUENTE DE DISTENSIÓN ABDOMINAL
Autores: Chazarreta Cifre, M. [1]; Neder, M.D. [1]; Weyersberg, C. [1]; Fabbrini, D. [1]; Jimenez, C. [1]; Rocca, A.M. [1]
Filiación/es: [1]Hospital de Pediatría S.A.M.I.C. "Prof. Dr. Juan P. Garrahan"
Especialidad: Pediatría | **Área Temática:** Gastroenterología Pediátrica | **Categoría**: Caso Clínico
Introducción: la prevalencia reportada de aerofagia en pediatría es cercana al 7.5%, generalmente en pacientes con retraso neuromadurativo.
Objetivo: reportar el caso de una paciente sin antecedentes neurológicos con diagnóstico de aerofagia como causa de distensión abdominal.
Materiales y métodos: Revisión retrospectiva de historia clínica.
Reporte de caso: Paciente femenina, 6 años, desarrollo neuromadurativo acorde a su edad, internada por fiebre, distensión abdominal, vómitos alimentarios y deposiciones desligadas de 48 horas de evolución.
Antecedentes: constipación crónica, regular respuesta a laxantes y episodios recurrentes de distensión abdominal progresiva que empeoraban hacia la noche, y mejoraban con actividad física y eliminación de gases, asociando en ocasiones vómitos de contenido gástrico.
Rx de abdomen de pie con marcada distensión de asas de intestino delgado y marco colónico. Laboratorio con anticuerpos para enfermedad celíaca y perfil tiroideo dentro de valores normales, coprocultivo y virológico de materia fecal, negativos; tránsito de intestino delgado: asas de íleon distendidas, con pliegues disminuidos y tiempo de tránsito intestinal acelerado. Colon por enema, Centellograma de vaciamiento gástrico, videoendoscopia digestiva alta y biopsia rectal por succión: sin hallazgos de jerarquía.
Por antecedentes de entorno familiar disfuncional, de múltiples conflictos familiares con situaciones de violencia, es valorada por salud mental, iniciándose abordaje terapéutico.
Inicia goteo trófico de leche con regular tolerancia, presentando importante distensión abdominal, que mejora con descompresión gástrica intermitente. Recibe Rifaximina por sospecha de sobrecrecimiento bacteriano, sin cambios.
Se realiza pHmetría con impedanciometría de 24 horas: degluciones frecuentes de aire durante los periodos de vigilia y alimentación. Degluciones imperceptibles al examen físico y ausentes durante el sueño.
Inicia ejercicios de respiración diafragmática y tratamiento con simeticona con mejoría clínica de distensión y tolerancia digestiva progresivas.
Conclusión: Presentamos una paciente con desarrollo neurológico acorde a la edad, con diagnóstico de aerofagia realizado por Impedanciometría y buena respuesta a la respiración diafragmática, lo que podría sugerir disinergia abdomino-frénica.

Código: PE3008
Título: ENFERMEDAD INFLAMATORIA LIKE EN PACIENTES CON ENFERMEDAD DE HIRSCHSPRUNG. SERIE DE CASOS
Autores: Neder M.D. [1]; Veron G.A. [1]; Chazarreta Cifre M. [1]; Lavorgna S. [1]; Bazo M. [1]; Nastri M. [1]; Siffredi J. [1]; Paz E. [1]; Dibenedetto V. [1]; Takeda S. [1]; Orsi M. [2]; Rocca A.M. [1]
Filiación/es: [1]Hospital de Pediatría S.A.M.I.C. "Prof. Dr. Juan P. Garrahan"; [2]Hospital italiano de Buenos Aires
Especialidad: Pediatría | **Área Temática:** Gastroenterología Pediátrica | **Categoría**: Caso Clínico
Introducción: Los pacientes con enfermedad de Hirschsprung (EH) tienen riesgo elevado de presentar compromiso intestinal similar a enfermedad inflamatoria intestinal (EII like), en especial aquellos con enterocolitis recurrente.
Objetivo: Presentación de pacientes con EH y EII like, alertando sobre esta asociación poco frecuente. Materiales y métodos: Revisión retrospectiva de historias clínicas de pacientes con EH y EII like. Resultados: Caso 1. Paciente de 16 años, EH total, descenso ileoanal al año. Enterocolitis recurrente con retraso pondoestatural, anemia e hipoalbuminemia. A los 9 años, Videocolonoscopia (VCC) con ileitis moderada e histología compatible con EII. Tratamiento: budesonide tópico y mesalazina sin respuesta. Corticoides orales con mejoría pero recaída al suspender. 14 años fístula desde íleon distal hacia la región coccígea. Tratamiento: ileostomía, antibióticos y biológicos. Caso 2. Paciente de 12 años, EH total, descenso ileoanal, enterocolitis recurrente. A los 5 años,deposiciones con sangre y anemia que requiere transfusión. VCC: úlceras en íleon terminal y disminución de calibre a 5 cm de la anastomosis. Histología: compatible con EII. Laparotomía: resección de estenosis fibrosa y fístula enteroentérica. Persiste actividad inflamatoria en íleon, recibe mesalazina y corticoides con buena evolución. Caso 3 paciente de 5 años, EH total, cirugía de Duhamel a los 3 años. Evolución: enterocolitis recurrente y anemia con requerimiento transfusional y hierro parenteral. VCC congestión, edema, pérdida de patrón vascular y ùlceras aftoides. Histología: histoarquitectura levemente alterada, erosión y ulceración, corion con edema e infiltrado inflamatorio linfoplasmocitario. Sin respuesta a corticoides y mezalasina. Inicio biológicos. Conclusión: Los pacientes con EH corregida, especialmente aganglionosis total y con cirugía de Duhamel, pueden manifestar características de EII sobre todo Enfermedad de Crohn con fenotipo inflamatorio, estenosante o penetrante como puede verse en nuestra casuística. El tratamiento instituido es el de la EII pero se desconoce si la respuesta y evolución a largo plazo son las mismas.

Código: PE3010
Título: ¨CRISIS CELIACA: UNA PRESENTACIÓN POCO FRECUENTE PERO POTENCIALMENTE GRAVE¨. A PROPÓSITO DE UN CASO.
Autores: Veron, G. [1]; Cechetto, M. [1]; Cardozo, A [1]; Escalante, A. [1]
Filiación/es: [1]Hospital de Pediatría Nivel III Dr. Fernando Barreyro, Posadas-Misiones.
Especialidad: Pediatría | **Área Temática:** Gastroenterología Pediátrica | **Categoría**: Caso Clínico
Introducción:
La enfermedad celiaca (EC) es un proceso sistémico desencadenado por el consumo de gluten en pacientes genéticamente predispuestos, dando como resultado atrofia vellositaria y una amplia gama de manifestaciones digestivas como extradigestivas. Una de las formas de presentación poco frecuente pero grave corresponde a la crisis celiaca.
Objetivo: Presentar un lactante de 11 meses con diagnóstico de crisis celiaca.
Caso Clínico:
Paciente femenina de 11 meses de edad que consulta por diarrea crónica, distensión abdominal, hiporexia, mal progreso de peso , consulta con pediatra de cabecera quien solicita laboratorios, donde se evidencia anemia, hipoalbuminemia 1.7, tiempo protrombina 41, acidosis metabólica (pH 7.30/pCo2 27/Hco3 15/ Na 130 K 3.2) IgA sérica 219 tTG 800. Por sospecha diagnostica de crisis celiaca, se indica internación en nuestro centro. Al ingreso se evidencia paciente en regular estado general, con hipotrofia muscular generalizada, adelgazada, por lo que se llevaron a cabo medidas de reposición hidroelectrolíticas, corrección de medio interno y prevención del desarrollo de síndrome de realimentación mediante suplementos polivitamínicos y oligoelementos en trabajo conjunto con nutrióloga infantil. La paciente inició alimentación progresiva y recuperación nutricional con formula parcialmente hidrolizada por sonda nasogástrica, con buena tolerancia. Se descartó FQP y procesos infecciosos como diagnósticos diferenciales. Se realizaron laboratorios de forma estricta hasta normalizar alteración del medio interno y se repitió IgA sérica 231 ,tTG 1220, DGP IgG 80 ,EMA positivo.
Estabilizada la paciente, se procedió a realizar endoscopia digestiva alta, como signo positivo presentó patrón en empedrado y signo del peinado en segunda porción duodenal. Se tomaron biopsias de acuerdo protocolo endoscópico actual. El resultado de anatomía patológica informó: Atrofia vellositaria Marsh 3C – Enteropatía grado IV.
La paciente permaneció en internación hasta lograr recuperación nutricional óptima. Presentó buena evolución con laboratorios mejorados respecto su ingreso.
En controles ambulatorios, se encuentra en recuperación de peso / talla, laboratorios nutricionales y medio interno normal, con cierta distensión abdominal pero menor hipotrofia muscular.
Conclusiones: La crisis celiaca, si bien es una manifestación poco frecuente (1% de la enfermedad celiaca), es un síndrome que puede poner en riesgo la vida del paciente, más aún, si se agrava con síndrome de realimentación. Por ello, es fundamental su reconocimiento y diagnóstico temprano, ya que puede cambiar el pronostico del paciente.
Observaciones: Se decidió reportar este caso ya que la presentación de pacientes con crisis celiaca es poco frecuente y representa un cuadro grave de rápida progresión. La sospecha diagnostica y el tratamiento multidisciplinario oportuno ayuda a recuperar favorablemente al paciente.

Código: PE3011
Título: DERMATITIS ATÓPICA MODERADA EN UN PACIENTE DE SEIS MESES DE EDAD BAJO LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA: DEMOSTRACIÓN DE RESPUESTA CELULAR Y HUMORAL A LA PROTEÍNA DE HUEVO
Autores: Ramón GN.[1]; Chérrez-Ojeda I.[2]; Félix M.[2]; Vanegas E.[2]; Puga-Tejada M.[1]; Ramón GD.[1]
Filiación/es: [1]Instituto de Alergias e Inmunología del Sur, Bahía Blanca, Argentina; [2]Universidad Espíritu Santo, Guayaquil, Ecuador;
Especialidad: Pediatría | **Área Temática:** Gastroenterología Pediátrica | **Categoría**: Caso Clínico
Introducción: La dermatitis atópica en lactantes suele toma lugar a consecuencia de una alergia a proteínas procedentes de la dieta, usualmente leche o huevo. En este contexto, la demostración de la alergia alimentaria representa un reto diagnóstico. El patrón oro consiste en una prueba doble ciego entre la identificación de algún alimento sospechoso, complementado con una prueba IgE sérica específica. Al momento todos los casos reportados en lactantes se han asociado de alguna manera al consumo de determinado alimento, cuando menos leche o huevo, mas no casos bajo lactancia materna exclusiva.
Presentación de caso: Masculino de seis meses de edad, bajo lactancia materna exclusiva desde su nacimiento. A partir de los dos meses presentó un cuadro moderado de dermatitis atópica en un 70% de su extensión corporal, acompañado de prurito que interrumpe el sueño. Se estimó una escala de dermatitis atópica (o Scoring Atopic Dermatitis, SCORAD) de 68/83 (81.9%). Se realizó IgE sérica específica estimada según prueba de radioalergoabsorbencia (o Ratio Allergo Sorbent Test, RAST; Phadebas, laboratorios Pharmacia), prueba cutánea de alergia (o Prick Test) y prueba de parche frente a alergia alimentaria (o Patch Test, figura 1A). Se demostró eosinofilia en un 5% (645 células/mm), IgE total de 409 IU/mL, IgE específica contra lactoalbúmina del 8.99 kU/L, del 12.90 kU/L contra lactoglobulina, y más de 100 kU/L contra ovoalbúmina. La prueba cutánea de alergia fue positiva para ovoalbúmina, 12 mm por encima del rango normal. La prueba de parche frente a alergia alimentaria 48 horas posterior al consumo de ovoalbúmina mostró eritema, pápulas y formación de vesículas, considerándose como positiva (figura 1B-C).
Conclusiones: La sensibilidad cutánea contra proteínas específicas del huevo fue demostrada en el presente caso a partir de mecanismos séricos, pero también celulares. La prueba de parche frente a alergia alimentaria desempeñó un rol protagónico en el diagnóstico de certeza de dermatitis atópica. La verificación de respuesta celular frente a alergia alimentaria, mediante la prueba de parche es probablemente un recurso diagnóstico más específico en el diagnóstico de dermatitis atópica, en comparación a la más tradicionalmente realizada prueba doble ciego entre la identificación del alimento sospechoso e IgE sérica específica.
Observación: En el conocimiento de la autoría, el presente constituye la primera demostración de respuesta celular y humoral de alergia a un alimento en un paciente bajo lactancia materna exclusiva.

Código: PE3001
Título: EN NIÑOS CON ENCEFALOPATÍA CRONICA NO EVOLUTIVA ¿EL MONITOREO DE PH/IMPEDANCIOMETRIA DE 24 HS PARA EVALUAR REFLUJO GASTROESOFAGICO, PUEDE REALIZARSE CON SONDA NASOGÁSTRICA?
Autores: Tagliaferro G[1]; Gilbarg A[1]; Ursino F[1]; Micheletti E[1]; Cohen Sabban J[1]; Orsi M[1]
Filiación/es: [1]Hospital Italiano de Bs As.
Especialidad: Pediatría | **Área Temática:** Gastroenterología Pediátrica | **Categoría**: Trabajo Cientifico
a) Introducción: En niños con encefalopatía crónica no evolutiva (ECNE) la dificultad para ingestas suele sub-sanarse con sonda nasogástrica (SNG) o gastrostomía. Definir la necesidad de una funduplicatura obliga evaluar reflujo gastroesofágico (RGE). La phmetría con impedanciometría (pH/IIM) es un método diagnóstico, siendo controversial efectuarlo con SNG por la potencial interferencia en los datos.
b) Objetivos: Describir y comparar parámetros de pH/IIM realizadas para valorar RGE en pacientes pediátricos con diagnóstico de ECNE evaluados con y sin SNG.
c) Materiales y Métodos: Estudio retrospectivo en niños con ECNE evaluados para RGE, previo a gastrostomía (enero 2017- diciembre 2021). Mediante pH/IIM sin medicación antiácida. Se analizó: número episodios (ácidos, no ácidos), clearance del bolo, exposición ácida (Índice de reflujo-IR) y correlación sintomática; dividiéndose en: Grupo I (GI) con SNG y Grupo II (GII) sin SNG
d) Resultados: Se evaluaron 42 niños, mediana 2.12 años (RIC 3-13 años). Grupo I: 30 con SNG, Grupo II: 12 sin SNG. Se observó en Grupo I vs Grupo II correlación sintomática positiva 25 % vs 16 % (p 0.66). Se adjunta tabla comparativa.
e) Conclusión: En esta serie pediátrica, la pH/IIM en pacientes ECNE alimentados con y sin SNG, no mostró diferencias estadísticamente significativas en los parámetros analizados. Aunque la muestra es pequeña estos hallazgos pueden ser de utilidad a la hora de tomar decisiones en estos complejos pacientes.

Código: PE3006
Título: LA DIETA COMO TERAPÉUTICA ADYUVANTE EN LA ERA DE LOS BIOLOGICOS EN LA ENFERMEDAD DE CROHN DE INICIO PEDIÁTRICA
Autores: Arcucci MS.[1], Menendez L.[2], Gallo J.[1], Guzman L.[2], Famiglietti A.[1], Busoni VB.[1], Lifschitz C.[1], Orsi M.[1]
Filiación/es: [1]Hospital Italiano de Buenos Aires; [2]Hospital de niños Sor María Ludovica de La Plata.
Especialidad: Pediatría | **Área Temática:** Gastroenterología Pediátrica | **Categoría**: Trabajo Cientifico
Introducción: La enfermedad de Crohn (EC) forma parte de las enfermedades inflamatorias intestinales(EII) con incidencia en aumento a nivel mundial. Se postula que es de causa multifactorial, pero en pediatría la genética y la exposición ambiental parecerían ser los principales disparadores. Los tratamientos actuales están orientados al tratamiento de la inflamación y no a sus causas. Contar con alternativas terapéuticas que puedan potenciar una remisión en pacientes con inmunosupresión son una necesidad insatisfecha, especialmente en la población pediátrica para la que los nuevos biológicos no estarán disponibles en un futuro próximo. En pediatría la Nutrición enteral exclusiva es tratamiento de primera línea en EC inflamatoria de bajo y mediano riesgo.
Objetivo: Evaluar el uso del tratamiento dietético en pacientes con EC en tratamiento de mantenimiento con biológicos con enfermedad controlada pero con signos de inflamación activa. El objetivo primario fue evaluar el descenso de calprotectina en 12 semanas de tratamiento. Objetivos secundarios: tolerancia a la dieta, recaídas y cambios en el tratamiento, antropometría.
Método: Estudio piloto de intervención prospectivo controlado aleatorizado multicéntrico. Se realizó el reclutamiento en 12 meses(05/2021-05/2022). Los pacientes incluidos en el protocolo debían ser menores de 18 años, con diagnóstico de Enfermedad de Crohn en tratamiento de mantenimiento con biológico, score de actividad clínico en remisión o leve y con calprotectina en materia fecal(CF) > 250 ug/g. Los pacientes fueron divididos en dos grupos: G1: GRUPO DIETA(fórmula láctea y dieta de exclusión de Enfermedad de Crohn) y G2: GRUPO DIETA HABITUAL por 12 semanas. Los pacientes realizaron visitas pautadas con médico y nutricionistas y fueron evaluados por clínica, antropometría, laboratorio y CF.
Resultados: Participaron 9 pacientes de cada grupo de intervención. Las características de los pacientes al momento de la inclusión se detallan en la Tabla I. En ambos grupos la mediana de la CF basal era de alrededor de 700 ug/g.La mediana de CF se redujo a la mitad a las 12 semanas en G1, mientras que prácticamente no hubo cambios en el G2(Tabla II). 8/9(89%) pacientes del grupo DIETA completaron el protocolo.El número de recaídas a las 12 semanas G1: 1(11%), G2 4(44%); cambios en el tratamiento G1 0, G2 8 pacientes(89%) . En cuanto a la antropometría, los z score de peso y altura se mantuvieron estables durante el periodo observado, sin embargo el z score del índice de masa corporal(IMC) aumentó en G1(figura I).
Conclusiones:Este trabajo piloto muestra que la dieta puede ser un tratamiento coadyuvante al tratamiento biológico en la EC con impacto directo en la carga inflamatoria como en el crecimiento de nuestros pacientes, con buena tolerancia.

Código: PE3004
Título: LOS EFECTOS ADVERSOS OBSERVADOS EN NIÑOS CON ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL CON TERAPIAS BIOLÓGICAS DEBEN ATRIBUIRSE A SU USO? REPORTE DE CASOS DE UN CENTRO DE REFERENCIA DE ARGENTINA.
Autores: Orsi.M[1], Kulay.k[1], Cohen Sabban.J[1], Gallo.MJ[1], Busoni.V[1]
Filiación/es: [1]Servicio de gastroenterología pediátrica del Hospital Italiano de Buenos Aires, Argentina.
Especialidad: Pediatría | **Área Temática:** Gastroenterología Pediátrica | **Categoría**: Trabajo Científico
Introducción: Las terapias biológicas aprobadas para uso pediátrico en enfermedad inflamatoria intestinal (EII) han modificado el curso de estas enfermedades y hoy se utilizan de forma rutinaria por la eficacia y seguridad demostrada. Sin embargo, en el transcurso del seguimiento pueden ocurrir eventos adversos y estas terapias suelen ser consideradas las principales responsables.

Objetivo: Describir efectos adversos en pacientes pediátricos con EII en tratamiento con terapias biológicas.

Materiales y Métodos: Estudio retrospectivo descriptivo mediante el análisis de historias clínicas de pacientes con diagnóstico de EII en tratamiento con terapias biológicas atendidos en un hospital universitario desde marzo 2000 a febrero 2022 y que tanto durante como posterior a la aplicación o infusión presentaron síntomas cutáneos, respiratorios o sistémicos vinculables al uso de estos fármacos. Se describen si los mismos sucedieron asociados o no a otros medicamentos; mesalazina y / o tiopurinas
Resultados: Se evaluaron 67 pacientes (41 varones) con una media de edad de 18 años que reciben tratamiento con terapias biológicas. Presentaron efectos adversos 9/67 (5 mujeres). Las manifestaciones clínicas fueron: 3/9 lesiones cutáneas (rash,angioedema) y cardiovasculares (hipotensión) de aparición inmediata durante la infusión de infliximab en la 2°, 14° y 24° dosis respectivamente y en 6/9 se asociaron a terapia combinada: 3/6 Pancreatitis, 1/6 pancitopenia ,1/6 nefritis y 1/6 dermatitis psoriasiforme
Por lo tanto, de los 67 pacientes evaluados sólo un 4.4% (3/9) presentó efecto adverso puramente relacionado con la terapia biológica (infliximab), requiriendo rotar el tratamiento.
Conclusión Los efectos adversos atribuidos de forma directa al uso de los anti TNF aprobados ocurrió en 1 / 3 de los casos reportados de los niños con Enfermedad Inflamatoria Intestinal, esta experiencia puede ayudar a su indicación oportuna sin demoras injustificadas.

Código: PE3005
Título: IMPACTO DE LA PANDEMIA COVID 19 EN LA PREVALENCIA Y CARACTERISTICAS DE LOS TRASTORNOS ESOFAGICOS EN NIÑOS ATENDIDOS EN UN CENTRO DE REFERENCIA
Autores: Tagliaferro G[1]; Ursino F[1]; Micheletti ME[1]; Cohen Sabban J[1]; Busoni V[1]; Orsi M.[1]
Filiación/es: Hospital Italiano de Buenos Aires
Especialidad: Pediatría | **Área Temática:** Gastroenterología Pediátrica | **Categoría**: Trabajo Científico
a) Introducción: Los síntomas típicos de reflujo pueden exacerbarse por estrés psicológico, ansiedad y/o depresión. En Argentina se impuso cuarentena estricta debido a la pandemia Covid 19, que provocó tanto en niños como en su familia algunos de estos trastornos y los mismos pueden haber contribuido a la aparición de trastornos funcionales esofágicos.
b) Objetivos: Comparar y describir la prevalencia e incidencia de trastornos esofágicos y fenotipos de reflujo en niños antes y durante la pandemia.
c) Materiales y Métodos: Estudio retrospectivo, observacional en niños < 19 años con sospecha de reflujo gastroesofágico. Fueron divididos en dos grupos, según el momento de la consulta clínica; Grupo I, pre pandemia (diciembre 2018 a febrero 2020) y Grupo II, durante la pandemia (marzo 2020 a junio 2021). Se incluyeron en el estudio aquellos pacientes con pirosis, vómitos, dolor epigástrico o disfagia. Todos se sometieron a videoendoscopía digestiva alta (VEDA) + ph/impedanciometría de 24 horas sin inhibidores de la bomba de protones (IBP). Según los resultados, los pacientes se clasificaron en fenotipos de reflujo (criterios Roma IV). Para el análisis estadístico se utilizó la prueba de Chi cuadrado.
d) Resultados: Se evaluaron 97 pacientes, Grupo I: 42 (16 mujeres, X 9,7 años, r 5-19) y Grupo II: 55 (34 mujeres, X 10 años, r 5-19). Se observó: síntoma más frecuente en la visita: pirosis GI 23,8% vs GII 47,2% (p 0,7) y vómitos GI 35,7% vs GII 30,9% (p 0,22), tratamiento empírico con IBP previo a estudios GI 64,2% vs GII 78,1% (p 0,28); cantidad de semanas de tratamiento empírico con IBP GI 7.7 vs GII 10,89 (p 0,02); VEDA con mucosa normal GI 78,5% vs GII 96,3% (p 0,002); trastorno funcional esofágico según Roma IV: GI 57% vs GII 75% (p 0,003); pirosis funcional GI 50% vs GII 64% (p 0,05), esófago hipersensible GI 7% vs GII 11% (p 0,06).
e) Conclusiones: En esta cohorte pediátrica, en el grupo pandémico hubo un aumento significativo de adolescentes, principalmente mujeres, con trastornos funcionales esofágicos, a predominio de pirosis funcional y más de semanas de tratamiento empírico que lo registrado en los atendidos antes de marzo de 2020. Estas diferencias pueden deberse a estrés y ansiedad que la pandemia ejerció en algunos niños y sus familias y al miedo a realizar estudios más complejos e invasivos durante la misma.

Código: PE3002
Título: EXPERIENCIA DEL COMPORTAMIENTO PRE E INTRA PANDEMIA DE LA ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL EN EDAD PEDIÁTRICA. ESTUDIO EN UN CENTRO DE REFERENCIA DE ARGENTINA.
Autores: Orsi.M[1], Ponzo. N[1], Arcucci. MS[1], Gallo. MJ[1], Cohen Sabban. J[1], Busoni V.[1]
Filiación/es: *Servicio de Gastroenterologia y Hepatologia Pediatrica, Hospital Italiano de Buenos Aires
Especialidad: Pediatría | **Área Temática:** Gastroenterología Pediátrica | **Categoría**: Trabajo Científico
Introducción: Desde el inicio de la pandemia hubo reportes internacionales con directrices respecto al manejo de pacientes pediátricos con enfermedad inflamatoria intestinal (EII). Los efectos de las mismas todavía plantean interrogantes.
Objetivo: Analizar parámetros clínicos, diagnósticos y terapéuticos al debut y a los 6 meses, entre niños diagnosticados con EII en pandemia y pre-pandemia en un centro de referencia en Argentina.
Materiales: Estudio analítico y retrospectivo de pacientes pediátricos con diagnóstico de EII en pandemia G2 n: 27 (03/2020-09/2021) comparados con igual cantidad de pacientes diagnosticados pre-pandemia G1 n: 27 (01/2017-09/2019).
Metodo: Las variables analizadas fueron: sexo, edad al diagnóstico, demora diagnóstica, tipo de EII, laboratorio, calprotectina en materia fecal, score de actividad y tratamiento al debut y a los 6 meses del mismo.
Resultados: No se observaron diferencias significativas en cuanto a sexo, edad media al diagnóstico, niveles de calprotectina ni laboratorio. Se constata una demora diagnóstica en G1: 71 días (31-163) vs G2: 92 días (43-170), sin diferencias significativas. Respecto al tratamiento, al diagnóstico hubo menor utilización de corticoides en G2: 10/27 (37.03%) respecto de G1: 21/27 (77.8%) (p 0.003) y mayor requerimiento de biológicos para la inducción en G2 (8/27, 29.6%) en comparación con G1 (5/27, 18.5%) y aumento en el uso de nutrición enteral exclusiva como estrategia de inducción a la remisión G2: 9/27 (33.3%), G1: 1/27 (3.7%), p 0.012 (Tabla 1).
Conclusiones: En nuestra experiencia, al comparar el comportamiento entre ambos grupos, no se encontraron diferencias significativas en la evolución a 6 meses excepto el ahorro de esteroides con mayor utilización de NEE y biológicos para la inducción a la remisión de la EII durante la pandemia. Esta estrategia es particularmente beneficiosa, considerando que son niños en etapa de crecimiento.

Código: PE3007
Título: EVOLUCIÓN DE LA ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL EN PACIENTES PEDIÁTRICOS CON TRASPLANTE HEPÁTICO
Autores: Micheletti ME[1], Contreras M[1], Fastman A[1], Antoniska M[1], Weyersberg C[1], Gonzalez J[1], Rocca A[1]
Filiación/es: [1]Hospital "Prof. Dr. Juan P. Garrahan", Buenos Aires, Argentina
Especialidad: Pediatría | **Área Temática:** Pediatria-EII | **Categoría**: Trabajo Científico
Introducción: Son escasos los datos publicados en relación a la evolución de la EII en pacientes pediátricos trasplantados hepáticos y la evidencia es contradictoria.
Objetivo: Analizar la evolución de la EII en pacientes con CEP/HAI/SS postrasplante hepático.
Material y métodos: Estudio retrospectivo, analítico y observacional. Se incluyeron los pacientes trasplantados hepáticos (TH) con EII atendidos en Hospital Garrahan entre 1993 y 2021. Se evaluó actividad clínica, tratamiento de EII y actividad endoscópica previa y posterior al trasplante.
Resultados: En 30 años, de 427 pacientes con EII 72 tuvieron compromiso hepático y 16/72 (22%) fueron trasplantados (HAI 4/16, CEP 11/16 y 1 falla hepática aguda); 9/16 varones, mediana 13.5 años (6-17 años) al trasplante. La media de evolución entre diagnóstico del compromiso hepático al trasplante fue 4.6 años (1-8 años).
En 11/16 pacientes la EII (8/16 CU, 7/16 EC y 1 enfermedad no clasificada) se diagnosticó previo al compromiso hepático, presentando actividad clínica leve a moderada (Mayo 0 1/16, Mayo 1 8/16 y Mayo 2 7/16).
Posterior al trasplante, la actividad clínica fue leve en 6/16, moderada 6/16 y severa 4/16 (Mayo 0 2/13, Mayo 2 8/13 y Mayo 3 3/13), en 3 pacientes no se realizó endoscopía posterior. La media de reactivación intestinal fue de 2 años postrasplante (8 meses-5 años) con una mediana de seguimiento postrasplante de 6.5 años (1-18 años). Dado el grado de actividad, 62% de los pacientes se intensificó el tratamiento (8/16 tiopurinas y 6/16 terapia biológica y 1/16 colectomía).
Conclusiones: Se observa que posterior al trasplante los pacientes presentan progresión de la actividad intestinal con necesidad de escalar tratamiento. Son necesarios estudios prospectivos que permitan establecer factores determinantes de la evolución.

Código: PE3003
Título: ESTUDIO DEL USO COMPASIVO DEL VEDOLIZUMAB EN ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL PEDIÁTRICA. REPORTE DE CASOS DE UN CENTRO UNIVERSITARIO DE REFERENCIA EN ARGENTINA.
Autores: Orsi. M[1], Frangi. Md[1], Cohen Sabban J. [1], Gallo. MJ[1], Armas. D[2], Del Compare.M[3], Martin G[4], Busoni.V[1]

Filiación/es: [1]Servicio de gastroenterología pediátrica del Hospital Italiano de Buenos Aires, Argentina; [2]Servicio de gastroenterología pediátrica del Hospital Britanico de Montevideo, Uruguay; [3]Servicio de gastroenterología pediátrica del Sanatorio Mater Dei, Buenos Aires, Argentina; [4]Servicio de gastroenterología pediátrica del Hospital Dr. Avelino L Castelán, Chaco, Argentina
Especialidad: Pediatría | **Área Temática:** Pediatria-EII | **Categoría**: Trabajo Científico
Introducción: El vedolizumab ha mostrado ser eficaz para inducir y mantener la remisión en adultos con enfermedad inflamatoria intestinal (EII). La experiencia en pediatría es hasta hoy limitada ya que sólo puede indicarse como uso compasivo.
Objetivo: Describir la indicación, respuesta clínica y efectos adversos con el uso de vedolizumab en pacientes pediátricos con EII utilizado ante fracaso de tratamientos previos con antiTNF.
Materiales y Métodos: Estudio descriptivo retrospectivo mediante la revisión de historia clínicas de pacientes pediátricos con EII con falla o pérdida de respuesta al tratamiento con anti-TNF, que recibieron vedolizumab. Se evaluaron: respuesta clínica mediante índices de actividad , laboratorio y calprotectina fecal, efectos adversos en la inducción o en el mantenimiento.
Resultados: De 300 pacientes menores de 18 años en seguimiento con diagnóstico de EII, 80 reciben tratamiento biológico, de los cuales 6 (5 varones) con edad media de 15 años (12-18 años) requirieron cambio de diana a vedolizumab, 2 por falta de respuesta primaria a infliximab y 4 por falla secundaria. Todos tuvieron diagnóstico inicial de colitis ulcerosa (CU) pero 2/6 reclasificaron a Enfermedad de Crohn (ECr). En 4/5 se obtuvo buena respuesta clínica luego de la inducción (PUCAI/PCDAI en remisión) a la semana 6, logrando mejoría endoscópica e histológica de los estudios realizados y calprotectina fecal <300 al año del inicio del tratamiento. Todos los pacientes completaron su fase de inducción, observándose buena respuesta clínica y del laboratorio desde la 4 semana. Un paciente presentó falla al tratamiento con vedolizumab, sin lograr respuesta al rescate con ustekinumab, requiriendo proctocolectomía. Ninguno presentó reacciones adversas en la inducción ni durante el mantenimiento.
Conclusiones: En este reporte de casos, los resultados mostraron que el tratamiento con vedolizumab es una opción segura y eficaz para lograr la remisión clínica en niños con EII ante el fracaso primario o pérdida de respuesta con los biológicos aprobados en pediatría.

GASTROENDO
REVISTA

NUTRICIÓN

Código: NU4010
Título: MORBIMORTALIDAD EN PACIENTES CON FALLA INTESTINAL Y SOPORTE NUTRICIONAL PARENTERAL: RESULTADOS DE UNA COHORTE RETROSPECTIVA DE SIETE AÑOS
Autores: Paiz-Tierno J. [1]; Puga-Tejada M. [1]; Vella A. [1]; Fernández-Chávez M. [1]; Conlon MC. [1]; Spiazzi RA. [1]; Cerezo MJ. [1]; Omonte-Zambrana AM. [1]; Milano MC.; Pérez C.[1]
Filiación/es: [1]Hospital Nacional Profesor Alejandro Posadas (HNPAP), El Palomar, Argentina.
Especialidad: Trabajo Científico Gastroenterología | **Área Temática:** Nutrición | **Categoría**: Trabajo Científico
Introducción: La falla intestinal (FI) es la reducción en la absorción de macronutrientes, agua y electrolitos por debajo del mínimo necesario para mantener el estado nutricional y balance hidroelectrolítico. El desarrollo de nuevas terapias de rehabilitación en el contexto de FI ha progresado con distintos grados de accesibilidad. No obstante, a nivel local, poco se ha descrito sobre FI en adultos y la experiencia clínica con SNP.
Objetivo: Determinar las etiologías de la FI y la morbimortalidad en adultos con SNP internados en una sala general.
Materiales y métodos: Pacientes >15 años con SNP por FI (Jun/15-May/22). El estado nutricional se evaluó con índice de masa corporal (IMC), laboratorio y evaluación global subjetiva (EGS). La morbilidad fue descrita en términos de alteración del ionograma (Na, Cl, K, Ca, P, Mg), hepatograma (AST, ALT, BT, BD, FAL, GGT), bacteriemia asociada al catéter venoso central (CVC), tiempo de SNP y estancia hospitalaria. Las variables continuas fueron descritas en mediana y rango intercuartil (RIC). Mediante análisis de tiempo hasta el evento (Hazard Ratio, HR; IC 95%) se estimó la asociación de las variables de estudio vs mortalidad. Se consideró un P-valor <.05 como significativo. Este estudio fue aprobado por el comité de ética institucional (ref. 638 LUP0S0/22).
Resultados: Se incluyeron 83 pacientes, mediana de edad 50 años (RIC 35-61.5), 34 mujeres. La FI se debió a: intestino corto 31.3%, obstrucción mecánica 27.7%, dismotilidad intestinal 15.7%, fístula intestinal 14.4% y enfermedad extensa de la mucosa 10.8%. Al inicio del SNP el IMC fue <18.5 en 16 pacientes, 18.5-24.9 en 35, 25-29.9 en 22 y ≥30 en 10. Se constató anemia en 72 pacientes, proteína C reactiva ultrasensible (PCR) >0.5 mg/dL en 56, albúmina <3.5 g/dl en 72, alteración del ionograma en 39 y del hepatograma en 52. Por EGS, 18 pacientes presentaron desnutrición moderada y 65 severa. Durante el SNP, 22 pacientes desarrollaron alteración del ionograma y 8 del hepatograma. En 24 pacientes se constató bacteriemia asociada al CVC, con una tasa de 6.6 infecciones por cada 1000 días-catéter (IC 95% 4.4-10.0). La mediana de duración del SNP fue de 15 días (RIC 7-31.5), con una estancia hospitalaria de 48 (RIC 24.5-86). En 5 pacientes se requirió SNP domiciliario. Fallecieron 20 pacientes (24%). Se observó asociación significativa entre la mortalidad y edad ≥65 años (HR 13.3; 1.63-108.8; P=.01), hipoalbuminemia (HR 0.29; 0.13-0.66; P=.002) y desnutrición severa (HR 3.53; 1.14-14.7; P=.05), pero no con bacteriemia asociada a CVC (Figura 1).
Conclusiones: Una importante parte de los pacientes con FI inició SNP con desnutrición severa. El intestino corto fue la principal causa de FI. La hipoalbuminemia y la desnutrición se asociaron con mayor mortalidad. El desafío frente a una FI incluye el tratamiento de la causa, un SNP adecuado y la prevención de complicaciones, siendo necesario el trabajo multidisciplinario.

ÍNDICE DE AUTORES

Autor	Cód. Trabajo	Pág.
Ahualli G	Ga2031	53
Arramón M.	Ga2142	34
Bajo, J.	En1061	8
Baldoni F	En1062	8
Burrelo A.	En1054	8
Cartier M.	Ga2088	55
Conlon MC.	Ga2128	63
Dolan, Martin	Ga2069	30
Dulcich F.	Ga2029	51
Espinoza-Cárdenas J	Ga2099	46
Ferrer M.	Ga2025	34
Gullino L.	Ga2072	39
Hermida, R.	Ga2135	55
Iade B.	Ga2100	60
Ianina Belen Capaldi	Ga2091	58
Imhof H.	En1071	10
López, M.B	En1028	7
López, Salome	Ga2066	45
Man M.	Ga2139	52
Marcolongo MM.	Ga2136	39
Marini E.	Ga2028	43
Marriott-Diaz E.	Ga2100	60
Meligrana NE.	Ga2099	46
Molina L.	Ga2060	47
Monti C	En1018	14
Novillo, A.	En1031	6
PARDO B	Ga2021	45
Peter Bossuyt	Ga2103	53
Rainero GL.	Ga2098	41
Regnasco, S	En1014	21
Salazar V.	En1071	10
San Miguel P.	Ga2025	34
Sequeira A.	Ga2031	53
Vella A.	Nu4010	76
Yañez F.	En1071	10
Zamora R	Ga2126	27
Zárate F.E.	Ga2109	37
Abdala A.	En1064	10
Abecia V	En1070	22
Abecia V.	En1002	20
Abecia, V.	Ga2039	44
Achilli A	En1070	22
Achilli A.J.	Ga2044	44
Achilli, A.	Ga2039	44
Acquafresca, A	En1016	13
Adami P.	Ga2031	53
Adi J.	En1054	8
Adrian Bologna	Ga2091	58
Ahumada N.	Ga2169	33
Ahumada N.	Ga2094	51
Ahumada N.	Ga2095	56
Ahumada N.	Ga2093	48
Ahumarán G.	Ga2031	53
Alach J.	En1004	23
Alach R.	En1004	23
Alach R.	Ga2124	52

Autor	Cód. Trabajo	Pág.
Alania C.	Ga2057	32
Albornoz M.	En1044	16
Alburqueque HE.	En1064	10
Alcivar-Vasquez J.	En1027	24
Alcivar-Vasquez J.	En1012	25
Alcívar-Vásquez J.	En1025	20
Alcívar-Vásquez J.	En1029	18
Alcívar-Vásquez J.	En1026	19
Alcívar-Vásquez J.	En1036	22
Alcívar-Vásquez.	En1034	20
Allegretti S.	Ga2040	58
Allende M.	Ga2033	26
Alonso D.F.	Ga2117	62
Alonso D.F.	Ga2118	62
Alsina F.	Ga2040	58
Alsina R.	Ga2165	40
Alvarado Correa, R	Ga2055	50
Alvarado H.	En1027	24
Alvarado H.	En1029	18
Alvarado H.	En1012	25
Alvarado-Escobar H.	En1025	20
Alvarado-Escobar H.	En1026	19
Alvarado-Escobar H.	En1036	22
Alvarez	En1028	7
Álvarez A.	En1032	21
Amelong J.	En1044	16
Amieva L	En1003	5
Amieva L	Ga2152	66
Amieva, Leandro	Ga2069	30
Ananias F	En1062	8
Andino Di Masi, G.	Ga2153	70
Andrada Corona Yamila	Ga2049	69
Andrada L	Ga2167	68
Andrade-Zamora D.	Ga2098	41
Andrade-Zamora D.	Ga2099	46
Anita Afzali	Ga2103	53
AnnKatrin Petersen	Ga2103	53
Antoniska M	Pe3007	74
Aón, M.	En1023	16
Aracil J	En1063	7
Aracil J	En1063	7
Araujo G.	Ga2102	68
Arbona S	Ga2119	60
Arco M.	En1019	13
Arcucci MS.	Pe3006	73
Arcucci. MS	Pe3002	74
Arellano-Olmedo S.	Ga2100	60
Arenas Tenembaum J.	Ga2132	37
Arenas Tenembaum, J.	Ga2048	44
Arévalo-López M.	Ga2098	41
Arévalo-López M.	Ga2099	46
Arévalo-Mora M	En1025	20
Arevalo-Mora M.	En1012	25
Arévalo-Mora M.	En1034	20
Arévalo-Mora M.	En1027	24
Arévalo-Mora M.	En1029	18

GASTROENDO
REVISTA

ÍNDICE DE AUTORES

Autor	Cód. Trabajo	Pág.
Arévalo-Mora M.	En1026	19
Arévalo-Mora M.	En1036	22
Argüello M.	Ga2012	38
Argüello M.	Ga2013	49
Argüello M.	En1024	12
Argüero J.	Ga2064	45
Arisio S	Ga2028	43
Arisio S.	Ga2134	28
Arisio S.	Ga2027	28
Arisio S.	Ga2131	37
Arisio S.	Ga2156	38
Armas. D	Pe3003	74
Arramón M	En1063	7
Arramón M	En1062	8
Arramon M.	En1066	24
Arramon M.	En1065	19
Arramón M.	Ga2110	54
Arriola MA.	Ga2100	60
Arriola MA.	Ga2099	46
Arzamendia P	Ga2034	59
Asprea Alfano L	En1001	13
Asprea Alfano L	Ga2120	61
Asprea Alfano Leonardo	En1041	9
Asprea Alfano Leonardo	Ga2079	32
Assenza Parisi B.	Ga2156	38
Astuti B.	Ga2031	53
Avnaim, LB	Ga2108	33
Ayala M.	Ga2115	42
Ayala M.	Ga2024	42
Ayala M.	Ga2025	34
Balaban E.	Ga2133	41
Balaban E.	Ga2139	52
Balderramo D	Ga2104	65
Balderramo D.	Ga2140	56
Balderramo D.	En1039	17
Balderramo D.	Ga2163	33
Baldoni F	En1063	7
Baldoni F	Ga2142	34
Baldoni F.	En1066	24
Baldoni F.	Ga2070	65
Baldoni F.	En1065	19
Baldoni F.	Ga2046	67
Baldoni F.	Ga2143	39
Baldoni F.	Ga2045	48
Balfour D	Ga2104	65
Bañales M	En1045	14
Baquerizo-Burgo J.	En1026	19
Baquerizo-Burgos J.	En1025	20
Baquerizo-Burgos J.	En1027	24
Baquerizo-Burgos J.	En1029	18
Baquerizo-Burgos J.	En1012	25
Baquerizo-Burgos J.	Ga2100	60
Baquerizo-Burgos J.	En1036	22
BARBAA.	Ga2096	43
BARBA, A.	En1067	23
Barbaglia Y.	Ga2041	65
Barcia T	Ga2034	59
barrera John	Ga2125	26
Barreto Perez J.	En1027	24
Barreto-Pérez J	En1026	19
Barreto-Perez J.	En1012	25
Barreto-Pérez J.	En1025	20
Barreto-Pérez J.	En1029	18
Barreyro F.	Ga2102	68
Barreyro F.	En1052	15
Barreyro F.J.	Ga2053	67
Barreyro Fernando Javier	Ga2051	59
Barreyro J.	Ga2085	36
Barreyro J.	Ga2092	49
Barsi B.	Ga2134	28
Barsi B.	Ga2131	37
Barsi B.	Ga2028	43
Barsi B.	Ga2132	37
Barsi B.	Ga2156	38
Barsi,B	Ga2048	44
Basiglio, C	Ga2161	70
Bassi D.	Ga2040	58
Basso D	Ga2167	68
Bastidas, A.	Ga2004	46
Bazan, F.	Ga2081	66
Bazo M.	Pe3008	72
Bedini M.P.	Ga2109	37
Bedini O.	Ga2031	53
Bedini O.A	Ga2115	42
Bedini O.A	Ga2024	42
Bedini O.A.	Ga2026	29
Bedini O.A.	Ga2025	34
Begliardo A.	Ga2140	56
Begliardo A.	En1039	17
Begliardo A.	Ga2163	33
Belicoso M	Ga2104	65
Bellido-Caparó A.	Ga2098	41
Bellido-Caparó A.	Ga2099	46
Benitez F	En1045	14
Bentolila F	Ga2104	65
Bernardi G	En1043	13
Bertero M	Ga2101	36
Bertero M	Ga2121	42
Bessone F.	Ga2169	33
Bessone F.	Ga2094	51
Bessone F.	Ga2095	56
Bessone F.	Ga2093	48
Bessone, F	Ga2161	70
Betancur G.	Ga2063	71
Bezzoni P.	En1066	24
Bezzoni P.	Ga2143	39
Bezzoni P.	Ga2072	39
Bianchi E	Ga2034	59
Bigliardia R.	Ga2141	57
Bittar A.	Ga2013	49
Bocanegra V	Ga2119	60
Bogado SA	Ga2020	38

ÍNDICE DE AUTORES

Autor	Cód. Trabajo	Pág.
Bogado SA	Ga2019	58
Bonamico A.	Ga2109	37
Bori E	En1043	13
Boris J.	Ga2031	53
Bracone, H	Ga2130	70
Bracone, H	En1016	13
Bracone, H	En1014	21
Bracone, H	En1015	21
Branzello, E.	En1007	5
Branzello, E.	Ga2090	50
Brayer S	Ga2144	54
Brayer S	En1006	12
Brichta, I	Ga2049	69
Brichta, I.	Ga2035	35
Brito-Rueda T.	Ga2145	61
Bruno A.	Ga2005	34
Bucci P.	Ga2041	65
Bunces-Orellana O.	En1025	20
Buscaglia A.	Ga2046	67
Buscaglia A.	Ga2072	39
Busoni V	Pe3005	74
Busoni V.	Pe3002	74
Busoni VB.	Pe3006	73
Busoni.V	Pe3004	73
Bustos M.	En1069	18
Bustos M.	En1068	17
Butti A.	Ga2109	37
Caamargo D.	En1054	8
Cabanas, S.	Ga2039	44
Cabanne A.M.	Ga2038	40
Cabbad, S	Ga2016	32
Cabbad, S.	En1031	6
Cabral T.	En1032	21
Cabral, T	Ga2135	55
Calcagno R.	Ga2134	28
Calcagno R.	Ga2027	28
Calcagno R.	Ga2131	37
Calcagno R.	Ga2028	43
Calcagno R.	Ga2132	37
Calcagno R.	Ga2156	38
Calcagno V.	Ga2132	37
Calcagno, R.	Ga2048	44
Calderón O.	Ga2162	48
Calle-Loffredo D.	En1025	20
Calle-Loffredo D.	En1027	24
Calle-Loffredo D.	En1012	25
Calle-Loffredo D.	En1026	19
Calzona C.	Ga2050	35
Campaña M.	Ga2047	64
Campero L.	En1064	10
Campodónico A.	Ga2037	30
Campos L.	En1032	21
Campos, L	Ga2135	55
Campos, LM	En1028	7
Campoy EM.	Ga2119	60

Autor	Cód. Trabajo	Pág.
Canavesi A	En1045	14
Cande I	Ga2059	47
Candel I	En1001	13
Candel I.	Ga2123	29
Candel I.	Ga2107	69
CANDEL, I.	En1067	23
Canievsky E.	Ga2029	51
Cantelmi L	En1018	14
Cañola-Cortez R.	En1036	22
Capaldi I.	Ga2046	67
Capaldi I.	Ga2072	39
Cardozo, A	Pe3010	72
Carfagnini P.	Ga2137	31
Carina Tramandoni	Ga2103	53
Carlen M	Ga2119	60
Caronia M.V.	Ga2053	67
Caronia Virginia	Ga2051	59
Carraro C.	Ga2060	47
Carraro, MC.	Ga2049	69
Cartier, MG.	Ga2006	58
Caruso E	En1010	24
Caruso S.	En1032	21
Caruso, E	Ga2148	71
Caruso, E	Ga2149	63
Carvache L.	Ga2037	30
Casco MN.	Ga2136	39
Casella F	Ga2104	65
Castañeda R	Ga2031	53
Castellani, G	Ga2034	59
Castilla M.	Ga2075	49
Castilla M.	Ga2062	50
Castilla M.	Ga2063	71
Castillo G	Ga2101	36
Castillo G	Ga2121	42
Castillo G.	Ga2036	46
Castillo M.A.	Ga2023	41
Castillo M.A.	Ga2078	50
Cattaneo N.	Ga2075	49
Cattaneo N.	Ga2062	50
Cattaneo N.	Ga2058	64
Cattaneo N.	Ga2063	71
Cavedale J.	Ga2076	29
Cavedale J.	Ga2077	27
Cazon R	En1005	12
Cechetto, M.	Pe3010	72
Cecilia Chumacero	Ga2091	58
Cecilia Marta	Ga2103	53
Cerezo MJ	Ga2099	46
Cerezo MJ.	Ga2128	63
Cerezo MJ.	Ga2098	41
Cerezo MJ.	Ga2100	60
Cerezo MJ.	Nu4010	76
Cerezo MJ.	Ga2015	31
Cernadas G.	Ga2075	49
Cernadas G.	Ga2062	50
Cernadas G.	Ga2058	64

GASTROENDO
REVISTA

ÍNDICE DE AUTORES

Autor	Cód. Trabajo	Pág.
Cernadas G.	Ga2038	40
Cernadas G.	Ga2063	71
Cernadas, G.	Ga2073	35
Chamba Rosillo T.L.	Ga2040	58
Chang J.	Ga2030	55
Chazarreta A.	En1066	24
Chazarreta A.	Ga2143	39
Chazarreta Cifre M.	Pe3008	72
Chazarreta Cifre, M.	Pe3009	72
Chérrez-Ojeda I.	Pe3011	73
Chiaraviglio L.	En1039	17
Chiaraviglio L.	Ga2163	33
Chiaraviglio M.	En1044	16
Chiaraviglio ML.	Ga2140	56
Chiarella D	En1023	16
Chiarella D.	En1032	21
Chiarella, D	Ga2135	55
Chica-Valladolid I	Ga2030	55
Chiozza J.	Ga2145	61
Chiriano F.	En1032	21
Chiriano, F	Ga2135	55
Chopita N.	Ga2050	35
Chumacero C.	Ga2110	54
Chumacero C.	Ga2070	65
Chumacero C.	Ga2072	39
Cifuentes-Gordillo C.	En1025	20
Cifuentes-Gordillo C.	En1027	24
Cifuentes-Gordillo C.	En1029	18
Cifuentes-Gordillo C.	En1026	19
Cifuentes-Gordillo C.	En1036	22
Codd J.C.	Ga2075	49
COGHLAN E	En1053	18
Cohen Sabban .J	Pe3003	74
Cohen Sabban J	Pe3001	73
Cohen Sabban J	Pe3005	74
Cohen Sabban. J	Pe3002	74
Cohen Sabban.J	Pe3004	73
Cohn J.	En1034	20
Colombo, P.	En1023	16
Conlon MC.	Ga2098	41
Conlon MC.	Ga2100	60
Conlon MC.	Ga2099	46
Conlon MC.	Nu4010	76
Conlon MC.	Ga2015	31
Contreras M	Pe3007	74
Coppola D.	Ga2040	58
Corbett S.	En1034	20
Corbo, M	Ga2161	70
Coria C.	Ga2057	32
Cornelio C.	Ga2034	59
Corrado LM.	Ga2100	60
Correa A	Ga2119	60
Correa G	En1010	24
Correa G	En1063	7
Correa G	En1062	8
Correa G	Ga2143	39
Correa G. J.	En1065	19
Correa GJ.	En1066	24
Correa J.	Ga2110	54
Correa J.	Ga2142	34
Correa JG.	Ga2045	48
Cortese M.M.	Ga2169	33
Cortese M.M.	Ga2095	56
Cortese MM.	Ga2094	51
Cortese MM.	Ga2093	48
Corti R	Ga2034	59
Corti R.	Ga2060	47
Corti R.	Ga2029	51
Corti R.E.	Ga2038	40
Corti, R.	Ga2035	35
Costa MF.	Ga2139	52
Costanzi, J	Ga2055	50
Crocci EM	Ga2004	46
Crocci EM.	Ga2153	70
Crocci, EM.	Ga2049	69
Cuda L.	Ga2040	58
Cuestas A.	Ga2140	56
Cuestas A.	En1039	17
Cuestas A.	Ga2163	33
Cura MJ.	Ga2112	69
Cura P.	Ga2046	67
Cura P.	Ga2143	39
Cura P.	Ga2072	39
Curras A.	Ga2058	64
Curvale C.	Ga2117	62
Curvale C.	Ga2118	62
Daino D	Ga2034	59
Daluz J	Ga2037	30
Damiani A	Ga2025	34
Damiani A.	Ga2024	42
Daona N.	Ga2057	32
DARUICH J.	Ga2086	60
David T. Rubin	Ga2103	53
De Maria J.	Ga2007	54
De Maria J.	Ga2003	64
De Olivera S.	En1021	11
De Olivera S.	Ga2085	36
De Olivera S.	Ga2092	49
De Olivera S.	En1051	6
De Olivera S.	Ga2102	68
De Olivera S.	En1022	15
De Olivera S.	En1040	15
De Olivera S.	En1052	15
De Olivera S.	Ga2158	40
De Olivera S.	Ga2067	52
De Olivera, Sebastián	Ga2066	45
De Paula J	Ga2104	65
De Paula JA.	Ga2112	69
Del Castillo G.	Ga2029	51
Del Compare.M	Pe3003	74
Del Pedro V.	En1032	21
del Valle H	Ga2034	59

ÍNDICE DE AUTORES

Autor	Cód. Trabajo	Pág.
Del Valle R.	En1025	20
Del Valle R.	En1034	20
Del Valle R.	En1027	24
Del Valle R.	En1029	18
Del Valle R.	En1026	19
Del Valle R.; Rodríguez J.	En1036	22
Delgado-Intriago Y.	En1036	22
D'ercole V.	En1032	21
Di Domenico D.	Ga2123	29
Di Doménico D.	En1017	16
Di Donato B.	Ga2159	61
Di Marco M.	Ga2046	67
Di Marco M.	Ga2072	39
Di Paola L.	Ga2018	34
Díaz MA	En1064	10
DIAZ V.	En1050	10
Díaz Vélez Juan Pedro	En1020	11
Diaz, A	Ga2016	32
Diaz, A.	En1031	6
Dibenedetto V.	Pe3008	72
Diego A	Ga2007	54
Diego A.	Ga2003	64
Dima, G	Ga2073	35
Dolan M	Ga2152	66
Dolan, M.	En1003	5
Donatelli, M	En1016	13
Donatelli, M	En1014	21
Donatelli, M	En1015	21
Donoso J.	Ga2057	32
Dorelo R.	Ga2162	48
Dorelo R.	En1045	14
Douglas C. Wolf	Ga2103	53
Doweck J	Ga2034	59
Dr. Diaz, Victor	En1048	11
Dr. Diaz, Victor	En1049	17
Dr. Diaz, Victor	En1047	14
Dr. Ponce Granados, Marcelo	En1048	11
Dr. Ponce Granados, Marcelo	En1049	17
Dr. Ponce Granados, Marcelo	En1047	14
Dulbecco M	Ga2070	65
Dulcich F	Ga2034	59
Dulcich F.	Ga2060	47
Dutto C.	En1054	8
Edward V. Loftus Jr	Ga2103	53
Egas-Izquierdo G.	En1025	20
Egas-Izquierdo G.	En1027	24
Egas-Izquierdo G.	En1029	18
Egas-Izquierdo G.	En1012	25
Egas-Izquierdo G.	Ga2100	60
Egas-Izquierdo G.	En1026	19
Egas-Izquierdo G.	En1036	22
Egea M.	Ga2013	49
Elizondo K.	Ga2053	67
Elizondo Karina	Ga2051	59
Epele J.	En1071	10
Erazo-Zambrano J.	Ga2005	34
Erramuspe E.	En1032	21
Erramuspe, E	En1028	7
Escalante, A.	Pe3010	72
Escobar Fernandez R	En1001	13
Escobar Fernández R	Ga2034	59
ESCOBAR FERNÁNDEZ R	Ga2021	45
Escobar Fernández R	Ga2120	61
ESCOBAR FERNANDEZ R.	Ga2096	43
Escobar Fernández R.	En1017	16
Escobar Fernandez Rafael	Ga2079	32
Escobar Fernández Rafael	En1041	9
ESCOBAR FERNÁNDEZ, R	En1042	7
ESCOBAR FERNÁNDEZ, R.	En1067	23
Escobar R	Ga2059	47
Escobar R.	Ga2123	29
Escobar R.	Ga2065	68
Espinet, ML.	Ga2006	58
Espinosa F	En1010	24
Espinosa T.	Ga2115	42
Espinosa T.	Ga2024	42
Espinosa T.	Ga2025	34
Espinosa, F	Ga2148	71
Espinosa, F	Ga2149	63
Espinoza-Cárdenas J.	Ga2098	41
Espitia, D	En1016	13
Estay C.	Ga2098	41
Estay C.	Ga2099	46
Esteves A.	Ga2063	71
Estrada C.	Ga2159	61
Estrada C.	En1038	23
Estrada C.	En1037	6
Estrada C.	Ga2138	26
Estrada C.	Ga2018	34
Estrada C.	Ga2137	31
Estrada-Guevara L.	En1025	20
Etchevers MJ.	Ga2112	69
Etchevers, MJ.	Ga2108	33
Etchevers.M.J	Ga2127	42
Fabbrini, D.	Pe3009	72
Facio L.	Ga2133	41
Famiglietti A.	Pe3006	73
Farina C.	Ga2013	49
Fasano J.	En1069	18
Fasano J.	En1068	17
Fasoli R.	En1068	17
Fastman A	Pe3007	74
Federici, M.	Ga2049	69
Félix M.	Pe3011	73
Fernández F.	Ga2128	63
Fernandez G.	Ga2012	38
Fernandez G.	Ga2013	49
Fernandez G.	En1054	8
Fernandez G.	En1032	21
Fernandez G.	En1024	12
Fernandez G.	Ga2031	53
Fernandez J.	Ga2050	35

ÍNDICE DE AUTORES

Autor	Cód. Trabajo	Pág.
Fernández-Chávez M.	Ga2128	63
Fernández-Chávez M.	Nu4010	76
Fernando Baldoni	Ga2091	58
Ferreira M.	Ga2123	29
FERREIRA, M	En1042	7
FERREIRA, M.	En1067	23
Ferrer L.	Ga2106	56
Ferrer M.	Ga2024	42
Filo G.	Ga2031	53
Filomía ML.	Ga2145	61
Flores C.	Ga2076	29
Flores C.	Ga2077	27
Flores D.N	Ga2023	41
Flores N.D.	Ga2078	50
Fontan M.	Ga2159	61
Fontan M.	En1038	23
Fontan M.	En1037	6
Fontan M.	Ga2138	26
Fontan M.	Ga2018	34
Fontan M.	Ga2137	31
Forestier V.	Ga2075	49
Forestier V.	Ga2075	49
Forestier V.	Ga2062	50
Forestier V.	Ga2058	64
Forestier V.	Ga2133	41
Forestier V.	Ga2063	71
Francisco Tufare	Ga2091	58
Frangi. Md	Pe3003	74
FUENTES, A	Ga2021	45
Fugazza L.	Ga2040	58
Fugazzotto J.	En1032	21
Fugazzotto, J	En1023	16
Furia M.	Ga2133	41
Fuxman C	En1010	24
Fuxman C	Ga2104	65
Galletto, P.	En1061	8
Gallo J.	Pe3006	73
Gallo. MJ	Pe3002	74
Gallo. MJ	Pe3003	74
Gallo.MJ	Pe3004	73
Galvagno F.	Ga2159	61
Galvagno F.	En1038	23
Galvagno F.	En1037	6
Galvagno F.	Ga2138	26
Galvagno F.	Ga2018	34
Galvagno F.	Ga2137	31
Galvarini M	En1010	24
Garavento L	En1063	7
Garavento L	En1062	8
Garavento L.	Ga2050	35
Garavento L.	En1065	19
Garavento L.	Ga2142	34
Garavento L.	Ga2143	39
Garavento L.	Ga2045	48
Garb, L	Ga2143	39
Garbi L.	Ga2050	35
Garbi M	En1010	24
Garbi M.	Ga2110	54
Garbi M.	Ga2142	34
Garbi M.L.	En1065	19
Garbi ML.	En1066	24
Garbi, ML.	Ga2045	48
Garcete-Villar J.	Ga2098	41
Garcete-Villar J.	Ga2099	46
García Anapios L	En1010	24
García Anapios L.	Ga2159	61
García Anapios L.	En1038	23
García Anapios L.	En1037	6
García Anapios L.	Ga2138	26
García Anapios L.	Ga2018	34
García Anapios L.	Ga2137	31
Garcia M	En1055	19
García M.	Ga2013	49
García Samartino C	Ga2119	60
García-Encinas C.	Ga2098	41
García-Encinas C.	Ga2099	46
Garona J	Ga2118	62
Garona J.	Ga2117	62
Ghiraldo A	Ga2156	38
Ghiraldo A.	Ga2134	28
Ghiraldo A.	Ga2027	28
Ghiraldo A.	Ga2131	37
Ghiraldo A.	Ga2028	43
Giacomantone C.	Ga2038	40
Gil A.	Ga2107	69
Gil H	Ga2167	68
Gil Pomar J	Ga2152	66
Gilbarg A	Pe3001	73
Giménez F.	En1002	20
Giraudo F	En1010	24
Giraudo F.	En1066	24
Giraudo F.	Ga2110	54
Giraudo F.	Ga2050	35
Giraudo F.	En1065	19
Giraudo F.	Ga2142	34
Giraudo F.	Ga2143	39
Giraudo F.	Ga2072	39
Giraudo F.	Ga2045	48
Giudice F	En1037	6
Giudice F.	Ga2159	61
Giudice F.	En1038	23
Giudice F.	Ga2138	26
Giudice F.	Ga2018	34
Giudice F.	Ga2137	31
Giulioni P	Ga2034	59
Goggia P.	En1017	16
Goldman C.G.	Ga2038	40
Gollo P.	Ga2031	53
Golub M.	Ga2077	27
Golub. M	Ga2076	29
Gomez, E.J	Ga2148	71
Gomez, E.J	Ga2149	63

ÍNDICE DE AUTORES

Autor	Cód. Trabajo	Pág.
Goncalves S.	Ga2107	69
Gonzales M.	Ga2005	34
Gonzalez Ballerga E.	Ga2082	53
GONZALEZ BALLERGA E.	Ga2086	60
Gonzalez Ballerga, E.	Ga2081	66
Gonzalez J	Pe3007	74
Gonzalez M	Ga2165	40
Gonzalez M.L.	Ga2044	44
Gonzalez ML.	Ga2136	39
Gonzalez R	Ga2104	65
González Sueyro R	Ga2104	65
González Sueyro RC.	Ga2112	69
González, L.	En1023	16
González, M.	Ga2068	47
Gonzalez, M.L	Ga2127	42
González, ML.	Ga2039	44
Gorordo Ipiña C	Ga2034	59
Gorordo Ipiña R.C.	Ga2109	37
Gottardo M.F.	Ga2117	62
Gottardo M.F.	Ga2118	62
Gotti R.	Ga2128	63
Grizzuti M.	Ga2139	52
Guidi M.	Ga2007	54
Guidi M.	Ga2003	64
Gullino L	En1010	24
Gullino L	Ga2110	54
Gullino L.	En1066	24
Gullino L.	Ga2070	65
Gullino L.	Ga2143	39
Guma Strohmayer, M	En1014	21
Gustavo Javier Correa	Ga2091	58
Gutiérrez MB.	En1071	10
Guzmán E.	Ga2023	41
Guzman L.	Pe3006	73
Guzman M.	Ga2050	35
Guzmán M.	Ga2070	65
Guzman, G.	Ga2153	70
Hashimoto H.	Ga2082	53
Hashimoto H.	Ga2081	66
Hensel A	Ga2007	54
Hensel A.	Ga2003	64
Hensel A.	Ga2058	64
Hermida	En1028	7
Hermida R	En1018	14
Hermida R	Ga2104	65
Hermida R.	En1032	21
Hermida, R.	En1023	16
Hernandez, M	Ga2161	70
Herrera-Najum P	En1043	13
Hidalgo M.	En1004	23
Hidalgo M.	Ga2124	52
Higa M	En1070	22
Higa M.	Ga2140	56
Higa M.	En1039	17
Higa M.	En1002	20
Higa M.	Ga2163	33
Higa R.	En1019	13
Huens Casal C.	Ga2088	55
Huens Casal C.	Ga2009	31
Huernos S.	Ga2107	69
Hurtado González N	Ga2130	70
Hurtado González, N	Ga2010	28
Hwang HJ	En1018	14
Iade B.	Ga2098	41
Iade B.	Ga2099	46
Icaza Cárdenas, J	Ga2010	28
Icaza Cárdenas, J	Ga2055	50
Icaza Cárdenas, J	Ga2130	70
Icaza Cárdenas, J	En1016	13
Icaza Cárdenas, J	En1014	21
Icaza Cárdenas, J	Ga2154	67
Icaza Cárdenas, J	En1035	9
Icaza Cárdenas, J	En1015	21
Igor Jovanovic	Ga2103	53
Incahuanaco, L	En1035	9
Insausti A.	En1071	10
Iriarte M.	Ga2110	54
Iriarte M.	Ga2070	65
Iriarte M.	En1065	19
Iriarte M.	Ga2072	39
Isaguirre J.	En1071	10
Ithurralde Argerich, J	Ga2073	35
Iturralde O.	Ga2029	51
Janjetic M.A.	Ga2038	40
Jaureguizahar F.	Ga2169	33
Jaureguizahar F.	Ga2094	51
Jaureguizahar F.	Ga2095	56
Jaureguizahar F.	Ga2093	48
Jaureguizahar, F	Ga2161	70
Jean-Frederic Colombel	Ga2103	53
Jensen V.	Ga2134	28
Jensen V.	Ga2027	28
Jensen V.	Ga2028	43
Jensen V.	Ga2156	38
Jensen V.	Ga2133	41
Jimenez, C.	Pe3009	72
Jorda G.	Ga2053	67
Jorda Graciela	Ga2051	59
Jorge O.	En1054	8
Juárez A.P.	Ga2013	49
Jury G	En1003	5
Jury G	Ga2152	66
Jury, Gastón	Ga2069	30
Kahaleh M.	En1027	24
Kahaleh M.	En1012	25
Kallsten D.	Ga2102	68
Kisch A.	Ga2088	55
Kisch, A.	Ga2006	58
KOHAN MIRIAM	Ga2125	26
Koll L.	Ga2098	41
Koll L.	En1054	8
Koll L.	En1071	10

GASTROENDO
REVISTA

ÍNDICE DE AUTORES

Autor	Cód. Trabajo	Pág.
Koll L.	Ga2099	46
Kujaruc, M.	Ga2035	35
Kujaruk, M.	Ga2006	58
Kujaruk, MR.	Ga2004	46
Kujta, N.	Ga2049	69
Kulay.k	Pe3004	73
La Salvia D.	Ga2075	49
Lacuadra P	Ga2133	41
Ladux M.	Ga2040	58
Lafage M	Ga2144	54
Lafage M	En1006	12
Lafage M.	Ga2031	53
LAFERRERE L	En1053	18
Lanciotti J	En1005	12
Landi, L	Ga2148	71
Landi, L	Ga2149	63
Lasa J	En1010	24
Lasa J	Ga2097	27
Lasa J	En1011	22
Lasa J	Ga2104	65
Lasa J.	Ga2038	40
Lasa, J	Ga2148	71
Lasa, J	Ga2073	35
Lasa, J	Ga2149	63
Laudanno O	En1006	12
Laudanno O.	Ga2144	54
Laudanno O.	Ga2031	53
Lavorgna S.	Pe3008	72
Leiva L.	En1054	8
Lema R.	Ga2064	45
León Acurio, S	Ga2010	28
León Acurio, S	En1015	21
Leon T.	Ga2027	28
Leon T.	Ga2131	37
Leon T.	Ga2156	38
León T.	Ga2134	28
León T.	Ga2028	43
Licciardello M	En1018	14
Licciardello M.	En1032	21
Lifschitz C.	Pe3006	73
Linares M	Ga2104	65
Litwin N.	Ga2082	53
LLavona C.	Ga2117	62
LLavona C.	Ga2118	62
Llera M.	Ga2092	49
Llera M.	Ga2102	68
LLera M.	En1052	15
Llera S.	Ga2085	36
Llera S.	En1040	15
Llera Sosa M.	En1021	11
Llera Sosa M.	En1051	6
Llera Sosa M.	En1022	15
Llera Sosa M.	Ga2158	40
Llera Sosa M.	Ga2067	52
Llera Sosa, María Milena	Ga2066	45
LLerena F.	En1044	16
Lo Carmine Gammel, D.	Ga2006	58
Locicero P.	En1044	16
Lombardi G	Ga2059	47
LOMBARDI G	Ga2096	43
Lombardi J	Ga2167	68
Lombardi, G	Ga2065	68
Lopes M.	Ga2143	39
López Arteaga, E	Ga2154	67
López B.	En1032	21
Lopez Fagalde, Rafael	Ga2069	30
López G	Ga2085	36
López G	Ga2092	49
López G	En1040	15
López G.	En1051	6
López G.	En1022	15
López G.	Ga2158	40
López G.	Ga2067	52
Lopez M.	En1066	24
LOPEZ MINGORANCE F.	Ga2086	60
Lopez R	En1003	5
Lopez R	Ga2152	66
Lopez S.	Ga2102	68
Lopez S.	En1052	15
López S.	En1021	11
Lopez Villa S.	Ga2031	53
Lopez, M.	Ga2046	67
López, MB	Ga2135	55
Lorenzo Gullino	Ga2091	58
Lorna Charles	Ga2103	53
Lotero Polesel JC	Ga2020	38
Lotero Polesel JC	Ga2019	58
Lozzi R.D.	En1019	13
Lubieniecki D.	Ga2159	61
Lubieniecki D.	En1038	23
Lubrano P	Ga2104	65
Lucero N.	En1069	18
Lucero N.	En1068	17
Lucia A.	Ga2007	54
Lucia A.	Ga2003	64
Luciani J	Ga2034	59
LUDUEÑA G.	Ga2086	60
Luna FI.	Ga2100	60
Luzuriaga G.	En1051	6
Luzuriaga M.	En1021	11
Luzuriaga M.	Ga2102	68
Luzuriaga M.	En1022	15
Luzuriaga M.	En1052	15
Macías P.	Ga2088	55
Macias, P	Ga2035	35
Mahler M.	En1002	20
Maidana J	En1005	12
Majewski I.	Ga2159	61
Malaga I.	Ga2007	54
Malaga I.	Ga2003	64
Maldonado E.	Ga2168	57
Maldonado E.	Ga2005	34

ÍNDICE DE AUTORES

Autor	Cód. Trabajo	Pág.
Man M.	Ga2060	47
Man, M.	Ga2004	46
Man, M.	Ga2035	35
Man, M.	Ga2153	70
Manazzoni D.	En1002	20
Manazzoni D.	Ga2033	26
Mancini, M.	Ga2068	47
Mangoni A.	Ga2075	49
Manhães-Tolentino YF.	Ga2098	41
Manhães-Tolentino YF.	Ga2100	60
Manhães-Tolentino YF.	Ga2099	46
Mantero P.	Ga2038	40
Manzotti L	En1003	5
Manzotti L	Ga2152	66
Manzotti, Leandro	Ga2069	30
Marceno F	En1010	24
Marceno F	En1037	6
Marceno F.	Ga2159	61
Marceno F.	En1038	23
Marceno F.	Ga2138	26
Marceno F.	Ga2018	34
Marceno F.	Ga2137	31
Marchesi Olid L.	Ga2038	40
Marchi L.	Ga2018	34
Marchi ML.	Ga2168	57
Marchi ML.	Ga2015	31
Marcolongo M.	Ga2047	64
Marcolongo M.	En1002	20
Marcolongo M.	En1070	22
Marcolongo M.	Ga2165	40
Marcolongo M.	Ga2064	45
Marcolongo M.	Ga2033	26
Marcolongo M.M	Ga2127	42
Marcolongo MM.	Ga2112	69
Marcolongo, M.	Ga2039	44
Marcolongo, M.	Ga2068	47
Marcolongo, M.M.	Ga2044	44
Marcolongo, MM.	Ga2108	33
Maria Repetto	Ga2091	58
Marianela Arramón	Ga2091	58
Marin P.	En1065	19
Marin P.	Ga2142	34
Marín P.	Ga2046	67
Marín P.	Ga2045	48
Marini E.	Ga2134	28
Marini E.	Ga2027	28
Marini E.	Ga2131	37
Marini E.	Ga2156	38
MARINI JM	En1053	18
Marletta E	Ga2142	34
Marletta E	Ga2142	34
Marletta E.	Ga2046	67
Marletta E.	Ga2045	48
Marletta E.P.	En1065	19
Marriott-Blum D.	Ga2098	41
Marriott-Blum D.	Ga2100	60
Marriott-Blum D.	Ga2099	46
Marriott-Diaz E.	Ga2098	41
Marriott-Diaz E.	Ga2099	46
Martin G	Pe3003	74
Martin Yantorno	Ga2091	58
Martin-Delgado J.	Ga2098	41
Martin-Delgado J.	Ga2100	60
Martin-Delgado J.	Ga2099	46
Martinez Cerezo F	En1055	19
Martinez H.	Ga2050	35
Martínez M.	En1071	10
Martínez MM.	Ga2098	41
Martínez MM.	Ga2099	46
Martinez Rejtman L.	En1024	12
Martinez S	En1010	24
Martinez, S	Ga2073	35
Marturano M.	Ga2159	61
Marturano M.	En1038	23
Marturano M.	Ga2138	26
Marturano M.	Ga2018	34
Marturano M.	Ga2137	31
Marturano V	En1010	24
Maruelli S.	En1032	21
Marzulo S	Ga2104	65
Massa S.	Ga2058	64
Matano R.	Ga2007	54
Matano R.	Ga2075	49
Matano R.	Ga2003	64
Matanó R.	Ga2117	62
Matanó R.	Ga2118	62
Matoso M	En1070	22
Matoso, D.	Ga2068	47
Matoso, M.D	Ga2127	42
Maulen C.	Ga2098	41
Maulen C.	Ga2099	46
Maximiliano Iriarte	Ga2091	58
Medar P	En1068	17
Medar P.	En1069	18
Melano F	Ga2101	36
Melano F	Ga2121	42
Melano F.	Ga2036	46
Melano G	En1005	12
Meligrana N	En1010	24
Meligrana NE.	Ga2098	41
Méndez D.	Ga2162	48
Mendez JC.	En1012	25
Méndez JC.	Ga2100	60
Mendez, G.	Ga2035	35
Mendieta Otondo, F	Ga2154	67
Menendez L.	Pe3006	73
Menendez, S	En1037	6
Mercado J	En1005	12
Merfea RC.	En1025	20
Merfea RC.	En1027	24
Merfea RC.	En1029	18
Merfea RC.	En1012	25

GASTROENDO
REVISTA

ÍNDICE DE AUTORES

Autor	Cód. Trabajo	Pág.
Merfea RC.	En1026	19
Messere G	Ga2141	57
Michelena L.	En1004	23
Michelena L.	Ga2124	52
Micheletti E	Pe3001	73
Micheletti ME	Pe3005	74
Micheletti ME	Pe3007	74
Miconi D	En1003	5
Miconi D	Ga2152	66
Miconi, Diego	Ga2069	30
Miguel M	Ga2167	68
Milano MC.	Ga2128	63
Milano MC.	Ga2098	41
Milano MC.	Ga2100	60
Milano MC.	Ga2099	46
Milano MC.	Nu4010	76
Milano MC.	Ga2015	31
Militello RD	Ga2119	60
Milito D.	Ga2133	41
Milito D.	Ga2139	52
Mimura H.	Ga2040	58
Mimura Humberto	En1020	11
Minatti WR	Ga2119	60
Miñán-Arana F.	Ga2030	55
Mohailde, A	Ga2148	71
Mohailde, A	Ga2149	63
Molina L.	Ga2139	52
Molinari E.	Ga2134	28
Molinari E.	Ga2027	28
Molinari E.	Ga2131	37
Molinari E.	Ga2028	43
Molinari E.	Ga2156	38
Monestes, J.	Ga2153	70
Morales Tugues C	En1055	19
Moreira Granda, E	Ga2130	70
Moreira Granda, E	Ga2154	67
Moreno F.	En1019	13
Moreno Fernández F	En1055	19
Moreno M.	Ga2029	51
Moreno ML.	Ga2060	47
Moreno ML.	Ga2139	52
Moreno, ML.	Ga2035	35
Moreno, ML.	Ga2153	70
Moreno-Zambrano D.	En1025	20
Mulinaris AB.	Ga2112	69
Munguia A.	En1004	23
Munguia A.	Ga2124	52
Muñoz L.	Ga2094	51
Musso C.G	Ga2127	42
Nachman F	En1018	14
Naiderman D	En1003	5
Naiderman D	Ga2152	66
Najum P.	En1071	10
Nastri M.	Pe3008	72
Navar S	En1010	24
Navar, S.M	Ga2148	71
Navar, S.M	Ga2149	63
Navarro A	En1005	12
Navarro A.	En1064	10
Navarro Barlés A	En1055	19
Navas L.	Ga2169	33
Navas L.	Ga2094	51
Navas L.	Ga2095	56
Navas L.	Ga2093	48
Naves A. E.	Ga2026	29
Naves A.E	Ga2115	42
Naves A.E	Ga2024	42
Naves A.E	Ga2025	34
Nazario E	Ga2104	65
Neder M.D.	Pe3008	72
Neder, M.D.	Pe3009	72
Negreira S.	Ga2107	69
Nemirovsky L.	Ga2123	29
Nemirovsky, L	En1017	16
NEMIROVSKY, L	Ga2021	45
Notari L.	En1032	21
Novillo A	Ga2104	65
Novillo, A	Ga2016	32
Ojeda M.	Ga2098	41
Ojeda M.	Ga2099	46
Olga Alekseeva	Ga2103	53
Olivera P	Ga2104	65
Olivero M	Ga2167	68
Olmos J.	Ga2082	53
OLMOS J.	Ga2086	60
Olmos J.I.	Ga2082	53
Olmos, J.A.	Ga2081	66
Olmos, J.I.	Ga2081	66
Olvera J.	Ga2057	32
Omodeo J	Ga2104	65
Omonte-Zambrana A.	Ga2128	63
Omonte-Zambrana A.	Ga2098	41
Omonte-Zambrana A.	Ga2100	60
Omonte-Zambrana A.	Ga2099	46
Omonte-Zambrana AM.	Nu4010	76
Omonte-Zambrana AM.	Ga2015	31
Oneto N	En1018	14
Oneto N.	En1032	21
Ongay RL	Ga2119	60
Onocko C.	Ga2140	56
Onocko C.	En1039	17
Onocko C.	Ga2163	33
Orbe G.	Ga2002	66
Oregui ME.	Ga2139	52
Orellana D	En1010	24
Orellana D.	Ga2040	58
Orellana, D	Ga2148	71
Orellana, D	Ga2149	63
Orsi M.	Pe3006	73
Orsi M	Pe3001	73
Orsi M.	Pe3008	72
Orsi M.	Pe3005	74

ÍNDICE DE AUTORES

Autor	Cód. Trabajo	Pág.
Orsi. M	Pe3003	74
Orsi.M	Pe3004	73
Orsi.M	Pe3002	74
Ortiz J.	Ga2047	64
Ortiz L.	Ga2050	35
Ortiz P.G.	Ga2044	44
Ortiz PG.	Ga2136	39
Ortiz Suarez P	En1070	22
Ortiz Suarez, P.	Ga2068	47
Ortiz, P.	Ga2108	33
Osorio G.	Ga2077	27
Osorio.G	Ga2076	29
Osso B.	En1032	21
Osso, B	En1028	7
Otero J.	Ga2145	61
Padin L.	Ga2159	61
Padin L.	Ga2018	34
Padín L.	En1037	6
Padín L.	Ga2138	26
Padín L.	Ga2137	31
Padín, L.	En1038	23
Pages M.	En1065	19
Pagés M.	Ga2046	67
Pagés M.	Ga2045	48
Pagés Polegritti M.	Ga2142	34
Pagliere N	En1001	13
Pagliere Nicolas	Ga2079	32
Paiz-Tierno J.	Ga2128	63
Paiz-Tierno J.	Nu4010	76
Pallitto B.	Ga2017	63
Panigadi, N.G	Ga2148	71
Panigadi, N.G	Ga2149	63
Paola R.	En1022	15
Paola R.	Ga2158	40
Parajon JP	Ga2060	47
Parajon, JP.	Ga2035	35
Pardo B	Ga2059	47
Pardo B	En1001	13
PARDO B	Ga2096	43
Pardo B	Ga2120	61
Pardo B.	Ga2123	29
PARDO B.	En1067	23
Pardo Barbara	En1041	9
Pardo Barbara	Ga2079	32
Pardo, B	Ga2065	68
Pardo, B	En1017	16
PARDO, B	En1042	7
Paredes S.	En1071	10
Pascal A.	Ga2050	35
Pascual Russo A.	Ga2133	41
Pasqua A.	Ga2165	40
Pastorino M.	En1019	13
Paternó M	Ga2139	52
Paterno M.	Ga2060	47
Paterno, M.	Ga2004	46
Paterno, M.	Ga2035	35
Paterno, M.	Ga2153	70
Paterno, MR.	Ga2006	58
Paternó, MR.	Ga2049	69
Patiño O.	Ga2017	63
Patrón Costas G.	Ga2023	41
Patrón Costas G.	Ga2078	50
Patrón Costas L.	Ga2023	41
Patrón Costas L.	Ga2078	50
Paz E.	Pe3008	72
Paz L	En1006	12
Pedreira, S.C.	Ga2148	71
Pedreira, S.C.	Ga2149	63
Pellegrini PA	Ga2119	60
Pelusa, F	Ga2161	70
Penalba M.	Ga2057	32
Perdomo J	Ga2141	57
Perdomo J.	Ga2017	63
Pereyra C.	En1004	23
Pereyra C.	Ga2124	52
Pereyra F	Ga2126	27
Pereyra L	En1010	24
Pereyra L	En1011	22
Pereyra L.	Ga2097	27
Pereyra, L	Ga2148	71
Pereyra, L	Ga2149	63
Pérez Esparza C.	En1032	21
Perez Esparza, C	En1028	7
Perez Esteban	En1028	7
Perez Esteban	En1028	7
Perez Esteban	En1028	7
Pérez Esteban N	En1032	21
Perez T	Ga2165	40
Perez T	Ga2033	26
Perez T.M	Ga2127	42
Pérez-Arnaiz N.	Ga2015	31
Perlo M.	Ga2124	52
Perlo M.N	En1004	23
Perna L.	Ga2005	34
Perna LA.	Ga2168	57
Perna LA.	Ga2015	31
Pesantez M.	Ga2159	61
Pesantez M.	En1038	23
Pesantez M.	En1037	6
Pesantez M.	Ga2138	26
Pesantez M.	Ga2018	34
Pesántez M.	Ga2137	31
Pezzarini, E	Ga2161	70
Pezzutti H	Ga2167	68
Pia A	En1070	22
Piccinetti, A	Ga2016	32
Piccinetti, A.	En1031	6
Pignataro S	Ga2034	59
Pinasco, R	Ga2010	28
Pinasco, R	Ga2154	67
PISAREVSKY A.	Ga2086	60
Piskorz M.	Ga2082	53

GASTROENDO
REVISTA

ÍNDICE DE AUTORES

Autor	Cód. Trabajo	Pág.
PISKORZ M.	Ga2086	60
Piskorz, M.	Ga2081	66
Pitanga-Lukashok H	En1026	19
Pitanga-Lukashok H.	En1025	20
Pitanga-Lukashok H.	En1027	24
Pitanga-Lukashok H.	En1029	18
Pitanga-Lukashok H.	En1012	25
Pitanga-Lukashok H.	Ga2098	41
Pitanga-Lukashok H.	Ga2100	60
Pitanga-Lukashok H.	Ga2099	46
Pitanga-Lukashok H.	En1036	22
Pizzala J.	En1002	20
Polo A.	Ga2057	32
Ponce C	En1010	24
PONCE GRANADOS M.	En1050	10
Ponce J	Ga2121	42
Ponce J.	Ga2036	46
Ponce, C.S	Ga2148	71
Ponce, C.S	Ga2149	63
Pontis, M.	Ga2090	50
Ponzo. N	Pe3002	74
Porfilio G	Ga2085	36
Porfilio G	Ga2092	49
Porfilio G	En1040	15
Porfilio G.	En1022	15
Porfilio G.	Ga2158	40
Porfilio Gularte G	En1021	11
Porfilio Gularte G.	En1051	6
Porfilio Gularte G.	Ga2102	68
Porfilio Gularte G.	En1052	15
Porfilio Gularte Giovanna	Ga2067	52
Porfilio Gularte, Giovanna	Ga2066	45
Portillo L.	Ga2134	28
Portillo L.	Ga2027	28
Portillo L.	Ga2131	37
Portillo L.	Ga2131	37
Portillo L.	Ga2028	43
Portillo L.	Ga2132	37
Portillo L.	Ga2156	38
Portillo,L.	Ga2048	44
Precetti F	Ga2027	28
Precetti F.	Ga2134	28
Precetti F.	Ga2131	37
Precetti F.	Ga2028	43
Precetti F.	Ga2156	38
Pretz, C	Ga2065	68
Prosen A.	Ga2102	68
Pucci B	Ga2144	54
Pucci B	En1006	12
Pucci B.	Ga2031	53
Puga-Tejada M.	Ga2168	57
Puga-Tejada M.	Ga2037	30
Puga-Tejada M.	En1025	20
Puga-Tejada M.	En1034	20
Puga-Tejada M.	En1027	24
Puga-Tejada M.	Ga2128	63
Puga-Tejada M.	Pe3011	73
Puga-Tejada M.	En1029	18
Puga-Tejada M.	En1012	25
Puga-Tejada M.	Ga2098	41
Puga-Tejada M.	Ga2030	55
Puga-Tejada M.	Ga2100	60
Puga-Tejada M.	En1071	10
Puga-Tejada M.	Ga2099	46
Puga-Tejada M.	En1026	19
Puga-Tejada M.	En1036	22
Puga-Tejada M.	Ga2145	61
Puga-Tejada M.	Nu4010	76
Puga-Tejada M.	Ga2015	31
Puga-Tejada M.	Ga2005	34
Quines S	En1003	5
Quines S	Ga2152	66
Quintero O	Ga2104	65
Quiñones S.	Ga2138	26
Quiñones S.	Ga2137	31
Rafaelli C.	Ga2076	29
Rafaelli C.	Ga2077	27
Raijman I.	En1027	24
Raijman I.	En1012	25
Rainero G	En1010	24
Rainero GL.	Ga2099	46
Ramaccioti G	En1003	5
Ramaccioti G	Ga2152	66
Ramacciotti, Gonzalo	Ga2069	30
Ramírez J.	Ga2009	31
Ramón GD.	Pe3011	73
Ramón GN.	Pe3011	73
Ramos R.	Ga2062	50
Ramos R.	Ga2058	64
Ramos R.	Ga2063	71
Ramos R.I.	Ga2075	49
Randy Longman	Ga2103	53
Rastislav K.	En1012	25
Rausch A	Ga2104	65
Redondo A	En1063	7
Redondo A	En1062	8
Redondo A.	En1066	24
Redondo A.	Ga2050	35
Redondo A.	En1065	19
Redondo A.	Ga2143	39
Redondo A.	Ga2045	48
Reggiardo M.V.	Ga2169	33
Reggiardo M.V.	Ga2095	56
Reggiardo MV.	Ga2094	51
Reggiardo MV.	Ga2093	48
Reggiardo, M	Ga2161	70
Regnasco, S	Ga2010	28
Regnasco, S	Ga2055	50
Regnasco, S	Ga2130	70
Regnasco, S	En1016	13
Regnasco, S	Ga2154	67
Regnasco, S	En1035	9

ÍNDICE DE AUTORES

Autor	Cód. Trabajo	Pág.
Regnasco, S	En1015	21
Reineck P	Ga2092	49
Reineck P.	Ga2085	36
Reineck P.	Ga2102	68
Reineck P.	En1040	15
Reineck P.	En1052	15
Reineck, Paola	Ga2066	45
Reinek P	En1021	11
Reinek P.	En1051	6
Reinek P.	Ga2067	52
Reyes K	En1010	24
Rifrani Puyade G.	Ga2169	33
Rifrani Puyade G.	Ga2094	51
Rifrani Puyade G.	Ga2095	56
Rifrani Puyade G.	Ga2093	48
Riu C.	En1032	21
Riu, C.	En1023	16
Riveros I	En1021	11
Riveros I	Ga2158	40
Riveros I.	Ga2085	36
Riveros I.	Ga2092	49
Riveros I.	En1051	6
Riveros I.	Ga2102	68
Riveros I.	En1022	15
Riveros I.	En1040	15
Riveros I.	En1052	15
Riveros I.	Ga2067	52
Riveros, Ignacio	Ga2066	45
Rizzolo M.	Ga2009	31
Rizzolo, M.	Ga2049	69
Rizzolo, M.	Ga2153	70
Roatta R.	Ga2057	32
Robles-Medranda C.	En1025	20
Robles-Medranda C.	En1034	20
Robles-Medranda C.	En1027	24
Robles-Medranda C.	En1029	18
Robles-Medranda C.	En1012	25
Robles-Medranda C.	Ga2098	41
Robles-Medranda C.	Ga2100	60
Robles-Medranda C.	Ga2099	46
Robles-Medranda C.	En1026	19
Robles-Medranda C.	En1036	22
Rocca A	Pe3007	74
Rocca A.M.	Pe3008	72
Rocca, A.M.	Pe3009	72
Rodil A.	Ga2169	33
Rodil, M	Ga2161	70
Rodrigo Belloni	Ga2091	58
Rodríguez Bruno, C	Ga2004	46
Rodríguez Bruno, C.	Ga2153	70
Rodriguez J.	Ga2076	29
Rodriguez J.	Ga2077	27
Rodriguez J.	En1027	24
Rodriguez J.	En1012	25
Rodríguez J.	Ga2002	66
Rodríguez J.	En1025	20
Rodríguez J.	En1029	18
Rodríguez J.	En1026	19
Rodríguez MP.	En1036	22
Rodriguez P.	En1043	13
Rodríguez P.	En1071	10
Rodríguez S	Ga2034	59
Rodriguez Varas A.	Ga2036	46
Rodriguez Varas M	Ga2101	36
Rodriguez Varas M	Ga2121	42
Rodríguez-Santi A.	Ga2100	60
Rohwain M.	Ga2107	69
Román H.O.	En1019	13
Romeo J.	Ga2134	28
Romeo J.	Ga2027	28
Romeo J.	Ga2131	37
Romeo J.	Ga2028	43
Romeo J.	Ga2156	38
Romero G.	Ga2072	39
Romero V.	Ga2102	68
Romero, G.	Ga2004	46
Rondon A.	Ga2057	32
Roth Kriger Roxana	En1020	11
Rotholz, N	Ga2148	71
Rotholz, N	Ga2149	63
Rotondo S.	En1019	13
Royg D.	En1040	15
Royg Jara D.	En1052	15
Ruffinengo O.	Ga2169	33
Ruffinengo O.	Ga2094	51
Ruffinengo O.	Ga2093	48
Ruffinengo, O	Ga2161	70
Ruiz J.	Ga2076	29
Ruiz J.	Ga2077	27
Ruiz N	En1003	5
Ruiz N	Ga2152	66
Ruiz, Nicolás	Ga2069	30
Saá, E	En1015	21
Saa, E.	Ga2010	28
Saa, E.	En1014	21
Saa, E.	En1035	9
Saá, E.	Ga2055	50
Saá, E.	Ga2130	70
Saá, E.	En1016	13
Saá, E.	Ga2154	67
Saenz J.	Ga2117	62
Saenz J.	Ga2118	62
Sala J.	Ga2141	57
Salas V.	Ga2005	34
Salcedo R	Ga2141	57
Salcedo R.	Ga2017	63
Salgado R.	Ga2088	55
Salgado R.	Ga2029	51
Salgado W	Ga2029	51
Salgado W.	Ga2009	31
Salmon C.	En1004	23
Salmon C.	Ga2124	52

ÍNDICE DE AUTORES

Autor	Cód. Trabajo	Pág.
Saltos S.	Ga2159	61
Saltos S.	En1038	23
Saltos S.	Ga2138	26
Saltos S.	Ga2018	34
Saltos S.	Ga2137	31
Saltos.	En1037	6
Sambresqui A	Ga2144	54
Sambresqui A	En1006	12
Sambresqui A.	Ga2002	66
Sambuelli A.	Ga2107	69
San Miguel P.	Ga2026	29
San Miguel P.	Ga2115	42
San Miguel P.	Ga2024	42
Sánchez B	Ga2104	65
Sánchez de Loria J.	Ga2005	34
Sánchez Leguizamo A.	Ga2064	45
Sánchez Marín A	En1055	19
Sánchez MB.	Ga2112	69
Sanchez N.	Ga2053	67
Sanchez Nicolas	Ga2051	59
Sanchez, MB.	Ga2108	33
Sanguinetti G	Ga2119	60
Sanguinetti J.M.	Ga2023	41
Sanguinetti JM	Ga2020	38
Sanguinetti JM	Ga2019	58
Santillán Márquez M.E.	Ga2078	50
Santino J.	Ga2033	26
Santino P.	Ga2165	40
Santino, J.	Ga2068	47
Sarem M	En1055	19
Sarkar A.	En1012	25
Sartori D	Ga2102	68
Sartori D.	En1052	15
Sayanes V	En1003	5
Sayanes V	Ga2152	66
Sayanes, Victoria	Ga2069	30
Scacchi A	Ga2104	65
Scacchi A.	En1032	21
Scarponi A	Ga2072	39
Scarponi A.	Ga2050	35
Scarponi A.	Ga2046	67
Schneider A.	Ga2053	67
Schneider Adolfo	Ga2051	59
Sciangula M	Ga2085	36
Sciangula M	En1040	15
Sciangula M.	En1022	15
Sciangula M.	En1052	15
Sciangula M.	Ga2158	40
Sciangula M.	Ga2067	52
Sciangula, Mariana	Ga2066	45
Sciarretta M	En1063	7
Sciarretta M	En1062	8
Scolnik M.	Ga2064	45
Segatori V.I.	Ga2117	62
Segatori V.I.	Ga2118	62
Segura V.	Ga2013	49
Semrik N.M.	Ga2109	37
Sequeira A	Ga2123	29
Sequeira A	Ga2059	47
Sequeira A	Ga2065	68
Sequeira A	Ga2120	61
Sequeira Agustin	Ga2079	32
Sequeira Luis Agustín	En1041	9
SEQUEIRA, A	En1042	7
SEQUEIRA, A	Ga2021	45
Serra. M.	Ga2044	44
Shahid H.	En1012	25
Siffredi J.	Pe3008	72
Silva N	En1043	13
Silva N C Y	En1013	9
Silva. M.	Ga2090	50
Silvia M.	Ga2017	63
Silvio Danese	Ga2103	53
Simian D.	Ga2098	41
Simian D.	Ga2099	46
Smabuelli G	En1043	13
Smolarczuk A	En1010	24
Smolarzuck, A	Ga2149	63
Smolarzuck, A.D	Ga2148	71
Sobol N.T.	Ga2117	62
Sobol N.T.	Ga2118	62
Sobrero J.	Ga2165	40
Sobrero MJ.	Ga2112	69
Soifer, L.	Ga2073	35
Solari I.	Ga2005	34
Solernó L.	Ga2117	62
Solernó L.	Ga2118	62
SORDA J.	Ga2086	60
Sornoza C.	Ga2076	29
Sornoza C.	Ga2077	27
Sosa M	Ga2101	36
Sosa M	Ga2121	42
Spalletti L.	Ga2124	52
Spiazzi RA.	Ga2128	63
Spiazzi RA.	Ga2098	41
Spiazzi RA.	Ga2100	60
Spiazzi RA.	Ga2099	46
Spiazzi RA.	Nu4010	76
Spiazzi RA.	Ga2015	31
Stave Salgado K.	Ga2075	49
Stefanolo J.	Ga2133	41
Steinberg L	En1010	24
Steinberg L	Ga2097	27
Steinberg L	En1011	22
Steinberg S.	En1034	20
Steinberg, L	Ga2148	71
Steinberg, L	Ga2149	63
Suarez D.	En1060	18
Suarez J.	En1032	21
Suarez Pellegrino A	Ga2104	65
Tagliaferro G	Pe3001	73
Tagliaferro G	Pe3005	74

ÍNDICE DE AUTORES

Autor	Cód. Trabajo	Pág.
Takeda S.	Pe3008	72
Tamagnone N.	Ga2169	33
Tamagnone N.	Ga2094	51
Tamagnone N.	Ga2095	56
Tamagnone N.	Ga2093	48
Tamargo J	En1003	5
Tamargo J.	Ga2152	66
Tanno F.	Ga2094	51
Tanno F.	Ga2095	56
Tanno F.	Ga2093	48
Tanno H.	Ga2094	51
Tanno H.	Ga2095	56
Tanno H.	Ga2093	48
Tanno M.	Ga2094	51
Tanno M.	Ga2095	56
Tanno M.	Ga2093	48
Tanno, F	Ga2161	70
Tanno, H	Ga2161	70
Tanno, M	Ga2161	70
Tárraga M.	Ga2012	38
Tárraga M.	Ga2013	49
Tárraga M.	En1024	12
Tassi V.	Ga2117	62
Tassi V.	Ga2118	62
Tedeschi F.	Ga2041	65
Terry Ponich	Ga2103	53
Tevez, A.	Ga2082	53
Tevez, A.	Ga2081	66
Tirado P	Ga2104	65
Tirado P.	Ga2107	69
Tobares N.	Ga2106	56
Toledo G.	Ga2040	58
Topor J	Ga2034	59
Torello R.	Ga2140	56
Torello R.	En1039	17
Torello R.	Ga2163	33
Toro M	Ga2097	27
Toro M	Ga2104	65
Torrico F.	Ga2005	34
Torrico Paz, O	Ga2010	28
Torrico Paz, O	Ga2154	67
Torrico, Paz O	Ga2055	50
Tosti R.	En1032	21
Tosti, R	Ga2135	55
Trakál E.	Ga2109	37
Trakal J	Ga2034	59
Trakal J.J.	Ga2109	37
Trucco A.	En1032	21
Tufare F	En1063	7
Tufare F	En1062	8
Tufare F	Ga2143	39
Tufare F.	En1066	24
Tufare F.	Ga2110	54
Tufare F.	Ga2070	65
Tufare F.	En1065	19
Tufare F.	Ga2142	34
Tufare F.	Ga2046	67
Tufare F.	Ga2072	39
Tufare F.	Ga2045	48
Tyberg A.	En1012	25
Ubeira R.	Ga2002	66
Uehara T.	Ga2082	53
Uehara, T.	Ga2081	66
Ulivarri F	Ga2034	59
Ursino F	Pe3001	73
Ursino F	Pe3005	74
Ustares F.	Ga2031	53
Valdemoros P	Ga2097	27
Valdemoros P	Ga2119	60
Valdez D.	Ga2133	41
Valdéz D.	En1032	21
Valdez, D	Ga2135	55
Valdiviezo E.	Ga2023	41
Valdiviezo E.M.	Ga2078	50
Valero M.	Ga2098	41
Valero M.	En1071	10
Valero M.	Ga2099	46
Vanegas E.	Pe3011	73
Vaquer CC	Ga2119	60
Varela, MJ	Ga2130	70
Varela, MJ	En1014	21
Varela, MJ	En1035	9
Varela, MJ	En1015	21
Vargas-González M.	En1036	22
Vázquez H.	Ga2060	47
Vázquez, H.	Ga2006	58
Vázquez, H.	Ga2004	46
Vázquez, H.	Ga2049	69
Vázquez, H.	Ga2035	35
Vázquez, H.	Ga2153	70
Vega, M.	En1007	5
Velasco Hernández P.	Ga2063	71
Velazquez A	Ga2104	65
Vella A.	Ga2128	63
Verni A.	En1060	18
Veron G.A.	Pe3008	72
Veron, G.	Pe3010	72
Verón, Gabriel	Ga2066	45
Victoria R.	En1054	8
Villa L	Ga2141	57
Villa L.	Ga2017	63
Villalba J.	En1032	21
Villarpando-Plaza P.	Ga2168	57
Villarpando-Plaza P.	Ga2005	34
Villaverde A.	En1002	20
Vintimilla E.	Ga2005	34
Viñuela C.	En1054	8
Viola L.	Ga2002	66
Visso A	Ga2120	61
Viudez P	Ga2076	29
Viudez P.	Ga2077	27
Vlcek-Vera K.	Ga2098	41

ÍNDICE DE AUTORES

Autor	Cód. Trabajo	Pág.
Vlcek-Vera K.	Ga2099	46
Vogel E.	Ga2117	62
Vogel E.	Ga2118	62
Warley F.	Ga2047	64
Weyersberg C	Pe3007	74
Weyersberg, C.	Pe3009	72
Wright F.	Ga2064	45
Yantorno M	En1010	24
Yantorno M	En1063	7
Yantorno M	En1062	8
Yantorno M	Ga2142	34
Yantorno M.	En1066	24
Yantorno M.	Ga2110	54
Yantorno M.	En1065	19
Yantorno M.	Ga2143	39
Yantorno M.	Ga2045	48
Yañez C.	En1009	5
Yañez, F.	En1007	5
Yonamine K.	Ga2117	62
Yonamine K.	Ga2118	62
Zalazar F.	Ga2041	65
Zambello, Y.	Ga2161	70
Zanetti M.	Ga2012	38
Zanetti M.	Ga2013	49
Zanetti M.	En1024	12
Zapata PD.	Ga2053	67
Zapata Pedro Darío	Ga2051	59
Zarate F	Ga2101	36
Zarate F	Ga2121	42
Zavalla J.	En1032	21
Zeballos P	Ga2167	68
Zerbo O.	Ga2029	51
Zimman S.	Ga2112	69
Zitelli L	Ga2095	56
Zitelli L.	Ga2169	33
Zitelli L.	Ga2094	51
Zitelli L.	Ga2093	48
Zubiaurre I	Ga2097	27
Zubiaurre I	Ga2104	65
Zubiaurre I.	Ga2062	50
Zubillaga M.B.	Ga2038	40

GASTROENDO

REVISTA

Federación Argentina de Gastroenterología

FEDERACIÓN ARGENTINA DE ASOCIACIONES DE ENDOSCOPIA DIGESTIVA