

TO - ESÓFAGO

0005 - ¿QUE SE TRAGO MI HIJO? URGENCIAS EN NIÑOS POR INGESTIÓN DE CUERPO EXTRAÑO EXPERIENCIA DE 6 AÑOS EN UN HOSPITAL PEDIÁTRICO

Modalidad: 1-Trabajos Originales (oral)

Unidad Temática: Gastro: Esófago

Unidad Temática 2: Gastro: Pediatría

LOSADA GOMEZ, Claudia Liliana | GONZALEZ, Teresita | BERNEDO, Viviana | ZUBIRI, Cecilia | GUZMAN, Luciana | BOROBIA, Paula | BALCARCE, Norma | ZOSI, Anabella | CHEREAU, Clara | MENENDEZ, Lorena | RUIZ, Lucas | MANTE-ROLA, Manuela | MARTINEZ, Karol | LEIZA, Lorena | MICULAN, Sandro | NANFI-TO, Gabriela | BESGA, Andrea | CUETO, Eduardo | BEN, Ricardo

INSTITUTO DE DESARROLLO E INVESTIGACIONES PEDIÁTRICO (IDIP), HOSPITAL DE NIÑOS DE LA PLATA, CICPBA

Trabajo: La ingestión de cuerpo extraño es un accidente evitable; considerado la 2ª causa de indicación de endoscopia de urgencia después de la hemorragia de vías digestivas; es un problema frecuente en la población pediátrica. Los niños pueden ingerir cualquier tipo de objeto, la mayoría pueden pasar sin inconvenientes por el tracto gastrointestinal; pero algunos de ellos pueden poner en riesgo la vida o acarrear complicaciones. Aproximadamente el 80% de cuerpos extraños atraviesan el tubo digestivo sin ocasionar manifestaciones clínicas ni complicaciones; sin embargo, un 20% puede impactar en el esófago y causar vómitos, odinofagia, disfagia y sialorrea. De estos 19 % requieren extracción endoscópica y 1% extracción quirúrgica. En niños mayores, objetos de menos de 2 cm de ancho y hasta 5 cm de longitud pasan el píloro sin problemas. En niños pequeños y lactantes, el límite de la longitud es de 3 cm. METODOLOGÍA: Estudio transversal, descriptivo y retrospectivo. Se analizó la base de datos de VEDA en el período comprendido entre Febrero 2010 y Febrero 2016. RESULTADOS: Durante estos últimos 6 años se efectuaron un total de 1955 video endoscopías digestivas altas, correspondiendo 187 (9,6%) a ingestión de cuerpos extraños. Los 187 casos se distribuyeron así: 47% niños (87) y 53% niñas (100). La edad promedio de los pacientes fue de 4 años. Siendo el menor de ellos un lactante de 8 meses y el mayor un adolescente de 14 años de edad. En cuanto al rango etareo, el grupo más afectado fue el de los pre-escolares >2 y <6 años, representando el 60,4% de los casos analizados. El tipo de cuerpo extraño más frecuentemente alojado en el tracto gastrointestinal superior fueron las monedas en un 46%, seguido de los objetos plásticos (partes de juguetes, hebillas, cierres de vestidos, palitos de chupetín) y en un tercer lugar la temible pila botón con un 10%. La evidencia de alimento no punzantes o romos ocupó el cuarto puesto con un 8% y los alimentos que mayor causaron atoramiento fueron carne y salchichas. La observación de hueso de pollo, vidrio y metal no punzante fue del 11% cada una. De los casos analizados en el 77% se reportó luz esofágica dentro de parámetros normales y el 23% presentaron lesión; como eritema 65%, erosión 23%, Úlcera 9% y fibrina 3%. En el 94% de los estudios se halló el cuerpo extraño en esófago, el 4% en la cavidad gástrica. En conclusión ante la sospecha de un cuerpo extraño en esófago se debe de realizar una endoscopia para su extracción o descartar su existencia, valorar las lesiones residuales y mitigar el riesgo de complicaciones. La prevención es la estrategia fundamental para disminuir la morbimortalidad secundaria a este tipo de accidentes en la infancia. Es relevante identificar las condiciones en las cuales se produce el accidente, para retroalimentar e insistir en la importancia de mantener a los niños bajo el cuidado de personas diligentes y evitar así el maltrato por omisión.

TO - ESÓFAGO

0044 - HALLAZGOS ENDOSCOPICOS EN EL TRACTO ESOFAGOGASTRODUODENAL DE PACIENTES OBESOS MORBIDOS CON INDICACION DE CIRUGIA BARIATRICA

Modalidad: 1-Trabajos Originales (póster)

Unidad Temática: Endoscopia: Investigación Básica

Unidad Temática 2: Gastro: Investigación Básica

DI PALMA, Guillermo Daniel | SANCHEZ, Christian | BOLINO, María Carolina | BOSCH, Jorge | DURAND, Luis | CANSECO, Sandra | KRAUSE, Martín | DUMONCEAU, Jean Marc | CARO, Luis | CERISOLI, Cecilio

GEDYT

Introducción: La obesidad es una enfermedad metabólica que puede predisponer a enfermedades digestivas. La cirugía bariátrica es el tratamiento más eficaz. Según la Aso-

ciación Europea de Cirugía Endoscópica, está indicada la realización de endoscopia alta a todos los candidatos a Bypass Gástrico y en Y de Roux con o sin síntomas digestivos. Objetivos: 1.Describir los hallazgos endoscópicos gastrointestinales de pacientes obesos en plan de cirugía bariátrica; 2.Establecer si hay diferencias en los hallazgos endoscópicos según la presencia o ausencia de síntomas digestivos.Métodos: Población: Adultos con un Índice de Masa Corporal (IMC)>35 kg/m2 con comorbilidades o >40 kg/m2, con indicación de cirugía bariátrica. Se excluyeron pacientes con endoscopias incompletas y patología aguda esofagogastroduodenal previa. El estudio se llevó a cabo en un centro de gastroenterología y endoscopia, entre diciembre de 2014 y junio de 2015.Diseño: observacional, comparativo y transversal. Procedimientos: las endoscopías se realizaron bajo sedación con propofol con equipos Olympus GIF N180. Los pacientes completaron el cuestionario habitual de la institución previo a la endoscopia y se clasificaron en sintomáticos y asintomáticos. Variables a controlar: edad, IMC, estado de H. Pylori, AINES, sexo, tabaquismo y consumo de alcohol. Ética: los pacientes firmaron el consentimiento informado y el trabajo fue aprobado por comité local. Análisis estadístico: SPSS v19; X2. Resultados:se incluyeron 146 pacientes; 72% mujeres; edad media: 43.45±10,2 años; IMC promedio: 41.10± 5.4 m/kg2. El 67% de los participantes tuvieron al menos un hallazgo endoscópico patológico, siendo la hernia hiatal (HH), la esofagitis erosiva y la gastropatía erosiva los más comunes. El 74% de los hallazgos en la endoscopia no demoraron o cambiaron la conducta quirúrgica.Los síntomas se registraron en un 30%: enfermedad de reflujo esofágico 11% (n: 5); dispepsia 53% (n: 24) y ambos 36% (n: 16). Se observó solamente asociación entre HH y pacientes con síntomas(p <0,01). El IMC fue mayor en los pacientes sintomáticos con HH (44,58±5,42) que en los que no la tenían (39,80±4,43), (p=0,002).No se observó asociación significativa con las demás variables a controlar y la presencia de síntomas y HH. La prevalencia de H. Pylori fue del 22% (31/138), sin diferencias entre sintomáticos y asintomáticos.El consumo de IBP se registró en un 5% (n: 7), más frecuentemente en los pacientes sintomáticos (11 vs 2, 2%; p = 0,02). Conclusiones: Se observaron hallazgos endoscópicos patológicos en casi dos tercios de la muestra, la mayoría de los cuales no demoraban o cambiaban la conducta quirúrgica.La esofagitis erosiva y la HH fueron los más frecuentes. La HH fue más prevalente en pacientes sintomáticos; y el IMC fue mayor en este grupo de pacientes.

Diagnóstico endoscópico	n	% (IC 95)
Sin hallazgos patológicos	48	23 (17-19)
Hernia hiatal	41	19,8 (14-26)
Gastropatía erosiva	39	18,8 (13-25)
Esofagitis Los Angeles A	34	16,4 (11-22)
Esofagitis Los Angeles B	16	7,6 (4,6-12)
Gastropatía no erosiva	7	3,4 (1,4-6,8)
Esófago de Barret	7	3,4 (1,4-6,8)
Esofagitis Los Angeles C	4	1,8 (0,5-4,9)
Duodenopatía erosiva	4	1,8 (0,5-4,9)
Bezoares	3	1,4 (0,3-4,2)
Úlcera gástrica activa	2	1 (0-2,7)
Pólipos gástricos	1	0,4 (0-2,7)
Várices esofágicas	1	0,4 (0-2,7)
Lesión subepitelial gástrica	1	0,4 (0-2,7)
Pólipo esofágico	1	0,4 (0-2,7)
Total	209	100

TO - ESÓFAGO

0095 - EXPERIENCIA EN EL MANEJO MULTIMODAL DE NEOPLASIAS TEMPRANAS DE ESÓFAGO

Modalidad: 1-Trabajos Originales (oral)

Unidad Temática: Endoscopia: Esófago

Unidad Temática 2: Gastro: Esófago

Introducción: En las últimas décadas, se ha registrado un aumento en la incidencia de adenocarcinoma esofágico (ACE) en todo el mundo. Actualmente y gracias a los programas de vigilancia es posible su detección temprana. Hasta hace poco tiempo, su tratamiento se lograba sólo con la esofagectomía. Sin embargo, nuevas técnicas endoscópicas, como resección endoscópica de la mucosa (REM) y de la submucosa (RES) permiten hoy en día realizar el manejo de las neoplasias tempranas con la preservación de esófago del paciente (pte). Estas alternativas al tratamiento quirúrgico deben acompañarse de un seguimiento postprocedimiento riguroso. **Objetivo** Evaluar 6 años de experiencia en el tratamiento multimodal de las neoplasias tempranas de esófago en un hospital universitario de tercer nivel. Pacientes y métodos Entre octubre de 2010 y abril de 2016 se trataron un total de 30 ptes con diagnóstico de Esófago de Barrett con Displasia de Alto Grado (EBDAG) y ACE temprano. 20 de ellos recibieron tratamiento endoscópico y 10 cirugía. La mediana de edad fue 64 años (DS: 44-85) del grupo endoscópico y 68 años (DS: 47-85) para el quirúrgico. En el primer grupo se realizaron REM (N=23), RES (N=2) y posterior Ablación por Radiofrecuencia (ARF) (N=13) en los ptes que presentaban Esófago de Barrett remanente. La mediana de seguimiento fue de 19 meses en el grupo que recibió tratamiento endoscópico y de 16 meses en el quirúrgico. Los criterios de valoración incluyeron: resección R0, número de sesiones de tratamiento endoscópico, complicaciones y días de estancia hospitalaria. **Resultados** Se logró resección R0 en 18/20 casos (90%) en el grupo endoscópico con un promedio de 1.9 sesiones endoscópicas (REM, RES y ARF) y 10/10 casos (100%) en el grupo quirúrgico. Los pacientes que recibieron tratamiento endoscópico presentaron complicaciones: estenosis (N=2) y sangrado (N=1). En el grupo quirúrgico se observó complicaciones respiratorias (N=3), infección del sitio quirúrgico (N=2), fistula (N=2), estenosis de anastomosis (N=1) y síndrome pilórico (N=1). En un pte del grupo endoscópico la resección fue insuficiente y otro presentó recurrencia durante el periodo de vigilancia, ambos fueron tratados en forma quirúrgica. La mediana de días de internación fue de 1.9 para el primer grupo y de 12 para el segundo. **Conclusión** Las terapias endoscópicas permiten la preservación del esófago con resultados similares al tratamiento quirúrgico y con menor morbilidad y días de internación. La cirugía es la opción más segura cuando el riesgo oncológico lo justifica. El manejo multimodal permite mejores resultados. La elección del tratamiento todavía es material de debate y requiere estudios poblacionales más amplios.

Población de pacientes	n
Masculino	26
Femenino	4
Edad media	65 (19-85)
Estadio T	
TO (remisión completa)	9
T1a	8
T1b	3
EBDAG	10
Tratamiento	
Quirúrgico	10
Endoscópico	20
Complicaciones	
Quirúrgicos	9
Endoscópicos	3
Días de internación	
Quirúrgicos	12
Endoscópicos	1,9

TO - ESÓFAGO

0112 - DILATACIÓN ENDOSCÓPICA COMO OPCIÓN TERAPEÚTICA DE LA BARRA DEL CRICOFARINGEO

Modalidad: 1-Trabajos Originales (póster)
Unidad Temática: Endoscopia: Esófago

MARTINEZ, Emiliana Rocío | CORREA, Gustavo | OJEDA, Estefanía | HANUCH, Natali | YANTORNO, Martín | CARRICA, Sebastian Augusto | GUZMAN, Mauricio | VILLAVERDE, Augusto | MARTINEZ, Horacio | CHOPITA, Nestor

Introducción: INTRODUCCION: La disfunción del músculo cricofaríngeo es uno de los diagnósticos diferenciales dentro de las causas de disfagia orofaríngea. Es un trastorno poco frecuente, funcional e idiopático del esfínter esofágico superior, que puede ser asintomático o presentarse con disfagia, broncoaspiración o estenosis. La barra del cricofaríngeo es una causa de disfunción primaria, considerada un hallazgo radiológico poco común y causa infrecuente de disfagia orofaríngea, principalmente en la población de edad avanzada. En la actualidad existen diferentes opciones terapéuticas como la dilatación endoscópica, la inyección de toxina botulínica y la miotomía endoscópica o quirúrgica. **OBJETIVO:** Describir la experiencia en dilatación endoscópica hidroestática con balón tipo CRE en pacientes con diagnóstico de barra del cricofaríngeo. **MATERIALES Y METODOS:** estudio descriptivo, observacional, en serie de casos, realizado en el Servicio de Gastroenterología del HIGA San Martín -La Plata- Centro de Entrenamiento Avanzado de la WGO. La recolección de datos fue retrospectiva de historias clínicas digitalizadas. Fueron observados pacientes mayores a 18 años con disfagia orofaríngea y diagnóstico por videofluorodeglución de barra del cricofaríngeo. Posteriormente en todos los pacientes se realizó endoscopia digestiva alta y dilatación hidroestática progresiva hasta 18-20 mm de diámetro ó hasta constatar desgarró mucoso, permaneciendo en observación durante 24 hs. Se realizó seguimiento clínico al mes y trimestralmente durante un año. **RESULTADOS:** Se incluyeron 7 pacientes, con una edad media de 75 años (r 63-87), 5 mujeres y 2 hombres. Todos los pacientes presentaron mejoría de la disfagia orofaríngea posterior a la dilatación endoscópica; 2 pacientes refirieron mejoría parcial, de los cuales 1 presentaba diagnóstico concomitante de osteofito cervical, con desaparición radiológica completa de la barra post tratamiento y el otro paciente recibió una segunda dilatación al mes, ya que en la primera el desgarró fue el límite para dilatar a 18 o 20 mm. Un paciente presentó recurrencia clínica al año por lo que recibió una segunda dilatación, con resolución completa de la disfagia. **DISCUSIÓN:** La dilatación endoscópica con balón hidroestático es un método eficaz y seguro para el tratamiento de la barra del cricofaríngeo, y podría considerarse como método terapéutico de elección aunque faltan estudios prospectivos a largo plazo.

TO - ESÓFAGO

0119 - TERAPEUTICA ENDOSCOPICA EN FISTULAS ESOFAGICAS BENIGNAS

Modalidad: 1-Trabajos Originales (póster)
Unidad Temática: Endoscopia: Esófago

ROSSI, Lucas | CANDEL, Ivanna | PERRON, Nadia | TALANI, Alejandro Sebastian | LEONART, Jose | RIOS, Ariel Hernan | CARRICA, Sebastian | CORREA, Gustavo Javier | MARTINEZ, Horacio | CHOPITA, Nestor

Introducción: Introducción: Las fistulas esofágicas de etiología benigna, están formadas por tejido de granulación y epitelio, a diferencia de las fugas que carecen de recubrimiento epitelial, son de presentación aguda y tienen una evolución en general favorable. Las etiologías más frecuentes de este tipo de fistulas son secundarias a intubación endotraqueal (TET), perforación espontánea, trauma, entre otras. El tratamiento endoscópico constituye una opción válida con menor morbimortalidad y costos en relación al tratamiento quirúrgico. Existen distintas opciones para el tratamiento endoscópico extrapoladas del tratamiento de fugas, pero con poca información bibliográfica respecto a los resultados. **Objetivo:** evaluar el resultado de la experiencia en el tratamiento endoscópico de fistulas esofágicas benignas en el servicio de Gastroenterología del HIGA San Martín de La Plata. **Pacientes y métodos:** Diseño retrospectivo de serie de casos durante 7 años. Se incluyeron pacientes adultos con fistulas esofágicas benignas evaluadas para tratamiento endoscópico. Las variables analizadas fueron etiología, tipo, diámetro, características del tratamiento, complicaciones, cantidad de sesiones, éxito técnico y éxito clínico. **Resultados:** Se incluyeron 10 pacientes, con una media de edad de 48 años (r 30-80), 70% de los cuales fueron mujeres. Las causas fueron: síndrome de Boerhavee 4, TET 3, postquirúrgica 1, post fotodinámica 1 y decúbito de prótesis 1; el 70% fueron fistulas esofagotraqueales. El diámetro fue 2 a 10 mm. Se realizaron 25 procedimientos terapéuticos, con una media de 3 procedimientos por paciente (r 1 a 9) a intervalos de tiempo irregulares. Se realizó cierre con o sin tratamiento de los bordes en todos los pacientes. Las complicaciones más frecuentes fueron menores. El éxito técnico se alcanzó en 96% y éxito clínico en 50%. En los pacientes que no se alcanzó el éxito clínico se indicó tratamiento quirúrgico. En el 80% el tratamiento fue ambulatorio. **Conclusión:** Las fistulas benignas pueden ser tratadas endoscópicamente con distintos métodos. Se observó un éxito clínico del 50%, con baja morbilidad y manteniendo la posibilidad de instar por cierre quirúrgico. Este informe preliminar sugiere la realización de estudios prospectivos randomizados a fin de determinar el rol del tratamiento endoscópico en dicha patología.

TO - ESTÓFAGO

0046 - PÓLIPOS GÁSTRICOS COMO HALLAZGO ENDOSCÓPICO EN PACIENTES BAJO TERAPIA PROLONGADA CON INHIBIDORES DE LA BOMBA DE PROTONES (IBP)

Modalidad: 1-Trabajos Originales (póster)

Unidad Temática: Endoscopia: Estómago

Unidad Temática 2: Gastro: Estómago

CABANA, Clara(1) | BOLINO, Carolina(2) | CHAAR, Elsa(1) | FERNANDEZ, Diego Mariano(1) | BARCIA, Teresa(1)

HOSPITAL GENERAL DE AGUDOS JOSÉ MARIA PENNA (1); GEDYT (2)

Introducción: El uso prolongado de IBP produce en algunos pacientes la aparición de pólipos glandulares fúndicos gástricos. Estas lesiones se presentan en el 1.9 % de la población general y en el 84 % de los pacientes con poliposis adenomatosa familiar; las mismas tienen bajo potencial de malignidad y tienden a disminuir o desaparecer al discontinuar el IBP. Objetivos: Establecer la prevalencia de pólipos gástricos en nuestro medio y evaluar los síntomas que llevaron a la consulta con el uso prolongado de IBP (definiéndolo como el consumo mayor a 12 meses). Material y métodos: Estudio observacional, retrospectivo y descriptivo de tipo transversal. Se evaluaron en forma retrospectiva 1400 video endoscopias digestivas altas (VEDA) realizadas en el periodo comprendido entre diciembre de 2014 y abril de 2016. Resultados: De un total de 1400 VEDAS realizadas en este periodo, se hallaron 126 pacientes (9 %) con consumo prolongado de IBP, de estos últimos 60 pacientes (47.6 %) con pólipos gástricos y 14 pacientes (23 %) con pólipos glandulares fúndicos. EL 35 % de los pacientes (n: 21) consultó por epigastralgia. Conclusiones: El valor de p obtenido (0.00003614) nos permite inferir una asociación entre el consumo prolongado de IBP y la aparición de pólipos glandulares fúndicos acorde a lo descripto en la bibliografía. De acuerdo a nuestro análisis, el síntoma prevalente que motivó la consulta fue la epigastralgia. La prescripción adecuada de los IBP evitaría los efectos secundarios de estos fármacos.

TO - ESTÓMAGO

0100 - GASTROSTOMÍA ENDOSCÓPICA PERCUTÁNEA: ¿LA ALIMENTACIÓN PRECOZ ES SEGURA?

Modalidad: 1-Trabajos Originales (póster)

Unidad Temática: Endoscopia: Estómago

Unidad Temática 2: Endoscopia: Nutrición

MERLIN, Marcela | LOZA, Miguel | PEST, Erika | GARBE, Cecilia | DOMINGUEZ, Veronica Natalia | DAVALOS, Pedro

HOSPITAL PROF. A. POSADAS

Introducción: La Gastrostomía Endoscópica percutánea (GEP), es un método seguro y efectivo de alimentación en pacientes que no pueden o no podrán alimentarse por más de 4-6 semanas, con un tracto digestivo funcionante. Reportes previos recomiendan el inicio de la alimentación a las 24 hs después de la colocación de la sonda, lo cual prolonga la estadía en el hospital y la probabilidad de infecciones nosocomiales. Algunas publicaciones sugieren la alimentación temprana entre las 6-8 hs después del procedimiento. El objetivo es establecer la prevalencia de las complicaciones relacionadas con la alimentación temprana y Determinar las características demográficas de la población. Material y Métodos: Estudio retrospectivo, observacional, Fueron revisadas las historias clínicas de los pacientes a los que se les realizó una GEP, entre junio de 2006 y mayo de 2016, recopilando datos en cuanto a edad, sexo, indicación de la GEP, complicaciones inmediatas relacionadas con la alimentación y con el procedimiento. Incluidos pacientes remitidos al servicio de endoscopia del Hospital Prof. A. Posadas para la realización de una GEP, entre 15 y 85 años, con indicación apropiada para la realización del procedimiento. Excluidos: menores de 15 y mayores de 85 años, quienes no aceptaron participar del estudio. Una vez colocada la sonda los pacientes permanecieron en sala de recuperación, iniciándose infusión de Dx al 5% a los 30 minutos de finalizado el procedimiento a pasar en 3 hs, luego fueron enviados a su domicilio (ambulatorios) o a la sala de internación, con la indicación de iniciar inmediatamente la alimentación enteral. Todos recibieron la misma fórmula de alimentación. Fueron seguidos telefónicamente a las 24 hs, a los 7 y 30 días del procedimiento, investigando complicaciones inmediatas, menores y mayores relacionadas con la alimentación y el procedimiento. Resultados: Entre junio de 2006 y mayo de 2016 fueron remitidos 204 pacientes para la realización de GEP, fueron incluidos 200 pacientes y excluidos 4 pacientes. 134 hombres y 66 mujeres, con una edad promedio de 52,4 años (15-85). La indicación más frecuente fue ACV: 72 pacientes(35%) Parálisis cerebral: 35 pacientes (17,1%), traumatismo encefalocraneano: 19 pacientes (9,3%), encefalopatía hipóxica: 11pacientes (5,8%) neoplasias de cabeza y cuello:7,(0,1%) demencia:7, otras causas neurológica:53 (25,9%) Complicaciones menores se encontraron en 35 pacientes (17,5%): eritema peristoma en 20, fuga peristoma en 10, infección de pared en 5. Complicaciones mayores en 2 (1,3 %): neumoperitones en 1 paciente, y perforación de colon en 1 paciente. Las complicaciones relacionadas con la alimentación fueron: distensión abdominal en 1 paciente (0,5%) y diarrea en 1 paciente (0,5%) Conclusión: El inicio temprano de la alimentación enteral después de la colocación de una GEP es seguro.

TO - ESTÓMAGO

0104 - UTILIDAD DE LA ENDOSCOPIA ULTRAFINA TRANSNASAL EN PACIENTES BARIÁTRICOS. EXPERIENCIA EN UN CENTRO

Modalidad: 1-Trabajos Originales (póster)

Unidad Temática: Endoscopia: Estómago

Unidad Temática 2: Gastro: Estómago

CHIRIANO, Fabiela | CUELLI, Jose | GODOY, Ana Clara | HERMIDA, Raquel | KIDD, Mariana | NOTARI, Lorena | SCACCHI, Agustina | COLOMBO, Pablo Fernando

COMPLEJO MEDICO POLICIAL CHURRUCA - VISCA

Introducción: Introducción. La endoscopia transnasal (ETN) se realiza por vía nasal usando un endoscopio ultrafino. Puede ser realizada sin sedación eliminando los riesgos asociados con la anestesia general, disminuyendo los costos y la duración del procedimiento. Sus ventajas incluyen la prevención de los efectos secundarios y la morbilidad relacionada con el uso de sedantes, no requiriendo monitorización ni recuperación anestésica. La bibliografía propone a este método diagnóstico como una alternativa para la exploración del tubo digestivo alto en los pacientes con alto riesgo cardiovascular. Objetivos. Describir la utilidad del método en pacientes bariátricos, teniendo en cuenta el diagnóstico endoscópico e histológico y la tolerancia al mismo. Materiales y métodos. Estudio retrospectivo observacional desde abril 2015 hasta mayo 2016 en el Complejo Médico Churruca Visca. Se incluyeron los pacientes pre y post quirúrgicos de cirugías bariátricas para control endoscópico y búsqueda de Helicobacter Pylori. El procedimiento se realizó con un endoscopio ultra fino Olympus GIF-XP150N de 5.5 mm de diámetro, con ayuno de 6 hs. y anestesia local, con el paciente en posición sentada. Se realizaron biopsias de mucosa gástrica con pinza fórceps de 2 mm. Se evaluó la tolerancia al procedimiento con una encuesta telefónica. Se observaron los resultados endoscópicos e histopatológicos comparados con el sexo y la edad de los pacientes. Resultados. Se realizaron 53 ETN, 75,5% fueron pacientes prebariátricos y 24,5% postbariátricos. El sexo femenino fue predominante (66%), con un promedio de 44 años de edad. La tolerancia fue buena en el 60% de los pacientes. En el 7,5% de los pacientes se suspendió el estudio por intolerancia o síntomas como epistaxis y crisis tussígena. Los diagnósticos endoscópicos más frecuentes fueron gastropatía erosiva y micropólipos gástricos. Los resultados histológicos más frecuentes fueron gastritis crónica en actividad y en el 3 % de las biopsias se diagnosticó atrofia gástrica y se debió cambiar la estrategia quirúrgica. La prevalencia de Helicobacter Pylori fue del 21% en el grupo de los pacientes prebariátricos. Conclusiones: La evaluación gastroduodenal con el ETN es un método a considerar por su aceptable tolerancia, su calidad en el diagnóstico endoscópico e histológico y su bajo riesgo peri procedimiento. El hecho de no utilizar anestesia general y la posición sentada para su inserción nos permite elegir este método en pacientes obesos con alto riesgo cardiovascular. La desventaja que presenta es su pequeño diámetro del canal de trabajo, que impide la aspiración de secreciones espesas y el lavado energético de la mucosa, la ausencia de dispositivos necesarios para la realización de procedimientos terapéuticos y su fragilidad. La experiencia lograda con este número de pacientes nos motiva para continuar con su utilización y ampliar su indicación hacia otros procedimientos como colocación de sondas de alimentación y gastrostomías en pacientes con alto riesgo.

TO - ESTÓMAGO

0105 - HALLAZGOS ENDOSCÓPICOS EN PACIENTES CON MANIFESTACIÓN CLÍNICA DE HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA. PREVALENCIA EN UN CENTRO

Modalidad: 1-Trabajos Originales (póster)

Unidad Temática: Endoscopia: Estómago

Unidad Temática 2: Gastro: Estómago

CHIRIANO, Fabiela | GODOY, Ana Clara | KIDD, Mariana | NOTARI, Lorena | SCACCHI, Agustina | TOSTI, Romina | VILLALBA, Martín | COLOMBO, Pablo Fernando

COMPLEJO MEDICO POLICIAL CHURRUCA - VISCA

Introducción: Introducción. La hemorragia digestiva alta (HDA) es una patología altamente prevalente, con elevada mortalidad. La mayoría es de causa no variceal, siendo la úlcera péptica la patología más frecuente. Más del 95% de las úlceras están asociadas a la toma de antiinflamatorios no esteroideos (AINEs) y/o a la presencia de Helicobacter pylori (HP). En un 5-8% de los casos no se logra determinar la causa, a pesar de las exploraciones pertinentes. Objetivos. Identificar las causas más frecuentes de HDA, los tratamientos instaurados, su relación con el consumo de AINEs y la presencia de HP en nuestro centro. Material y métodos. Estudio retrospectivo observacional que incluyó todos los pacientes con manifestaciones típicas de HDA con videoendoscopia digestiva alta (VEDA) realizada entre abril de 2015 y marzo de 2016. Resultados. Se incluyeron 131 pacientes, 58 mujeres (44,27%) y 73 hombres (55,73%), con un rango etario entre 18 y 97 años, con una media de 67,83. En el 30,53% la HDA se manifestó durante la internación por otro causa, y en el 69,47% en forma ambulatoria. La presentación más frecuente fue me-

na (69,47%), seguido de hematemesis (36,64%) y hematoquezia (5,34%). Los hallazgos endoscópicos fueron: gastropatía erosiva (22,14%), úlcera gástrica (18,32%), esofagitis (13,74%), úlcera duodenal (10,69%), vórices esofágicas (6,87%), angioectasias (3,82%), lesión de Dieulafoy (3,05%), tumores (3,05%), desgarró de Mallory Weiss (2,29%), gastropatía hipertensiva (1,53%), vórices gástricas (1,53%) y otras (4,58%). En el 32% de las VEDAs no se encontraron estigmas de sangrado. Requiritieron tratamiento endoscópico 17,5% de los pacientes por lesiones de alto riesgo. En un 46% se utilizó monoterapia, y en un 54% tratamiento combinado. Dentro de la monoterapia los métodos utilizados fueron adrenalina (18%), banding (14%), sonda bipolar (9%) y polidocanol (5%), y dentro de los tratamientos combinados adrenalina/clip (35%), adrenalina/térmico (19%). De los pacientes con úlcera gastroduodenal y gastropatía erosiva el 6,11% presentó HP positivo y el 26,42% refirió consumo de AINEs. El 12,98% de los pacientes requirió second look por resangrado o ausencia de diagnóstico en la primera endoscopia. El 2,29% de los pacientes con lesiones de alto riesgo necesitó resolución quirúrgica. De éstos, la mayoría se presentó con hematemesis y no se logró identificar lesión por sangrado activo masivo o descompensación hemodinámica. Conclusiones. La HDA afecta principalmente a hombres mayores. La manifestación más frecuente fue la melena. Las principales causas fueron gastropatía erosiva y úlcera gástrica. El tratamiento combinado con adrenalina/clip fue el método más utilizado. El consumo de AINEs presentó mayor relación que la presencia de HP en los pacientes con úlcera o gastropatía erosiva.

TO - INTESTINO DELGADO

0162 - CORRELACIÓN ENDOSCÓPICO- HISTOLÓGICA EN BIOPSIAS DE SEGUNDA PORCIÓN DUODENAL

Modalidad: 1-Trabajos Originales (póster)

Unidad Temática: Endoscopia: Investigación Básica

Unidad Temática 2: Gastro: Intestino Delgado

LEON, Cecilia | CALCAGNO, Ramiro | LUCERO, Gisela | ROMEO, Juan Manuel | GONZÁLEZ, Pablo | PRECETTI, Fabian | ASSENZA PARISI, Beatriz | TOIBARO, Javier | MARINI, Eduardo | GHIRALDO, Ana Lia | FRIAS, Silvia | VISTARINI, Cecilia
HOSPITAL GENERAL DE AGUDOS RAMOS MEJIA

Trabajo: Introducción: En las distintas patologías que afectan al intestino delgado, tanto primarias como secundarias, la videoendoscopia digestiva alta (VEDA) es de gran utilidad porque permite la visión directa de la mucosa, y la posibilidad de tomar muestras para histología, citología y/o cultivo, ya sea en mucosa de aspecto normal o alterada. Muchas de las patologías en cuestión no presentan hallazgos patognomónicos en la endoscopia y en un número considerable de casos el aspecto endoscópico del órgano es normal o en caso de encontrarse alteraciones la discrepancia interobservador es una problemática frecuente. Es fundamental una buena comunicación entre el trinomio gastroenterólogo clínico – endoscopista – anatomopatólogo, ofreciendo cada uno datos imprescindibles para alcanzar un diagnóstico final certero. Objetivos: -Evaluar la utilidad diagnóstica de la biopsia de la segunda porción duodenal en el contexto de la realización de una VEDA en pacientes con signos y síntomas de anemia, diarrea crónica, enfermedad celíaca o sospecha de la misma. -Determinar la expresión clínica más relevante en relación a los hallazgos endoscópicos e histológicos encontrados. -Conocer el valor de los hallazgos macroscópicos observados en la VEDA y su correlación con la anatomía patológica. Materiales y métodos: Se realizó un estudio longitudinal retrospectivo y analítico de los informes de endoscopías a los cuales se realizó biopsia de segunda porción duodenal (SPD), y su correlación con los hallazgos histológicos de las muestras en el período comprendido de enero 2009 a diciembre 2014. La población a estudiar fueron aquellos pacientes mayores de 18 años que acudieron a la Unidad Gastroenterología del Hospital Ramos Mejía con signos y síntomas de diarrea crónica, anemia, serología positiva para enfermedad celíaca (EC), o sospecha clínica de EC; a los cuales se realizó una VEDA con tomas de biopsias de SPD durante el procedimiento endoscópico. Resultados: -Se observó que el 71% (192) de los pacientes estudiados pertenecen al sexo femenino. En este grupo predominan en los cuatro motivos de consulta con una marcada diferencia en la consulta relacionada a EC. - El 39% (105) de las consultas fue anemia, seguido por dispepsia con un porcentaje casi similar. -El hallazgo macroscópico más frecuente durante la evaluación endoscópica de la SPD fue mucosa de características normales con el 60%, y el 5% mucosa granular. - El 42% (113) de los resultados fueron mucosa duodenal con histioarquitectura preservada. Seguido por el 29% (79) que corresponde a hallazgos no vinculados con atrofia vellositaria como duodenitis péptica. - Para la anemia las consultas fueron similares en todos los grupos etarios, mientras que los menores de 40 años predominan en la consulta relacionada a EC. -Se observó que el 86% de las biopsias realizadas por diarrea crónica fueron sobre mucosa con visión endoscópica normal, mientras que por EC fueron 34.4%. - Se encontraron signos de enteropatía en el 81.3% en los pacientes que consultaron por EC según la clasificación de Marsh. -El 21.6% de los pacientes con dispepsia presentaron signos de enteropatía. Mientras que por anemia y diarrea crónica el hallazgo más frecuente fue histioarquitectura conservada. - Se encontraron alteraciones histológicas en el 46% de las biopsias de SPD con visión endoscópica normal, mientras que el 77% fueron alteradas cuando la VEDA presentó signos de atrofia vellositaria. Conclusión: Si bien hoy en día no puede afirmarse que la toma de biopsias en

SPD deba realizarse en forma rutinaria en todas las VEDAs; si es posible sugerir que dichas tomas podrían realizarse en un espectro más amplio del universo de pacientes estudiados por diversas patologías que exceden las malabsorbtivas; incluso ante la presencia de un duodeno normal a la visión endoscópica.

TO - INTESTINO DELGADO

0175 - RECURRENCIA DE SANGRADO DIGESTIVO DE ORIGEN OSCURO EN PACIENTES SOMETIDOS A ENTEROSCOPIA SIMPLE BALON: SEGUIMIENTO A LARGO PLAZO

Modalidad: 1-Trabajos Originales (oral)

Unidad Temática: Endoscopia: Intestino Delgado

RINAUDO, Santiago Gustavo | ARGÜERO, María Julieta | ABECIA SORIA, Victor Hugo | PIZZALA, Juan Eduardo | DURÁN, Sebastián | ORTMANN, Germán Ariel | MARCOLONGO, Mariano Martín

HOSPITAL ITALIANO DE BUENOS AIRES

Trabajo: Introducción: El diagnóstico y tratamiento de los pacientes con sangrado digestivo oscuro (SDO) representan un gran desafío. La enteroscopia profunda ha emergido como una herramienta de utilidad pero la información reportada es limitada, en especial para la enteroscopia simple balón (ESB). El único estudio publicado es el de Kushnir et al. quien reportó una tasa de re-sangrado del 45% a los 2 años. No obstante, continua siendo escasa la evidencia del beneficio de la ESB en el seguimiento de pacientes con SDO. Objetivo: estimar la tasa de recurrencia del SDO en nuestra población y determinar rédito diagnóstico global de la ESB en el SDO. Material y métodos: Estudio de cohorte retrospectiva en un centro de tercer nivel de la Ciudad de Buenos Aires. Se incluyeron consecutivamente pacientes adultos sometidos a ESB por SDO entre octubre de 2012 a diciembre del 2015. Se excluyeron aquellos con diagnóstico de Telangiectasia Hemorrágica Hereditaria y con menos de 3 meses de seguimiento. Se definió como resangrado a la reaparición de sangrado digestivo evidente, la necesidad de hospitalización o intervenciones endoscópicas por cuadro de hemorragia digestiva, o la necesidad de transfusión de sangre y/o terapia con hierro para mantener niveles de hemoglobina estables. Los datos clínicos, los hallazgos durante la ESB y el seguimiento fueron evaluados a partir de la historia clínica electrónica y entrevistas telefónicas. Resultados: Cuarenta y siete pacientes fueron seguidos por una media de 14.3 (DE±8.2) meses luego de la ESB. La tasa global de recurrencia del sangrado fue del 53,3% (25/47). La recurrencia en los pacientes con causa identificada por ESB fue de 47.2% mientras que en aquellos con ESB sin hallazgos fue de 72.7%. Inicialmente se realizaron 54 enteroscopias asistidas por simple balón (ESB) en 52 pacientes. El rédito diagnóstico global fue de 77.8% (42/54 estudios). Las angiodisplasias fueron las lesiones halladas con más frecuencia (64,8%), pólipos en el 5,6%, lesión de Dieulafoy en 1,9% y divertículos yeyunales en 1,9%. En los pacientes con diagnóstico de angiodisplasia en la ESB la recurrencia fue del 60% a pesar del tratamiento realizado. No se observó ninguna complicación inherente al procedimiento. En el análisis de tiempo al evento, pudimos observar que el 51% (DE 7.7; CI95% 37-67) de los pacientes presentará resangrado dentro de los primeros 18 meses de seguimiento. Conclusión: La ESB resultó una herramienta segura y con un alto rédito diagnóstico en el manejo de pacientes con SDO. En los pacientes que fueron sometidos a ESB, alrededor de la mitad no recurrieron con sangrado durante el seguimiento. Sin embargo, los pacientes con angiodisplasias presentaron una mayor tasa de recurrencia del sangrado. Por lo tanto, el manejo ideal del SDO continúa siendo un interrogante.

TO - INTESTINO DELGADO

0109 - ENTEROSCOPIA PROFUNDA EN EL MANEJO DE PÓLIPOS YEYUNO-ILEALES EN PACIENTES CON SÍNDROME DE PEUTZ JEGHERS: ESTUDIO RETROSPECTIVO EN UN HOSPITAL PÚBLICO DE LA PROVINCIA DE BS AS

Modalidad: 1-Trabajos Originales (póster)

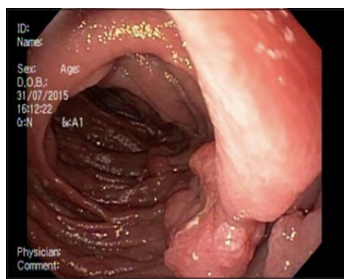
Unidad Temática: Endoscopia: Intestino Delgado

TALANI, Alejandro Sebastian | GARBI, María Laura | YANTORNO, Martin | YONAMINE, Karina | WALLACE, Virginia | GARAVENTO, Leonardo | SCARPONI, Alicia | TUFARE, Francisco | VILLAVARDE, Augusto | CHOPITA, Nestor

HIGA GRAL SAN MARTÍN LA PLATA

Introducción: El Síndrome de Peutz Jeghers (SPJ) es una enfermedad hereditaria autosómica dominante, causada por la mutación del gen STK11. La incidencia estimada es de 1 en 200.000 nacidos vivos. Se caracteriza por la presencia de máculas pigmentadas en los labios y mucosa yugal, asociado a múltiples pólipos hamartomatosos gastrointestinales. Estas lesiones se presentan con mayor frecuencia en el intestino delgado (65 a 95 %) y se pueden manifestar con sangrado digestivo, dolor y obstrucción intestinal. La detección

temprana de estas lesiones, y la posibilidad de su abordaje endoscópico mediante enteroscopia, disminuyen la necesidad de intervenciones quirúrgicas, las cuales se asocian a mayor morbimortalidad. **Objetivo:** Evaluar la eficacia y seguridad de la enteroscopia profunda, en pacientes con SPJ, que requirieron resección endoscópica de pólipos en intestino delgado. **Materiales y Métodos:** Se realizó un estudio retrospectivo que incluyó a pacientes diagnosticados de SPJ, derivados a nuestro centro para realización de enteroscopia profunda, por evidencia de pólipos en intestino delgado entre enero 2015 y mayo del 2016. En todos los casos los pólipos eran > a 10 mm. Los estudios fueron realizados por el mismo operador, utilizando videoenteroscopia doble balón (Fujinon, Toshiba ES Systems Co, Tokio, Japón) y simple balón (Olympus SIF-Q180). En todos los casos se utilizó insuflación con CO₂. **Resultados:** Se realizaron 6 enteroscopias profundas en 5 pacientes, de los cuales 2 fueron mujeres. La edad promedio fue de 37 años (r 31- 41). De los 6 procedimientos realizados, 3 (50%) fueron por vía anterógrada y 3 (50%) por vía retrograda. El tiempo promedio para la vía anterógrada y retrograda fue de 60 min (r 25 a 210 min). Un total de 13 pólipos fueron resecados, con un tamaño promedio de 20 mm (r 10-40 mm). No se registraron complicaciones inmediatas como dolor, sangrado o perforación, ni tardías. El tratamiento endoscópico se realizó en el 80 % de los casos. En un paciente no pudo realizarse la polipectomía por cuestiones inherentes al método no pudiendo acceder al pólipo, la cual fue remitida al centro de referencia. Los pacientes permanecieron en observación y fueron dados de alta 24 horas posterior al estudio. **Conclusiones:** La enteroscopia profunda es un método seguro y eficaz para el manejo de pólipos de Intestino Delgado en pacientes con SPJ. La resección mucosa de estas lesiones por endoscopistas experimentados tiene una alta tasa de efectividad y un bajo riesgo de complicaciones. El uso de esta técnica mínimamente invasiva evita resecciones quirúrgicas que conllevan un aumento en la morbimortalidad en este grupo de pacientes.



TO - COLON Y RECTO

0047 - LA EDAD Y SEXO MASCULINO SON FACTORES ASOCIADOS A LA DETECCIÓN DE NEOPLASIA AVANZADA COLORRECTAL EN PACIENTES QUE PARTICIPAN EN PROGRAMA DE CRIBADO DE CCR

Modalidad: 1-Trabajos Originales (oral)
Unidad Temática: Endoscopia: Colon y Recto

CARLINO, Yanina | DIEHL, Fernando | BOLOMO, Andrea | QUINTANA, Ceclia | BERTOLA, Silvia | GONZALEZ, Roxana | HIGA, Mariano | BALDERRAMO, Domingo

HOSPITAL PRIVADO UNIVERSITARIO DE CÓRDOBA

Introducción: Introducción: El cáncer colorrectal (CCR) es la tercera causa de muerte por cáncer en ambos sexos en Sudamérica según los datos de la OMS. La proyección en Argentina en 2020 muestra un aumento previsto de la incidencia a 15.700 nuevos casos en ambos sexos. La colonoscopia es un método de cribado de CCR aceptado en varios países, incluido Argentina. Existen pocos datos publicados sobre las variables asociadas a la detección de neoplasia avanzada colorrectal (NA-CR) en Sudamérica. El objetivo del estudio fue analizar los factores asociados a la detección de NA-CR en pacientes con riesgo estándar, que participan en un programa de cribado de CCR por medio de colonoscopia. **MÉTODOS:** Se analizaron 725 colonoscopias realizadas entre mayo 2014 y marzo 2016 por cribado de CCR en población con riesgo estándar en el Hospital Privado Universitario de Córdoba. Se incluyeron solo pacientes en los que se realizó la primera colonoscopia de cribado de CCR y que no tenían estudio previo de sangre oculta en materia fecal. Se analizaron las variables demográficas y los hallazgos de la exploración endoscópica [tasa de detección de adenoma (TDA), canulación cecal y complicaciones asociadas al procedimiento]. Se consideró NA-CR a lesiones de más de 10 mm, con componente vellosos o con displasia de alto grado o carcinoma. Se realizó un análisis multivariado para determinar los factores asociados a la detección de NA-CR con el programa estadístico SPSS v 19. **RESULTADOS:** La edad media de los pacientes incluidos fue 61 años (DE: 8,04 años). La tasa de intubación cecal fue del 96,3%. Se excluyeron 33 (4,65%) pacientes por preparación deficiente (escala de Boston < 6) por lo que finalmente se incluyeron 692 pacientes en el análisis. No se observaron complicaciones asociadas al procedimiento en

ningún paciente. La TDA fue del 20,8%, siendo más alta en hombres que mujeres (28,4% vs. 14,4%, P<0,001). No hubo diferencia en la TDA respecto a la presencia de diabetes u obesidad. El diagnóstico de NA-CR se realizó en el 6,1% de los pacientes incluidos. El sexo masculino [OR: 2,52; IC95% (1,30-4,89), P=0,006] y la edad >60 años [OR: 2,00 (1,01-3,99), P=0,049] fueron los únicos factores independientes asociados a la presencia de NA-CR. **CONCLUSIONES:** La edad mayor de 60 años y el sexo masculino son factores independientes asociados a la detección de NA-CR en pacientes con riesgo estándar que participan en programa de cribado de CCR por medio de colonoscopia.

TO - COLON Y RECTO

0051 - ASPIRIN USE IS ASSOCIATED WITH A LOWER RISK OF SERRATED ADENOMAS

Modalidad: 1-Trabajos Originales (oral)
Unidad Temática: Endoscopia: Colon y Recto

LASA, Juan | GÁNDARA, Silvina | SPALLONE, Liliana | LEIBOVICH, Natalia | AHU-MADA, Maria Cruz | JEANNOT, Joaquin | VILLARROEL, Mariano | TRELLES, Felix | BERMAN, Saul | ZAGALSKY, David

INSTITUTO QUIRURGICO DEL CALLAO

Introducción: BACKGROUND: Serrated adenomas represent an important pathway for the development of colorectal cancer. They are usually located in the right colon and are linked to a distinct molecular abnormality. Aspirin use may be associated with a lower risk of colorectal cancer and adenomas. However, there is little evidence regarding the impact that aspirin use may have on serrated adenoma risk AIM: To determine the association between serrated adenoma prevalence and aspirin use. **MATERIALS AND METHODS:** From June 2012 to August 2015, colonoscopies performed in our endoscopy unit were reviewed. Patients with at least one serrated adenoma were identified and regarded as cases. These patients were compared against patients who underwent screening colonoscopy for the first time and did not have any polyps found. Controls were selected on a 1:1 ratio. Aspirin use was compared between groups. Also, other potential risk factors such as demographic features, obesity, tabaquism and family history of colorectal cancer were compared. Univariate analysis was initially performed. A multivariate analysis including those variables with a p value of <0.1 in univariate analysis was finally performed following a logistic regression model. **RESULTS:** Overall, 113 patients with at least one serrated adenoma were enrolled, as well as 113 controls. There were no significant differences in terms of gender and age distribution between groups. As previously reported, tabaquism was more frequent among serrated adenoma patients (45.13 vs 20.35%, OR 3.21 (1.74-5.93)). Aspirin use was significantly less frequent in the serrated adenoma group (7.96 vs 20.35%, p 0.008). In multivariate analysis, both tabaquism and lack of aspirin use were significantly more frequent in the serrated adenoma group [OR 3.62 (1.94-6.75) and OR 0.29 (0.12-0.69), respectively]. **CONCLUSION:** Aspirin use may have a significant impact in lowering the risk of serrated adenoma development.

TO - COLON Y RECTO

0052 - EFICACIA Y TOLERANCIA COMPARATIVA DE LA PREPARACION CON PICOSULFATO DE SODIO Y POLIETILENGLICOL+BISACODILO: UN ESTUDIO PILOTO

Modalidad: 1-Trabajos Originales (oral)
Unidad Temática: Endoscopia: Colon y Recto

LASA, Juan | GANDARA, Silvina | SPALLONE, Liliana | DI PAOLA, Leandro | VILLARROEL, Mariano | BUTIERREZ, Federico | TRELLES, Felix | LEIBOVICH, Natalia | BERMAN, Saul | ZAGALSKY, David

INSTITUTO QUIRURGICO DEL CALLAO

Introducción: INTRODUCCION: La limpieza colónica es de suma relevancia para la exploración adecuada de la mucosa del colon. No hay evidencia concluyente acerca de la mejor alternativa terapéutica como purgante para este fin. Existen pocos trabajos que comparen el uso de sales de picosulfato de sodio con polietilenglicol, con resultados heterogéneos. **OBJETIVO:** Comparar la eficacia, la seguridad y la tolerancia de las preparaciones a base de picosulfato de sodio versus polietilenglicol con bisacodilo en pacientes sometidos a videocolonoscopia. **MATERIALES Y METODOS:** Se llevó a cabo un estudio piloto comparativo aleatorizado y simple ciego en pacientes que acudieron a nuestro servicio de Gastroenterología para realizarse una videocolonoscopia. En forma aleatorizada, los pacientes mayores de 18 años que accedieron a participar fueron aleatorizados a recibir como preparación previa un esquema con picosulfato de sodio+óxido de magnesio+ácido cítrico (PS) o bien un esquema con polietilenglicol+ bisacodilo (PB). La administración de las medicaciones fue hecha de manera central por personal administrativo para mantener

el ciego de los médicos involucrados en el estudio. Asimismo, se le entregó a cada paciente un cuestionario para determinar la dificultad en la toma del purgante, su palatabilidad y la frecuencia de eventos adversos. Los médicos endoscopistas realizaron las endoscopías sin conocer la preparación recibida en cada caso. Se consignaron los siguientes datos: tasa de llegada al ciego, presencia de adenomas de colon, obesidad, tabaquismo, antecedentes familiares de cáncer colorrectal, motivo del estudio y se calculó el score de Boston detallando el puntaje por segmentos. Se realizó previo al inicio del estudio, un cálculo del coeficiente kappa para estimar la concordancia en la asignación de puntaje de limpieza del colon entre los endoscopistas involucrados, el cual arrojó un nivel de concordancia bueno (coeficiente kappa= 0.77). Se comparó el score de Boston total y el sub-score de Boston del colon derecho. Se utilizó el test de Mann-Whitney o el test t de Student para la comparación de variables numéricas y el test de Fisher para la comparación de variables categóricas. Se consideró como significativo a un valor de p menor de 0.05. RESULTADOS: A modo de estudio piloto, se enrolaron 40 pacientes: 19 en la rama PB y 21 en la rama PS. Del total, 75% correspondieron al sexo femenino con una mediana de edad de 53 años (rango 30-72); 50% se realizaron la colonoscopia por pesquisa de cáncer colorrectal. La mediana de score de Boston fue de 8 (rango intercuartil 25-75% 7-9) y la tasa de detección de adenomas, del 32.5%. En total, 62.5% de los pacientes presentó algún efecto adverso con la toma del purgante, siendo los más frecuentes las náuseas y cólicos abdominales. No se encontraron diferencias significativas en cuanto al grado de limpieza del colon en forma global así como del colon derecho entre los grupos (p 0.09 y 0.7 respectivamente). Asimismo, no se encontraron diferencias en la tasa de detección de adenomas (26.32 vs 38.10%, p 0.4). El PS fue mejor tolerado, con una mayor palatabilidad (OR 4.4 (1.01-19.02), p 0.02). Sin embargo, no hubieron diferencias en cuanto a la frecuencia de eventos adversos relacionados con la toma de ambos (68.42 vs 57.14%, p 0.4). CONCLUSION: La preparación con Picosulfato de sodio presentó la misma eficacia que el polietilenglicol más bisacodilo. Si bien el picosulfato de sodio fue mejor tolerado con un mejor sabor referido por los pacientes, la frecuencia de eventos adversos menores relacionados con la toma del purgante fue similar en ambos grupos.

TO - COLON Y RECTO

0053 - EFECTO DE LAS ENDOSCOPIAS SUCEATIVAS EN LA TASA DE DETECCION DE ADENOMAS Y POLIPOS

Modalidad: 1-Trabajos Originales (oral)
Unidad Temática: Endoscopia: Colon y Recto
Unidad Temática 2: Gastro: Colon y recto

LASA, Juan | OLIVERA, Pablo | MOORE, Rafael | PERALTA, Daniel | FANJUL, Ignacio | ZUBIAURRE, Ignacio | DIMA, Guillermo | SOIFER, Luis
CEMIC

Introducción: Introducción: el objetivo de las colonoscopías (CC) de screening es detectar y resear pólipos adenomatosos, y por lo tanto detener su progresión a adenocarcinoma. Numerosos factores afectan la calidad de las CC, entre los cuales la tasa de detección de pólipos (TDP) y particularmente la tasa de detección de adenomas (TDA) son de los más relevantes por su comprobada relación con la aparición de cáncer de intervalo. Objetivo: evaluar el impacto de endoscopías sucesivas en la TDA. Pacientes y métodos: se realizó un estudio de cohorte retrospectivo, incluyendo pacientes consecutivos a los cuales se les realizó estudios endoscópicos desde enero 2012 hasta agosto 2014 en CEMIC, por 4 endoscopistas experimentados. Los sujetos fueron identificados usando una base de datos de informes endoscópicos, donde se constataba la detección de pólipos, la llegada a ciego y la preparación colónica (Escala de Boston). Se determinó la presencia de adenomas, mediante la revisión de informes de histopatología de pólipos extraídos o biopsiados. Los estudios endoscópicos fueron clasificados según su "lugar en la cola" del turno en 3 grupos: desde el 1er al 4to estudio (tanda 1), desde el 5to al 8vo estudio (tanda 2), por arriba del 9no estudio (tanda 3). Se comparó la TDP y la TDA de las CC realizadas en cada tanda. Resultados: se incluyeron 4454 colonoscopías, de las cuales 40.89% corresponden a la tanda 1, 36.67% a la tanda 2 y 22.44% a la tanda 3. No hubo diferencias significativas con respecto a sexo, edad, preparación colónica, tasa de intubación cecal entre las tandas. La TDP fue de 36.83% para la tanda 1, 41.24% para la tanda 2 y 43.38% para la tanda 3, habiendo una diferencia estadísticamente significativa entre la tanda 1 y la 3 (p=0.007). La TDA fue de 23.20% para la tanda 1, 25.71% para la tanda 2 y 26.78% para la tanda 3, habiendo una tendencia no estadísticamente significativa entre la tanda 1 y 3 (p=0.07). No hubo diferencias en la detección de adenomas avanzados entre tandas. Conclusiones: las endoscopías sucesivas parecen tener un efecto beneficioso en la TDP y TDA.

TO - COLON Y RECTO

0056 - PÓLIPOS SERRATOS: PREVALENCIA Y FACTORES DE RIESGO

Modalidad: 1-Trabajos Originales (oral)
Unidad Temática: Endoscopia: Colon y Recto

HOFFMANN, Pablo | CANSECO, Sandra | BOLINO, Maria Carolina | REBAY, Mercedes | FIGUEREDO, Ricardo | KIRSCHBAUM, Fernando | SÁNCHEZ, Christian | DUMONCEAU, Jean Marc | CERISOLI, Cecilio Luis | CARO, Luis
GEDTY

Introducción: Los pólipos serratos (PS) son responsables de un 20-35% de los tumores colorectales, constituyendo un importante problema de salud pública. En los últimos años postularon como factores de riesgo al tabaquismo (TBQ), y, aunque controvertidos, a la obesidad y el sexo femenino. Hay tres categorías de PS: pólipo hiperplásico (PH), lesión serrata sénil (LSS) y adenoma serrato tradicional. Objetivos: 1.Describir la frecuencia de PS en general y de LSS, en particular, en pacientes que se realizan una videocolonoscopia (VCC); 2. Identificar variables relacionadas con la presencia de PS. Materiales y métodos: Se realizó un estudio observacional de corte transversal. Se incluyeron pacientes mayores a 18 años que se realizaron una VCC entre noviembre 2015 y abril 2016. Se excluyeron estudios incompletos, antecedentes de cirugía colónica, enfermedad inflamatoria intestinal y/o con preparación colónica inadecuada. Se calcularon Odds Ratios (OR) con intervalos de confianza (IC) para el 95% por regresión logística múltiple. Se consideró significativo un valor de p < 0,01. Resultados: Se analizaron 6.634 VCC en 3.891 mujeres y 2.743 varones; la edad promedio fue de 56,7±12 años. En 4.782 estudios (72,08%) no se encontraron pólipos. Se identificaron 2.202 pólipos en 1.852 estudios: 1365 (62%) adenomas; 822 (37,33%) PS y 15 (0,67%) otros. La prevalencia de LSS fue de 2,73% (181/6.634). Se comparó el grupo de 667 pacientes con PS contra 2.716 pacientes tomados en forma aleatoria del grupo sin pólipos y las variables relacionadas con PS en forma estadísticamente significativas fueron sexo masculino (OR 1,34; IC 1,12-1,60; p<0,001), índice de masa corporal >30 kg/m² (OR 1,75; IC 1,37-2,23; p<0,001) y TBQ (OR 2,01; IC 1,61-2,52; p<0,001). Al comparar el grupo de 667 pacientes con PS contra el grupo de 1.161 pacientes con adenomas, las variables estadísticamente significativas fueron: sexo femenino (OR 1,37; IC 95% 1,13 - 1,68; p=0,002), edad>65 años (OR 0,72; IC 95% 0,58-0,89; p=0,003) y TBQ (OR 1,82; IC 95% 1,40-2,36; p<0,001). Conclusiones: La frecuencia de PS fue similar a lo reportado en otras series. El grupo con PS fueron con más frecuencia varones con sobrepeso y tabaquistas que aquellos sin pólipos. Los pacientes con PS eran más jóvenes, con mayor frecuencia mujeres y tabaquistas que los pacientes con adenomas.

Grupos de pacientes	Sin pólipos (n=4782)	Adenomas (n=1161)	Serratos (n=679)
Sexo femenino	2.983 (62,38%)	537 (46,25%)	366 (53,9%)
Edad (años)	55,5 ± 12,8	60,35 ± 10,98	58,45 ± 11,06
Edad > 65 años	1.072 (22,42%)	201 (29,60%)	406 (34,97%)
Índice de masa corporal 25-30 kg/m ²	1.861 (38,92%)	510 (43,93%)	295 (43,45%)
Índice de masa corporal > 30 kg/m ²	709 (14,83%)	244 (21,02%)	144 (21,21%)
Tabaquismo	526 (11%)	139 (11,97%)	137 (20,18%)
Consumo de ácido acético salicílico	278 (5,81%)	102 (8,79%)	55 (8,1%)
Diabetes	216 (4,52%)	70 (6,03%)	41 (6,04%)

TO - COLON Y RECTO

0115 - NEOPLASIA DETECTION DURING COLONOSCOPIC SURVEILLANCE OF PATIENTS WITH INFLAMMATORY BOWEL DISEASE: DO ENDOSCOPIST AND ENDOSCOPE CHARACTERISTICS MATTER?

Modalidad: 1-Trabajos Originales (oral)
Unidad Temática: Endoscopia: Colon y Recto

GONZALEZ, Raquel Analía | PEREYRA, Lisandro | OMODEO, Mariana | GOMEZ, Estanislao Jesus | MELLA, Jose Manuel | PANIGADI, Guillermo Nicolas | FISCHER, Maria Carolina | ROEL, Mariela | VIZCAINO, Beatriz | HADAD, Adrian Ramon | CIMMINO, Daniel Gustavo | PEDREIRA, Silvia Cecilia | BOERR, Luis Alberto
HOSPITAL ALEMÁN

Introducción: Introduction: Patients with inflammatory bowel disease (IBD) and long-standing colitis have an increased risk of developing colonic neoplasia. Whether endoscopist's characteristics and surveillance technics can increase the detection of dysplasia in clinical practice is still unknown. Aim: To evaluate the detection of dysplasia during colonoscopic surveillance of IBD patients according to endoscopist's characteristics and surveillance technics. Methods: A retrospective study was conduc-

ted using the Gastroenterology, Endoscopy and Pathology electronic data base of a teaching community hospital. Adult patients with Ulcerative Colitis and Crohn's colitis who had undergone a surveillance colonoscopy between January 2004 and October 2015 were included. The established surveillance protocol consisted of random segmental biopsies in addition to targeted biopsies of macroscopic lesions. Data on endoscopist specialization (gastroenterologist vs coloproctology) and experience (> or < 5000 cases) as well as surveillance technics (chromoendoscopy, number of biopsies) were collected. Adequacy of colonic cleansing and the type of colonoscope used (Standard-Definition (SD) and High Definition (HD) White Light) were also recorded. The percentage of dysplastic lesions was compared among different groups using the pearson's X2 annalysis. A p value less than 0.05 was considered statistically significant. Results: A total of 383 surveillance colonoscopies were performed in 139 patients (16: CD and 123: UC). The mean follow-up time was 18 years (range 8-48). Nine patients (6.47%) developed a total of 58 separate dysplastic lesions (11 HGD and 48 LGD) and 5 colorectal cancers accounting for a total of 36/383 (9.3%) colonoscopies with dysplasia. Dysplastic lesion detection was higher among surveillance colonoscopies performed with HD colonoscopes 12/72 (16%) than those performed with SD 23/311 (7%) p 0.02, RR 2.46 (CI 1.09-5.50). There were no other significant differences regarding all other characteristics evaluated (endoscopist specialization and experience, chromoendoscopy, adequacy of colonic cleansing). Conclusion: In this retrospective study we observed a higher dysplasia detection rate using HD colonoscopes. Hence, the performance of IBD surveillance programs may be influenced by the quality of the endoscopic equipment used.

TO - COLON Y RECTO

0116 - FECAL IMMUNOCHEMICAL TEST DIAGNOSTIC PERFORMANCE IN DIFFERENT RISK GROUPS BASED ON COLONOSCOPY FINDINGS

Modalidad: 1-Trabajos Originales (oral)

Unidad Temática: Endoscopia: Colon y Recto

OMODEO, Mariana | PEREYRA, Lisandro | GOMEZ, Estanislao Jesus | GONZALEZ, Raquel Analia | MELLA, Jose Manuel | PANIGADI, Guillermo Nicolás | ROEL, Mariela | FISCHER, Maria Carolina | BUN, Maximiliano | MIRAVALLE, Omar Ruben | GUALDRINI, Ubaldo | PEDREIRA, Silvia Cecilia | BOERR, Luis Alberto | CIMMINO, Daniel Gustavo

HOSPITAL ALEMÁN

Introducción: BACKGROUND: Fecal immunochemical testing (FIT) is increasingly used for colorectal cancer (CRC) screening. Further evaluation of the association between the characteristics of lesions and FIT findings in a screening population would improve the understanding of the performance of FIT. AIMS: To investigate whether FIT findings vary depending on the characteristics of colonic lesions. METHODS: In this prospective study, all asymptomatic average-risk individuals scheduled for screening colonoscopy were requested to provide one stool sample before the exam. We used a qualitative FIT manufactured by ABONTM Biopharm (Hangzhou) co., Ltd., without diet or medication restrictions. The lower limit of hemoglobin detected by this test is 50 ng/ml. We stratified patients into different risk groups according to the colonoscopy findings as follows: no polyps; small (<10 mm) hyperplastic polyps (HP) in rectum or sigmoid; 1-2 small (<10 mm) tubular adenomas (TA); 3-10 small TA; one or more TA > 10 mm; one or more villous adenomas; and advanced neoplastic lesions (>10 mm, villous histology or high grade dysplasia). Serrated lesions: sessile serrated adenoma(s) < 10 mm, sessile serrated adenomas(s) >10 mm, traditional serrated adenoma (TSA), serrated polyposis syndrome (SPS) and CRC. The FIT positivity rate and sensitivity, specificity, and accuracy (AC) were estimated for the different risk groups. A p value < 0.05 was considered statistically significant. RESULTS: Of a total of 300 individuals invited, 273 (91%) returned the FIT kit with adequate stool sample and completed their colonoscopy. Mean age was 56.9 (40-85) years and 54% were males. In 48/273 individuals (17.6%) the FIT was positive. Based on colonoscopy findings, FIT was positive in: 4/31 (12%), 10/48 (21%) and 2/14 (15%) of patients with small (<10 mm) HP in rectum or sigmoid, 1-2 small (<10 mm) TA and of those with 3-10 TA, respectively. When one or more TA > 10 mm were present, FIT was positive in 8/20 (40%). Patients with one or more villous adenomas were FIT positive in 5/9 (55%), and 8/22 (36%) had at least one advanced neoplastic lesion (ANL). Regarding sessile serrated adenomas, FIT was positive in 3/15 (20%) of those with polyp(s) < 10 mm. No FIT was positive in patients with: polyp(s) > 10 mm, TSA and SPS. Three of 4 (75%) patients with CCR have a positive FIT test. FIT diagnostic precision for risk groups based on colonoscopy findings (Table 1.). Accuracy was higher among patients with one or more TA > 10 mm (AC 80%, p 0.005), one or more villous adenomas (AC 83% p 0.001), ANL (AC 80%; p 0.012) and CCR (AC 85% p 0.001). CONCLUSIONS: Our study suggests that FIT is more accurate for the detection of TA > 10 mm and/or villous compound, ANL and CRC as compared to small adenomas and sessile serrated adenomas in asymptomatic patients referred for colonoscopy.

Colorectal neoplastic lesions	Sensitivity (95% IC)	Specificity (95% IC)	Accuracy	p
Small (< 10 mm) hyperplastic polyps (HP) in rectum or sigmoid	0% (0-10)	95% (95-97)	71%	0.6
1-2 small (< 10 mm) tubular adenomas	33% (18-79)	75% (73-79)	69%	0.2
3-10 small tubular adenomas	9% (1-20)	90% (89-93)	79%	0.9
1 or more tubular adenomas ≥ 10 mm	28% (15-43)	90% (88-94)	80%	0.005
1 or more villous adenomas	16% (5-28)	96% (93-98)	83%	0.001
Sessile serrated adenomas	14% (4-31)	87% (85-90)	76%	0.9
Advanced neoplastic lesions	29% (15-45)	89% (86-92)	80%	0.012
Colorectal cancer	75% (22-98)	83% (82-84)	85%	0.001

TO - COLON Y RECTO

0117 - ¿CUÁL ES LA TASA DE DETECCIÓN DE ADENOMA EN VIDEOCOLONOSCOPIA DE SCREENING PARA CÁNCER COLORRECTAL EN UN CENTRO DE ENTRENAMIENTO ENDOSCÓPICO?

Modalidad: 1-Trabajos Originales (oral)

Unidad Temática: Endoscopia: Colon y Recto

Unidad Temática 2: Gastro: Colon y recto

GIRAUDO, Florencia(1) | VITALE, Luisina(1) | FAJARDO, Oscar(1) | MARTINEZ, Emiliana Rocío(1) | CORREA, Gustavo Javier(1) | GARAVENTO, Leonardo(1) | GARBI, Laura(1) | VILLAVERDE, Augusto(1) | FASANO, Maria Victoria(2) | CHOPITA, Nestor(1)

HIGA SAN MARTIN LA PLATA (1); INSTITUTO DE DESARROLLO E INVESTIGACIONES PEDIATRICO (IDIP), HOSPITAL DE NIÑOS DE LA PLATA, CICPBA (2)

Introducción: Introducción: el cáncer colorrectal (CCR) en Argentina es el segundo cáncer más frecuente, representa el 12% de las muertes por tumores malignos. La mayoría de los CCR surgen de lesiones adenomatosas por una vía conocida adenoma-carcinoma. La detección de lesiones precursoras por método de screening es importante para la prevención y tratamiento oportuno del CCR. La videocolonoscopía (VCC) es un método de screening que presenta alta sensibilidad diagnóstica y permite la resección de lesiones detectadas. La eficacia de este método depende de múltiples indicadores de calidad en endoscopia, siendo la tasa de detección de adenoma (TDA) uno de los más importantes. La TDA depende de otras medidas de calidad, como la intubación cecal, la preparación colonica, el tiempo de retirada y la experiencia del endoscopista. Según las recomendaciones de las guías internacionales el valor objetivo de la TDA, debe ser: TDA global mayor o igual a 25%, y mayor o igual a 20 % para mujeres, y mayor igual a 30% para los hombres. Objetivo: conocer la TDA en VCC como primer método de screening para CCR en población de riesgo promedio, en el Servicio de Gastroenterología del HIGA San Martín- La Plata - Centro de entrenamiento endoscópico de la WGO, desde enero 2012 hasta diciembre 2015. Pacientes y método: estudio descriptivo retrospectivo. Se analizó la TDA global y ajustada por sexo, el índice de detección de adenomas (IDA), considerando que es un centro de entrenamiento endoscópico se analizó la TDA en las dos etapas formativas en VCC, las características de las lesiones detectadas y el segmento colónico con más frecuencia de adenomas y adenomas de alto riesgo. El análisis estadístico se realizó mediante el test de chi cuadrado. Resultados: en 626 pacientes, se detectaron 167 con al menos un adenoma. La TDA global fue 26,7% y ajustada a sexo fue 23,09% en mujeres y 33,3% en hombres; el IDA de 42,33%. La TDA en la primera etapa de formación fue 27,1% y en la segunda 26,1% sin asociación significativa entre las etapas y la TDA. Se resecaron un total de 265 adenomas, 226(85%) lesiones elevadas. La frecuencia de localización fue 76(45.5%) en colon derecho, 75(44.9%) en colon izquierdo, 35(21%) en colon transversal y 23(13.8%) en recto. De los adenomas ressecados 64(38.3%) tienen alguna característica de alto riesgo, de los cuales la localización en colon izquierdo presento una asociación estadísticamente significativa para adenoma de alto riesgo [p<0.0001; OR= 4.05;(2.09 - 7.85)]. Conclusión: La TDA global y ajustada por sexo, son equiparables a las recomendadas por las guías internacionales. Las etapas formativas sujetas a un observador experimentado, no influyen en la TDA. En nuestra experiencia la localización más frecuente de adenomas fue el colon derecho, sin embargo los adenomas de colon izquierdo presentaron asociación significativa para adenoma de alto riesgo.

TO - COLON Y RECTO

0190 - LIMPIEZA COLÓNICA, LO IMPORTANTE NO ES QUE USO, SINO A QUE HORA LO USO

Modalidad: 1-Trabajos Originales (oral)
Unidad Temática: Endoscopia: Colon y Recto

SERRANO, Eva | AGUILERA, Federico | CITTADINI, Julieta | MIRAVALLE, Omar | ARIAS, Jorge | LUMI, Carlos Miguel | CAMPITELLI, Esteban Hugo
CENTRO PRIVADO DE CIRUGÍA Y COLOPROCTOLOGÍA

Trabajo: Introducción: La limpieza del colon es vital para un estudio de calidad. Más si este se realiza por screening. Hemos analizado las distintas variables que influyen en una correcta limpieza de manera prospectiva en pacientes incluidos para pesquisa de ccr, separados en 3 grupos según la preparación usada, siendo cada uno de ellos analizado con la escala de Boston, según el horario de ingesta y se les realizó una encuesta de satisfacción para evaluar tolerancia y aceptación. Material y Métodos: Se incluyeron 600 pacientes en 3 grupos de manera prospectiva durante 9 meses. PEG, fosfato monosódico y disódico, picosulfato de sodio y citrato de magnesio, por ser los más usados en la práctica diaria. Se evaluó la calidad de limpieza con la escala de Boston por ser fácil de implementar. Para el análisis se separaron los pacientes grupo matutino, 8 a 13 y vespertino de 13 a 18. Se les realizó una encuesta de satisfacción y tolerancia previa al estudio, con una escala de 0 no tolerada a 5 excelente. La encuesta fue obtenida del sitio survey monkey®. Se interrogó sobre 1-el grado de tolerancia del producto suministrado 2- si el volumen influyó en la tolerancia 3-si influyó el sabor y volumen en la tolerancia. Finalmente se analizó el cumplimiento de las indicaciones con especial interés en los horarios de ingesta según el turno asignado. Los pacientes de los grupos, PEG, FOSFO y PICO cuando no pudieron ser incluidos en la preparación a la que habían sido asignadas, por intolerancia conocida, por hipertensión arterial o función renal alterada, o alergia conocida a los componentes o preferir, no recibir dicha preparación, fueron excluidos, pero el grupo asignado se respetó en el siguiente paciente incluido que estaba en condiciones de recibir la preparación asignada. Así el número de individuos asignado para el grupo PEG fue de 206, el del FOSFO 211 y el de PICO 202. Siendo las causas más frecuentes, la imposibilidad de tolerar un volumen de líquido amplio, la hipertensión arterial, el deterioro de la función renal y la alergia o intolerancia conocida a uno o más componentes de la preparación. Finalmente quedaron del grupo A PEG 200 de ITT y 187 de PPA ya que se excluyeron de la evaluación los pacientes que no habían terminado por lo menos el 75% del volumen de preparación asignado (13), en el B FOSFO 200 de ITT y 189 de PPA ya que 11 individuos no pudieron tomar o completar o estar seguros de haber completado uno de los dos frascos de la preparación (11) y C PICO 200 ITT y 195 de PPA, siendo el motivo el haber fraccionado la segunda toma, por haber interpretado que la respuesta había sido suficiente (5). Discusión: La literatura sugiere como aceptable una tasa de fracaso en la limpieza de 20 a 23%. Los tres grupos se encontraron por debajo de dicha tasa, 19% para el A y 22% los B y C. La tolerancia y aceptación fue significativa a favor del grupo C, ya que el sabor y el volumen ayudó al cumplimiento. De las variables analizadas en el trabajo, las más influyentes han sido. El volumen de ingesta de la preparación, el sabor de las preparaciones, el horario de realización del estudio y el cumplimiento de los horarios asignados. Los fracasos se han asociado a la mala interpretación de las indicaciones, a la asignación incorrecta de los horarios de ingesta de la preparación, a los cambios imprevistos de horarios asignados. Conclusiones: El sabor y volumen de las preparaciones influyen en la tolerancia y aceptación de las mismas, pero el fracaso en la limpieza colónica en nuestra población estudiada se vio influenciado por el horario de asignación, beneficiado cuando parte de la ingesta se realizó el mismo día del estudio, por el cumplimiento de las pautas asignadas y sensiblemente evitar la reasignación de los turnos asignados, sin adecuar los horarios de ingesta de la preparación. Creemos que asignar tres turnos podría mejorar aún más los resultados.

TO - COLON Y RECTO

0210 - ESTUDIO DE LA FRECUENCIA, DISTRIBUCIÓN Y RENDIMIENTO DIAGNÓSTICO DE PÓLIPOS CON DISPLASIA DE ALTO GRADO(DAG) MEDIANTE COLONOCOPIA

Modalidad: 1-Trabajos Originales (oral)
Unidad Temática: Endoscopia: Colon y Recto

ARCO, Mauricio | PELLIZZONI, Mónica Solange | PASTORINO, Martín | CONO-SCIUTO, Juan | ROMAN, Hector Osvaldo | SABAS, Martín | FANJUL, Veronica | HIGA, Roberto | LOZZI, Ruben Darío
CLINICA COLON. MAR DEL PLATA

Trabajo: INTRODUCCION La principal secuencia en el desarrollo de cáncer colorectal es a través de la progresión de adenomas con displasia de bajo grado a alto grado hacia adenocarcinoma. Los pólipos adenomatosos son más frecuentes en el colon distal, mientras que los serratos en el colon proximal. La colonoscopia es el mejor método para la detección de estas lesiones preneoplásicas. OBJETIVO: Evaluar la frecuencia de detección de pólipos con displasia de alto grado y su distribución según sexo, edad y localización en la población estudiada en un centro privado en un periodo de más de 5 años. MATERIAL Y METODOS Se analizaron los estudios realizados entre los años 2010 hasta abril de 2016 tomando en cuenta la base de datos del servicio de Gastroenterología y Anatomía

Patológica de nuestra Institución. Se evaluó la tasa de detección de pólipos con displasia de alto grado y la frecuencia de distribución de acuerdo a sexo, edad, localización, clasificación de Haggitt, bordes de resección y concomitancia de lesiones sincrónicas. Los datos se analizaron con el programa estadístico Epi Info 7.1.5 RESULTADOS En el periodo de estudio se realizaron en total 11.981 videocolonoscopias con 3655 polipectomías endoscópicas(30.5 %) y 236 mucosectomías(1.96%). Se diagnosticaron 550 pólipos con DAG en 496 pacientes. La edad media fue de 62 ± 7 años, siendo el 59.6 % del sexo masculino Los pólipos se localizaron en colon derecho en el 17%, ángulo hepático, colon transverso 7%, y en colon izquierdo 76%. Un 54% fueron adenomas túbulo vellosos, un 31% tubulares, un 14,50% vellosos y un 0,5% serratos. Los bordes de resección estuvieron libres de Displasia en el 55%, en contacto con DBG en un 13% y con DAG 2%. El 29% de las lesiones fueron reseccadas con técnica de piecemeal por lo que no puedo evaluarse los bordes. Un 97% presento nivel de invasión de Haggitt 0, el 3% restante corresponde a los niveles 1, 2, 3 y 4. Solamente un 9% de los pacientes con DAG tenían otro pólipo con DAG, un 25% presentó pólipos con DBG asociado y un 22% tuvo pólipos hiperplásicos sincrónicos. Un 12,5% de los pólipos tenía un adenocarcinoma (78% intramucoso y 22% infiltrante). CONCLUSIONES La tasa de detección de pólipos adenomatosos mediante la resección endoscópica de los mismos se encuentra dentro de los parámetros adecuados de diagnóstico. Los pólipos con displasia de alto grado fueron mas frecuentes en el sexo masculino y en el segmento distal del colon. Además, observamos una baja prevalencia de adenomas serratos. Enfatizamos la importancia de la videocolonoscopia como método diagnóstico de lesiones en etapa precoz.

TO - COLON Y RECTO

0218 - USO DE STENTS EN PATOLOGÍA COLÓNICA

Modalidad: 1-Trabajos Originales (oral)
Unidad Temática: Endoscopia: Colon y Recto
Unidad Temática 2: Gastro: Colon y recto

AGUILAR, Francisco(1) | BURLANDO, Eduardo(2) | GIANINETTI, Leonardo(2) | IMHOF, Hugo(2) | PIERINI, Angel(2)
HOSPITAL J.B ITURRASPE (1); HOSPITAL J.B ITURRASPE (2)

Trabajo: ANTECEDENTES: La mayoría de las estenosis colónicas son por cáncer de colon El cáncer oclusivo tiende a ser de estadios mas avanzados que el no oclusivo y el 40% presenta metástasis. El 75% se da en el colon izquierdo OBJETIVO: Mostrar nuestra experiencia y analizar nuestros resultados en el uso de stents en patología colónica, analizando: indicaciones - eficacia técnica - morbilidad - costos DISEÑO: Ensayo retrospectivo, descriptivo y analítico MATERIAL Y METODO: Pacientes sometidos a colocación de stent colónico metalicos auto expansibles en la sección de videoendoscopia digestiva del servicio de Cirugía General del Hospital J. B. Iturraspe periodo Enero 2011 - Diciembre 2015. Se utilizo técnica combinada endoscópica - fluoroscópica, la elección del tipo de stent dependía de cada caso en particular. Fueron sometidos 43 pacientes a la colocación de stent colónico 25 pacientes (58.33%) corresponden al sexo masculino y 18 pacientes (41.66%) son de sexo femenino. El rango etáreo de la muestra fue de 19 - 93 años con una media de 48.5 años. La etiologías fueron malignas en 37 casos (86 %), benignas en 4 casos (9%) y extrínseca en 2 casos (5%). RESULTADOS: Se coloco exitosamente en el 100% de los casos, con un éxito funcional en el 93% de los casos. La complicaciones y morbilidad fue en un 9,3 %. El costo total fue menor comparandolo con la cantidad de días de internación que conlleva una cirugía. CONCLUSIONES: La colocación de stents colónicos es efectiva para el tratamiento de la oclusión colónica aguda. Puede ser usada como tratamiento previo a cirugía resectiva y como tratamiento paliativo definitivo en casos seleccionados. Parece ser costoefectiva comparada con la colostomía como método de desobstrucción colónica. Las tasas de complicaciones son altas especialmente cuando se usa como tratamiento definitivo. La dilatación previa aumenta las tasas de migración y perforación. Cuando se usa previo a cirugía, ésta debería realizarse entre los 7 y 30 días de la colocación del stent. El uso en patología benigna es controversial y está reservado a casos muy seleccionados.

TO - COLON Y RECTO

0226 - INFLIXIMAB (IFX) EN LA COLITIS ULCEROSA (CU) MODERADA-SEVERA: COMPARACIÓN ENTRE ESTRATEGIA DE TRATAMIENTO REGLADO Y ESTRATEGIA PUENTE

Modalidad: 1-Trabajos Originales (oral)
Unidad Temática: Endoscopia: Colon y Recto

SAMBUELLI, Alicia(1) | BELLICOSO, Maricel(1) | NEGREIRA, Silvia(1) | GONCALVES, Silvina(1) | GIL, Anibal(1) | HUERNOS, Sergio(1) | TIRADO, Pablo(1) | SALAZAR, Guillermo(1) | HENSEL, Alejandro(1) | GERMAN, Andres(1) | CHAVEIRO, Paula(1) | CABANNE, Ana(2)

Trabajo: INTRODUCCION: La CU es potencialmente severa, puede comprometer la calidad de vida y requerir colectomía. Los inmunosupresores y biológicos son herramientas fundamentales para pacientes complejos. El tratamiento biológico tiene costo elevado. El estudio ACCENT demostró que en la enf de Crohn (EC) infusiones de IFX regladas vs. episódicas se asocian con mayor eficacia al mantenimiento y menor requerimiento de cirugías y corticoides. En la CU, dificultades históricas de acceso económico habían condicionado a nuestro centro de EII, a usar IFX en el cuadro agudo y continuar con tiopurinas en los pac. 6MP/AZA naïve, estrategia que en la CU no se comparó con la indicación de IFX reglado sistemática que realizamos actualmente. OBJETIVOS: comparar en la CU moderada a severa los resultados (retrospectivos) de inducción con IFX en pac. tiopurina naïve continuando con tiopurinas vs. similar inducción seguida de IFX reglado. MATERIAL Y METODOS: se incluyeron las CU con actividad moderada a severa tratadas con IFX en un centro de EII (2006 a 2015) y se compararon cirugías, recaídas y requerimiento de esteroides (curvas de sobrevida) entre dos estrategias: IFX puente seguido de tiopurinas - sobrevida hasta la recaída o corticoides (posterior reinducción si accesible ante recaída moderada-severa) vs. IFX reglado (con posibilidad de optimización). Evaluación Mayo score total (parcial al seguimiento) de un estudio previo. RESULTADOS: Identificadas 135 CU (H 60, M 75, Edad (media±DS) 35,9±13,2, T. de evolución 5,8±5,9 años, Extensión: extensas 58,5% (n 79), Izq 41,5%, Actividad: severa 78,5% (n 106), moderada 21,5%, Mayo score (media) 10,1±1,8, Ulceras profundas: 67,4% (n 91). Eran no respondedores primarios (hasta sem 12) 25 pac. (18,5%) no considerados en la comparación de las estrategias de mantenimiento. Respondieron a la inducción 110/135 pacientes (num. de infusiones 10,4±7,6), T. medio de seguimiento 37,5 ±24,0 meses, AZA/6MP naïve 67,3% del total. Comparaciones: IFX puente (n 51), infliximab reglado (n 59). La prevalencia acumulada de colectomía fue significativamente mayor en la estrategia IFX puente vs. IFX reglado (HR: 6,8805, 95% IC 1,7207 a 27,5133, p = 0,0349), como así también la probabilidad de presentar recaídas (HR 3,1026, 95% IC 1,8368 a 5,2405, p<0.0001) y requerir corticoides (HR 2,6057, 95% IC 1,5516 a 4,3757, p=0.0003). Recibieron IMM 47,5% con IFX reglado y 72,2% de los reinducidos (IFX puente). De los reinducidos (n18) 33,3% requirieron otro biológico vs. 8,5% con IFX reglado (p=0.016, Fisher). Se optimizaron 22% en ambos grupos. Las reacciones de infusión con suspensión de IFX fueron más frecuentes como tendencia (p=0.06) en los pacientes reinducidos. CONCLUSIONES: al igual que en la EC, en la CU la estrategia de tratamiento IFX reglado, luego de un brote moderado-severo, se asocia con disminución de la probabilidad de cirugías, recaídas, y necesidad de corticoides, en comparación con la estrategia IFX puente seguida con tiopurinas, mejorando el pronóstico a largo plazo.

TO - COLON Y RECTO

0063 - LESIONES SINCRÓNICAS EN PACIENTES CON CCR POST COLONOSCOPÍA

Modalidad: 1-Trabajos Originales (póster)
Unidad Temática: Endoscopia: Colon y Recto

BOLINO, María Carolina | CERISOLI, Cecilio | TAWIL, José | SANCHEZ, Christian | DUMONCEAU, Jean Marc | CARO, Luis
 GEDYT

Introducción: Introducción: La detección precoz del Cáncer Color rectal (CCR) mejora la sobrevida. La colonoscopia es el gold standard para su diagnóstico aunque su efectividad depende de la calidad del procedimiento, experiencia del operador y correcto intervalo indicado. Sin embargo, aún en ideales escenarios, hay pacientes a quienes se detecta un CCR en un periodo relativamente corto luego de haber realizado una VCC sin detección de cáncer, denominados CCR post colonoscopia (CCRPC). **Objetivos:** 1. Estimar la prevalencia de lesiones sincrónicas en pacientes con CCRPC. 2. Describir sus características endoscópicas e histológicas. **Materiales y método:** Población: adultos referidos para VCC entre 10/2009 y 06/2015. Estudios incompletos a excepción de VCC con estenosis por CCR, Boston <6 y pacientes de alto riesgo para CCR fueron criterios de exclusión. **Diseño:** retrospectivo, descriptivo y transversal. **Procedimientos:** las VCC se realizaron bajo propofol, con endoscopios Olympus. La limpieza colónica se realizó con PEG c/s bisacodilo. CCRPC: diagnosticado <60 meses de VCC basal; el resto fue considerado como prevalente (P). La etiología se clasificó como vinculada a factores endoscópicos y biológicos. **Reparos éticos:** los pacientes firmaron el Consentimiento Informado antes de las VCC. **Análisis estadístico:** VCCSTAT 2.0. IC 95%. X2. **Resultados:** Se incluyeron 52506 pacientes; tasa de detección de adenoma : 20%; Boston x: 7,7±0,7. Prevalencia de CCR: 1% (IC95% 0.9-1.1; 526/52506) incluyendo CCRPC: 4% (IC95% 2.7-6.2%; 22/526) y CCR P 96% (IC95% 93-97%; 504/526). Los CCR PC correspondieron a lesiones perdidas 82%(n: 18) y resección insuficiente 18%(n:4); Intervalo entre VCC índice-diagnóstica: 25.5±11.8 meses. El grupo CCRPC tenía historia de pólipos y divertículos (p<0,05), sin diferencias en la edad, sexo ni an-

tecedentes familiares. Los CCRPC fueron de menor tamaño que los CCR P (22,09 vs. 29,37 mm; p<0.05); la morfología y localización no fueron diferentes en ambos grupos. Predomino el adenocarcinoma bien diferenciado en ambos grupos. La prevalencia de adenomas sincrónicos fue mayor en grupo CCRPC que CCR P (p<0.05) (tabla). Se registraron 20 pólipos sincrónicos en el grupo CCRPC (n: 13) y 379 en el grupo CCR P (n:187); se observó una tendencia a mayor prevalencia de adenomas serratos en el grupo CCRPC; sin otras diferencias endoscópicas e histológicas. Sólo en el grupo CCR P se registraron cánceres sincrónicos (n: 8; 1,6%), la mayoría de los cuales se localizó en el mismo segmento. **Conclusiones:** la prevalencia de adenomas sincrónicos fue mayor en el grupo CCRPC y se observó una tendencia al predominio de adenomas serratos en este grupo. Estos hallazgos enfatizan la importancia de la metuculosa inspección al realizar la VCC para detectar lesiones precursoras de CCR.

	CCR P n (%)	CCRPC n (%)	p
Lesiones sincrónicas	189 (37,5)	13 (59)	0,06
Pólipos sincrónicos	187 (37)	13 (59)	0,06
Adenomas sincrónicos	164 (32,5)	12 (54,5)	< 0,05
Adenomas avanzados sincrónicos	97 (19)	4 (18)	0,80
Total	504	22	-

TO - COLON Y RECTO

0082 - EXISTE ASOCIACIÓN ENTRE LA ENFERMEDAD DIVERTICULAR Y EL CONSUMO DE FIBRA, FACTORES DEMOGRÁFICOS, ÍNDICE DE MASA CORPORAL, HÁBITOS TÓXICO MEDICAMENTOSOS Y LIMPIEZA COLÓNICA?

Modalidad: 1-Trabajos Originales (póster)
Unidad Temática: Endoscopia: Colon y Recto

TAWIL, Jose | MAYNAT, Alejandra | RAMOS MEJIA, Magdalena | DEBENEDETTI, Jimena | BOLINO, Maria Carolina | SANCHEZ, Christian | DUMONCEAU, Jean Marc | CERISOLI, Cecilio | CARO, Luis

GEDYT

Trabajo: Introducción: La enfermedad diverticular (ED) es una condición adquirida que resulta de la herniación de la mucosa a través de la capa muscular del colon. Es más frecuente en países occidentales industrializados, y en su mayoría, es asintomática. Su génesis está asociada a múltiples factores como la edad, el IMC, el estilo de vida y la dieta. **Objetivos:** 1. Estimar la prevalencia de ED. 2. Evaluar si existe asociación entre el consumo de fibra, factores demográficos, IMC, hábitos tóxico medicamentosos, limpieza colónica y la ED. **Material y método:** Población: Adultos que realizaron VCC y completaron al menos el 75% de una encuesta auto administrada. **Criterios de exclusión:** resección colónica; estudios incompletos. El estudio se desarrolló en un centro ambulatorio de gastroenterología entre agosto, 2015 y febrero, 2016. **Diseño:** observacional, comparativo y transversal. **Procedimientos:** Recolección de datos: encuesta auto administrada. VCC: se realizó con sedación con propofol, con equipos Olympus. Se utilizó PEG con /sin bisacodilo para la limpieza colónica (Boston). **Variables en estudio:** Prevalencia de ED y sus complicaciones y su asociación con consumo de fibra/día, edad, sexo, IMC, AINES, AAS, tabaco y limpieza colónica. **Reparos éticos:** el protocolo fue aprobado por los Comités locales. **Análisis estadístico:** SPSS 19, VCCSTAT 2.0; X2; IC 95%; Student y regresión logística. **Resultados:** 1740 pacientes; mujeres 59%; Predominó el grupo etario 51-70 años: 50%, seguido de >70 años (40%) y de < 50 (9,7%). IMC promedio: 26,14 ± 4,44 (16-59) kg/m2. **Distribución de frecuencias según el IMC:** normal: 43%, sobrepeso: 40% y obesidad: 17%. **Antecedentes de ED:** 16%. **Habito catártico:** 11,5% constipados (Bristol: 1-2: 12,4%). **Boston promedio.** 7,61±1,26. 1. **Prevalencia de ED:** 34,5% (IC 95% 32-37; 601/1740). El consumo promedio de fibra en ED fue 10,8 gr/d y sin ED fue 12,21 gr/d; p<0,05. La ingesta de al menos 5 gr/día se asoció con menor incidencia de ED respecto a los no consumidores (46,7 vs. 100%; p<0,05), siendo el consumo de más de 15 gr/día (29%) el que presentó menor incidencia de esta patología. Asimismo, la ED fue más frecuente en >70 años (53% vs 25 % y 5%, respectivamente; p<0,05), en varones (40,9 vs 30,3%; p<0,05), en sobre peso y obesidad (S 37,6% y O 43% vs IMC normal 28%; p<0,05) y en consumidores de AAS (43 vs. 33%; p<0,05). No se observó asociación entre AINES, tabaco y limpieza colónica y ED; en el análisis multivariado se observó asociación estadísticamente significativa entre la edad, sexo, IMC, consumo de fibra de al menos 5 gr/día y ED. **Conclusiones:** En esta muestra un tercio de los pacientes presento ED. Se observó asociación entre el sexo masculino, la edad >70 años, sobrepeso y obesidad, consumo de fibra de al menos 5 gr día y la ED.

TO - COLON Y RECTO

0113 - RESECCIÓN MUCOSA ENDOSCOPIA EN LESIONES COLORRECTALES ¿ES UNA TÉCNICA EFICAZ?

Modalidad: 1-Trabajos Originales (oral)

Unidad Temática: Endoscopia: Colon y Recto

ORTIZ, Lucia(1) | OJEDA, Estefanía(1) | ROSSI, Lucas(1) | CORREA, Gustavo Javier(1) | YANTORNO, Martin(1) | REDONDO, Agustina(1) | VILLAVARDE, Augusto(1) | TUFARE, Francisco(1) | FASANO, María Victoria(2) | CHOPITA, Nestor(1)

HIGA SAN MARTIN LA PLATA (1); INSTITUTO DE DESARROLLO E INVESTIGACIONES PEDIÁTRICAS (IDIP), HOSPITAL DE NIÑOS DE LA PLATA, CICPBA (2)

Introducción: Introducción: El cáncer colorrectal (CCR) es el segundo cáncer más frecuente en nuestro país. En 2014 el CCR causó 7327 muertes en Argentina, el 12% del total de muertes por tumores malignos. La mayoría de los CCR surgen de lesiones adenomatosas por una vía adenoma-carcinoma. La detección temprana de este tipo de lesiones disminuye la incidencia y la mortalidad de CCR. Las lesiones de crecimiento lateral (LST) representan el 25% del total de las neoplasias colorrectales, dichas lesiones tienen mayor frecuencia de displasia de alto grado (DAG) e invasión submucosa. Se consideran LST de gran tamaño las mayor o igual 20mm. La técnica de resección mucosa endoscópica (RME) es una opción terapéutica para este tipo de lesiones entre disección submucosa endoscópica (DSE) y técnica híbrida (DSE+RME). **Objetivo:** Evaluar la eficacia y seguridad del tratamiento endoscópico de las LST de gran tamaño con RME durante un año de seguimiento. **Material y métodos:** Desde Enero 2012 a Abril 2016 se evaluaron 130 pacientes con LST colorrectales mayor o igual 20mm. Los datos se recopilaron de las historias clínicas digitales. Se evaluó las características de las lesiones (localización, tamaño y subtipo), tipo de resección (en bloque, en piecemeal), complicaciones, histología y seguimiento. Estudio descriptivo, retrospectivo con seguimiento prospectivo. Las variables fueron analizadas con test de chi2 y de Fisher. **Resultados:** En un período de 4 años, se incluyeron 130 pacientes en los que se realizó RME. Las lesiones se localizaron en el recto (43,8%) y colon derecho (40%). El tamaño de 104(80%) fueron de 20 a 50mm y 26(20%) mayor o igual 50mm. El 84% de las LST fueron granulares (43,4% no homogéneas y 40,7% homogéneas). Se realizó resección completa en el 100% de los pacientes, 15(11,5%) en bloque, 105(80,7%) en piecemeal en un tiempo y 10(8%) en piecemeal en más de un tiempo. Se observó sangrado en el 16,1%(21) y perforación en el 1,53%(2), con resolución endoscópica. Los resultados histopatológicos son 28,4% adenoma tubular, 28,4% adenoma tubulovelloso, 10,7% adenoma vellosos, 13,8% carcinoma intramucoso, 2,3% adenocarcinoma invasor y 9,2% adenomas serrados. De las lesiones adenomatosas el 64(73%) presentaron DAG y 23(26,4%) displasia de bajo grado. Los 3 adenocarcinomas invasores tenían LST mayor o igual 50 mm. 83 pacientes cumplieron con al menos un control endoscópico durante un 1 año de seguimiento, en los cuales se observó recidiva en el 37,3%(31). La misma se trató endoscópicamente. La recidiva en lesiones mayor o igual 50mm es 32,2%. De las recidivas 38,7% fueron LST granular homogéneo, 48,4% fueron LST granular no homogéneo. 22(71%) de las recidivas tuvieron RME en piecemeal en un tiempo, 9(29%) piecemeal en más de un tiempo y 0% en bloque (p-valor <0.0001). **Conclusión:** El tratamiento de LST de gran tamaño con RME es eficaz y seguro. Si bien la recidiva fue mayor en la RME en piecemeal, la misma se resolvió endoscópicamente.

TO - COLON Y RECTO

0184 - HALLAZGOS ENDOSCÓPICOS EN PACIENTES ADULTOS MENORES DE 50 AÑOS QUE CONSULTAN POR HEMATOQUECIA

Modalidad: 1-Trabajos Originales (póster)

Unidad Temática: Endoscopia: Colon y Recto

CARNAGHI, Angel Javier | CHAAR, Elsa Catalina | DI RISIO, Cecilia | MARTINEZ BOTANNI, Cristina | PERISSE, Elizabeth | BARCIA, Teresa | MARTA, Edgardo | FERNANDEZ, Diego Mariano

HOSPITAL GENERAL DE AGUDOS JOSÉ MARIA PENNA

Trabajo: Introducción: La hematoquecia es un motivo frecuente de consulta presentando una incidencia anual del 20% con una mortalidad del 11%. La causa más frecuente en pacientes menores de 50 años es la patología hemorroidal. En general se suele indicar como estudio diagnóstico videorrectosigmoidoscopias (vrsc) y eventualmente la colonoscopia (vcc). **Objetivos:** determinar cual es la causa más prevalente de hematoquecia en pacientes menores de 50 años sin patología previa diagnosticada por endoscopias en un hospital público. **Materiales y Métodos:** Estudio prospectivo observacional y descriptivo. Se incluyeron a 40 pacientes que cumplieron con los criterios de elegibilidad en el período comprendido entre septiembre de 2013 y mayo de 2015 que concurrieron al servicio de endoscopia del hospital general de agudos J. M. Pena para la realización de una vrsc o vcc, cuyo motivo de consulta fue hematoquecia. Los pacientes firmaron el consentimiento informado. Intervinieron gastroenterólogos endoscopistas del servicio y se utilizó un equipo Pentax epk-p.

El análisis estadístico se realizó utilizando el programa STATA. **Resultados:** Se incluyeron 40 pacientes. 21 de ellos de sexo femenino (52,5%) y 19% de sexo masculino (47,5%), la mediana de edad fue de 34 años (rango intercuartilo 25-75=18-44). 36 pacientes presentaron patología hemorroidal (90%) intervalo de confianza (ic 95= 80,7-93,3%) de los casos. En 4 pacientes (10%) no se encontró diagnóstico. **Conclusiones:** De acuerdo a nuestros resultados, los pacientes menores de 50 años con hematoquecia presentaron como causa patología benigna, principalmente hemorroides internas. El sexo predominante fue el femenino. Faltan estudios de mayor tamaño muestral como para determinar la ventaja relativa de exploración completa del colon en comparación a la realización de vrsc.

TO - HÍGADO, VESÍCULA, VÍAS BILIARES Y PÁNCREAS

0096 - ROL DE LOS STENTS METÁLICOS AUTOEXPANSIBLES EN LA PATOLOGÍA BILIAR BENIGNA

Modalidad: 1-Trabajos Originales (oral)

Unidad Temática: Endoscopia: Hígado, Vesícula, Vías Biliares y Páncreas

OMODEO, Mariana | MALAGA, Ignacio | CURVALE, Cecilia | PARENZA, Tomás | DE MARIA, Julio | GUIDI, Martin | MATANO, Raul

HOSPITAL EL CRUCE

Introducción: Introducción: Las enfermedades biliares benignas han sido tradicionalmente tratadas mediante la colocación de uno o más stents plásticos. Los stents metálicos autoexpansibles (SEMS) están ganando aceptación en la actualidad para el tratamiento de dichas patologías. **Objetivo:** Evaluar la eficacia y las complicaciones de la utilización endoscópica temporal de SEMS para el tratamiento de la patología biliar benigna. **Materiales y Métodos:** Estudio retrospectivo, observacional a partir de una base de datos prospectiva en un centro de tercer nivel entre Marzo 2012 y Mayo 2016. Se incluyeron todos aquellos pacientes a los cuales se les colocó SEMS por patología benigna de la vía biliar. Las principales etiologías fueron: litiasis compleja, perforación, hemorragia, fugas y lesiones quirúrgicas biliares (LPQVB). Se documentaron los eventos adversos relacionados con el tratamiento con SEMS. **Resultados:** Un total de 32 pacientes fueron incluidos. La edad media fue de 57 años (27 - 90) y un 66% (21/32) fueron mujeres. En total se colocaron 36 prótesis. Las indicaciones para la colocación de los mismos fueron: litiasis gigante y/o múltiple 11 (31%), LQVB 8 (25%), fugas biliares 3 (8,3%), estenosis papilar tipo II 3 (8,3%), estenosis post trasplante hepático 2 (6%), perforación 2 (6%), sangrado 2 (6%) y hemobilia 1 (3%). La tasa de éxito global de resolución de la patología fue del 88%: 88 % (7/8) en LQVB, 73% (8/11) en litiasis gigante y 100% en el resto de las indicaciones. Se retiraron 35 de las 36 prótesis fácilmente después de una duración media de 133 días (10-180 días). El restante se retiró durante duodenopancreatografía en paciente con cáncer de páncreas resecable. Con respecto a las complicaciones, todas las prótesis fueron colocadas y retiradas sin complicaciones. Un paciente intercurrió con colangitis por lo que hubo que recambiar el stent. En tres pacientes se recolocaron las prótesis. Dos de ellos con LQVB en donde no resolvieron con el primer stent. Uno de ellos resolvió con un tercer stent y uno fracasó. El tercer paciente en el que se coloca por estenosis post trasplante resolvió con un segundo stent. **Conclusión:** Los SEMS tienen una alta tasa de efectividad para la resolución de patología biliar benigna por lo que podrían considerarse una alternativa efectiva y segura en ciertos pacientes.

TO - HÍGADO, VESÍCULA, VÍAS BILIARES Y PÁNCREAS

0097 - ROL DE LA AMILASEMIA Y LIPASEMIA COMO PREDICTORES DE PANCREATITIS POST-CPRE

Modalidad: 1-Trabajos Originales (póster)

Unidad Temática: Endoscopia: Hígado, Vesícula, Vías Biliares y Páncreas

MALAGA, Ignacio | OMODEO, Mariana | GUIDI, Martin | CURVALE, Cecilia | DE MARIA, Julio Cesar | MATANÓ, Raúl

HOSPITAL EL CRUCE

Introducción: La pancreatitis aguda post - colangiografía endoscópica (PAP) es una complicación frecuente. Predecirla tiene implicancias clínicas y legales. Pocos estudios sobre predictores serológicos de PAP se encuentran publicados. **Objetivo:** Determinar si elevaciones por encima de tres veces del valor de referencia de amilasa y lipasa a las cuatro horas posteriores a la colangiografía endoscópica (CPRE) pueden predecir pancreatitis. **Material y métodos:** Estudio observacional, longitudinal, prospectivo e inferencial en pacientes con papila naïve derivados a centro de tercer nivel para realización de CPRE, entre el 1º de enero y el 15 de noviembre de 2015. Los criterios de inclusión fueron: edad mayor a 18 años, papilas naïve y tiempo de observación mayor a 4 horas previo a la derivación hacia hospital de origen. Se recolectó una muestra de sangre para dosaje de amilasa y lipasa a las 4 horas post-CPRE. Se contactó telefónicamente al paciente y/o médico tratante a las 24 hs para registrar el evento (PAP). **Resultados:** Se realizaron 488 CPREs, donde se registró

una tasa de PAP del 3,07% (15 pacientes). Fueron incluidos 132 pacientes, de los cuales 10 desarrollaron PAP (7,5%). Las mujeres presentaron un riesgo 3,5 veces mayor ($p < 0.05$). La hiperamilasemia y la hiperlipasemia asintomática se evidenciaron en el 16,7% y 22,7% respectivamente. La sensibilidad de la lipasa como predictor de PAP fue de 100%, con una especificidad de 92%, un valor predictivo positivo (VPP) del 50% y un valor predictivo negativo (VPN) del 100%. La sensibilidad de la amilasa fue del 100%, con una especificidad de 98%, un VPP del 83% y un VPN del 100%. ($p < 0,05$; 95% IC, 0,82; 0,61-1,03) Conclusión: Valores de amilasa y lipasa a las 4 horas post-CPRE normales o elevados no más de tres veces su límite superior son predictores negativos de PAP. La lipasa no es superior a la amilasa en predecir la PAP, por ende, es costo-efectivo el dosaje único de amilasa posterior a la CPRE.

TO - HÍGADO, VESÍCULA, VÍAS BILIARES Y PÁNCREAS

0107 - TRATAMIENTO ENDOSCÓPICO DE COLECCIONES PANCREÁTICAS: EXPERIENCIA EN UN CENTRO DE REFERENCIA DE LA PROVINCIA DE BUENOS AIRES

Modalidad: 1-Trabajos Originales (oral)

Unidad Temática: Endoscopia: Hígado, Vesícula, Vías Biliares y Páncreas

YONAMINE, Karina | PERRON, Nadia | VITALE, Luisina | BALDONI, Fernando | SCARRETTA, Martín | CURA, Pablo Hernan | REDONDO, Agustina | VILLAVERDE, Augusto | CHOPITA, Nestor Alfredo

HIGA SAN MARTIN

Introducción: Aproximadamente un 20% de los pacientes con pancreatitis aguda presentan complicaciones locales relacionadas a colecciones pancreáticas durante su evolución, que son responsables de una sustancial morbimortalidad. Si bien son ampliamente conocidas las indicaciones de drenaje de dichas colecciones, como son la infección, la obstrucción del tracto de salida gástrico o duodenal, y la obstrucción de la vía biliar; son considerables las diferencias en la elección de la vía de abordaje. Hasta hace dos décadas atrás, el debridamiento quirúrgico abierto era el tratamiento de elección, sin embargo, la alta morbimortalidad asociada al procedimiento, ha desviado la atención hacia las técnicas mínimamente invasivas, endoscópicas y percutáneas, que asociadas a alta efectividad y seguridad en la resolución clínica de las colecciones, con disminución de la morbilidad asociada a los procedimientos tradicionales. El objetivo de este estudio fue analizar una serie de casos de colecciones pancreáticas en los cuales se realizó drenaje endoscópico, describiendo las diferentes técnicas utilizadas, el éxito clínico, la seguridad, y los resultados a largo plazo de dicho tratamiento. Materiales y métodos: Se realizó un estudio descriptivo, observacional, retrospectivo, con seguimiento prospectivo, de 18 casos de pacientes con colecciones pancreáticas que fueron drenadas por vía endoscópica, desde el año 2010 al 2015. Los criterios de inclusión fueron: colecciones pancreáticas sintomáticas drenadas por vía endoscópica; con seguimiento de por lo menos 6 meses desde el procedimiento. Resultados: Se realizaron 18 procedimientos, 6 mujeres (33%) y 12 hombres (67%); el promedio de edad de 55 años (r 22-71 años). El tamaño promedio de las colecciones fue de 84 mm (40-180). 8 procedimientos (44%) fueron realizados bajo guía EUS, 2 (11%) fueron marcados por EUS y posteriormente drenados por vía endoscópica, y 8 pacientes (44%) fueron drenados por vía endoscópica. El 77% de los drenajes fueron realizados por vía transgástrica, 4 pacientes se drenaron por vía combinada. 16 (89%) resolvieron los síntomas pre tratamiento, aunque no todos se relacionaron a colapso total de la cavidad. 10 (55%) presentaron complicaciones asociadas a los procedimientos, 9 (90%) fueron complicaciones menores, 1 (5%) presentó óbito post procedimiento, secundario a perforación. Se observaron 2 hemorragias post punción, ambas en procedimientos sin guía EUS. 3 hemorragias postdilatación de fístula controladas endoscópicamente. Discusión: El drenaje de colecciones pancreáticas por vía endoscópica es eficaz y seguro realizado en centros especializados. En la actualidad, el uso de EUS realizado por operadores entrenados, podría reemplazar a la vía endoscópica clásica, siendo en nuestra experiencia, un método seguro y eficaz para el abordaje de estas colecciones. Se necesitan más estudios prospectivos para evaluar dicho resultado.

TO - HÍGADO, VESÍCULA, VÍAS BILIARES Y PÁNCREAS

0221 - MANEJO DE LOS TUMORES DE PAPILA: USO DE ECOENDOSCOPIA. NUESTRA EXPERIENCIA

Modalidad: 1-Trabajos Originales (oral)

Unidad Temática: Endoscopia: Hígado, Vesícula, Vías Biliares y Páncreas

AGUILAR, Francisco | BURLANDO, Eduardo | GIANINETTI, Leonardo | IMHOF, Hugo | PIERINI, Angel

HOSPITAL J.B. ITURRASPE

Trabajo: Introducción: Los tumores de papila representan un 5% de las neoplasias gastrointestinales. Presentan un conocido potencial maligno por lo que la resección es la

norma. La ampulectomía endoscópica puede ser usada como terapéutica alternativa a la cirugía, aunque el método de resección y el período de vigilancia no están bien establecidos. Objetivos: Evaluar la eficacia y seguridad de la ampulectomía endoscópica realizada en nuestro centro. Método: Estudio retrospectivo de serie de casos en los que se ha realizado ampulectomía desde ENERO de 2011 a DICIEMBRE de 2015. Se realizó abordaje con ecoendoscopia para la estadificación en todos los casos. La misma determinó que pacientes eran factibles de resección endoscópica y cuales requerían cirugía convencional. Se valoran las siguientes variables: la eficacia de la ecoendoscopia y de los distintos tratamientos (ausencia de tumor macroscópico) y morbi-mortalidad de los mismos. Resultados: Se trataron 14 pacientes (10H y 4M) con una edad media de 63 años. La estadificación en todos los casos fue por ecoendoscopia observando que 3 de ellos (21%) eran t3 y requerían cirugía para su resolución. El 29 % de los casos eran T1 mientras los restantes eran T2, con un tamaño medio de 2cm. De los tratados por endoscopia un 28% de los casos con displasia de bajo grado, 43% displasia moderada, 12% displasia grave y 17% carcinoma in situ. Se realizó seguimiento a los 3, 6 y 12 meses. 5 de los pacientes cumplieron el año de seguimiento y los restantes 6 meses. Al año de seguimiento el 100% presentó ausencia de recidiva tras la ampulectomía endoscópica. Se presentaron un 55% de complicaciones precoces leves: dolor abdominal que cedió con analgesia (3/11) pancreatitis aguda (1y sangrado leve que no precisó transfusión (1/11). Hubo un 35% de complicaciones tardías (primeros 6 meses): estenosis papilar (2/11) y colangitis (1/11) que precisaron nueva CPRE. No se presentó mortalidad asociada a la técnica. Conclusiones: La ECOENDOSCOPIA es un excelente método para la estadificación de tumores ampulares en manos a veces. Para el tratamiento de estos tumores la ampulectomía endoscópica es una técnica eficaz aunque precisa de más de un tratamiento endoscópico para su solución. Las complicaciones que se presentaron de forma aguda fueron leves y las crónicas se pudieron resolver tras la realización de una nueva técnica endoscópica.

TO - HÍGADO, VESÍCULA, VÍAS BILIARES Y PÁNCREAS

0090 - TRATAMIENTO ENDOSCÓPICO EN ESTENOSIS PAPILARES

Modalidad: 1-Trabajos Originales (póster)

Unidad Temática: Endoscopia: Hígado, Vesícula, Vías Biliares y Páncreas

Unidad Temática 2: Gastro: Hígado, Vesícula, vías biliares y páncreas

MANAZZONI, Dante | PARENZA, Tomás | GUIDI, Martín | CURVALE, Cecilia | OMODEO, Mariana | MATANÓ, Raúl | DE MARÍA, Julio | MALAGA, Ignacio
HOSPITAL DE ALTA COMPLEJIDAD EN RED EL CRUCE "DR. NESTOR CARLOS KIRCHNER"

Introducción: Las estenosis papilares (EP) son un grupo heterogéneo de entidades estenosantes, muchas veces subdiagnosticadas, evidenciadas durante una Colangiografía Retrógrada Endoscópica (CPRE). Se clasifican en: tipo I si están limitadas a la porción intraduodenal del complejo esfinteriano o tipo II cuando involucran al coledoco distal. El tratamiento consiste en ampliación de la esfinteropapilotomía (EPT) en las tipo I y en la estricturotomía y/o estricturoplastia con o sin colocación de stent biliar en las tipo II. Siempre debe descartarse la etiología neoplásica. OBJETIVO: Determinar la prevalencia de esta entidad en un centro de tercer nivel, así como la eficacia y complicaciones de su tratamiento endoscópico. METODO: Estudio retrospectivo, descriptivo y longitudinal. Se analizaron todas las CPREs realizadas entre el 1/1/2014 y el 1/4/2016. Se definió a la EP mediante colangiografía como un afinamiento abrupto a nivel papilar, o hacia coledoco distal menor a 15mm en extensión, asociado a una dilatación proximal de colédoco y a una ausencia de drenaje espontáneo del contraste. Se determinó el éxito del tratamiento como la ausencia de la estenosis en el colangiograma post-tratamiento y la falta de recurrencia de colestasis durante el seguimiento. RESULTADOS: Se realizaron durante estos 27 meses 1550 CPREs diagnosticándose 19 EP (1,22%), siendo 6 tipo I y 13 tipo II. La edad promedio fue de 62 años. Quince pacientes presentaban antecedente de EPT previa. Se realizaron 23 terapéuticas endoscópicas: 11 estricturoplastias, 7 estricturotomías, 3 ampliaciones de EPT y 2 colocaciones de stents metálicos autoexpandibles. Existieron 5 fallas al tratamiento inicial con 4 reintervenciones exitosas. La tasa de éxito final fue del 94,7%. La tasa de complicaciones fue del 13%, dos hemorragias con resolución endoscópica y una pancreatitis leve. El seguimiento tuvo un rango de 71 a 870 días con una media de 147 días. CONCLUSIONES: La EP no fue un hallazgo infrecuente durante las CPRE (1,22%). Siempre debe descartarse la patología tumoral. El tratamiento endoscópico tiene alta eficacia (94,7%) pero con una tasa de complicaciones no despreciable del 13% en las EP tipo II.

TO - HÍGADO, VESÍCULA, VÍAS BILIARES Y PÁNCREAS

0091 - CPRE: EXPERIENCIA EN UN HOSPITAL PUBLICO DE REFERENCIA

Modalidad: 1-Trabajos Originales (póster)

Unidad Temática: Endoscopia: Hígado, Vesícula, Vías Biliares y Páncreas

Unidad Temática 2: Endoscopia: Investigación Básica

La colangiopancreatografía retrógrada endoscópica (cpre) es un procedimiento eficaz para drenar la vía biliar y pancreática. La complejidad de la técnica conlleva una morbimortalidad que parece ser mayor en los centros que realizan pocos procedimientos por año, menos de 200cpre/año según la bibliografía. El servicio de endoscopia del hospital san bernardo (sehsbs) es el único lugar público que cuenta con el equipamiento médico y experiencia profesional para realizar cpre en la provincia de salta, por lo que constituye un lugar de referencia de pacientes de toda la provincia y zonas aledañas. Objetivos: el objetivo de nuestro estudio fue determinar las características poblacionales de los pacientes sometidos a cpre, como así también las indicaciones, éxito del procedimiento, diagnóstico y complicaciones observadas. Métodos: se evaluaron retrospectivamente las cpre realizadas en el sehsbs durante el periodo comprendido entre 1 enero de 2015 hasta 31 diciembre de 2015 y se analizaron la frecuencia de las distintas variables. Se cargaron los datos en planillas de excel y se analizaron los mismos mediante el programa epinfo 7. Resultados: se realizaron un total de 210 procedimientos en 182 pacientes. Del total de los procedimientos, 71,9% corresponden al sexo femenino y 28,1% al sexo masculino, el grupo etareo más prevalente fue el de 45 a 64 años con el 37,62% seguido por el grupo de <30 años con el 26,67%. La indicación más frecuente fue la patología litiasica con un total de 70. 47%, representada por sospecha de litiasis coledociana (58,57%) y litiasis residual (11,9%). Se logro la canulación en el 92,38 %, mientras que en el 7,62% hubo un fallo en el acceso a la papila o en la canulación. Las complicaciones derivadas del procedimiento, se observaron en 16 casos (7,62%), dicha cifra se ajusta a las publicadas en otros centros. Las más frecuentes fueron pancreatitis leve y moderada (2,86%), colangitis (2,38%), seguidas por hemorragia (0,95%) y arritmia (0,95%). Se registro una muerte (0,48%) relacionada a las complicaciones. Conclusiones: la cpre es un procedimiento endoscopico complejo y minimamente invasivo que presenta baja morbimortalidad, por lo que se sugiere valorar cuidadosamente el riesgo- beneficio de las exploraciones diagnosticas. El tipo y frecuencia de complicaciones observadas en nuestro servicio coinciden con las publicadas en centros a nivel nacional e internacional.



TO - HÍGADO, VESÍCULA, VÍAS BILIARES Y PÁNCREAS

0196 - DRENAJE ENDOSCÓPICO DE COLECCIONES PERIGÁSTRICAS

Modalidad: 1-Trabajos Originales (póster)

Unidad Temática: Endoscopia: Hígado, Vesícula, Vías Biliares y Páncreas

Unidad Temática 2: Gastro: Hígado, Vesícula, vías biliares y páncreas

THOME, Marcelo(1) | BALMACEDA, Silvia(2) | MENDOZA, Belen(2) | HERRERA, Jose(2)
CLÍNICA OLIVOS (1); HOSPITAL BERNARDO HOUSSEY (2)

Trabajo: Antecedentes: El drenaje de las colecciones abdominales se realiza en la actualidad con técnicas mini invasivas. En 1975 fue reportado el primer drenaje endoscópico transgástrico (DET), posteriormente fue evolucionando y es utilizado en forma más frecuente. Objetivo: Se presentan tres casos de DET de colecciones perigástricas. Los mismos fueron realizados cuando otras alternativas terapéuticas resultaban ser más dificultosas o poco seguras. El propósito es plantear al DET como una alternativa terapéutica factible, segura, efectiva y reproducible. Diseño: Retrospectivo, Descriptivo, Serie de Casos. Material y Métodos: En el período entre marzo 2015 y abril 2016, tres pacientes fueron seleccionados para realizar un DET. Bajo anestesia general y utilizando un duodenoscopio se eligió el sitio de mayor protrusión en la pared gástrica. Se procedió a la punción con esfinterotomía y guía utilizando coagulación monopolar. Se amplió y dilató el acceso con balón. Se colocaron catéteres doble pigtail. Caso 1: Paciente masculino de 78 años presentó Colección Necrótica Aguda, cursando Pancreatitis Aguda Grave en el contexto de una Pancreatitis Crónica. Presenta shock séptico en ARM desde el ingreso. Se realizó una Tomografía Computada de Abdomen (TCA), donde se identificó gran colección perigástrica que comprime la luz gástrica con interposición del colon transverso, determinando una ventana poco segura para el acceso percutáneo. Se decidió realizar un DET. Caso 2: Mujer de 56 años ingresa por pancreatitis aguda severa post colecistectomía laparoscópica, aprox. a los 20 días del post operatorio presenta fiebre, dolor abdominal y leucocitosis. Se realizó TCA donde se constata colección retrogástrica comprimiendo la luz gástrica. Se interpreta como

Colección Necrótica Aguda y se decidió realizar un DET. Caso 3: Paciente masculino de 26 años con Linfoma no Hodking, realizando quimioterapia. Presenta dolor abdominal, fiebre y leucocitosis. Se realizó TCA donde se visualiza gran colección perigástrica extendiéndose al retroperitoneo. Paciente anticoagulado, se revierte anticoagulación. Se decidió realizar un DET. Resultados: En todos los casos el DET pudo realizarse sin complicaciones técnicas. Caso 1: Paciente en falla multiorgánica severa desde el ingreso. Obiata 48hs. post procedimiento. Caso 2: Paciente evolucionó con mejoría clínica. Disminución de la colección. Alta 15to día. Caso3: Evoluciono favorablemente con disminución de la colección. Alta18 días. Conclusión: El DET constituye una herramienta factible, segura, efectiva y reproducible cuando otras alternativas mini-invasivas son más difíciles o poco seguras. Requiriendo para su realización un Endoscopista entrenado en Endoscopia Terapéutica Avanzada.

TO - PEDIATRÍA

0017 - HIPERTENSIÓN PORTAL EN PEDIATRÍA. SEGUIMIENTO DE PATOLOGÍA COMPLEJA DE ALTO RIESGO

Modalidad: 1-Trabajos Originales (póster)

Unidad Temática: Endoscopia: Pediatría

MALAGRINO, Pablo Javier | CIRINCIONE, Vilma | GUGLIELMINO, Andrea | DOBRY, Martin | LEZAMA, Carol | GALOPPO, Marcela | SOLAEGUI, Maria | SALGUEIRO, Fabian | LUQUE, Carlos | MAVROMATOPULOS, Elisabet

HOSPITAL DE NIÑOS DR RICARDO GUTIÉRREZ

Introducción: Objetivos: Describir la evolución de 100 pacientes en seguimiento clínico-endoscópico en el consultorio de hipertensión portal del servicio de gastroenterología del Hospital de Niños Dr Ricardo Gutiérrez Métodos: Estudio observacional, retrospectivo, de revisión de historias clínicas. Resultados: Se incorporaron al consultorio de hipertensión portal, 100 pacientes desde 10-2011 a 02-2016. Las patologías fueron: 27% atresia de vías biliares (AVB), 25 % cavernoma de la porta (CP), 17% hepatitis autoinmune (HAL), 11% fibrosis quística (FQP), 7% fibrosis hepática congénita (FHC), 13% otros. El 46% de esta población presentó episodios de hemorragia digestiva variceal previos o durante el periodo de seguimiento. La edad del primer sangrado según la etiología fue: AVB media 19 meses (2m-6a), CP media 3 años 8 meses (2m-11a), HAL media 13 años (10-15a), FQP media 12,1 años (11a-12a), FHC media 4 años 7 meses (4a-5a) El grupo tiene realizadas un total 426 endoscopías digestivas altas. En el período referido 271 endoscopías digestivas altas. 30 pacientes ingresaron al plan de erradicación de várices esofágicas como profilaxis secundaria de hemorragia variceal. 25/30 con ligadura endoscópica (LE), 5/30 con esclerosis (E) por peso inferior a 10kg. Se realizaron 130 sesiones de LE. 17/30 (57%) alcanzó la erradicación con un total de 58 sesiones y promedio por paciente erradicado de 3 sesiones (1-8). Se colocaron 3 ligaduras promedio por sesión (1-6). 4/17 (23%) recurrieron post erradicación en un tiempo medio de 10 meses (4m-20m). 13/30 (43%) requirieron realización de shunt quirúrgico, 5/13 (40%) por fracaso en la erradicación variceal. Conclusiones: El seguimiento de pacientes con hipertensión portal requiere manejo de un equipo multidisciplinario, para la toma conjunta de decisiones. La LE como profilaxis secundaria de hemorragia variceal presentó un porcentaje de éxito adecuado según lo reportado en niños. Si bien la LE mostró ser superior a la E en trabajos randomizados, ésta última es una técnica fundamental para aquellos niños en quienes por peso inferior a los 10kg, el set de ligadura no puede introducirse.

TO - PEDIATRÍA

0048 - CÁPSULA ENDOSCÓPICA: SU RENDIMIENTO DIAGNÓSTICO EN PEDIATRÍA

Modalidad: 1-Trabajos Originales (póster)

Unidad Temática: Endoscopia: Pediatría

Unidad Temática 2: Gastro: Pediatría

CIRINCIONE, Vilma Inés(1) | TENNINA, Cecilia(1) | GUGLIELMINO, Andrea(1) | MALAGRINO, Pablo Javier(1) | MAVROMATOPULOS, Elisabet(1) | WALDBAUM, Carlos Alfredo(2)

HOSPITAL DE NIÑOS DR RICARDO GUTIÉRREZ (1); HOSPITAL DE CLINICAS "JOSE DE SAN MARTIN" (2)

Introducción: Previo al desarrollo de la cápsula endoscópica (CE) un exámen endoscópico completo del intestino delgado (ID) requería de una intervención quirúrgica. Por su simpleza y la calidad de las imágenes hoy la CE se destaca en el estudio de las hemorragias digestivas de origen oculto (HDOO), las enfermedades inflamatorias intestinales (EII) y las poliposis, entre otras indicaciones. Objetivo Evaluar el rédito diagnóstico de la CE en el estudio de los pacientes de nuestra Sección. Material y Método Revisión retrospectiva de las CE realizadas entre los años 2011-2016. Para optimizar las imágenes los pacientes fueron preparados con una dieta pobre en fibra y polietilenglicol oral. Utilizamos la CE PillCam. 7 pacientes ingirieron la cápsula y a 12 se las introdujo con asistencia endoscópica por su edad, estado clínico

o si la CE se realizó a continuación de una endoscopia. Resultados Evaluamos 22 estudios de 20 pacientes (7 mujeres, 13 varones), edad promedio de 9,5 años (Rango 2-17 años). Las indicaciones fueron: 7 casos de HDOO (5 con sangrado manifiesto), 4 EII, 3 malformaciones vasculares, 3 linfangiectasias intestinales, 1 poliposis, 1 diarrea intratable y 1 caso de Crohn Like asociado a inmunodeficiencia. Se hallaron datos positivos en 86% (19/22) de las CE. En 6/7 pacientes (86%) se diagnosticó la causa del sangrado (1 divertículo de Meckel, 1 hemangioma yeyunal, 1 estenosis yeyunal ulcerada, 1 lesión de Dieulafoy, 1 TBC intestinal complicada y 1 enteropatía por hipertensión portal). En 10/14 (71 %) se pudo establecer el compromiso asociado del ID a su enfermedad. En las EII se pudo valorar su extensión y actividad, y establecer el diagnóstico diferencial en 1 caso con una forma indeterminada. 21/22 de los estudios fueron completos y solo se presentó 1 retención asintomática de la CE por una estenosis ulcerada en el ileon inadvertida en los estudios previos, siendo evacuada espontáneamente a los 21 días. No se presentaron otras complicaciones. Los hallazgos de la CE motivaron la terapéutica enteroscópica en 2 pacientes con malformaciones vasculares y la intervención laparoscópica en 3 casos (TBC complicada, estenosis yeyunal y divertículo de Meckel). Conclusiones En nuestra experiencia la CE fue útil para el diagnóstico de las enfermedades del ID, con una alta sensibilidad para el estudio de las HDOO; contribuyó en el diagnóstico del compromiso de ID de las patologías ya conocidas, permitiendo cambiar y optimizar los tratamientos y presentó bajo riesgo de complicaciones.

CC - ESÓFAGO

0019 - ULCERA ESOFAGICA GIGANTE POR DOXICICLINA

Modalidad: 1-Trabajos Originales (póster)
Unidad Temática: Endoscopia: Esófago

SALIM, Salma | BELLAVITE TERCEROS, Franco Pablo | SALIM, Nicolas | SALIM, Roman Sagggar
GASALI

Introducción: CASO CLÍNICO: Paciente de sexo masculino, de 26 años de edad, sin antecedentes, consulta por presentar de manera súbita desde la noche anterior dolor retroesternal, odinofagia y disfagia a sólidos y líquidos. 72 hs previas el paciente recibió una dosis de doxiciclina de 100 mg (cápsula). Se realizó una videoendoscopia digestiva alta (fig1) en la que se evidenció a 29 cm de ADS lesión ulcerada circunferencial, profunda, serpiginoza, que abraza ¾ de la circunferencia esofágica, con rodete inflamatorio. Se biopsia. Las biopsias mostraron epitelio plano estratificado marcadamente reactivo; serología para HIV y CMV negativos. Se suspendió la doxiciclina y se inició tratamiento con ibp y sucralfato con mejoría sintomática a las 48 hs. El paciente tomó la cápsula sin agua, antes de acostarse. Evolucionó favorablemente, asintomático. Se lo citó al mes para control endoscópico, pero no concurrió. A los 8 meses regresó refiriendo leve dolor retroesternal. Se realizó VEDA que mostró total curación de la mucosa (fig 2). Se realizó Manometría esofágica que informó trastorno motor inespecífico. DISCUSION: Las úlceras del esófago son infrecuentes. Las ocasionadas por medicamentos representan el 22%1, y dentro de los antibióticos la doxiciclina es la más frecuente7. Son necesarios factores que favorecen que el fármaco permanezca en contacto con la mucosa esofágica durante un tiempo prolongado 2,3 (La ingesta del medicamento con escaso líquido o el decúbito tras la misma 8 la disminución del peristaltismo esofágico o compresiones extrínsecas fisiológicas o patológicas y pacientes ancianos) y los relacionados con las propiedades químicas del fármaco (tamaño, cápsula, pH < 3) 4. La presentación clínica habitual es dolor retroesternal, odinofagia y disfagia, de aparición aguda, entre las primeras hs y hasta 10 días después de la toma del fármaco 1,4. La localización más frecuente de la lesión es la unión del tercio superior y medio esofágico, donde la estrechez fisiológica por compresión del arco aórtico genera menor amplitud de las ondas peristálticas. 7,9. La endoscopia digestiva alta es el método diagnóstico más sensible y permite valorar la gravedad de la lesión y descartar otras lesiones 5,6. La histología es inespecífica. El tratamiento incluye la retirada del fármaco y el uso de IBP o anti-H2, aunque su valor no está bien establecido. El sucralfato, por su capacidad de adherirse a las úlceras, es hasta ahora el único que parece presentar beneficio6. La mayoría evoluciona a la curación. CONCLUSIÓN: un buen interrogatorio y una endoscopia precoz permiten arribar al diagnóstico y tratamiento oportuno de úlceras esofágicas secundarias a fármacos, las cuales pueden evitarse ingiriendo la píldora con líquido y evitando el decúbito luego de la toma de la misma. Bibliografía 1- Higuchi D, Sugawa C, Shah SH, Tokioka S, Luca CE. Etiology, treatment and outcome of esophageal ulcers: a 10 year experience in an urban emergency hospital. J Gastrointest Sur 2003; 7: 836-842. 2- Al Mofarreh MA, Al Molleh IA. Esophageal ulceration complicating doxycycline therapy. World J Gastroentero, 9 (2003), pp. 609-11 3- Kato S, Kobayashi M, Sato H, Saito Y, Komatsu K, Harada Y. Doxycycline-Induced Hemorrhagic Esophagitis: A Pediatric Case. J Pediatr Gastroenterol Nut, 7 (1998), pp. 762-5 4- Boyce HW. Drug-induced esophageal damage: Diseases of medical progress. Gastrointest Endoscopy 1998; 47: 547-50. 5- Kadayifci A, Gulsen MT, Koruk M, Savas MC. Doxycycline-induced pill esophagitis. Dis Esophagus 2004; 17: 168-71. 6- Jaspersen D. Drug-induced oesophageal disorders: Pathogenesis, incidence, prevention and management. Drug Saf 2000; 22: 237-49. 7- Colmenero JD, Valdivieso P. Úlceras esofágicas por doxiciclina. Rev Clin Esp 1987; 180: 85-87. 8- Kikendall JW. Pill esophagitis. J Clin Gastroenterol 1999; 28: 298-305 9- 13. Worth H. Drug-induced esophageal damage: diseases of medical progress. Gastrointest endoscopic 1998; 47: 547-550.



CC - ESÓFAGO

0024 - ESTENOSIS ESOFÁGICA RECURRENTE: DILATACIÓN MÁS INYECCIÓN INTRALESIONAL DE ESTEROIDES

Modalidad: 2-Casos Clínicos
Unidad Temática: Endoscopia: Esófago
Unidad Temática 2: Gastro: Esófago

D ERCOLE, Vanina | COLOMBO, Pablo | KIDD, Mariana | MARUELLI, Silvana | NOTARI, Lorena | PEREZ ESTEBAN, Natalia | TOSTI, Romina | TRUCCO, Agustina
COMPLEJO MEDICO POLICIAL CHURRUCA - VISCA

Descripción: Introducción. La dilatación endoscópica es una modalidad eficaz para el tratamiento de las estenosis esofágicas benignas, sin embargo un número significativo de pacientes experimentan recurrencia. La inyección intralesional de esteroides mostró ser efectiva en el tratamiento de estenosis esofágicas recurrentes y refractarias de diferentes etiologías. Objetivo. Presentar un paciente con estenosis esofágica recurrente de etiología péptica, tratada con inyección intralesional de triamcinolona. Caso clínico. Paciente femenina de 66 años de edad, con antecedentes de insuficiencia renal crónica en diálisis y enfermedad por reflujo gastroesofágico de 20 años de evolución. Consulta por disfagia progresiva a sólidos y líquidos, pérdida de 10 kg peso en 6 meses y desnutrición severa. Se realiza videoendoscopia digestiva alta con gastroscopio Olympus 150 que evidencia estenosis esofágica infranqueable a 26 cm de la arcada dentaria superior (ADS), completando estudio con endoscopio transnasal ultrafino Olympus de 5.5 mm de diámetro, que evidencia estenosis circunferencial que se extiende hasta los 30 cm de la ADS, con mucosa irregular con parches de fibrina. Se toman biopsias. Histología: material fibrinoide leucocitario con infiltrado inflamatorio, compatible con tejido de granulación. Esofagograma: a nivel del tercio medio esofágico extensa área de reducción del calibre con pasaje filiforme de material de contraste y hernia hiatal. Se interpreta estenosis péptica compleja, se inicia dexlansoprazol 60 mg/día y se realizan 4 sesiones de dilataciones progresivas, cada 3 semanas (por recurrencia de síntomas), con balón Hercules Cook de 8 a 12 mm de diámetro bajo visión endoscópica, no logrando mantener más de cuatro semanas un diámetro de 12 mm. Se reinterpreta como estenosis recurrente y se decide inyección intralesional de triamcinolona cada 5 semanas (por recurrencia de síntomas), utilizando una dilución de 40 mg/ml, a razón de 0.5 cc en 4 cuadrantes en sectores distal, medio y proximal de la estenosis. Partiendo en cada sesión de una estenosis infranqueable se logra alcanzar al finalizar el procedimiento un diámetro de 15 mm. Se calculó el índice de dilatación periódica (IDP), definido como el número de dilataciones por mes y se objetivó la recurrencia de síntomas con la escala de disfagia de Melow y Pinkas. Resultados. Sin el uso de esteroides, se obtuvo un IDP de 1.33 con una recurrencia sintomática grado 3 de disfagia a la tercera semana. Con el uso de esteroides el IDP obtenido fue 0.83 y la recurrencia sintomática fue a la quinta semana con una disfagia grado 1. Conclusión. La asociación de triamcinolona en nuestro paciente logro reducir el número de dilataciones alargando el intervalo inter procedimiento, el alivio de la disfagia y la mejoría nutricional. La recurrencia de la estenosis no pudo ser prevenida, por lo tanto el uso de Mitomicina C o de prótesis autoexpandibles plásticas e incluso biodegradables podría ser una opción a considerar. Observaciones: consulta con expertos.

CC - ESÓFAGO

0120 - DOBLE STENT ESOFÁGICO EN TUMOR MULTICÉNTRICO

Modalidad: 2-Casos Clínicos
Unidad Temática: Endoscopia: Esófago
Unidad Temática 2: Gastro: Esófago

RASTELLI, Laureano | FACCAS, Martin | QUINES, Solange | CAPRIOTTI, Luciano
Andres | BASILE, Mauricio | TONN, Eugenio Federico | LABORDA MOLTENI, Jorge

Descripción: INTRODUCCIÓN El carcinoma esofágico es la sexta causa de muerte relacionado a cáncer y el octavo cáncer más común en el mundo. Afecta a más de 450000 personas en todo el mundo y su incidencia va creciendo rápidamente. La tasa de supervivencia a los 5 años varía del 15 al 25%. El carcinoma de células escamosas es el tipo histológico que predomina en el mundo. En Australia, Reino Unido, Estados Unidos y algunos países occidentales de Europa el adenocarcinoma excede en la actualidad al anterior. La disfagia es el síntoma más común, siendo acompañada por pérdida de peso. El tránsito baritado de esófago es usado como herramienta diagnóstica inicial. Sin embargo la videoendoscopia digestiva alta es necesaria para la obtención de biopsias que confirmen el diagnóstico. Se debe registrar localización respecto a arcada dentaria y unión esófago-gástrica, grado de estenosis, porcentaje de afectación circunferencial y distancia respecto al músculo cricofaríngeo en tumores de esófago superior. En pacientes con enfermedad localizada el tratamiento es la cirugía. Las metas de la terapia paliativa en pacientes con cáncer no resecable son para mejorar los síntomas de la disfagia, tratar las complicaciones, mantener la ingesta oral, minimizar la estadía hospitalaria, aliviar el dolor, eliminar reflujo y la regurgitación, evitar la aspiración, y en definitiva, mejorar su calidad de vida. Los stents de esófago metálicos autoexpandibles son utilizados para aliviar la disfagia maligna y son actualmente el medio más común de la paliación. La multicentricidad tumoral se observa ocasionalmente en el carcinoma de esófago. Están vinculados con la inestabilidad genética del gen p53, la pérdida de heterocigosidad, como eventos tempranos de la carcinogénesis del carcinoma epidermoide esofágico múltiple o multifocal, y con factores de riesgo ambiental y del estilo de vida. **CASO CLÍNICO** Paciente de 80 años que presenta episodio de impacción esofágica. Se realiza videoendoscopia alta (VEDA) y presenta a nivel de la unión esófago-gástrica lesión irregular, friable, parcialmente estenosante (Siewert tipo II) cuya biopsia informa adenocarcinoma moderadamente diferenciado invasor. Aceptable estado general. ECOG 1. Tomografía de tórax, abdomen y pelvis sin evidencia de secundarismo. Comienza tratamiento con quimio-radioterapia. A los 6 meses se realiza nueva VEDA donde se observa en unión esófago-gástrica estenosis con mucosa de aspecto normal y biopsias con tejido inflamatorio. Controles tomográficos sin evidencia de progresión de la enfermedad. 9 meses después presenta disfagia para sólidos y semisólidos. Se realiza VEDA que muestra en tercio superior (20 cm de la ADS) estenosis no franqueable con mucosa de aspecto normal. Seriada esofágica con estrechez de la luz de ángulos abruptos y bordes regulares de 2 cm con escaso pasaje del contraste hacia distal. Otra imagen de características similares en tercio distal. Con respecto a la estenosis proximal se plantearon como diagnósticos diferenciales de tumor sincrónico versus estenosis secundaria a radioterapia. Para disminuir la posibilidad de perforación en caso de dilatación con balón se decidió colocación de doble stent esofágico metálico autoexpandible parcialmente cubierto, uno de liberación proximal y otro distal bajo control endoscópico y radiológico. Buena evolución clínica, sin disfagia para sólidos ni dolor torácico. Falleció 6 meses después de realizado el procedimiento. **Observaciones:** **CONCLUSIONES** Se presenta este paciente debido a la baja frecuencia de carcinoma esofágico multicéntrico y a la posibilidad de tener un gran desafío endoscópico de colocar dos stents esofágicos, uno de liberación proximal y otro distal, procedimiento poco descrito en la bibliografía.

CC - ESÓFAGO

0147 - ESOFAGO NEGRO SECUNDARIO A VASCULITIS INTESTINAL

Modalidad: 1-Trabajos Originales (póster)

Unidad Temática: Endoscopia: Intestino Delgado

PORFILIO GULARTE, Giovanna | LUZURIAGA, Guadalupe | PARRA WIRTH, Estela | ROYG JARA, Diego Sebastian

HOSPITAL ESCUELA DE AGUDOS DR. RAMON MADARIAGA

Introducción: La necrosis esofágica aguda es una entidad infrecuente que se caracteriza por necrosis esofágica, con afectación disto-proximal, circunferencial con terminación abrupta en la unión gastroesofágica. La incidencia es de 0.008% a 0.2%. Afecta predominantemente al sexo masculino (M:F=4:1), rango de edad de 25 a 60 años. La etiopatogenia es por hipoperfusión secundaria a múltiples factores como disfunción multiorgánica, trombosis vascular, sepsis, enfermedad autoinmune (LES, SAF) cardiovascular, renal, hepática, cetoacidosis diabética, intoxicación alcohólica, vólvulo gástrico, hipersensibilidad a antibióticos, inmunosupresión, desnutrición y neoplasia. La necrosis esofágica se puede restaurar ad-integrum al corregir el estado de hipoperfusión. La hematemesis la forma de presentación clínica más frecuente (90%), puede asociarse epigastralgia, vómitos, disfagia, fiebre, hipotensión, leucocitosis y anemia. El diagnóstico es endoscópico. La biopsia se recomienda aunque no es determinante. Histológicamente afecta mucosa y submucosa con inflamación y destrucción de fibras musculares, y trombosis de pequeños vasos. Las complicaciones incluyen perforación, mediastinitis, abscesos, sepsis y la estenosis esofágica (10%). **OBJETIVO:** Reportar un caso de ENA como hallazgo endoscópico en una paciente joven con diagnóstico de vasculitis intestinal por LES. **CASO CLÍNICO:** Mujer de 23 años, internada por LES, desnutrición. Comienza 15 días previo a su ingreso con dolor abdominal difuso, diarrea, epigastralgia, vómitos. LBT: Hto 31%, Hb p,8g/dl, sodio 130mEq/l, Potasio 2,7mEq/l GB 16200mm, plaquetas 349.000mm TP 40%, albumina 1,35g/l. VEDA: esófago desde tercio medio hasta cambio mucoso se observo placas de aspecto

necrótico circunferencial. Duodeno: ulcera tipo forrest IIC. Evoluciono con diagnostico de abdomen agudo. TAC: distensión de intestino delgado niveles hidroaereros y liquido libre en cavidad. Se realiza laparotomía exploradora que evidencia necrosis de yeyuno. Se resecta intestino delgado (desde 10cm del asa fija hasta 40cm antes de la válvula ileo-cecal). Histología: yeyunitis ulcerada, perforación y peritonitis. Vasculitis y trombosis de vasos pequeño y mediano calibre. Evoluciono en estado crítico con varias reintervenciones quirúrgicas, complicaciones infecciosas y hematológicas. Tratada con nutrición parenteral total, múltiples esquemas antibióticos, inmunosupresores. VEDA de control a los 14 días: mucosa de tercio medio e inferior normal. **CONCLUSION:** El esófago negro es una entidad infrecuente que ocurre por hipoperfusión. La vasculitis intestinal es la complicación digestiva más grave por trombosis de medianos y pequeños vasos. El tratamiento se basa el manejo específico de la enfermedad de base, corregir la anemia, nutrición parenteral total, inhibidor de bomba de protones. En el caso de nuestra paciente evoluciono favorablemente con el tratamiento instaurado.

CC - ESÓFAGO

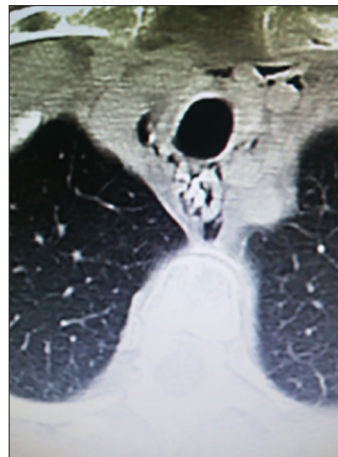
0164 - PERFORACION ESOFAGICA SECUNDARIA A SEMILLA DE LUPINES: RESOLUCION ENDOSCOPICA MEDIANTE COLOCACION DE CLIPS METALICOS

Modalidad: 1-Trabajos Originales (póster)

Unidad Temática: Endoscopia: Esófago

LEDESMA, Claudia | VERA, Natalia | REYES, Andres | IRIARTE, Mariel | ALDABE, Noel
HOSPITAL MILITAR CENTRAL

Trabajo: Introducción: La perforación del esófago es una patología poco frecuente, constituye una verdadera emergencia, potencialmente mortal, con una presentación clínica variable y posibilidades terapéuticas varias cuyo pronóstico depende fundamentalmente de la precocidad diagnóstica y de la mediastinitis consecuentemente. La frecuencia de perforación esofágica asociada a un cuerpo extraño intraluminal es muy baja y se ha informado aproximada al 1%. Los sitios afectados corresponden a las tres estrecheces anatómicas: cricofaríngea, broncoarítica y diafragmática. El tratamiento debe individualizarse y puede ser conservador en casos seleccionados, además, existen diferentes procedimientos quirúrgicos para tal efecto, lo que demuestra que no existe un procedimiento terapéutico que pueda ser considerado de elección. **Objetivos:** Demostrar como un verdadero desafío endoscópico la resolución inmediata mediante clips metálicos de perforación esofágica secundaria a cuerpo extraño. **Paciente y Métodos:** Mujer de 83 años de edad. Antecedentes de cardiopatía isquémica. Acude a urgencias por afagia de 12 horas de evolución posterior a ingesta de semilla de lupin. A la exploración física se encuentra lúcida, hemodinámicamente estable, afebril. No presenta enfisema subcutáneo. Normonutrida. La analítica se no revela alteraciones. Se realiza VEDA donde se observa a 15 cm de arcada dentaria superior semilla blanquecina impactada ocupando la totalidad de la luz esofágica, se extrae con dispositivo de red constatándose posteriormente perforación de 0,8 cm. Se colocan 3 clips metálicos con cierre de la misma. Se inicia antibióticos endovenosos intraprocedimiento. Se solicita tomografía helicoidal de cuello y tórax donde se evidencia material de alta densidad a nivel de la luz del esófago asociado a pequeño neumomediastino y enfisema subcutáneo. Inicia hidratación parenteral, continúa con antibióticoterapia endovenosa. Se realiza tránsito esofágico con contraste hidrosoluble al tercer día de internación donde no se objetiva fuga del mismo. Se progresa dieta líquida con buena tolerancia. A los 7 días la paciente se encontraba asintomática, tolerando dieta blanda. El laboratorio de rutina resultó dentro de parámetros normales. **Conclusión:** La extracción de los cuerpos extraños mediante endoscopia permite identificar el objeto, valorar el estado de la mucosa subyacente y comprobar si se ha producido alguna complicación y de esta manera intentar su resolución, hechos que han permitido reducir enormemente la morbilidad y mortalidad de esta patología y en muchas oportunidades evitar terapéuticas mas agresivas.



CC - ESÓFAGO

0170 - DIAGNÓSTICO ECOENDOSCÓPICO DE LINFOMA ESOFÁGICO PRIMARIO

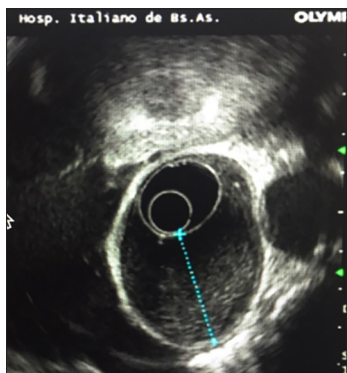
Modalidad: 2-Casos Clínicos

Unidad Temática: Endoscopia: Esófago

RAMIREZ MEDINACELI, Verónica Jesica | WRIGHT, Fernando | ORÍA, Ines | VIL-LAVERDE, Augusto | PIZZALA, Juan | ABECIA, Victor | MAHLER, Manuel | SIVORI, Enrique | MARCOLONGO, Mariano

HOSPITAL ITALIANO

Descripción: El linfoma esofágico primario es extremadamente raro, con menos de 40 casos reportados en la bibliografía. Su forma de presentación es diversa e inespecífica por lo que representa un desafío diagnóstico. Describimos el caso de un linfoma esofágico primario No Hodgkin y su estudio. Reporte de caso: Paciente de sexo femenino, de 68 años de edad, ex-tabaquista, es derivada a nuestra institución para estudio y tratamiento de lesión esofágica submucosa extensa. Había comenzado tres meses atrás con disfagia progresiva y pérdida de 8kg de peso. Traía VEDA donde se observaba desde la unión gastroesofágica hasta el esófago superior, disminución crítica de la luz a expensas de masa ocupante cubierta por mucosa normal que ocupaba más del 75% de la circunferencia. Biopsias de la mucosa normales. En la seriada esofágica informaba improntas ligeramente lobuladas e irregulares que impresionan ser submucosas, distribuidas a lo largo de todo el trayecto esofágico, compatible en primera instancia con leiomiomatosis difusa. Al ingreso en nuestro centro realiza laboratorio completo con serologías, sin particularidades excepto una leve anemia ferropénica. Examen físico sin particularidades. En tomografía (TC) de cuello, tórax, abdomen y pelvis con técnica de distensión (neumo TC) presentaba una lesión localizada en la pared esofágica afectando desde el tercio proximal hasta el distal, con diámetro parietal máximo de 6,7 cm, produciendo estenosis severa de la luz. No se observaban adenomegalias a nivel de mediastino. En la ecoendoscopia digestiva alta se observó, desde 41 cm hasta los 19 cm de arcada dentaria superior (ADS) engrosamiento de toda la pared esofágica, difuso, homogéneo de límites netos, sin traspasar la cuarta capa (muscular propia); ni involucrar estructuras vecinas. Este engrosamiento se acentuaba a nivel del tercio medio esofágico, con un diámetro máximo de 67 mm. No se observaban adenopatías mediastinales. Se realiza punción aspiración con aguja de 19G. El informe de anatomía patológica indicó Linfoma primario de células B de bajo grado histológico CD20 positivo Bcl2 positivo CD10 positivo débil, y un Ki67 de 10%. Biopsia de médula ósea normal. Conclusión El tracto gastrointestinal es el sitio extranodal más frecuente de los linfomas, aunque su afectación primaria es rara, y esofágica excepcional. Debido a que los hallazgos radiográficos y endoscópicos son muy diversos, pudiendo presentarse como una lesión polipoidea, submucosa, ulcerada o estenótica, la mayoría se diagnostica tardíamente o en la cirugía. Además el tejido linfóide en el tracto digestivo esta distribuido en la lamina propia y submucosa, por lo que las biopsias endoscópicas generalmente tienen bajo rédito diagnóstico. La ecoendoscopia ha probado su superioridad en estos casos ya que además de su alta resolución y capacidad de brindar información de las capas más profundas de la pared esofágica, nos da la posibilidad de punción que permitió el diagnóstico definitivo en nuestro paciente y evitar así una cirugía innecesaria.



CC - ESTÓMAGO

0010 - "NATURALEZA SABIA"

Modalidad: 1-Trabajos Originales (póster)

Unidad Temática: Endoscopia: Estómago

Unidad Temática 2: Endoscopia: Esófago

LOTERO POLESEL, Julio Cesar(1) | SANGUINETTI, José María(2) | BOGADO, Silvia Alejandra(3)

IGES-HOSPITAL MILITAR SALTA (1); IGES-HOSPITAL MILITAR SALTA- UNSA (2); IGES-HOSPITAL MILITAR SALTA (3)

Introducción: Las complicaciones tardías de la colocación de stent en el tracto gastrointestinal (TGI) ocurren en menos del 20%; la migración es la más frecuente. Caso: Varón, 45 años, ingesta crónica AINEs e IBPs. Con factores de alarma se realiza VEDA que demuestra Ca gástrico (células anillo sello). Lab, TC tórax y abdomen S/P. Laparotomía exploradora con invasión locoregional. Se realiza gastrectomía total ampliada con esofagoyeyunoanastomosis. A las 72 hs se constata dehiscencia de la anastomosis esofágica; inicia tratamiento médico y se coloca stent cubierto guiado por Rx y avenamiento pleural izquierdo. Con evolución favorable es externado a la 4ta semana de la cirugía. Inicia tratamiento QT. Presenta dolor abdominal, náuseas y vómitos por lo que consulta. Rx directa de abdomen constata migración del stent y niveles hidroaéreos. US abd dilatación cecal e fleon terminal y escaso líquido libre. La TC de abdomen y pelvis refuerza lo anterior. Previo a la laparotomía tiene eliminación espontánea del stent con desaparición de síntomas. Control Rx sin signos de complicación. La colocación de los stents en el TGI no es una prerrogativa de ninguna especialidad. Radiólogos intervencionistas, gastroenterólogos o cirujanos con entrenamiento y experiencia lo pueden realizar. Los stents que cruzan la unión gastroesofágica presentan mayor riesgo de migración. En las fístulas sin estenosis, stents de gran calibre y cubiertos son los de elección. Aunque los stents totalmente cubiertos pueden ser más fácilmente removidos que los parcialmente recubiertos, muchos prefieren un stent parcialmente cubierto en esta situación por permitir un mejor anclaje en la porción descubierta. En las indicaciones benignas, no está claro cuánto tiempo debe dejarse el stent para ser removido. Dentro de los factores que influyen está la causa que lo motivó y dentro de las complicaciones tardías es muy frecuente la migración del stent. Poder determinar el tipo de stent y cuánto tiempo debería permanecer, cuáles y como serían los controles son importantes de definir a fin de disminuir las posibles complicaciones.



CC - ESTÓMAGO

0023 - GIST CD 117 NEGATIVO: A PROPOSITO DE UN CASO

Modalidad: 1-Trabajos Originales (póster)

Unidad Temática: Endoscopia: Estómago

Unidad Temática 2: Gastro: Intestino Delgado

BILDER, Hugo Germán | STACH, Lucía | GARRIDO, Matías | MASSA, Sergio | CALZETTA, Pablo | CURRAS, Alfredo

HOSPITAL GRAL. DE AGUDOS "JUAN A. FERNÁNDEZ"

Introducción: Los tumores de la estroma gastrointestinal representan las neoplasias mesenquimáticas más frecuentes del tracto digestivo. Se originan en las células intersticiales de Cajal y presentan, característicamente, una mutación genética que tiene como resultado la ganancia en la función de la actividad tirosinasa de KIT. En su gran mayoría expresan la glicoproteína c-kit/ CD 117 y se localizan principalmente en estómago e intestino delgado. Objetivo: Presentar un caso clínico de una variante poco frecuente de GIST. Caso clínico: Mujer de 57 años de edad con antecedentes de hipotiroidismo, HTA, colecistectomía y AHT a los 27 años. Refiere epigastralgia intermitente de 7 meses de evolución. EF: Abdomen blando, depresible, indoloro, no se palpan masas. Se efectúa TC de abdomen que informa, en proyección antropilórica, lesión parietal exofítica, de 136 x 107 x 70 mm, que crece hacia la cavidad abdominal y presenta realce tras administración de contraste endovenoso, compatible con proceso atípico primario. Laboratorio: anemia microcítica, CEA, CA 19-9 y Alfa feto Proteína: normal. VEDA: En cuerpo gástrico, sobre curvatura menor, hacia cara anterior, lesión elevada, lobulada, de aproximadamente 4 cm de diámetro, con área deprimida central y sangrado fácil al contacto con la pinza. Biopsia: negativa. En NeumoTC se evidencia extensa formación sólida con realce heterogéneo tras administración de contraste endovenoso, que se origina a nivel de techo gástrico. Por sospecha de

lesión maligna, se realiza gastrectomía parcial con resección total de la lesión. Anatomía Patológica: Formación ovoide de 17 x 10 x 4.5 cm compuesta por una proliferación fusocelular dispuesta en haces y fascículos entrelazados con una rica trama vascular. Índice mitótico: 3 mitosis/ 50 cpos de gran aumento. Márgenes de crecimiento expansivos desde la capa muscular de manera exofítica hacia la serosa, sin comprometer la capa mucosa superficial. Inmunohistoquímica: CD 34: (+); CD 117: (-); Desmina: (-); S-100: (-); CD 99: (-); AML: (-); DOG 1: (-); Ki 67: 10%. Compatible con GIST de potencial maligno incierto. Al no ser posible realizar el análisis mutacional y por tratarse de un tumor con alto riesgo de recaída, se indicó tratamiento adyuvante con Mesilato de Imatinib. Conclusión: Gran parte de los GIST kit negativos por IHQ presentan mutaciones de PDGFRa y KIT, por lo que éstos pacientes podrían ser sensibles al tratamiento con inhibidores de los mismos, como el Imatinib.



GC - ESTÓMAGO

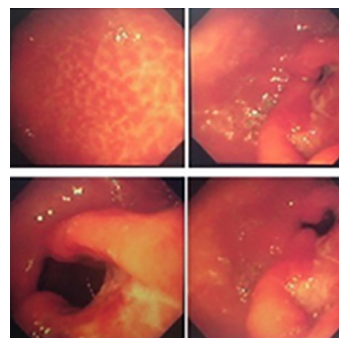
0166 - LINFOMA PRIMARIO GÁSTRICO TIPO MALT: REPORTE DE UN CASO DE DIFÍCIL MANEJO

Modalidad: 2-Casos Clínicos
Unidad Temática: Endoscopia: Estómago
Unidad Temática 2: Gastro: Estómago

BEDINI, Mariana Patricia(1) | BELLA, Santiago Rafael(1) | BRIGNONE, Nicolas(2) | BUTTI, Abel(1) | GORORDO IPIÑA, Carolina(1) | SAMBUELLI, Gabriela María(1) | TRAKAL, Esteban(1) | TRAKAL, Juan José(1) | ZÁRATE, Fabián Eduardo(1) | SAMBUELLI, Ruben(1)

CLÍNICA UNIVERSITARIA REINA FABIOLA (1); HOSPITAL CÓRDOBA (2)

Descripción: INTRODUCCIÓN: Los linfomas gástricos primarios dan cuenta del 1 al 6 % de todos los tumores gástricos malignos. El linfoma de células B de zona marginal (MALT) corresponde al subtipo predominante en el 40 al 50 % de los casos. Su asociación con Helicobacter Pylori es conocida. A pesar de su frecuencia, presenta dificultades diagnósticas, ya que sus manifestaciones clínicas son inespecíficas y los hallazgos endoscópicos resultan variables. Su diagnóstico es histológico, con el aporte de técnicas de inmunohistoquímica para adecuada caracterización. Exponemos el caso de un paciente con linfoma MALT que presento dificultad diagnóstica y terapéutica. CASO CLÍNICO: Paciente de sexo masculino 55 años de edad, oriundo de Córdoba, sin antecedentes personales patológicos conocidos, consulto en otro nosocomio por cuadro clínico de dispepsia. Examen físico y estudios de laboratorio: normales. VEDA: lesión ulcerada de bordes regulares, 3 cm de diámetro, a nivel del antro prepilórico. La anatomía patológica en el lugar de consulta original fue informada como gastritis crónica superficial activa, Helicobacter Pylori positivo y metaplasia intestinal incompleta. Ecografía de abdomen: adenopatías en proyección del ligamento gastrohepático, esplenomegalia homogénea y moderado engrosamiento de la pared del bulbo duodenal. Se inició tratamiento erradicador con amoxicilina, claritromicina, y omeprazol por 7 días a dosis estándares. Dos meses posteriores nueva VEDA evidenció misma lesión ulcerada con compromiso del canal pilórico. La biopsia informó: adenocarcinoma poco diferenciado. PET y TAC toracoabdominal para estadificación tumoral no arrojaron compromiso extragástrico. Con estos estudios fue derivada a nuestra institución para gastrectomía parcial. El informe anatomopatológico de la pieza quirúrgica no mostró adenocarcinoma sino una lesión tumoral de células atípicas con complejos linfoepiteliales que infiltraba mucosa y submucosa e invasión parcial del sector proximal del duodeno. En cuerpo gástrico no tumoral se observaron folículos linfoides y elementos en el mucus que sugirieron infección por Helicobacter Pylori. No presentó lesiones metastásicas ni linfomatosas en los ganglios obtenidos. La inmunomarcación fue consistente con linfoma gástrico CD20 positivo asociado a infección por el Helicobacter Pylori. CONCLUSIÓN: El diagnóstico y tratamiento adecuado del linfoma MALT conlleva a un buen pronóstico y una elevada tasa de sobrevida. El tratamiento en estadios iniciales con triple esquema para Helicobacter Pylori existen posibilidades de otros esquemas terapéuticos como radioterapia y quimioterapia, reservándose solo el tratamiento quirúrgico para las complicaciones. Un patólogo experto en linfomas resulta esencial para arribar a un diagnóstico de certeza, permitiendo un esquema terapéutico adecuado. Observaciones: El caso expuesto, nos pareció de interés, ya que reviste una patología de baja frecuencia y difícil diagnóstico.



GC - ESTÓMAGO

0174 - REPORTE DE CASO: FISTULA GASTROCOLICA

Modalidad: 2-Casos Clínicos
Unidad Temática: Endoscopia: Estómago
Unidad Temática 2: Gastro: Estómago

CALCAGNO, Ramiro | LEON, Cecilia | LUCERO, Gisela | ROMEO, Juan Manuel | GONZALEZ, Pablo | PRECETTI, Fabian | GHIRALDO, Ana Lia | MARINI, Eduardo
HOSPITAL GENERAL DE AGUDOS RAMOS MEJIA

Descripción: Introducción: La fistula gastrocólica (FGC) es la comunicación anormal que se da en la mayoría de los casos, entre el estómago y el colon transverso. Ocurre principalmente en adultos, pero también se puede observar en pacientes pediátricos, secundario a malformaciones genéticas o procedimientos iatrogénicos (post PEG). En países occidentales, la causa más común es el adenocarcinoma de colon, mientras que en Japón la causa más frecuente es el cáncer gástrico; también se puede presentar como complicación de patologías benignas como ulcera péptica, enfermedad de Crohn o consumo significativo de Aines o corticosteroides, pancreatitis crónica, tumores endocrinos, diverticulosis, tuberculosis, linfoma hodgkin, etc. Los síntomas típicos de la FGC son dolor abdominal, náuseas y vómitos, diarrea, pérdida de peso y halitosis fecal; también se puede presentar con hemorragia digestiva. Los estudios baritados confirman el diagnóstico en el 90-100% de los casos. La endoscopia no es de elección para el diagnóstico pero sí para descartar patología maligna o confirmar y tomar biopsia. Caso: Paciente de 73 años, tabaquista severo, IAM en 2010, bombero de profesión, con antecedente de politraumatismo en 1990 que requirió internación en UTI y desarrollando como complicación ulcera por stress perforada requiriendo múltiples cirugías. Ingresó a clínica médica de nuestro hospital en septiembre 2015 por cuadro de debilidad de 4 miembros asociado a diarrea de 7 días de evolución, 5 deposiciones día, líquidas, sin moco ni sangre. Al laboratorio de ingreso presentó hipokalemia severa (k 1.7 meq/l). Al examen físico palidez mucocutánea, cicatriz supra e infraumbilical de 30cm, edemas infrapatelares 3/6; abdomen con diastasis de rectos anteriores, eventración mediana, blando, depresible e indoloro. Refiere pérdida de peso de 30kg en los últimos 6 meses. Dado los antecedentes quirúrgicos del paciente y la sospecha se solicitan los siguientes estudios complementarios. SEG: Esófago calibre conservado. Buen pasaje de contraste al estómago, no se visualiza hernia hiatal. Deformidad de antro gástrico con FGC. TAC: Abdomen: sobre curvatura mayor del estómago en relación con antro gástrico probable solución de continuidad hacia mesocolon transverso. No se descarta trayecto fistuloso entre ambos órganos, asociado a marcado cambios inflamatorios en grasa adyacente. VEDA: Esófago cambio mucoso a 41 cm de ADS. Hiato a 44 cm. H. Hiatal. Erosión lineal menor a 5 mm. Estómago: Techo y cuerpo mucosa de aspecto congestivo. A nivel de antro, deformación del mismo por lesión ulcerada con distorsión gástrica de pliegues mucosos de aspecto blastomatoso. A ese nivel, se observa hilo de sutura y dos orificios vecinos entre sí por donde se accede a colon; uno de ellos, comunica con colon distal con mucosa de aspecto normal y sin restos fecales, el otro comunica con colon transverso con abundante contenido intestinal. No permitiendo evaluar las características de la mucosa. Se toman varias biopsias de la lesión. No se pudo identificar zona piloro-duodenal. La anatomía patológica muestra mucosa gástrica edematosa con playas de metaplasia enteral y células calciformes con infiltrados inflamatorios crónicos reagudizados. Solución de continuidad con depósitos de fibrina y acumulos leucocitarios con infiltración inflamatoria crónica y de granulación inespecífico Conclusión: La FGC es una entidad de mal pronóstico, originada a partir de una variedad de procesos patológicos, incluyendo patología benigna, maligna, espontánea o iatrogénica. El mejor método diagnóstico son los estudios baritados y el tratamiento es quirúrgico. La FGC es una patología frecuente complicación de diversas patologías gastrointestinales, en el caso de nuestro paciente se observa evolutivamente luego de un cierre simple de una ulcera por stress perforada hace 25 años. La pérdida hidroelectrolítica se debe al rápido pasaje del contenido gástrico al colon, con la

consecuente irritación ácida. Nuestro paciente fallece por complicaciones cardiovasculares secundarias a la hipokalemia.

CC - ESTÓMAGO

0194 - PÓLIPO GÁSTRICO: UN SUBTIPO INFRECUENTE

Modalidad: 1-Trabajos Originales (póster)

Unidad Temática: Endoscopia: Estómago

Unidad Temática 2: Endoscopia: Investigación Básica

RAMIREZ MEDINACELI, Verónica Jesica | PASQUA, Analía | AGOFF, Laura | CEPEDA, Jesica | GIMENEZ, Fernando | LAM CHON, Rudiger | CAUSADA, Natalia | SANTINO, Juan Pablo | DE PAULA, Juan | MARCOLONGO, Mariano

HOSPITAL ITALIANO DE BUENOS AIRES

Trabajo: Introducción El amplio uso de la endoscopia digestiva en la práctica gastroenterológica revela con frecuencia la existencia de pólipos gástricos; si bien algunos subtipos histológicos tienen potencial maligno o indican un riesgo aumentado de malignidad extradigestiva, la mayoría se detecta incidentalmente, no produce síntomas y tiene naturaleza benigna. Se reporta el caso de un paciente con un pólipo de antro de un subtipo infrecuente. Reporte de caso Paciente de sexo masculino de 47 años con antecedentes de peritonitis apendicular, gastritis e hipotiroidismo tratado con levotiroxina que consultó por anemia ferropénica. El examen físico era normal. Anticuerpos para enfermedad celiaca (+). Endoscopia: Esofagitis B, gastropatía erosiva, biopsias de duodeno de aspecto normal. Histo: duodeno con linfocitosis intraepitelial y atrofia vellositaria total (IIC de la clasificación de Marsh) y estómago con gastritis crónica a predominio antral con componente de gastritis linfocitaria sin *Helicobacter pylori*. Test del aire espirado con urea marcada para *Helicobacter pylori* (-). Colonoscopia: resección de 2 adenomas tubulares. Inició dieta libre de gluten con normalización de hemograma. Control endoscópico: Pólipo sétil de +/- 8 mm antral (resección) y biopsias de antro, cuerpo y duodeno de aspecto normal. Histo: duodeno con linfocitosis intraepitelial, antritis crónica leve inactiva sin *Helicobacter pylori* y formación polipoide constituida por glándulas mucosas en disposición nodular en subucosa sin atipia y sin *Helicobacter* (heterotopía de glándula de Brunner). Discusión Los pólipos gástricos más frecuentes son los de glándulas fúndicas seguidos por los hiperplásicos, adenomas y fibroides inflamatorios. Comunicamos el caso de un paciente asintomático con antecedentes de enfermedad celiaca cumpliendo dieta libre de gluten y de gastritis linfocitaria asociada a *Helicobacter pylori* tratada en la cual se detectó, en el contexto de una endoscopia alta para control, un pólipo antral que resultó una heterotopía de glándula de Brunner. De acuerdo con nuestra búsqueda bibliográfica sobre este subtipo de pólipo, existen cuatro publicados, incluyendo uno con foco de adenoma tubular. Además, la asociación de este tipo de pólipo con la enfermedad celiaca y/o con la gastritis linfocitaria no ha sido descrita. En nuestro caso, resultó llamativo que el pólipo no fue observado en endoscopias previas y que su estudio histopatológico exhaustivo no reveló dilatación quística ni inflamación.

CC - ESTÓMAGO

0220 - ADENOCARCINOMA GÁSTRICO Y POLIPOSIS PROXIMAL DEL ESTÓMAGO. REPORTE DE UN CASO

Modalidad: 2-Casos Clínicos

Unidad Temática: Endoscopia: Estómago

HIGA, Roberto | ARCO, Mauricio | PELLIZZONI, Monica | ROMAN, Hector Osvaldo | FANJUL, Veronica | LOZZI, Ruben Darío

CLINICA COLON. MAR DEL PLATA

Descripción: Introducción : Los pólipos glandulares fúndicos son los de mayor prevalencia a nivel gástrico. Pueden ser esporádicos, habitualmente asociados al uso de inhibidores de la bomba de protones e inversamente asociado a la infección por HP o asociados a síndromes polipodeos No es usual la asociación de pólipos fúndicos esporádicos con la aparición de adenocarcinoma. Objetivo : reportar el caso de una paciente con pólipos fúndicos esporádicos asociados a adenocarcinoma gástrico Presentación del caso: Paciente de sexo femenino de 63 años de edad derivada para screenig y evaluación por pirosis de larga data bajo tratamiento con inhibidores de la bomba de protones sin interrupción desde hacía más de 3 años con respuesta parcial. Buen estado general. Al examen físico: se palpa tumoración epigástrica de consistencia dura y difícil de delimitar. Se realiza videoesofagogastroduodenoscopia en donde se observa a nivel de techo y cuerpo sobre curva mayor y hacia ambas caras múltiples pólipos sétiles entre 0,5 y 1 cm de diámetro de aspecto fúndico y en cuerpo alto una lesión elevada de mas de 3 cm de consistencia dura y superficie irregular. Se extirpan algunos de los pólipos y se biopsia la lesión . El duodeno es de características normales. Videocolonoscopia sin lesiones El estudio anatomopatológico informa : 1: lesiones polipoideas con dilatación de glándulas fúndicas y con dilataciones quísticas compatibles con pólipos fundicos 2: fragmentos de mucosa gástrica reemplazados por glándulas neofomadas , con sectores cribiformes y perdida de la polaridad celular y

de la relación nuclecitoplasmática. Adenocarcinoma gástrico Conclusiones : El potencial maligno de los pólipos glandulares fundicos es escaso. Recientemente se han descripto casos de asociación de pólipos proximales con adenocarcinoma . La observación detallada y el muestreo de las lesiones que se destaquen por su morfología o tamaño, es lo indicado en esta situación.

CC - INTESTINO DELGADO

0074 - A PROPÓSITO DE UN CASO: DIVERTICULO DUODENAL COMO ETIOLOGÍA DE INTUSUSCEPCIÓN Y COLESTASIS

Modalidad: 2-Casos Clínicos

Unidad Temática: Endoscopia: Intestino Delgado

Unidad Temática 2: Gastro: Intestino Delgado

ANSA, Amorina | FERNANDEZ, Florencia | VISCARDI, Juan Pablo | TRELLES, Felix | PADIN, Lorenzo Fernando | BRODERSEN, Carlos

HOSPITAL CARLOS G. DURAND

Descripción: Paciente masculino de 52 años de edad, con antecedentes de diabetes de reciente diagnóstico (no insulino requiriente) y obesidad, que consulta a guardia externa de nuestro nosocomio por cuadro de dolor epigástrico intensidad 7/10, vómitos alimentarios post ingesta y coloración amarillenta de piel y mucosas de 5 días de evolución. Al examen físico presentaba regular estado general, signos de deshidratación moderada e ictericia. Se realizó laboratorio donde se evidencian leucocitosis de 18900/mm³, hiperglucemia de 257 mg/dl, IRA prerrenal (Urea 321 mg/dl y Creatinina 2.94 mg/dl) y alteración del hepatograma con patrón de colestasis (BT 17.19 mg/dl, BD 12.9 mg/dl, GOT62 UI/l, GPT 57 UI/l, FAL 410 UI/l). Se realizó ecografía abdominal que evidenció vesícula de paredes finas alitiásica, vía biliar no dilatada, sin otras particularidades. Radiografía de abdomen de pie sin hallazgos relevantes. Cirugía de guardia descarta abdomen agudo quirúrgico. Por persistencia de vómitos y dolor abdominal se decide realización de videoendoscopia digestiva alta. En la misma se evidencia divertículo duodenal gigante, móvil, que ocupa el calibre luminal en casi su totalidad, no permitiendo el pasaje del instrumental a segunda porción duodenal; por lo que se sospecha suboclusión intestinal por intususcepción, con probable obstrucción de papila duodenal. Luego del estudio endoscópico el paciente evoluciona favorablemente a las 24 horas, con disminución del dolor, buena tolerancia a la vía oral y mejoría de valores de laboratorio con normalización de función renal y descenso de bilirrubina. Se decide alta hospitalaria del paciente con seguimiento ambulatorio y se solicita TC-MC. En la tomografía, realizada un mes posterior al episodio agudo, llama la atención una imagen de aspecto sacular en segunda porción duodenal, sin otros hallazgos de importancia. Para caracterizar mejor dicha imagen, se solicita también estudio contrastado (SEGD) en el que se observa en topografía de segunda porción duodenal gran formación sacular que retiene el contraste en su interior, con adecuada progresión del mismo al resto del tubo digestivo. Confirmando así el diagnóstico presuntivo y descartándose otras etiologías. Actualmente el paciente se encuentra asintomático, con valores de laboratorio conservados, en plan de evaluación por Cirugía general para decidir conducta terapéutica.



CC - INTESTINO DELGADO

0146 - ESPIROQUETOSIS INTESTINAL. A PROPOSITO DE UN CASO

Modalidad: 1-Trabajos Originales (póster)

Unidad Temática: Endoscopia: Intestino Delgado

LUZURIAGA, Guadalupe | PARRA WIRTH, Estela | PORFILIO GULARTE, Giovanna | ROYG JARA, Diego Sebastian

HOSPITAL ESCUELA DE AGUDOS DR. RAMON MADARIAGA

Introducción: INTRODUCCION: La espiroquetosis intestinal es una infección bacteriana infrecuente producida por espiroquetas (no treponemias) que afecta recto, colon y apéndice. En humanos afectan las especies *Brachyspira aalborgi* y *pilosicoli*.

La incidencia y prevalencia varía desde 0,4% a 12%. Se presenta con mayor frecuencia en hombres, homosexuales, infección por HIV, malas condiciones higiénicas. La infección por espiroquetosis intestinal puede cursar asintomática o presentar diarrea crónica (síntoma predominante), dolor abdominal, pérdida de peso, hematoquecia. Macroscópicamente la mucosa colónica suele ser normal; en menor proporción se evidencia eritema, úlceras y pústula. Histológicamente: se identifica espiroquetas en el borde del cepillo de la mucosa intestinal con H/E (imagen patognomónica). Se debe tener en cuenta como diagnóstico diferencial en pacientes inmunocomprometidos con diarrea crónica. **OBJETIVO:** Presentar un caso de espiroquetosis intestinal diagnosticado como hallazgo endoscópico. **CASO CLINICO:** Paciente de sexo masculino sin antecedentes patológicos conocidos q consulta por dolor abdominal tipo cólico recurrente, alteración del ritmo evacuatorio, pérdida de peso 10Kg en 2 años. Realizo tratamiento con musculotrópicos sin mejoría clínica, asumido como colon irritable. **LBT:** Hto 47%, Hb 15,3g/dl, Colon por enema: se plenificó hasta colon ascendente donde se observo estenosis de la luz que persiste a pesar de maniobras de distensión. **VCC:** En ciego y colon ascendente se observo mucosa congestiva con borramiento del patrón vascular, al tacto endoscópico tienda de campaña positivo. **A.P.:** mucosa colónica con edema vasocongestión e infiltrado inflamatorio linfoplasmocitario y polimorfonuclear. Revisiendo la superficie apical de células epiteliales se evidencio numerosas bacterias compatibles con espiroquetas. Se inicio antibioterapia con metronidazol 1,5g/14 días. El paciente evolucionó asintomático. **CONCLUSION:** En el caso de nuestro paciente consulto dolor abdominal recurrente, fue tratado como colon irritable sin buena evolución se decidió realizar VCC, que evidencio mucosa congestiva en fondo cecal y colon ascendente y se confirmo el diagnostico por anatomía patológica.

CC - INTESTINO DELGADO

0160 - LESION DE DIEULAFOY: REPORTE DE UN CASO

Modalidad: 2-Casos Clínicos

Unidad Temática: Endoscopia: Intestino Delgado

MARTINEZ, Mariano Emanuel | VARELA, David | PEREZ, Ana Saralia | CASTILLO, Gabriela | ZÁRATE, Fabián Eduardo | COUTO, Juan Horacio | FADUL, Miguel Angel
HOSPITAL CORDOBA

Descripción: introduccion: la lesion de dieulafoy o vaso submucoso aberrante de gran calibre (1 a 3 mm de diámetro) que protruye a través de la mucosa en ausencia de úlcera, representa menos del 1% de todos los casos de hemorragia digestiva alta. Se localiza habitualmente en fundus gástrico y curvatura menor a unos 6 cm aprox. De la ueg. Siendo rara su localización en intestino delgado o colon. **Objetivo:** presentar un caso clinico-endoscopico de localizacion inusual y revision de la literatura. **Caso clinico:** paciente masculino de 79 años con antecedentes de hta, icc, miocardiopatía dilatada chagásica, muerte súbita por arritmia ventricular con cardioversion eléctrica (año 2013). Medicación habitual: carvedilol, espirolactona, enalapril, atorvastatina, aas. Ingresa al servicio de cardiología con diagnóstico de taquicardia ventricular no sostenida por insuficiencia cardíaca descompensada secundario miocardiopatía chagásica dilatada. Laboratorio: hb: 12,8 hc: 39,5 urea: 89% app: 72%. Al 8vo día de internación presenta episodio de hematoquecia (5 a 6 deposiciones de sangre fresca con coágulos, aprox 1.300 ml.) Asociado a débito sanguinolento por sng, con inestabilidad hemodinámica, es remitido a uti con diagnóstico de shock hipovolémico secundario a hemorragia digestiva. Valorado por cirugía gral, se suspende aas y enoxaparina. Nuevo lab: hb:4,5 hc: 13,9. Urea:139. Por caída abrupta de hb y hc se transfunden 2 u.grs. Y se realiza veda donde se observa duodenitis erosiva y sangrado activo «en napa» sobre vaso visible submucoso en cara posterior de bulbo y segunda porcion duodenal, donde se inyecta adrenalina 1:10000 constatando cese del sangrado. Dos días despues, presenta nuevamente hematoquecia y melena con caída de hc y hb. Se realiza nueva veda, observandose sobre cara posterior de bulbo y hacia rodilla duodenal superior, lesion tipo "dieulafoy" con sangrado activo «en napa». Se inyecta adrenalina 1:10000 y polidocanol al 2% sobre 3 cuadrantes visibles constatando cese inmediato del sangrado. Finalmente el 12º día de internacion con buena evolucion, se progresa dieta líquida y blanda. Catarsis + no melénicas. Al 15º día se otorga alta hospitalaria con indicaciones medicas y control por consultorios externos. **Conclusion:** el diagnostico endoscópico suele ser dificultoso ya que la lesión puede estar cubierta por sangrado profuso o bien no presentar ninguna evidencia de sangrado. La hemorragia es mas frecuente en pacientes con comorbilidades cardiovasculares o el uso de aas/aines y presenta un riesgo promedio de re-sangrado de 19% hasta un 40%, incluso con terapéutica endoscópica, según la bibliografía. Los métodos mecánicos son el tratamiento de eleccion (hemoclips o ligadura con bandas) con eficacia entre 75-100%, con buen pronostico post tto endoscópico. Metodos de inyeccion con adrenalina/aet, argon plasma, tambien son considerados. El tto quirurgico se reserva para sangrados refractarios al tratamiento endoscopico.

CC - INTESTINO DELGADO

0176 - POLIPO DUODENAL GIGANTE: CAUSA INFRECUENTE DE HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA EN GERIATRIA

Modalidad: 1-Trabajos Originales (póster)

Unidad Temática: Endoscopia: Intestino Delgado

CANTEROS, Julio | LEDESMA, Claudia | MORALES, CABEZAS, Bella | VERA, Natalia | ALDABE, Noel | IRIARTE, Mariel

HOSPITAL MILITAR CENTRAL

Trabajo: Introducción: La hemorragia digestiva alta (HDA) es toda pérdida hemática de cuantía suficiente como para producir hematemesis, melena o ambas, cuyo origen se encuentra entre el esfínter esofágico superior y el ángulo de Treitz. La hemorragia digestiva alta reviste singular importancia en el anciano ya que constituyen una población de alto riesgo, siendo este un evento que puede rápidamente poner en peligro la vida. Se considera de importancia capital la realización precoz de la endoscopia para el diagnóstico y tratamiento consecuente limitándose la cirugía cuando fracase el tratamiento endoscópico, el farmacológico o ambos; hemorragia inicial masiva o no controlada, dos recidivas leves o una grave, con posterioridad al procedimiento endoscópico. En el anciano, la realización de endoscopia urgente nos permite identificar el origen del sangrado, nos aporta información pronóstica y nos ayuda a decidir la terapéutica endoscópica más adecuada para cada tipo de lesión. Las indicaciones de la endoscopia en el anciano son las mismas que en el paciente joven, pero debemos tener en cuenta que las comorbilidades asociadas aumentan el riesgo de complicaciones durante la endoscopia, por lo que para realizarla de forma segura, ha de valorarse antes la situación clínica del paciente. La causa de la hemorragia digestiva alta se identifica en el 80 % de los enfermos, entre las que se encuentran: Úlcera péptica, erosiones gastroduodenales, esofagitis, várices, Síndrome de Mallory Weiss, Malformaciones vasculares, Neoplasias. El hallazgo de pólipos duodenales gigantes como causa de hemorragia digestiva alta en el anciano es infrecuente y se considera de suma importancia el correcto abordaje endoscópico - terapéutico a fines de evitar cirugías que incrementan la morbimortalidad en esta población. **Objetivos:** Demostrar la utilidad de la endoscopia de urgencia en el paciente anciano para identificar la causa de sangrado en la hemorragia digestiva alta, aplicando terapéutica endoscópica en forma segura aún en lesiones dificultosas e infrecuentes como la que se describe en este caso. **Métodos:** Mujer de 88 años que ingresa al Servicio de Emergencias por hematemesis con descompensación hemodinámica con requerimiento de soporte transfusional por lo que se internó en UTI. Antecedentes de cardiopatía isquémica. Se realiza VEDA observándose en la segunda porción duodenal pólipo de pedículo grueso de 4 cm que se extiende hacia la tercera porción duodenal donde se encuentra la cabeza, de 2,5 cm, rojo vinoso con superficie ulcerada y coágulos adheridos. Se infiltra la base con adrenalina 1/10000, se realiza polipectomía con asa y se recupera con dispositivo con red. Se colocan posteriormente dos clips metálicos hemostáticos en el pedículo remanente. No se observaron complicaciones inmediatas ni tardías inherentes al procedimiento. La paciente evolucionó estable. **Anatomía Patológica:** Adenoma tubular con displasia de alto grado. Categoría 4.1 de viena. Ulceración multifocal. Borde de resección pedicular libre de lesión displásica. **Conclusión:** El hallazgo de pólipos duodenales en el anciano como causa de hemorragia digestiva alta es sumamente infrecuente siendo la realización de endoscopia urgente y la aplicación de terapéutica endoscópica es un método seguro y eficaz para detener el sangrado. La gran eficacia de la terapéutica endoscópica ha reducido de forma significativa la necesidad de cirugía en los pacientes ancianos, evitando tasas de mortalidad postoperatoria.



CC - COLON Y RECTO

0045 - PÓLIPO MIOGLANDULAR INFLAMATORIO. REPORTE DE CASO CLÍNICO

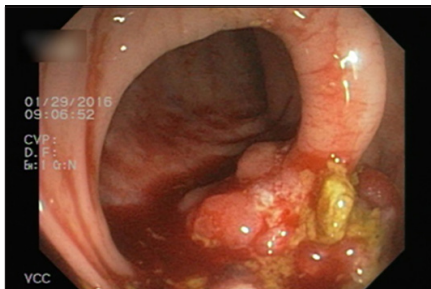
Modalidad: 2-Casos Clínicos

Unidad Temática: Endoscopia: Colon y Recto

BERNARDI, Gustavo Miguel(1) | SAMBUELLI, Gabriela María(2) | HERRERA NAJUM, Pablo Daniel(1) | RODRIGUEZ, Pablo César(1)

INSTITUTO MODELO DE CARDIOLOGÍA. SERVICIO DE GASTROENTEROLOGÍA Y ENDOSCOPIA DIGESTIVA (1); INSTITUTO MODELO DE CARDIOLOGÍA. SERVICIO DE ANATOMÍA PATOLÓGICA (2)

Descripción: Introducción: El pólipo mioglandular inflamatorio o pólipo de Nakamura fue descrito en 1992, su etiología es desconocida. Se han reportado 60 casos hasta el 2009. Suelen ser asintomáticos o presentar síntomas inespecíficos con sangre oculta en heces, hematoquezia o anemia. Se localizan en el colon a predominio de rectosigmo, suelen ser únicos, pediculados o subpediculados y ser de gran tamaño. Caso clínico: Paciente varón de 43 años consulta por episodios de pirosis y regurgitación de larga data que no mejoran con hábitos dietéticos e inhibidores de la bomba de protones. Tiene como antecedentes heredofamiliares, padre con diagnóstico de cáncer de colon fallecido. No tiene antecedentes patológicos ni quirúrgicos. Catarsis habitual 1 deposición diaria amarrada, forme, sin restos patológicos. El examen físico era normal. Se solicitan laboratorio y ecografía abdominal normales y se programa Video Endoscopia Digestiva Alta (VEDA) y Videocolonoscopia (VCC). En la VEDA se observa gastropatía no erosiva y en la VCC, en colon sigmoide, se observa pólipo con pedículo ancho de gran tamaño de 40 mm que se extirpa con ansa con técnica de polipectomía con electrocauterio sin complicaciones. La biopsia informó lesión polipoide compuesta por criptas dilatadas quísticamente y otras de aspecto hiperplásico, separadas por bandas de tejido fibromuscular que se extienden desde la muscular de la mucosa a la lámina propia. El epitelio de superficie, en sectores, es una erosión, mostrando por debajo de él, tejido de granulación y algunas criptas con epitelio regenerativo. El pedículo está conformado por musculo liso y vasos dilatados y congestivos, compatible con pólipo mioglandular inflamatorio. Conclusión: El diagnóstico de este tipo de pólipo es poco frecuente, requiere de tratamiento endoscópico o quirúrgico dependiendo del tamaño del mismo.



CC - COLON Y RECTO

0070 - METÁSTASIS INFRECUENTE EN COLON

Modalidad: 2-Casos Clínicos
Unidad Temática: Endoscopia: Colon y Recto
Unidad Temática 2: Gastro: Colon y recto

RASTELLI, Laureano | FACCAS, Martin | QUINES, Solange | CAPRIOTTI, Luciano Andres | BASILE, Mauricio | TONN, Eugenio Federico | LABORDA MOLTENI, Jorge | MACHUCA, Javier | CARRANZA, Omar | GUAGNINI, Marcelo
 HOSPITAL PRIVADO DE COMUNIDAD DE MAR DEL PLATA

Descripción: INTRODUCCIÓN Los sarcomas de partes blandas constituyen un grupo amplio y heterogeneo de tumores poco comunes, que se caracterizan por requerir un tratamiento multidisciplinario frecuentemente complejo. Comprenden el 1% de todos los tumores malignos y un 2% de la mortalidad por cáncer. El liposarcoma mixoide se presenta habitualmente en extremidades, a nivel de tejidos blandos profundos. Progresa de una lesión mixoide de bajo grado a una de alto grado con áreas de células redondas. Constituye el 30-35% de todos los liposarcomas y afecta a adultos de la cuarta o quinta década de la vida, con una ligera predominancia en varones. Clínicamente se presenta como una masa palpable e indolora en la profundidad de los tejidos blandos, más comúnmente en el muslo. El tratamiento es quirúrgico asociado a quimio-radioterapia, que ha demostrado disminuir la recurrencia local. La tasa de supervivencia a los 5 años es del 70% en las lesiones mixoides puras y del 20% en la variante de células redondas. No existe relación significativa entre el tamaño tumoral y el resultado clínico, ya que la recurrencia local y sistémica suele ser alta. Los sitio de metástasis más comunes son pulmón, hueso, hígado, tejido adiposo y retroperitoneo. Existen reportes de casos aislados de afectación del tubo digestivo y mama. CASO CLÍNICO Paciente masculino de 61 años que comienza con tumoración indolora en muslo izquierdo. Se realiza ecografía de partes blandas y se observa en la región anterior del muslo izquierdo gran imagen sólida de contornos lobulados levemente heterogenea e hipocóica con vascularización interna en el doppler color y tomografía computada (TC) y resonancia magnética nuclear (RMN) que describen misma lesión de 15 x 6,2 cm entre los músculos recto anterior y vasto externo del cuádriceps. Se realiza estadificación descartando enfermedad metastásica por lo que se realiza cirugía con resección completa del tumor. La biopsia informa liposarcoma mixoide con presencia de células redondas con márgenes libres de neoplasia. Realizó

adyuvancia con radioterapia. Control a los 6 meses de la cirugía con RMN de muslo sin evidencia de recidiva local y TC de tórax, abdomen y pelvis sin enfermedad a distancia. A los 6 meses en TC de abdomen y pelvis de control presenta a nivel del flanco derecho en contacto con el tercio distal del colon ascendente masa exoftíca, polilobulada, de 84 x 82 mm, lo que conlleva a realiza videocolonoscopia y a nivel del angulo hepático se evidencia lesión irregular, friable, polilobulada no franqueable. Se toman biopsias que informa infiltración por metástasis de liposarcoma mixoide. Se realiza laparoscopia diagnóstica donde se observa gran tumor de consistencia friable y sangrante con implantes en epiplón mayor no resecable. Biopsias de epiplón vinculables con metástasis de liposarcoma. Fallece 1 mes después. Observaciones: CONCLUSIÓN Se presenta este caso clínico de metástasis en colon de liposarcoma mixoide debido a no ser un lugar frecuentemente afectado por este tumor y a la escasa bibliografía reportada sobre el tema.

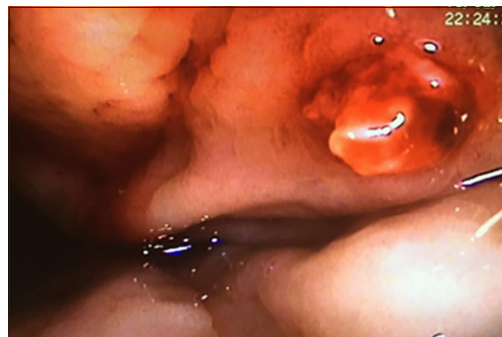
CC - COLON Y RECTO

0084 - LESIÓN DE DIEULAFOY RECTAL: UNA CAUSA POCO FRECUENTE DE HEMORRAGIA DIGESTIVA BAJA

Modalidad: 2-Casos Clínicos
Unidad Temática: Endoscopia: Colon y Recto

NUÑEZ, Facundo | CARFAGNINI, Paula | MAURETTE, Victoria | DI PAOLA, Leandro | PADIN, Lorenzo | BRODERSEN, Carlos
 HOSPITAL CARLOS G. DURAND

Descripción: Se trata de un paciente masculino de 59 años, sin antecedentes de relevancia, cursando internación en UTI por sepsis severa relacionada con absceso paravertebral. Recibe tratamiento antibiótico y drenaje percutáneo con evolución favorable, por lo cual pasa a sala de clínica médica. Intercede con hematoquezia, descenso de 4 puntos de hemoglobina y descompensación hemodinámica, por lo que reingresa a UTI con diagnóstico de shock hipovolémico, requiriendo IOT/ARM, expansión con cristaloides y transfusión de 5 unidades de glóbulos rojos y 2 unidades de PFC. Se realiza videoendoscopia digestiva alta, la cual evidencia úlcera antral Forrest III. Asimismo se realiza videocolonoscopia completa en la cual se observan múltiples bocas diverticulares en colon sigmoide sin evidencia de sangrado activo o reciente, y a nivel de recto se evidencia sitio de babeo hemático, micropulsátil, sobre mucosa de aspecto conservado. Ante la sospecha endoscópica de lesión de Dieulafoy se realiza terapéutica con inyección de solución de adrenalina y clipping, con cese del sangrado. A los 7 días, el paciente presenta nuevo shock hipovolémico por sangrado digestivo. Se realiza nueva VEDA de urgencia sin hallazgos significativos y VCC en la cual se evidencia sangrado activo en ampolla rectal, la cual se encontraba ocupada por un gran coágulo organizado, no lográndose objetivar sitio preciso de sangrado. Se realiza terapéutica con inyección de solución salina en varias alcuotas de la región transcoágulo, con cese parcial del sangrado. Luego se realiza lavado enérgico y extracción del contenido de la ampolla, descubriéndose vaso aberrante con clip metálico colocado en endoscopia previa, por debajo del coágulo en la zona de inyección. Se decide obliteración con cianoacrilato sobre dicho vaso, deteniéndose el sangrado. A las 7 horas postprocedimiento el paciente presenta nuevamente hematoquezia, por lo cual, ante la falta de disponibilidad de hemodinamia, se decide intervención quirúrgica por guardia, realizándose proctocolectomía izquierda. Sin interurrencias o complicaciones posteriores, el paciente evoluciona favorablemente y es dado de alta hospitalaria a los 6 días de postoperatorio. A la fecha no presentó nuevos episodios de hemorragia digestiva y continua en seguimiento conjunto por los servicios de Cirugía y Gastroenterología. La lesión de Dieulafoy continúa siendo una infrecuente causa de hemorragia digestiva, siendo su localización más habitual en el TGS, y extremadamente infrecuente en el TGI. No hay consenso acerca de la mejor herramienta terapéutica y hasta un 20% presentan resangrado a pesar de un tratamiento inicial efectivo, requiriendo de tratamiento quirúrgico o angiografía con embolización selectiva.



GC - COLON Y RECTO

0099 - VARICES COLONICAS IDIOPATICAS FAMILIARES, UN CASO INFRECUENTE EN LA LITERATURA

Modalidad: 2-Casos Clínicos

Unidad Temática: Endoscopia: Colon y Recto

QUINONES, Sabrina | CALDO, Ignacio Federico | DIAZ, Ricardo Federico | LOMBARDO, Diana | DUTACK, Alejandro | IANNICILLO, Hernan

CEGED, CENTRO DE GASTROENTEROLOGÍA Y ENDOSCOPIA DIGESTIVA

Descripción: INTRODUCCIÓN: Las varices colónicas (VC) son una anomalía vascular digestiva con una incidencia del 0,07%. La hemorragia digestiva recurrente es la manifestación más común, pero pueden presentarse como un hallazgo endoscópico o imagenológico. Las varices colónicas familiares idiopáticas (VCFI) son malformaciones venosas, entidad muy infrecuente cuya etiopatogenia obedece a una enfermedad vascular congénita. Puede manifestarse como una hemorragia digestiva OBJETIVO: Presentar el décimo caso de VCFI publicado a nivel mundial, siendo además el cuarto con presencia de la patología en más de un familiar. CASO CLÍNICO: Caso 1 (Índice): hombre de 35 años derivado por cuadro de anemia ferropénica y test de sangre oculta en materia fecal positivo. Se realizó Videoendoscopia digestiva alta (VEDA) que mostró dilataciones varicosas grandes a partir de la segunda porción del duodeno, sin varices esofagogástricas. La Videocolonoscopía (VCC) evidenció varices tortuosas en íleon distal y en todo el marco colónico. Se realizó ecografía abdominal sin patología; Eco-Doppler abdominal con vena porta y esplénica sin obstrucción venosa y Tomografía Computada Multi Corte (TCMC) de abdomen y pelvis, sin presentar anomalías. Se realizó videocápsula, evidenciando varices en todo el intestino delgado. Caso 2 (Padre): 63 años sin antecedentes patológicos. VCC como pesquisa de cáncer de colon: varices tortuosas, sin estigmas de riesgo de sangrado en todo el marco colónico. VEDA, normal. TCMC y ecografía abdominal sin evidencias de HTP. Caso 3 (Hermana): 37 años. Antecedentes de anemia ferropénica. Por el antecedente del hermano y del padre, se realiza: VEDA, normal; y VCC con dilataciones venosas, tortuosas, sin estigmas de riesgo de sangrado en todo el trayecto colónico. CONCLUSIÓN: Las VCFI es una entidad extremadamente rara. El antecedente familiar de VC sin evidencia de hipertensión portal o trombosis venosa orienta hacia la sospecha. Dado la rareza del cuadro y su asociación familiar, es importante el estudio y la búsqueda de varices en los familiares del caso índice.



GC - COLON Y RECTO

0156 - MELANOSIS DE MUNCHAUSEN

Modalidad: 2-Casos Clínicos

Unidad Temática: Endoscopia: Colon y Recto

Unidad Temática 2: Gastro: Pediatría

LOSADA GOMEZ, Claudia Liliana | GONZALEZ, Teresita | BERNEDO, Viviana | ZUBIRI, Cecilia | GUZMAN, Luciana | NANFITO, Gabriela | LEIZA, Lorena | MICULAN, Sandro | BOROBIA, Paula | BALCARCE, Norma | CUETO, Eduardo | BEN, Ricardo

INSTITUTO DE DESARROLLO E INVESTIGACIONES PEDIATRICO (IDIP), HOSPITAL DE NIÑOS DE LA PLATA, CICPBA

Descripción: INTRODUCCIÓN: El síndrome de Munchausen por poderes constituye una patología de difícil diagnóstico, causante de gran morbimortalidad. El padre/madre/

cuidador puede fabricar una historia médica, causar síntomas físicos, alterar muestras de laboratorio o administrar sustancias nocivas. El conocimiento de las características generales tanto de la víctima como del perpetrador del mismo puede ser de gran ayuda para el reconocimiento precoz de este cuadro. La melanosis coli es una pigmentación oscura de la mucosa del intestino grueso producida por la absorción de productos aromáticos; y por uso excesivo de laxantes derivados del antraceno, es un hallazgo raro en pediatría. Presentamos el caso clínico de un lactante de 7 meses de vida, sin antecedentes patológicos ni alergias conocidas, quien curso con cuadro de deshidratación y diarrea grave; que requirió internación durante 40 días, periodo en el cual presento un promedio de 20 deposiciones diarias, líquidas, abundantes, que salían del pañal, con múltiples estudios de laboratorio, cultivo, imágenes todos dentro de parámetros normales, que no acercaban al diagnóstico, aun con nutrición parenteral y "ayuno" la diarrea era intratable. Se decide realizar videoendoscopia digestiva alta y baja y se evidencia pigmentación azul grisácea de la mucosa colonica, sin encontrar ningún otro hallazgo adicional; se sospecha melanosis coli; se comprueba administración por parte de la madre de laxante, se hace diagnóstico de síndrome de Munchausen por poderes. Después de 5 meses de seguimiento por psicopatología y servicio social; tanto a la madre, como al grupo familiar; se observa mejoría del cuadro, ganancia de peso y el paciente es llevado nuevamente a colonoscopia, en la cual toda la mucosa colonica se encontraba dentro de límites compatibles con la normalidad. CONCLUSIONES: La melanosis coli es una entidad que aparece de forma accidental en pacientes a los que se les realiza estudios endoscópicos del tracto digestivo inferior con historia de abuso de laxantes; es infrecuente en la población pediátrica. Se debe sospechar en casos de diarrea intratable en niños y asociarla con un síndrome de Munchausen por poderes.

GC - COLON Y RECTO

0163 - LINFOMA RETROPERITONEAL. METASTASIS DE LOCALIZACION INFRECUENTE

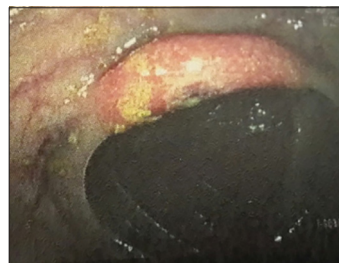
Modalidad: 1-Trabajos Originales (póster)

Unidad Temática: Endoscopia: Colon y Recto

Unidad Temática 2: Gastro: Colon y recto

IRIARTE, Sonia Mariel | VERA, Natalia | REYNOSO, Aixa | ALDABE, Noel
HOSPITAL MILITAR CENTRAL

Trabajo: Introducción: Los Linfomas representan alrededor de un tercio de los tumores retroperitoneales primarios y sólo el 5% es de localización exclusiva retroperitoneal. Generalmente tienen mal pronóstico debido a su naturaleza maligna y a la demora en el diagnóstico del mismo debido a las características de su crecimiento. El diagnóstico incidental ocurre entre el 2,5 al 12% de los casos y en la mayoría su diagnóstico definitivo se realiza por biopsia intraoperatoria. Aproximadamente en el 70 % de los casos es necesaria la exéresis de algún órgano afectado por el tumor, los más frecuentes son el riñón (25 %), colon, bazo, páncreas, y grandes vasos. El colon puede verse afectado por tumores de otros órganos por invasión directa, siembra intraperitoneal, vía hematogena, o linfática. Dentro de los que más frecuentemente lo afectan se encuentran los tumores retroperitoneales. Estas lesiones se presentan como pliegues mucosos gruesos, con erosiones, masas polipoides, nódulos con ulceraciones, petequias difusas, edema de la mucosa y granularidad.. Objetivos: Mostrar un caso clínico, infrecuente, donde a partir de lesiones evidenciadas en un estudio de visualización directa y teniendo en cuenta las características de las mismas se puede sospechar su origen. Paciente y métodos: Femenina de 39 años de edad que consulta por lumbalgia y dolor en miembro inferior izquierdo de un año de evolución a lo que los últimos días se agrega paresia del mismo por lo que se le realiza RNM de columna lumbosacra que informa como hallazgo lesión infiltrativa a nivel del hueso sacro e iliaco izquierdo, adyacente a la articulación sacroiliaca que produce afectación de la cortical ósea y extensión a los tejidos blandos; la paciente se interna para continuar estudios. Se solicita a nuestro servicio una videocolonoscopía que evidencia en ciego, colon derecho y transversal lesiones planas eritematosas sobre pliegues con ulceración central que se biopsian, obteniendo como hallazgo histopatológico compatible con proceso linfoproliferativo. Se realiza posteriormente diagnóstico de Linfoma No Hodgkin. Conclusión: Se intenta demostrar como el colon además de verse afectado por tumores primarios puede ser escenario de metástasis de diferentes orígenes como fue en este caso un linfoma retroperitoneal.



CC - COLON Y RECTO

0178 - DILATACION EXITOSA DE ESTENOSIS BENIGNA DE LA ANASTOMOSIS COLO-RECTAL CON BALON HIDRAULICO

Modalidad: 1-Trabajos Originales (póster)

Unidad Temática: Endoscopia: Colon y Recto

CANTEROS, Julio | LEDESMA, Claudia Viviana | VERA, Natalia | ALDABE, Noel
HOSPITAL MILITAR CENTRAL

Trabajo: Introducción: La estenosis cicatrizal o benigna de una anastomosis colorrectal ocurre en el 0 a 30 % de los pacientes; la mayoría son asintomáticos y pueden requerir algún procedimiento terapéutico para corregirlo. Hasta hace algunos años se recurría exclusivamente a la cirugía, pero actualmente existen alternativas endoscópicas entre las que se encuentra la dilatación con balón hidráulico. Objetivo: Se presenta el siguiente caso para demostrar la utilidad de las dilataciones endoscópicas en el manejo de las estenosis benignas postquirúrgicas del recto. Paciente y métodos: Masculino de 77 años de edad con antecedentes de reemplazo valvular aórtico biológico, fistula colovesical por enfermedad diverticular complicada con resección colónica izquierda y anastomosis termino-terminal a recto en un segundo tiempo. Consulta por dolor hipogástrico y fosa iliaca izquierda sin irradiación, tipo cólico; intensidad 9/10, de un mes de evolución y constipación con sensación de evacuaciones incompletas y heces acintadas. Se realiza Tomografía Helicoidal de abdomen y pelvis con doble contraste: no evidencia patología. VCC (con profilaxis antibiótica): A 10 cm del margen anal estenosis puntiforme que no permite el paso del instrumental por lo que se solicita colon por enema: área estenótica de segmento corto en región rectocolónica. Se inician dilataciones con balón hidráulico en forma progresiva cada 30 días desde 12 a 18 mm hasta 6 atmósferas de presión, lográndose en la 4ta sesión franquear el orificio estenótico, progresando hasta ciego. No se presentaron complicaciones inmediatas ni tardías inherentes al procedimiento, objetivándose mejoría sintomática. Posterior a un año de la última dilatación, el paciente se encuentra asintomático y en la colonoscopia control se observa anastomosis permeable sin requerimiento de nuevas intervenciones. Conclusiones: La dilatación endoscópica es el tratamiento de elección en los pacientes con estenosis rectal benigna, por sus menores costos, morbimortalidad y estancia hospitalaria con respecto a la cirugía, reservando esta última para los pacientes refractarios o que recurran con este método.



CC - COLON Y RECTO

0189 - TUMOR DE CÉLULAS GRANULARES (TCG) DEL COLON: REPORTE DE UN CASO

Modalidad: 2-Casos Clínicos

Unidad Temática: Endoscopia: Colon y Recto

CORTES, Miguel | JAROSLAVSKY, Maria Jose
SANATORIO LAS LOMAS

Descripción: Introducción: El tumor de células granulares o de Abrikossoff es una neoplasia infrecuente, probablemente originada a partir de las células de Schwann. Suelen surgir en la lengua y piel; solo el 1 al 8% se ubican en el tracto gastrointestinal y de estos un tercio en el estómago. Son infrecuentes los casos colorectales. Presentamos el caso de un varón de 55 años, al que se le realiza videocolonoscopia para tamizaje de cáncer de colon. Se halla una lesión polipoidea a nivel del ciego que se resecta con ansa sin complicaciones post-procedimiento, y se remite para examen histopatológico. Macroscopía: Formación polipoidea grisácea de 1,2 cm de diámetro, al corte compacta y blanquecino-amarillenta. Microscopía: Mucosa colónica con leve edema, desplazada por una proliferación bien delimitada, nodular, ubicada en la submucosa, constituida por células de amplio citoplasma rosado intenso granular, con núcleos pequeños, sin atipia, mitosis ni necrosis, mezcladas con algunas fibras de colágeno. Acompaña moderado infiltrado inflamatorio mononuclear, edema y vasocongestión. Margen de resección libre de lesión, Estudio inmunohistoquími-

co: proteína S-100: Positiva; Desmina: Negativa; Actina Musculo Liso: Negativa; CD34: Negativo; CD117: Negativo; DOG1: Negativo. Diagnóstico: Tumor de Células Granulares. Comentario: Los TCG son frecuentemente asintomáticos en el tracto gastrointestinal. Motiva la presentación la baja frecuencia de esta entidad casi siempre benigna, especialmente rara en el colon, donde suelen desarrollarse en el colon ascendente, principalmente en el ciego y comprometer únicamente la capa submucosa. El tratamiento endoscópico, en manos experimentadas, puede ser viable y eficaz para los TCG colorectales.

CC - COLON Y RECTO

0191 - DECIDUOSIS / ENDOMETRIOSIS DECIDUALIZADA COLÓNICA; A PROPÓSITO DE UN CASO

Modalidad: 2-Casos Clínicos

Unidad Temática: Endoscopia: Colon y Recto

PARQUET, Romina Alejandra | JAROSLAVSKY, Maria Jose
SANATORIO LAS LOMAS

Descripción: INTRODUCCIÓN: La etiología de la presencia de decidua ectópica es poco conocida. El primer caso fue descrito por Walker en 1887. Usualmente aparece durante el embarazo pero se han descrito aislados casos en pacientes no gestantes, donde se propone que los niveles aumentados de progesterona o de sustancias progesterona-símil se debe a una fuente adrenal o por terapia hormonal. Existen dos hipótesis para justificar la presencia de decidua ectópica: la primera y mas aceptada propone que se desarrolla de novo a partir de las células estromales mesoteliales; la segunda pretende que se origina en la transformación decidual de una endometriosis preexistente. Las topografías más frecuentes son ovarios, útero, cervix, trompas de Falopio, ganglio linfático, piel, omento, apéndice, diafragma, pleura, riñón y peritoneo. Existen escasos reportes sobre deciduosis y endometriosis decidualizada ectópica gastrointestinal, y menos frecuente es aún la localización submucosa, con expresión endoscópica. Cuando se ve en el TD las complicaciones asociadas suelen ser hemorragia intraabdominal, dolor abdominal severo, u obstrucción mecánica. DESCRIPCIÓN DEL CASO: Mujer de 44 años que ingresa por dolor intenso en FID sin fiebre ni defensa de 12 horas de evolución. Refiere estar cursando su periodo primer periodo menstrual, luego de la extracción de DIU y un mes de ACO. TAC de abdomen y pelvis informa engrosamiento parietal concéntrico del ileon distal, focal y segmentario del colon sigmoide, y múltiples imágenes ganglionares a nivel de la raíz del mesenterio. Se interna con diagnóstico presuntivo de apendicitis vs ileitis terminal. Durante internación presenta episodio de metrorragia que alivia el cuadro doloroso. Los marcadores tumorales CEA, CA 125 y Ca 19.9 son normales. En la videocolonoscopia se observa a 18 cm del margen anal formación polilobulada, de aproximadamente 3 cm de diámetro, consistencia duro elástica, que se biopsia. El estudio histopatológico mostró la presencia, a nivel de la submucosa colónica, de placas de células de amplio citoplasma rosado con bordes definidos y núcleos esféricos; inmersa en estas, aparece en los cortes seirados una estructura glandular revestida por epitelio cuboide sin atipia ni mitosis. Se realizan técnicas de IHQ: Vimentina positiva, CK AE1/AE3 negativa en la proliferación celular descripta realizándose diagnóstico de endometriosis colónica decidualizada COMENTARIO: La clave para el diagnóstico consiste en pensar en esta entidad, que puede simular neoplasias benignas y malignas, y otras patologías. Plantea así un desafío tanto endoscópica como histológicamente, especialmente cuando el contexto clínico no es el más usual.

CC - HÍGADO, VESÍCULA, VÍAS BILIARES Y PÁNCREAS

0114 - PSEUDOQUISTE DE PÁNCREAS, RESOLUCIÓN ENDOSCÓPICA CON STENT METÁLICO AUTOEXPANDIBLE

Modalidad: 2-Casos Clínicos

Unidad Temática: Endoscopia: Hígado, Vesícula, Vías Biliares y Páncreas

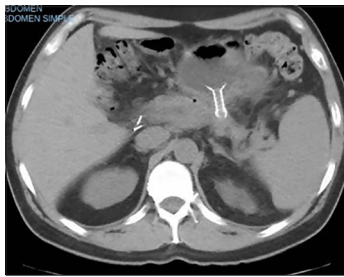
Unidad Temática 2: Endoscopia: Estómago

FACCAS AHUN, Martín Ignacio | CAPRIOTTI, Andres | RASTELLI, Laureano | QUINES, Solange | TONN, Federico | BASILE, Leonardo | CANEPA, Enrique | LABORDA, Jorge

HOSPITAL PRIVADO DE COMUNIDAD

Introducción: El pseudoquiste de páncreas es definido como la colección localizada de líquido rico en amilasa y otras enzimas, rodeado por una pared fibrosa o tejido de granulación que resulta de un episodio de pancreatitis aguda (10-20 %), pancreatitis crónica, trauma pancreático u obstrucción extrínseca del conducto pancreático. Pueden ser únicos (90%) o múltiples. El diagnóstico se realiza por hallazgos clínicos, bioquímicos y radiológicos. La presentación clínica es variable, desde pacientes asintomáticos hasta cuadros de urgencia abdominal por complicaciones. Los síntomas

predominantes reportados en la literatura son dolor abdominal, llegando a estar presente en hasta el 90% de los pacientes, saciedad temprana, náuseas y vómito (50-70%), pérdida de peso (20-50%), ictericia (10%) y fiebre (10%). En cuanto al manejo, sólo los pseudoquistes sintomáticos se tratan realizando un drenaje; esto puede ser percutáneo, endoscópico o quirúrgico. Caso clínico: masculino de 52 años que en marzo del 2015 fue operado de urgencia por colecistitis gangrenosa, posteriormente intercorre con un cuadro de pancreatitis aguda grave, el cual fue manejado en terapia intensiva con buena evolución. A las 2 semana de la pancreatitis, comienza con dolor abdominal y plenitud postprandial. Se realiza tomografía computada de abdomen, donde se observa una imagen hipodensa de 79 mm x 88 mm que compromete cuerpo y cola de páncreas, compatible con pseudoquiste de páncreas. Se decide resolución quirúrgica, realizándose una cistogastroanastomosis laparoscópica. Se obtiene líquido para cultivo (negativo para microorganismos) y recuento de amilasa (valor:10781). Aproximadamente, un mes más tarde, presenta fiebre. Nuevamente, solicitamos tomografía de abdomen la cual describe una colección de 38mm por 17mm en el cuerpo del páncreas y 2 colecciones más de iguales características sobre la cola del páncreas y polo inferior del bazo (imágenes). Comenzamos tratamiento con antibióticos de amplio espectro y realizamos una endoscopia digestiva alta con el objetivo de evaluar la permeabilidad de la cistogastroanastomosis. Se observó obstrucción de la misma y se optó por colocar un stent metálico autoexpandible de 5 mm previa dilatación neumática con balón (video). Pudimos observar un buen drenaje con material purulento. El paciente evolucionó favorablemente. Dos meses más tarde se repite una tomografía de abdomen donde se describe el stent norminserto sin la presencia de las colecciones anteriormente descrita (imágenes). CONCLUSION La endoscopia terapéutica, bajo manos expertas, nos ofrece una alternativa resolutive mínimamente invasiva con menor costo, estadía hospitalaria y mejor calidad de vida para los pacientes. En nuestro caso clínico fue una opción válida sin requerir de una nueva intervención quirúrgica.



CC - HÍGADO, VESÍCULA, VÍAS BILIARES Y PÁNCREAS

0123 - COMPLICACIÓN INFRECUENTE DE UN STENT BILIAR PLÁSTICO

Modalidad: 1-Trabajos Originales (póster)

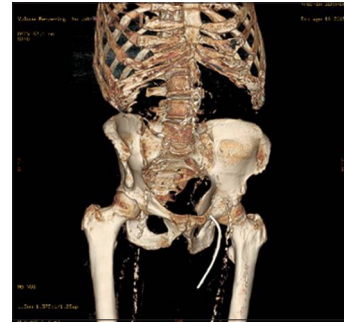
Unidad Temática: Endoscopia: Hígado, Vesícula, Vías Biliares y Páncreas

SOLANGE, Quines | FACCAS AHUN, Martín Ignacio | CAPRIOTTI, Andres | RASSELLI, Laureano | TONN, Federico | BASILE, Leonardo | LABORDA, Jorge | STATTI, Miguel

HOSPITAL PRIVADO DE COMUNIDAD-MAR DEL PLATA

Introducción: Introducción La colangitis aguda es una complicación severa de la colodolitiasis. El drenaje biliar es el tratamiento de elección mediante esfinterotomía endoscópica y extracción litiasica con o sin inserción de stents. La implantación de los mismos, presenta complicaciones tempranas y alejadas. Caso clínico Paciente masculino de 87 años, que consulta a urgencias con diagnóstico de abdomen agudo quirúrgico. Cuatro meses previos a la consulta, presentó cuadro de colangitis aguda leve. Ecografía: vía biliar intrahepática dilatada, no se visualiza vía extrahepática. Colangio RMI: vía biliar intra y extra hepática dilatadas, con múltiples cálculos en su interior, y litiasis vesicular asociada. CPRE terapéutica; colangiografía: vía biliar dilatada de 15mm, con panlitiasis que ocupa la totalidad de la luz; se realizó esfinterotomía y extracción de cálculos con cesta de dormia y balón; se colocó stent biliar plástico de seguridad (10cm, por 10F). Ingresó con dolor intenso, a predominio hipogástrico de 8hs de evolución, acompañado por eritema inguinal e induración escrotal. Al examen físico se evidencia hernia inguinal izquierda irreductible e incoercible que crepita a la palpación. TC de abdomen: Hernia inguinal izquierda con contenido de colon sigmoideos y visualización de stent que perfora la pared intestinal dirigiéndose hacia escroto. Se evidencia enfisemas subcutáneo. Los hallazgos son sugerentes de migración de stent biliar con perforación de colon sigmoideos. La evolución es tórpida. El paciente fallece 24 hs posterior al ingreso hospitalario. Conclusión El drenaje adecuado de la vía biliar puede lograrse con la colocación de un stent biliar, técnica que no se encuentra exenta de complicaciones. Una complicación poco frecuente es el desprendimiento y migración del stent, que puede

conducir a la impactación y perforación intestinal. Se presenta en el 5% de los stent plástico, más frecuentemente en aquellos pacientes con marcada dilatación de los conductos y en aquellos que se hayan usado prótesis rectas, de diámetro grande y de longitud pequeña. Es difícil definir qué prótesis migrarán. Por lo cual es de gran importancia el seguimiento cercano del paciente.



CC - HÍGADO, VESÍCULA, VÍAS BILIARES Y PÁNCREAS

0154 - PANCREATITIS RECURRENTE. REPORTE DE UN CASO

Modalidad: 2-Casos Clínicos

Unidad Temática: Endoscopia: Hígado, Vesícula, Vías Biliares y Páncreas

ORÍA, Ines | PIZZALA, Juan | VILLAVARDE, Augusto | PASQUA, Analía | MULLEN, Eduardo | SPINA, Juan Calos | GONZALEZ, Maria Laura | MASSA, Oscar | MARCOLONGO, Mariano

HOSPITAL ITALIANO DE BUENOS AIRES

Descripción: Introducción: El diagnóstico etiológico de la pancreatitis recurrente (PR) continúa siendo un desafío y existe hasta un 30% de casos sin causa clara luego de una evaluación de rutina (pancreatitis recurrente "idiopática"). Las causas más frecuentes de la PR son la litiasis biliar y el alcohol mientras que las neoplasias de la ampolla de Vater son una causa infrecuente aunque reconocida de PR, con muy pocos casos reportados. Caso clínico: Paciente de 38 años, oriundo de Chubut, es derivado al Hospital italiano de Buenos Aires para su estudio por pancreatitis recurrente. Sin antecedentes de importancia. No fumador ni consumidor de alcohol. Madre con un episodio de pancreatitis de origen biliar. En 2010 había presentado el primer episodio de pancreatitis aguda severa con necrosis extensa y algunos meses más tarde presentó otro episodio de pancreatitis leve. Laboratorio con hepatograma normal excepto por fosfatasa alcalina (FAL) 109; glucemia, calcemia, trigliceridemia, IgG y subclases de IgG normales. Anticuerpos antimitocondriales, antimúsculo liso y antinucleares y factor reumatoide negativos. Marcadores tumorales y parámetros de nutrición normales. Tomografía computada de abdomen (TC) con doble contraste y colangiopancreatografía (CPRMN): lesiones parenquimatosas pancreáticas secueles sin evidencia de macrolitiasis y vía biliar y conducto pancreático principal no dilatados. Descartándose las causas más frecuentes de pancreatitis recurrente se realizó colecistectomía. En 2015 presentó nuevo episodio de pancreatitis aguda severa con necrosis extensa. Laboratorio con FAL 104, eritrosedimentación 44 y el resto de los parámetros normales. TC abdominopelvíana con doble contraste: páncreas levemente aumentado de tamaño con bordes irregulares y refuerzo heterogéneo con sectores isodensos y otros hiperdensos y leve compromiso de planos grasos peripancreáticos. Se realizó ecoendoscopia biliopancreática en la cual se observó vía biliar y conducto pancreático principal no dilatados, cuerpo y cola de páncreas atroficos con 4 criterios menores de pancreatitis crónica (Rosemont) y papila duodenal hipocogénica y levemente aumentada de tamaño (15mm) hacia vertiente duodenal sin sobrepasar la submucosa duodenal asociada a componente hipocogico dentro del colédoco intrapancreático. Se realizaron biopsias que informaron adenoma tubulo-velloso con displasia de alto grado (DAG). Se decidió realizar duodenopancreatocetomía cefálica. Anatomía patológica: 2 formaciones de aspecto polipoides: adenoma tubular con DAG; carcinoma in situ / páncreas heterotópico en submucosa y muscular propia de duodeno + focos de pancreatitis crónica. Discusión: La forma de presentación más frecuente de los tumores de la papila es la ictericia, la cual está presente en el 72-90% de los pacientes al momento del diagnóstico; este es el caso de un paciente cuya presentación fue atípica por la ausencia de ictericia y la falta de dilatación de la vía biliar y del conducto pancreático siendo la pancreatitis recurrente severa y con necrosis extensa el cuadro que motivó su estudio. Por otra parte, el análisis de la pieza quirúrgica reveló también la existencia de tejido pancreático heterotópico en duodeno, por lo cual se consideró y discutió el probable rol de este tejido en el cuadro clínico de este paciente. Finalmente, la ecoendoscopia

fue el estudio que permitió establecer un diagnóstico en este enfermo en el cual no se había sospechado una neoplasia ampular por su cuadro clínico y por los estudios por imágenes previos, lo cual pone de manifiesto la importancia de la ecoendoscopiabiopancreática no solo en el estudio de las PR sino también de las pancreatitis agudas "idiopáticas".

