



SOCIEDAD DE GASTROENTEROLOGÍA DEL URUGUAY | Fundada el 14 de diciembre de 1934

ISSN 1688-2415 (Montev.)  
ISSN 1688-2423 (Montev. En línea)

CARTA

# Gastroenterológica

PUBLICACIÓN OFICIAL DE LA SGU | MONTEVIDEO, URUGUAY



2010

Volumen 17

Número 2

Resúmenes  [Gastro 2010](#)



# CARTA Gastroenterológica

**AUTORIDADES**  
PERÍODO 2009 –2010

## Contenido

PRESIDENTA:  
**Dra. Carolina Olano**

VICE-PRESIDENTA:  
**Dra. Susana Kohen**

2º VICE-PRESIDENTE:  
**Dr. Artigas Escudero**

SECRETARIA:  
**Dra. Nelia Hernández**

SECRETARIA DE ACTAS:  
**Dra. Luz Martínez**

TESORERO:  
**Dr. Sergio Vázquez**

VOCALES:  
**Dr. Daniel Taillard**  
**Dra. Claudia Méndez**  
**Dra. Andrea Maucione**

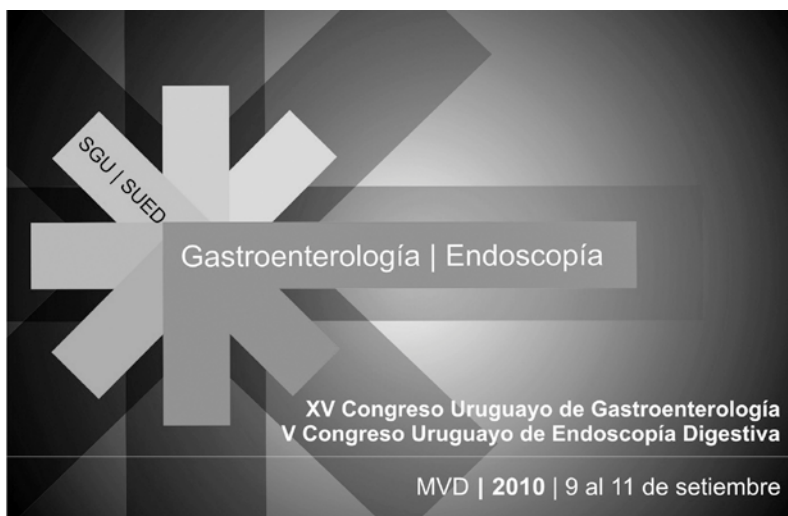
SUPLENTES PREFERENCIALES:  
**Dra. Rosina Delgado**  
**Dra. Inés Gardil**  
**Dra. Laura De León**

PROGRAMACIÓN NACIONAL:  
**Dra. Elena Trucco**

PROGRAMACIÓN INTERNACIONAL:  
**Dr. Henry Cohen**

Resúmenes Gastro 2010  
GASTROENTEROLOGÍA 29

Resúmenes Gastro 2010  
ENDOSCOPIA 37



## SECRETARÍA

Hospital de Clínicas Piso 4. Tel/Fax: [598 2] 480 84 72  
e-mail: [sgu@adinet.com.uy](mailto:sgu@adinet.com.uy)  
Secretaria administrativa: María Noel Piccardo

## Comisión de Publicaciones y Página web

Coordinador: **DR. SERGIO VÁZQUEZ.**  
**Dra. Virginia López, Dr. Carlos Reolón.**  
Sitio web: [www.sgu.org.uy](http://www.sgu.org.uy)

Edición: D. Pereira. [dpereira.uy@gmail.com](mailto:dpereira.uy@gmail.com)  
Impresión: Iconoprint. Montevideo, Uruguay  
Edición amparada al decreto 218/996  
Comisión del Papel. Depósito legal: 337.478/10

Se permite la reproducción parcial siempre que lo autoricen los autores, se envíe copia de lo publicado a la Sociedad de Gastroenterología del Uruguay y se cite la fuente. Las opiniones expresadas en los artículos firmados son de entera responsabilidad de sus autores.

## Editorial



Presidenta en ejercicio de la SGU, XV Congreso uruguayo de Gastroenterología  
**Dra. Carolina Olano**



Presidente, XV Congreso uruguayo de Gastroenterología  
**Dr. Germán Mescia**

### Estimados colegas

La versatilidad de la **Carta Gastroenterológica** nos ha permitido tener este número como **Libro de resúmenes de GASTRO 2010** y en las páginas siguientes dispondrán de los 35 resúmenes de los trabajos científicos que fueron aceptados por los tribunales evaluadores.

Seis de estos trabajos se seleccionaron para presentación oral y los 30 restantes para la presentación en formato poster. Entre los trabajos que se presentarán en forma oral, los tribunales postularon uno para el premio "**Prof. Elbio Zeballos**" al mejor trabajo en Gastroenterología y otro para el premio "**Prof. Horacio Gutiérrez Blanco**" al mejor trabajo en Endoscopia Digestiva.

En nombre del Comité organizador queremos agradecer el gran esfuerzo que seguramente ha significado para los autores, la elaboración de los mismos. Estamos convencidos de que es ésta la mejor manera de estimular la investigación, dar a conocer la casuística de cada servicio y los casos clínicos relevantes, generando en su presentación un respetuoso y enriquecedor intercambio de ideas, que seguramente redundará en beneficio de nuestros pacientes, el fin último de nuestra labor.

Deseamos además agradecer al Tribunal evaluador de los trabajos de Gastroenterología y Hepatología clínica integrado por los Dres. Jean Pierre Rubinstein, Maria Rosa Cruells y Adriana Raggio, así como al Tribunal evaluador de los trabajos de Endoscopia Digestiva integrado por los Dres. Horacio Gutiérrez Galiana, Andrea Maucione y Susana Kohen por su abnegada y minuciosa tarea.

#### **Dr. Germán Mescia**

Presidente  
 V Congreso uruguayo de Endoscopia digestiva

#### **Dra. Carolina Olano**

Presidenta  
 XV Congreso uruguayo de Gastroenterología

# 1. Gastroenterología

## Resúmenes

### G1

#### “ESTUDIO EPIDEMIOLÓGICO DE PACIENTES CON CIRROSIS BILIAR PRIMARIA”

Institución: Hospital de Clínicas

Autores: Sánchez A, Berrueta J, Chiodi D, Hernández N, Mescia G.

**Introducción:** la cirrosis biliar primaria (CBP) es una hepatopatía crónica, colestásica, autoinmune, producida por la inflamación y destrucción de los ductos biliares interlobulillares. Es más frecuente en el sexo femenino (10/1) durante la quinta década de la vida. El 50 a 60% de los pacientes están asintomáticos al diagnóstico. **Objetivo:** describir las características epidemiológicas de los pacientes con CBP seguidos en una unidad de hígado. **Material y métodos:** se trató de un estudio retrospectivo donde se incluyeron todos los pacientes con diagnóstico de CBP atendidos entre enero 2002 y febrero 2010. El diagnóstico se basó en la presencia de colestasis, AMA (o AMA2) o ANA positivo (anticentrómero) y/o biopsia compatible. Se registraron: sexo, edad, síntomas, enfermedades asociadas, resultados de laboratorio, imagen e histología al momento del diagnóstico. **Resultados:** se incluyeron 40 pacientes, 38 (95%) mujeres, con un promedio de 54 años (31–76). El 75% (30/40) se encontraban sintomáticos, y el prurito fue el síntoma más frecuente 87% (26/30). La astenia y la ictericia se presentaron en 37% (11/30). El 80% presentaba AMA positivos, se biopsió el 63% de los pacientes (25/40) y cerca de la mitad de los casos (12/25) tenía cirrosis. En el 60% de los pacientes se observó al menos una enfermedad autoinmune asociada. **Conclusión:** la CBP en nuestra unidad presentó un importante predominio del sexo femenino, un alto porcentaje de pacientes sintomáticos al momento del diagnóstico y la presencia de cirrosis en casi el 50% de las biopsias realizadas.

### G3

#### “LESIÓN CUTÁNEA SECUNDARIA AL TRATAMIENTO DE HEPATITIS C CON INTERFERÓN PEGUILADO Y RIBAVIRINA”

Institución: Hospital de Clínicas

Autores: Berrueta J, Sánchez A, Chiodi D, Hernández N.

**Introducción:** el tratamiento de la infección por virus de hepatitis C (VHC) se basa en la combinación de Interferón Peguilado (IP) más ribavirina. Los efectos adversos más frecuentes son síntomas símil influenza (astenia, fiebre y mialgias) y adelgazamiento. En el laboratorio es habitual la neutropenia, plaquetopenia y anemia. Las reacciones dérmicas en el sitio de inyección son comunes y de rápida resolución. Otras reacciones dermatológicas

son raras, se han vinculado a un mecanismo inmuno–mediado por el uso de IP e incluyen el vitiligo, liquen plano, psoriasis y la vasculitis leucoclastica. La ribavirina puede causar prurito y rash pápulo–eritematoso. **Objetivo:** presentar un caso de lesión cutánea secundaria al tratamiento de la infección por VHC. **Material y métodos:** se presenta el caso de un hombre de 53 años, con una hepatitis crónica por VHC (estadio histológico 3 de la clasificación de Knodell modificada), genotipo 3a, con carga viral basal de 412.000 UI/ml, no co–infectado y con un IMC de 27. El paciente inició tratamiento con 1200 mg/d de ribavirina y 180 µg/sem de IP alfa2a. En la semana 17 consultó por la aparición de lesiones en ambos miembros inferiores, tipo máculas, confluentes, rojo vinosas, no pruriginosas e indoloras. Se indicó lavado con jabón neutro, ácido fuscídico local, cefradina 500 mg vía oral c/6 hs y prednisona 45 mg/día vía oral durante 3 semanas. Concomitantemente se descendió la dosis de ribavirina a 800 mg/d debido a un descenso de la hemoglobina superior a 2 puntos respecto a la basal. La evolución de las lesiones fue buena pero reaparecieron tras suspender la prednisona. Luego de completadas las 24 semanas establecidas para el tratamiento de la infección por un genotipo 3, las lesiones desaparecieron totalmente. A 6 meses de finalizado, el paciente persiste sin manifestaciones cutáneas y se verificó la reaparición de la replicación viral (recaída). **Discusión:** se discute el rol de cada uno de los fármacos en la aparición de las lesiones y la posible implicancia del uso de corticoides intra tratamiento en la ausencia de respuesta viral sostenida. **Conclusiones:** durante el tratamiento de la infección por VHC pueden aparecer reacciones adversas dermatológicas donde es difícil determinar cual de los fármacos está implicado.

### G4

#### “TUMOR GÁSTRICO SUBSEROSO”

Institución: Sanatorio Municipal Dr. Julio A. Méndez

Autores: Bosolino A, De la Torre A, Ratto R, Sanchotena V, Piñeiro C, Marzano C.

**Introducción:** los schwannomas del tracto gastrointestinal son poco frecuentes, benignos, incluidos en clasificación de tumores mesenquimáticos. Etiopatogenia desconocida, es el estómago la localización más común. Siguen colon, esófago y duodeno. Otras localizaciones: retroperitoneo, nervios olfatorio, óptico, piso de boca. **Objetivo:** presentar un schwannoma gástrico, su baja incidencia entre tumores mesenquimáticos (0.2% de tumores gástricos) y sus características inmunohistoquímicas que permiten diferenciarlo de GIST y leiomiomas. Caso clínico:

mujer, 64 años, masa palpable hipocondrio izquierdo, indolora. Eco: masa hipoecoica, 6 cm, sólida, lisa, TC: masa sólida, 6 cm, contornos definidos, sin refuerzo con contraste i.v. VEDA: normal, cirugía mininvasiva, con resección completa. Indemnidad pared gástrica. Anatomía patológica: formación ovoide, 8,5 cm lobulado. Al corte, consistencia elástica. Proliferación celular, patrón fusiforme, núcleos elongados, disposición en fascículos y formación de empalizada. Pleomorfismo nuclear, menos de 5 mitosis x 50 campos de gran aumento, focos hemorrágicos e infiltrados linfoides. Crecimiento expansivo, contacta muscular propia. Inmunohistoquímica: S100 +, Vimentina + y CD 99 + CD 117 -, Desmina -, CD 34 positividad focal. Inmunofenotipo confirma diagnóstico. Evolución postoperatoria sin complicaciones.

**Discusión:** la presentación del schwannoma es variable, la mayoría asintomáticos. Los síntomas son por complicaciones (sangrado, compresión, obstrucción, invaginación). En su mayoría, benignos y excepcionalmente malignos (N<sup>a</sup> mitosis, atipia nuclear, pleomorfismo nuclear, necrosis tumoral). El diagnóstico diferencial más importante es con GIST con diferenciación nerviosa incompleta (CD 117+ // S 100 negativos). Para el diagnóstico: imprescindible la inmunohistoquímica. Positivos para proteína S-100, marcador antigénico de vainas nerviosas periféricas, negativos para actina músculo liso, desmina y CD 117 (diferencia con GIST y tumores de músculo liso). Cirugía con erradicación completa es curativa, buen pronóstico. **Conclusión:** 1. Tumor de baja frecuencia (0,2% del total de tu. gástricos). 2. Tamaño mayor (promedio 6,4 cm), benigno (bajo índice mitótico, sin atipia nuclear y necrosis tumoral). 3. Localización subserosa (más frecuente, submucosa). 4. Inmunohistoquímica: positivo S-100, Vimentina y CD 99; negativo Desmina y CD 117. 5. Inmunohistoquímica permite diagnóstico diferencial con GIST, GANT y leiomiomas.

## G5

### “HEPATITIS COLESTÁTICA FIBROSANTE Y HEPATITIS C”

Institución: Hospital de Clínicas

Autores: Berrueta J, Vázquez C, Baubeta L, Rondan M, Keuchkerian M, González N, Hernández N

**Introducción:** la hepatitis colestática fibrosante (HCF) es un deterioro rápido y progresivo del hígado, provocado por la primoinfección o recurrencia de virus de la hepatitis B (VHB) o C (VHC) en pacientes inmunodeprimidos, que en ausencia de tratamiento puede llevar a la cirrosis y muerte en pocas semanas. **Objetivo:** presentar un caso clínico de HCF por VHC. **Caso clínico:** se trata de una mujer de 68 años, trasplantada renal 3 años antes (donante, VIH, VHB y VHC negativo) que recibía micofenolato, ciclosporina y prednisona 5. Consultó por coluria de 15 días de evolución acompañada de prurito, sin fiebre ni dolor abdominal. Al examen se encontraba lúcida, ictericia, sin elementos de insuficiencia hepato-cística o colestasis crónica, con un abdomen indoloro, sin visceromegalias ni ascitis. En el hepatograma tenía BT 17,1 mg/dl (fracción directa 12,9 mg/dl), FA x7, GGT x54, AST x9 y ALT x6,5. Tasa de protrombina de 83% y albúmina 3,7 g/dl. La ecografía y la TC abdominal no evidenciaron dilatación de la vía biliar ni lesiones periampulares. La colangiografía puso en evidencia una vía biliar normal. La ecoendoscopia mostró el colédoco de calibre habitual y el páncreas sin alteraciones. El pp65, serología para leptospira, IgM VHA, HBsAg, AntiHbc y Anti HBs, HIV, ELISA VHC, anti VCA IgM, anti EBNA IgG fueron negativos. Los autoanticuerpos (ANA, ASMA, LKM, AMA) también fueron

negativos. Los marcadores tumorales (CEA, CA 19,9, CA 15,3 y CA 125) estuvieron dentro de rango. La PCR para VHC fue positiva y la carga viral fue de 66.000.000 UI/ml (genotipo 1b). La histología hepática mostró un parénquima con marcada colestasis periportal y centrolobar y fibrosis portal sin septos. Con estos elementos (histología y elevada carga viral para VHC) se planteó el diagnóstico de HCF por este virus y a pesar del riesgo de rechazo renal, se inició tratamiento con interferón peguilado &#945;2a 180 µg/sem y ribavirina 400 mg/día (ajustada al *clearance* renal). Luego de 4 semanas de tratamiento la BT fue de 10 (directa 8), FA x4,6, GGT x32, AST x4,7, ALT x3, la tasa de protrombina fue de 91%. Azoemia 0,96 g/l y creatinemia 1,96 mg/dl. La carga viral fue de 76.000.000 UI/ml. Dos semanas después la paciente fallece por una neumonía colapsante. **Conclusiones:** la HCF es una complicación grave del paciente inmunosuprimido que debe tenerse presente ante la aparición de colestasis intrahepática aún en ausencia de serología compatible con infección por VHC y su pronóstico es grave.

## G6

### “HEPATITIS AUTOINMUNE TIPO 2 CON ANTI LIVER CITOSOL 1. Análisis de 3 casos clínicos”

Institución: Hospital de Clínicas

Autores: Chiodi D, Berrueta J, Hernández N.

**Introducción:** la hepatitis autoinmune (HAI) se clasifica en tipo 1 (ANA y/o ASMA positivos) y tipo 2 (LKM1 y/o LC1 positivos). La HAI tipo 2 es infrecuente y menos de la tercera parte se presentan con anti LC1 como único anticuerpo en suero. **Objetivo:** presentar 3 casos de HAI tipo 2 con anti LC1 como único anticuerpo presente. **Material y métodos.** **Caso 1:** mujer de 15 años que consultó por ictericia, la ecografía mostró dilatación de vía biliar y BT 3 VN, BD 2.5 VN, AST 26 VN, ALT 28 VN, FA 1.2 VN GGT 1.7 VN, tasa de protrombina 78 %, HBsAg, anti Hbc e IgM VHA no reactivos. Hipergammaglobulinemia de 4 gr/dl, ANA, ASMA, LKM1 y AMA negativos, con anti LC1 positivo. Se inició prednisona 40 mg/día con normalización de las transaminasas en 6 meses. El *score* pre y post tratamiento fue 15 y 17 respectivamente y el *score* 08 fue de 6. **Caso 2:** mujer de 27 años, en tratamiento con T4 post radioiodoterapia (Graves Basedow), diabética tipo I, que ingresa por ascitis e ictericia. La ecografía informó esplenomegalia (160 mm), BT 20 VN, BD 9 VN, AST 20 VN, ALT 17 VN, FA y GGT normales, tasa protrombina 69%. IgM VHA, HBsAg y ELISA VHC no reactivos. Hipergammaglobulinemia 1,84 g/dl, IgG x1.1 VN. ANA, ASMA, LKM1 y AMA negativos, con anti LC1 positivo. La histología mostró necrosis en migaja, tractos fibrosos y nódulos de regeneración. Se inició prednisona 40 mg/d con mejoría hasta transaminasas de 1,5 VN. El *score* pre y post tratamiento fue 18 y 21 respectivamente y el *score* 08 fue de 8. **Caso 3:** hombre 27 años, alcoholista, que ingresó por ictericia. La ecografía mostró vena porta de 12 mm y esplenomegalia (143 mm). BT 20 VN BD 14 VN, AST y ALT 17 VN, FA 1.4 VN, GGT 7.5 VN, tasa de protrombina 39%, IgM VHA, HBsAg y ELISA VHC no reactivos. Hipergammaglobulinemia 4.83 g/dl, IgG x3.5 VN, ANA 1/40, ASMA, LKM1 y AMA negativos, con anti LC1 positivo. El *score* pre y post tratamiento fue 12 y 14 respectivamente y el *score* 08 fue de 6. Se inició prednisona 40 mg/d y azatioprina 50 mg/d con normalización de transaminasas en 8 meses. **Discusión:** la HAI tipo 2 con anti LC1 fue inusual (3/54 en nuestra unidad). Los tres casos debutaron antes de los 30 años con una presentación aguda y en dos de ellos con evidencia de cirrosis. **Conclusiones:** la HAI tipo

2 con anti LC1 es infrecuente, pero debe buscarse ante sospecha clínica HAI con serología clásica negativa.

## G8

### “TRATAMIENTO DE LA HEPATITIS C EN EL PACIENTE HEMODIALIZADO. EXPERIENCIA CLÍNICA

Institución: Hospital de Clínicas

Autores: Machado V, Gil X, Irisarri V, Chioldi D, Berrueta J, Sánchez A, Hernández N.

**Introducción:** la infección por virus de hepatitis C (VHC) es la primera causa de enfermedad hepática crónica en el trasplante renal, y si bien a corto plazo no trae mayores consecuencias, más allá de los 10 años la supervivencia de injertos y pacientes es menor que en la población no infectada. El interferón puede determinar rechazo del injerto en la mitad de los casos por lo que su uso se aconseja previo al trasplante. Las tasas de respuesta viral sostenida (RVS) reportadas oscilan entre 28 y 43%. **Objetivo:** describir la eficacia y tolerancia al tratamiento del VHC con interferón peguilado alfa 2a (IFN PEG), 180 µg/semanales, en una población de pacientes en hemodiálisis (HD). Pacientes y métodos: estudio retrospectivo, descriptivo y transversal donde se incluyeron todos los pacientes de nuestra unidad, con VHC y en HD, que recibieron al menos una dosis de IFN PEG. Se analizó edad, sexo, coinfecciones (VHB y VIH), genotipo y carga viral, respuestas virológicas precoz (RVP), final (RVF) y sostenida (RVS), dosis total recibida, efectos colaterales y medicación de apoyo. **Resultados:** se incluyeron 15 pacientes (todos genotipo 1, la carga viral promedio fue 441.676 UI/ml), 10 eran hombres. En ningún caso se comprobó coinfección. Tres pacientes no completaron el tratamiento, 2 pacientes se hallan recibiendo y 2 pacientes aun no completaron los 6 meses de seguimiento. Once de 13 tuvieron RVP, 8 de 9 tuvieron RVF y 2 de 6 RVS (2 de 11 según ITT). En un solo caso se observó un evento adverso severo que determinó la suspensión del interferon (plaquetopenia). Todos los pacientes que completaron el tratamiento recibieron más del 80% de la dosis pautada. **Conclusiones:** aún si consideramos la influencia negativa del genotipo 1, la tasa de respuesta obtenida en la población analizada fue baja. Se requiere de un mayor número de pacientes para sacar conclusiones válidas.

## G11

### “INCIDENCIA DE LA ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL EN CINCO ÁREAS GEOGRÁFICAS DE LA REPÚBLICA ORIENTAL DEL URUGUAY 2007-2008”

Institución: Clínica de Gastroenterología, Hospital de Clínicas. Registro Nacional de Enfermedad Inflamatoria Intestinal

Autores: Buenavida G., Casañas A., Vázquez C., De Souza M., Martínez L., Gardil I., Silveira A., Iade B.

La incidencia de la Enfermedad Inflamatoria Intestinal (EII) varía según las regiones. En Uruguay no hay datos. **Objetivo:** Determinar la incidencia de la EII en: Artigas, San José, Lavalleja, Salto (centro asistencial privado), Montevideo (dos centros: Hospital de Clínicas e Impasa) durante el período 2007 - 2008. **Materiales y método:** Estudio epidemiológico, descriptivo, multicéntrico, prospectivo durante dos años. Se incluyeron nuevos casos con EII, mayores de 15 años, vivos o no, intervenidos o no, incluyendo la CU con panproctocolectomía que residían en las áreas seleccionadas como mínimo en el último año previo al diagnóstico. Para la captura del caso se utilizó múltiples e independientes fuentes (búsqueda activa en los registros del médico tratante, endoscopia, anatomía patológica, archivo general y de far-

macia). Se confirmó el caso según el protocolo estándar para diagnóstico y definición, mediante la revisión de la historia clínica por el investigador principal de cada área. **Método estadístico:** las tasas de incidencia promedio para EII y las tasas de incidencia promedio específicas para CU y EC fueron calculadas como el número de nuevos casos cada 100.000 habitantes/año. Se utilizó el método directo de estandarización para ajustar las tasas específicas por edad (intervalo de edades 15 a 64 años) y por sexo, según la población estándar definida por Waterhouse. Se calculó los intervalos de confianza (IC) con un nivel de probabilidad del 95% tomando en cuenta que los numeradores poseen una distribución de Poisson y se asumieron constantes los denominadores. **Resultados:** para un total de población estudiada de 645.695, (19.9% del total de la población) Se diagnosticaron 34 casos, 29 CU y 5 EC, 21 mujeres y 13 hombres. La tasa de incidencia cruda para la EII fue 2,63/100.000 hab./año (3,12 sexo femenino, y 2,10 sexo masculino). La tasa de incidencia cruda para la CU fue 2,25/ 100.000 hab./año (2,53 sexo femenino y 1,94 sexo masculino) y para EC fue 0,39 cada 100.000 hab./año (0,59 sexo femenino y 0,16 sexo masculino). La tasa ajustada para CU fue 4.26 cada 100.000 hab./año, con un IC 95% de [3,54; 4,98] y para EC 0,74 cada 100.000 hab./año con un IC 95% de [0,56; 0,92]. Con una razón CU/ EC de 5.8. La edad promedio para la EII fue 40.7 ± 2.5 años. No se encuentran diferencias estadísticamente significativas según CU o EC, valor p = 0.267., ni según sexo valor p = 0.489. **Discusión:** La pérdida de captación de casos podría ser un factor que explicara la baja incidencia, pero la metodología empleada fue diseñada específicamente para evitarla. El predominio de la incidencia de CU vs EC se correlaciona con lo observado en zonas de baja incidencia. **Conclusión:** este primer estudio de incidencia de EII, nos sitúa en área de baja incidencia. Registra un precedente a partir del cual se podrá determinar los cambios epidemiológicos de la EII en Uruguay y contribuir en el estudio de las causas que la determinan.

## G12

### “VALOR DE LA VIDEOCÁPSULA ENDOSCÓPICA EN EL DIAGNÓSTICO DE UNA ETIOLOGÍA POCO FRECUENTE DE ANEMIA FERROPÉNICA”

Institución: Hospital de Clínicas, Clínica de Gastroenterología

Autores: Irisarri V, Sánchez A, Vázquez C, Chilewski J, Berrueta J, De Simone F, Olano C

**Introducción:** las flebectasias múltiples de tracto digestivo (TD) han sido descritas en la literatura como causa de anemia ferropénica. Si bien la localización más frecuente es a nivel de intestino delgado y colon distal, pueden afectar cualquier sitio de la boca hasta el ano. Son malformaciones vasculares venosas que a nivel digestivo se visualizan como lesiones submucosas azuladas, de aspecto macular, polipoide o más raramente tumoral. Su tamaño, número y distribución es variable. **Objetivo:** presentar un caso clínico interesante, poco frecuente de sangrado digestivo oscuro y oculto. **Caso clínico:** paciente de sexo femenino de 80 años con antecedentes personales de histerectomía, colecistectomía y apendicectomía. En estudio por anemia (Hb de 10,1 mg/dl, Hto 30,6%, VCM 89,4 CHCM 33), ferropénica confirmada por metabolismo del hierro, con vitamina B12 y ácido fólico dentro de rangos normales y PSI positivo. Sin sangrados digestivos evidentes, con videogastroscoopia y videocolonoscoopia que no evidenciaron lesiones. Es remitida para estudio de intestino delgado con videocápsula endoscópica que mostró en yeyuno e íleon múltiples (más de 20) flebectasias planas y algunas sobre-

elevadas de color azulado de entre 1 y 4 mm de diámetro. **Discusión:** las flebectasias múltiples de TD son causa rara de anemia ferropénica. Pueden presentarse asociadas a lesiones cutáneas de iguales características configurando el síndrome de flebectasias múltiples o síndrome de Bean. Éste se caracteriza por la presencia de flebectasias a nivel cutáneo y visceral. Si bien este caso no presentó lesiones de piel, vale destacar la similitud de las lesiones digestivas halladas a las descritas para dicho síndrome. **Conclusiones:** la cápsula endoscópica fue fundamental para arribar al diagnóstico de una etiología poco frecuente como causa de sangrado digestivo oscuro y oculto.

### G13

#### “BROTE GRAVE DE COLITIS ULCEROSA CRÓNICA CORTICORREFRACTARIA. A propósito de un caso.”

Institución: Hospital Español. Dr. Juan José Crottogini A.S.S.E. Autores: Rocca A, Gaibisso R, Vázquez S, González Y, Canessa C, Quiroga C

**Introducción:** La colitis ulcerosa es una enfermedad crónica que afecta de forma difusa y continua la mucosa del colon, cursando con empujes y remisiones. Su tratamiento depende de la gravedad del brote y de la extensión de la enfermedad. Hasta un 15% de los pacientes se presentan con un brote agudo grave requiriendo hospitalización y tratamiento corticoideo intravenoso. En estos casos existe una tasa de no respuesta de hasta el 40% requiriendo una terapia de rescate mediante ciclosporina, infliximab o cirugía. **Objetivo:** difundir un caso clínico de una patología con una presentación grave, de baja frecuencia en nuestro medio y de difícil manejo. **Caso clínico:** mujer de 54 años, fumadora en plan de cesación, depresión en tratamiento farmacológico; con diagnóstico un año antes de rectocolitis ulcerativa, tratada con mesalazina. Comienza dos meses antes del ingreso con diarrea de hasta 10 deposiciones por día, distensión, dolor abdominal y adelgazamiento. Consulta por persistencia del cuadro y laxitud muscular. Al examen físico: regular estado general, anemia, edemas de miembros inferiores; abdomen distendido, depresible con dolorimiento difuso. En la analítica se destaca: anemia severa, leucocitosis leve, hipopotasemia severa, hipoalbuminemia, proteína C reactiva y VES elevadas. Persiste disonía, agrega enterorragia y síndrome de distrés respiratorio, ingresando a Unidad de Cuidados Intensivos. Se catalogó como brote severo (Truelove Witts de 22). Se inicia terapia con corticoides intravenosos y medidas de soporte, sin mejoría luego de 15 días. Se considera empuje grave corticorresistente, iniciándose terapia de rescate. Se descartan causas de reagudización con coprocultivo y coproparasitarios negativos; toxinas para *C. difficile* negativas, VIH negativo e investigación de citomegalovirus negativa. La rectosigmoidoscopia mostró colitis en actividad, con recto respetado. Se inicia tratamiento con ciclosporina endovenosa. Dado la falta de respuesta al tercer día y al acentuar el deterioro general, se decide en equipo multidisciplinario, la colectomía. Se realiza colectomía total, con ileostomía, con muy buena evolución postoperatoria. **Conclusiones:** se pone de relevancia la importancia del manejo multidisciplinario entre gastroenterólogos, intensivistas y cirujanos en un brote grave de colitis ulcerosa que, ante el fracaso de tratamiento médico requirió colectomía de urgencia.

### G14

#### “LINFOMA PRIMARIO DE COLON, A PROPÓSITO DE UN CASO”

Institución: Clínica de Gastroenterología – Hospital de Clínicas Autores: De Simone F, Pérez ME, Soldini F.

**Introducción:** los linfomas primarios de colon (LPC) son extremadamente raros y constituyen el 0,2% al 0,6% de todas las neoplasias malignas de esta región. El linfoma gastrointestinal primario tiene su masa principal en el aparato digestivo con o sin participación de los linfáticos adyacentes. Distinguir el LPC del linfoma secundario es fundamental, tanto a nivel terapéutico como pronóstico. **Objetivos:** describir un caso clínico, realizar la clasificación, estadificación y el análisis de la conducta terapéutica de este tipo de neoplasma colónico de baja frecuencia Resultados (caso clínico): Mujer de 76 años, AP: cáncer colorrectal en madre. AP: apendicectomizada en la infancia, epiléptica en tratamiento con carbamazepina. Consulta por dolor abdominal, repercusión general, anemia clínica y tumoración abdominal palpable. Hemograma: Hb 8,8 mg/dl, Hto 28 %, glóbulos blancos y plaquetas normales. VCC: informó una extensa lesión polimitótica vegetante y ulcerada en colon ascendente que se biopsia. AP: Neoplasia maligna de estirpe linfoide. La inmunohistoquímica informó un linfoma difuso de células B, CD19+, CD20+, CD3+, CD10+, bcl6+. Se solicitaron estudios de estadificación y de valoración pronóstica mediante TC de tórax, abdomen y pelvis que evidenció una tumoración a nivel de colon ascendente, sin adenopatías en otras regiones, biopsia médula ósea, LDH, VES, B2 Microglobulina, que no evidenciaron alteraciones y confirmaron la presencia de un linfoma primario de colon por lo que se realizó una hemicolectomía derecha, presentando un estado de mal epiléptico en el postoperatorio con buena evolución, fue dada de alta. la localización cecal la más frecuente. **Discusión:** presentamos una paciente de 76 años con una neoplasia de colon, enumerando los diferentes estudios que nos permitieron llegar al diagnóstico etiológico de LPC, resaltando la importancia de distinguirlo de una afectación colónica por un linfoma sistémico ya que el pronóstico y tratamiento son muy diferentes. Utilizamos para llegar al diagnóstico los criterios de Dawson y se realizó su estadificación preoperatoria como un estadio I de Mushoff y Schmidt-Voilmer y un estadio I E de la Clasificación de Ann Arbor. La modalidad de tratamiento es la cirugía, quimioterapia y radioterapia. La mayoría de los autores coinciden en que el tratamiento inicial de elección, es la resección quirúrgica, optándose por esa terapéutica en nuestra paciente ya que se trataba de un tumor en estadio I.

### G15

#### “POLIPOSIS ADENOMATOSA FAMILIAR, UNA INFRECUENTE FORMA DE PRESENTACIÓN CLÍNICA”

Institución: Médica Uruguay , Clínica de Endoscopia Ce.V. Autores: De Simone F, Doassans C, De Souza M, De Simone H.

**Introducción:** la poliposis adenomatosa familiar (PAF) es una enfermedad hereditaria que se transmite en forma autosómica dominante, por una mutación del gen APC situado en el brazo largo del cromosoma 5q. Representa el 1–2% de todos los cánceres colo-rectales. Su incidencia se estima en 2,8/100000 habitantes. Se caracteriza por la presencia de 100 o más pólipos adenomatosos en el colon y recto. Si bien la forma de presentación clínica más frecuente es hereditaria transmitiéndose de generación en generación, en hasta un 20 a 30% se presenta como pri-

mer caso o caso índice consecuencia de una mutación espontánea o de novo de ambos alelos del gen APC. **Objetivos:** Describir a través de un caso clínico una forma de presentación poco frecuente de poliposis adenomatosa familiar, que se expreso como primer caso o caso índice. **Resultados (caso clínico):** paciente sexo masculino, 35 años sin antecedentes personales ni familiares a destacar que consulta por ardor epigástrico y pirosis de un año de evolución. Del examen: se destaca: piel y mucosas hipocoloreadas con examen abdominal normal. Se solicitan hemograma que confirma la anemia microcítica e hipocrómica y FGC que solo evidencian una gastritis crónica superficial, con *Helicobacter pylori* símil positivo y biopsia duodenal normal. Se realiza FCC, que observa en todo el marco cólico y el recto más de 100 pólipos adenomatosos de diferentes tamaños, dos grandes en sigmoides. A nivel de transversa pequeña lesión de tipo polimitótica que asienta sobre pólipo transformado. Se hace diagnóstico de PAF con probable proceso polimitótico. La AP de dicha lesión confirmó adenocarcinoma bien diferenciado. Al paciente se le realizó una coloproctomía con pouch ileal, e ileostomía de protección, presentando una buena evolución postoperatoria. **Discusión y conclusiones:** en este caso clínico vemos la importancia de las búsquedas etiológicas en caso de pérdidas sanguíneas, permitiendo llegar a un diagnóstico no solo de la enfermedad sino de su complicación y determinar una conducta que cambió el pronóstico del paciente. En este caso los padres y hermanos no presentan la enfermedad pero sus hijos heredarán un riesgo de un 50%, por lo que se debe realizar *screening*.

### G17 "ILEÍTIS PRE-POUCHITIS: PRESENTACIÓN DE UN CASO CLÍNICO"

Institución: Hospital de Clínicas, Clínica de Gastroenterología  
"Prof. Dr. H. Cohen"

Autores: Vázquez C, Casañas A, De Souza M, De Simone F, Tchekmedyan A, Fernández I, Canessa C, Iade B.

Se muestra el caso clínico de un hombre de 24 años, que debuta en 2007 con pancolitis severa, que por no presentar respuesta a los 5 días de tratamiento corticoideo intravenoso se realiza colectomía subtotal con ileostomía. La anatomía patológica de la pieza fue concordante con CU. A los 10 meses proctectomía con construcción de Pouch. Dos meses luego de la reconstrucción del tránsito instala diarrea con 8 deposiciones/día, dolor abdominal, fiebre (38°C) y deshidratación. **Exámenes complementarios:** leucocitos 16500/mm<sup>3</sup>, hemoglobina, plaquetas y albúmina normales, insuficiencia renal leve e hiponatremia que normalizan con reposición hidroelectrolítica. A las 24 horas agrega sangrado. Endoscopia hasta 55 cm muestra en toda su extensión mucosa friable con múltiples ulceraciones profundas y extensas, serpinginosas, a 2 cm de la línea criptopapilar 3 orificios fistulosos y puentes mucosos. La histología mostró denso exudado inflamatorio mixto, epitelio de aspecto regenerativo, sin abscesos cripticos ni granulomas. Índice de Sandborn 13. ANCA positivo ASCA negativo. La búsqueda de microorganismos virales, bacterianos típicos y atípicos en materia fecal fue negativa. A las 72 horas instala enterorragia severa, con repercusión hemodinámica y hematimétrica, Hb 4.4 g/dL; albuminemia 1,9 g/L. Se suspende la vía oral y se inicia nutrición parenteral total, corticoides, antibióticos y ganciclovir (completando 21 días) con mejora clínica y paraclínica. Se realiza pauta descendente de corticoides, manteniendo tratamiento antibiótico. Al mes la mucosa se mostraba reconstituída casi en su totali-

dad. Pouchograma mostró trayecto fistuloso en pared posterior. La videocápsula endoscópica no mostró afectación de yeyuno ni íleon proximal. A 5 meses se cambia metronidazol a rifaximina por neuropatía periférica, tratamiento que mantiene hasta el día de hoy con excelente evolución. Al año pouchoscopia y pouchograma normales. **Conclusión:** se muestra una complicación poco frecuente de la proctocolectomía con pouch íleo-anal, que hizo plantear diagnósticos diferenciales (enfermedad de Crohn) y que tanto la respuesta al tratamiento como la evolución confirman la ileítis pre pouchitis. Esta se caracteriza por presentar-se como una inflamación que afecta en forma continua y proximal al pouch, cuya severidad va decreciendo en forma proximal, vinculado a sobrecrecimiento bacteriano y que responde al tratamiento antibiótico.

### G18 "AYER: COLESTASIS INTRAHEPÁTICA FAMILIAR PROGRESIVA TIPO 3. HOY: COLESTASIS ABCB4/MDR3"

Institución: Hospital de Clínicas

Autores: Chiodi D, Berrueta J, Labandera D, López C, Hernández N.

**Introducción:** los progresos realizados en la identificación de "genes colestásicos" han permitido el diagnóstico etiológico de varias formas de colestasis antes consideradas dentro de categorías inespecíficas como la colestasis intrahepática familiar progresiva (CIFP). Fue identificado el gen ABCB11 que codifica para la proteína exportadora de sales biliares (BSEP) y el gen ABCB4 que codifica para la MDR3 y explica las formas de colestasis hepatocitaria que cursan con GGT elevada (tipo 3). En éstas, el defecto está en la translocación de la fosfatidilcolina, componente clave de la bilis para la formación de micelas y evitar el efecto detergente de los ácidos biliares. Puede conducir al daño ductal progresivo, con desarrollo de cirrosis biliar en niños y adultos jóvenes y el diagnóstico se realiza por inmunohistoquímica en el tejido hepático o el estudio genético. **Objetivo:** describir un caso de CIFP secundaria a mutaciones en el gen ABCB4. **Material y métodos:** adolescente de 17 años que nos fue derivada con el diagnóstico de colestasis crónica (con GGT elevada) de causa no aclarada. La ecografía y colangiografía no mostraban alteraciones biliares. los resultados de las pruebas serológicas para VHB y VHC fueron negativos. Los autoanticuerpos (ANA, ASMA, LKM y ANCA) fueron negativos y las dosificaciones de cupruria y ATAT fueron normales. En la biopsia hepática realizada a los 9 años se destacaba una fibrosis porto-porta, infiltrado mononuclear, proliferación ductal e infiltrado PMN en la pared de los pequeños ductos. En la evolución instaló prurito y desarrolló elementos de hipertensión portal. La inmunohistoquímica (sobre las muestras de tejido hepático conservado) fue concordante con deficiencia MDR3 (probablemente no total) con MRP2 y BSEP normales. El estudio genético evidenció una heterocigosidad compuesta para el gen ABCB4 (transición G > A en nucleótidos 2800 y 2925 en el exon 22). **Discusión y conclusiones:** la identificación de mutaciones genéticas en pacientes con enfermedad hepática permite perfeccionar los diagnósticos y es probable que varias de las hasta ahora colestasis de causa no aclarada puedan diagnosticarse con mayor precisión. Restan muchas mutaciones por identificar y para ello debemos servirnos del estudio genético de los casos sospechosos. Las mutaciones halladas en este caso no habían sido descritas en niños o adultos con defecto de MDR3. La presentación de este caso ilustra los apor-

tes de la genética en la enfermedad hepática, particularmente en las colelasis.

## G19

### “INMUNODEFICIENCIA VARIABLE COMÚN”

Institución: Clínica de Gastroenterología Prof. Dr H Cohen.  
Hospital de Clínicas

Autores: López V, Rodríguez X, Olano C.

**Introducción:** la inmunodeficiencia variable común (IVC) se caracteriza por una deficiencia primaria en la síntesis de anticuerpos y tiene una incidencia de 1:25.000 a 1:200.000 habitantes. Afecta ambos sexos por igual, con una presentación bimodal (1-5 y 18-25 años). Clínicamente se manifiesta con infecciones respiratorias recurrentes, siendo los agentes más frecuentemente implicados las bacterias encapsuladas. También tienen una alta prevalencia de enfermedades gastrointestinales; infecciosas (*Giardia lamblia*), inflamatorias (EII, enfermedad celíaca “like”) y neoplásicas (linfoma asociado a hiperplasia nodular linfoide-HNL-, cáncer gástrico). Más de la mitad de los pacientes tienen diarrea y 10% desarrollan malabsorción idiopática con pérdida de peso. **Objetivo:** presentación de una paciente en quien se diagnostica IVC. **Material y métodos:** mujer de 34 años derivada al servicio por diarrea crónica, dolor y distensión abdominal desde la niñez. Como antecedentes patológicos relata sinusitis y otitis medias supuradas reiteradas y neumopatías a repetición desde la adolescencia. Presenta buen estado general, mucosas hipocoloreadas y el examen pleuropulmonar y abdominal son normales. Del laboratorio se destaca anemia leve ferropénica y en el proteinograma electroforético hipoproteinemia severa. La dosificación de inmunoglobulinas confirma descenso de IgA, IgG e IgM. La videoendoscopia digestiva alta informa duodeno de aspecto nodular con múltiples lesiones polipoideas similar y las biopsias confirman una duodenitis crónica y presencia de *Giardia lamblia*. La cápsula endoscópica informa similar aspecto nodular en forma difusa a lo largo del intestino delgado. Con diagnóstico de IVC se inician gammaglobulinas i.v. mensuales y tratamiento antibiótico para *Giardia*. **Discusión y conclusiones:** el interés de presentar este caso es difundir una enfermedad poco frecuente responsable de diarrea crónica e infecciones respiratorias recurrentes. El diagnóstico tardío resulta en mayor morbilidad y complicaciones en pacientes no tratados. La diarrea es un síntoma frecuente en la IVC y constituye un desafío terapéutico, requiriendo en algunas oportunidades tratamiento inmunosupresor. El reemplazo con gammaglobulinas debe realizarse en forma indefinida. El seguimiento clínico y endoscópico se aconseja en estos pacientes.

## G20

### “TUMOR DE ACKERMAN PERIANAL. CASO CLÍNICO”

Institución: Clínica de Gastroenterología

Autores: Figuerido O, Pose A, Canessa C, Umpierre V, Chilewski J.

**Resumen:** se describe el caso de una paciente de sexo femenino de 69 años que consultó por tumoración perianal irregular, en rafe posterior, de 4 años de evolución, a quien se le realiza diagnóstico de carcinoma verrucoso anal de Ackerman, recibió tratamiento con inmunosupresores y crioterapia, con buena respuesta. **Introducción:** el carcinoma verrucoso es una variante de carcinoma escamoso bien diferenciado, cuyas peculiaridades clínicas, anatomopatológicas y de comportamiento jus-

tifican que se considere una entidad específica. La forma oral es la más típica y frecuente descrita por Ackerman. Otras localizaciones son en cara, laringe, esófago, genitales, y anorectal, siendo ésta poco frecuente. Su etiopatogenia es desconocida, aunque se relaciona con distintos factores según el lugar afecto. En esta localización suele asociarse con úlceras crónicas y fístulas de hidrosadenitis supurativa. Otro factor implicado es el papilomavirus humano (HPV). Histológicamente es muy bien diferenciado, sin atipia celular ni actividad mitótica, se hace difícil diferenciarlo con otras lesiones benignas de piel (condiloma acumulado, papiloma escamoso benigno, etc.). El tumor tiene un pronóstico favorable ya que es de lento crecimiento, no forma metástasis y por lo general sin recurrencias cuando el tratamiento indicado se realiza apropiadamente. **Caso clínico:** mujer de 69 años, con AF: CCR, AP: ex fumadora. Valorada en dermatología por lesiones verrucosas, constatándose lesión verrucosa perianal blanquecina, exofítica, indurada, con prurito anal de 6 meses de evolución siendo derivada a policlínica de proctología. Se constata lesión queratóxica de centro ulcerado que impresiona comprometer el tejido celular subcutáneo, vista con dermatólogos se biopsia, su histología fue compatible con carcinoma verrucoso de Ackerman. Iniciando tratamiento con crioterapia y metrotexate, luego de dosis decrecientes de éste, se inicia imiquimod y fluoruracilo tóxico. Dado su lenta respuesta es valorada por cirujano, planteando continuar con tratamiento médico, con el que se logró aceptable remisión de la lesión. **Conclusiones:** se presenta el caso de un tumor de Ackerman de topografía atípica, de aspecto similar a otras lesiones dermatológicas perianales. Para el diagnóstico y tratamiento del mismo se requiere el enfoque interdisciplinario, asegurándole al paciente un correcto tratamiento en una patología neoplásica poco frecuente y de evolución benigna.

## G22

### “ESTUDIO DEL HÁBITO DEFECATORIO DESDE UN ENFOQUE MULTIDIMENSIONAL PSICONEUROINMUNOENDOCRINO (PNIE) EN POBLACIÓN ESCOLAR DURANTE EL AÑO 2009”

Institución: Clínica de Gastroenterología

Autores: Iade B, Olivera R, Baldizán M, Couceiro M, Cousillas A, Pesce A, Dabobe M, Baccino P, Umpierre V, Sementa S, Silveira A, Dubourdieu M.

**Introducción:** los procesos de salud y enfermedad se comprenden como frutos de una convergencia de las distintas dimensiones que conforman a todo sujeto. **Objetivos:** evaluar el impacto en el individuo, de las variables nutricionales, de la esfera biológica y psicosocial, en interacción con el medio ambiente, a través del estudio del hábito defecatorio. **Material y métodos:** se realizó un estudio analítico experimental, entre junio y diciembre de 2009, en una Escuela Pública y Colegios (horario simple y doble) de Montevideo. Se realizaron encuestas anónimas a escolares de cuarto año evaluando diferentes variables: sexo, edad, consumo de fibra, hábito defecatorio, actividad física y recreativa, horario escolar, estado nutricional y emocional, calidad y horas de sueño mediante formulario auto llenado durante una semana. Resultados: se encuestaron 78 escolares (1.2 niñas / niño), 66% de 9 años y 34% de 10 años. El 82% tiene normopeso y 68% realiza ejercicio. Hubo 7.7% de niños con alteración del estado anímico. Moviliza diariamente 42%, 33% entre 5 y 6 /sem, 19% entre 3-4 /sem y 7% 2/sem o menos. El 11% con heces duras y 4% diarreicas. El 9% realizó esfuerzo defecatorio 1/sem y el 1% a

diario. Un 4% presentó dolor anal al menos 2/sem. El 5% ensució su ropa interior 1 o 2 /sem y un 4% 3 o 4 veces. El 30% tuvo 1 episodio de dolor abdominal/sem y 19% más de una vez/sem. El 69% no movilizó en el horario esperado. El 23% difiere la defecación, de estos el 52% refiere que no les gusta ir al baño en el colegio (40% porque el baño no está limpio y 28% a que no hay privacidad). El 88% tiene ingesta de fibra insuficiente. No se encontró asociación estadísticamente significativa entre ingesta adecuada o insuficiente y horario escolar ( $p = 0.622$ ), ni con frecuencia semanal de movilizaciones ( $p = 0.571$ ), ni con el tipo de las heces según escala de Bristol ( $p = 0,480$ ). Pese a esto, se observó que ningún niño constipado, tiene una ingesta adecuada de fibra. No se encontraron diferencias estadísticamente significativas en relación al hábito defecatorio y el horario escolar completo vs. medio horario ( $p = 0.306$ ), ni con respecto al estado emocional. **Conclusiones:** el enfoque PNIE en el estudio del hábito defecatorio muestra que la mayoría de factores que parecen asociarse a la constipación en niños que asisten a centros de educación escolar en nuestro medio son modificables. Sería recomendable involucrar también al personal docente en la educación de hábitos de salud.

### G23 "ASPECTOS EPIDEMIOLÓGICOS, CLÍNICOS Y MOLECULARES DE LA INFECCIÓN POR VIRUS DE LA HEPATITIS C EN UNA POBLACIÓN URUGUAYA"

Institución: Hospital de Clínicas

Autores: Hernández N, Pollio C, Saona G, Robaina G, Berrueta J, Mescia G, Chiodi D, Sánchez A, Bianchi C.

**Introducción:** si bien en Uruguay no se cuenta con datos de seroprevalencia en población general, nuestro país no es una excepción al problema sanitario mundial que representa la infección por virus de la hepatitis C (VHC). Los datos disponibles se limitan a los donantes de sangre, hemodializados o hemofílicos. Disponer de datos epidemiológicos es el primer paso para planear estrategias diagnósticas y terapéuticas. **Objetivo:** conocer los aspectos epidemiológicos, clínicos y moleculares de la infección por VHC en una población uruguaya. **Pacientes y Métodos:** estudio retrospectivo de registros clínicos de pacientes infectados por VHC provenientes de varios centros de salud. Se registró: sexo, edad al diagnóstico, factores de riesgo, coinfecciones (VHB y VIH), presencia de cirrosis y genotipo viral. Los datos fueron analizados aplicando estadística descriptiva e inferencial. **Resultados:** se analizaron 327 pacientes seropositivos para VHC (64,5% de hombres), con una edad promedio al momento del diagnóstico de 40,8 años (7–83). Las principales vías de infección fueron las transfusiones (28,6%) y la adición a drogas endovenosas (23,2%); en 21,2% no se identificó la vía. En el 37,9% de los casos el diagnóstico se realizó a punto de partida del estudio de la donación sanguínea y en 25,3% por el hallazgo de alteraciones del hepatograma. El genotipo 1 representó el 63% (126/200), seguido del genotipo 3 (62/200) con el 31%. La prevalencia global de cirrosis al diagnóstico fue 30,6% (76/248; IC 95% = 25–36,8). La edad promedio fue 50,1 años en cirróticos y 38,9 en no cirróticos ( $p < 0,001$ ). **Discusión:** en casi el 80% de los casos se identificó al menos un factor de riesgo y la cirrosis al momento del diagnóstico se presentó en el 30,6% de los pacientes, con una edad promedio de 50 años. Estos datos sugieren que el estudio sistemático de los pacientes con factores de riesgo podría colaborar en un diagnóstico más temprano que permita instaurar las medidas terapéuticas oportunas para in-

tentar disminuir el desarrollo de cirrosis. **Conclusiones:** este estudio contribuye al conocimiento de los aspectos epidemiológicos analizados de esta infección y se justifica ante la falta de información sobre su epidemiología en nuestro medio.

### G25 "SÍNDROME DE SUPERPOSICIÓN (OVERLAP) CPB / HEPATITIS AUTOIMUNE: A PROPÓSITO DE UN CASO CLÍNICO"

Institución: Hospital Maciel

Autores: Maslloréns A., Hernández N., Keuchkerian M., Rondán M.

El término de **síndrome de superposición** ha sido descrito para definir aquellos casos de enfermedad hepática crónica con componente de autoinmunidad y que presentan características mixtas de enfermedad hepática colestásica e inflamatoria, tanto simultáneamente como en diferentes momentos en el mismo paciente. Presentamos el caso de una paciente, de sexo femenino, de 60 años, con antecedentes personales de colitis ulcerosa crónica y diagnóstico de cirrosis biliar primaria, que presenta anticuerpos anti-mitocondriales (AMA) tipo M2 positivos y anticuerpos anti-músculo liso positivos (ASMA), asociado a aumento de la Gama-GT y fosfatasa alcalina. Se le realiza una punción biopsia hepática para estadificación de su patología. Los hallazgos histopatológicos demostraron una cirrosis biliar primaria en estadio 4, sumado a la presencia de denso infiltrado linfoplasmocitario portal y marcada necrosis de interfase. La presencia de estos dos últimos hallazgos histológicos sumado a la positividad de los anticuerpos ASMA sugieren la presencia de una hepatitis autoinmune asociada. Por lo tanto esta paciente presenta características serológicas, inmunológicas e histológicas mixtas entre hepatitis autoinmune (HAI) y cirrosis biliar primaria (CBP), conformando un síndrome de superposición. El síndrome de superposición presentado se caracteriza por la presencia de hallazgos clínicos, inmunológicos e histológicos de HAI y CBP. Es el más frecuente de los síndromes de superposición. Afecta el 10% de los pacientes con CBP o HA. Afecta sobre todo a mujeres, con edad media de 50 años. El síndrome de superposición es una entidad que presenta relativamente baja incidencia pero que se debe tener siempre presente ya que no sólo condiciona el tratamiento sino también el pronóstico de estos pacientes.

### G27 "LINFOMA DE CÉLULAS DEL MANTO A PROPÓSITO DE UN CASO"

Institución: Hospital Británico

Autores: Taullard A, Sanguinetti A, González N, Pérez Gatto J, Taullard D.

**Introducción:** el linfoma de células del manto (LCM) es un subtipo de linfoma no Hodgkin de fenotipo B que representa entre un 2,5 y un 10% de todos los linfomas. Afecta mayormente a hombres caucásicos y la edad media del diagnóstico es de 68 años. El patrón histológico puede ser difuso, del manto, nodular, o una combinación de los tres. Fenotípicamente se caracteriza por la presencia de una población monoclonal de línea B con positividad para CD5 y sobreexpresión de ciclina D1 asociada a la presencia constante pero no específica de la translocación t. **Objetivo:** mostrar la presentación clínica de un caso de Linfoma de células del manto con compromiso intestinal. **Caso clínico:** se trata de un paciente de 66 años, caucásico, sexo masculino, buen medio socioeconómico. Antecedentes familia-

res de primer grado para cáncer colo rectal (CCR) asintomático. Se realiza colonoscopia de despistaje de CCR en el año 2008. La misma fue total, con buena preparación. Se le resecan dos adenomas, menores de 5 mm, con displasia de bajo grado en colon derecho. Al año siguiente continúa asintomático y concurre para realizarse colonoscopia de control. En la válvula ileocecal de apariencia normal protruye con el peristaltismo una tumoración circunferencial de íleon terminal. La biopsia de la lesión revela linfoma del manto a células pequeñas. Se complementa el estudio del tubo digestivo con la realización de una gastroscopia y un estudio de delgado con capsula endoscópica, que no evidenciaron lesiones. Se realizó hemicolectomía derecha y quimioterapia. **Discusión:** la afectación del tubo digestivo por linfomas es poco frecuente comparado con los adenocarcinomas. El linfoma de células del manto es poco frecuente dentro de los linfomas. En este caso se realiza el diagnóstico en un paciente asintomático que estaba en *screening* de cáncer de colon. El comportamiento es agresivo, con una supervivencia de 3 a 5 años. La mayoría se presenta con enfermedad en estadios avanzados. El 75% tiene linfadenopatías mientras que el 25% se presenta con síntomas de enfermedad extranodal, como el compromiso del tracto gastrointestinal. En nuestro caso, que fue sometido a tratamiento quirúrgico y médico, la pieza muestra compromiso linfático de los ganglios mesentéricos. **Conclusión:** hemos visto una patología muy poco frecuente que se presenta en un paciente asintomático.

## G28 "CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS, MANOMÉTRICAS Y CALIDAD DE VIDA EN UNA SERIE DE 15 PACIENTES CON PROLAPSO RECTAL"

Institución: Hospital de Clínicas

Autores: Guerra Montero L, Pose A, Figuerido O, Silveira N.

**Objetivo:** describir características clínicas, manométricas y calidad de vida en pacientes con prolapso rectal completo e incompleto atendidos en el Hospital de Clínicas de Montevideo. **Materiales y métodos:** se realizó un estudio transversal analítico. Se

incluyeron pacientes con prolapso rectal completo e incompleto mayores de 18 años de ambos sexos, sin enfermedades musculares ni tratamientos médicos o quirúrgicos previos de recto y ano. **Resultados:** se capturaron 15 pacientes, 11 de sexo femenino, promedio de edad 60 años (rango 36 a 75). Motivó la consulta: protrusión anal (100%), constipación (53.3%), incontinencia fecal (40%). Como síntomas asociados: incontinencia de orina (33.3%, 5 mujeres) y proctalgia (33.3% 1 hombre/5 mujeres) En el sexo femenino, 81% tenía antecedente de partos traumáticos aunque solo 20% lo relacionó con sus síntomas actuales. Al examen físico se observó prolapso rectal completo (6.6%) prolapso rectal incompleto o mucoso (93.3%) cistocele (33.3%), colpocele (26.6%), rectocele (33.3%). Se observó hipotonicidad del esfínter anal en reposo y en contracción en 7/15 y 8/15 pacientes respectivamente. La afectación del esfínter interno fue más frecuente en los pacientes con incontinencia (4/6, 67%); en los pacientes con constipación la afectación predominante fue de esfínter anal externo (6/8, 75%). El reflejo de la tos estuvo presente en el 100% de los casos. El reflejo rectoanal inhibitorio (RRAI) se obtuvo en todos los pacientes con constipación y en 4/6 (67%) con incontinencia. Urgencia defecatoria en 5/6 pacientes con incontinencia; en pacientes con constipación disminución de la sensación rectal (7/8) y megarecto funcional (capacidad rectal aumentada, 5/8). La afectación de la calidad de vida en salud (cuestionario SF 36) fue leve, con puntajes bajos solo en las dimensiones del dolor corporal y rol emocional. En el cuestionario Hads se observó ansiedad en el 46.67% de los pacientes y depresión en el 33.34%. **Conclusión:** a pesar que el prolapso rectal es más frecuente en el sexo femenino, se debe tener en cuenta en el sexo masculino y a edades más tempranas. Es frecuente la asociación con incontinencia de orina y otros prolapso del piso pélvico en la mujer. Destaca la hipotonicidad del esfínter anal, la alteración de la sensación rectal y en los pacientes constipados la capacidad rectal aumentada. Estas características clínicas y manométricas podrían tener implicancias en el correcto manejo de esta patología.

... ::

## 2. Endoscopia

### Resúmenes

#### E1

#### “ACALASIA Y LINFOMA GÁSTRICO MALT. UN ENFOQUE TERAPÉUTICO INUSUAL”

Institución: Sanatorio Municipal Dr. Julio A. Méndez

Autores: Marzano C, Ratto R, De la Torre A, Bosolino A.

Introducción: el tratamiento mini invasivo de la acalasia (laparoscopia) combinado con VideoEndoscopia Intraoperatoria (VEI) es en nuestra experiencia de 16 casos, ampliamente satisfactoria. Los LMALT-G de células B de bajo grado, extranodales (50% de los linfomas gástricos), con *Helicobacter pylori* (HP+) responden a la erradicación con remisión completa en un 75 % de los casos. **Objetivo:** aportar a la casuística nacional la asociación de acalasia y LMALT-G de bajo grado con un tratamiento médico quirúrgico atípico que incluye toxina botulínica, erradicación de HP y laparoscopia con VEI. **Caso clínico:** mujer, 56 años con acalasia de 15 años de evolución, que durante episodio de atascamiento alimentario examinada (10/2005) por videoendoscopia para extraerlo se observa la unión esófago gástrica cerrada compatible con acalasia y una placa blanquecina, levemente deprimida con mamelones de mucosa sana en su interior de forma irregular, 2 cm diámetro ubicada en fundus alto cara anterior. AP: linfoma MALT de células B extranodal HP(+) de bajo grado, marcación CD20 (+),5 (-),23 (-),43 (+). Resto del estómago sin afectación linfomatoso. Completamos el estudio con manometría, videodigestión, TC toracoabdominal (DDpseudoacalasia) y ecoendoscopia: compromiso mucoso exclusivo, muscular de la mucosa sana. La localización de la lesión impedía la realización de hemifunduplicatura (para completar miotomía de Héller) pues dificulta la visual de la zona a controlar endoscópicamente post erradicación de HP, ante la necesidad de restablecer la ingesta durante el tratamiento antibiótico se aplicó toxina botulínica en 3 cuadrantes (3-6-9) sin comprometer cara anterior para futura cirugía. La paciente comienza ingesta normal. Se efectuaron dos tratamientos de erradicación de HP; el 5/2006 por test de aire espirado (-) y biopsia se comprueba la erradicación de HP; controles periódicos indican mejoría endoscópica e histológica hasta que el 5/2007 se verifica regresión completa del LMALT-G. Se opera el 11/2007 por vía laparoscópica y control VEI en 2 días se da el alta estando actualmente asintomática. **Discusión, conclusión:** 1. El LMALT-G puede remitir con la erradicación del HP, tal como ocurrió en nuestra paciente, en rara asociación con acalasia. 2. La aplicación de toxina botulínica como transición hasta la cirugía permitió la ingesta normal y erradicación del HP así como regresión del LMALT-

G.3-La cirugía mini invasiva con VEI aseguró la solución definitiva de la acalasia.

#### E2

#### “HISTOPLASMOSIS DISEMINADA CON COMPROMISO OROILEOCÓLICO”

Institución: CEDPI – Hospital Pasteur

Autores: Boccardo C, Aguiar C, Rondán M, Acuña A.

Paciente de sexo masculino, 38 años, VIH conocido desde 2002 sin terapia antirretroviral que consulta por diarrea y fiebre de un mes de evolución, adinamia, anorexia y adelgazamiento. Al examen paciente adelgazado, anémico. Lesión elevada de aspecto tumoral en paladar duro. Abdomen simétrico, blando, depresible, indoloro, sin visceromegalias. VGC sin lesiones. Dado el dato clínico de diarrea se biopsia duodeno según protocolo del centro. VCC total e ileoscopia distal: múltiples áreas congestivas, edematosas, con ulceraciones (algunas de ellas de gran tamaño), separadas por mucosa de aspecto normal con patrón vascular conservado. Se biopsia. Pequeña área eritematosa de unos 3 – 4 mm en íleon distal. Se biopsia. Las muestras obtenidas se envían en suero fisiológico para CHLA, microbiología y parasitología y en formol para anatomía patológica. CHLA directo y cultivos negativos. AP: histoplasmosis colónica. Microbiología y parasitología: cultivos de íleon distal y colon evidencian *Histoplasma capsulatum*. Se desarrollan algunos aspectos epidemiológicos de la enfermedad vinculados a nuestra región, se analiza el tratamiento instituido y los controles postratamiento.

#### E3

#### “TÉCNICA LAPARO-ENDOSCÓPICA DEL RENDEZ-VOUS EN PACIENTES CON CÁLCULOS DE VESÍCULA BILIAR Y COLÉDOCO”

Institución: Hospital Británico

Autores: Sanguinetti A, Taullard A, González N, Pérez Gatto J, Taullard D.

**Introducción:** el manejo de la litiasis vesicular y coledociana tuvo un gran cambio en la década de 1990 con el advenimiento de la cirugía laparoscópica y el desarrollo de la endoscopia terapéutica. Hace ya unos años que se ha planteado el tratamiento combinado quirúrgico endoscópico simultáneo. Se ha demostrando que esta técnica es eficaz, que se puede disminuir morbilidad, reducir costos y que provoca satisfacción por parte del paciente. **Objetivo:** describir la técnica del “Rendez Vous” según nuestra experiencia en el Hospital Británico. **Mé-**

**todos:** se describen 2 casos clínicos de nuestro servicio que fueron a una cirugía de coordinación con el diagnóstico de coledolitiasis y coledocolitiasis. Los procedimientos fueron realizados en block quirúrgico, bajo anestesia general. Una vez abierto el cístico, cateterizado el mismo por el equipo quirúrgico, se realiza la colangiografía. Si se demuestra la presencia de cálculos a nivel del colédoco, se avanza guía hidrofílica hacia el duodeno bajo visión radiológica. A través del duodenoscopio se monta el papilotomo sobre la guía, procediéndose a realizar la papilotomía y extracción de los cálculos según técnica tradicional. **Resultados:** se demostró presencia de cálculos en los dos pacientes. La cateterización del colédoco se realiza en forma rápida y sencilla en ambos pacientes. Se logra la papilotomía y extracción de los cálculos. No hubo complicaciones post procedimiento. **Discusión:** el poder resolver en forma simultánea la coledolitiasis y colédoco litiasis en un tiempo anestésico, de forma mínimamente invasiva, complementa recursos quirúrgicos endoscópicos y laparoscópicos. La factibilidad y facilidad del procedimiento nos ha motivado para compartir nuestra experiencia. El hecho de realizar una colangiografía intra operatoria lleva a realizar, solo, la colangiografía endoscópica a los pacientes en que se demuestra la presencia de colédoco litiasis, evitando así someter a riesgos de complicaciones a pacientes sin litiasis en la vía biliar principal. El hecho de realizar la cateterización mediante la técnica del Rendez Vous asegura el ingreso al colédoco, sin contrastar el conducto pancreático, disminuyendo el riesgo de pancreatitis. **Conclusión:** la técnica del Rendez Vous laparo–endoscópica es un procedimiento mínimamente invasivo, rentable, factible y que disminuye la morbilidad.

#### E4

##### “STENT DUODENAL OCLUSIVO, SECCIÓN ENDOSCÓPICA CON APC DE MALLA METÁLICA”

Institución: Hospital Maciel

Autores: Stefanoli C, Gutiérrez Galiana H, Trucco E, Martínez L, Maucione A, Ramírez M.

Hombre de 48 años en quien se realizó colédoco–duodeno anastomosis por infiltración neoplásica del colédoco distal por neoplasma de cabeza de páncreas hace dos meses, que consultó por dolor epigástrico y adelgazamiento. La endoscopia mostró alimentos retenidos en antro con estenosis irregular infranqueable del duodeno por detrás de la anastomosis. Se pasó guía hidrofílica a través de la estrictura y se desplegó stent metálico autoexpandible no recubierto (Wallstent) de 22 mm por 90 mm, que se extendió desde el antro hasta el sector distal de la segunda porción duodenal. La radiología confirmó correcto posicionamiento de la prótesis. Con rápida mejoría del los síntomas, se otorgó el alta. Consultó nuevamente al mes por dolor epigástrico y vómitos. La endoscopia reveló oclusión pilórica por la malla del stent, con alimentos impactados en los intersticios del mismo. Se realizó lavado vigoroso hasta lograr exponer la malla metálica del stent. Con Argón Plasma (AP C) se creó una ventana en la malla utilizando sonda standard, la que se aplicó en forma intermitente con una potencia de 70 W y un flujo de Argón de 1.0 lt/ min, colocando el extremo de la sonda puntualmente en el cruce de los alambres del stent con el fin de calentarlos y cortarlos con exactitud. Se repitió la operación en los sitios adyacentes, cortándose en forma circular hasta crear una ventana amplia, que permitiera pasar el endoscopio. Evitamos aplicar la sonda di-

rectamente en la pared duodenal subyacente. El paciente mejoró la sintomatología y fue dado de alta, no reiterando síntomas. **Comentarios:** la utilización de APC para seccionar endoprótesis metálicas (SEMS) fue descrita por Demarquay, la seguridad y eficacia fue probada en modelos animales. La bibliografía reporta la utilización de APC para recorte de SEMS, cuando un extremo impacta en la pared intestinal causando ulceración u obstrucción y para acceder a la papila cuando se ha colocado un stent duodenal. Esta técnica utilizada con este fin, por primera vez en nuestro país, facilitó el acceso a través de un stent metálico oclusivo, no removible, demostrando tener el APC una profundidad de penetración controlada, ser de fácil aplicación, simple, rápido y efectivo. Si bien no observamos complicaciones o trauma de la mucosa duodenal subyacente por injuria térmica, las complicaciones potenciales incluyen perforación y hemorragia.

#### E5

##### “VIDEO CÁPSULA ENDOSCÓPICA: EXPERIENCIA DE LA CLÍNICA DE GASTROENTEROLOGÍA”

Institución: Clínica de Gastroenterología – Hospital de Clínicas

Autores: Chilewski J, Irisarri V, Chiodi D, Nabón N, Berrueta J, Vázquez C, Sánchez A, Di Pace M, De Simone F, Olano C.

**Introducción:** el intestino delgado era hasta hace unos años la porción ciega del tracto digestivo a la que no podíamos acceder. El advenimiento de la video–cápsula endoscópica en el año 2000 ha cambiado esta situación permitiéndonos una visión completa del intestino delgado ocasionando mínimas molestias al paciente. Su uso clínico fue aprobado por la FDA y la Unión Europea en el año 2001. Sus principales indicaciones son hemorragia digestiva de origen oscuro (HDO), incluida la anemia ferropénica, sospecha de enfermedad de Crohn (EC), sospecha de tumores de intestino delgado (ID), sospecha de síndromes malabsortivos refractarios, seguimiento de síndromes polipósicos. **Pacientes y métodos:** estudio descriptivo que incluyó los primeros 50 pacientes a quienes se les realizó video–cápsula endoscópica en la Clínica de Gastroenterología del Hospital de Clínicas, previo consentimiento informado; 20 procedentes del Hospital de Clínicas y 31 procedentes de instituciones públicas, privadas y particulares. Se analizó edad, sexo, indicación del estudio, hallazgos y complicaciones. **Resultados:** se incluyeron 49 pacientes, la edad promedio fue 53 años, 31 fueron mujeres y 19 hombres. La indicación del estudio 23 fueron por HDO oculta y/o anemia, 10 por HDO aparente, 4 por dolor abdominal crónico, 3 complicaciones de la enfermedad celíaca, 2 sospecha de EC, 2 para valoración de enfermedad inflamatoria intestinal, 2 síndromes polipósicos y 4 otros motivos. 37 estudios presentaron hallazgos patológicos, de éstos 15 fueron lesiones vasculares 16 erosiones y ulceraciones, 4 pólipos, 3 atrofia vellositaria, 2 tumores submucosos y 1 otros. La calidad de visualización fue la adecuada en 39 estudios (74%). Ningún estudio presentó complicaciones. **Conclusiones:** en esta primera serie de pacientes, el uso de la video–cápsula endoscópica demostró un alto rendimiento diagnóstico y muy buen nivel de seguridad.

## E6 "TRATAMIENTO ENDOSCÓPICO DE FÍSTULA ESÓFAGO-TRAQUEAL POSTOPERATORIA"

Institución: Clínica Ce.V.En.

Autores: De Simone F, De Simone G, De Souza M.

**Introducción:** las fístulas gastrointestinales son comunicaciones anormales entre órganos huecos o entre un órgano hueco y la piel. En un 75% son secundarias a algún acto quirúrgico en un 15% se relacionan con radioterapia, enfermedad inflamatoria intestinal, enfermedad diverticular del colon, apendicitis y neoplasias. La mortalidad quirúrgica varía mucho de acuerdo con el tipo de fístula, pudiendo ser de 7% en el tratamiento de fístulas del colon y de 29% en el tratamiento de las fístulas del esófago, por otra parte en este tipo de fístulas la cirugía no asegura su cierre. Una alternativa es el tratamiento endoscópico con mínimo riesgo de complicaciones para el paciente, menor costo y tiempo de hospitalización. **Objetivo:** describir la terapéutica endoscópica realizada en un caso clínico. **Resultados:** paciente sexo masculino, 67 años, AP de neoplasma epidermoide de laringe que requirió laringectomía total y radioterapia. En el postoperatorio se evidencia fístula esófago-traqueal y se plantea su resolución por vía endoscópica. Se aplica gas Argón a nivel peri-fistuloso, para provocar una reacción inflamatoria en el área favoreciendo de este modo el cierre del orificio fistuloso, y se colocan tres clips metálicos. El control endoscópico inmediato por la traqueotomía, no evidenció el orificio fistuloso visualizado en el estudio previo. A la semana se observa proceso inflamatorio y clips correctamente colocados en el área problema. A dicho nivel pseudo-divertículo que se interpreta como una posible permeabilidad del orificio fistuloso. Estudio contrastado bajo pantalla radiológica no evidencia pasaje de contraste hacia la vía aérea, presentando el paciente una buena evolución con el tratamiento instituido. **Discusión y conclusiones:** en el paciente presentado, dada la alta morbimortalidad de las cirugías de este tipo de fístulas se realizó un cierre por vía endoscópica. La combinación de herramientas terapéuticas endoscópicas, gas Argón y clips metálicos, permitió el tratamiento mínimamente invasivo y sin complicaciones del paciente.

## E7 "DISTINTAS APLICACIONES ENDOSCÓPICAS DE LOS CLIPS METÁLICOS EN UN CENTRO DE NUESTRO MEDIO (REPORTE DE CASOS)"

Institución: Médica Uruguaya, Clínica de Endoscopia CE.V.En

Autores: De Simone F, De Souza M, Villa-Gómez M, De Simone G.

**Introducción:** las aplicaciones de clips durante las terapias endoscópicas son cada vez más numerosas. Están indicados en detección de hemorragias digestivas altas no variceales, en la hemorragia post-polipectomía, en el tratamiento de perforaciones y fístulas, como marcador radio-opaco y como cierre de brechas profundas luego de una mucosectomía. **Objetivo:** mostrar las distintas utilidades de los clips metálicos de aplicación endoscópica en un centro de endoscopia de nuestro medio a través de cinco casos. **Caso I:** varón, 44 años. Enviado por: hematemesis post ingesta de AINEs. Endoscopia: lesión ulcerada tipo Dieulafoy con sangrado en napa que se detiene con solución de adrenalina y clip hemostático. Control a las 24 hs muestra clip sobre la lesión sin estigmas de re-sangrado. **Caso II:** varón de 81 años, Enviado por: HDA con repercusión

hemodinámica. Endoscopia: inmediatamente por debajo del cardias desgarró profundo tipo Mallory Weiss, con vaso expuesto, se realiza tratamiento mediante solución de adrenalina y clip hemostático. Control muestra clip colocado a nivel yuxta-cardial en mucosa sana. **Caso III:** varón, 86 años. Enviado por hematoquesia y alteraciones del tránsito. Endoscopia: A 45 cm del margen anal pólipo pediculado, de 5 cm de diámetro, transformado. Se realiza polipectomía con asa de diatermia generándose sangrado arteriolar en jet que es tratado mediante colocación de 6 clips metálicos, logrando detener el sangrado. Control a los 2 meses muestra área cicatrizal a 45 cm. de la margen anal. **Caso IV:** varón X años. Enviado por: dispepsia. Endoscopia: adenoma duodenal plano. de 10 mm, que se reseca mediante mucosectomía endoscópica con asa de diatermia, previa inyección submucosa con SF, se colocan 2 clips para minimizar el riesgo de perforación. Control a los 3 meses muestra la cicatriz. **Caso V:** varón, 64 años, con AP de cáncer de esófago medio tratado con QT, RT y colocación de stent trans-tumoral hace 1 año. Enviado por: disfagia. Endoscopia: recidiva tumoral por encima del stent y orificio fistuloso a 25 cm de la arcada dentaria. Se coloca nuevo stent esofágico sellando el orificio fistuloso previo marcado de su altura con clip metálico. **Discusión y conclusiones:** los casos reportados muestran las utilidades de esta herramienta terapéutica en nuestro medio, y su eficacia en el sangrado digestivo no variceal, en el sangrado postpolipectomía, en el uso como marcadores radioopacos y en el cierre de brechas luego de una mucosectomía.

## E8 "HALLAZGOS COLONOSCÓPIOS EN PACIENTES CON TEST DE SANGRE OCULTA EN HECES POSITIVOS"

Institución: Hospital Británico

Autores: Taullard A, Villagómez M, González N, Sanguinetti A, Taullard D

**Introducción:** los test de sangre oculta en heces (SOH), basados en una reacción antígeno-anticuerpo que detectan específicamente Hb humana, han experimentado un gran desarrollo en los últimos años y se ofrecen como una alternativa a los test químicos, constituyendo actualmente una de las estrategias más extendidas para el cribado de cáncer colorrectal (CCR) y lesiones precancerosas avanzadas (adenomas vellosos, y/o con displasia de alto grado y/o mayores o iguales a 10 mm).

**Objetivos:** describir los hallazgos colonoscópicos en una población de pacientes con test de SOH positivos. **Métodos:** se recabaron de manera retrospectiva los datos de pacientes con test de SOH positivos, prueba inmunocromatográfica (sensibilidad del 99% para concentraciones iguales o mayores a 50 ng/ml) en el período 2007-2008 que tenían realizada una fibrocolonoscopia. Se excluyeron los pacientes con enfermedad inflamatoria intestinal, colectomizados y aquellos con colonoscopia parcial y/o con mala preparación. **Resultados:** en este período un total de 89 pacientes cumplieron con los criterios de inclusión, 49 (55%) correspondieron al sexo femenino. Respecto a los hallazgos colonoscópicos: 2 (2,2%) presentaron cáncer de colon, 33 (37%) tenían pólipos (8 pacientes con pólipos  $\geq$  a 10 mm) y hemorroides internas 54 (60,6%) pacientes. **Conclusiones:** la verdadera precisión de los test de SOH en términos de sensibilidad y especificidad para la detección de neoplasia colorrectal es difícil de conocer, existiendo estu-

dios que señalan que casi la mitad de pacientes con test positivos tienen una neoplasia colorrectal significativa en la colonoscopia. Según estos hallazgos, la especificidad del test de SOH para el diagnóstico de CCR fue baja. Un gran porcentaje de estos pacientes tenían hemorroides internas, quedando la interrogante si estas podrían ser la causa de la positividad de los test en este estudio.

## E9 "FORMAS DE PRESENTACIÓN DE CONDILOMATOSIS ANORECTAL POR HPV EN PACIENTES CON SIDA"

Institución: CEDPI. Servicio de Endoscopia Digestiva Dr E. Sojo. Hospital Pasteur  
Autores: Aguiar C, López V, Méndez C.

**Introducción:** el HPV (Papilomavirus humano) agente causal de la condilomatosis acuminada anorrectal es más frecuente en pacientes VIH positivos homosexuales varones pero también se observa en heterosexuales varones y en mujeres. Si bien la forma de presentación más común es la lesión verrucosa anal, existen otras como las anorrectales internas, verrucosas o ulceradas. La infección por HPV es un factor de riesgo para el desarrollo de carcinoma escamoso anal especialmente la ocasionada por los genotipos 16 y 18. La rectosigmoidoscopia debe ser realizada de rutina si existen lesiones condilomatosas anoperineales. **Objetivo:** presentación de dos formas distintas de la infección anorrectal por HPV. **Material y métodos. Caso 1:** hombre heterosexual de 36 años, VIH + conocido desde 1995, en etapa SIDA, con carga viral de 447000 y 77 CD4/mlt. Enviado por dolor anal y fiebre. La inspección perianal es normal y al tacto el esfínter es hipertónico y doloroso. En la endoscopia se observa una lesión ulcerada de recto localizada inmediatamente por encima de la línea criptopapilar, con bordes brotantes y fondo con fibrina, que impresiona fistulizada. La histología informa epitelio escamoso acantótico con cambios coliocíticos ocupando el espesor epitelial desde el sector parabasal, con estroma laxo y escasos linfomonocitos, compatible con lesión condilomatosa. **Caso 2:** hombre homosexual de 29 años, VIH + conocido desde hace 6 meses, con carga viral de 79652 y 260 CD4. Enviado para valorar extensión lesional de condilomas externos en la endoscopia, se reconocen condilomas internos en zona de transición anorrectal. Se envía para su tratamiento quirúrgico de acuerdo al protocolo definido para estos pacientes. **Discusión y conclusiones:** el interés de presentar estos casos es mostrar dos formas diferentes de presentación de la enfermedad. La infección anorrectal por HPV es más frecuente en la población VIH positiva. En los homosexuales varones el potencial oncogénico es 40 veces mayor que en la población general. El tratamiento de las lesiones externas e internas es quirúrgico por el alto porcentaje de recurrencias y el riesgo de desarrollo de displasias. De ahí la importancia del reconocimiento de dichas lesiones.

## E10 "VENTAJAS DE LA NASOGASTROSCOPIA EN URUGUAY, REPORTE DE DOS CASOS"

Institución: Médica Uruguaya, Clínica de Endoscopia Ce.V. En  
Autores: De Simone F, Villarroya D, De Simone G.

**Introducción:** la nasogastroscofia representa una alternativa interesante y alentadora a la hora de explorar el tracto digestivo superior de forma endoscópica. La literatura describe

que se obtiene una mejor tolerancia para el paciente, disminuyendo el reflejo nauseoso, sensación de sofocamiento y la dificultad en la deglución, sin la necesidad de requerir sedación. Por lo tanto, resulta menos traumática y mejor tolerada manteniendo la fiabilidad diagnóstica y terapéutica. **Objetivo:** describir dos casos clínicos donde se realizó nasogastroscofia como técnica diagnóstica. Mostrar las ventajas diagnósticas frente a la endoscopia convencional en las patologías presentadas. **Materiales:** nasogastroscofia Fujinon de 5,9 mm, modelo EG-530N, con canal de 2 mm. **Resultados. Caso 1:** sexo masculino, 40 años, con AP: Estenosis esofágica por cáusticos en la infancia, infranqueable con múltiples intentos fallidos de dilatación endoscópica. Enviado para valoración Video Nasogastroscofia: Franquea una doble estenosis de tercio superior de esófago existiendo por debajo una mucosa de Barrett, circunferencial de 12 cm que se biopsia. Inestabilidad patológica: mucosa heterotópica de Barrett, de tipo intestinal especializada con células calcificiformes, sin displasia. **Caso 2:** paciente de 47 años, sexo femenino, A.P: coledocoduodenostomía hace 3 años por litiasis coledociana. Videogastroscofia: Anastomosis coledocoduodenal sobre cara anterior bulbar permeable, infranqueable, sin otras alteraciones. Enviado por episodios de colangitis agudas a repetición. Videonasogastroscofia: se realiza exploración de coledocoduodenostomía, observando un hepatocolédoco libre de cálculos, de aspecto normal, se realiza contraste visualizando vía biliar intrahepática y hepáticos (derecho e izquierdo) evidenciando la ausencia de alteraciones y litiasis. **Discusión y conclusiones:** en ambos casos clínicos se muestran las ventajas diagnósticas de la endoscopia transnasal en un paciente con estenosis esofágica infranqueable y en el otro con una coledocoduodenostomía, permitiendo en el primer caso diagnosticar la presencia de un esófago de Barrett largo y en el otro caso la exploración de una coledocoduodenostomía, visualizando en forma directa hepatocolédoco y descartando la presencia de litiasis u otras lesiones, determinando claras ventajas diagnósticas en ambos casos en las patologías descritas, en relación con la endoscopia alta convencional.

## E11 "PRIMEROS CASOS DE ENTEROSCOPIA POR DOBLE BALÓN EN URUGUAY (A PROPÓSITO DE 2 CASOS)"

Institución: Médica Uruguaya, Clínica de Endoscopia Ce.V. En.  
Autores: De Simone F, De Simone G, Villarroya DS, Pérez Penco E, Díaz L.

**Introducción:** la enteroscopia por doble-balón (DBE) es un nuevo método que permite el examen del intestino delgado en su totalidad, hasta en un 86% de los pacientes a través de la combinación oral y anal, así como también permite realizar intervenciones endoscópicas (toma de biopsias, coagulación con gas Argón, polipectomía, dilatación con balón, recuperación de cuerpos extraños). **Objetivos:** presentar los primeros casos de DBE en Uruguay y describir la importancia del rendimiento diagnóstico y terapéutico en los casos clínicos. **Materiales y Métodos:** enteroscopia por doble balón Fujinon. **Caso clínico 1:** hombre de 59 años, Montevideo. Consulta por síndrome funcional anémico. De la paraclínica se destaca: anemia crónica, ferropénica, severa. PSI: positivo, VGC y VCC total: Sin lesiones. Anticuerpo para enfermedad celíaca: negativo. Tratamiento: 2 volúmenes de GR y hierro, presentando en la evolución nuevo episodio de anemia ferropénica severa. Se

solicita una cápsula endoscópica que informa angiodisplasia sangrante de yeyuno proximal, se realiza su abordaje terapéutico por EDB encontrando angiodisplasia sangrante de yeyuno que se trata con Gas Argón, no reiterando anemia. **Caso clínico 2:** hombre de 49 años, Montevideo. Sin antecedentes personales. Consulta por epigastralgia y vómitos profusos de meses de evolución. FGC: gastroduodenitis congestiva. Se realiza IBP que no mejora la sintomatología, en la evolución se realiza TC de abdomen: leve dilatación de asas delgadas proximales, resto de paraclínica sin alteraciones. Se pide EDB que informa: lesión estenosante de aspecto polimitótico a nivel de cuarta porción duodenal, se biopsia para estudio anatomopatológico, que informa: adenocarcinoma moderadamente diferenciado. Encontrando en la cirugía un neoplasma de cuerpo de páncreas con infiltración duodenal. Se realizó tratamiento derivativo paliativo mediante una gastroenteroanastomosis. **Discusión:** en el primer caso clínico se demuestra la eficacia terapéutica de esta técnica para el abordaje endoscópico de la patología sangrante de intestino delgado, evitando una cirugía y el segundo caso clínico permitió llegar al diagnóstico preoperatorio de lesión neoplásica duodenal, siendo mucho más preciso el diagnóstico que la tomografía abdominal. **Conclusiones:** tal como lo evidencia la literatura a través de estos casos, se revela la eficacia de esta técnica provocando un impacto diagnóstico y terapéutico en la patología de intestino delgado.

## E12 "ENTEROPATÍA POR AINE, SU DIAGNÓSTICO MEDIANTE VIDEOCÁPSULA ENDOSCÓPICA"

Institución: Clínica de Gastroenterología

Autores: Nabon N, Bossolasco G, Labandera D, De Simone F, Olano C

Los antiinflamatorios no esteroideos (AINE) producen lesiones gastrointestinales, siendo las del tracto superior las más conocidas. Las nuevas técnicas que permiten el acceso a intestino delgado han permitido detectar las lesiones producidas por AINE a este nivel: erosiones, úlceras, estrecheces, diafragmas, inflamación mucosa, atrofia y perforación. Existen criterios clínicos y endoscópicos de diagnóstico (Hayashi): antecedente de consumo de AINE, hallazgo endoscópico de lesiones características, la mejoría clínica y endoscópica una vez suspendida la ingesta y exclusión de otras causas. Presentamos dos casos clínicos de pacientes remitidos a nuestro servicio para la realización de videocápsula endoscópica: Hombre, 86 años, insuficiente renal, hernia discal por lo que consume regularmente AINE. Anemia crónica microcítica hipocrómica, hemoglobina 10,7gr/dl. Transfusiones en 2 oportunidades. Fecatest inmunológico positivo. FCC y FGC sin lesiones. Videocápsula endoscópica: En yeyuno medio se constatan múltiples ulceraciones redondeadas, fondo con fibrina, algunas de las cuales asientan sobre anillos de aspecto fibrótico que en un caso determina leve sangrado al pasaje de la cápsula. Mujer, 65 años, sigmoidectomía por perforación diverticular, ingesta de AINE por patología de cadera. Historia intermitente de 8 meses de evolución de diarrea, pujos, tenesmos, gleras y rectorragia. Hemoglobina 7,5 gr/dl por lo que fue transfundida. VES 97mm. FCC parcial evidencia sigmoiditis. Colon por enema informa patología diverticular. Mejoría parcial con tratamiento sintomático. Nueva FCC parcial: ulceración cartográfica en recto y fragilidad mucosa en transversal. Biopsias ines-

pecíficas sin atipias. Se complementa con colonoscopia virtual evidencia divertículos y pólipo menor de 5 mm en colon izquierdo. TC abdominal normal. Tránsito de intestino delgado. Anticuerpos para enfermedad celíaca negativos. Videocápsula endoscópica: múltiples úlceras en yeyuno medio e ileon, algunas sobre anillos de aspecto fibrótico que constituyen diafragmas y estenosas parcialmente la luz, aunque impresionan permitir el pasaje de la cápsula. Los AINE representan un 10% de los fármacos prescritos a nivel mundial, y su consumo no prescrito es aún mayor. La prevalencia de lesiones severas a nivel del delgado se estima en 39,4%. La cápsula endoscópica puede llevar a la detección temprana y al tratamiento oportuno a fin de evitar complicaciones y mejorar el pronóstico en estos pacientes.

## E13 "COLANGIOGRAFIAS ENDOSCÓPICA Y PERCUTÁNEA COMO ALTERNATIVAS TERAPÉUTICAS EN PACIENTE CON GASTRECTOMIA BILLROTH II"

Institución: Hospital de Clínicas

Autores: Villa-Gómez M, Taullard D, Sanguinetti A, Villa-Gómez G.

**Introducción:** la colangio pancreatografía endoscópica retrograda (CPER), diagnóstica y terapéutica en pacientes con gastrectomía Billroth II es un procedimiento que representa un importante desafío debido a las condiciones anatómicas especiales de estos pacientes. Cuando por razones técnicas no es posible alcanzar la papila de Vater por endoscopia, una alternativa es el "rendezvous", combinando accesos percutáneo con endoscópico. **Objetivo:** reportar un caso clínico de un paciente con gastrectomía tipo Billroth II e ictericia obstructiva secundaria a estenosis de la vía biliar principal. **Métodos:** paciente sexo masculino, 63 años de edad, con antecedente de gastrectomía parcial con reconstrucción tipo Billroth II, seis años antes, por cáncer gástrico avanzado. Dos meses antes de la consulta presenta ictericia de tipo obstructivo que se acompaña de gradual pérdida de peso. La TC muestra recidiva tumoral manifestada por crecimiento ganglionar en la vecindad del íleo hepático. Con intención diagnóstica y terapéutica se realiza CPER sin lograr acceder a la papila de Vater por asa aferente larga. Se realiza colangiografía transparieto hepática que además de mostrar estenosis del hepático común por compresión extrínseca, permite implantar drenaje biliar, pasar una guía a través de la estenosis y alcanzar el asa yeyunal desfuncionalizada. Mediante endoscopia se alcanza la guía en asa aferente y se logra acceso a la papila de Vater por técnica "rendezvous". Se realiza papilotomía endoscópica y se implanta stent biliar autoexpandible. **Discusión:** las condiciones anatómicas en pacientes gastrectomizados dificultan el acceso endoscópico a la vía biliar. La asociación de técnicas endoscópicas y percutáneas (rendezvous) permiten el diagnóstico y tratamiento de estos pacientes. Es importante resaltar que el procedimiento se realizó en dos fases continuas, por un mismo operador capacitado en técnicas tanto percutáneas como endoscópicas. **Conclusiones:** cuando existen dificultados o limitaciones para el acceso endoscópico a la papila de Vater y se requiere aplicar tratamientos curativos o paliativos, la técnica "rendezvous" puede ser considerada como la mejor alternativa.

## E14

### "ANÁLISIS ENDOSCÓPICO E HISTOLÓGICO DE LOS PÓLIPOS COLORECTALES"

Institución: Hospital de Clínicas

Autores: De Souza M, Labandera D, Tchekmedyan A.

**Introducción:** el cáncer colorectal (CCR) se origina en su gran mayoría a partir de pólipos adenomatosos. El potencial maligno de estos varía en función del tamaño, tipo histológico y grado de displasia. La colonoscopia es la técnica de elección para la detección de los pólipos colorectales permitiendo su diagnóstico y eventual tratamiento. **Objetivo:** conocer los datos demográficos de pacientes con pólipos colorectales y asociar los hallazgos morfológicos (tamaño y forma) con los histológicos (tipo histológico y grado de displasia). **Materiales y método:** se analizaron en forma retrospectiva los informes endoscópicos e histológicos de todos los pacientes con pólipos colorectales detectados en el período comprendido entre enero de 2002 y diciembre de 2006 registrando sus características microscópicas e histológicas. Se tomó en cuenta edad y sexo del paciente. Se excluyeron los casos con diagnóstico de carcinoma de colon concomitante, síndrome de poliposis familiar y colopatías inflamatorias. Se utilizó para el análisis estadístico el programa SPSS. **Resultados:** sobre un total de 4084 colonoscopias se evidenciaron 473 pólipos colorectales, en 300 pacientes. De éstos, el 57% fue mujer y un 86% correspondió a pacientes mayores de 50 años. Del total de los pólipos, el 40% fue adenoma, 39% pólipo hiperplásico, 14% lesión inflamatoria, 2% aserrado y en 5% no se contó con datos histológicos. El 83% fue menor de 10 mm. La localización más frecuente fue en sigmoides (32%), seguida del recto (27%). Los pólipos mayores a 10 mm fueron adenomas en un 84%. Un 80% de los adenomas mostró displasia de bajo grado. La displasia de alto grado se presentó en un 6% de los adenomas tubulares mientras que estuvo presente en el 20% de los que presentaron componente vellosos. El 10% de los adenomas menores a 10 mm presentó displasia de alto grado, mientras que esta estuvo presente en el 22% de los adenomas mayores a 10 mm. **Discusión y conclusiones:** los pólipos de colon aumentan su frecuencia con la edad, predominan en el sexo femenino y se localizan con más frecuencia en colon sigmoides y recto. Cuando son mayores a 10 mm corresponden con más frecuencia a adenomas siendo mayor el grado de displasia en función del tamaño y del componente vellosos.

## E15

### "COMPLICACIONES DE LA ERCP. COMPARACIÓN EN DOS GRUPOS DE PACIENTES"

Institución: Clínica de Gastroenterología. Prof. H. Cohen

Autores: Sanguinetti A, Baraibar S.

**Introducción:** la colangiopancreatografía endoscópica retrógrada (CPER) es un procedimiento consolidado para el drenaje de la vía biliar y pancreática. Esta técnica está reservada actualmente como técnica terapéutica y no diagnóstica ya que no está exenta de complicaciones. El número de las mismas parece ser mayor en los centros que realizan menos de 200 CPRE anuales, como el nuestro. **Objetivo:** comparar las complicaciones entre pacientes en que se extrajeron cálculos y en los que en la exploración instrumental no se hallaron. **Metodología:** se trata de un estudio retrospectivo. Se han incluido todas las CPER en los que se efectuó papilotomía en el período 2007 a 2009 en el servicio de Endoscopia de la Clínica de

Gastroenterología, Prof. Dr. Henry Cohen. Se revisaron posteriormente las historias clínicas de 73 pacientes, excluyendo aquellas con las que no contábamos. **Resultados:** se han revisado 99 procedimientos. Se incluyeron 73 pacientes en los cuales hemos consultado sus historias clínicas. En 44 (60%) de ellos se constató la presencia de litiasis y se evacuaron una o más de las mismas. En 29 (40%) se les efectuó la papilotomía y el procedimiento fue negativo para litiasis. En 32 (73%) de los pacientes que se les realizó la papilotomía y se les extrajo una o más litiasis, no se cateterizó ni contrastó Wirsung. Mientras que en los 12 (27%) restante si se realizó. En 10 (34%) de los pacientes en que no se encontró litiasis, se canuló Wirsung. **Discusión:** partiendo de la hipótesis que la extracción de cálculos podría ser un factor para desarrollar complicaciones en CPER, hemos comparado dos grupos de pacientes, aquellos en los cuales se han extraído cálculos y en los que no se encontraron. Ambos tenían en común el hecho que a todos se les ha realizado papilotomía, sabiendo que este es uno de los factores más importantes en la aparición de complicaciones. Es conocido que existen otros factores que inciden en la aparición de estas. Una de las más citadas y discutidas es la cateterización del Wirsung es por eso que se ha tenido en cuenta por separado cuando esta eventualidad sucedía. En cuanto a las complicaciones post-CPRE, en nuestra serie encontramos que éstas se presentaron en 23% de los procedimientos en que se extrajeron cálculos y en un 24% del grupo en los cuales no se encontraron. **Conclusiones:** de esta serie, se desprende que no hay diferencias significativas en cuanto a la aparición de complicaciones en pacientes con y sin litiasis.

## E16

### "DIAGNÓSTICO DE CÁNCER COLORECTAL EN PACIENTES CON COLONOSCOPIA PREVIA NEGATIVA"

Institución: Hospital Británico

Autores: Sanguinetti A, Taullard A, González N, Pérez Gatto J, Taullard D.

**Introducción:** el cáncer colorectal (CCR) tiene una alta incidencia y es la segunda causa global de muerte, por cáncer, en nuestro país. La colonoscopia es considerada como el "patrón oro" para vigilancia a fin de lograr el diagnóstico de CCR en etapas curables. El cáncer de intervalo, se define como aquel que se desarrolla en pacientes que están en un plan de despistaje de CCR en los cuales se les ha realizado una colonoscopia en un plazo de entre 3 a 5 años previos. El poder conocer esta situación en nuestro medio podría mejorar las estrategias en los pacientes sometidos a un plan de vigilancia. **Objetivo:** describir los casos de diagnóstico de CCR, en pacientes con colonoscopia previas normales, en un plazo no mayor de 5 años. **Metodología:** se revisaron retrospectivamente las colonoscopias realizadas en el servicio de endoscopia del Hospital Británico, entre el 01/01/2006 y el 31/04/2010. Se incluyeron todos los pacientes con diagnóstico de adenocarcinoma y se revisó si tenían colonoscopia previa en un plazo de hasta 5 años. Se excluyeron los pacientes con poliposis adenomatosa familiar, síndrome de Lynch, (de conocerse el antecedente) enfermedad inflamatoria crónica, operados de CCR previamente y pólipos con cáncer in situ. **Resultados:** en este período se realizaron 11.091 colonoscopias. El total de adenocarcinomas diagnosticado fue de 113 (1%). De los mismos, 6 (5,3%) tenían endoscopia previa. La mayoría 4 (67%) se topografiaron

en el colon derecho y fueron de sexo femenino 4 (67%). En 5 (84%) de los casos, en las colonoscopias previas, tuvieron pólipos adenomatosos. **Discusión:** nuestra serie mostro cifras similares a otras publicaciones respecto al diagnostico de este tipo de tumores. Factores de calidad de la endoscopia como la intubación del ciego y la calidad de la preparación, parecen no haber jugado un factor importante en esta serie, como tampoco el hecho de haber realizado una resección incompleta de un adenoma. No ha sido posible evaluar el tiempo de retirada del endoscopio. Existieron factores que tienen que ver con un componente más agresivo del tumor, como ser el componente mucinoso que se observó en 2 (33%) de ellos. Conclusión: a pesar de realizar vigilancia endoscópica para CCR, en este trabajo se puede demostrar que existe un pequeño grupo de pacientes, con colonoscopia previa negativa. Esto significa que la colonoscopia no tiene un 100% de sensibilidad para el diagnóstico de lesiones neoplásicas, o que existen lesiones con componentes más agresivos que pueden desarrollarse en periodos de tiempo menores a los establecidos en los controles recomendados. Estas lesiones son más frecuentes en colon derecho y en pacientes de sexo femenino.

## Contenido

G1	29	G13	32
"ESTUDIO EPIDEMIOLÓGICO DE PACIENTES CON CIRROSIS BILIAR PRIMARIA"		"BROTE GRAVE DE COLITIS ULCEROSA CRÓNICA CORTICORREFRACTARIA. A propósito de un caso."	
Institución: Hospital de Clínicas; Autores: Sánchez A, Berrueta J, Chiodi D, Hernández N, Mescia G.		Institución: Hospital Español. Dr. Juan José Crottogini A.S.S.E.; Autores: Rocca A, Gaibisso R, Vázquez S, González Y, Canessa C, Quiroga C	
G3	29	G14	32
"LESIÓN CUTÁNEA SECUNDARIA AL TRATAMIENTO DE HEPATITIS C CON INTERFERÓN PEGUILADO Y RIBAVIRINA"		"LINFOMA PRIMARIO DE COLON, A PROPÓSITO DE UN CASO"	
Institución: Hospital de Clínicas; Autores: Berrueta J, Sánchez A, Chiodi D, Hernández N.		Institución: Clínica de Gastroenterología, Hospital de Clínicas; Autores: De Simone F, Pérez ME, Soldini F.	
G4	29	G15	32
"TUMOR GÁSTRICO SUBSEROSO"		"POLIPOSIS ADENOMATOSA FAMILIAR, UNA INFRECUENTE FORMA DE PRESENTACIÓN CLÍNICA"	
Institución: Sanatorio Municipal Dr. Julio A. Méndez; Autores: Bosolino A, De la Torre A, Ratto R, Sanchotena V, Piñeiro C, Marzano C.		Institución: Médica Uruguaya, Clínica de Endoscopia Ce.V.; Autores: De Simone F, Doassans C, De Souza M, De Simone H.	
G5	30	G17	33
"HEPATITIS COLESTÁTICA FIBROSANTE Y HEPATITIS C"		"ILEÍTIS PRE-POUCHITIS: PRESENTACIÓN DE UN CASO CLÍNICO"	
Institución: Hospital de Clínicas; Autores: Berrueta J, Vázquez C, Baubeta L, Rondán M, Keuchkerian M, González N, Hernández N		Institución: Hospital de Clínicas, Clínica de Gastroenterología "Prof. Dr. H. Cohen"; Autores: Vázquez C, Casañas A, De Souza M, De Simone F, Tchekmedyan A, Fernández I, Canessa C, Iade B.	
G6	30	G18	33
"HEPATITIS AUTOINMUNE TIPO 2 CON ANTI LIVER CITOSOL 1. Análisis de 3 casos clínicos"		"AYER: COLESTASIS INTRAHEPÁTICA FAMILIAR PROGRESIVA TIPO 3. HOY: COLESTASIS ABCB4/MDR3"	
Institución: Hospital de Clínicas; Autores: Chiodi D, Berrueta J, Hernández N.		Institución: Hospital de Clínicas; Autores: Chiodi D, Berrueta J, Labandera D, López C, Hernández N.	
G8	31	G19	34
"TRATAMIENTO DE LA HEPATITIS C EN EL PACIENTE HEMODIALIZADO. EXPERIENCIA CLINICA"		"INMUNODEFICIENCIA VARIABLE COMÚN"	
Institución: Hospital de Clínicas; Autores: Machado V, Gil X, Irisarri V, Chiodi D, Berrueta J, Sánchez A, Hernández N.		Institución: Clínica de Gastroenterología Prof. Dr H Cohen. Hospital de Clínicas; Autores: López V, Rodríguez X, Olano C.	
G11	31	G20	34
"INCIDENCIA DE LA ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL EN CINCO ÁREAS GEOGRÁFICAS DE LA REPÚBLICA ORIENTAL DEL URUGUAY 2007-2008"		"TUMOR DE ACKERMAN PERIANAL. CASO CLÍNICO"	
Institución: Clínica de Gastroenterología, Hospital de Clínicas. Registro Nacional de Enfermedad Inflamatoria Intestinal; Autores: Buenavida G., Casañas A., Vázquez C., De Souza M., Martínez L., Gardil I., Silveira A., Iade B.		Institución: Clínica de Gastroenterología; Autores: Figuerido O, Pose A, Canessa C, Umpierre V, Chilewski J.	
G12	31	G22	34
"VALOR DE LA VIDEOCÁPSULA ENDOSCÓPICA EN EL DIAGNÓSTICO DE UNA ETIOLOGÍA POCO FRECUENTE DE ANEMIA FERROPÉNICA"		"ESTUDIO DEL HÁBITO DEFECATORIO DESDE UN ENFOQUE MULTIDIMENSIONAL PSICONEUROINMUNOENDOCRINO (PNIE) EN POBLACIÓN ESCOLAR DURANTE EL AÑO 2009"	
Institución: Hospital de Clínicas, Clínica de Gastroenterología; Autores: Irisarri V, Sánchez A, Vázquez C, Chilewski J, Berrueta J, De Simone F, Olano C		Institución: Clínica de Gastroenterología; Autores: Iade B, Olivera R, Baldizán M, Couceiro M, Cousillas A, Pesce A, Dabobe M, Baccino P, Umpierre V, Sementa S, Silveira A, Dubourdieu M.	

G23	35	E6	38
"ASPECTOS EPIDEMIOLÓGICOS, CLÍNICOS Y MOLECULARES DE LA INFECCIÓN POR VIRUS DE LA HEPATITIS C EN UNA POBLACIÓN URUGUAYA"		"TRATAMIENTO ENDOSCÓPICO DE FÍSTULA ESÓFAGO-TRAQUEAL POSTOPERATORIA"	
Institución: Hospital de Clínicas; Autores: Hernández N, Pollio C, Saona G, Robaina G, Berrueta J, Mescia G, Chiodi D, Sánchez A, Bianchi C.		Institución: Clínica Ce.V.En.; Autores: De Simone F, De Simone G, De Souza M.	
G25	35	E7	39
"SÍNDROME DE SUPERPOSICIÓN (OVERLAP) CPB / HEPATITIS AUTOIMUNE: A PROPÓSITO DE UN CASO CLÍNICO"		"DISTINTAS APLICACIONES ENDOSCÓPICAS DE LOS CLIPS METÁLICOS EN UN CENTRO DE NUESTRO MEDIO (REPORTE DE CASOS)"	
Institución: Hospital Maciel; Autores: Maslloréns A., Hernández N., Keuchkerian M., Rondán M.		Institución: Médica Uruguaya, Clínica de Endoscopia CE.V.En; Autores: De Simone F, De Souza M, Villa-Gómez M, De Simone G.	
G27	35	E8	39
"LINFOMA DE CÉLULAS DEL MANTO A PROPÓSITO DE UN CASO"		"HALLAZGOS COLONOSCÓPIOS EN PACIENTES CON TEST DE SANGRE OCULTA EN HECES POSITIVOS"	
Institución: Hospital Británico; Autores: Taullard A, Sanguinetti A, González N, Pérez Gatto J, Taullard D.		Institución: Hospital Británico; Autores: Taullard A, Villagómez M, González N, Sanguinetti A, Taullard D	
G28	36	E9	40
"CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS, MANOMÉTRICAS Y CALIDAD DE VIDA EN UNA SERIE DE 15 PACIENTES CON PROLAPSO RECTAL"		"FORMAS DE PRESENTACIÓN DE CONDILOMATOSIS ANORECTAL POR HPV EN PACIENTES CON SIDA"	
Institución: Hospital de Clínicas; Autores: Guerra Montero L, Pose A, Figuerido O, Silveira N.		Institución: CEDPI. Servicio de Endoscopia Digestiva Dr E. Sojo. Hospital Pasteur; Autores: Aguiar C, López V, Méndez C.	
E1	37	E10	40
"ACALASIA Y LINFOMA GÁSTRICO MALT. UN ENFOQUE TERAPÉUTICO INUSUAL"		"VENTAJAS DE LA NASOGASTROSCOPÍA EN URUGUAY, REPORTE DE DOS CASOS"	
Institución: Sanatorio Municipal Dr. Julio A. Méndez; Autores: Marzano C, Ratto R, De la Torre A, Bosolino A.		Institución: Médica Uruguaya, Clínica de Endoscopia Ce.V. En; Autores: De Simone F, Villarroya D, De Simone G.	
E2	37	E11	40
"HISTOPLASMOSIS DISEMINADA CON COMPROMISO OROILEOCÓLICO"		"PRIMEROS CASOS DE ENTEROSCOPIA POR DOBLE BALÓN EN URUGUAY (A PROPÓSITO DE 2 CASOS)"	
Institución: CEDPI – Hospital Pasteur; Autores: Boccardo C, Aguiar C, Rondán M, Acuña A.		Institución: Médica Uruguaya, Clínica de Endoscopia Ce.V.En.; Autores: De Simone F, De Simone G, Villarroya DS, Pérez Penco E, Diaz L.	
E3	37	E12	41
"TÉCNICA LAPARO-ENDOSCÓPICA DEL RENDEZ-VOUS EN PACIENTES CON CÁLCULOS DE VESÍCULA BILIAR Y COLÉDOCO"		"ENTEROPATÍA POR AINE, SU DIAGNÓSTICO MEDIANTE VIDEOCÁPSULA ENDOSCÓPICA"	
Institución: Hospital Británico; Autores: Sanguinetti A, Taullard A, González N, Pérez Gatto J, Taullard D.		Institución: Clínica de Gastroenterología; Autores: Nabon N, Bossolasco G, Labandera D, De Simone F, Olano C	
E4	38	E13	41
"STENT DUODENAL OCLUSIVO, SECCIÓN ENDOSCÓPICA CON APC DE MALLA METÁLICA"		"COLANGIOGRAFIAS ENDOSCOPICA Y PERCUTANEA COMO ALTERNATIVAS TERAPÉUTICAS EN PACIENTE CON GASTRECTOMIA BILLROTH II"	
Institución: Hospital Maciel; Autores: Stefanoli C, Gutiérrez Galiana H, Trucco E, Martínez L, Maucione A, Ramírez M.		Institución: Hospital de Clínicas; Autores: Villa-Gómez M, Taullard D, Sanguinetti A, Villa-Gómez G.	
E5	38	E14	42
"VIDEO CÁPSULA ENDOSCÓPICA: EXPERIENCIA DE LA CLÍNICA DE GASTROENTEROLOGÍA"		"ANÁLISIS ENDOSCÓPICO E HISTOLÓGICO DE LOS PÓLIPOS COLORECTALES"	
Institución: Clínica de Gastroenterología – Hospital de Clínicas; Autores: Chilewski J, Irisarri V, Chiodi D, Nabón N, Berrueta J, Vázquez C, Sánchez A, Di Pace M, De Simone F, Olano C.		Institución: Hospital de Clínicas; Autores: De Souza M, Labandera D, Tchekmedyan A.	

E15 42  
"COMPLICACIONES DE LA ERCP. COMPARACIÓN EN DOS  
GRUPOS DE PACIENTES"  
Institución: Clínica de Gastroenterología. Prof. H. Cohen;  
Autores: Sanguinetti A, Baraibar S.

E16 42  
"DIAGNÓSTICO DE CÁNCER COLORECTAL EN PACIENTES CON  
COLONOSCOPIA PREVIA NEGATIVA"  
Institución: Hospital Británico; Autores: Sanguinetti A, Taullard  
A, González N, Pérez Gatto J, Taullard D.

---