



Semana de
Congresos y
Jornadas Nacionales

Sociedad Argentina de Pediatría

Dirección de Congresos y Eventos



Por un niño sano
en un mundo mejor

6° Congreso Argentino de Gastroenterología Pediátrica

24, 25 y 26 de abril de 2017 • Buenos Aires

Sedes

**Panamericano Buenos Aires
Hotel & Resort**
Carlos Pellegrini 551
Ciudad de Buenos Aires

Exe Hotel Colón
Carlos Pellegrini 507
Ciudad de Buenos Aires

RESÚMENES de TRABAJOS LIBRES

PO- Presentación Oral
RPD- Recorrida Pósters Digitales

SEDO ANALGESIA PARA PROCEDIMIENTOS ENDOSCOPICOS

Medina H.¹

HOSPITAL EVA PERON CATAMARCA¹

<hgme123@hotmail.com>



INTRODUCCION

Se entiende por tal la depresión de la conciencia de origen farmacológico, en la que el paciente responde de forma voluntaria a estímulos verbales o táctiles suaves. El reflejo de retirada a un estímulo doloroso no se considera una respuesta voluntaria. No se requiere ninguna intervención para mantener la vía aérea, la ventilación espontánea es normal y la función cardiovascular está preservada.

Los procedimientos endoscópicos en Argentina en su totalidad (o casi en su totalidad) tanto diagnósticos como terapéuticos se realizan mediante anestesia general.

OBJETIVOS

La presentación de una serie de casos donde se realizó procedimientos endoscópicos bajo sedoanalgesia consciente en pacientes pediátricos

MATERIAL Y METODOS

Estudio prospectivo, cuantitativo donde se evaluaron pacientes en un rango de edad comprendidos entre los 7 meses de edad, y los 14 años de edad, en número de 190, a los cuales se les administró midazolam (0.2 a 0,3 mg/kg/ dosis única) más ketamina de 1 a 3 mg/kg/dosis única, bajo monitoreo con oximetría de pulso.

La valoración de la eficacia fue mediante el control y monitoreo clínico, así como un adecuado egreso institucional.

Se realizó desde el año en que comenzó el presente registro 190 endoscopias pediátricas, en un rango de edad comprendido entre los 7 meses y 15 años. De este total de pacientes, 134 procedimientos correspondieron a videoendoscopias digestivas altas, 14 pacientes a videocolonoscopias,

se extrajeron 20 pólipos correspondientes a 18 pacientes (dos pacientes tenían dos pólipos cada uno).

Asimismo, los 24 casos restantes correspondieron a extracción de cuerpos extraños en el tubo digestivo superior.

RESULTADOS

Los 190 pacientes sometidos al procedimiento descrito, presentaron buena tolerancia al procedimiento.

En la totalidad de los mismos, no hubo ningún tipo de complicación, tanto inherentes al procedimiento como así tampoco a la sedoanalgesia, como anécdota a un paciente con Síndrome de Down, desnutrido, de 11 meses de edad, al cual se le extrajo una bolita del cricofaríngeo requirió al llegar al destino boleo con masacre a presión positiva.

CONCLUSIONES

Podemos afirmar que la medicación endovenosa utilizada es segura y eficaz para dichos procedimientos, asociados a que la ketamina es un anestésico disociativo de eliminación rápida, no deja recuerdo del procedimiento, algunos adolescentes presentaron alucinaciones visuales de muy leve duración.

DISCUSION

No se evalúa procedimientos terapéuticos más complejos como dilatación esofágica, o extracción de cuerpos extraños punzantes o corto punzantes, por no tener casuística, en los cuales sería conveniente una anestesia general con control de la vía aérea.

EVALUACION ENDOSCOPICA EN PACIENTES PEDIATRICOS CON HIPERTENSION PORTAL, EN UN CENTRO DE TRASPLANTE HEPATICO INTESTINAL

Rovati N.¹; Fanjul L.²; Ninomiya L.³; Agoff L.⁴; Marcolongo M.⁵; Gallo J.⁶; D'agostino D.⁷

HOSPITAL ITALIANO DE BUENOS AIRES^{1,2,3,4,5,6,7}

<nicolasrovati@hotmail.com>



INTRODUCCION

Las varices esofágicas constituyen una de las complicaciones más frecuentes de la Hipertensión Portal (HTP), siendo su ruptura una de las urgencias médicas más graves en estos pacientes. Un diagnóstico y tratamiento endoscópico precoz, permitiría disminuir su morbimortalidad y complicaciones.

OBJETIVO

Evaluar el compromiso variceal esofágico y realizar tratamiento endoscópico-profilaxis primaria/secundaria - en pacientes pediátricos con HTP en un Centro de Trasplante Hepático-Intestinal de Buenos Aires.

PACIENTES Y METODOS

Se realizó un estudio retrospectivo, descriptivo y observacional de 2 años de duración (04/2014-04/2016) en el que se evaluaron 38 pacientes pediátricos (22 varones) media: 7,6 años (r: 1-18), con HTP secundaria a: HTP- Pre hepática: Cavernoma de la Vena Porta: 4/38 p (10,52%), HTP-Hepática: Atresia de Vía Biliar: 22/38p (57,89%), Fibrosis Hepática Congénita: 5/38p, Fibrosis Quística 3p, otras 4p. Se incluyeron todos los pacientes con signos activos de HTP y/o aquellos en seguimiento con hepatopatía crónica.

RESULTADOS

Los resultados fueron: Grupo I (4/38p) presentaron varices pequeñas sin requerimientos de terapéutica endoscópica, Grupo II (32/38p): 24 pacientes presentaron varices esofágicas grandes con/sin signos rojos por lo que se les realizó Profilaxis Primaria con terapéutica de ligadura elástica, la erradicación

fue del 45,83% con un promedio de 2,63 sesiones. Otros 8 pacientes de este grupo presentaron como antecedente sangrado variceal, realizándose profilaxis secundaria (esclerosis-ligadura) evidenciándose erradicación variceal en el 62,5 % con un promedio de 3,6 sesiones. La terapéutica ligadura y/o esclerosis se realizó cada 4-6 semanas, con controles a los 6 y 12 meses. Presentaron varices gástricas y gastropatía hipertensiva en la primer endoscopia: G II sin sangrado previo (24/32) GOV1: 10/24p (41,66%), GOV1-GOV2 1/24p, gastropatía hipertensiva: 29,16 %, G II con sangrado previo 8/32: GOV 1:75%, GOV1-GOV2: 1/8. Complicaciones post tratamiento profilaxis primaria: ulcera esofágica intraprocedimiento y estenosis esofágica post ligadura.

CONCLUSION

La hemorragia variceal es una de las complicaciones más frecuentes de la de la HTP. En esta población pediátrica evaluada, se observó un menor promedio de sesiones de terapia endoscópica de erradicación de las varices esofágicas grandes sin sangrado previo, con una baja tasa de complicaciones. Debido a la escasa evidencia sobre terapia profiláctica para varices esofágicas en pediatría, es importante considerar a la profilaxis primaria como una posibilidad terapéutica teniendo en cuenta edad del paciente, riesgo endoscópico de hemorragia y la disponibilidad de acceso a un centro especializado.

INVAGINACIÓN INTESTINAL EN PACIENTES PEDIÁTRICOS. SERIE DE CASOS DE UN HOSPITAL PÚBLICO DE LA PROVINCIA DE BUENOS AIRES

RPD
06

*Stechina E.¹; Garcia Velez P.²; Paterno F.³; Osa Noseda M.⁴; Dubny D.⁵; Mandracho M.⁶; Iribarren A.⁷;
Ferraro E.⁸; Rodriguez R.⁹; Pelliza M.¹⁰; Berdun B.¹¹; Teuly G.¹²; Bollini R.¹³*

HOSPITAL DR HECTOR CURA^{1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13}

<evelynese@hotmail.com>

INTRODUCCIÓN

La invaginación intestinal es la causa más común de obstrucción intestinal en niños de entre 3 meses y 3 años de edad. La detección temprana y el tratamiento de la invaginación intestinal son importantes para reducir el riesgo de daño al intestino, especialmente la isquemia y perforación intestinal.

OBJETIVO

Describir una serie de casos de pacientes con invaginación intestinal diagnosticados y tratados en un hospital público de la provincia de Buenos Aires.

Población: Pacientes pediátricos que consultaron al servicio de pediatría del Hospital.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se realizó un estudio retrospectivo, en el cual se revisaron las historias clínicas de las internaciones pediátricas durante el periodo de enero a noviembre de 2015, identificándose aquellos pacientes con diagnóstico de Intususcepción (código CIE10: K561). Se recabaron datos sociodemográficos, clínicos, procedimientos y desenlace de la internación.

RESULTADOS

Se identificaron 11 pacientes de un total de 1390 egresos, 63% sexo femenino, con una mediana de edad de 8 meses (p25-p75= 0.5 – 2). Dos pacientes eran mayores de 3 años (5 y 7 años), ambos con diagnóstico concomitante de Purpura de Schonlein Henoch. El 45% poseía obra social o prepa. Los signos y síntomas más frecuentemente observados

fueron: alteración del sensorio (73%), vómitos (64%), dolor abdominal (45%), enterorragia (45%) y llanto incoercible (45%). El diagnóstico se realizó mediante ecografía, siendo la ubicación de la obstrucción ileocecolica en el 80% e ileocecal en el 20% de los casos. El 91% de los pacientes se le realizó colon por enema con desinvaginación completa, sin complicaciones. Sólo un paciente debió ser derivado por falta temporaria de equipamiento. La mediana de estada hospitalaria fue de 2 días y sólo cuatro pacientes (36%) tuvieron una estadía mayor a 3 días (2 de ellos con diagnóstico concomitante de Purpura de Schonlein Henoch).

CONCLUSIONES

La invaginación intestinal es un cuadro grave en pacientes pediátricos, que requiere una detección precoz y tratamiento oportuno a fin de evitar complicaciones. Esta serie de pacientes atendidos en nuestro hospital, presentó buena respuesta al tratamiento no invasivo, no observándose complicaciones, re-invaginaciones, ni necesidad de tratamiento quirúrgico.

TIEMPO TRANSCURRIDO DESDE LOS PRIMEROS SÍNTOMAS HASTA EL DIAGNÓSTICO DE LA ENFERMEDAD CELÍACA Y FACTORES QUE LO MODIFICAN

RPD
07

Araujo W.¹; Doba N.²; Tabacco O.³; Costaguta A.⁴

SANATORIO DE NIÑOS - ROSARIO^{1 2 3 4}

<walter.araujo@hotmail.com.ar>

INTRODUCCIÓN

La enfermedad celíaca es una entidad frecuente. Se estima que en nuestro país 1 de cada 79 niños es celíaco. La detección temprana y el tratamiento oportuno evitan las complicaciones y mejoran la calidad de vida del niño. Si bien la información disponible es escasa, es probable que exista una demora diagnóstica injustificada en algunos casos.

OBJETIVOS

Cuantificar el tiempo transcurrido desde los primeros síntomas hasta el diagnóstico definitivo de enfermedad celíaca en un grupo de niños derivados a nuestro servicio y analizar las variables que podrían modificarlo.

POBLACIÓN, MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio observacional, retrospectivo y descriptivo basado en la revisión de historias clínicas de pacientes celíacos de 1 a 18 años que consultaron a nuestro servicio entre enero de 2013 a abril de 2016. Se incluyeron pacientes con biopsias tomadas por endoscopia con estadios 2 a 3c según la clasificación de Marsh, excluyéndose aquellos con datos incompletos y/o asintomáticos. Las variables analizadas fueron: sexo, edad al inicio de síntomas y al diagnóstico, motivo de consulta, hallazgos al examen físico, enfermedades asociadas, valores séricos de IgA total e IgA antitransglutaminasa, y antecedentes de enfermedad celíaca en familiares de primer grado. Se realizó un análisis multivariado, con un modelo de regresión logística. Los resultados se expresaron como OR, IC 95% y p.

RESULTADOS

La muestra quedó conformada por 81 pacientes (F: 52). El 71.6% presentó un retraso diagnóstico mayor a 4 meses, con una mediana de 8 meses (desvío intercuartiles 4-12, rango 1-48). Del análisis multivariado surge que la demora diagnóstica aumenta en relación directa con la edad del paciente (OR: 0.82; IC: 0.7 a 0.96; P: 0.01); en tanto que el bajo peso o falla de crecimiento como motivo de consulta se relacionan con su disminución (OR: 0,17; IC: 0,04 a 0,71; P: 0,01).

CONCLUSIONES

Aproximadamente 2 de cada 3 niños celíacos son diagnosticados luego de 4 meses de percibido el síntoma inicial. Las variables que influyen significativamente en la demora diagnóstica son la edad del paciente (aumentándola) y el motivo de consulta "bajo peso" o "fallo de crecimiento" (reduciéndola). Estos datos remarcan la importancia de los controles de salud y el seguimiento antropométrico como pesquisa para la detección precoz de la enfermedad.

GASTROPARESIA EN PACIENTE CON DIABETES TIPO I Y ENFERMEDAD CELÍACA- EL BOSQUE NO DEJA VER EL ARBOL

Arregui M.¹; Guzman L.²; Zubiri C.³; Miculan S.⁴

HIAEP SOR MARIA LUDOVICA^{1,2,3,4}

<chris04_363@hotmail.com>

INTRODUCCION

La gastroparesia es un síndrome caracterizado por el vaciamiento gástrico enlentecido en ausencia de obstrucción mecánica del estómago. Los síntomas cardinales incluyen plenitud posprandial (saciedad precoz), náuseas, vómitos y distensión abdominal. La diabetes es la causa más común de gastroparesia. Se reporta entre un 5-12% de los pacientes diabéticos, afectando el estado nutricional del paciente y teniendo efectos nocivos sobre el control glucémico y sobre los distintos órganos y sistemas, aumentando la morbimortalidad.

CASO CLÍNICO

Paciente de sexo femenino de 15 años de edad que realiza consulta al hospital pediátrico por presentar cuadro de desnutrición (IMC 12) asociado a diabetes tipo I (diagnosticada a los 9 años) y enfermedad celíaca (diagnosticada a los 13 años).

En el transcurso del último año, comenzó con episodios de hipo e hiperglucemias, alterando su control metabólico y estado general. Se sospecha falta de adherencia a la dieta libre de gluten (DLG), razón por la cual se la deriva al servicio de gastroenterología.

La paciente ingresa descompensada, cursando cetoacidosis y se decide su internación. Durante el transcurso de la misma, se constatan marcadores para enfermedad celíaca (EC) negativos; según encuesta alimentaria no se evidencian trasgresiones, refiere un hábito evacuatorio lento cada 5 días tipo Bristol 1. Se modifican esquemas insulínicos

no logrando compensarla. El abdomen se ve distendido y la paciente no presenta deposiciones luego de 7 días de internación. Comienza con eructos, saciedad precoz al alimentarse y náuseas. Se realiza tacto rectal constatándose ampolla rectal vacía, por lo que se indica radiografía de abdomen, evidenciándose una importante dilatación de la cámara gástrica; se completa con seriada gastroduodenal, observándose estómago aperistáltico con contenido heterogéneo y retraso del vaciamiento gástrico. Se realiza videoendoscopia digestiva alta observando abundante contenido alimentario, mucosa gástrica no valorable por dicho contenido y se confirma gastroparesia diabética, comenzando tratamiento con prokinéticos con buena evolución.

CONCLUSIÓN

Frente a un mal control metabólico en un paciente con DBT1 y EC, no sólo pensar en una mala adherencia a la DLG, sino también considerar los trastornos del vaciamiento gástrico.



CÁPSULA ENDOSCÓPICA: SU RÉDITO DIAGNÓSTICO EN PEDIATRÍA

Cirioncino V.¹; Tennina C.²; Guglielmino A.³; Malagrino P.⁴; Mavromatopulos E.⁵; Waldbaum C.⁶

HOSPITAL DE NIÑOS RICARDO GUTIÉRREZ CABA¹; SECCIÓN GASTROENTEROLOGÍA HOSPITAL DE NIÑOS

RICARDO GUTIÉRREZ CABA^{2,3,4}; DIVISIÓN GASTROENTEROLOGÍA HOSPITAL DE CLÍNICAS JOSÉ DE SAN MARTÍN⁶

<vcirinci@yahoo.com.ar>

INTRODUCCIÓN

Previo al desarrollo de la cápsula endoscópica (CE) un examen endoscópico completo del intestino delgado (ID) requería de una intervención quirúrgica. Por su simpleza y la calidad de las imágenes hoy la CE se destaca en el estudio de las hemorragias digestivas de origen oculto (HDOO), las enfermedades inflamatorias intestinales (EII) y las poliposis, entre otras indicaciones.

OBJETIVO

Evaluar el rédito diagnóstico de la CE en el estudio de los pacientes de nuestra Sección.

MATERIAL Y MÉTODO

Revisión retrospectiva de las CE realizadas entre los años 2011-2016. Para optimizar las imágenes los pacientes fueron preparados con una dieta pobre en fibra y polietilenglicol oral. Utilizamos la CE PillCam. 8 estudios se realizaron por ingestión de la cápsula y 14 con asistencia endoscópica según edad, estado clínico de los pacientes, o si la CE se colocó a continuación de un estudio endoscópico.

RESULTADOS

Evalúamos 22 estudios de 20 pacientes (7 mujeres, 13 varones), edad promedio de 9,5 años (Rango 2-17 años). Las indicaciones fueron: 7 casos de HDOO (5 con sangrado manifiesto), 4 EII, 3 malformaciones vasculares, 3 linfangiectasias intestinales, 1 poliposis, 1 diarrea intratable y 1 caso de Crohn Like asociado a inmunodeficiencia.

Se hallaron datos positivos en 86% (19/22) de las CE. En 6/7 pacientes (86%) se diagnosticó la causa del sangrado (1 divertículo de Meckel, 1 hemangioma yeyunal, 1 estenosis yeyunal ulcerada, 1 lesión de Dieulafoy, 1 TBC intestinal complicada y 1 enteropatía por hipertensión portal). En 10/14 (71%) se pudo establecer el compromiso asociado del ID a su enfermedad. En las EII se pudo valorar su extensión y actividad, y establecer el diagnóstico diferencial en 1 caso con una forma indeterminada.

21/22 de los estudios fueron completos y solo se presentó 1 retención asintomática de la CE por una estenosis ulcerada en el íleon inadvertida en los estudios previos, siendo evacuada espontáneamente a los 21 días. No se presentaron otras complicaciones.

Los hallazgos de la CE motivaron la terapéutica enteroscópica en 2 pacientes con malformaciones vasculares y la intervención laparoscópica en 3 casos (TBC complicada, estenosis yeyunal y divertículo de Meckel).

CONCLUSIONES

En nuestra experiencia la CE fue útil para el diagnóstico de las enfermedades del ID, con una alta sensibilidad para el estudio de las HDOO; contribuyó en el diagnóstico del compromiso de ID de las patologías ya conocidas, permitiendo cambiar y optimizar los tratamientos y presentó bajo riesgo de complicaciones.



SINTOMATOLOGIA GASTROINTESTINAL PREPONDERANTE EN TUMORES NO DIGESTIVOS

Alvarado J.¹; Forti V.²; Zapata K.³; D'alia P.⁴; Fernández V.⁵; Reartes A.⁶; Sommaruga H.⁷; Quintana C.⁸

HOSPITAL DE NIÑOS PEDRO DE ELIZALDE^{1 2 3 4 5 6 7 8}

<jeniliana@hotmail.com>

RPD
11

INTRODUCCION

La enfermedad tumoral en pediatría puede presentarse de diversas formas. Una de ellas es la sintomatología gastrointestinal.

OBJETIVOS

Presentar cuatro pacientes diagnosticados con tumores sólidos extra digestivos, cuya primera manifestación fue la intestinal.

MATERIALES Y METODOS

Revisión de Historias clínicas de pacientes atendidos entre los años 2015 y 2016.

Caso 1: varón de 20 meses derivado de otro centro, colostomizado por oclusión intestinal por sospecha de enfermedad de Hirschsprung, con mal progreso ponderal a pesar de la terapia nutricional. Evolucionó con vómitos que requirieron múltiples estudios radiológicos y endoscópicos que fueron normales. La Tomografía Axial computada (TAC) de cerebro reveló un tumor de fosa posterior. Fue intervenido quirúrgicamente, con evolución favorable. La revisión de biopsia rectal demostró presencia de células ganglionares.

Caso 2: varón de 4 años con vómitos alimentarios de 2 semanas de evolución. La SEGID reveló enlentecimiento del pasaje a duodeno. Se realizó videoendoscopia digestiva alta (VEDA) que fue normal. Debido a la aparición de cefalea, se solicitó TAC cerebral que informó: Tumor de fosa posterior.

Caso 3: Niña de 16 meses con familiares celíacos y anticuerpos positivos para dicha enfermedad, desnutrida, anémica, con distensión abdominal y hepatomegalia. Se le realizó VEDA que confirmó enfermedad celíaca. La ecografía abdominal reveló tumor retroperitoneal con desplazamiento hepático, compatible con Neuroblastoma

Caso 4: Varón de 3 años con impactación fecal, se internó para desimpactación. Durante la internación comenzó con alteraciones en la marcha y retención urinaria. Fue estudiado con centellograma, TAC, y RNM que reveló Tumor medular con compromiso cervical y lumbosacro.

CONCLUSIONES

Un elevado índice de sospecha y un interrogatorio minucioso se requiere para diagnosticar oportunamente al paciente que consulta con signos y síntomas inespecíficos sospechosos de tumores. Estos son de baja frecuencia en pediatría. Esta serie intenta enfatizar que es necesario tenerlos presente para evitar diagnósticos tardíos.

ATRESIA DE VIAS BILIARES. CIRUGÍA TEMPRANA DE KASAI. COMPLICACIÓN HEMORRÁGICA. REPORTE DE UN CASO.

Tornatore M.¹; Redosado D.²; Ditaranto A.³; Vidal J.⁴; Caglio P.⁵; Diaz F.⁶; Fernie M.⁷

HOSPITAL BRITÁNICO^{1 2 3 4 5 6 7}

<belentornatore@gmail.com>

RPD
15

INTRODUCCIÓN

Atresia de vías biliares (AVB) es una colangiopatía obliterante progresiva de la vía biliar intra y extrahepática. Es la indicación más común de trasplante hepático en pediatría. Se manifiesta con ictericia, acolia, coluria y hepatomegalia, provocando deterioro hepático progresivo, cirrosis, y muerte. Su tratamiento inicial es la portoenterostomosis de Kasai, luego el trasplante hepático.

OBJETIVOS

Tener presente el diagnóstico de AVB en un lactante icterico. Conocer su evolución, complicaciones y seguimiento por parte del pediatra.

DESCRIPCIÓN DEL CASO

Paciente femenina RNT/PAEG, producto de embarazo controlado, con serologías negativas. Elimina meconio a las pocas horas de vida. Alta conjunta. Isogrupo – isofactor. A los 28 días de vida concurre a control con pediatra de cabecera, que evidencia ictericia de cara y tronco y constata deposición blanquecina. Se realiza laboratorio Bilirrubina total 6.4 mg/dl Bilirrubina directa 2,8 mg/dl y ecografía abdominal que no informa alteraciones. Se interna durante 14 días para estudio. Se realizan cultivos, serologías y laboratorios con aumento progresivo de la bilirrubina y transaminasas. Se interconsulta con cirugía y hepatología, se realiza colangiografía - laparoscopia exploradora: vía biliar de aspecto atrésico, vesícula pequeña sin pasaje a vía biliar. Se realiza portoenteroanastomosis según técnica de Kasai, con mejora clínica y parámetros de laboratorio. A los 6 meses se interna por colangitis con distensión abdominal y fiebre,

realiza tratamiento antibiótico. A los 14 meses se realiza endoscopia digestiva alta (VEDA) que no evidencia várices. Siete meses después presenta fiebre, vómito porráceo y melena. Al ingreso taquicárdica, hipotensa, con palidez cutánea generalizada, Hto 16%. Se realiza expansión, transfusión de glóbulos rojos, se inicia goteo con octreótide. Se estabiliza a la paciente, por continuar con melena se realiza VEDA que muestra varices, sin sangrado activo importante que justifiquen la clínica. Evolucionó con distensión abdominal, caída de la tensión arterial, bradicardia extrema y paro cardiorespiratorio.

CONCLUSIONES

La cirugía realizada antes de los dos meses de vida mejora la sobrevida. A pesar de realizar un seguimiento periódico y multidisciplinario de estos pacientes, no se está exento de las múltiples complicaciones.

EN LACTANTES CON EPISODIOS DE APARENTE AMENAZA A LA VIDA, QUE PARÁMETROS DE LA IMPEDANCIOMETRIA INTRALUMINAL MULTICANAL-PH DE 24 HS PUEDEN RESULTAR DE MAYOR RELEVANCIA?

PO
16

Ursino, F; Cohen Sabban, J²; Reynoso Lopez, V³; Donato Bertoldi, G⁴; Orsi, M⁵

Hospital Italiano De Buenos Aires^{1,2,3,4,5}
flopyg_86@hotmail.com

Los Eventos de Aparente Amenaza a la Vida (EAAV) son causa frecuente de hospitalización en la edad pediátrica. En la mitad de los casos, se desconoce causa. El reflujo gastroesofágico es una de las posibles etiologías. La Impedanciometría Intraluminal Multicanal con pHmetría de 24 hs (IIM-PH 24 hs) ha surgido como herramienta diagnóstica, por la información que brinda y ser mínimamente invasiva.

OBJETIVO

Evaluar las características del reflujo gastroesofágico (RGE) (ácido y no ácido), score de pHmetría (VN de Boix Ochoa 16.6), el tiempo de clearance del bolo (TCB) y los canales proximales con Impedanciometría Intraluminal Multicanal-PHmetría de 24 hs (IIM-pH de 24 hs) en lactantes que fueron hospitalizados con diagnóstico de EAAV.

MATERIALES Y MÉTODOS

Se realizó un estudio retrospectivo, desde mayo 2005 a octubre 2015. Se incluyeron niños menores de 6 meses que fueron hospitalizados por presentar un episodio de ahogo compatible con EAAV. Los criterios de exclusión fueron soporte ventilatorio, tratamiento con cafeína, sonda nasogástrica permanente y alteraciones genéticas. La evaluación del RGE se realizó mediante IIM-pH de 24 hs. La muestra se dividió según si presentaron o no, episodio de ahogo durante la internación: Grupo I (GI): presentaron episodio de ahogo y Grupo II (GII): los pacientes que no presentaron. Se utilizó T test y Mann-Whitney para el análisis estadístico.

RESULTADOS

Se evaluaron una total de 125 niños (68 niñas). La media de edad fue de 53.6

días de vida (rango 6 – 110 días). Grupo I: 41 niños que presentaron episodio de ahogo y Grupo II: 84 niños no presentaron episodio. Las variables analizadas mostraron: un total de episodios de RGE 50.05 ± DS 17.77 vs 41.67 ± DS 15.89 (P 0.012); RGE Ácido 23.37 ± DS 14.58 vs 19.74 ± DS 12.72 (P 0.060); RGE No Ácido 25.95 ± SD 15.95 vs 21.95 ± SD 12.29 (P 0.305); TCB 15.63 ± DS3.83 vs 9.82 ± SD 6.28 (P 0.0001); Canales Proximales 29.59 ± DS 14.66 vs 21.57 ± DS 13.78 (P 0.005). Tabla 1. En el GI se observa que del total de RGE, más del 50% de los mismos alcanzan canales proximales no así en GII. Con respecto al score de Phmetría (Boix –Ochoa) es no significativo entre ambos grupos.

CONCLUSIONES

En los trazados de IIM/ph de 24 hs de lactantes con EAAV, que tuvieron ahogos durante su evaluación se observó aumento del tiempo de clearance del bolo; del número de episodios que alcanzan canales proximales, del número total de episodios y de aquellos ácidos. Esta información no referida habitualmente puede ayudar a comprender mejor los mecanismos esofágicos implicados en esta asociación clínica y eventualmente poder modificar la terapéutica .

	GI (X±SD)	GII (X±SD)	t	Z sub t	p
Total de RGE	50.05 ± 17.77	41.67 ± 15.89	3064.5	2.505	0.012
RGE Ácidos	25.37 ± 14.58	19.74 ± 12.72	2945.0	1.878	0.060
RGE No Ácidos	25.95 ± 15.96	21.95 ± 12.29	2782.0	1.026	0.305
TCB	15.63 ± 17.77	9.82 ± 6.28	3542.0	4.608	0.0001
Canales Proximales	29.59 ± 14.66	21.57 ± 13.78	3125.0	2.813	0.005

HEMORRAGIA DIGESTIVA VARICEAL 6 AÑOS DE EXPERIENCIA

Ruiz L.¹; Menendez L.²; Borobia P.³; Miculan S.⁴; Gonzalez T.⁵; Zosi A.⁶;
Losada Gomez C.⁷; Martinez Portilla K.⁸; Savia M.⁹; Arregui M.¹⁰; Maruca S.¹¹

SOR MARIA LUDOVICA^{1,2,3,4,5,6,7,8,9,10,11}
<lucasgabrielruiz@hotmail.com>

Hemorragia digestiva variceal 6 años de experiencia Introducción La hemorragia digestiva por várices esofágicas en pediatría es una patología menos frecuente que en la población adulta, constituye una emergencia gastroenterológica, con características particulares en relación a la etiología, los factores desencadenantes, la evolución y la capacidad de respuesta al tratamiento. Es de difícil manejo debido a múltiples etiologías y al empleo de tratamientos no estandarizados.

OBJETIVO

Analizar las historias clínicas en niños atendidos en hospital pediátrico con hemorragia digestiva variceal, por un periodo de 6 años comprendido entre agosto de 2010 a Julio 2016.

MATERIALES Y MÉTODOS

Es un estudio descriptivo retrospectivo de corte transversal, realizado en un hospital pediátrico. Se obtuvieron de base de datos del servicio de gastroenterología y se analizaron con el programa epi-info 6 e historias clínicas: sexo, edad de presentación, etiología, signos y síntomas, terapéutica.

RESULTADO

En un total de 25 pacientes. Sexo: masculino 52% - femenino 48%. Edades de presentación comprendidas entre: 0 a 1 año: 16% - 1 a 5 años: 44%-6 a 10 años: 12%-11 a 17 años: 28%, con una media de edad de 4 años (media de edad para cirróticos: 6.9 años - media de edad para no cirróticos: 5.1 años). Etiología: cavernoma de la porta (no cirróticos) 52%-cirrosis

hepática 48% (cirrosis idiopática 20%-atresia de vía biliar 20%-hepatitis autoinmune 8%). Signos y síntomas de presentación: hematemesis 76%-hematemesis y melena 12%-melena 8%-anemia 4%. Tratamiento: combinado ligadura endoscópica y escleroterapia 44%-ligadura endoscópica 40%-escleroterapia 16%-octeotride 40%-propranolol 16%.

CONCLUSIÓN

En cuanto al sexo no hubo diferencia significativa, la media de edad de presentación es de 4 años, la media de edad en pacientes no cirróticos fue menor comparado con los pacientes cirróticos. Al igual que en la bibliografía internacional el cavernoma de la porta es la causa predominante de hemorragia digestiva variceal. El síntoma de presentación más importante fue la hematemesis. En nuestro hospital la mayoría de las hemorragias digestivas resolvieron con el método combinado de ligadura endoscópica y escleroterapia.

ESTUDIO COMPARATIVO RETROSPECTIVO EN POBLACIÓN CON URTICARIA VS POBLACIÓN CON PROCTOCOLITIS OCASIONADAS POR ALERGIA A LA PROTEÍNA DE LECHE DE VACA SOMETIDOS A PRUEBA DE DESAFÍO.

RPD
20

Fortes P.¹; Feroce P.²; Landi F. M.³; Bozzola C.⁴

HTAL. BRITANICO BS AS^{1,2,3,4}

<fortespili@gmail.com>

INTRODUCCIÓN

La alergia a la proteína de la leche de vaca (APLV) constituye la forma de alergia alimentaria más frecuente en pediatría, su prevalencia oscila en 2-7,5%. Es una reacción de hipersensibilidad clasificándose en mediada por IgE y no mediada por IgE. El diagnóstico y tratamiento son un desafío y la mayoría de los niños adquieren tolerancia espontáneamente.

OBJETIVOS

Primario: Determinar si existe diferencia en los resultados de las pruebas de desafío (PD) entre urticaria (U) y proctocolitis alérgica (PCA).

Secundario: Evaluar si existe diferencia por sexo en los resultados de la prueba y comparar las edades diagnósticas (ED) y a la edad de PD entre U y PCA.

MATERIALES Y MÉTODOS

Se analizó retrospectivamente una serie de 158 pacientes con APLV sometidos a PD. Se dividió en grupos según clínica, PCA y U, y según sexo, masculino (M) y femenino (F), se evaluó respuesta a la PD. Se evaluó ED y PD para PCA y U. Se aplicó t de student evaluar variables paramétricas y chi2 para no paramétricas. Se tomaron como valores significativos p<0,05.

RESULTADOS

De 158 pacientes con APLV, el 56,3% presentó PCA y el 43,7% U. De los pacientes con PCA el 64,1% superó la prueba, 25,9% no lo hizo. Los que presentaron U el 31,9% superó la PD, 68,1% no (p<0,001). El 48,1% fueron pacientes M, de estos el 51,3% superó la PD; el 51,9% fueron pacientes F, de estas el 48,8% superó la PD (NS).

Se analizó la ED (PCA: media: 3 meses (min 0 meses, max 48 meses), promedio 3,67 meses/ U: media: 5 meses (min 1 mes, max 48 meses), promedio 5,9 meses) (p<0,001) y edad al momento de la prueba (PCA: media: 13 meses (min 5 meses, max 71 meses), promedio 16,12 meses/ U: media: 24 meses (min 7 meses, max 192 meses), promedio 28,58 meses) (p<0,001).

CONCLUSIÓN

Conocer la edad de presentación y la respuesta a la PD en pacientes con APLV resulta importante para el seguimiento de la APLV.

En este estudio se concluye que existen diferencias en los resultados de las PD según la clínica, superando la prueba en mayor porcentaje en los casos con PCA (64,1%) comparados con los de U (31,9%). No hubo diferencias significativas por sexo. Se observó diferencia significativa tanto en la ED como en la edad de la PD. Los pacientes con U tardan más tiempo en resolver la APLV. Los pacientes con PCA pueden ser expuestos a una prueba un año antes que aquellos con U. Las PD para otorgar el alta deben ser realizada lo antes posible. Estos datos ayudan a encontrar el momento más adecuado para estas dos patologías.

A PROPÓSITO DE UN CASO VASCULITIS CON PRESENTACIÓN GASTROINTESTINAL

RPD
22

Ruiz L.¹; Bernedo V.²; Menendez L.³

SOR MARIA LUDOVICA^{1,2,3}

<lucasgabrielruiz@hotmail.com>

INTRODUCCIÓN

La afectación del aparato digestivo es un hecho conocido e infrecuente en las vasculitis, constituyen un grupo heterogéneo de enfermedades por la inflamación de los vasos sanguíneos.

OBJETIVO

Describir un paciente con vasculitis con debut digestivo y posteriormente manifestaciones en piel, articulaciones y renales.

CASO CLÍNICO

Varón de 15 años que presenta hematemesis, melena y fiebre, con antecedente de ingesta previa de anti-inflamatorios no esteroideos. Se realiza videoendoscopia alta: Esófago: Normal - Estomago: Edema, eritema y erosiones. Mucosa friable - Duodeno: Bulbo eritematoso. Colonoscopia: Pérdida del patrón vascular, eritema y erosiones en recto sigma. Biopsia intestinal: gastritis aguda con marcada actividad y rectitis crónica activa. Persiste febril se descarta etiología infecciosa y se solicitan auto-anticuerpos: P ANCA y ASCA negativos, C ANCA positivo. Por presentar mala evolución se medica con antibióticos. A los 7 días presenta tumefacción en manos con lesiones purpúricas palpables, violáceo, que se diseminan acompañados de edema e impotencia funcional. Biopsia de piel: purpura leucocito clástica. Con cultivos negativos se suspenden antibióticos. Continúa con deposiciones disintéricas esporádicas, que mejoran con mesalazina. Una semana después presenta artritis migratoria y macro-hematuria acompañado de fiebre, Se realiza interconsulta con reumatología y nefrología quienes solicitan FAN, anticuerpos anti-DNA, factor reumatoide, ANCA/PR3 y

biopsia renal. Se decide pulso de solumedrol por sospecha de vasculitis sistémica e Inicia nutrición enteral nocturna por evolución digestiva tórpida. Se informe de biopsia renal: Glomerulonefritis paucimune ANCA con semilunas. Se inicia tratamiento con ciclofosfamida. Diagnóstico al alta: vasculitis ANCA- C/PR3 positiva sistémica.

CONCLUSIÓN

Luego de descartar las causas frecuentes de hemorragia digestivas se deben tener presentes las vasculitis sistémicas, los aportes de la endoscopia como método diagnóstico no está claramente determinado y se necesita de un trabajo multidisciplinario para abordar al diagnóstico preciso.

ENFERMEDAD DE MÉNÉTRIER SECUNDARIA A INFECCIÓN POR CITOMEGALOVIRUS: A PROPÓSITO DE UN CASO

PO
23

Zosi A.¹; Menoyo M.²; Savia M.³; Bernedo V.⁴
HOSPITAL DE NIÑOS SOR MARIA LUDOVICA^{1,2,3,4}
<anabellazosi@hotmail.com>

INTRODUCCIÓN

La enfermedad de Ménétrier es una entidad rara en pediatría, caracterizada por gastropatía hipertrófica asociada a pérdida secundaria de proteínas. Se manifiesta con síndrome edematoso y síntomas inespecíficos como dolor abdominal y vómitos. En niños se asocia principalmente a infección por citomegalovirus (CMV). La evolución es benigna y autolimitada con resolución alrededor de las 5 semanas.

OBJETIVO

Describir un caso clínico de una enfermedad pediátrica poco frecuente, adjuntando las imágenes ecográficas y endoscópicas características.

DESCRIPCIÓN DEL CASO

Niño de 14 meses que consulta por fiebre, diarrea y vómitos asociados a catarro de vía aérea superior de una semana de evolución. En las últimas 24 horas agrega edema bupalpebral y de miembros inferiores, sin otros signos de relevancia.

Se decide internación en sala y se realiza laboratorio que revela hipoalbuminemia (23,8 g/l) y leucocitos de 35000 (42 % neutrófilos, 52% linfocitos). Tras descartar patología hepática y renal como causa de hipoalbuminemia se considera la posibilidad de pérdida de proteínas por tubo digestivo, constatada con un clearance de alfa 1 antitripsina elevado. Se solicita ecografía abdominal, video endoscopia digestiva alta (VEDA) y serologías virales. De estas últimas se reciben como reactivas inmunoglobulinas M y G para CMV, confirmándose infección por dicho virus con un test de avidéz bajo y una reacción en cadena de polimerasa (PCR) positiva en sangre.

Se realiza diagnóstico presuntivo de enfermedad de Ménétrier secundaria a infección por CMV que se confirma con ecografía abdominal en donde se observan pliegues gástricos múltiples e hipertróficos, y VEDA con toma de biopsia que evidencia mucosa de cuerpo y antro gástrico edematizada, con erosiones y pliegues engrosados; biopsia: gastritis crónica con actividad focal e hiperplasia foveolar. Cultivo para *Helicobacter pylori* negativo. PCR en mucosa gástrica positiva para CMV.

Se realiza tratamiento sintomático con buena evolución, otorgándose alta hospitalaria a los 17 días.

CONCLUSIÓN

Ante un paciente con síntomas gastrointestinales, hipoproteinemia y edema considerar a la enfermedad de Ménétrier como diagnóstico y solicitar ecografía abdominal, serología para CMV y VEDA con toma de biopsia para su confirmación.

LA RESTRICCIÓN DIETÉTICA PODRÍA AFECTAR LIGERAMENTE EL CRECIMIENTO EN PACIENTES LACTANTES CON PROCTOCOLITIS ALÉRGICA CON ALERGIA A LA PROTEÍNA DE LA LECHE DE VACA

RPD
26

Landi Fraguilia M.¹; Fortes P.²; Feroce P.³; Graziani P.⁴; Bozzola C.⁵
HOSPITAL BRITANICO^{1,2,3,4,5}
<landisofia@gmail.com>

INTRODUCCIÓN

La alergia alimentaria provocada por leche de vaca (APLV) es la más frecuente en lactantes. La proctocolitis alérgica (PCA) es una de las afecciones gastrointestinales más prevalentes durante los primeros meses de edad. Altamente variable, se puede presentar con aumento del número de deposiciones, cólicos, deposiciones explosivas, o acompañadas de moco y sangre, incluso hematoquezia. El tratamiento consiste en una dieta extensa en la que se debe evitar la ingesta del alimento ofensor por el paciente y la madre si amamanta. Esta restricción podría tener impacto en los parámetros antropométricos en estos pacientes.

OBJETIVO

Comparar una población con PCA por APLV con otra sana para determinar si los parámetros de crecimiento se ven afectados por la implementación de dietas.

POBLACIÓN Y MÉTODOS

Se evaluaron 32 casos con PCA diagnosticada por desafíos abiertos y se los comparó con 32 niños sanos de iguales edades a los casos. Se recopilaron datos de edad, sexo, talla y peso. Se calculó el Z score para talla y peso, relación peso/talla e IMC. Se aplicó t de student para estudio de variables paramétricas y χ^2 para no paramétricas. Se tomaron como valores significativos $p < 0,05$.

RESULTADOS

Las poblaciones fueron comparables en edad (Promedio/Mediana; Casos/Controles: 9,65/9,48 - 8/7m) y sexo (Casos/Controles M: 14/16 ; F: 18/16). No existieron diferencias en peso (Promedio/Mediana; Casos/Controles: 8,24/8,37 - 8,12/7,94 k), talla (Promedio/Mediana; Casos/Controles: 70/72 - 69/71cm), relación peso/talla (Promedio/Mediana; Casos/Controles: 11,56/11,54 - 11,79/11,22 k/m) e IMC (Promedio/Mediana; Casos/Controles: 16,41/16,16 - 16,47/16,18). El Z score para talla (Promedio/Mediana; Casos/Controles: -0,26/0,15 - -0,39/0,21) tuvo $p < 0,05$ y con el Z score para peso (Promedio/Mediana; Casos/Controles: 0,59/0,16 - 0,97/0,94) se obtuvo $p < 0,05$.

DISCUSIÓN

La PCA por APLV es una consulta habitual en consultorios y guardias. La dieta estricta es útil para el diagnóstico y el tratamiento. Existen posibilidades de poner en riesgo nutricional al lactante con dieta restrictiva. En este estudio con muestra pequeña los parámetros antropométricos básicos no se modifican estadísticamente con la dieta, incluso el peso puede incrementarse en pacientes con PCA. Sin embargo, existiría un cierto riesgo en el progreso de la talla en niños con PCA medidos a través del Z score, siendo este parámetro uno de los más sensibles y tempranos para detectar problemas en el crecimiento.

COMPLICACIÓN DE ÚLCERA DUODENAL. A PROPÓSITO DE UN CASO

Forti V.¹; Alvarado J.²; D'Alia P.³; Fernández V.⁴; Reartes A.⁵; Sommaruga H.⁶; Quintana C.⁷

HOSPITAL PEDRO DE ELIZALDE^{1,2,3,4,5,6,7}

<vale_forti@hotmail.com>

PO
27

INTRODUCCIÓN

La estenosis duodenal secundaria a úlcera péptica (UP) perforada en pediatría es una entidad poco frecuente. Las UP se asocian a infección por *Helicobacter Pylori* (HP), ingesta de AINES, cáusticos, quemaduras, estrés y patologías inflamatorias. Su incidencia ha disminuido debido al uso de bloqueantes H2, inhibidores de la bomba de protones (IBP) y al tratamiento para HP. Las úlceras duodenales suelen localizarse a nivel del bulbo y se perforan con mayor frecuencia que las gástricas manifestándose con síntomas inespecíficos o directamente con alguna complicación de más gravedad: hemorragia, perforación, síndrome pilórico.

OBJETIVOS

Dar a conocer los factores de riesgo de las UP.

CASO CLINICO

Varón de 11 años, previamente sano con antecedente de internación por neumonía con derrame bilateral, pericárdico y abdominal por SAMR y *Cándida* que requirió asistencia respiratoria mecánica, laparotomía exploradora, antibióticos, antifúngicos y analgésicos.

Luego del alta presentó llamativo descenso de peso, vómitos, alcalosis metabólica, hipokalemia e hipomagnesemia.

Una vez compensado, se le solicitó seriada esófago-gastro-duodenal donde se evidenció estómago aumentado de tamaño, retraso en el vaciamiento gástrico y escaso pasaje del contraste al duodeno.

Se realizó videoendoscopia digestiva alta (VEDA) que informó: estómago con abundante contenido alimentario pese al ayuno, bulbo duodenal

con mucosa edematizada, friable y estrechez fija que imposibilitaba visualización de la segunda porción del duodeno; se tomaron biopsias. Se intentó, sin éxito, colocar sonda transpilórica.

Anatomía patológica: Gastritis crónica antral en actividad de grado leve a moderado por HP y duodenitis crónica activa.

Recibió tratamiento para HP, omeprazol endovenoso y nutrición parenteral. A los 10 días se repitió VEDA con hallazgos similares, sin posibilidad de dilatación endoscópica con balón. Se realizó laparotomía observándose colon transversal bloqueando perforación duodenal, se efectuó rafia duodenal y se colocó sonda transpilórica. Evolucionó favorablemente, con buena tolerancia a la vía enteral.

CONCLUSIONES

El paciente presentaba múltiples factores de riesgo para UP: infección por HP, sepsis, ingesta de AINES prolongado y estrés. Al ser una complicación de una patología poco frecuente en pediatría se requiere un alto índice de sospecha y una anamnesis detallada para llegar a su diagnóstico.

INVAGINACIÓN INTESTINAL Y ENFERMEDAD CELÍACA: UNA ASOCIACIÓN A TENER EN CUENTA. APROPÓSITO DE UN CASO

Gomez L.¹; Gomez Elias C.²; Del Pino M.³

HOSPITAL DE NIÑOS RICARDO GUTIERREZ^{1,2,3}

<lujan_6@hotmail.com>

RPD
28

INTRODUCCIÓN

La asociación entre enfermedad celíaca (EC) e invaginación intestinal ha sido documentada décadas atrás en adultos, aunque esta entidad solamente se ha evidenciado en casos aislados pediátricos.

OBJETIVO

Conocer la asociación entre ambas entidades puede permitir un diagnóstico precoz de invaginación recurrente, mediante radiología de contraste u ecografía, y sospechar una posible EC subyacente.

CASO CLÍNICO

Presentamos el caso de un paciente de sexo femenino de 18 meses de edad, que consulta por vómitos postprandiales y dolor abdominal intermitente, rechazo parcial al alimento y distensión abdominal de 4 meses de evolución. Como antecedente presenta una internación a los 17 meses por deshidratación y disentería. Desde ese momento presenta 2 o 3 deposiciones voluminosas, blandas, pálidas y brillantes. Al examen físico presenta palidez mucocutánea, abdomen distendido, blando, sin visceromegalias, peso y talla en percentilo 3. Se realiza laboratorio que muestra leucocitosis y anemia microcítica e hipocromica, ecografía abdominal, evidencia en fosa iliaca izquierda imagen anecoica de aspecto pseudorenal con contorno ecogenico y múltiples anillos concéntricos en su interior compatible con invaginación intestinal. Se interconsulta con cirugía, quien indica su internación para control clínico. Por falta de clínica y buena evolución se toma conducta

expectante. Se solicita urocultivo, coprocultivo, parasitológico negativo, seriada esófago gastro duodenal normal y perfil de anticuerpo para enfermedad celiaca, encontrándose Anticuerpo anitransglutaminasa IgA IgG positivo con IgA total 103MG/DL (dentro de límites normales). Se realiza VEDA y toma de biopsia que confirma el diagnóstico de EC. Tras la supresión del gluten desaparecen el trastorno diarreico y la sintomatología dolorosa, constatándose ganancia ponderal y recuperación del apetito.

DISCUSIÓN

La mayoría de los casos de invaginación intestinal en menores de 2 años son de carácter idiopático. Se describen diversas formas secundarias y recurrentes, entre ellas, la enfermedad celiaca. Destacamos la importancia de sospechar esta asociación ante pacientes con invaginación intestinal recurrente y manifestaciones clínicas atípicas: dolores cólicos de intensidad moderada asociados a cierta distensión abdominal, con resolución espontánea. Cabe señalar la evolución favorable sin intervención quirúrgica, por lo que se debe tomar conducta expectante, desapareciendo definitivamente la clínica con la supresión del gluten de la dieta.

ÚLCERA GÁSTRICA GIGANTE POR *HELICOBACTER PYLORI*

Gonzalez L.¹; Ninomiya I.²; Steimberg C.³; Orsi M.⁴

HOSPITAL ITALIANO^{1,2,3,4}

<lucigonzalez@live.com.ar>

RPD
29

INTRODUCCIÓN

La infección por *Helicobacter* afecta a un 40% de la población mundial, siendo un 70% en mayores adultos. Los niños tienen una prevalencia de la infección entre un 10 al 80% dependiendo de factores epidemiológicos que pueden estar asociados a diversas condiciones de riesgo. Existe una marcada asociación entre HP y úlcera péptica. En pacientes con Úlcera duodenal la infección por HP es cerca del 90% y de un 70% en úlceras gástricas. Solo una minoría de los mismos presentan hemorragia digestiva, siendo muy poco frecuente en niños menores de 10 años (10%).

UP: úlcera péptica, HP: *Helicobacter pylori*, HUP: hemorragia por úlcera péptica

OBJETIVO

Presentación de un caso clínico de un paciente pediátrico, que debuta con una hemorragia digestiva alta por una úlcera gigante gástrica por infección por *H. Pylori*

MATERIAL Y METODO

Niña de 10 años previamente sana, sin antecedentes personales ni familiares digestivos. No se rescataron por interrogatorio factores epidemiológicos ni de riesgo asociados previos. Su enfermedad comenzó dos meses antes, con dolores cólicos abdominales, astenia y palidez progresiva que la llevó a consultar a emergencias. Al ingreso presentó deposiciones de características melénicas y enterorragia, laboratorio con Hb 6 g% y Hto 18% que requirió expansión y transfusión de componentes hemáticos. Se la derivó a centro de mayor complejidad para estudio y tratamiento.

Estudios realizados:

- TC abdominal con contraste: imagen gástrica con deformación de la pared gástrica y una imagen dudosa de probable origen vascular desde curvatura mayor.
- Ecoabdominal y ecodoppler de venas mesentéricas: normales.
- Centellograma c/Tc para Meckel: negativo.
- Videoesoscopia digestiva alta: presencia de una úlcera de 2cm x 1cm de forma triangular con rodete inflamatorio engrosado en zona prepilórica, friable, con fibrina, sin sangrado activo, piloro permeable, deformado, resto normal.

Anatomía patológica: gastritis crónica con actividad inflamatoria aguda, *Helicobacter pylori* positivo.

Tratamiento: inhibidores de bomba de protones, sucralfato, antibióticoterapia. Control 45 días posteriores con Videoesoscopia: sin evidencia de lesión en antro. Mucosa gástrica nodular.

CONCLUSIONES

La prevalencia de HP en los pacientes con HUP es menor si se compara con aquellos pacientes con UP no complicada (50-70%), lo que sugiere que otro factor puede estar jugando un papel en la patogenia de la hemorragia. Sin embargo, diversos estudios controlados han demostrado que en aquellos pacientes con HUP y HP la erradicación de la infección disminuyó significativamente el riesgo de resangrado comparado con aquellos en los cuales la infección no fue erradicada.

HEMORRAGIA DIGESTIVA MASIVA EN NIÑO CON PÓLIPO JUVENIL... A PROPOSITO DE UN CASO

Martínez Portilla K.¹; Borobia P.²; Zubiri C.³

HOSPITAL DE NIÑOS SOR MARÍA LUDOVICA; POSTGRADO EN GASTROENTEROLOGIA, HEPATOLOGIA Y NUTRICION PEDIATRICA
UNIVERSIDAD NACIONAL DE LA PLATA¹; HOSPITAL DE NIÑOS SOR MARÍA LUDOVICA^{2,3}

<karolmartinezp@gmail.com>

RPD
30

INTRODUCCION

El pólipo intestinal es el tumor gastrointestinal más frecuente en la infancia, siendo el pólipo juvenil el más frecuente, de aparición esporádica, sin malignización, generalmente único, con una prevalencia 1-3% en menores de 21 años y mayor incidencia entre 1 y 7 años; su etiología es desconocida y se manifiesta por la presencia de sangrado rectal indoloro que no genera descompensación hemodinámica.

CASO CLINICO

Paciente masculino, de 6 años, previamente sano, con cuadro súbito de enterorragia masiva que lleva al shock hipovolémico. Es llevado a cirugía por sospecha de divertículo de Meckel no evidenciándose el mismo. En la rectoscopia visualizan 2 pólipos sésiles, uno de ellos con sangrado activo por lo que realizan polipectomía con hemostasia satisfactoria.

En el posquirúrgico inmediato, persiste con enterorragia que lo descompensa, por lo que es enviado a nuestro hospital, donde se realiza laparotomía exploradora sin encontrar una causa que justifique el sangrado, la colonoscopia es guiada manualmente por los cirujanos hasta íleon, encontrando coágulos y restos sanguíneos en todo el trayecto, que no permiten visualizar la mucosa.

Es controlado en terapia intensiva, donde requiere múltiples transfusiones sanguíneas.

Por la persistencia del sangrado que disminuye el hematocrito, se interconsulta con hematología, quienes realizan estudios. Mientras tanto, ingresa otra vez a quirófano donde la VEDA persiste sin alteraciones y la colonoscopia con mucosa nodular, nuevamente abundantes restos hemáticos, con una lesión que impresiona ser base del pólipo y sutura quirúrgica, ambas con sangrado activo, se realiza esclerosis infiltrativa. El dosaje de factores de coagulación muestra un 11% de factor VIII y 83% de factor IX. Se diagnostica hemofilia leve y se inicia tratamiento con desmopresina, factor VIII y factor de Von Willebrand. El paciente evoluciona satisfactoriamente, sin nuevos sangrados. Es dado de alta con diagnóstico de hemorragia digestiva severa secundaria a pólipo juvenil, en paciente hemofílico.

CONCLUSION

La etiología del sangrado digestivo fue un pólipo; sin embargo, la persistencia del sangrado fue producto de la Hemofilia. Por tanto, en aquellos pacientes con sangrado masivo, a pesar de la presencia de un pólipo juvenil sangrante, se debe pensar que puede existir otra etiología que justifique un sangrado de tal magnitud.

TRICOBEOZAR, CAUSA DE MASA ABDOMINAL PALPABLE... A PROPOSITO DE UN CASO

RPD
31

Martínez Portilla K.¹; Miculan S.²; Zubiri C.³

HOSPITAL DE NIÑOS SOR MARÍA LUDOVICA; POSTGRADO EN GASTROENTEROLOGIA, HEPATOLOGIA Y NUTRICION PEDIATRICA UNIVERSIDAD NACIONAL DE LA PLATA¹; HOSPITAL DE NIÑOS SOR MARÍA LUDOVICA^{2,3}
<karolmartinezp@gmail.com>

INTRODUCCIÓN

El bezoar es una formación en el tracto digestivo, producida por ingestas de materiales no digeribles. Sus manifestaciones son variadas, desde sensación de masa hasta obstrucción intestinal. El manejo dependerá del tipo de bezoar, su tamaño y la condición clínica del paciente.

CASO CLÍNICO

Niña de 7 años, que consulta por palpase una masa abdominal, sin otra sintomatología. Al examen físico, buen estado general, peso y talla adecuado, se palpa en abdomen masa dura, no dolorosa en hipocondrio y flanco izquierdos que se extiende hasta región umbilical, sin otros hallazgos. Se solicita ecografía abdominal que informa masa de contenido heterogéneo compatible con bezoar.

Se reinterroga a la madre, quien refiere tricotofagia durante un año que llevo a alopecia del 50% del cuero cabelludo a los 2 años de edad, asociados a la presencia de violencia intrafamiliar.

Debido al buen estado clínico y la ausencia de síntomas obstructivos, se intenta comenzar con un tratamiento médico que evitaría la cirugía. Se indica la administración de Coca Cola® 600 ml/día y se realizan controles ambulatorios, en los cuales se evidenció disminución clínica y ecográfica de la masa.

A los 2 meses de tratamiento comenzó a eliminar pelos en materia fecal y al 3er mes, la masa es impalpable al examen físico.

Ante la posibilidad de un Síndrome de Rapunzel, se realiza video endoscopia digestiva alta para extracción de la masa. Al realizar el procedimiento, se observa un tricobezoar de consistencia pétreo, ocupando techo gástrico, que por su tamaño no puede ser extraído por vía endoscópica y en el mismo acto, se decide realizar extracción quirúrgica por laparotomía, obteniendo un tricobezoar de 13 x 8 cm. El procedimiento fue realizado sin complicaciones.

DISCUSION

A pesar que la Coca Cola® está indicada en el manejo del fitobezoar, en el caso clínico anteriormente expuesto, se obtuvo una respuesta favorable, sin importar que se tratase de un tricobezoar, logrando disminución del tamaño, sin causar efectos adversos.

CONCLUSION

La identificación del bezoar requiere un interrogatorio exhaustivo y dirigido, puesto que puede manifestarse tiempo después de la conducta que generó su formación y el paciente podría no identificar la relación entre la ingesta y la formación de la masa.

Los bezoares son una patología infrecuente, que requieren un alto índice de sospecha y según su composición, tamaño y estado clínico del paciente permitirá escoger la mejor alternativa para su manejo.

COLITIS ULCEROSA EN PACIENTE CON TRASTORNO DEL ESPECTRO AUTISTA A PROPÓSITO DE UN CASO.

PO
32

Barrere Quiroga M.¹; Feroce P.²; Vidal J.³; Fernie M.⁴; Cosentino M.⁵

HOSPITAL BRITANICO^{1,2,3,4,5}
<mfbarrequiroga@gmail.com>

INTRODUCCIÓN

La colitis ulcerosa (CU) es una inflamación crónica del colon, con extensión continua desde el recto proximal con grado variable de afectación. La incidencia en pediatría no se conoce con exactitud. El 33% son <20 años, y sólo 4% <5 años donde predomina la CU. La clínica varía desde diarrea sanguinolenta, tenesmo, dolor abdominal a pérdida de peso, fatiga y vómitos, o solo anemia crónica con o sin manifestaciones extraintestinales. Los trastornos del espectro autista (TEA) se asocian con frecuencia a alteraciones gastrointestinales de magnitud variable.

OBJETIVOS

Presentar un caso de enfermedad inflamatoria intestinal en paciente con TEA y subrayar la importancia de CU como diagnóstico diferencial.

DESCRIPCIÓN DEL CASO:

Paciente de 7 años con TEA, concurre a guardia por cuadro de gastroenteritis (GE) y deshidratación moderada. En la anamnesis refiere diarrea crónica de 4 años de evolución, con episodios de disentería reiterados y moco en materia fecal. Percentil (P) 25 de peso, P75 de talla y P10 de IMC. Se realiza sostén clínico de la GE y laboratorio que evidencia anemia de trastornos crónicos. Es evaluado por gastroenterología, se descarta celiacía, enfermedad tiroidea, con perfil reumatológico normal, sangre oculta en materia fecal positiva, ecografía abdominal sin hallazgos patológicos. Se realiza videoendoscopia digestiva alta y baja; se envía muestra para

anatomía patológica, confirmando CU de moderada intensidad. Inicia tratamiento farmacológico y a los 10 días se otorga egreso. Luego de 7 días concurre por episodios convulsivos, se realiza tomografía cerebral, electroencefalograma, resonancia magnética con protocolo para epilepsia, y es evaluado por neurología que indica tratamiento con levetiracetam y asume el cuadro como comorbilidad de TEA.

DISCUSIÓN

Los pacientes con TEA presentan con frecuencia trastornos gastrointestinales, siendo de difícil abordaje clínico debido al déficit de lenguaje que estos niños presentan y las alteraciones del comportamiento. Es importante pensar CU como diagnóstico diferencial en niños con disentería, retraso de crecimiento, o anemia crónica. El diagnóstico precoz y el tratamiento oportuno, mejoran el pronóstico y la calidad de vida.

VÓMITOS REITERADOS COMO DEBUT DE LINFOMA DE BURKITT. A PROPÓSITO DE UN CASO.

Barrere Quiroga M.¹; Silvestrini M.²; Vidal J.³; Diaranto A.⁴; Fernie M.⁵
 HOSPITAL BRITANICO^{1 2 3 4 5}
 <mbarrerequiroga@gmail.com>

PO
33

INTRODUCCIÓN

El linfoma de Burkitt es una variedad del linfoma no Hodgkin, que se caracteriza por un crecimiento rápido y de alta malignidad. Representa la tercer neoplasia de la infancia. Se presenta con más frecuencia en varones, en las edades de 5 a 10 años. El Burkitt puede ser endémico (África Ecuatorial y Nueva Guinea) o esporádico. Las manifestaciones clínicas son muy diversas y depende de la localización del mismo y su sintomatología puede ser escasa. La quimioterapia constituye actualmente el tratamiento de elección.

OBJETIVOS

Describir un caso clínico de patología infrecuente con clínica habitual de consulta por guardia.

DESCRIPCIÓN DEL CASO

Paciente de 4 años de edad, sin antecedentes patológicos, consulta por vómitos y epigastralgia. La mama refiere que el niño presenta desde hace 40 días vómitos aislados relacionados con las comidas, sin pérdida de peso asociada. Se constata niño en buen estado general, clínicamente estable, hemodinámicamente compensado, afebril, abdomen blando depresible levemente doloroso con masa palpable a nivel esplénico, se realiza radiografía de abdomen que evidencia imagen radiopaca en hemiabdomen superior izquierdo, ecografía abdominal que informa

en epigastrio formación sólida heterogénea con áreas líquidas y calcificaciones con flujo Doppler en su interior. Hígado con imágenes hipoeoicas nodulares. En el laboratorio presentó LDH moderadamente aumentada. Se interconsulta con oncología infantil y hematología, se realiza tomografía de abdomen y resonancia magnética que informa estómago de paredes engrosadas de manera difusa con disminución de la luz, adenopatías retroperitoneales, hígado con imágenes focales hipodensas, esplenomegalia. Sin diagnóstico certero se decide realizar videoendoscopia digestiva alta donde se observa paredes del estómago engrosadas, con disminución de la luz, bordes fenestrados. Se envía muestra a anatomía patológica: Linfoma de Burkitt. Se realiza aspirado de médula ósea que informó celularidad conservada. Actualmente cumpliendo tratamiento según esquema GATLA.

CONCLUSIÓN

La recurrencia de un síntoma banal, frecuente motivo de consulta, debe ser una alarma para descartar enfermedades graves. Los linfomas son una entidad poco frecuente pero por su rápido crecimiento significan una amenaza a la vida.

INGESTA DE CAUSTICOS, CLASIFICACION Y EVOLUCION

Martínez Portilla K.¹; Chereau C.²; Suarez A.³; Zosi A.⁴; Ruiz L.⁵; Maruca S.⁶;
Arregui M.⁷; Losada Gomez C.⁸; Savia M.⁹; Borobia P.¹⁰
 HOSPITAL DE NIÑOS SOR MARÍA LUDOVICA; POSTGRADO EN GASTROENTEROLOGIA, HEPATOLOGIA Y
 NUTRICION PEDIATRICA UNIVERSIDAD NACIONAL DE LA PLATA^{1 7 8}; HOSPITAL DE NIÑOS SOR MARÍA LUDOVICA^{2 3 4 5 6 9 10}
 <karolmartinezp@gmail.com>

RPD
34

INTRODUCCIÓN

La ingesta accidental de cáusticos en pediatría sigue siendo un grave problema médico-social, su prevención es esencial para evitar las lesiones y sus complicaciones.

OBJETIVOS

Caracterizar la población pediátrica atendida por ingesta de cáusticos en el Hospital Público Pediátrico de la ciudad de La Plata.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio descriptivo, retrospectivo de corte transversal, realizado en el Hospital de niños Sor María Ludovica de La Plata, en pacientes entre 0 y 16 años que presentaron ingesta de cáusticos y fueron evaluados endoscópicamente durante el periodo comprendido entre enero de 2010 a diciembre 2015.

Los datos fueron obtenidos de la base de datos del Servicio de Gastroenterología Pediátrica.

RESULTADOS

Durante el periodo del estudio se ingresaron 44 pacientes por ingesta de cáusticos a quienes se les realizó Video endoscopia digestiva alta (VEDA) para evaluación de la lesión, el 100% se realizó durante las primeras 24 hs y un 18% de los pacientes requirieron nuevas VEDA para tratamiento. La edad media de presentación fue 2,8 años (rango entre 1-14 años), el 68% fueron varones y el 32% mujeres. 88% ingirió álcalis y 11% ácidos. El 100% fueron de causa accidental.

La VEDA realizadas por ingesta de ácidos fue Zargar 0 en un 100% y por ingesta de álcalis fue grado 0 en un 79%, grado 1 un 14%, grado 2 un 5% y grado 3 un 3%.

El 18% de los pacientes presentaron estenosis, de ellos, el 50% requirió dilataciones hasta en 5 oportunidades, el 50% restante recibió tratamiento endoscópico complementario y 1 solo paciente requirió cirugía.

DISCUSION

La ingesta de sustancias corrosivas genera lesiones de grado variable a nivel esofágico, siendo la estenosis la principal complicación.

En la ingesta de cáusticos la realización de la VEDA dependerá del tiempo transcurrido después de la ingesta, puesto que en aquellos pacientes que consultan después de las 72 horas tienen contraindicación para realizarla y el seguimiento se lleva a cabo por medio de SEG, no siendo posible clasificar la lesión inicial.

A pesar de las numerosas campañas de prevención que se realizan diariamente, la ingesta de cáusticos continua siendo un motivo de consulta a la guardia siendo éste un problema de salud pública.

POLIPOS INTESTINALES: CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS Y ENDOSCÓPICAS EN PACIENTES PEDIÁTRICOS

Martínez Portilla, KA¹; Borobia, P²; Zubiri, C³; Bernedo, V⁴; Arregui, MC⁵; Zosi, A⁶; Ruiz, LG⁷; Savia, MA⁸; Losada Gomez, CL⁹; Ben, R¹⁰

HOSPITAL DE NIÑOS SOR MARÍA LUDOVICA; POSTGRADO EN GASTROENTEROLOGÍA, HEPATOLOGÍA Y NUTRICIÓN PEDIÁTRICA UNIVERSIDAD NACIONAL DE LA PLATA^{1,5,9}; HOSPITAL DE NIÑOS SOR MARÍA LUDOVICA^{2,3,4}; HOSPITAL DE NIÑOS SOR MARÍA LUDOVICA^{6,7,8,10}
karolmartinezp@gmail.com

RPD
35

INTRODUCCIÓN

Los pólipos intestinales son el tumor gastrointestinal más común en la infancia, en su mayoría benignos; según su cantidad, manifestaciones extraintestinales y antecedentes familiares se clasifican dentro de los síndromes polipoides.

El presente estudio tiene como objetivo determinar la frecuencia, clasificación y hallazgos de colonoscopia en pacientes con pólipos intestinales en la edad pediátrica.

MATERIALES Y METODOS

Estudio descriptivo, retrospectivo, de corte transversal, realizado en el Hospital Público Pediátrico, en pacientes entre 0 y 16 años con colonoscopia diagnóstica de pólipos, realizadas entre enero de 2003 y diciembre de 2015. Los datos fueron obtenidos de la base de datos del Servicio de Gastroenterología Pediátrica.

RESULTADOS

Entre enero de 2003 y diciembre de 2015 se realizaron 1959 colonoscopias, en 352 se evidenciaron pólipos intestinales (18%), de los cuales el 92% correspondía a pólipos juveniles (PJ), 5% Poliposis juvenil múltiple (PJM), 2% Poliposis Adenomatosa Familiar (PAF) y 1% Síndrome de Peutz Jeguers (SPJ).

Las características clínicas y de colonoscopia se detallan en *Tabla I, II y III*.

TABLA I. CARACTERÍSTICAS DE LA POBLACION

	PJ	PJM	PAF	EPJ
Total de pacientes	326 (95%)	9 (3%)	4 (1,1%)	1 (0,3%)
Género				
Masculino	191 (59%)	4 (40%)	2 (50%)	0
Femenino	134 (41%)	6 (60%)	2 (50%)	1 (100%)
Edad mayor prevalencia (años)	3-6 (66%)	5-6 (78%)	12-14 (75%)	14 (100%)

TABLA II. MANIFESTACION CLINICA – INDICACIONES COLONOSCOPIA

	PJ	PJM	PAF	EPJ
Rectorragia	91%	60%	40%	0
Enterorragia	3%	0	0	0
Colitis	2%	0	0	0
Prolapso	1%	0	0	0
Seguimiento	3%	40%	40%	100%
Antecedente familiar	0%	5%	20%	0

TABLA III. LOCALIZACION DE LOS POLIPOS

	PJ	PJM	PAF	EPJ
Recto-sigma	82%	38%	Incontables	100%
Colon izquierdo	13%	34%	Incontables	0
Colon derecho	5%	29%	Incontables	0

DISCUSION

El PJ es la forma más frecuente de presentación de pólipo intestinal, localizándose principalmente en recto y siendo el sangrado rectal su manifestación más prevalente como se encuentra reportado en la literatura. Los síndromes polipoides en nuestro estudio tienen una incidencia menor a la bibliografía consultada, pero se encuentran pocos estudios realizados en la edad pediátrica, lo que hace que se extrapolen datos de población adulta y se generalicen. En los síndromes polipoides, el antecedente familiar se presenta como una indicación de colonoscopia que permite realizar diagnósticos tempranos en pacientes a riesgo. El presente estudio suministra datos epidemiológicos locales obtenidos en un hospital público de derivación de la Provincia de Buenos Aires.

INVAGINACIÓN INTESTINAL Y CELIAQUÍA. A PROPÓSITO DE TRES CASOS

Savia M.¹; Arregui M.²; Gonzalez M.³; Guzman L.⁴; Menendez L.⁵

HOSPITAL SOR MARÍA LUDOVICA^{1,2,3,4,5}

<mariansavia@yahoo.com.ar>

RPD
36

INTRODUCCIÓN

La Enfermedad celíaca (EC) es un trastorno sistémico inmuno mediado, desencadenado por la ingesta de gluten y prolaminas relacionados, que se producen en individuos genéticamente susceptibles. Uno de los aspectos más sorprendentes es lo variado de sus formas de presentación, siendo la invaginación intestinal aguda una de ellas.

OBJETIVO

Describir tres pacientes con invaginación intestinal como forma de presentación de EC de reciente diagnóstico.

Caso clínico 1: Niña de 24 meses, con abdomen agudo pseudobstructivo.

Se constata en ecografía 5 imágenes compatibles con invaginación intestinal. Dos de ellas transitorias, que desaparecen durante el mismo estudio ecográfico. Las restantes requirieron laparotomía exploradora y desinvaginación manual. La paciente presentaba desnutrición grave y diarrea crónica. Durante su seguimiento se confirmó el diagnóstico de EC

Caso clínico 2: Niño de 20 meses, con diagnóstico de EC el mes previo, presentó imagen ecográfica compatible con invaginación ileo-ileal que resolvió por colon por enema. Presentó al segundo día de internación nueva invaginación que requirió desinvaginación manual por laparotomía.

Caso clínico 3: Niña de 28 meses de vida, con diagnóstico de EC de tres meses de evolución, presentó cuadro de invaginación intestinal ileo-ileal que requirió resolución quirúrgica. A los 5 meses presenta nuevo cuadro de abdomen agudo, detectándose ecográficamente imágenes de invaginación transitorias que no requirieron intervención.

Los tres pacientes presentaron al momento de la consulta grave estado nutricional, con peso y talla por debajo del percentil tres.

DISCUSIÓN

La EC condicionaría inflamación y engrosamiento de la pared intestinal, que conduciría a hiperperistaltismo y aumento de la dilatación intestinal que podría resultar en intususcepción aguda. Suele producirse entre el año y los tres años de vida, afectar segmentos cortos ileo-ileales, ser autolimitadas y recidivantes. La supresión del gluten previene la recurrencia de la invaginación, pero se han descrito casos en la fase inicial de la exclusión.

CONCLUSIÓN

Sobre la base de lo expuesto y la literatura revisada, la EC puede favorecer la intususcepción del intestino delgado, debiendo pensar esta posibilidad ante la presencia de invaginación atípica sin otra causa aparente.

HEMATOQUECIA EN LACTANTES: ¿EN QUE PENSAMOS?

Benedetti, L.¹; Villarruel, J.²; Caligiore Gei, MP³; Tamburri, N⁴; Diaz, L⁵; Ponce, D⁶
 HOSPITAL ESPAÑOL DE MENDOZA^{1,2,3,4,5,6}
 laubenedetti@gmail.com

RPD
37

INTRODUCCIÓN

La hemorragia del tracto digestivo es un motivo importante de consulta en los Servicios de Urgencias Pediátricas; y, por lo tanto, es fundamental el abordaje sistemático de las distintas opciones diagnósticas y terapéuticas. Dentro del espectro de diagnósticos diferenciales, la duplicación intestinal es una anomalía congénita que debería considerarse siempre, ya que a pesar de su baja frecuencia, su diagnóstico y tratamiento oportuno permiten evitar complicaciones severas como sangrado digestivo bajo (enterorragia y o hematoquecia), obstrucción por intususcepción o vólvulo y perforación intestinal.

OBJETIVO

Presentar un caso clínico de duplicación intestinal en un lactante, su diagnóstico y tratamiento.

DESCRIPCIÓN DEL CASO

Paciente de sexo masculino, de 5 meses de edad, derivado de hospital de referencia por enterorragia y anemia. El motivo de la consulta se debe a la presencia desde 72 hs previas, de deposiciones con sangre roja (uno o dos episodios por día). Antecedentes familiares de atopía. Alimentado por lactancia materna exclusiva. Desde los 3 meses de vida refiere episodios repetidos de deposiciones con sangre. Ante la sospecha de APLV, se indicó restricción de alimentos lácteos a la mamá, con lo cual no mostró mejoría, por lo que posteriormente se indicó fórmula hidrolizada. Al ingreso, el bebé presenta regular estado, con palidez cutáneo-mucosa generalizada, frecuencia cardíaca 157/minuto, soplo sistólico 2/6 en mesocardio. Abdomen no distendido, depresible, no doloroso con ruidos

hidroaéreos presentes. No se evidencia sangrado activo. Debido a la evaluación hematológica, que muestra la hemoglobina de 7 g/dl, se le indica una transfusión de glóbulos rojos sedimentados.

Se realiza VEDA que no muestra hallazgos patológicos y videocolonoscopia donde se evidencia tumoración redondeada submucosa en ciego, que compromete la válvula ileocecal. Centellograma: negativo. Se solicita RNM de abdomen con contraste EV, que confirma lesión nodular sólida con intensidad de señal heterogénea en T2, de bordes netos y bien definidos, ubicada en fosa ilíaca derecha, de aproximadamente 16,5 mm X 17 mm.

Durante las siguientes 48 hs de internación, repite 4 episodios más de enterorragia. Se decide realizar exploración quirúrgica, con resección de la lesión sólida, adherida a válvula ileocecal y apéndice, con posterior anastomosis termino-terminal ileo-colónica. La anatomía patológica informó: quiste de duplicación cecal con mucosa gástrica heterotópica ulcerada.

CONCLUSIÓN

Consideramos importante tener en cuenta a la duplicación intestinal, como causa de hemorragia digestiva en lactantes. Como se trata de una patología de frecuencia baja, requiere de un índice de sospecha elevado durante la evaluación clínica. El diagnóstico certero y el tratamiento oportuno, evitarían complicaciones severas.

INGESTA DE PILA BOTÓN: A PROPÓSITO DE 3 CASOS

Verdi M.¹; Silvestri G.²; Reynoso R.³; Valenzuela L.⁴; Paz S.⁵; Vidal J.⁶; Ortiz G.⁷; Messere G.⁸; Fernandez J.⁹; Bigliardi R.¹⁰;
Oviedo A.¹¹; Lucero N.¹²; Crespo E.¹³; Diaz F.¹⁴; D'aleccio N.¹⁵
 HOSPITAL POSADAS^{1,2,3,4,5,6,7,8,9,10,11,12,13,14,15}
 <fidou15@gmail.com>

PO
41

INTRODUCCIÓN

La impactación de pila botón en esófago es una emergencia endoscópica por sus mecanismos lesivos (descarga eléctrica, daño caustico alcalino y lesión por decúbito).

OBJETIVO

Describir la morbilidad ocasionada por la ingesta de pila botón en pacientes pediátricos.

Caso N°1: Niña de 18 meses. Antecedentes de un mes de faringitis, vómitos y broncoespasmos. Consulta por dificultad respiratoria, estridor inspiratorio. Mal estado general, hiperextensión del cuello. Rx tórax: hallazgo de cuerpo extraño redondeado, radiopaco con doble halo compatible con pila botón en tercio superior del esófago. Se realiza VEDA: a los 12cm de ADS, pila botón adherida a la pared lateral derecha del esófago. Mucosa ulcerada. No logra extraerse por endoscopia, realizándose cervicotomía. Esófago adherido a vía aérea y a espacio prevertebral. Se extrae pila por esofagotomía. Se interna en UTIP, con Omeprazol, corticoides y antibiótico endovenoso. Inicia tolerancia oral con líquidos a las 48hs. Al mes se realiza esofagograma, con buen pasaje del contraste, sin imágenes patológicas. Permanece asintomático al momento.

Caso N°2: Niño de 9 meses previamente sano. Consulta: ingesta de Pila Botón 3hs previas, sialorrea y estridor inspiratorio. Rx tórax: cuerpo extraño en tercio superior esofágico. VEDA: en tercio superior

del esófago, mucosa ulcerada con necrosis central, que ocupa > 75% de la circunferencia y estenosis parcial. Se extrae pila. Internación en UTIP con Omeprazol y corticoides. Tolerancia oral: 48hs. Al 8vo día esofagograma con pseudodivertículo en esófago superior. Valoración por ORL por persistencia de estridor: parálisis bilateral de cuerdas vocales. Se suspende alimentación. Se realiza traqueostomía y gastrostomía. Permanece sin cambios.

Caso N°3: Niño de 19 meses consulta por nauseas y vómitos, con sospecha de ingesta de cuerpo extraño. Rx tórax: pila botón en esófago. VEDA: a 11cm de ADS mucosa ulcerada rodeando pila botón, adherida a la pared, con imposibilidad de extracción. Se realiza cervicotomía y esofagotomía. Internación en UTIP. ARM por 7 días. Al 5to día salida de saliva por herida quirúrgica: fístula esófago-cutánea. Inicia alimentación enteral por sonda nasogástrica a los 7 días con buena tolerancia. Continúa internado hasta el momento.

CONCLUSIÓN

Resaltar la importancia de la sospecha, el diagnóstico y la extracción precoz de las pilas botón impactadas en esófago, debido a sus posibles complicaciones.

EFICACIA Y SEGURIDAD DE LOS HEMOCLIPS ENDOSCÓPICOS EN UNA SERIE DE PACIENTES PEDIÁTRICOS

RPD
42

Costaguta A.¹; Candarle P.²; Araujo W.³
SANATORIO DE NIÑOS^{1,2,3}

<alejandro.costaguta@gmail.com>

INTRODUCCIÓN

Los hemoclips aplicados por vía endoscópica han sido utilizados ampliamente entre los pacientes adultos en una variedad de escenarios demostrando ser una herramienta simple, segura y efectiva. Los reportes de su uso en pediatría son más escasos, aunque parecen reproducir los resultados obtenidos en adultos.

OBJETIVO

Reportar la experiencia de nuestro grupo con la utilización de hemoclips endoscópicos en los últimos 2 años.

MATERIAL Y MÉTODO

Estudio observacional retrospectivo descriptivo. Se revisaron las historias clínicas de todos los pacientes en que se utilizaron hemoclips colocados por vía endoscópica, considerando especialmente: indicación (tipo de patología), número de clips colocados, efectividad terapéutica y complicaciones. Definimos "efectividad terapéutica" al logro del resultado buscado (hemostasia, cierre de perforación, prevención de resangrado) en relación al número de intentos.

RESULTADOS

Se colocaron un total de 30 clips en 17 pacientes (8 F, edad promedio 5,3 años (2-16 años)). Las indicaciones fueron: 10 pólipos juveniles (3 sangrantes, 7 profilaxis postpolipectomía, con vaso expuesto en el pedículo residual), 4 úlceras gastroduodenales (Forrest 2), 1 cierre de perforación gástrica iatrogénica (uso previo de Argón plasma en displasia vascular), 1 úlcera de colon (CMV en paciente inmunosuprimido), 1 displasia vascular de recto. En 16 pacientes se

logró el resultado deseado (efectividad terapéutica 16/17); el paciente con úlcera colónica por CMV presentaba una lesión extensa que no permitió el correcto anclaje de los clips (desprendimiento prematuro). El tratamiento de la perforación gástrica fue completado con sutura laparoscópica, aunque ya se había logrado el cierre hermético por vía endoscópica (2 clips). No se observaron complicaciones derivadas de la técnica en ningún caso.

CONCLUSIÓN

El uso de hemoclips resultó ser una herramienta segura y efectiva en esta población de pacientes pediátricos. La técnica simple permite su aplicación en una variedad de escenarios diferentes.

ENFERMEDAD CELIACA EN MENORES DE 2 AÑOS: FRECUENCIA, COMPROMISO INTESTINAL Y CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS

RPD
43

Arregui, MC¹; Martínez Portilla KA²; Maruca SJ³; Ruiz LG⁴; Zosi A⁵; Savia MA⁶; Losada Gomez C⁷; Guzman L⁸; Bernedo V⁹; Cueto Rúa E¹⁰; Gonzalez T¹¹

HIAEP SOR MARIA LUDOVICA^{1,2,3,4,5,6,7,8,9,10,11}
chris04_363@hotmail.com

INTRODUCCIÓN

La enfermedad celíaca (EC) en la infancia puede tener severas manifestaciones gastrointestinales que resultan en desnutrición, retraso del crecimiento e incluso enteropatías perdedoras de proteínas. Si bien estas manifestaciones clínicas graves eran más frecuentes años atrás, cuando se presentan a temprana edad, el compromiso sistémico es mayor. El presente estudio tiene como objetivo determinar la frecuencia de pacientes celíacos con enteropatía grado IV en menores de 2 años y detallar la presentación clínica de los mismos.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio descriptivo, retrospectivo, de corte transversal realizado en Hospital Público Pediátrico, en pacientes menores de 2 años, a quienes se les realizó videoendoscopia digestiva alta (VEDA) con fines diagnósticos de EC. El período de estudio abarca desde el 1 de noviembre de 2013 al 31 de octubre del 2016. La información fue obtenida de la base de datos del Servicio de Gastroenterología. Se utiliza para determinar el grado de enteropatía, el criterio histológico propuesto por Drutt-Cueto Rúa para la gradación de atrofia vellositaria, que estandariza en 4 grados la disminución del índice vellosidad/cripta (v/c), partiendo de una relación v/c > 2.5 en duodeno distal normal y siendo el grado IV < 0.5.

Se incluyeron como pacientes celíacos aquellos que poseen anticuerpos positivos (DPG, TTG y/o EMA) con enteropatía grado II, III y IV.

RESULTADOS

Se realizaron un total de 825 VEDA. De ellas, 115 (13.93%) corresponden a pacientes con EC de los cuales 18 (15.6%) fueron menores de 2 años; de éstos, 11 pacientes presentaban enteropatía grado IV, que corresponden al 61% de los celíacos diagnosticados.

TABLA I

	Noviembre-2013	2014	2015	Octubre-2016
Cantidad total de endoscopias digestivas altas	35	236	292	262
Cantidad de pacientes celíacos	12	34	37	32
Pacientes con enteropatía grado IV	5	25	27	25
Pacientes con enteropatía grado IV y menores de 2 años	2	1	3	5

TABLA II. Presentación clínica en pacientes menores de 2 años

	#	%
Síndrome malabsortivo	10	90
Requirieron internación	4	36
Dolor abdominal	2	18
Vómito	1	9

La mayoría debutó con un síndrome malabsortivo y se destaca que 4 pacientes requirieron internación por compromiso nutricional grave.

DISCUSIÓN

La biopsia duodenal revela que los celíacos tienen distinto grado de atrofia al momento del diagnóstico. Sin embargo, en los menores de 2 años hubo mayor prevalencia de enteropatía grado IV que incluso fue en aumento en los últimos 3 años en nuestro servicio.

Al igual que en la bibliografía consultada, se observa que en pacientes de corta edad, los síntomas malabsortivos prevalecen, lo que condiciona un importante compromiso sistémico, generando un aumento de la morbilidad que requiere manejo intrahospitalario.

ENFERMEDAD CELÍACA Y BÚSQUEDA DE ENFERMEDADES ASOCIADAS DURANTE EL SEGUIMIENTO: EXPERIENCIA EN 5 AÑOS EN UN HOSPITAL PEDIÁTRICO

PO
44

Zosi A.¹; Arregui C.²; Savia M.³; Maruca S.⁴; Martínez Portilla K.⁵; Ruiz L.⁶; Guzmán L.⁷; Paula B.⁸; Menendez L.⁹; Losada Gomez C.¹⁰; Gonzalez T.¹¹
HOSPITAL DE NIÑOS SOR MARIA LUDOVICA^{1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11}
<anabellazosi@hotmail.com>

INTRODUCCIÓN

La enfermedad celíaca (EC) es un trastorno inmunitario sistémico, mediado por gluten en individuos genéticamente predispuestos. Afecta el intestino delgado generando malabsorción de nutrientes, con el consiguiente déficit nutricional y anemia, y órganos extraintestinales como el hígado. Asocia también enfermedades autoinmunes tiroideas y diabetes tipo 1 (DBT1).

OBJETIVOS

Determinar frecuencia de anemia, hipertransaminasemia, disfunción tiroidea y DBT1, en niños con EC en el diagnóstico y seguimiento.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio descriptivo retrospectivo de corte transversal de las HC de pacientes celíacos diagnosticados en el año 2010 en un Hospital Pediátrico. Se analizaron hematocrito (Hto), hemoglobina (Hb), Hormona estimulante de la tiroides (TSH), tiroxina (T4), Anticuerpos antiperoxidasa (anti-TPO), glucemia, transaminasa glutámico-oxalacética (GOT) y transaminasa glutámico-pirúvica (GPT), al diagnóstico, al año y a los cinco años de la dieta libre de gluten (DLG).

RESULTADOS

Se diagnosticaron 63 niños con EC, 41 de ellos regresaron al control anual, y 18 a los 5 años.

	Al diagnóstico (n= 63)	Al año (n= 41)	A los 5 años (n= 18)
Anemia	22 (35%)	5 (18%)	5 (28%)
TSH elevada	-	-	1 (5%)
Ac TPO (+)	-	1(2,5%)	1 (5,5%)
Hiperglucemia	1 (1,5%)	-	-
Hipertransaminasemia	3 (5%)	1 (2,5%)	-

*Anemia: al diagnóstico 22 niños (35%) estaban anémicos. Al año 5 pacientes tuvieron anemia (12%), coincidentemente con Anticuerpos (Ac) EC positivos. A los 5 años, 5 pacientes (28%) con anemia, tres de ellos con AC persistentemente positivos.

*Disfunción tiroidea: sólo un paciente con hipotiroidismo previo al diagnóstico de EC. Dos pacientes tuvieron Ac ATPO positivos, con TSH y T4 normales.

*Hiperglucemia: un paciente con hiperglucemia y diagnóstico previo de DBT1. No se diagnosticaron pacientes con DBT1 durante el seguimiento.

*Hipertransaminasemia: al diagnóstico 3 pacientes presentaron hipertransaminasemia. Dos normalizaron al año, y en uno persistió, coincidentemente con Ac EC positivos. A los 5 años todos transaminasas normales.

CONCLUSIÓN

Sugerimos la búsqueda de anemia al diagnóstico de EC. Si cumple la DLG mejoraría la mucosa intestinal, revirtiendo la misma.

Recomendamos medir TSH en el diagnóstico y seguimiento. Podrían no solicitarse Ac ATPO, ya que pueden ser positivos sin relación con TSH aumentada.

No habría información para recomendar screening de DBT1 en estos niños.

La hipertransaminasemia puede ser el motivo de consulta inicial en un niño celíaco, y revertir con la DLG.

EVALUACIÓN ENDOSCÓPICA INICIAL EN PACIENTES CON INGESTA DE SUSTANCIAS CAUSTICAS

PO
45

Messere G.¹; Ortiz G.²; Bigliardi R.³; Crespo Quinteros E.⁴; Fernandez J.⁵; Vidal J.⁶; Reynoso R.⁷
HTAL. POSADAS^{1 2 3 4 5 6 7}
<gabrielamessere@yahoo.com.ar>

OBJETIVO

Mostrar la importancia de la evaluación endoscópica temprana en pacientes con ingesta de sustancias causticas.

MATERIAL Y METODOS

Desde junio de 2014 a octubre de 2016 se atendieron en la guardia de endoscopia digestiva pediátrica del Hospital Nacional Dr. A. Posadas 61 niños que ingirieron sustancias causticas.

Edad: de 1 a 14 años 11m (1 a 3 años: 27 pacientes, 3 a 6 años: 11 pac., 6-11 años: 4 pac. y mayores de 11 años: 3 pac.). Todas fueron de causa accidental. La mayoría de las sustancias eran de uso industrial y solo una de uso medicinal.

Se les realizo videoendoscopia digestiva con anestesia general entre las 12 y las 24 hs de la ingesta a 45 de los 61 pacientes, los 16 restantes consultaron pasado ese periodo. Se utilizó la clasificación de Zargar para esofagitis caustica. Aquellos pacientes que presentaban Zargar grado IIb o III se inició tratamiento con prednisona 1mg/kg/día por 7 días y omeprazol 1mg/kg/día .

Según las características químicas se dividieron en dos grupos: acidos (15) y álcalis (30).

RESULTADOS

De los 15 pacientes con ingesta acida presentaron imagen endoscópica Zargar 0 (normal):10, Zargar I: 1, Zargar IIa: 2, Zargar IIb: 1, Zargar III: 1. Con respecto a los 30 pacientes con ingesta alcalina presentaron imagen endoscópica Zargar 0 (normal):25, Zargar IIa: 1, Zargar IIb: 2, Zargar III: 2.

Al mes, todos los pacientes con lesiones iniciales Zargar IIb y III presentaron estenosis esofágica que requirieron dilataciones posteriores. (2 con ingesta acida y 4 con ingesta alcalina). Ninguno con lesiones Zargar I y IIa evidenciaron algún tipo de complicación.

CONCLUSIÓN

De acuerdo a estos datos se pone en evidencia la importancia de la evaluación endoscópica dentro de las primeras 24 hs de la ingesta de la sustancia cáustica a fin de determinar un pronóstico en la morbilidad.

CORRELACIÓN DE IMÁGENES ENDOSCÓPICAS DUODENALES CON LAS MANIFESTACIONES CLÍNICAS Y LOS HALLAZGOS HISTOLÓGICOS EN NIÑOS CON ENFERMEDAD CELIACA.

RPD
46

Messere G.¹; Ortiz G.²; Vidal J.³; Bigliardi R.⁴; Verdi F.⁵; Paz S.⁶; Reynoso R.⁷; Toca M.⁸

HTAL. POSADAS^{1,2,3,4,5,6,7,8}

<gabrielamessere@yahoo.com.ar>

OBJETIVO

Determinar la concordancia entre las patentes endoscópicas duodenales con las manifestaciones clínicas y los hallazgos histológicos en niños con enfermedad celiaca.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se compararon las imágenes endoscópicas y los hallazgos histológicos de las biopsias de bulbo y 2da duodenal de pacientes celiacos al momento del diagnóstico, atendidos en la Sección de Gastroenterología Infantil del Htal Dr. A. Posadas entre enero de 2013 y Diciembre de 2015.

Hallazgos endoscópicos considerados patológicos: Mucosa en mosaico; pliegues festoneados, disminución de pliegues.

Hallazgos Histológicos: Fueron clasificados según Marsh.

RESULTADOS

Se estudiaron 219 celiacos, Edad media 79,5 m (12-180 m), Fem 58%.

Las manifestaciones clínicas fueron: clásica n: 143 (65%), no clásica n: 52 (24%) y asintomática n: 24 pacientes (11%).

Dieciséis pacientes tenían imagen endoscópica normal. De los 203 pacientes restantes con imagen endoscópica patológica, 176 presentaron lesiones tanto en bulbo como en 2da duodenal, 8 presentaban solo lesión en bulbo y 19 solo en 2da duodenal.

La lesión predominante en 2da duodenal fue mucosa en Mosaico y pliegues con festón (74%); en bulbo mucosa en mosaico (80%) y en 31 pacientes (14%) la lesión endoscópica se presentó en forma de parche.

Relación histológica/Endoscópica

BULBO	Imagen Endoscópica	
	Normal (n 35)	Patológica (n 184)
Histología Normal (n7)	n 1	n 6
Patológica (n212)	n 34	n 178

2da DUODENAL	Imagen Endoscópica	
	Normal (n 24)	Patológica (n 195)
Histología Normal (n7)	n 4	n 3
Patológica (n212)	n 20	n 192

Ocho pacientes tenían lesión histológica únicamente en bulbo con 2da duodenal normal. (5 pacientes con clínica clásica, 2 no clásica y 1 asintomático).

De los 24 pacientes silentes solo 3 tenían imagen endoscópica normal; y con respecto a la lesión histológica 1 paciente tenía bulbo normal, 1 paciente 2da duodenal normal y 22 pacientes lesión patológica concordante entre ambas.

CONCLUSIONES

Los patrones endoscópicos y los hallazgos histológicos fueron concordantes en la mayoría de los pacientes celiacos. El patrón endoscópico normal y la ausencia de sintomatología no descartaría la alteración histológica de la enfermedad.

A PROPÓSITO DE UN CASO COLOPATÍA SEVERA INTRATABLE

Sambuceti E.¹; Antoniska M.²; Contreras M.³; Bosalech A.⁴; Oleastro M.⁵; Sasson L.⁶

GARRAHAN HOSPITAL^{1,2,3,4,5,6}

<evelinsambu@hotmail.com>

RPD
48

INTRODUCCIÓN

Hay entidades bien definidas de colitis refractaria de presentación neonatal, con desnutrición marcada y enteropatía perdedora de proteínas, dependientes de Nutrición Parenteral (NPT). La asociación de diarrea severa y sordera neurosensorial no se encuentra aun descrita dentro de las causas de enteropatía severa en lactantes.

OBJETIVO

Describir una entidad no conocida, de presentación neonatal, caracterizada por colitis intratable, sordera neurosensorial y progresión a patología tumoral.

CASO CLÍNICO

Niña de 2 meses con antecedente paterno HIV e Hipoacusia, hermano fallecido de 9 meses, causa desconocida. Presenta desnutrición grave, diarrea 200ml/k/día, anemia e hipoalbuminemia. Se descartaron causas infecciosas HIV, inmunológicas y clorhidrorrea. Se realizó endoscopia digestiva alta (VEDA) y colonoscopia (VCC) mucosa normal. Anatomía patológica (AP) colopatía apoptótica severa. Recibió NPT, alimentación con fórmula elemental y corticoterapia sin respuesta. Evolucionó con proctorragia. VEDA normal VCC colon rígido friable, pseudopolipos en recto. AP colon severa distorsión arquitectural, criptas irregulares,

múltiples cuerpos apoptóticos a predominio basal y desprendiendo colonocitos de aspecto "exfoliativo" y mitosis. Lamina propia denso infiltrado linfoplasmocitario. PAS e IHQ CMV negativos. Evolución tórpida, con complicaciones de NPT. Persistiendo deposiciones con mayor sangrado se repite VEDA similar a la previa, VCC colon rígido disminuido de calibre con múltiples erosiones, pólipos y pseudopolipos. AP colopatía apoptótica, adenoma túbulo vellosos. B-catenina positivo y P53 en lesiones adenomatosas con patrón nuclear en 10%. Se realiza colectomía subtotal e ileostomía. AP pieza quirúrgica lesiones adenomatosas de tipo tubular y focalmente vellosos con displasia de alto grado (Viena 4). Ganglios linfáticos sin compromiso. Presenta buena evolución postquirúrgica con buena tolerancia oral e incremento ponderal. Luego de 8 meses fallece con descompensación hemodinámica por diarrea.

CONCLUSIÓN

Podría tratarse de un nuevo síndrome anatómico-clínico que asocia colitis apoptótica con evolución maligna y sordera hereditaria. Probablemente en la actualidad con avances a nivel inmunológico de secuenciación genómica se llegaría a un diagnóstico para lograr terapéutica adecuada.

¿EL DEBUT TEMPRANO, ES UN FACTOR DE RIESGO EN LA EVOLUCIÓN DE LOS NIÑOS CON ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL?

PO
49

Villafañe L.¹; Busoni V.²; Yusti V.³; D'agostino D.⁴; Ninomiya I.⁵; Gallo J.⁶; Elmo G.⁷; Cohen Sabban J.⁸; Lobos P.⁹; Santino J.¹⁰; Liberto D.¹¹; Orsi M.¹²
 HOSPITAL ITALIANO^{1,2,3,4,6,7,8,9,10,11,12}; HOSPITAL ITALIANO DE SAN JUSTO⁵
 <lauvillafane@gmail.com>

INTRODUCCIÓN

Se ha postulado que niños con enfermedad inflamatoria intestinal de debut precoz (EII-DP), antes de los 5 años de edad, pueden presentar un comportamiento más agresivo respecto a aquellos con inicio más tardío.

OBJETIVO

Evaluar el comportamiento y la respuesta terapéutica de la EII-DP luego de los 5 años de seguimiento, con respecto a los niños diagnosticados a mayor edad.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio retrospectivo, transversal de pacientes pediátricos con EII-DP diagnosticados de 1996 a 2010 en un centro de referencia en Argentina. Se excluyeron pacientes con formas sindrómicas, monogénicas e IBD-like. El diagnóstico se estableció de acuerdo a presentación clínica, laboratorio, imágenes, endoscopia e histología. Variables evaluadas: edad, tipo de EII, tratamientos instituidos durante el seguimiento, presencia de enfermedades autoinmunes (EAI) y complicaciones. Se dividieron en 2 grupos según edad al diagnóstico, G1: menores de 5 años y G2: mayores de 5 años.

RESULTADOS

Se diagnosticaron 147 niños con EII: G1 50/147 y G2 97/147. Aquellos con seguimiento mayor a 5 años: G1 29/50: Colitis Ulcerosa (CU) 18/29 (62%), enfermedad de Crohn (EC) 7/29 (24%) y EII no clasificada (EINC)

4/29 (14%). G2 88/97: UC 52/88 (59%), EC 31/88 (35%) y EINC 5/88 (6%). La edad media al diagnóstico fue G1: 2,8 años (DS: 1,3) y G2: 8,3 años (DS: 5,2). La falla de medro se observó en 3/29 niños en G1 respecto a 24/88 en G2 ($p = 0.0605$). Requirieron terapia biológica (anti TNF α) 2/29 (7%) en G1 vs 10/88 (10%) G2 ($p = 0,4729$) y cirugía en 3/29 (11%) en G1 (2 colectomías 1 resección) vs 10/88 (10%) en G2, (6 colectomías y 4 resecciones ileocolónicas. En G1: 13/29 (45%) presentaron EAI y en G2 19/88 (21,5%) con diferencia estadísticamente significativa ($p = 0,0362$). En G1: 1/29 requirió trasplante de hígado. 2 pacientes de G2 desarrollaron una enfermedad linfoproliferativa (leucemia mieloide y linfoma no Hodgkin), ambos bajo tratamiento con azatioprina, ninguno en G1. Hubo 2 tromboembolismos venosos profundos en G2.

CONCLUSIÓN

Según esta cohorte, la EII-DP no representó un factor de alto riesgo, solo se observó mayor prevalencia de EAI. Los pacientes diagnosticados tardíamente presentaron complicaciones graves. Esto difiere de publicaciones internacionales. Este comportamiento más benigno podría deberse a condiciones locales/ambientales que ejercerían un rol protector. Más estudios son necesarios para verificar éste hallazgo.

AUMENTO DE ENZIMAS PANCREÁTICAS Y DIABETES TIPO I. A PROPÓSITO DE UN CASO

RPD
50

Maruca S.¹; Besga A.²; Manterola M.³; Gonzalez T.⁴
 HIAEP SOR MARIA LUDOVICA, LA PLATA^{1,2,3,4}
 <sj_maruca@hotmail.com>

INTRODUCCION

La pancreatitis aguda es una enfermedad inflamatoria, no frecuente en la infancia, caracterizada por episodios de dolor abdominal y elevación de enzimas; pudiendo ser etiológicamente obstructiva o no obstructiva. La cetoacidosis diabética (CAD) se produce hasta en un 40% de los pacientes pediátricos como debut de diabetes tipo I (DBT I), o como intercurencia de la misma, manifestándose con dolor abdominal y vómitos. En el contexto de deshidratación de la CAD, el páncreas puede sufrir un fenómeno isquémico transitorio, con el consecuente aumento de enzimas pancreáticas y pancreatitis aguda recurrente, pudiendo dar lugar a daño definitivo del tejido pancreático.

CASO CLINICO

Paciente de 14 años, masculino, con diagnóstico de diabetes tipo I desde el año 2012. En julio de 2016 se interna por CAD, con vómitos y dolor abdominal; se solicitan amilasa y lipasa sérica, constatándose elevadas, 568 mg/dl y 403 mg/dl respectivamente. Se realizó ecografía abdominal y colangiografía magnética, que se informaron normales. Permaneció 10 días internado, egresando con valores enzimáticos en descenso, asintomático y con correcta tolerancia oral.

En agosto de 2016 se reinterna por CAD; al segundo día de internación comienza con dolor abdominal y vómitos; se solicitaron enzimas pancreáticas, encontrándose nuevamente elevadas, amilasa 577 mg/dl y lipasa 391 mg/dl. La ecografía abdominal informó: páncreas con aumento de volumen (cabeza 3,2cm, cuerpo 2,1cm y cola 2,7cm); ecografía control normal. Con enzimas pancreáticas en descenso, y asintomático egresa a los 7 días.

CONCLUSION

Dado que la forma de presentación de la CAD y la pancreatitis aguda son similares, y que está descrita una alta prevalencia de esta asociación, sugerimos solicitar enzimas pancreáticas rutinariamente ante un paciente con descompensación diabética.

ENFERMEDAD POR REFLUJO GASTROESOFÁGICO (ERGE) EN PACIENTES CON HERNIA DIAFRAGMÁTICA CONGÉNITA (HDC)

Savilla C.¹; Pelaez Solis C.²; Rocca A.³; Rabasa C.⁴; Weyersberg C.⁵; Boglione M.⁶; Rubio M.⁷; Reussman A.⁸; Sasson L.⁹
HOSPITAL DE PEDIATRÍA PROF DR JUAN P GARRAHAN CABA^{1,2,3,4,5,6,7,8,9}
<carlos.sav@hotmail.com>

PO
52

Opción a premio

INTRODUCCIÓN

La ERGE, una comorbilidad frecuente en pacientes operados de HDC, puede provocar trastornos nutricionales o agravamiento de la patología pulmonar. Su fisiopatología no está claramente establecida como tampoco el algoritmo diagnóstico y terapéutico adecuado para esta población.

OBJETIVO

Describir características clínicas de ERGE en pacientes con HDC corregida. Establecer prevalencia de ERGE y sus complicaciones. Describir tratamientos empleados. Determinar factores asociados.

MÉTODOS

Estudio descriptivo, retrospectivo, de corte transversal. Análisis de pacientes con HDC corregida en periodo neonatal entre 2004 /2014 en un hospital pediátrico. Análisis estadístico: se expresaron los resultados en porcentajes o mediana y rango intercuartil. Análisis bivariado de factores asociados a ERGE: test de chi cuadrado (variables cualitativas) o Mann Whitney (variables cuantitativas). Se estimó riesgo: análisis de Odds Ratio (OR). Se consideró significativo valor de $p < 0,05$. Programa estadístico STATA v11.

RESULTADOS

82 pacientes (53,7% varones), diagnóstico prenatal: 49% (40/82), en 83% el defecto fue izquierdo (68/82), en 55% fue amplio (45/82). 27% (22/82) requirió parche y 58,5% (48/82) soporte ventilatorio prolongado (mayor a 10 días). ERGE: en 28/82 (34%). Clínica: vómitos 23p., mal progreso de peso 14p., apneas 1p., hemorragia digestiva 1p. Exámenes complementarios

en 16/28 (57%): SEG D 17/28, ph-impedanciometría 5/28, VEDA 3/28, normal. Tratamiento: médico 27/28 (96%), quirúrgico 1/28.

Variables	Con ERGE (28 pac)	Sin ERGE (54 pac)	P
Reparación con parche (número; %)	13 (46,4%)	9 (16,7%)	0,004 OR 4,33 (IC 95% 1,38-13,9)
ARM (días; mediana y RIC)	27 (12-30)	9 (6-14)	<0,001
Soporte ventilatorio prolongado(número,%)	22 (78,6%)	26 (48,1%)	0,008 OR 3,94 (IC 95% 1,25-12,9)

CONCLUSIÓN

En nuestra población, la prevalencia de ERGE fue similar a la reportada por otros grupos. El uso de parches y el soporte ventilatorio prolongado fueron factores predisponentes para desarrollo de ERGE. En la mayoría de los pacientes el diagnóstico fue clínico, no presentó complicaciones ni requirió cirugía, lo que avala el manejo conservador. Sugerimos: 1) realizar tratamiento empírico en pacientes con síntomas digestivos de ERGE, 2) monitoreo de reflujo en pacientes con síntomas extradigestivos sin síntomas típicos y 3) estudio contrastado y VEDA en caso de sospecha de complicaciones

MANIFESTACIONES DIGESTIVAS INFLAMATORIAS EN ENFERMEDAD GRANULOMATOSA CRÓNICA: EXPERIENCIA EN UN HOSPITAL PEDIÁTRICO DE ALTA COMPLEJIDAD

Neder M.¹; Contreras M.²; Wede G.³; Stave K.⁴; Ortiz Sanchez P.⁵; Bottero A.⁶; Weyersberg C.⁷; Oleastro M.⁸; Bosaleh A.⁹; Sasson L.¹⁰
Hospital de Pediatría S.A.M.I.C. "Prof. Dr. Juan P. Garrahan"^{1,2,3,4,5,6,7,8,9,10}
<nederdaniela@yahoo.com>

PO
53

INTRODUCCIÓN

La Enfermedad Granulomatosa Crónica (EGC) es una Inmunodeficiencia Primaria, más frecuente en varones, que afecta la función de los fagocitos y predispone a padecer infecciones recurrentes y complicaciones inflamatorias. El compromiso digestivo es habitual y puede estar presente al inicio de la enfermedad.

OBJETIVO

Describir las manifestaciones digestivas y las características endoscópicas e histológicas en pacientes con EGC en seguimiento en un Hospital Pediátrico de alta complejidad

MATERIALES Y METODOS

Estudio Retrospectivo. Se obtuvieron datos de historias clínicas de 65 pacientes con diagnóstico de EGC entre 1989 y 2015. Se seleccionaron aquellos que presentaron compromiso digestivo, habiéndose descartado previamente cuadro infeccioso. Se documentaron datos clínicos, partes endoscópicas (VEDA y VCC) e informes histológicos que fueron revisados por un patólogo experto.

RESULTADOS

El 24.6% (16/65) de los pacientes presentaron compromiso digestivo. El 93.7% (15) fueron varones. La Edad promedio de presentación del 1er síntoma digestivo: 44 meses (2-144 meses). En el 63% de los pacientes el primer síntoma digestivo fue diarrea crónica, el 25% enfermedad perianal. El 75% de los pacientes presentaron compromiso colónico. El 25% de los pacientes debutaron con

enfermedad perianal y el 41% la presento durante la evolución de la enfermedad. El hallazgo endoscópico más frecuente fueron las úlceras aftoideas y la hiperplasia nodular linfoidea. En cuanto a la histología, en el 56% se observó colitis con presencia de macrófagos pigmentados, 19% colitis con granulomas y 25% atrofia vellositaria.

CONCLUSIÓN

El compromiso gastrointestinal inflamatorio es frecuente en la EGC. La enfermedad perianal con abscesos y fistulas, y el compromiso colónico son la manifestación digestiva más frecuente. Es importante destacar la presencia de macrófagos pigmentados en la lamina propia, que sumado a la clínica señalada debe sugerir el diagnóstico de EGC dentro de las enfermedades granulomatosas de la infancia.

SÍNDROME DE MIRIZZI A PROPÓSITO DE UN CASO PEDIÁTRICO

Neder M.¹; Busquet L.²; Bottero A.³; Antoniska M.⁴; Gonzalez J.⁵; D Alessandro M.⁶; Sasson L.⁷

Hospital de Pediatría S.A.M.I.C. "Prof. Dr. Juan P. Garrahan"^{1,2,3,4,5,6,7}
<nederdaniela@yahoo.com>

PO
54

INTRODUCCIÓN

El síndrome de Mirizzi es la compresión de la vía biliar por cálculos localizado en el cuello de la vesícula o la bolsa de Hartman. Su incidencia es del 2.7% en adultos. En pediatría existen pocos casos descriptos.

OBJETIVO

Presentar un caso poco frecuente de la patología biliar pediátrica. Presentación del caso clínico: Paciente femenina de 14 años de edad que consulta por dolor abdominal cólico en hipocondrio derecho de un mes de evolución, se agrega en los últimos días ictericia y vómitos. Al ingreso se realizan laboratorios donde se constata GGT 279, GOT 312 y GPT 462, hiperbilirrubinemia a predominio de bilirrubina directa (BT 4,9/BD 4,3), amilasa y lipasa normales(59/40). Se realiza ecografía abdominal que informa vía biliar intrahepática no dilatada, colédoco dilatado en su tercio proximal y medio 8mm, se visualiza cálculo de 4.7mm con sombra acústica posterior. Vesícula biliar con tres imágenes hipoeoicas con sombra acústica. Se decide internación, ayuno y antibióticos endovenosos. Se realiza colangiografía magnética que informa vía biliar dilatada con lito en su interior. Se realiza CPRE observando conducto cístico de implantación baja inmediatamente adyacente a la papila, el cual se encuentra dilatado y con una imagen negativa en su extremo distal. Se opacifica la vía biliar, la que se encuentra dilatada en su tercio superior y a nivel intrahepático. Colédoco distal fino. Papilotomía amplia sobre alambre guía con hemostasia satisfactoria. Se pasa catéter balón desde

Carrefour, siendo negativo. Se extrae lito de 8mm del conducto cístico con cesta de dormía. Excelente evacuado de la sustancia de contraste. Se diagnostica síndrome de Mirizzi. Posteriormente se realiza colecistectomía laparoscópica con buena evolución clínica y de laboratorio.

CONCLUSIÓN

A pesar de su baja frecuencia, el síndrome de Mirizzi debe ser siempre tenido en cuenta en aquellos pacientes que consultan por síndrome coledociano. Su diagnóstico endoscópico preoperatorio tiene relevancia ya que determina la modalidad quirúrgica para el tratamiento, evitando las posibles complicaciones. En el caso presentado se diagnosticó un Mirizzi tipo I a través de CPRE, lo que permitió programar y realizar la colecistectomía laparoscópica con buena evolución de la paciente.

EXPERIENCIA DE LA APLICACIÓN DEL CONSENSO EUROPEO PARA DIAGNÓSTICO DE ENFERMEDAD CELIACA (2012) EN EL SERVICIO DE GASTROENTEROLOGÍA DEL HOSPITAL PEDIÁTRICO DR. AVELINO CASTELAN

Guoman A.¹; Motta P.²; Costa P.³; Enriquez O.⁴; Pegoraro N.⁵; Medina M.⁶; Lopez M.⁷; Marino G.⁸

HOSPITAL PEDIATRICO AVELINO CASTELAN (CHACO)^{1,3,4,5,6,7,8}; HOSPITAL PERRANDO, SERVICIO DE BIOLOGIA MOLECULAR²
<agudmman@intramed.net>

RPD
55

INTRODUCCIÓN

La Enfermedad Celiaca (EC), continúa siendo en la provincia del Chaco, causa frecuente de desnutrición. Definir las circunstancias que impiden un diagnóstico y tratamiento oportuno, son metas fundamentales para evitar las secuelas y complicaciones de la enfermedad. Según distintos estudios, la observación para el diagnóstico de EC basada en la especificidad de los anticuerpos y el estudio genético, reflejaron una especificidad y sensibilidad cercana al 100%, fundamentando las nuevas Guías de la Sociedad Europea de Gastroenterología, Hepatología y Nutrición Pediátrica para el Diagnóstico de EC, en la que se concluye que se podría evitar la realización de la biopsia de intestino en circunstancias en las que los títulos de anticuerpos Antitransglutaminasa IgA (tTg-A) fueran mayor de 10 veces al punto de corte, Antiendomiso IgA (EMA-IgA) positivo y estudio genético compatible. El Servicio de Gastroenterología del Hospital Pediátrico Dr. Avelino Castelan y el Servicio de Histocompatibilidad del Hospital Dr. Julio Perrando, desde hace más de 10 años viene realizando estudios de anticuerpos y genéticos con resultados similares a los hallados y propuestos por estas Guías.

OBJETIVO

Describir la experiencia de la aplicación del Consenso Europeo en nuestro Servicio.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio observacional descriptivo, retrospectivo. Población: Fueron seleccionados, desde 30 Octubre 2012 al 30 de octubre 2016, (4 años), un total de 38 ptes con síntomas compatibles con EC, con un rango de 1 año y 3 meses a 15 años y 9 meses, con (tTg-A) mayor de 10 veces al

punto de corte, Antiendomiso IgA (EMA-IgA) positivo y estudio genético compatible. Procedimiento: Se realizó ficha epidemiológica de EC, la cual contemplaba cuadro clínico y resultados de los estudios de laboratorios correspondientes (dosaje de anticuerpos Antitransglutaminasa mayor a 10 veces al punto de corte, por método de ELISA con antígeno recombinante humano, Antiendomiso IgA positivo, por inmunofluorescencia Indirecta. y Estudio genético compatible por biología molecular. Con la positividad de los estudios se asumió el diagnóstico. Resultados: se incluyeron 38 ptes (promedio 9 pac/año); de los cuales 30 fueron mujeres (79%). Rango etario: 1 año 3 meses a 15 años. Al diagnóstico, 12 (33,5%) fueron desnutridos, 10 (29,8%) presentaron baja talla y 13 (36,9%) eutróficos. De los desnutridos 5 (13%) fueron desnutridos graves (marasmáticos o con edemas). El estudio genético realizado fue compatible en todos ellos. Se indicó en todos los pacientes dieta sin gluten y en todos los casos la respuesta clínica fue favorable con descenso de los títulos de anticuerpos.

CONCLUSIONES

Nuestra experiencia permitió obtener resultados similares a los hallados por el Consenso Europeo, considerándolo un método diagnóstico útil y factible de realizar en nuestro medio. Este método además, nos permitió mejorar el desarrollo científico del hospital a partir de la implementación de nuevas técnicas y métodos diagnósticos más eficientes; disminuyendo el costo diagnóstico de la enfermedad al no requerir por este método internación, gastos de quirófano y endoscopia; y gastos de la evaluación de prequirúrgica.

ESTUDIO DE CAPACIDAD PREDICTIVA DE ANTICUERPOS IGE E IGG ESPECÍFICA PARA PROTEÍNA DE LECHE DE VACA

Villarruel G.¹; Avellaneda M.²

INSTITUTO ALAS^{1,2}

<gladysvictoriav@gmail.com>

RPD
56

INTRODUCCIÓN

El mecanismo inmunológico de la alergia alimentaria es complejo, requiriéndose en una amplia proporción de los casos, pruebas de supresión y enfrentamiento al alérgeno, con riesgo de reaparición síntomas graves en las mismas.

OBJETIVOS

Evaluar la capacidad predictiva de ambos anticuerpos IgE e IgG específica para el diagnóstico de alergia a leche de vaca.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio prospectivo no randomizado, en 300 niños de 15 días a 16 años (<de 1 año media 3,4 meses,>de 1 año media 4,9 años), con sospecha clínica de alergia a leche de vaca, a los que se les solicitó anticuerpos específicos. Los controles fueron realizados con anticuerpos específicos, en 150 pacientes con patología no alérgica. Se consideró falso+ a pacientes con positividad serológica, con evolución favorable, sin exclusión de lácteos o los que abandonaron el seguimiento y falsos - a los que con negatividad serológica respondieron a dicha exclusión.

RESULTADOS

234 pacientes fueron positivos, IgE+100, IgG+78, IgE+ e IgG+56. Falsos negativos, 50. Falsos positivos 16 (6 IgE, 10 IgG). El análisis proporcionó los siguientes datos:

IgE Sensibilidad 75,49%, Especificidad 96,15%. VPP 96,25%, VPN 75%.

IgG Sensibilidad 72,83%, Especificidad 93,75%. VPP 93,06%, VPN 75%

CONCLUSIONES

La combinación de IgE más IgG, permitiría aumentar la población alérgica detectada serológicamente, reduciendo el número de pacientes que deben ser sometidos a enfrentamiento para el diagnóstico clínico.

ENCUESTA NACIONAL SOBRE ENFERMEDAD CELIACA

Guzman L.¹; Ortiz G.²; Toca M.³

HIAEP SOR MARIA LUDOVICA¹; HOSPITAL POSADAS^{2,3}

<lucianaguzman155@gmail.com>

RPD
57

INTRODUCCION

La Enfermedad Celíaca (EC) es un trastorno sistémico con cierto comportamiento autoinmune, desencadenado por la ingesta de gluten. Presenta anticuerpos específicos y genera en el intestino delgado algún grado de enteropatía.

OBJETIVO

Evaluar el estado actual del diagnóstico de EC en nuestro país.

MATERIAL Y METODOS

Se realizó una encuesta a todos los gastropediatras del país, durante marzo, abril y mayo de 2016. Se interrogó donde realizan su actividad laboral, ámbito (público o privado), si realiza el diagnóstico siempre con biopsia o a veces sin ella. Frecuencia de diagnóstico de EC al año. Accesibilidad a la serología diagnóstica. Disponibilidad de serología por parte de los pediatras. Participación en grupos de trabajo Nacional, latinoamericano u otros. Legislación en el país. Disponibilidad de alimentos aptos. Posibilidad de recibir ayuda económica.

RESULTADOS

Se recibieron 40 encuestas de 21 de las 23 provincias del país. El 67,5% realiza diagnóstico con biopsia, mientras que el 32,5% a veces no. El menor número de diagnósticos se realizan en La Rioja y Catamarca (5%), y el mayor número de diagnósticos en las provincias de Bs As Córdoba, Misiones (37,5%) Santa Fe, Mendoza (32,5%). El 100% de las provincias del país disponen de Ema y tTg y el 90% de DPG. El HLA no puede

realizarse en 9 centros públicos en 6 provincias. El 92,5% respondió que los pediatras pueden solicitar la serología. El 100% conoce la existencia de una ley Nacional y tiene disponibilidad de alimentos aptos. Una sola provincia no cuenta con ayuda económica para el celíaco. Más del 50% participa en grupos de trabajo nacional, latinoamericano u otros.

CONCLUSIONES

Argentina continúa realizando Biopsia intestinal aunque se vislumbra una tendencia hacia la no utilización en casos específicos. La disponibilidad de serología es alta en todo el país. La determinación genética tiene una menor utilización por no contarse con el recurso en todo el país. Los pediatras disponen de serología para realizar los primeros pasos en el diagnóstico de EC en sus pacientes y luego derivarlos a los especialistas. Los gastropediatras participan activamente en diferentes grupos de trabajos. Todos conocen la existencia de la ley nacional sobre EC. Se dispone de alimentos aptos en todas las provincias. La mayoría dispone de ayuda económica para los pacientes.

¿EXISTEN DIFERENCIAS REGIONALES EN LAS PRESENTACIONES CLÍNICAS DE NIÑOS CON ALERGIA A PROTEÍNA DE LECHE DE VACA?

RPD
58

Higuera M.¹; Mehaudy R.²; Orsi M.³; Parisi C.⁴; Dadan S.⁵; Prieto E.⁶; Daza W.⁷

HOSPITAL ITALIANO DE BUENOS AIRES^{1,2,3,4}; GASTRONUTRIPED^{5,6,7}

<michellehiguera@yahoo.com>

INTRODUCCIÓN

La alergia a la proteína a leche de vaca (APLV) se encuentra dentro de las alergias alimentarias más frecuentes de la infancia (1,2). Es escasa la literatura en Latinoamérica respecto a si existen variaciones en la forma de expresión clínica y/o en los mecanismos inmunológicos, según la región estudiada (3,4). Puede ser de interés evaluar si en dos poblaciones urbanas, de estrato socioeconómico similar, estas expresiones y manifestaciones se modifican.

OBJETIVOS

Describir las diferentes formas clínicas y mecanismo inmunológico, en niños con APLV atendidos en dos centros urbanos de gastroenterología infantil en Latinoamérica.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio observacional, retrospectivo, analítico de dos cohortes. Se incluyeron los niños entre 0-5 años con APLV confirmada según Guía de Práctica Clínica DRACMA(1), que asistieron a un centro privado gastroenterológico infantil en Bogotá y a un consultorio multidisciplinario de alergia de un Hospital Universitario en Buenos Aires, entre enero 2012 y diciembre de 2014. Se dividieron según procedencia: GA: Argentina, GC: Colombia. Los mecanismos inmunológicos considerados: IgE, no IgE, patología eosinofílica y las formas clínicas fueron: proctocolitis alérgica, urticaria, esofagitis eosinofílica, gastroenteritis eosinofílica, enteropatía alérgica, anafilaxia y dermatitis atópica. Los datos se analizaron con el programa estadístico Stata 13.

RESULTADOS

Se incluyeron 404 pacientes, el 76,73% (310) del GA. La mediana de edad fue de 8 meses, (RIC 4-15 meses), 51,24% masculinos (GA:52,26%-GC:52,13%). El mecanismo no IgE fue 62,87%(GA:71% -GC:60,3%). La expresión clínica más frecuente fue proctocolitis alérgica, 56,44% (GA:63,55%-GC:48,97%). Se encontró mayor porcentaje de esofagitis eosinofílica (EoE) en el GC (GC:25,53% vs GA:3,87%) y mayor presentación de Urticaria en el GA (GA: 19,68% vs GC 2%). La demora diagnóstica en ambos centros fue de 3 meses (RIC 1-5 meses). En el 37,62% de los niños con diagnóstico posterior al 6° mes de vida y mecanismo No IgE, se observó que lograron tolerancia a los 4.67 meses subsiguientes (GC: 37,32% vs GA: 38,30%).

CONCLUSIONES

En ambos centros, la proctocolitis con mecanismo inmunológico No IgE, fue la presentación más frecuentemente observada. Cabe señalar que en el grupo de Argentina prevaleció la urticaria mientras que en Colombia fue la esofagitis eosinofílica. Estos hallazgos iniciales requieren de estudios prospectivos mas amplios y numerosos para valorar si los mismos se explican por variaciones en los hábitos alimentarios y/o en las condiciones ambientales locales.

LINFOMA GÁSTRICO EN PEDIATRÍA A PROPÓSITO DE 3 CASOS CLÍNICOS

PO
59

Neder M.¹; Bottero A.²; Busquet L.³; Contreras M.⁴; Rocca A.⁵; Sasson L.⁶

HOSPITAL DE PEDIATRÍA S.A.M.I.C. "PROF. DR. JUAN P. GARRAHAN"^{1,2,3,4,5,6}

<nederdaniela@yahoo.com>

INTRODUCCIÓN

Los tumores del tracto gastrointestinal en pediatría representan menos del 5% de los procesos malignos. Los linfomas gástricos son poco frecuentes. Pueden ser de estirpe B o T. Se describe su asociación a infección por H pylori. Presentamos tres pacientes con linfoma gástrico.

OBJETIVO

Describir una patología poco frecuente en pediatría con diagnóstico endoscópico.

PRESENTACIÓN DE CASOS

Caso 1: masculino de 8 años. Consulta por dolor abdominal. Al examen físico: masas abdominales en ambos flancos e hipertensión arterial, anemia, aumento de urea y creatinina, reactantes de fase aguda acelerados, LDH 1187. TAC con tumoraciones renales bilaterales con efecto de masa. Aumento de espesor de la pared de fundus gástrico, en forma mamelonada. Hígado dos imágenes hipodensas. Endoscopia alta (VEDA): en techo gástrico lesión mamelonada, ulcerada de 4cm y en pared posterior de estómago tumoración que protruye hacia la luz recubierta con mucosa gástrica normal. Anatomía patológica (AP): Linfoma de Burkitt. H pylori negativo.

Caso 2: masculino de 3 años. Consulta por diarrea, síndrome ascítico edematoso, rash y fiebre de un mes de evolución. Examen físico: palidez, edemas generalizados, abdomen distendido. Laboratorio: anemia, hipalbuminemia, proteinuria de rango no nefrótico, clearance de alfa 1 antitripsina patológico. Ecografía abdominal: engrosamiento circunferencial

y difuso de asas intestinales y de pared gástrica. VEDA: Estómago y duodeno con lesiones sobreelevadas, de distintos tamaños (desde 5 mm a 2cm), algunas ulceradas. AP: Linfoma de Burkitt. H Pylori negativo.

Caso 3: masculino de 15 años. Consulta por síndrome febril prolongado y epigastralgia intensa de 48 hs de evolución, con descenso de peso. Laboratorio: anemia leve. Serologías negativas. Reactantes de fase aguda acelerados. Hemocultivos y Urocultivo negativos. PAMO cultivo y BAAR negativos. Ecografía: Adenomegalias cervicales y abdominales. VEDA: sobre curvatura menor de estómago lesión sobreelevada de 0,2cm, con halo eritematoso. AP: Linfoma Neoplásico de Grandes Células ALK positivo. H Pylori negativo.

CONCLUSIÓN

No está reportada la incidencia de linfomas gástricos en pediatría. Las manifestaciones clínicas son variables. En nuestros pacientes se arribó al diagnóstico a través de biopsias endoscópicas. Todos fueron linfomas de estirpe B no asociados a H pylori. Destacamos la utilidad de la endoscopia digestiva para el diagnóstico de esta patología.

FORMACIÓN Y ENTRENAMIENTO EN ENDOSCOPIA DIGESTIVA PEDIÁTRICA UTILIZANDO EL SIMULADOR ENDOSCÓPICO.



Antoniska M.¹; Bottero A.²; Busquet L.³; Neder M.⁴; Gonzalez J.⁵; Sasson L.⁶
HOSPITAL GARRAHAN^{1,2,3,4,5,6}
<antoniska1@hotmail.com>

INTRODUCCIÓN

La formación basada en cursos de simulación en endoscopia digestiva permite una mejor y efectiva adquisición de conocimientos en un ambiente seguro y controlado para el aprendizaje de habilidades básicas sin riesgo para los pacientes.

OBJETIVO

Entrenamiento de Médicos residentes, becarios y ex becarios del Servicio mediante la utilización del simulador de Endoscopia con módulo de Colonoscopia, en destrezas manuales básicas y avanzadas para manipulación del endoscopio.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se diseñó un estudio experimental prospectivo en el centro de Simulación de Endoscopia (Cesim) del Hospital Garrahan. Incluía un examen inicial que debió ser aprobado en un intento y con más del 70%; una etapa de entrenamiento de 5 meses con dos módulos: uno Básico y Terapéutica. Finalizado el entrenamiento, un examen final igual al inicial, que nos permitió evaluar el impacto del curso en médicos en formación a lo largo de 5 meses de trabajo.

RESULTADOS

Participaron 13 médicos, rindieron un examen inicial que fue desaprobado por todos. Luego una etapa de entrenamiento de 5 meses (promedio 10 hs/medico) permitió adquirir manejo del comando, caña y del instrumental accesorio. La mediana de tiempo para aprobar modulo

básico(65-139min), promedio de intentos(2-14), Modulo Terapeutica: mediana tiempo(70-80min), promedio intentos(2-6). Finalizado el entrenamiento, rindieron examen final con mismos ejercicios que el inicial, aprobando el 100% de los médicos, con media superior al 94% y una p<0.001 por ejercicio.

CONCLUSIÓN

A través del estudio, se observó que los médicos incorporaron destrezas y habilidades endoscópicas, en un ámbito de formación seguro.

INCIDENCIA APLV Y FACTORES DE RIESGO EN LACTANTES NACIDOS EN UN HOSPITAL UNIVERSITARIO DE BS AS



Mehaudy, R¹; Parisi, C²; Petriz, N³; Jauregui, B⁴; Orsi, M⁵
HOSPITAL ITALIANO^{1,2,3,4,5}

INTRODUCCIÓN

Los estudios sobre prevalencia, incidencia e historia natural de la alergia a la leche de vaca (APLV) son difíciles de comparar debido a deficiencias e inconsistencias en sus diseños. Según una reciente publicación del estudio EuroPrevall la incidencia varía de 0,3% a 1% entre los diferentes países. Dado que no hay publicaciones de centros Latinoamericanos, puede resultar de interés estudiar la experiencia en un Hospital Universitario de la región.

OBJETIVO

Estimar la incidencia de APLV en lactantes nacidos en un Hospital Universitario de Buenos Aires y describir posibles factores de riesgo.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se realizó un estudio prospectivo desde el 1 de junio de 2015 al 31 de mayo de 2016 en un Hospital Universitario de tercer nivel que ofrece un programa médico con una cohorte cautiva y dinámica con una población de recién nacidos estimada en 100 por mes. Los pacientes fueron enrolados sistemáticamente desde su nacimiento. Todas las intervenciones se recogieron en un único registro electrónico. El diagnóstico se estableció de acuerdo a las guías de práctica clínica (DRACMA). Todos aquellos con sospecha de APLV efectuaron test de provocación, Prick test y test de parche para confirmación diagnóstica. Se realizó un seguimiento mensual de todos los lactantes. Todos los pacientes que fueron ingresados presentaban consentimiento informado y antecedente familiares de alergia, tipo de parto, edad materna al diagnóstico y tipo de alimentación previo al cuadro clínico.

RESULTADOS

Durante el período de recolección de datos se incluyeron 1140 lactantes, 50,88% varones; 40,8% nacidos por cesárea. El promedio de edad materna: 33,64 (ds 5,37). Se observó 18 lactantes con sospecha clínica de APLV (incidencia del 1,6% (IC del 95%: 0,94-2,48), pero cuando se realizó test de provocación, sólo se confirmaron 10 casos, con una incidencia acumulada de APLV del 0,88% (CI 95 % 0,42 -1,61). Ocho lactantes presentaron APLV no mediado por IgE. La siguiente tabla describe las características de los recién nacidos de nuestra cohorte (tabla 1).

Total de la Cohorte	Total (1140)	No APLV(1130)	IC 95%	APLV (10)	CI95%	Valor P
Promedio edad Materna	33.64 (5.37)	33.64 (5.38)	33.32-33.95	33.5 (3.50)	30.99-36.01	0.90
Cesarea	465 (40.79)	463 (40.97)	38.09-43.91	2 (20)	10.2 (2.52-55.61)	
Tipo de Alimentación n (%)*						
Lactancia Exclusiva	48 (4.21)	47 (4.16)	3.07-5.50	0 (0)	0	0.15
Lactancia + formula	756 (66.36)	752 (66.61)	63.77-69.35	4 (40)	12.15-73.76	
Formula Exclusiva	336 (29.50)	330 (29.23)	26.59-31.97	6 (60)	26.23-87.84	

*al inicio de síntomas

CONCLUSIÓN

En nuestra cohorte, la incidencia de APLV resultó del 0,88%. Este es el primer estudio de un centro sudamericano con resultados similares al EuroPrevall, lo que refuerza la necesidad de incluir el desafío abierto en el proceso de diagnóstico para evitar el impacto y costo de dietas prolongadas e innecesarias. Aunque no podemos asociar a la cesárea como un factor de riesgo directo debido a los pocos casos positivos, hay una tendencia sugerente. Así como la lactancia materna pareciera puede ejercer un rol protector.

COLANGIOPANCREATOGRAFÍA ENDOSCÓPICA EN EL TRATAMIENTO DE LITIASIS COLEDOCIANA PEDIÁTRICA: EXPERIENCIA EN UN CENTRO PEDIÁTRICO DE ALTA COMPLEJIDAD

Mortarini M.¹; Neder D.²; Busquet L.³; Weyersberg C.⁴; Gonzalez J.⁵; Antoniska M.⁶; Bottero A.⁷; Dállessandro M.⁸; Sasson L.⁹
HOSPITAL GARRAHAN^{1 2 3 4 5 6 7 8 9}
<alimortarini@hotmail.com>



Opción a premio

INTRODUCCIÓN

La patología de la vía biliar en pediatría aumentó en los últimos años. No hay consenso en el manejo de pacientes pediátricos con litiasis coledociana.

OBJETIVOS

Presentar la experiencia en manejo de coledocolitiasis y CPRE en un centro pediátrico de alta complejidad.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio retrospectivo, de pacientes pediátricos con coledocolitiasis entre el año 2011 y 2016, en quienes se realizó CPRE como parte de tratamiento. Datos recabados: edad, sexo, patología de base, motivo de consulta, laboratorios, ecografía abdominal, colangiografía (CRM). Se revisaron los partes quirúrgicos de CPRE y colecistectomía, el momento en que se realizaron dichos procedimientos y complicaciones.

RESULTADOS

Se incluyeron 38 pacientes. 60.5% mujeres (23). La edad media al ingreso fue de 12.6 años (rango 4 a 16 años). 52% de los pacientes presentaban síndrome coledociano, 21.05% cólico biliar, 15.7% pancreatitis aguda, uno con pancreatitis recurrente. 36.84% con patología de base: 28.57% obesos y 35.71% malformación de vía biliar. Se observó bilirrubina directa aumentada en el 54.28%, 81.57% aumento de ALAT y ASAT, y 88.4% gGT elevada. Todos los pacientes tenían Ecografía abdominal al ingreso, logrando diagnóstico en 84.2% (31 pacientes con colédoco

dilatado y dentro de éstos, en 22, se detectó lito en vía biliar). CRM fue realizada en 30 pacientes (78.94%), fue diagnóstica en 96.66% (coledocolitiasis: 28 pacientes, 1 colédoco dilatado sin lito, 1 fue normal). Se realizó CPRE en el 100% de pacientes, con extracción de litos de vía biliar, en dos pacientes el procedimiento fue post colecistectomía por litiasis residual. Complicaciones posteriores al procedimiento: 3 (7.89%) 2 pancreatitis post procedimiento y 1 sangrado de papilotomía. La colecistectomía se llevó a cabo en promedio al tercer día post CPRE. Internación promedio: 16 días.

DISCUSIÓN

La patología de vía biliar en pediatría está aumentando su incidencia, sin embargo no hay consenso en el manejo de pacientes con sospecha de litiasis coledociana. En el total de los pacientes se practicó CPRE logrando éxito terapéutico con colecistectomía posterior. La tasa de complicaciones fue similar a la reportada en otros centros.

DIABETES TIPO 1, HEPATITIS AUTOINMUNE, CELIAQUIA

Quincose R.¹; Garcia D.²
HOSPITAL PEDIATRICO JUAN PABLO II^{1 2}
<tino_quincose@hotmail.com>



INTRODUCCION

La diabetes mellitus (DM tipo 1) y la enfermedad celíaca (EC) son trastornos que comparten una base autoinmune. La presentación simultánea de EC y DM1 es de las más frecuentes; así como Enfermedades tiroideas y hepatitis autoinmune, entre otros.

OBJETIVO

Estimular la sospecha de asociación de enfermedades de base autoinmune en pacientes diabéticos.

DESCRIPCION DEL CASO

Paciente de 5 años de edad, con diagnóstico de DM1 con irregular tratamiento/seguimiento desde los 18 meses de vida. No presenta Antecedentes Familiares de relevancia. Consulta por distensión abdominal post ingesta, episodios de heces desligadas de 1 mes de evolución. Palidez cutaneomucosa con tinte icterico, abdomen globuloso, doloroso con hepatoesplenomegalia. Laboratorio: Hto 35% Gb 6000, VSG 42, TP 67 KPTT 28, GOT 456, GPT 445. Serologías infecciosas negativas. Anticuerpos positivos para enfermedad celíaca. FAN positivo 1/80, AntiDNA, ASMA negativos, e HiperIgA 697 mg/dl. Se realizó ecodoppler abdominal, informando hepatopatía difusa, signos de hipertensión portal, con venas suprahepáticas dilatadas y permeables, ausencia de Cavernoma de Vena Porta. Ecocardiograma normal. Se derivó al paciente a centro de mayor complejidad con sospecha de hepatitis autoinmune y celiaquía.

Se realizó biopsia hepática compatible con hepatitis autoinmune y Ac. Asma positivo. Se inició tratamiento inmunosupresor con corticoides con buena respuesta y regular control metabólico, se rotó a ciclosporina, con descenso progresivo de corticoides con buena respuesta. Biopsia intestinal que describe una enteropatía severa grado IV (Atrofia Vellosointestinal subtotal) compatible con enfermedad celíaca.

CONCLUSIÓN

La base inmunológica de esta familia de enfermedades obliga a considerar su aparición y cruzamiento, aparezcan o no signos sugestivos de enfermedad acompañante. El diagnóstico de HAI debe considerarse en pacientes con signos y síntomas de hepatitis aguda o crónica. Sobre todo en pacientes con riesgo genético para enfermedades autoinmunes como ser DB1 y EC. El enfoque multidisciplinario permite un manejo adecuado de estas patologías. En la actualidad se aconseja hacer un seguimiento anual de anticuerpos antitransglutaminasa tisular en los pacientes diabéticos para identificar precozmente una posible EC.

PANCREATITIS RECURRENTE EN PEDIATRÍA – ESTUDIO RETROSPECTIVO

Mortarini M.¹; Rocca A.²; Hincapie J.³; Contreras M.⁴; Bottero A.⁵; Busquet L.⁶; Gonzalez J.⁷; Sasson L.⁸
HOSPITAL GARRAHAN^{1 2 3 4 5 6 7 8}
<alimortarini@hotmail.com>



Opción a premio

INTRODUCCIÓN

La pancreatitis recurrente (PR) referida entre 15 a 35% en pediatría, se define como 2 o más episodios distintos de pancreatitis aguda (PA) con normalización de enzimas entre ellos.

OBJETIVO

Evaluar etiología y evolución de pancreatitis recurrente en la población pediátrica.

MÉTODOS

Estudio retrospectivo, descriptivo, observacional de pacientes de 0-18 años ingresados en un hospital pediátrico con diagnóstico PR entre 2008-2016.

RESULTADOS

10 pac. con PR, 90% sexo femenino. Promedio de edad al momento del primer episodio: 6.9 años (rango 2 a 15). Promedio del número de episodios: 7 (rango 3 a 12). Índice de masa corporal según tablas OMS (IMC): promedio 20.1 (normal en 7 pac., 1 pac. tiene Z score +2.). Sólo uno presentó PA severa. La ecografía abdominal inicial fue patológica en 3: malformación vía biliar (1 pac), vía biliar y Wirsung dilatados (1 pac), barro biliar (1 pac). Colangiografía inicial: fue patológica en 3 pac: Malformación vía biliar Todani IVa, páncreas aumentado de tamaño y páncreas divisum con dilatación tortuosa del Conducto de Santorini. 3/7 pac en su evolución desarrollaron signos de pancreatitis crónica (PC), 1 con estenosis del Wirsung sugestiva de pancreatitis

autoinmune. Laboratorio: Lipidograma normal en 10/10, ASMA actina + en 7/8 pac, IgG4 + en 1/7 pac, test sudor patológico en 1/7 pac (con molecular DF508 heterocigota y con suficiencia pancreática), un paciente con PC con elastasa y van de kamer+. Antecedentes de autoinmunidad en 2 pac. Se pudo establecer diagnóstico en 4/10 pacientes: malformación de la vía biliar de resolución quirúrgica (2 pac), FQP (1 pac), pancreatitis autoinmune (1 pac, inició corticoides). A un pac. con PC se le indicó enzimas pancreáticas. No contamos con estudio genético en nuestra Institución.

CONCLUSIÓN

En nuestra casuística sólo el 40% de los pacientes tuvo diagnóstico etiológico. Las condiciones halladas fueron malformaciones de la vía biliar, FQP y pancreatitis autoinmune. Sólo un pac presentó un IMC elevado y ninguno tuvo alteraciones del lipidograma. En el seguimiento, 3 pacientes con pancreatitis idiopática desarrollaron pancreatitis crónica, uno de ellos con insuficiencia pancreática. En función de estos hallazgos recomendamos el seguimiento exhaustivo de niños con PR, valorando periódicamente la función pancreática a la espera de contar con estudio genético como parte de la búsqueda etiológica.

GASTROSTOMA ENDOSCOPICA PERCUTANEA EN PACIENTES PEDIATRICOS CON DAÑO NEUROLOGICO SEVERO: RESULTADOS DE UNA COHORTE DE 317 PACIENTES

Costaguta A.¹; Candarle P.²; Tabacco O.³
SANATORIO DE NIÑOS^{1 2 3}
<alejandros.costaguta@gmail.com>



INTRODUCCIÓN

La gastrostomía endoscópica percutánea (GEP) es una técnica empleada con frecuencia cada vez mayor en pacientes que requieren acceso seguro y permanente al tubo digestivo superior. Existen pocos datos disponibles en nuestro medio en cuanto a resultados obtenidos en poblaciones pediátricas.

OBJETIVOS

Reportar los resultados observados con la realización de GEP en pacientes de 0-18 años atendidos por nuestro equipo y que presentaban incapacidad para alimentarse por vía oral debido a daño neurológico severo.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio de cohorte retrospectiva, observacional. Se incluyeron todos los pacientes entre 0 y 18 años de edad sometidos a gastrostomía endoscópica por nuestro equipo, desde marzo de 2001 a octubre de 2016. Los detalles de la técnica han sido publicados previamente (Arch Arg Pediatr 2007;105(2):129-133). Fueron consideradas las todas las complicaciones observadas hasta 30 días posteriores al procedimiento. Se analizó la frecuencia y tipo, clasificándolas en "mayores" y "menores" según la necesidad de internación para su tratamiento. Para el análisis de la complicación "Reflujo Gastroesofágico" (RGE) se tomaron en cuenta sólo aquellos casos que requirieron una solución quirúrgica (Nissen) o alimentación transpilórica permanente. Adicionalmente se analizó la aplicabilidad de la técnica según la fórmula: pacientes aceptados / pacientes evaluados x 100.

RESULTADOS

Se realizó GEP en 317 pacientes (M: 167, edad promedio 6 años (2 m-18 a)). En el 85% de los pacientes, existía el antecedente de una lesión hipóxico-isquémica del SNC. Se observaron un total de 25 complicaciones (8%), 6 (2%) fueron "mayores", y 19 (6%), "menores". 12 (4%) pacientes desarrollaron RGE de los cuales 8 fueron tratados con cirugía y 4 recibieron alimentación transpilórica permanente. Un paciente (0,3%) falleció por sepsis. En total, 292/317 pacientes (92%) evolucionaron sin complicaciones y fueron dados de alta antes de las 72 hs. Sobre 324 pacientes evaluados fueron rechazados 7 (2%), con una aplicabilidad de 98% (317/324). Los motivos de rechazo más frecuentes fueron escoliosis severa y dificultad para la transiluminación en epigastrio (n=3 c/u).

CONCLUSIÓN

La GEP demostró ser una técnica segura y efectiva para el soporte nutricional de pacientes neurológicos, con una elevada tasa de aplicabilidad.

EFICACIA DIAGNÓSTICA DE LOS MARCADORES GENÉTICOS Y SEROLÓGICOS DE ENFERMEDAD CELÍACA FRENTE A LA BIOPSIA INTESTINAL.

PO
66

Aliverti G.¹; Gerhardt N.²; Librici E.³; Bordato J.⁴; Bravo S.⁵; Pochettino S.⁶; Lande H.⁷; Zepa S.⁸; Alvarez R.⁹; Aliverti G.¹⁰; Pellegrini G.¹¹; Pelusa F.¹²

HOSPITAL DE NIÑOS V. J. VILELA^{1,3,4,5,6,7,8,9,10}; FACULTAD DE CIENCIAS BIOQUÍMICAS.
UNIVERSIDAD NACIONAL DE ROSARIO^{2,11,12}
<gustal69@hotmail.com>

La enfermedad celiaca (EC) es una enteropatía de base inmunológica debida a una intolerancia permanente al gluten, que afecta individuos predispuestos genéticamente. El diagnóstico de esta enfermedad se basa en la clínica, la serología, la histología y el estudio genético. Individuos con sospecha de EC actualmente son testeados serológicamente y se les realiza endoscopia y biopsia duodenal (patrón de oro). El algoritmo utilizado en nuestro medio no contempla los marcadores genéticos. Su complejidad y elevado costo hacen que no estén disponibles para su uso masificado.

OBJETIVO

Evaluar si la utilización conjunta de datos clínicos de EC, determinación positiva de anticuerpos específicos de EC y el estudio genético con HLA DQ2 y/o DQ8 positivos, son suficientes para evitar la biopsia intestinal en determinados grupos de pacientes celíacos pediátricos.

MATERIALES Y MÉTODOS

Es un estudio cuantitativo, observacional, analítico y prospectivo. Se evaluaron 35 pacientes con diagnóstico presuntivo de EC que concurrieron al servicio de gastroenterología del Hospital de Niños V. J. Vilela entre mayo de 2015 y abril de 2016. Se analizaron los datos clínicos, los marcadores serológicos de EC, marcadores genéticos

DQ2/DQ8 y biopsias. Se incluyeron todos aquellos pacientes con diagnóstico presuntivo de EC y biopsia realizada.

RESULTADOS

La biopsia fue considerada como "patrón de oro" en el diagnóstico de EC. Fueron incluidos en el estudio 35 pacientes, al cierre solo 29 pacientes presentaron todos los marcadores descriptos completos. El análisis multivariado mostró que el uso secuencial de la tipificación del HLA DQ2/DQ8 y anti gliadina desaminada IgG, presentan la mayor capacidad para predecir la condición del paciente respecto a la biopsia (VPN 100% - VPP 95%) En consonancia con las recomendaciones de ESPGHAN podría haberse diagnosticado en 11 pacientes con EC, sin necesidad de biopsia.

CONCLUSIÓN

Este trabajo permitió obtener un algoritmo de diagnóstico de EC alternativo, capaz de evitar la biopsia intestinal en un grupo seleccionado de pacientes.

COMPROMISO INTESTINAL EN LA ENFERMEDAD INJERTO VERSUS HUÉSPED EN PACIENTES PEDIÁTRICOS TRASPLANTADOS DE MÉDULA ÓSEA

PO
68

Tagliaferro G.¹; Busoni V.²; Donato G.³; Ninomiya I.⁴; Makiya M.⁵; Altuna D.⁶; Santino J.⁷; Boldrini G.⁸; Sanchez C.⁹; D'agostino D.¹⁰; Orsi M.¹¹

HOSPITAL ITALIANO^{1,2,3,4,5,6,7,8,9,10,11}
<gustavo.tagliaferro@hospitalitaliano.org.ar>

INTRODUCCIÓN

La enfermedad injerto versus huésped (EIVH) es una complicación grave en pacientes con trasplante de médula ósea (TMO) con alta morbimortalidad. Puede comprometer diferentes órganos, siendo los más frecuentes la piel, el tracto gastrointestinal y el hígado.

OBJETIVOS

Describir el comportamiento, tratamiento y evolución de niños con diagnóstico de EIVH con compromiso gastrointestinal (EIVH-GI).

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio retrospectivo, descriptivo de pacientes pediátricos con diagnóstico de EIVH-GI, definido por sospecha clínica (diarrea con o sin sangre, dolor abdominal, vómitos) y biopsia de tracto digestivo con confirmación histológica. EIVH agudo o crónico de acuerdo al diagnóstico antes o después de los 100 días post TMO. La primera línea de tratamiento en agudo fue corticoides, sumando infliximab semanal en casos con regular a mala respuesta.

RESULTADOS

Entre 2006 y 2016, se realizó TMO en 89 pacientes pediátricos (0-17a). Se diagnosticó EIVH en 21/89 (23.6%). EIVH cutánea en 19/21 pacientes (90%), EIVH-GI en 12/21 (57%), hepática en 7/21 (33%), corneal en 2 (9.5%). La presentación de la EIVH-GI fue aguda en 7/12, crónica en 5/12. Síntomas que indicaron endoscopia: diarrea secretoria en 8/12, diarrea sanguinolenta en 3/12 y melena en 1/12, vómitos en 3/12, dolor abdominal en 10/12. Se realizó videoendoscopia digestiva alta y videocolonoscopía (VCC) en 7/12, sólo VCC en

3/12 y en 2/12 biopsia rectal, por inestabilidad clínica. El compromiso EIVH-GI fue bajo (colon/recto) en 8/12 y alto y bajo en 4/12. En 7/10 (70%) mucosa congestiva, friable con erosiones y/o úlceras, y en 30% normal. Un paciente presentó un hematoma duodenal intramural con resolución tardía (2 meses) como complicación post-biopsia. 4/12 pacientes recibieron esteroides con respuesta completa en 2 y parcial en 2, y 8/12 esteroides/infliximab con mala respuesta en 5/12 (62.5%), resolución parcial en 1, remisión completa en 2 pacientes. La mortalidad global fue del 42%, aumentando al 60% cuando el compromiso involucraba más de 1 órgano.

CONCLUSIÓN

El abordaje diagnóstico en niños con EIVH-GI no está exento de complicaciones serias por lo que la indicación de procedimientos endoscópicos requiere de precaución. Corresponde siempre biopsiar incluso ante mucosa de apariencia normal. La respuesta al tratamiento no muestra buenos porcentajes de efectividad. Se requieren nuevas alternativas terapéuticas para revertir la EIVH y disminuir la morbimortalidad de estos pacientes.

DIARREAS INFECCIOSAS: UTILIDAD DEL PANEL GASTROINTESTINAL FILMARRAY® EN EL DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL Y LA TERAPÉUTICA

RPD
70

Giordani N.¹; Candarle P.²; Sciarra M.³; Gomez A.⁴; Fay M.⁵; Sciacaluga S.⁶; Krivoy A.⁷; Costaguta A.⁸
SANATORIO DE NIÑOS^{1,2}; CIBIC^{3,4}; SANATORIO DE NIÑOS^{5,6,7,8}
<natiigiordi@hotmail.com>

INTRODUCCIÓN

Los cuadros de diarrea infecciosa que se prolongan, se acompañan de sangre en las deposiciones o se presentan en huéspedes inmunocomprometidos, constituyen un desafío para el pediatra.

Los métodos diagnósticos tradicionales de detección de agentes infecciosos requieren un tiempo de procesamiento que reducen su utilidad práctica y dejan ciertos patógenos fuera de la búsqueda.

El Panel Gastrointestinal (GI) FilmArray® es una herramienta nueva que permite, en un breve lapso de tiempo, descartar 22 de los agentes infecciosos más frecuentes, incluyendo bacterias, virus y parásitos.

OBJETIVOS

1. Comunicar los resultados obtenidos con el Panel GI FilmArray® en un grupo de pacientes seleccionados que consultaron a nuestra Institución
2. Evaluar el impacto de los resultados en la toma de decisiones terapéuticas
3. Comparar el costo de la metodología con las técnicas tradicionales

MATERIAL Y MÉTODOS

Pacientes entre 1 y 18 años de edad, seleccionados según criterio del médico tratante, que reunían 2 o más de las siguientes características: diarrea de más de 7 días de evolución, sangre en las deposiciones, compromiso del estado general, diarrea en pacientes inmunocomprometidos.

Se procesaron las muestras de materia fecal por Técnica FilmArray que extrae ácidos nucleicos, realiza una primera transcripción inversa y PCR múltiple y luego PCR individuales. Informando finalmente un resultado positivo o negativo.

RESULTADOS

El tiempo promedio de procesamiento de la muestra por Técnica FilmArray® fue de 45 minutos a partir del arribo de la muestra al laboratorio.

12/16 muestras procesadas por FilmArray® identificaron algún patógeno. En 8/16 pacientes los resultados generaron una conducta médica dirigida. En 5 pacientes se detectó Shiga Toxina de E Coli 0157, de los cuales 3 desarrollaron Síndrome Urémico Hemolítico.

Se hizo una evaluación de costos comparado el Panel GI FilmArray® con los métodos tradicionales disponibles en nuestra Institución. La sumatoria de los mismos generó un costo equivalente al del Panel GI FilmArray®.

CONCLUSIONES

El Panel Gastrointestinal FilmArray® resultó ser un método rápido, efectivo y seguro en el diagnóstico de pacientes con diarrea, influyendo positivamente en el tratamiento y la toma de decisiones de los pacientes incluidos. Los costos fueron equivalentes con respecto a los métodos de detección tradicionales.

DERMATOSIS AMPOLLAR POR DEPÓSITO DE IG A LINEAL ASOCIADA A COLITIS ULCEROSA

PO
71

Caglio P.¹; Messere G.²; Vidal J.³; Favier M.⁴; Loriente M.⁵; Reynoso R.⁶
HTAL PROF A POSADAS^{1,2,3,4,5,6}
<plcaglio@gmail.com>

La Dermatitis ampollar por depósito de Ig A lineal es una afección inmunológica rara que se caracteriza por el depósito de Ig A en la unión dermoepidérmica. Ha sido diagnosticada sin enfermedad previa, asociada a drogas y otras enfermedades.

OBJETIVO

Describir un paciente con diagnóstico de Colitis ulcerosa que desarrolló Dermatitis por depósito lineal de Ig A.

CASO CLÍNICO

Paciente de 15 años afectado de Colitis Ulcerosa (CU) con escasa adherencia al tratamiento. Al año del diagnóstico presenta recaída de CU por lo que se agrega meprednisona a la mesalazina y azatioprina. A los 15 días presenta lesiones ampollares tensas, pruriginosas peribucales que progresan al resto cara y cuello. Se interna y se suspende medicación inmunosupresora. Con sospecha diagnóstica de herpes en paciente inmunocomprometido se indica Aciclovir que no muestra respuesta favorable, con progresión de la lesión ampollar a tronco, piernas, brazos y mucosa bucal. PCR Herpes simple y zoster negativa, Ac Enf Celiaca negativos. Colagenograma normal. Inmunofluorescencia directa en lesiones piel confirma el diagnóstico de Dermatitis por depósito lineal de Ig A. Se reinicia meprednisona, mesalazina y azatioprina por reactivación intestinal y Dapsona para lesión dermatológica con buena evolución de ambas afecciones.

COMENTARIO

La dermatitis ampollar por depósito de Ig A lineal es una enfermedad autoinmune infrecuente que ha sido escasamente descrita asociada a Colitis Ulcerosa y que requiere diagnóstico y tratamiento específico.

DIFERENCIAS EN LA DURACION DEL REFLEJO RECTOANAL INHIBITORIO (RRAI) EN PACIENTES CON MALFORMACION ANORECTAL, MIELOMENINGOCELE Y CONSTIPACION REFRACTARIA

PO
74

Roman B.¹; Fernandez J.²; Reynoso R.³; Toca C.⁴; Ditaranto A.⁵; Ortiz G.⁶; Varela A.⁷; Crespo E.⁸; Messere G.⁹

HOSPITAL POSADAS¹²³⁴⁵⁶⁷⁸⁹

<doctorfernandezjulian@yahoo.com.ar>

OBJETIVOS

Comparar el comportamiento del RRAI en la manometría anorrectal de pacientes con constipación funcional refractaria (CFR), mielomeningocele (MMC) y malformaciones anorrectales (MAR).

MÉTODOS

Estudio descriptivo. Desde abril de 2004 a abril 2016.

n: 116 pacientes constipados crónicos con incontinencia fecal mayores de 6 años que se les realizó manometría anorrectal con sistema de perfusión de agua con catéter radial de 4 canales.

Entre las variables medidas en la manometría anorrectal se tomó la duración del RRAI con 40 cc de aire. En los pacientes q no tuvieron registro con 40cc no fueron promediados para la duración. Se excluyó a los que presentaban agenesia sacra. Para obtener el RRAI se insufló el balón durante 2 segundos y se desinfló en el mismo tiempo.

Grupo 1: 37 pacientes con CFR.

Grupo 2: 41 con MMC, con esfínter anal no complaciente, sin retraso madurativo.

Grupo 3: 38 MAR operados con técnica de Peña (anorrectoplastia sagital posterior). 15 altas, 18 bajas y 5 cloacas.

Método estadístico: test de igualdad de poblaciones de Kruskal-Wallis.

RESULTADOS

n: 116. v: 70.

Edad: G1: 10,34 años (6 a 16). G2: 9,83 años (6 a 16). G3: 8,05 años (6 a 17)

G1: RRAI positivo en 37/37. Duración promedio del RRAI (34/37): 11,75 segundos (7 a 24 seg.)

G2: RRAI positivo en 41/41. Duración promedio (28/41): 23,6 segundos (11 a 55 seg.)

G3: 30 RRAI positivo y 8 negativo/38. Duración promedio en RRAI (+) (23/30): 13,39 segundos (8 a 22 seg.)

Consideramos que los MMC tuvieron todos reflejo positivo ya que no tienen alteración del SNE, mientras que los 8 pacientes con MAR tuvieron reflejo negativo, lo que podría deberse a la alteración anatómica primaria o como consecuencia de la cirugía. La prolongación del reflejo en los MMC nos hace pensar que se debe a la alteración del SNA por la misma patología o por la cicatriz quirúrgica.

La diferencia de duración del RRAI entre los 3 grupos fue estadísticamente significativa (p: 0,0001).

CONCLUSIÓN

Pacientes con MMC tuvieron mayor duración del RRAI que los MAR y CFR. Consideramos que la presencia del reflejo podría depender de la indemnidad del SNE y el SNA sería responsable de su modulación.

EVOLUCIÓN DEL ESTADO NUTRICIONAL DE UNA COHORTE DE NIÑOS CELÍACOS

RPD
75

Wright R.¹; Martínez Portilla K.²; Guzmán L.³; Cueto Rúa E.⁴

CENTRO DE ESTUDIOS EN NUTRICIÓN Y DESARROLLO INFANTIL (CEREN-CIC); HOSPITAL DE NIÑOS SOR MARÍA LUDOVIA DE LA PLATA¹; HOSPITAL DE NIÑOS SOR MARÍA LUDOVIA DE LA PLATA; POSTGRADO EN GASTROENTEROLOGÍA, HEPATOLOGÍA Y NUTRICIÓN PEDIÁTRICA. UNIVERSIDAD NACIONAL DE LA PLATA^{2,4}; HOSPITAL DE NIÑOS SOR MARÍA LUDOVIA DE LA PLATA³

<licicardowright@gmail.com>

INTRODUCCIÓN

En la enfermedad celíaca (EC) el estado nutricional puede estar influenciado por la malabsorción secundaria a la enfermedad y/o posteriormente como resultado de la administración de la dieta libre de Gluten (DLG) en su tratamiento. Por ello, el objetivo de este estudio es evaluar el estado nutricional de los niños con EC al diagnóstico y su evolución con DLG.

MATERIALES Y MÉTODO

Se analizó una cohorte de niños entre 2 y 12 años de edad con EC y DLG estricta por más de un año, seguidos en un Hospital Público Pediátrico. El estado nutricional se evaluó con las curvas de puntaje z de la Organización Mundial de la Salud. Se utilizó un modelo de regresión lineal para comparar la tTg y los indicadores de estado nutricional. La comparación de valores promedio de los diferentes controles del estado nutricional, se realizó mediante Análisis de Varianza (ANOVA) con intervalos de confianza del 95% (IC). Con regresión lineal simple se realizó correlación entre el valor de tTg y el estado nutricional, con nivel de significancia del 5% (p ≤ 0,05).

RESULTADOS

Se evaluaron 170 pacientes, 64,4% niñas y 35,6% niños con anticuerpo positivo (tTg) y atrofia vellositaria. Del total, sólo 45 cumplen criterios de inclusión. La edad media al diagnóstico fue 4,06 años (1,16 – 7,36 años) y la media de seguimiento 23 meses.

El 77,7% presentaron un estado nutricional adecuado para el IMC/E, el 8,89% alerta de sobrepeso, exceso de peso el 4,44% y bajo peso el 8,89%. No existe diferencia significativa en el IMC/E al momento del diagnóstico (p: 0,209).

La tTg previo al diagnóstico de EC fue elevada en el 100%, a los 6 meses el 42,2% la normalizó y al año del diagnóstico el 79,6% tuvo tTg normal.

No existe relación significativa entre el IMC/E y la tTg diagnóstica y controles (p: 0,16; gl: 1/138). Se encontró una correlación significativa entre IMC/E y tTg de los diferentes controles (IC: 95%; CC: -0,11; EE: 0,43-0,36).

El 65,4% presentaron al diagnóstico T/E normal, 12,9% riesgo de baja talla y el 21,5% baja talla. No se observó diferencia significativa entre tTg y T/E (p: 0,04; gl: 1/138). Se encontró una correlación significativa en dichos parámetros (IC: 95%; CC: -0,17; EE: 0,46-0,28).

CONCLUSIÓN

El estado nutricional de los pacientes con EC, son independientes del valor de tTg, la cual disminuye gradualmente de forma inversa a la ganancia de talla e IMC para el sexo y la edad correspondientes. También se observó que con el consumo de DLG, los niños con EC incrementan el IMC/E llegando al exceso de peso.

CORRELACION GENOTIPO/FENOTIPO PARA STATUS PANCREÁTICO Y ESTADO NUTRICIONAL EN PACIENTES FIBROQUÍSTICOS DEL HOSPITAL DE NIÑOS VÍCTOR J. VILELA DE ROSARIO

PO
76

Lande H.¹; Gallardo L.²; Pochetino S.³; Bravo S.⁴; Aliverti G.⁵; Bordato J.⁶; Blanco V.⁷; Muniategui J.⁸;
Bonaudi C.⁹; Mellado S.¹⁰; Chialina S.¹¹
HOSPITAL VICTOR J VILELA^{1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11}

<hildalande@gmail.com>

INTRODUCCIÓN

La Fibrosis Quística es una enfermedad autosómica recesiva en la que se describen 2009 variantes de secuencia en el gen CFTR que generan efectos variables cuali-cuantitativos sobre la proteína, determinando gran variabilidad fenotípica. Existe asociación genotipo/fenotipo para status pancreático, valor de cloruros en sudor y afectación vasos deferentes, describiéndose mejor estado nutricional en los pacientes suficientes pancreáticos.

OBJETIVO

Correlacionar genotipo con status pancreático y estado nutricional en pacientes FQ.

MATERIAL Y METODOS

Estudio descriptivo retrospectivo observacional, mediante análisis de 42 historias clínicas con genotipo completo. Período: enero 2005 a octubre 2016. Estudios de Biología Molecular: OLA PCR 32 mutaciones (kit Cystic Fibrosis genotyping) HP J.P. Garrahan y CEMAR Rosario.

LUMINEX para 71 mutaciones, Secuenciación completa por Sanger y análisis de fragmentos por MLPA (Centro Genética Humana Universidad Católica de Lovaina, Bruselas).

Clasificación mutaciones en estados funcionales: graves (clases I-II-III) (GeGr) y leves (IV-V-IV) (GeLe).

Insuficiencia Pancreática (IP)/Suficiencia Pancreática (SP): Van de Kamer, elastasa o quimotripsina en heces.

Talla/edad e IMC/Edad hasta 19 años, en adultos solamente IMC según estándares OMS.

RESULTADOS

N: 42, Sexo F 69%, M: 30.9%; Fallecidos: 4; Adultos: 12; Edad media: 11,5 a (7 m a 26 a); GeLe: 9 (21,4%), 3 adultos; GeGr: 33 (78,5%), 9 adultos. Suficiencia Pancreática en 100% de pacientes con Genotipo Leve e Insuficiencia Pancreática IP en 100% Genotipo Grave

Talla/edad: N: 30

IP (N:24): 37.5% pZ entre -1 y 1; 5% pZ entre 1 y 2, 25% pZ entre -2 y -1; 16.6% pZ entre -3 y -2; 8.3% pZ < -3.

SP (N:6): 50% pZ entre -1 y 1; 33% pZ entre 1 y 2; 17% pZ < -3.

IMC/Edad (N:30)

IP (N:24): 45.8% pZ entre -1 y 1; 16.6% pZ entre 1 y 2; 4.1% pZ entre 2 y 3; 20.8% pZ entre -2 y -1; 8.3% pZ entre -3 y -2; 4.1% pZ < -3.

SP (N:6): 33,3% pZ entre -1 y 1; 33,3% pZ entre 1; 16.6% pZ de 2,29 y 16.6% pZ de -1,01.

IMC (adultos N:12)

IP (N: 9): 55.5% entre 18.5 y 24,9; 44.5% < 18.5.

SP (N: 3): 66.6% entre 18,5 y 24,9; 33.3% > 24,9.

CONCLUSION

Todos los pacientes FQ con genotipo grave presentaron insuficiencia pancreática. En cuanto al estado nutricional no se observaron diferencias significativas entre ambos grupos, lo que sugeriría la influencia adicional de genes modificadores y factores socioambientales y culturales.

MALROTACION INTESTINAL, UNA ENTIDAD NO TAN INFRECUENTE

PO
78

Vinuesa F.¹; Ranaletti M.²; Mayer M.³; Melnechuk P.⁴; Benmaor C.⁵; Tagliaferri Baez P.⁶; Gonzalez Vallone E.⁷
HOSPITAL DE PEDIATRÍA¹; HOSPITAL PUBLICO PROVINCIAL DE PEDIATRÍA "DR. FERNANDO BARREYRO"^{2 3 4 5};
HOSPITAL DE PEDIATRÍA⁶; HOSPITAL ESCUELA DE AGUDOS "DR. RAMON MADARIAGA"⁷
<fernandovinuesa7@hotmail.com>

PRESENTACIÓN CLÍNICA

Se presentan 3 pacientes mayores de 1 año, que tenían como síntomas comunes vómitos recurrentes y dolor abdominal crónico. Al examen físico no presentaban signos de importancia. A todos se le solicitó como metodología diagnóstica por imágenes ecografías abdominales y seriadas esofago gastro duodenales (SEG D): donde se constataron inversión de la relación de los vasos mesentéricos en las ecografías y alteración en la localización del ángulo de treitz en SEG D. Se diagnóstico Malrotación Intestinal e todos los casos indicando tratamiento quirúrgico.

OBJETIVO

Considerar la causa quirúrgica en todo paciente con vómitos recurrentes. La Malrotación Intestinal de presentación tardía se manifiesta en lactantes y niños mayores de 1 mes, se caracteriza por vómitos recurrentes, dolor y distensión abdominal. El diagnóstico suele realizarse luego de varias internaciones.

DISCUSIÓN

La Malrotación Intestinal engloba todas las anomalías de la posición y la fijación intestinal. El desarrollo normal del intestino medio, se produce durante la sexta semana gestacional y lleva a una herniación umbilical. Entre las semanas 10-11^a el intestino comienza a rotar en sentido anti-horario, a 270^o alrededor del eje de la arteria mesentérica superior y se reintroduce en el abdomen. En la semana 12^a se produce la fijación peritoneal. La incidencia de Malrotación es 1 cada 6000

RN vivos (1/500 es asintomática).. El diagnóstico se realiza: 60% en neonatos, 20% entre el primer mes y el año de vida y el resto después de esa etapa. En individuos con malrotación, la fijación mesentérica desde el ángulo de Treitz hasta el ciego es corta. En niños con intestinos malrotados, los vómitos recurrentes, los dolores cólicos intestinales y la falla de crecimiento son los hallazgos más frecuentes; los vólvulos son menos frecuentes que en los neonatos no malrotados. El diagnóstico se realiza en la SEG D. El tratamiento es quirúrgico, realizándose la cirugía de Ladd para prevenir vólvulos recurrentes.

CONCLUSIÓN

Unos de los motivos más frecuente en gastroenterología pediátrica son los vómitos recurrentes, síntoma común a múltiples patologías. La sospecha de MI debes estar en todos aquellos casos dado que es una entidad con complicaciones potencialmente letales como es el vólvulo de intestino medio. La SEG D continúa siendo el estándar de referencia para confirmar la unión duodeno-yeyunal en posición anómala.

OBSTRUCCION DEL TRACTO DE SALIDA GASTRICO.REPORTE DE UN CASO CON RESOLUCION ENDOSCOPICA

RPD
79

Malagrino P.¹; Cirincione V.²; Guglielmino A.³; Mavromatopulos E.⁴

HOSPITAL DE NIÑOS DR. RICARDO GUTIERREZ^{1,2,3,4}

<gastrogutierrez@yahoo.com.ar>

OBJETIVO

Reportar un caso de dilatación antral gástrica endoscópica en el hospital.

INTRODUCCIÓN

La obstrucción del tracto de salida gástrico es poco frecuente en la infancia; su etiología es diversa e incluye causas congénitas y adquiridas. Las manifestaciones clínicas son variables e inespecíficas, como: saciedad precoz, dolor abdominal, vómitos y pérdida de peso. El diagnóstico se realiza por interrogatorio y seriada esófagogastroduodenal [SEGD]. La endoscopia digestiva alta [VEDA] confirma el diagnóstico y permite evaluar posibilidad etiológica. Hasta hace algunos años la cirugía era la alternativa de tratamiento en estos pacientes con distintas técnicas quirúrgicas y morbilidad asociada; sin embargo en los últimos años se comenzaron a utilizar métodos menos invasivos como las dilataciones con balón a través del canal de trabajo del endoscopio. Desde el advenimiento de las técnicas endoscópicas y la aparición del balón "through-the-scope", la terapia endoscópica constituye la primera línea de tratamiento.

Descripción del caso: paciente de 12 años, sexo femenino, con antecedentes de regurgitación y vómitos desde los 8 años, sin respuesta al tratamiento. Sin alteración de la curva ponderal. Se realizó SEG D donde se evidenció retardo en el vaciamiento gástrico. Cámara gástrica de tamaño normal, con buen pasaje de contraste a duodeno. VEDA: antro gástrico eritematoso, con erosiones. En región antral, prepilórico, estenosis infranqueable con endoscopio 9.8mm. Histología con hallazgos

inespecíficos. Helicobacter pylori negativo. Se realizan 3 sesiones de dilatación con balón progresivo CRE Boston Scientific [controlled radial expansion] con intervalos de 14 y 30 días. Se utilizaron balones de 8-9-10mm, 10-11-12mm, 12-13.5-15mm, 15-16.5-18mm bajo control radioscópico. No presentó complicaciones durante las sesiones de dilatación. Buena evolución posterior, sin clínica digestiva y SEG D con buen pasaje de contraste a duodeno.

CONCLUSIONES

La dilatación endoscópica neumática de la obstrucción del tracto de salida gástrico es una opción terapéutica menos invasiva y con menor morbilidad que la cirugía convencional.

HIPERTENSION PORTAL. SEGUIMIENTO DE PATOLOGIA COMPLEJA DE ALTO RIESGO

PO
80

Malagrino P.¹; Cirincione V.²; Guglielmino A.³; Dobry M.⁴; Lezama C.⁵; Galoppo M.⁶; Solaegui M.⁷; Resumil G.⁸; Salgueiro F.⁹; Volonte P.¹⁰; Luque C.¹¹; Mavromatopulos E.¹²

HOSPITAL DE NIÑOS RICARDO GUTIERREZ^{1,2,3,4,5,6,7,8,9,10,11,12}

<gastrogutierrez@yahoo.com.ar>

OBJETIVO

Describir la evolución de 100 pacientes en seguimiento clínico- endoscópico en el consultorio de hipertensión portal de Servicio de Gastroenterología del hospital.

MÉTODO

Estudio observacional, retrospectivo, de revisión de historias clínicas.

RESULTADOS

Se incorporaron al consultorio de hipertensión portal, 100 pacientes desde octubre 2011 a febrero 2016. Las patologías fueron: 27% atresia de vías biliares [AVB], 25% cavernoma de la porta [CP], 17% hepatitis autoinmune [HAI], 11% fibrosis quística [FQP], 7% fibrosis hepática congénita [FHC], 13% otros. El 46% de la población presentó episodios de hemorragia digestiva variceal previos o durante el período de seguimiento. La edad del primer sangrado según la etiología fue: AVM media 19 meses [2m-6a], CP media 3 años 8 meses [2m-11a], HAI media 13 años [10-15 años], FQP media 12,1 años [11-12a], FHC media 4 años 7 meses [4a-5a]. El grupo tiene realizadas un total de 426 endoscopías digestivas altas. En el período referido 271 endoscopías digestivas altas. 30 pacientes ingresaron al plan de erradicación de várices esofágicas como profilaxis secundaria de hemorragia variceal. 25/30 con ligadura endoscópica [LE], 5/30 con esclerosis [E] por peso inferior a 10kg. Se

realizaron 130 sesiones de LE. 17/30 [57%] alcanzó la erradicación con un total de 58 sesiones y promedio por paciente erradicado de 3 sesiones [1-8]. Se colocaron 3 ligaduras promedio por sesión [1-6]. 4/17 [23%] recurrieron post erradicación en un tiempo medio de 10 meses [4m-20m]. 13/30 [43%] requirieron realización de shunt quirúrgico, 5/13 [40%] por fracaso en la erradicación variceal.

CONCLUSIONES

El seguimiento de pacientes con hipertensión portal requiere manejo de un equipo multidisciplinario, para la toma conjunta de decisiones. La LE como profilaxis secundaria de hemorragia variceal presentó un porcentaje de éxito adecuado según lo reportado en niños. Si bien la LE mostró ser superior a la E en trabajos randomizados, esta última es una técnica fundamental para aquellos niños en quienes por peso inferiores a los 10kg, el set de ligaduras no puede introducirse.

ESTUDIO DE DIARREA CRÓNICA EN UNA NIÑA PREPUBER

Paterno M.¹; Dellamaggiora R.²

HOSPITAL MUNICIPAL DE OLAVARRIA^{1,2}

<florenciapaterno@hotmail.com>

RPD
81

INTRODUCCIÓN

La diarrea crónica es una consulta pediátrica frecuente. Realizar un abordaje efectivo conlleva la necesidad de conocer las múltiples causas de enfermedades cuyo diagnóstico puede modificar la calidad de vida del paciente.

OBJETIVOS

Describir una paciente con diarrea crónica y diagnóstico inicial de intolerancia a la lactosa, arribando luego de la endoscopia con biopsia al diagnóstico de poliposis juvenil

POBLACIÓN

Paciente femenina de 9 años.

MATERIAL Y MÉTODOS

Paciente de 9 años, que durante el primer año de vida presenta regular progreso de peso y talla normal, interpretado como intolerancia a la lactosa por lo que se le da leche deslactosada. A los 7 años inicia con 4-5 deposiciones diarias, desligadas, malolientes, explosivas y dolorosas, en ocasiones con estrias de sangre. Se evidencia escaso progreso de peso y detención en la talla percentilo <3. Al examen físico presentaba palidez generalizada, taquicardia, soplo sistólico 2/6 en mesocardio y dolor abdominal intermitente. Se comienza el estudio de la paciente solicitando hemograma, calcio, fósforo, magnesio, función renal, amilasa, CPK, hepatograma, proteinograma electroforético, coprocultivo, virológico de materia fecal, SOMF, anticuerpos para celiaquía, hormonas y anticuerpos antitiroideos, edad ósea. Rescatando como datos positivos una anemia ferropénica crónica con Hemoglobina 9,5 gr/dl, con perfil

del hierro para la misma, evaluando a la paciente hematología quien indica hierro intramuscular. SOMF+, proteínas totales 5,3 y albumina 2,91, disminuidas. Se solicita ecografía abdominal y renal normal, y TAC abdominal con contraste oral que informa hígado, bazo, páncreas, riñón y retroperitoneo normal, abundante materia fecal en el marco colónico y sugiere evaluar endoscópicamente el ángulo esplénico. Con lo mencionado se decide derivar a una gastroenteróloga infantil ante la sospecha de enfermedad inflamatoria intestinal, para la realización de una endoscopia con biopsia intestinal

RESULTADOS

La paciente realiza interconsulta con gastroenteróloga infantil realizándose endoscopia con biopsia arribándose al diagnóstico de poliposis juvenil idiopática

CONCLUSIONES

La poliposis juvenil idiopática es una entidad rara. Con diagnóstico definitivo mediante biopsia colónica e intestinal. Es importante su diagnóstico temprano para screening familiar, tratamiento y mejoría de la calidad de vida del paciente.

IMPACTO DE LA DERIVACIÓN PRECOZ DE PACIENTES CON FALLA INTESTINAL PEDIÁTRICA A UN EQUIPO MULTIDISCIPLINARIO ESPECIALIZADO

Busoni V.¹; Lobos P.²; Ussher F.³; Izquierdo C.⁴; Frangi F.⁵; Baldomero V.⁶; Sanchez Clara R.⁷; D'agostino D.⁸; Orsi M.⁹

HOSPITAL ITALIANO DE BUENOS AIRES^{1,2,3,4,5,6,7,8,9}

<veronica.busoni@gmail.com>

PO
82

INTRODUCCIÓN

La falla intestinal (FI) requiere un abordaje multidisciplinario para asegurar mejores resultados, principalmente lograr la rehabilitación intestinal (RI). La hipótesis es que los pacientes derivados tempranamente tienen mejores resultados que los que llegan en forma tardía.

OBJETIVO

Comparar los resultados de pacientes con FI derivados a un equipo multidisciplinario especializado (EME) antes y después de 6 meses del diagnóstico.

MATERIALES Y MÉTODOS

Análisis descriptivo y retrospectivo de las historias clínicas electrónicas de pacientes dependientes de nutrición parenteral (NP) por más de 3 meses, derivados al EME. Variables evaluadas: porcentaje de RI, complicaciones de NP, necesidad de trasplante intestinal (TI) y mortalidad. Enfermedad hepática asociada a FI (EHAFI): elevación persistente de transaminasas y/o bilirrubina, 1,5 veces por encima del valor normal. Trombosis venosas profundas según clasificación de Miami (1: sin trombosis, 2: 1 trombosis, 3: 2 o más, 4: todo trombosado). Antecedentes de 2 o más infecciones relacionadas a catéter (IRC): considerado factor de mal pronóstico. Análisis estadístico: prueba del chi cuadrado y test t.

RESULTADOS

Entre 2008 y 2016, 106 pacientes fueron evaluados. Se excluyeron 12 con seguimiento <6m, y los 94 pacientes restantes se dividieron de acuerdo al tiempo de evolución de enfermedad a la primera consulta. El grupo 1 (G1)

incluyó pacientes derivados dentro de los primeros 6m (53/94), edad mediana 0,25 a (0-14 a) y grupo 2 (G2) los evaluados luego de 6m (41/94) con edad mediana 2,5 a (0,6-14 a). G1 y G2 incluyen 75% de síndrome de intestino corto (SIC) como causa de FI. Longitud de intestino residual (LIR) promedio: G1 38cm, G2 32,5cm. Ausencia de válvula ileocecal (VIC) en G1 60% y en G2 74%. Colon completo en G1 52% y G2 42%. Se logró RI en 33/53 (62%) de G1 vs 16/41 (39%) de G2 (p 0,042). La EHAFI no mostró diferencia estadísticamente significativa en G1 y G2. Trombosis: Miami 3-4 en G1 15/53 (28%) vs 21/41 (51%) de G2 (p 0,023). IRC (2 ó + episodios): 22/53 del G1 (41,5%) vs 27/41 (66%) del G2 (p 0,019). TI: 6/94 (6%), 3 en cada grupo. Mortalidad: G1 6/53 (11%) y G2 12/41 (29%) (p 0,028).

CONCLUSIÓN

Estos resultados evidencian el impacto significativo de la derivación precoz a un EME en la posibilidad de RI, en la reducción en la severidad de trombosis e IRC, y en el aumento de la sobrevivencia de los pacientes pediátricos con falla intestinal.

	LIR promedio	Ausencia VIC	Colon completo	RI	Miami 3-4	2 ó + IRC	Mortalidad
G1 37,9 cm (DS33,3)	60%	52%	62%	28%	41,5%	11%	
G2 32,5 cm (DS35,2)	74%	42%	39%	51%	66%	29%	
p	0,575	0,276	0,519	0,042	0,023	0,019	0,028

CARACTERIZACIÓN CLÍNICA, SEROLÓGICA Y ANATOMOPATOLÓGICA DE LOS PACIENTES CELIACOS ATENDIDOS EN EL SERVICIO DE GASTROENTEROLOGÍA DE UN HOSPITAL PEDIÁTRICO PROVINCIAL.

RPD
83

Pegoraro N.¹; Guouman A.²; Enriquez O.³; Motta P.⁴; Costa P.⁵; Medina M.⁶

UNIDAD DE GASTROENTEROLOGÍA, HOSPITAL PEDIÁTRICO DR. AVELINO L. CASTELAN^{1,2,3}; SERVICIO DE HISTOCOMPATIBILIDAD Y GENÉTICA. HOSPITAL DR. JULIO C. PERRANDO⁴; UNIDAD DE LABORATORIO. HOSPITAL PEDIÁTRICO DR. AVELINO L. CASTELAN⁵; UNIDAD DE INVESTIGACIÓN, HOSPITAL PEDIÁTRICO DR. AVELINO L. CASTELAN⁶
<noepego@hotmail.com>

INTRODUCCIÓN

La enfermedad celiaca es una enfermedad sistémica autoinmune, de intolerancia permanente al gluten. Representando una causa frecuente de desnutrición infantil en nuestra provincia, hacer un diagnóstico oportuno evitará las complicaciones.

OBJETIVO

Caracterizar clínica, serología y anatomía patológica de pacientes con diagnóstico de Enfermedad Celiaca (EC) atendidos en el servicio de Gastroenterología de un Hospital pediátrico provincial.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio observacional, descriptivo, transversal.

Población: Historias clínicas (HC) de pacientes de ambos sexos, edades comprendidas entre 1 año y 14 años; con diagnóstico de EC confirmados por biopsia intestinal atendidos en el servicio de gastroenterología del Hospital pediátrico Dr. Avelino Castelán desde Enero del 2011 a Octubre del 2016. Procedimientos: Seleccionadas las HC de los pacientes se realizó una planilla excel, se cargaron las variables del estudio: sexo, edad al diagnóstico, estado nutricional, presentación clínica, enfermedad asociada, anticuerpos antitransglutaminasa (tTg-A), IgA sérica, EMA IgA, estudio anatómico patológico de intestino (Clasificación Marsh-Oberhuber).

RESULTADOS

Se incluyeron 97 HC de pacientes con diagnóstico de EC; 57 fueron mujeres y 40 varones (relación 1,5/1). Edad media en varones : 6 años y 5 meses y en mujeres de 5 años 7 meses. La forma de presentación fue clásica en 68 pacientes (70%), oligosintomática 13 pacientes (13.4%) y screening en grupo de riesgo 16

pacientes (16.5%) El estado nutricional al diagnóstico :en menores de 5 años (n39) se hallaron 23 desnutridos, 5 en riesgo de desnutrición y 11 eutróficos. De los pacientes mayores de 5 años (n58) tuvimos 19 desnutridos, 5 con riesgo de desnutrición y 34 eutróficos. Esto nos da un total de 42 desnutridos (43%), 10 en riesgo de desnutrición (10%) y 45 eutróficos (46%). Las enfermedades asociadas se halló en 15 pacientes; 7 diabetes insulino dependiente, 2 síndrome de Down; 2 déficit de IgA, 2 LES, 1 con transaminitis y 1 con vitiligo e hipotiroidismo. Respecto a la serología, tuvimos antitransglutaminasa positiva en 87 pacientes (60 pacientes fue mayor a 100U/ml) En 3 pacientes fue negativa siendo 2 por déficit de IgA absoluto. El resto de los pacientes los anticuerpos fueron positivos por antiendomiso y anti gliadina deaminada. En el caso negativo de transglutaminasa con IgA normal, el diagnóstico se realizó por biopsia, estudio genético y respuesta clínica del paciente. En el caso de déficit de IgA (2pacientes) se realizaron antitransglutaminasa IgG y fueron positivas. El resultado anatomopatológico en 6 pacientes se halló enteropatía Marsh-O 3 a, 25 pacientes Marsh-O 3b, y en 66 pacientes Marsh-O 3 c. Se realizó estudio genético a 30 pacientes de los cuales fueron : 9 DQ2 (+)DQ8(+); 17 DQ2(+) DQ8(-); 4 DQ2(-)DQ8(+).

CONCLUSIÓN

La mitad de nuestros pacientes al diagnóstico tuvieron algún grado de desnutrición tanto agudo como crónico. Gran parte de los pacientes eutróficos diagnosticados fueron detectados por screening de enfermedad asociada. La enfermedad asociada más frecuente fue diabetes insulino dependiente. Todos los pacientes que presentaron serología tTgA mayor a 100 U/ml se correspondieron con enteropatía 3B-3C.

ASCARIDIASIS EN LA VIA BILIAR

Vinuesa F.¹; Ranaletti M.²; Benmaor C.³; Diego R.⁴

HOSPITAL DE PEDIATRÍA¹; HOSPITAL PUBLICO PROVINCIAL DE PEDIATRÍA "DR. FERNANDO BARREYRO"^{2,3}; ENDOSCOPIA DIGESTIVA HOSPITAL ESCUELA DE AGUDOS "DR. RAMON MADARIAGA"⁴
<fernandovinuesa7@hotmail.com>

RPD
84

INTRODUCCION

La infección por áscaris constituye un problema para los niños que viven en malas condiciones de higiene. La precariedad es el principal factor de riesgo. Las complicaciones y el impacto de esta enfermedad que se puede prevenir debe ser objeto de estudio,

PRESENTACION CLINICA

Niño de 4 años que consulta a el Servicio de Emergencia por dolor abdominal. La madre refiere eliminación de parásitos por boca. Al examen físico presenta palidez, abdomen globuloso y doloroso. Se solicita laboratorio donde se observa: G. Blancos: 14170/mm³ (eosinófilos) 14% y VSG 82 mm/hora. Ecografía: presencia de imágenes tubulares ecogénicas localizadas en el interior de la vía biliar. Parénquima hepático adyacente hipoecoico. Imágenes tubulares en el interior de las asas intestinales. Colangio resonancia: dilatación de la vía biliar con ocupación de ascaris.

OBJETIVO

Presentar una complicación poco frecuente en Pediatría de la ascariasis, como es la colonización de la vía biliar.

DISCUSION

El ascaris lumbricoides es un helminto parásito que se transmite por vía fecal-oral. Los huevos invaden el intestino delgado y los parásitos adultos colonizan el yeyuno. Cada hembra puede ovo-poner más de 20000 por día. En el huésped produce atrofia vellositaria y síndrome de mala absorción intestinal. Tienen la capacidad de migrar al estómago, oro-faringe, apéndice, vía biliar y pulmón. Pueden provocar obstrucción intestinal por la formación de ovillos. La población pediátrica es de bajo riesgo por el menor calibre de la vía biliar, pero el parásito puede emigrar y obstruir la vía biliar o producir una reacción eosinofílica que ocasiona fibrosis y calcificación biliar. Para el diagnóstico es suficiente la ecografía. El tratamiento incluye anti-parasitarios y en caso de no resolverse CPRE y/o cirugía.

ES EL PARTO POR CESÁREA UN FACTOR DE RIESGO PARA EL DESARROLLO DE ALERGIA A PROTEÍNA DE LECHE DE VACA (APLV) EN LACTANTES ARGENTINOS?

PO
86

Boggio Marzet C.¹; Tilli M.²; Basaldua M.³

GRUPO DE TRABAJO GASTROENTEROLOGÍA & NUTRICIÓN PEDIÁTRICA. HOSPITAL PIROVANO. CABA^{1,2,3}

<cboggio35@hotmail.com>

INTRODUCCIÓN

La APLV es una patología en continuo crecimiento. Varios estudios sugieren que los bebés nacidos por vía vaginal adquieren la microbiota del canal de parto materno, la cual puede ayudar a protegerlos y promover un sistema inmune saludable. Los bebés nacidos por cesárea adquieren las bacterias del medio ambiente que puede incrementar el riesgo de alergia alimentaria y otras afecciones.

OBJETIVO

Evaluar si el parto cesárea es un factor de riesgo para el desarrollo de diferentes formas de presentación de la APLV.

MÉTODOS

Muestra consecutiva de niños con diagnóstico de APLV atendidos en el Grupo de Trabajo de Gastroenterología Pediátrica durante el período 2010-2014. El tratamiento fue establecido dependiendo del médico tratante. Se analizaron las variables: sexo, edad, peso de nacimiento, edad gestacional, presentación clínica de la APLV y tipo de parto.

RESULTADOS

Se incluyeron 238 pacientes. Edad X: 0.60 meses \pm SD 0.97 (rango 0-48-0.72). Mujeres 50.8%. Edad Gestacional X: 38.38 semanas \pm SD 1.72 (rango 32-42). Peso al nacimiento X: 3.149 gr \pm SD 595.19 (rango 2.936-4.355). Presentación clínica: sangrado rectal (SR) 44.5%, reflujo (RGE) 19.3%, reacciones inmediatas (INM) 14.3%, enteropatía (ENT) 11.8% y cólicos (COL) 10.1%.

Tipo de parto: cesárea 56.3%, vaginal 43.7%. No se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre el tipo de parto y la presentación clínica ($p=0.70$), tipo de parto y sexo ($p=0.28$) y sexo con presentación clínica ($p=0.62$) (Test Chi cuadrado). Se evidenció correlación de riesgo positivo entre INM y parto cesárea (OR 1.45 95%CI 0.69-3.04) y entre RGE y COL y parto cesárea (OR 1.26 95%CI 0.65-2.43 y OR 1.33 95%CI 0.55-3.17 respectivamente).

CONCLUSIONES

El parto cesárea podría ser un factor de riesgo para desarrollar no sólo formas INM como también reacciones tardías (RGE y COL) de APLV.

ES LA PREVALENCIA DE TRASTORNOS FUNCIONALES GASTROINTESTINALES EN NIÑOS CELÍACOS DIFERENTE DE LOS NIÑOS SANOS?

RPD
87

Boggio Marzet C.¹; Baenninger J.²; Arteaga Molina M.³; Tilli M.⁴; Basaldua M.⁵

GRUPO DE TRABAJO GASTROENTEROLOGÍA & NUTRICIÓN PEDIÁTRICA. HOSPITAL PIROVANO. CABA^{1,2,3,4,5}

<cboggio35@hotmail.com>

INTRODUCCIÓN

Varios estudios en adultos han demostrado una prevalencia aumentada de trastornos funcionales gastrointestinales (TFGIs) en pacientes con enfermedad celíaca (EC). Existe poca información disponible en población pediátrica.

OBJETIVO

Demostrar la prevalencia de TFGIs clasificados por criterios de Roma III en niños con EC en tratamiento con dieta libre de gluten (DLG) por más de un año y compararla con un grupo control de niños sanos.

MÉTODOS

Estudio de cohorte retrospectivo. Se implementó un cuestionario estructurado y cerrado sobre TFGIs de acuerdo a criterios de Roma III en 29 niños consecutivos con EC (8M y 21F) luego de 1 año de DLG y testeo negativo de anticuerpos. El grupo control fue representado por 31 niños sanos (15M y 16F). Items considerados: edad, sexo y TFGI analizado.

RESULTADOS

El grupo expuesto fue representado por los pacientes con EC (Grupo I n=29) y los pacientes sanos representaron el grupo control (Grupo II n=31). No se observaron diferencias estadísticamente significativas entre las dos cohortes (GI/GII) en la distribución por sexo (27.6% vs 48.4% varones [Test Z proporciones $p=0.31$]) y edad (65.5% vs 58.1% en niños menores de 8 años [Test Z proporciones $p=0.74$]). Los TFGIs más comunes observados en niños

con EC fueron migraña abdominal (10.3%) y constipación funcional (6.9%) mientras que los niños sanos evidenciaron con mayor frecuencia constipación funcional (12.9%) y síndrome de intestino irritable (6.5%) (Test Z proporciones $p=0.73$ para constipación funcional)

CONCLUSIONES

El presente estudio no puede arrojar suficiente evidencia que demuestre una prevalencia aumentada de TFGIs en niños con EC con DLG en relación a controles sanos. Se necesitarán estudios futuros en este tema que involucren mayor cantidad de pacientes y que exploren otros posibles factores de riesgo asociados.

PERCEPCIONES Y CONOCIMIENTO ACERCA DE LA CONSTIPACIÓN EN PEDIATRAS ARGENTINOS. RESULTADOS DE UNA ENCUESTA PRELIMINAR.

RPD
88

Boggio Marzet C.¹; Prieto Cunello V.²; Ticona Huaquisto L.³; Basaldua M.⁴

GRUPO DE TRABAJO GASTROENTEROLOGÍA & NUTRICIÓN PEDIÁTRICA. HOSPITAL PIROVANO. CABA^{1,2,3,4}
<cboggio35@hotmail.com>

INTRODUCCIÓN

La constipación en una causa frecuente de consulta médica en la práctica pediátrica. Sin embargo se evidencia falta de conocimiento acerca de las buenas prácticas en el manejo y tratamiento de estos pacientes.

OBJETIVO

Evaluar conocimiento, actitudes y prácticas habituales de los pediatras en relación a la constipación.

MÉTODOS

Se implementó cuestionario cerrado y estructurado en cohorte de pediatras pertenecientes a un programa de educación médica continua. Tamaño muestral: 123.

RESULTADOS

Se incluyeron 123 médicos. Mujeres 70.8%. Edad: 60.2% > 40 años. Práctica profesional: 56.6% > 15 años con 43% trabajando tanto en ámbito público como en privado. 95.6% preguntan sobre hábitos alimentarios en sus pacientes, sólo 40% conocen los Criterios de Roma III. 53.9% realizan evaluación inicial con palpación abdominal e inspección de región anal, pero 76% nunca realizan tacto rectal en la primera visita. La Escala de Heces de Bristol fue identificada por el 41.3% de los médicos y el 98.1% la considera útil. Sólo el 19.4% solicita estudios adicionales, siendo la radiografía de abdomen la más frecuente (95%). La dieta con fibra representó tratamiento de primera línea para la constipación (97%). Sólo el 32% utiliza laxantes para tratar al niño constipado, siendo la lactulosa el más utilizado (64.4%). El uso de enema de Murphy (36.5%) y las enemas de fosfato (34.4%) fueron los más frecuentemente utilizados para desimpactación. El 63% de los médicos consideran que la dieta con una adecuación de fibra soluble/insoluble es lo más recomendable (63%). El abordaje psicológico fue "a veces" considerado en los niños constipados (64%).

CONCLUSIONES

Si bien los pediatras argentinos preguntan acerca de los hábitos evacuatorios en la práctica, sólo unos pocos conocen bien la escala de heces de Bristol y los Criterios de Roma III. La dieta con fibra es el tratamiento de primera línea. Sólo uno de cada tres pediatras indican laxantes en la constipación demostrando la necesidad de incrementar la educación médica sobre esta problemática

VALORACIÓN DE LA POSICIÓN ANATÓMICA DEL ANO Y SU RELACIÓN CON LOS HáBITOS EVACUATORIOS EN NIÑOS SANOS DE 1 A 12 MESES

RPD
89

Boggio Marzet C.1; Zurita Yong W.2; Basaldua M.3

GRUPO DE TRABAJO GASTROENTEROLOGÍA & NUTRICIÓN PEDIÁTRICA. HOSPITAL PIROVANO. CABA^{1,2,3}
<cboggio35@hotmail.com>

INTRODUCCIÓN

La importancia de calcular el Índice Ano Genital (IAG) es detectar Ano Anterior Ectópico (AAE) que se diagnostica cuando el orificio anal se encuentra en posición próxima a la vulva o al escroto, siendo esta una entidad controvertida.

OBJETIVO

Determinar posición anatómica normal del ano por medición del IAG en niños sanos de 1 a 12 meses, conocer Incidencia del AAE y la relación con hábitos evacuatorios.

MÉTODOS

Estudio descriptivo, corte transversal y analítico. Se determinó IAG en 140 niños. Período de estudio: 1-7-15 al 31-12-15. El IAG se obtuvo dividiendo las distancias (cm): horquilla vulvar-ano/horquilla-coxis (niñas) y escroto-ano/escroto-coxis (niños). Se realizó encuesta sobre hábitos evacuatorios (Criterios de Roma III). Las variables cuantitativas se describieron en forma de media +/- desviación estándar (DS). La comparación de grupos y el nivel de variables se realizó mediante test t-Student. Para determinar relaciones entre IAG/hábitos evacuatorios se utilizó modelo de regresión logística bivariado (Logit) y OR.

RESULTADOS

140 pacientes. 51,4% sexo femenino. Se observaron diferencias significativas entre el IAG medio Femenino (0,38 +/- 0,04 mm) y Masculino (0,44 +/- 0,04mm) (p< 0,0001). La incidencia de AAE determinado por valor de la media -2DS fue del 1,38% en varones

(0,35 mm). Relación bi variada entre IAG/frecuencia evacuatoria la variable IAG/niños fue significativa (p=0,04), a menor valor de IAG mayor probabilidad de frecuencia de deposiciones bajas (OR 9,85). Entre IAG/Consistencia de deposiciones por sexo la variable IAG/niñas fue significativa (p=0,05), a menor valor de IAG, mayor probabilidad de presentar consistencia de deposiciones muy duras/ duras (OR 5,90).

CONCLUSIONES

Nuestro estudio demostró la utilidad de la medición del IAG, el cual resulta útil para la pesquisa de AAE o detectar precozmente trastornos del hábito evacuatorio.

LOS NIVELES BASALES DE ANTICUERPOS ANTITRANSGLUTAMINASA (A-TTG) AL DIAGNÓSTICO EN NIÑOS CON ENFERMEDAD CELÍACA SE ASOCIAN AL TIEMPO DE NEGATIVIZACIÓN?

PO
90

Boggio Marzet C.¹; Sanjuanelo Camargo S.²; Deforel M.³; Tilli M.⁴; Basaldua M.⁵; Litwin N.⁶; Da Representacao S.⁷

GRUPO DE TRABAJO GASTROENTEROLOGÍA & NUTRICIÓN PEDIÁTRICA. HOSPITAL PIROVANO. CABA^{1,2,3,4,5};

LABORATORIO DE INVESTIGACIÓN EN GASTROENTEROLOGÍA⁶;

GRUPO DE TRABAJO GASTROENTEROLOGÍA & NUTRICIÓN PEDIÁTRICA. HOSPITAL PIROVANO. CABA⁷

<cboggio35@hotmail.com>

INTRODUCCIÓN

La Enfermedad Celíaca (EC) es una enteropatía autoinmune desencadenada por la ingesta de trigo, cebada y centeno. La negativización de los anticuerpos se produce en la mayoría de los pacientes entre los 3 y 6 meses posterior al diagnóstico con dieta libre de gluten (DLG). Sin embargo los niveles variables de a-tTG en niños demuestran que pueden hacerlo más tardíamente.

OBJETIVO

Evaluar con datos longitudinales la tendencia de negativización en dos cohortes fijadas según nivel de a-tTG en basal en pacientes celíacos y evaluar los porcentajes de negativización a los 6 y 12 meses en ambas cohortes.

MÉTODOS

Estudio de cohorte retrospectiva. Se incluyó una muestra de niños con diagnóstico confirmado de EC de acuerdo con criterios ESPGHAN y DLG por período mayor a 1 año sin transgresiones que concurrieron a Gastroenterología y Nutrición Pediátrica del Hospital Pirovano durante el período 2010-2014. Las cohortes de análisis fueron: niños celíacos con valor de a-tTG basal menor (Grupo I) y mayor o igual a 100 UI/ml (Grupo II). Se evaluaron los valores medios de a-tTG a los 6 (Tiempo I) y 12 meses (Tiempo II) del diagnóstico con ANOVA medidas repetidas (validando previamente sus supuestos de normalidad, homogeneidad de matriz de varianzas y esfericidad) y los porcentajes de negativización en cada uno de los grupos en ambos tiempos. Otras variables consideradas fueron: sexo, edad, peso, talla y síntomas de presentación.

RESULTADOS

N=78 pacientes. Edad x: 7.87 ± SD 4.72 años (GI) y 7.50 ± SD 3.79 años (GII). Sexo: mujeres 57.7%. No hubo diferencias por grupos en relación a edad (GI 7a 10m vs GII 7a 6m [Test Welch p=0.70]) y sexo (GI 57.5% [n=23] vs GII 57.9% [n=22] [Test Z proporciones p=0.95]). El comportamiento de los datos longitudinales mostró una tendencia de descenso en paralelo entre ambos grupos con valores medios más inferiores para el grupo basal de menos de 100 UI/ml de a-tTG (p 0.038) y para los 12 meses de evaluación (p < 0.0001) ANOVA medidas repetidas. Los valores medios fueron: GI 17.84 UI/ml (IC95% 9.26-26.41), GII 27.68 UI/ml (IC95% 18.89-36.48), TI 36.28 UI/ml (IC95% 25.73-46.83), TII 9.23 UI/ml (IC95% 6.44-12.03). Al año de tratamiento el GII (AttG ≥ 100 UI/ml) presenta un 23.7% de anticuerpos positivos que aún no logró negativizar (n=9) en relación al GI (AttG < 100 UI/ml) que presentó un 10% con anticuerpos positivos (n=4) con Test de Fisher p=0.13 no significativo aunque clínicamente apreciable.

CONCLUSIONES

Se confirmó la tendencia de disminución de medias por grupos y por tiempos siendo los porcentajes de negativización favorables al GI aunque sin evidencia suficiente.

EL TIEMPO HASTA EL INICIO DE LOS SÍNTOMAS Y EL TIEMPO DE DEMORA DIAGNÓSTICA DIFIERE SEGÚN LA FORMA DE PRESENTACIÓN CLÍNICA DE LA ALERGIA A PROTEÍNA DE LECHE DE VACA (APLV)?

RPD
91

Boggio Marzet C.¹; Tilli M.²; Deforel M.³

GRUPO DE TRABAJO GASTROENTEROLOGÍA & NUTRICIÓN PEDIÁTRICA. HOSPITAL PIROVANO. CABA^{1,2,3}

<cboggio35@hotmail.com>

INTRODUCCIÓN

La APLV es una patología con alto índice de subdiagnóstico. El tiempo entre el inicio de los síntomas y el diagnóstico es un factor determinante para el correcto abordaje del paciente.

OBJETIVO

Determinar si la forma clínica de presentación de la APLV condiciona el tiempo de inicio y diagnóstico de la misma.

MÉTODOS

Estudio observacional de corte transversal. Muestra consecutiva de 103 pacientes con APLV que concurrieron a la Sección de Gastroenterología y Nutrición Pediátrica. Período de estudio: 1-1-10 al 31-12-12. Variables consideradas: edad, sexo, formas clínicas de presentación: inmediatas (INM), cólicos (COL), enteropatía (ENT), proctorragia (PRO) y síntomas símil-reflujo (REF), tiempo hasta el inicio de síntomas (th1sma) y tiempo hasta el diagnóstico (thdgo).

RESULTADOS

Muestra: n=103. Sexo: femenino 55.3%. Edad x: 0.53 ± 0.58 (IC 95% 0.42-0.65). Formas presentación: PRO 38.8%, REF 23.3%, INM 13.3%, COL 13.3%, ENT 10.7%. Tiempo x de comienzo del primer síntoma: 79.11 ± 101.83 días (IC 95% 59.21-99.01) sin diferencias significativas por sexos (Test t p=0.57). Tiempo x hasta el diagnóstico: 59.22 ± 64.36 (IC 95% 46.64-71.80) sin diferencias significativas por sexos (Test t p=0.57). Las medianas (Me) de th1sma dependieron de la forma de presentación clínica con las siguientes diferencias significativas (Kruskall

Wallis p<0.0001, comparación por rangos): la Me de th1sma de INM fue de 155 días (diferencia intercuartilar 116.25) que difirió de la Me de REG de 30 días (diferencia intercuartilar 45 días) y de la Me de COL de 15 días (diferencia intercuartilar 30.5 días). La Me de th1sma de ENT fue de 150 días (diferencia intercuartilar 300 días) y difirió de la de REG y de la de COL. La Me de th1sma para PRO no difirió con el resto de los grupos (60 días con diferencia intercuartilar 63.75 días).

CONCLUSIONES

El th1sma fue más precoz en las formas de COL y REF. La PRO no difirió de cualquier otra forma de presentación clínica analizable en este estudio. El tiempo de demora en el diagnóstico no dependió de la forma de presentación.

EXISTEN DIFERENCIAS ANTROPOMÉTRICAS EN EL SEGUIMIENTO DE NIÑOS CELÍACOS EN RELACIÓN A NIÑOS SANOS?

PO
92

Boggio Marzet C.¹; Ko M.²; Tili M.³; Basaldua M.⁴

GRUPO DE TRABAJO GASTROENTEROLOGÍA & NUTRICIÓN PEDIÁTRICA. HOSPITAL PIROVANO. CABA^{1,2,3,4}
 <cboggio35@hotmail.com>

INTRODUCCIÓN

La Enfermedad Celíaca (EC) es una enteropatía secundaria mediada por linfocitos T que se desarrolla en personas genéticamente predisuestas al entrar en contacto con la proteína del gluten presente en trigo, cebada y centeno, caracterizándose por una intolerancia permanente. El retraso de crecimiento pondoestatural y la sintomatología intestinal son habituales en los primeros años de vida. Pocos estudios locales han demostrado diferencias antropométricas en niños celíacos en relación a sanos.

OBJETIVO

Determinar el estado nutricional en niños con EC y comparar estos parámetros con niños sanos.

MÉTODOS

Estudio descriptivo, retrospectivo y observacional de corte transversal. Se analizaron historias clínicas de niños que concurren al Consultorio Externo de Gastroenterología Infantil y de Pediatría del Hospital Pirovano. Período de estudio: 01-01-2013 a 31-12-14. Variables consideradas: edad, sexo, y perfil de crecimiento por Z-score (peso, talla e IMC –índice de masa corporal) en basal y al año de seguimiento.

RESULTADOS

Muestra consecutiva de 172 niños. El grupo expuesto (EC) correspondió a 92 niños (Grupo I) y el grupo control a 80 niños (Grupo II). Sexo: femenino 56%. Edad x: 6.6 ± SD 3.9 años. No se observaron diferencias estadísticamente significativas en relación a sexo entre grupos (p=0,20) ni edad (p=0.84). Las medias de z score de peso, talla e IMC en basal

mostraron diferencias estadísticamente significativas entre grupos I y II (p < 0.001) con menores valores en grupo I así como al año de seguimiento en z score de peso e IMC (p < 0.001) para el mismo grupo (Test t). En análisis de Pc 50 (mediana) con respectivos cuartiles de Pc 25 y 75 de z score de peso, talla e IMC entre sanos y enfermos se evidenciaron las mismas diferencias (Wilcoxon Test). En las variaciones de los parámetros de crecimiento (Z delta score de peso, talla e IMC) se observó diferencias en peso y talla, pero no en IMC entre valores basales y al año de seguimiento entre grupos (Test t).

CONCLUSIONES

Los niños celíacos presentaron pesos y tallas similares con respecto a los niños sanos si bien en el análisis del Z score de peso, talla e IMC es observable la diferencia significativa. Es importante remarcar en los pediatras el análisis del z score en la evaluación diaria de los pacientes celíacos.

ENCUESTA NACIONAL SOBRE ALERGIA A PROTEÍNA DE LECHE DE VACA EN GASTROENTERÓLOGOS PEDIATRAS ARGENTINOS.

PO
93

Boggio Marzet C.¹; Toca M.²

GRUPO DE TRABAJO GASTROENTEROLOGÍA & NUTRICIÓN PEDIÁTRICA. HOSPITAL PIROVANO. CABA¹ ;
 SERVICIO DE GASTROENTEROLOGÍA PEDIÁTRICA. HOSPITAL POSADAS²
 <cboggio35@hotmail.com>

INTRODUCCIÓN

La alergia a la proteína de leche de vaca (APLV) es una patología en crecimiento. Su tratamiento está basado en una precoz detección y correcto diagnóstico. Si bien existen guías de buenas prácticas en esta problemática, poco se conoce acerca del manejo en nuestro país por parte de los gastropediatras.

OBJETIVO

Evaluar las prácticas habituales en el manejo de pacientes con APLV por parte de gastropediatras argentinos.

MÉTODOS

Se elaboró una encuesta estructurada y cerrada como parte de un programa de la Sociedad Latinoamericana de Gastroenterología, Hepatología y Nutrición Pediátrica (LASPGHAN) para ser difundida entre los diferentes países participantes. En Argentina la encuesta se realizó en una cohorte seleccionada de gastropediatras integrantes de la red Notigastro. Total de la muestra: 203.

RESULTADOS

De los 203 médicos invitados 47 contestaron la encuesta en forma completa (Tasa de respuesta 23.1%). 4 tuvieron que ser anuladas por estar incompletas. El 59.6% correspondió al sexo femenino. El 36.2% tenían más de 50 años y el 55.3% más de 20 años de ejercicio en la profesión. 66% trabajaban tanto en ámbito público como privado. El 36.2% pertenecían a CABA y Gran Buenos Aires, el 34% a Región Centro, el 14.9% al Norte Grande, 8.5% a Patagonia y 6.4%

a Nuevo Cuyo. Si bien el 89.4% conoce el Consenso de APLV de la LASPGHAN sólo el 27.7% utiliza algún registro de síntomas o puntuación para el diagnóstico. En relación al diagnóstico de APLV no IgE mediada sólo el 36.2% realiza siempre prueba de provocación pero el 91.5% recomienda un hidrolizado extensivo para el tratamiento inicial. El 53.2% considera que el tratamiento de la APLV está financiado parcialmente ya que el 48.9% refiere dificultad por parte de sus pacientes para acceder a las fórmulas. El 42.6% mantiene la dieta de exclusión hasta el año de edad. En la APLV IgE mediada el 82.9% realiza la provocación en forma controlada en centro médico de acuerdo a la gravedad de la clínica. Sólo el 38.3% de los encuestados tiene programa de desensibilización en su centro. Se observaron diferencias estadísticamente significativas en relación a la accesibilidad de las fórmulas lácteas en relación a las diferentes regiones geográficas (p=0.004), no siendo así para las relaciones sexo/edad y sexo/años de ejercicio (p= 0.26 y p=0.76 respectivamente).

CONCLUSIONES

Si bien la mayoría de los gastropediatras conocen las Guías de APLV de la LASPGHAN no existe consenso sobre el tiempo de exclusión de la proteína en el tratamiento. Sólo la mitad de los encuestados dispone de protocolo para la prueba de provocación realizando la misma de acuerdo a la gravedad clínica del paciente. La accesibilidad a las fórmulas medicamentosas en relación a la región geográfica resultó ser un factor determinante para el correcto tratamiento de los pacientes.

ENFERMEDAD CELIACA, PREVALENCIA Y SEGUIMIENTO DE CASOS DETECTADOS EN UN HOSPITAL PEDIATRICO DE REFERENCIA DE LA PROVINCIA DE MISIONES

RPD
94

Vinuesa F.¹; Lopez M.²; Sprang M.³; Mir C.⁴; Manulak A.⁵

HOSPITAL DE PEDIATRÍA¹; HOSPITAL PUBLICO PROVINCIAL DE PEDIATRIA "DR. FERNANDO BARREYRO" Y FACULTAD DE CS EXACTAS Y NATURALES UNAM²; HOSPITAL PUBLICO PROVINCIAL DE PEDIATRIA "DR. FERNANDO BARREYRO" Y MINISTERIO DE SALUD PUBLICA DE MISIONES³; FACULTAD DE CS QUIMICA NATURALES UNAM⁴; FACULTAD DE CS EXACTAS QUIM Y NATURALES UNAM⁵
<fermandovinuesa7@hotmail.com>

INTRODUCCION

La enfermedad celíaca (EC) es una enteropatía crónica mediada por mecanismos inmunes, precipitada por la exposición al gluten en individuos genéticamente predispuestos.

OBJETIVO

Detectar la prevalencia de la EC y realizar un seguimiento a pacientes celíacos en tres centros de referencia de la provincia de Misiones. Los objetivos específicos fueron: estimar la prevalencia de la enfermedad celíaca a partir de la detección en población sintomática, oligo sintomática y en población de riesgo; caracterizar la edad, sexo y patrones de presentación de los celíacos en la población estudiada; evaluar la adherencia a la dieta de aquellos diagnosticados, describiendo las causas que inciden en la adherencia a la misma.

MATERIAL Y METODOS

Estudio longitudinal y descriptivo en individuos con sospecha clínica o pertenecientes a grupos de riesgo, que concurren a un Hospital Pediátrico de Nivel III de la ciudad de Posadas-Misiones desde enero de 2013 hasta diciembre de 2015, mediante la determinación de anticuerpo antitransglutaminasa IgA (valor de referencia < 10 U/ml). Se realizó el seguimiento con encuesta y control serológico a los 6 meses, a pacientes con Anatomía Patológica tipo Marsh 2 y 3.

RESULTADOS

Se estudiaron 2935 pacientes, la prevalencia del período hallada en el año 2015 fue de 10,9%. La mayor población de celíacos se encontró en el rango etario de 5 a 9 años con una proporción mujer-hombre 2:1. Los síntomas clásicos representaron el 66% de los casos. La tasa de familiares de primer grado con EC fue del 15%. En la población celíaca encuestada se encontró que el 21% no cumplía con la dieta libre de gluten por negligencia u olvido. Todos los pacientes o los padres manifestaron conocer la etiqueta que indica los alimentos sin gluten y el 96% que le resultaba costoso y fuera de su presupuesto comprar dichos alimentos. Solo 17 niños asistieron a control de anticuerpos a los 6 meses, de los cuales un 52% disminuyó o normalizó los valores.

CONCLUSIONES

La prevalencia de EC hallada a partir de la detección en la población con síntomas clásicos, no clásicos y en grupos de riesgo fue más alta que en la población general. Pocos pacientes asistieron al control periódico de la enfermedad, aunque con una adherencia satisfactoria a la dieta libre de gluten.

LA GRAN SIMULADORA: UN CASO DE TUBERCULOSIS INTESTINAL

RPD
96

Rodríguez Wilkinson M.¹; Idoyaga Molina M.²; Uranga M.³

HOSPITAL MUNICIPAL DE PEDIATRÍA FEDERICO FALCÓN^{1,2,3}
<paz.wilkinson@gmail.com>

INTRODUCCIÓN

El informe de la OMS 2015 expresa que en el año 2014, 140.000 murieron por tuberculosis, que es, junto con el VIH, una de las principales causas de mortalidad en el mundo. En 2013, en Argentina, se notificaron 8.974 casos nuevos de tuberculosis. La tasa nacional fue de 21,3 por 100.000 habitantes, mostrando diferencias regionales, y la provincia de Buenos Aires presenta tasas más altas que la media nacional. La incidencia según grupos de edad es mayor en menores de 5 años, adolescentes y adultos jóvenes. Las localizaciones extrapulmonares constituyen 15-20% de todas las formas de tuberculosis, siendo las más frecuentes en nuestro país la pleural, ganglionar y, en menor medida, meníngea, miliar, abdominal y osteoarticular. La tuberculosis abdominal, por presentar manifestaciones clínicas inespecíficas, aún es un desafío para los médicos tanto para diagnóstico, como para tratamiento. Esto lleva a diagnóstico tardío, con complicaciones y mortalidad altas.

DESCRIPCIÓN

Niña de 9 años que consulta por diarrea, vómitos, pérdida de peso y fiebre intermitente de 2 meses de evolución. Antecedentes: dos neumonías antes del año de vida, y meningitis tuberculosa a los 8 meses con tratamiento completo. Se solicitan estudios por diarrea crónica sin hallazgos positivos (parasitológico, ecografía abdominal, screening para enfermedad celíaca). Se realizó radiografía de tórax, por fiebre y pérdida de peso, que evidenció infiltrado intersticio-alveolar en ambos vértices.

Por este hallazgo, se realizaron PPD (negativa) y esputos, que informaron baciloscopia positiva. Con sospecha de tuberculosis intestinal, se realizó tomografía abdominal que mostró engrosamiento mural de colon, válvula ileocecal y ciego, con ganglios mesentéricos hipodensos y refuerzo en anillo. De acuerdo a estos hallazgos característicos, inició tratamiento tuberculostático con cuatro drogas, presentando buena evolución. Se descartó también inmunodeficiencia.

COMENTARIO

La tuberculosis intestinal debe ser fuertemente sospechada en niños entre 5 y 10 años con sintomatología intestinal inespecífica, fiebre y pérdida de peso. En países de alta prevalencia como Argentina, es necesario considerar el diagnóstico de tuberculosis intestinal, no siendo imprescindibles los estudios microbiológicos confirmatorios para iniciar tratamiento.

ENFERMEDAD CELIACA. IMPACTO DE LAS ENFERMEDADES CONCOMITANTES EN LA SENSACIÓN DE SALUD

PO
97

Wright, RA¹; Gómez Losada, CL²; Zosi, A³; Menendez, L⁴; Guzmán, L⁵; Arregui, C⁶; Ruiz, L⁷; Martínez Portilla, K⁸; Gonzalez, T⁹; Cueto Rúa, E¹⁰

CENTRO DE ESTUDIOS EN NUTRICIÓN Y DESARROLLO INFANTIL CEREN-CIC; HOSPITAL DE NIÑOS SOR MARÍA LUDOVIA DE LA PLATA¹; HOSPITAL DE NIÑOS SOR MARÍA LUDOVICA DE LA PLATA. POSTGRADO DE GASTROENTEROLOGÍA, HEPATOLOGÍA Y NUTRICIÓN UNLP^{8,9,10}; HOSPITAL DE NIÑOS SOR MARÍA LUDOVICA DE LA PLATA.^{3,4,5,6,7}

INTRODUCCIÓN

Nos hemos interesado en la construcción del concepto de enfermedad celiaca por parte del paciente y su entorno. En esta última encuesta se estudió la sensación de salud y enfermedad; y la calificación de esta sensación. Se analizó también si la presencia de enfermedades concomitantes influyó en esta designación.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio descriptivo y transversal de un grupo de celíacos y familiares que asistieron a jornadas de ésta temática desde diciembre de 2014 a diciembre de 2016. Se les entregó una encuesta cerrada para completar antes del comienzo de la charla. Esta indagó sobre la percepción de salud y la coexistencia o no de enfermedades concomitantes. Se solicitó una autocalificación de 1 al 10. Para el análisis estadístico se utilizó t de student para la comparación de los valores promedio con intervalos de confianza del 95% (IC), para el análisis de las variables categóricas de utilizó chi cuadrado.

RESULTADOS

Se encuestaron 1052 personas, de las cuales el 70,2% eran celíacos y el 29,8% eran familiares de celíacos. El 89,3% fueron mujeres y el 10,7% hombres. La edad media fue de 39,6 ± 14,6 años.

El promedio general de sensación fue de 8,11 puntos. Se sintió sano el 86,8%, con una calificación promedio de 8,71. Se sentían personas enfermas 13,2% con autocalificación de 4,14.

La relación de la calificación de las personas celíacas fue de 8,48. Con una enfermedad concomitante 7,87; con dos 7,15; con tres 6,11 y con cuatro 4,25. (TABLA 1). Comparando la calificación de sensación de los celíacos con los que

presentaban una o más enfermedades asociadas fue altamente significativa (p= 0,000). Cuando se comparó EC con una enfermedad concomitante hubo diferencia significativa, mientras que los que tuvieron una concomitante y dos no presentaron diferencia significativa (p=0,09). Sin embargo, entre dos y tres si la hubo (p=0,04), mientras que entre tres y cuatro, no (p=0,06). En la comparación del celíaco con aquellos que tenían sólo hipotiroidismo no presentaron diferencia significativa (p=0,227). Contrariamente en la comparación de los que tenían una concomitante no hipotiroidismo si la hubo (p=0,007).

CONCLUSIÓN

La mayoría de los integrantes del universo presentaron una percepción de persona sana. La calificación de salud es inversamente proporcional a la cantidad de enfermedades asociadas.

El hipotiroidismo como enfermedad asociada no impacta negativamente en la sensación de salud, a diferencia del resto de las patologías concomitantes.

Tabla 1: Sensación de Salud-Enfermedad, calificación de las personas celíacas y la presencia de enfermedades concomitantes

	n	Sano	Enfermo	Nota
Solo celíaco	652	599 (91,9%)	53 (8,1%)	8,48 ± 1,84
1 Asociada	283	241 (85,2%)	42 (14,8%)	7,87 ± 2,17
2 Asociadas	81	58 (71,6%)	23 (28,4%)	7,15 ± 2,22
3 Asociadas	27	14 (51,8%)	13 (48,1%)	6,41 ± 2,53
4 Asociadas	8	1 (12,5%)	7 (87,5%)	4,25 ± 1,98

Chi cuadrado: 154,01; p= 0,0000

UTILIDAD DE LA ENDOCÁPSULA A PROPÓSITO DE UN CASO

PO
98

Battiston F.¹; Solis R.²; Mora M.³

HOSPITAL MATERNO INFANTIL DE SAN ISIDRO^{1,2,3}

<ferbattist@hotmail.com>

El divertículo de Meckel es la más frecuente malformación del tracto gastrointestinal. La mayoría de los casos permanecen asintomáticos, pero si sangra puede ser de difícil diagnóstico.

Presentamos un paciente de 13 años, previamente sano, con hemorragia digestiva alta que se internó en nuestro hospital luego de 2 episodios sincopales, con palidez progresiva, posteriormente melena, y una deposición con sangre roja rutilante, taquicárdico, sin visceromegalias, eutrófico.

Laboratorio de ingreso Hb: 4gr/dl, Hto.:12% TP: 89% KPTT: 31s Plaq: 366.000. Resto normal.

Recibe 3 transfusiones de GRD, Omeprazol.

Se realizó Endoscopia Digestiva Alta no hallándose lesión.

En el Centellograma con Tc 99 se descartan Divertículo de Meckel u otra patología con mucosa gástrica ectópica.

Una segunda Endoscopia Digestiva Alta y Colonoscopia a los 15 días resulta normal.

Ecografía abdominal normal.

Se dio de alta con pautas de alarma y proscripción de AINES.

Cinco meses después tiene una segunda internación por melena. No requirió transfusión. Se medicó con Omeprazol. Hto: 34%, coagulograma normal. Resto de laboratorio normal.

Tercera internación 3 meses después con nueva hemorragia digestiva de tipo hematoquezia, pálido, Hto: 22 % Hb.: 7,7gr/dl. No se transfundió por estar compensado.

Se solicitó estudio con Endocápsula para descartar sangrado de origen desconocido, con sospecha de probable malformación vascular en intestino delgado.

En el estudio se informa que en Intestino Delgado medio/distal (FID) se observa un orificio grande de aspecto diverticular, que conforma junto a la luz, una imagen en caño de escopeta. Ambos orificios se encuentran separados por un grueso septum. Algunas imágenes muestran una mucosa adyacente de tipo vellosa y en otras se observa intususcepción de la mucosa hacia la luz. No se evidencian estigmas de sangrado.

Compatibles con un divertículo de Meckel. Adyacente se observa una mucosa de aspecto vellosa (mucosa ectópica vs adenoma vellosa).

Se realiza laparoscopia hallándose divertículo de Meckel, que se reseca. La anatomía patológica confirma Divertículo de Meckel con revestimiento mucoso gástrico.

La endocápsula presenta utilidad para realizar diagnóstico de patología presente en intestino delgado al que no se puede acceder por otros métodos habituales y podría estar indicada en evaluación de pacientes con sangrado de origen oculto.

ELECCIÓN DE TERAPIA ANTI - TNF EN RECURRENCIA POSTOPERATORIA DE ENFERMEDAD DE CROHN Y NEUTROPENIA

PO
99

Di Vincenzo F.¹; Oropeza G.²; Vasquez J.³; Marchisone S.⁴

HOSPITAL INFANTIL DE CÓRDOBA^{1,2,3,4}

<flor_dv1@hotmail.com>

INTRODUCCIÓN

Las tiopurinas son ampliamente recomendadas para reducir el riesgo de recurrencia postoperatoria después de cirugía para una enfermedad de Crohn complicada. El 28% de los pacientes tratados con Azatioprina experimentan efectos colaterales (mielotoxicidad y linfomas). Se ha demostrado el uso del infliximab para sostener la remisión clínica en pacientes con Crohn refractario.

OBJETIVO

Presentar caso clínico de paciente con Enfermedad de Crohn ileocolónica y Neutropenia Grave y elección de terapia de mantenimiento con tratamiento no convencional.

DESCRIPCIÓN DEL CASO

Masculino 14 años con diagnóstico de Enfermedad de Crohn ileocolónico diagnosticado a los 9 años sobre una pieza quirúrgica reseca por sospecha de Linfoma asociada a neutropenia febril grave. Al diagnóstico GB: 1500/mm³ C: 0 S:0 Eo: 0 B: 0 L: 70 M: 18, Hb:10,5gr/L VCM:81fl HCM: 25pg VSG: >120 PCR: 180 mg/L Plaquetas: 352.000/mm³ PT: 6 gr/dL Alb: 2,3gr/dL I gG: 3282 mg% C3: 53 mg/dL C4: 6,3mg/dL ASCA: 28 U/ml (VN: < 22) P - ANCA: negativo. Serologías CMV, EBV,HBV, HCV, HIV, Parvo, Herpes I y II: negativas. Se descarto inmunodeficiencias. PAMO: hipoplasia de la serie blanca, resto normal. No se observan células atípicas. AP de resección ileocolónica: dos úlceras grandes en ciego, múltiples úlceras pequeñas en ileon terminal. MO: en úlceras,

una con importante hiperplasia linfoide que compromete la mucosa formando nódulos y otra con fisuras profundas. La pared muestra infiltrado linfoplasmocitario que se extiende a tejido adiposo. Sin evidencia de malignidad. Cultivos negativos, Parasitológico negativo. Tratamiento antibiótico con Cefazidima - Amikacina - Metronidazol. Inicia tratamiento con Meprednisona y Azatioprina. Al año VEDA y Ileocolonoscopia normal. Tratamiento de mantenimiento: AZA. Evolución: mala adherencia al tratamiento médico. Dos ingresos hospitalarios, uno con Neutropenia Febril y NAC con Derrame y la segunda con Neutropenia febril Crohn reactivado y aparición de herpes zoster en el curso de su internación. Se repite PAMO y cultivos. Tratamiento antibiótico y antiviral. Se decide inicio de tratamiento con corticoides y anti- TNF.

CONCLUSIÓN

Si bien el tratamiento de mantenimiento de los pacientes con Crohn es con tiopurinas, nuestro paciente es candidato a utilizar anti- TNF teniendo en cuenta la supresión medular que experimenta, sumado al riesgo de linfomas que se conoce por el uso prolongado de estas drogas y su asociación con el virus de Epstein Barr.

EXPERIENCIA EN EL MANEJO DE INGESTA DE CUERPO EXTRAÑO EN EL TUBO DIGESTIVO EN PEDIATRÍA, HOSPITAL NACIONAL POSADAS.

RPD
100

Lucero N.¹; Vidal J.²; Toca M.³; Bigliardi R.⁴; Ditaranto A.⁵; Caglio P.⁶; Morisse S.⁷; Messere G.⁸; Ortiz G.⁹; Fernandez J.¹⁰; Espósito M.¹¹; Silvestri G.¹²; Paz S.¹³; Valenzuela L.¹⁴; Crespo E.¹⁵; Verdi F.¹⁶; Reynoso R.¹⁷

HOSPITAL NACIONAL POSADAS^{1,2,3,4,5,6,7,8,9,10,11,12,13,14,15,16,17}

<nalucero2@gmail.com>

INTRODUCCIÓN

La ingestión de cuerpo extraño (CE) puede producir lesiones en el tracto aerodigestivo. La mayoría ocurren en menores de 3 años, sólo el 10-20% requieren endoscopia y 1% cirugía.

OBJETIVOS

Describir prevalencia, dificultades y complicaciones relacionadas a la ingestión y extracción de CE.

MATERIALES Y MÉTODOS

Trabajo descriptivo, retrospectivo, niños que presentaron ingestión de cuerpo extraño y se les realizó videoendoscopia digestiva alta (VEDA) entre Enero 2104 a Diciembre del 2016.

Se definió como complicación: úlceras, perforaciones, abscesos, fistulas, hemorragias.

RESULTADOS

Se realizaron 342 procedimientos. La localización fue 251 esófago superior, 10 medio, 13 inferior, 36 estómago, 2 duodeno, 30 no se halló ce; tipo de ce fue 183 monedas en tercio superior, 6 medio, 11 inferior, 16 estómago; pila botón (PB) fue el segundo ce encontrado 11 tercio superior (sup), 3 en estómago, y 5 medallas en esófago, como objetos punzantes se encontró 2 aros en esófago sup, 1 clip metálico, 2 hebillas y 2 clavos en estómago y duodeno, el resto se divide en alimentos, bolitas, tuerca, botón de pantalón, clip metálico e imán.

Edad media 4 años (r:6m-14 a)

Cincuenta pacientes (14.88%) tuvieron algún tipo de lesión: 36 (72%) erosión por decubito y 14 (28%) úlceras (12 pila botón y 2 moneda), 2 se resolvieron quirúrgicamente.

20 (5.95%) presentaron dificultades en la extracción: 7 por pila botón adherida; 5 monedas en estómago, 6 objetos punzantes, 2 hebillas en duodeno. La mayoría fueron menores de tres años.

CONCLUSIÓN

La ingestión de pila botón fue la causa con complicación esofágica mas severa y dificultad en la extracción.

Las dificultades en la extracción estarían asociadas al tipo de cuerpo extraño, la localización y a la edad de los pacientes.

La erosión por decubito fué la lesión más frecuente, las úlceras se encontraron por pila botón y moneda.

PREVALENCIA DE HLA DQ2-DQ8 EN FAMILIARES DE 1° GRADO DE CELÍACOS

Mora M.¹; Frezza L.²; Litwin N.³

HOSPITAL MATERNO INFANTIL DE SAN ISIDRO^{1,2}; LABORATORIO DE INVESTIGACIÓN EN GASTROENTEROLOGÍA³
<mmora22@me.com>

PO
101

INTRODUCCIÓN

Los familiares de 1° grado constituyen un grupo de riesgo con prevalencia publicadas de EC de 10 al 20% y de HLA DQ2-DQ8 de alrededor de 73%. La ausencia de dichos marcadores tiene alto valor predictivo negativo para EC y resultarían útiles como primer estudio en grupos de riesgo permitiendo seleccionar a los susceptibles. Si bien es costoso evitaría la realización de múltiples e innecesarias serologías. En pacientes con Sd. De Down se ha demostrado su costo-efectividad, no así en otros grupos de riesgo. En Argentina no se han publicado estudios del tema.

OBJETIVOS

1. Estimar la prevalencia de HLA DQ2-DQ8 en un grupo de familiares de 1° grado de pacientes celíacos y cuáles fueron los alelos más frecuentes.
2. Contribuir a evaluar la costo-efectividad de iniciar los estudios en este grupo con la determinación del HLA DQ. Vs serología.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se estudiaron 164 familiares de 1° grado de zona norte del conurbano bonaerense: 76 hermanos, 33 hijos, 54 progenitores. 92 Mujeres. Las muestras fueron tipificadas, mediante sangre periférica anticoagulada con EDTA, por el método salting-out. La amplificación del ADN se realizó en termociclador automático Bio-Rad-MYcycler. Se determinaron los alelos de los loci DQ, utilizando el producto de la amplificación genérica por (PCR) e hibridación reversa con oligonucleótidos específicos fijados en bandas (LIPA KEY-INNOGENETICS). Las bandas positivas fueron leídas y la clasificación alélica se realizó mediante el análisis de los genes utilizando el software LiRAS® for LIPA.

RESULTADOS

De 164 familiares estudiados, el 76% presentó susceptibilidad DQ2 y/o DQ8. Se observaron diferencias siendo la más alta, 80%, entre hermanos e hijos. El alelo más frecuente en todos los grupos fue DQ2, siendo el heterodímero CIS el más común, observándose en 82/164 (50%) de los familiares estudiados. En este grupo, 18/82 presentaron el alelo por duplicado (DQ2 CIS homocigota), representando el 10,9% de la cohorte. El heterodímero DQ2 TRANS (DR5/DR7) se expresó en 47 familiares (28,6%) y 18/164 familiares presentaron DQ8 (10,9%).

CONCLUSIONES

- La prevalencia de HLA DQ2/8 en este grupo estudiado fue muy alta (76%)
- Si bien los resultados no son concluyentes para establecer la costo efectividad, puede ser una opción, previo consentimiento informado y según disponibilidad, iniciar el estudio de familiares de 1° grado determinando la susceptibilidad genética, que permitiría excluir del seguimiento ulterior al 25%.

TIROSINEMIA TIPO I

Sciolla M.¹

HOSPITAL PROVINCIAL DEL CENTENARIO¹
<magui_sciolla@hotmail.com>

PO
104

INTRODUCCION

La Tirosinemia hereditaria tipo I (THI) o tirosinemia hepato-renal es una enfermedad autosómica recesiva causada por la deficiencia de la enzima fumarilacetato hidrolasa. Es una enfermedad rara con una frecuencia de 1 cada 100.000 recién nacidos. Presenta una sintomatología variable, desde fallo hepático agudo, cirrosis, carcinoma hepatocelular, síndrome renal de Fanconi y neuropatía periférica.

OBJETIVOS

Presentar un caso clínico de una paciente femenina de 6 meses con Tirosinemia Tipo I. Sospechar, reconocer y diagnosticar precozmente una patología infrecuente en pediatría.

MATERIAL Y METODOS

Paciente de 6 meses, eutrófica, sin antecedentes de jerarquía, que ingresa con diagnóstico de Síndrome ascítico y fallo hepático agudo. Presenta cuadro clínico previo de 6 días de evolución caracterizado por distensión abdominal progresiva.

Se solicita laboratorio Hto 25.1, Hb 9.2, GB 12110, Pl 115000, Gl 71, Ur 6, Cr 0.1, Prot 4.24, Al 2.19, BT 1.62 (1.08), GOT 128, GPT 44, FAL 1165, GGT 91, Ami 16, Coli 3084, CPK 89, LDH 634, Na 135, K 4.1, Cl 104, Ca 8, P 2.4, Mg 1.77, TP 49, Tasa 11, RIN 4.8, KPTT 115. Serología viral: negativo para VHS 1 Y 2, CMV, VEB, Coxsackie, Parvovirus B19. Ecografía abdominal que informa pseudonódulos hepáticos, por lo cual se solicita RMI abdominal en la que se visualiza hígado aumentado de tamaño con hipertrofia del lóbulo caudado, heterogéneo a expensas de múltiples y pequeñas lesiones de 6 y 7 mm las de mayor tamaño, siendo las restantes puntiformes y heterogéneas en T1 y T2, e hipointensas con técnica de supresión grasa; depósito focal de grasa; ambos riñones aumentados de tamaño hiperintensos. Dado resultado de estudios por imágenes, se sospecha Enfermedad Metabólica se solicita dosaje de Alfa fetoproteína con valor >1210 y dosaje de Succinil Acetona en orina positivo, confirmándose diagnóstico de Tirosinemia Tipo 1. Inicia tratamiento con NITICINONA (NTBC) 10 mg diarios; se realiza interconsulta con Nutricionista quien indica nutrición con leche TYR, con mejoría clínica y de laboratorio.

PTI COMO FORMA DE PRESENTACIÓN INICIAL DE COLITIS ULCEROSA. A PROPÓSITO DE UN CASO.

Graziani MP, Moser M, Cosentino M, Rojo G, Ditaranta A, Vidal J, Formisano S, Fernie ML
HOSPITAL BRITÁNICO DE BUENOS AIRES

RPD
105

INTRODUCCIÓN

La Colitis ulcerosa (CU) es una enfermedad inflamatoria crónica idiopática cuya incidencia en la población pediátrica es de 1-4/100000. A diferencia de las formas adultas, las pediátricas son extensivas en el 60-80% de los casos y suelen presentarse de manera más agresiva. Puede asociarse a manifestaciones extraintestinales, entre ellas a la PTI en un 0,1-0,48%. El diagnóstico es clínico e histológico. Se cuenta con varios escalones terapéuticos para el control sintomático.

OBJETIVOS

Tener presente esta asociación para valorar las diferentes opciones terapéuticas, particularmente en los casos refractarios, y su posible vínculo con *H pylori*.

DESCRIPCIÓN DEL CASO

Paciente varón de 12 años con antecedente de PTI refractaria estudiado con PAMO normal, que ingresa a nuestro servicio por diarrea sanguinolenta y pérdida de peso de 1 mes de evolución. Presenta perfil celíaco y colagenogramas normales, anemia y plaquetopenia severa, con alto requerimiento transfusional. VEDA y VCC: CU y gastritis crónica con *H pylori* positivo. Recibe azatioprina, mesalazina y meprednisona. Al mes se repite VCC sin cambios, continuando con similar clínica, por lo que se interpreta como CU corticorresistente. Se decide continuar con infliximab como siguiente escalón terapéutico. Evoluciona con mejoría de los síntomas gastrointestinales, eutrófico, actualmente en fase de mantenimiento, persistiendo con manifestaciones de PTI.

CONCLUSIÓN

La CU asociada a PTI representa un desafío terapéutico. Existen escasos reportes de dicha asociación. Una hipótesis etiológica sugiere la aparición de anticuerpos cruzados contra antígenos plaquetarios al translocarse microorganismos durante la fase subclínica de la CU. El tratamiento de la CU (en este caso con anti-TNF) es clave en el manejo de estos pacientes y la gammaglobulina sigue siendo una opción efectiva en los casos de PTI severa. Algunos trabajos demuestran resolución de la PTI con colectomía y otros no; no pudiendo concluir acerca de la eficacia de dicha intervención y sugiriendo un curso probablemente independiente al de la CU. Asimismo, existen casos asociados a *H pylori* los que, a pesar de la remisión de la CU, la PTI solo mejoró luego del tratamiento erradicador del germen.