

Acta

PEDIÁTRICA

ESPAÑOLA

Acta Pediatr Esp. 2011; 69 (Supl.): S1-S64

GASTROENTEROLOGÍA, HEPATOLOGÍA Y NUTRICIÓN PEDIÁTRICA

XVIII

IX

I

I

CONGRESO LATINOAMERICANO
CONGRESO IBEROAMERICANO
CONGRESO CARIBEÑO
CONGRESO DOMINICANO

The image shows the cover of the abstract book for the 2011 congresses. It features a collage of images: a tropical beach, a map of the Americas, and a large conference hall. The text on the cover includes the following information:

- CONGRESOS**
- SLAGHNP** (Sociedad Latinoamericana de Gastroenterología Hepatología y Nutrición Pediátrica)
- 2011**
- XVIII Congreso Latinoamericano**
- IX Congreso Iberoamericano**
- I Congreso Caribeño**
- I Congreso Dominicano**
- Gastroenterología Hepatología y Nutrición Pediátrica**
- Lugar:** Gran Palacio de Convenciones del Complejo Hotelero Barcelé, Bávaro, Punta Cana
- Fecha:** 17 al 20 de Noviembre del 2011
- www.slaghnp.gauno.com**
- Sociedades Internacionales Invitadas:** AEP, NASPGHAN, ESPGHAN, and others.

**Bávaro, Punta Cana
(República Dominicana)
17-20 noviembre 2011**

Abstracts

SOCIEDAD LATINOAMERICANA DE GASTROENTEROLOGÍA, HEPATOLOGÍA Y NUTRICIÓN PEDIÁTRICA

Directiva 2008-2011

Presidente:	Pasado Presidente:	Secretario General:	Tesorera:	Vice-tesorero:
Dra. Silvia Cruchet	Dr. Carlos Velasco	Dr. Eduardo Hebel	Nut. Msc. Verónica Cornejo	Dr. Óscar Brunser
Vicepresidentes		Vocales	Vocales	
Argentina: Dra. Raquel Furnes Brasil: Dra. Vera Lucía Sdepanian Colombia: Dr. Rafael Guerrero Lozano Chile: Dr. Francisco Moraga España: Dra. Isabel Polanco México: Dr. Salvador Vázquez República Dominicana: Dr. Juan Jorge Collado Venezuela: Dra. Magaly Rodríguez		Costa Rica: Dra. Celina Guzmán Cuba: Dra. María del Pilar Escobar Ecuador: Dr. Fabián Vásquez Panamá: Dr. Roderick Bejarano Perú: Dr. Aldo Maruy Portugal: Dr. Jorge Amil Dias	Bolivia: Dr. Nelson Ramírez El Salvador: Dr. Roberto Zablah Guatemala: Dr. Jorge Palacios Nicaragua: Dr. Leonel Alejandro Palacio del Carmen Paraguay: Dra. Lourdes Ortiz Uruguay: Dra. Carola López	

CONGRESOS SLAGHNP/LASPGHAN 2011

Comité Ejecutivo Organizador Nacional

Presidente:	Primer Vicepresidente:	Segunda Vicepresidente:	Secretaría General:	Tesorera:
Dr. Carlos Manuel Montero Brens	Dr. Juan Jorge Collado	Dra. Milena Cabrera	Dra. Sonia Díaz Rodríguez	Dra. Mariana Urbáez

Comité Revisor de los Trabajos Científicos

Dra. Jeannette Báez Tellerías
Dr. William Duke
Dr. Eddy Pérez Then

Comité Asesores Sociedades Dominicanas

Pediatría (SDP)
Dr. José Brea del Castillo
Dra. Rosalda Damiano
Dr. Jorge Chahín Herrera
Dra. Tharsis Hernández
Dr. Emilio Mena Castro
Dr. Julio M.I. Rodríguez Grullón

Gastroenterología (SDG)
Dr. Fernando Contreras
Dr. Rogerio Espaillat
Dr. Rafael Gautreau
Dr. Plinio Maceo
Dr. Plutarco Restituyo

Comité Asesores Internacionales

XVIII Latinoamericano:
Dr. Roberto Calva (México), Dr. Domingo Jaén (Venezuela), Dr. Carlos Velasco (Colombia)

IX Iberoamericano:
Dr. Luis Peña, Dra. Isabel Polanco, Dra. Lucrecia Suárez (España)

I Caribeño:
Dr. Carlos Castañeda (Cuba), Dr. Jorge Palacios (Guatemala)

Enlace NASPGHAN:
Dr. Norberto Rodríguez, Dra. Kathleen Schwarz, Dr. Harland Winter (EE.UU.)

Enlace ESPGHAN:
Dr. Jorge Amil Dias (Portugal), Dra. Carmen Ribes (España), Dr. Ricardo Troncone (Italia)

Secretaría de Gestión Logística

Lic. Silvia Guerrero. Directora
E-mail: guerrero.interno@turinter.com
Empresa Turinter L'Alianxa.
Departamento de Grupos y Convenciones
www.turinter.com.do

Información Académica.

Secretaría de Gestión Académica Decanato de Ciencias de la Salud. UNPHU

Lic. Myriam González
E-mail: mgonzalez@unphu.edu.do
www.unphu.edu.do
Unidad de Talento y Desarrollo Humano. FCS
Lic. Dorca Guzmán Almonte
E-mail: dguzman@unphu.edu.do

CONFERENCISTAS INVITADOS INTERNACIONALES

<p>Argentina</p> <p>Eduardo Cueto Rua Daniel D'Agostino Jorge Donatone Raquel Furnes Cristina Galoppo Joaquín Kohn Marina Orsi Margarita Ramonet Patricia Sosa Maricarmen Toca</p> <p>Bolivia</p> <p>Nelson Ramírez</p> <p>Brasil</p> <p>Ulysses Fagundes Neto Elizabeth Kawakami Aderbal Sabrá Vera Lucía Sdepanian</p> <p>Chile</p> <p>Óscar Brunser Verónica Cornejo Silvia Cruchet Eduardo Hebel Francisco Moraga Humberto Soriano</p> <p>Colombia</p> <p>Verónica Botero Silvana Dadan Wilson Daza Rafael Guerrero Nenna Lung</p>	<p>Fernando Sarmiento José F. Vera Carlos Velasco</p> <p>Costa Rica</p> <p>Celina Guzmán Manuel Saborío Rocafort</p> <p>Cuba</p> <p>Carlos Castañeda María Pilar Escobar Trini Frago Elsa García Rafael Jiménez Elena Trujillo</p> <p>Ecuador</p> <p>Fabián Váscónez</p> <p>El Salvador</p> <p>Roberto Zablach</p> <p>España</p> <p>Honorio Armas Jaime Dalmau Héctor Escobar Ángel Gil Loreto Hierro Paloma Jara Francisco Palau Isabel Polanco Begoña Polo Luis Peña Quintana Cecilia Martínez José Moreno</p>	<p>Carmen Ribes Félix Sánchez Lucrecia Suárez</p> <p>Estados Unidos</p> <p>María O. Hemker Marta Illueca Mercedes Martínez Samuel Nurko Regino Peralta Rubén Quirós Norberto Rodríguez Colin Rudolph Miguel Saps Kathleen Schwarz Jon Vanderhoof Harland Winter</p> <p>Guatemala</p> <p>Arturo Batres Diana Forno Jorge Palacios</p> <p>Honduras</p> <p>Marlon Fernández</p> <p>Italia</p> <p>Ricardo Troncone</p> <p>México</p> <p>Eduardo Álvarez Roberto Calva Jorge Higuera Rodrigo Vázquez Salvador Vázquez</p>	<p>Nicaragua</p> <p>Milton Mejía Leonel Palacio del Carmen</p> <p>Panamá</p> <p>Roderick Bejarano</p> <p>Paraguay</p> <p>Lourdes Ortiz</p> <p>Perú</p> <p>Aldo Maruy</p> <p>Portugal</p> <p>Jorge Amil Dias</p> <p>Uruguay</p> <p>M.K. Machado Alicia Montano María N. Tanzi</p> <p>Venezuela</p> <p>Domingo Jaén Keira León Carmen E. López Elena Pestana Magaly Rodríguez Gilda Stanco</p>
---	---	---	---

CONFERENCISTAS INVITADOS NACIONALES

Sociedad Dominicana de Pediatría		Capítulo Dominicano Gastro-Hepato-Nutrición Pediátrica		Sociedad Dominicana de Gastroenterología
Rosa Acevedo	Pedro Marte	María Batista	Isabel Menual	Ascanio Abreu
Luis Alam	Emilio Mena	Suely Cabral	Carlos Montero	Fernando Contreras
Rosario Almanzar	Elbi Morla	Milena Cabrera	Patria Ortiz	Rogelio Espalliat
Jorge Chahín	Sandra Orsini	Isaura Cornelio	Altagracia Páez	Rafael Gautreau
Rosalda Damiano	Georgina Pérez Cairo	Sonia Díaz	Mayra Perdomo	Plinio Maceo
Argentina Germán	Luis Rivera	Náyade D'Oleo	Cesarina Polanco	Luis MI. Pérez Méndez
Violeta González	Julio MI. Rodríguez	Patricia Fernández	Yolanda Rodríguez	Plutarco Restituyo
Tharsis Hernández	Haydee Rondón	Mayra Fortuna	Víctor Sánchez	Alberto Santana
Iluminada Labour	Rafael Schiffino	Pedro García	Sara Tolentino	
Evelyn Lora	Nereyda Solano	Juan Jorge C.	Mariana Urbáez	
	Rodolfo Soto	Yum Z. Kim	María E. Yapor	
		Reyna López		
Otras instituciones				
Lucía Beriguete. IIBI, William Duke. UNPHU/CDC, Jiomar Figueroa. HGPS, Ligia Melo. CEDIMAT, Ceila Pérez. CENISMI, Eddy Pérez. CENISMI, Rubén Darío Pimentel. UNPHU, Nicolás Risik. SODODYT				

**XVIII Congreso Latinoamericano - IX Congreso Iberoamericano
I Congreso Caribeño - I Congreso Dominicano
Gastroenterología, Hepatología y Nutrición Pediátrica
Barceló Bávaro Convention Center. Complejo de Hoteles Barceló.
Bávaro. Punta Cana. República Dominicana**

Jueves, 17 de noviembre. Cursos Precongreso

SALONES: MALLORCA 3, MENORCA, IBIZA 1 AL 4, FORMENTERA

Hotel Sede: Bávaro Palace Deluxe

SALÓN MENORCA

8:30 - 12:00 AM	Hotel-Sede: Bávaro Palace Deluxe Reunión Administrativa de la Junta Directiva de la SLAGHNP/LASPGHAN 2008-2011 Coordinación Dres.: Directiva SLAGHNP: Silvia Cruchet (Presidente), Eduardo Hebel (Secretario), Carlos Velasco (Pasado Presidente) y Comité Organizador Local: Carlos Montero Brens, Juan Jorge Collado, Sonia Díaz Rodríguez
-----------------	--

SALÓN MALLORCA 3

12:30 - 2:30 PM	Hotel Sede: Bávaro Palace Deluxe. Patrocina Mead-Johnson Nutrition Almuerzo Fraternidad Junta Directiva SLAGHNP y Sociedades Internacionales Invitadas
-----------------	---

Hora	SALÓN MENORCA	SALÓN IBIZA 1	SALÓN IBIZA 2	SALÓN IBIZA 3	SALÓN IBIZA 4	SALÓN FORMENTERA	SALÓN MALLORCA 3
	Curso Gastroenterología	Curso Hepatología	Curso Nutrición Enteral	Curso Procedimientos Gastroenterología	Curso Nutrición Parenteral	Curso Nivelación Alimentos Funcionales	Curso Manejo Integral Gastroenterología en Adolescentes
5:00 - 7:00 PM	<i>Innovaciones en el laboratorio</i> Moderadores: Isabel Polanco (Esp) Carlos Castañeda (Cub)	<i>Hepatología</i> Moderadores: Paloma Jara (Esp) Margarita Ramonet (Arg)	<i>Nutrición enteral</i> Moderadores: Jaime Dalmau (Esp) Rafael Jiménez (Cub)	<i>Endoscopia, pH-metría y manometría</i> Moderadores: Carlos Velasco (Col) Domingo Jaén (Ven)	<i>Soporte parenteral en críticos</i> Moderadores: José Moreno (Esp) Wilson Daza (Col)	<i>Nutracéuticos, fitonutrientes, suplementos</i> Moderadores: Ángel Gil (Esp) Silvia Cruchet (Chi)	<i>Adherencia al tratamiento: enfermedad inflamatoria celiaca, fibrosis quística</i> Moderadores: Lucrecia Suárez (Esp) Plutarco Restituyo (RD)
5:00 PM	Pruebas absorción gastrointestinal Oscar Brunser (Chi)	Actualización en hepatitis vírica Paloma Jara (Esp)	De la evidencia a la práctica Eduardo Hebel (Chi)	Indicaciones de endoscopia alta Keira León (Ven)	Indicaciones Francisco Moraga (Chi)	Definición, Legislación Verónica Cornejo (Chi)	Esprue celiaco Lucrecia Suárez (Esp)
5:20 PM	Pruebas de suficiencia hepática María P. Escobar (Cub)	Hepatitis autoinmune Rubén Quirós (EE.UU.)	Indicaciones: empleo fórmulas enterales Jaime Dalmau (Esp)	Endoscopia terapéutica, ERCP Cápsula endoscópica Jorge Donatone (Arg)	Complicaciones Nenna Lung (Col)	Nutrigenómica y nutrigenética Ángel Gil (Esp)	Esprue tropical Fernando Contreras (RD)
5:40 PM	Pruebas de suficiencia pancreática Elsa García (Cub)	Colestasis intrahepática Loreto Hierro (Esp)	Experiencia domiciliaria Cecilia Martínez Costa (Esp)	Indicaciones de endoscopia baja Keira León (Ven)	Mezclas especializadas José Moreno (Esp)	Investigación en fitonutrientes Lucía Beriguete (RD)	Enfermedad inflamatoria intestinal Verónica Botero (Col)
6:00 PM	Pruebas diagnósticas <i>Helicobacter pylori</i> Liliana Khoury (RD)	Atresia biliar: nuevo enfoque Cristina Galoppo (Arg)	Complicaciones y soluciones Jorge Higuera (Méx)	Indicaciones manometría Miguel Saps (EE.UU.)	Nutrición parenteral y hepatopatía Francisco Moraga (Chi)	Estudios clínicos basados en evidencia Salvador Vázquez (Méx)	Fibrosis quística del páncreas Héctor Escobar (Esp)
6:20 PM	Marcadores del estado nutricional Isabel Polanco (Esp)	Manejo de la insuficiencia hepática M. Ramonet (Arg)	Soporte nutricional en oncológicos Rafael Jiménez (Cub)	Indicaciones pH-metría Marina Orsi (Arg)	Organización Grupo de Trabajo Wilson Daza (Col)	Conclusiones Silvia Cruchet (Chi)	Recomendaciones L. Suárez (Esp)/ P. Restituyo (RD)
8:00 - 10:00 PM	Ceremonia de Apertura - Show Raíces Dominicanas - Cóctel de bienvenida Patrocinadores Oro: Abbott Nutrition y Nestle Nutrition Gran Salón Bávaro 1, 2, 3 y 4						

Viernes, 18 de noviembre

Hora	BÁVARO 1	BÁVARO 2	BÁVARO 3	BÁVARO 4	Hora	PUERTO PLATA 1 y 2	BARAHONA 1 y 2			
8:00 - 9:15 AM	Plenaria 1: Gastrohepatología Modera: Carlos Velasco/Rafael Guerrero (Col)		Plenaria 2: Gastronomía Modera: Óscar Brunser/Eduardo Hebel (Chi)		7:00 - 8:00 AM	Desayuno con el profesor: Inhibidores de Bomba en RGE M. Illueca (EE.UU.). Modera: A. Abreu (RD)	Desayuno con el profesor: Agentes biológicos en Enfermedad Inflamatoria Intestinal L. Suárez (Esp). Modera: M. Perdomo (RD)			
8:00 AM	Actualización terapéutica farmacológica en reflujo gastroesofágico Domingo Jaén (Ven)		Investigación en diarrea persistente Ulysses Fagundes Neto (Bra)		9:00 - 10:30 AM	PUNTA CANA 1				
08:25 AM	Actualización manejo de la hipertensión portal Roberto Calva (Méx)		Lo nuevo en el manejo de diarrea persistente Isabel Polanco (Esp)			MR: Bloqueo Secreción Gástrica Modera: R. Gautreau (RD)/ P. Restituyo (RD)				
8:50 AM	Experiencia enfermedad celiaca en el Caribe Carlos Castañeda (Cub)		Avances en el Consenso Latinoamericano sobre el uso de probióticos en gastroenterología Silvia Cruchet (Chi)			MR: Diagnóstico Enf. Inflamatoria Intestinal Modera: M. Yapor/ P. Maceo (RD)				
9:15-10:30 AM	Plenaria 3: Nutrición Metabolismo Modera: Ángel Gil (Esp)/ Francisco Moraga (Chi)		Plenaria 4: Gastroendoscopia Modera: Elena Pestana (Ven)/ María P. Escobar (Cub)		9:00 AM	Fisopatología secreción gástrica H. Escobar (Esp)	Manifestaciones clínicas M. Orsi (Arg)			
9:15 AM	Estado del arte en dislipidemias: actualización en el tratamiento farmacológico Jaime Dalmau (Esp)		Helicobacter pylori: comenal o patógeno Juan Jorge Collado (RD)		9:20 AM	Inhibidores secreción gástrica a largo plazo J.F. Vera (Col)	Marcadores serológicos J. Amil Dias (Por)			
9:40 AM	Programación nutricional metabólica y prevención enfermedades crónicas Ángel Gil (Esp)		Indicaciones endoscopia en la edad Pediátrica Jorge Donatone (Arg)		9:40 AM	Estudios clínicos para la inhibición de la secreción M. Illueca (EE.UU.)	Diagnósticos por imágenes L. Cardona (RD)			
10:05 AM	Obesidad-Esteatosis-Esteatohepatitis Luis Peña Quintana (Esp)		Casuística relevante endoscopia pediátrica en RD Carlos Montero (RD)		10:00 AM	Usos y abusos L. Suárez (Esp)	Hallazgos endoscópicos V. Sdepanian (Bra)			
10:30-11:00 AM	Café-descanso				10:30-11:00 AM	Café-descanso				
Hora	BÁVARO 1	BÁVARO 2	BÁVARO 3	BÁVARO 4	Hora	SANTO DOMINGO 1 y 2	SANTO DOMINGO 1 y 2			
11:00 AM-12:30 PM	Foro Investigaciones Profesor Vicente Martín Campos (Bra) Moderadores: Dres. Lucía Vera Sdepanian y Aderbral Sabrá (Bra)		Foro de Investigaciones Profesor Horacio Tocalino (Arg) Moderadores: Dres. Raquel Furnes y Cristina Galoppo (Arg)		11:00 AM-12:30 PM	Trabajos Científicos Pósteres Moderadores: Dres. M. Rodríguez (Ven), R. Zablah (Sal), R. Bejarano (Pan), L. Palacio (Nic), R. Vázquez (Méx), S. Tolentino (RD)	Trabajos Científicos Pósteres Moderadores: Dres. C. Rua (Arg), F. Vázquez (Ecu), A. Montano (Uru), N. Ramírez (Bol), L. Ortiz (Par), R. López (RD)			
Hora	BÁVARO 1	BÁVARO 2	BÁVARO 3	BÁVARO 4	PUNTA CANA 1					
12:30 - 2:00 PM	Simposio de la Industria: Ferrer (Plata)		Simposio de la Industria: Abbott (Oro)		12:30 - 2:00 PM	Consenso Latinoamericano Alergia a Proteína Vacuno Modera: E. Hebel (Chi)/A. Montano (Uru)	MR: Manejo de la Fibrosis Quística Modera: G. Pérez Cairo/P. Ortiz (RD)			
					12:30 PM	Clínica-Algorithmo diagnóstico R. Furnes (Arg)	Manifestaciones clínicas fenotipo-genotipo C. Guzmán (C. Rica)			
					12:50 PM	Valor pruebas diagnósticas para confirmación M.C. Toca (Arg)	Pruebas diagnósticas H. Armas (Esp)			
					01:10 PM	Manejo integral farmacológico-nutricional S. Cruchet (Chi)	Soporte nutricional S. Dadan (Col)			
					01:30 PM	Revisión rol de las fórmulas soya P. Sosa (Arg)	Terapia de reemplazo enzimático H. Escobar (Esp)			
					01:50 PM	Discusión	Discusión			
					PUERTO PLATA 1 Y 2			BARAHONA 1 Y 2		
					12:30 - 2:00 PM	Investigación Moderan: R. Pimentel (RD)/J. Báez (RD)		MR: Patología Biliopancreática Moderan: J. Jorge/M. Cabrera (RD)		
					12:30 PM	Gestión de la investigación D. Forno (Gua)		Epidemiología pancreatitis aguda y crónica J. Palacios (Gua)		
					12:50 PM	Aspectos bioéticos de la investigación W. Duke (RD)		Etiología insuficiencia pancreática crónica L. Palacio (Nic)		
01:10 PM	Grupos y líneas de investigación en GI C. Ribes (Esp)		Evolución de la litiasis biliar en la infancia R. Zablah (Sal)							
01:30 PM	Investigación traslacional en GI F. Palau (Esp)		Manejo afecciones biliopancreáticas R. Bejarano (Pan)							
01:50 PM	Conclusiones y perspectivas futuras A. Gil (Esp)/J. Báez (RD)		Discusión							

Viernes, 18 de noviembre (continuación)

Hora	BÁVARO 1	BÁVARO 2	BÁVARO 3	BÁVARO 4	Hora	PUNTA CANA 1	PUNTA CANA 2, 3 y 4
2:00-4:00 PM	Almuerzo en los hoteles						
4:00-6:00 PM	MR: Desnutrición R. Damiano/ Y. Kim (RD)	MR: Vacunas gastro-enterología J.M. Rodríguez/ S. Orsini	MR: Lactancia materna S. Tolentino/ S. Cabral (RD)	Plenaria 9: Metabolismo I. Labour/ E. Lora (RD)	4:00-6:00 PM	MR: Patología parasitaria GI Modera E. Mena Castro/ J. Chahin (RD)	MR: Patología quirúrgica GI Modera: I. Cornelio/ G. Voigt (RD)
4:00 PM	Definición y epidemiología M. Cabrera (RD)	Vacuna hepatitis A y B R. Acevedo (RD)	Situación epidemiológica L. Alam (RD)	Manejo del síndrome metabólico G. Stanco (Ven)	4:00 PM	Amebiasis: Colitis/ Absceso hepático M. Urbáez (RD)	Manejo cirugía GI alta (esófago-estómago) R. Soto (RD)
4:20 PM	Marcadores bioquímicos A. Páez (RD)	Vacuna rotavirus L. Rivera (RD)	Salud en el neonato P. Marte (RD)	Experiencia despistaje en Costa Rica M. Saborio (CR)	4:20 PM	Giardiasis: Diarrea aguda y crónica S. Díaz (RD)	Manejo cirugía GI baja (intestino delgado-colon) R. Soto (RD)
4:40 PM	Soporte nutricional R. Almanzar (RD)	Vacuna cólera W. Duke (RD)	Prevención enfermedades crónicas H. Rondón (RD)	Trasplante hepatopatías metabólicas M. Martínez (EE.UU.)	4:40 PM	Parasitosis hepatotropas P. Fernández (RD)	Cirugía hepatopatías J. Figueroa (RD)
5:00 PM	Intervención Salud Pública V. González (RD)	Políticas en Salud Pública R. Schifino (RD)	Intervención en Salud Pública A. Germán (RD)	Investigación traslacional enfermedades metabólicas F. Palau (Esp)	5:00 PM	Diagnóstico del laboratorio V. Sánchez (RD)	Soporte nutricional en cirugía GI N. Solano (RD)
5:20 PM	Discusión	Discusión	Discusión	Discusión	5:20 PM	Discusión	Discusión
8:00-10:00 PM	Cena en los hoteles						
11:00 PM-1:00 AM	Show artístico noche a los 70's & 80's / música disco - Discoteca Palace Deluxe						

Sábado, 19 de noviembre

Hora	BÁVARO 1	BÁVARO 2	BÁVARO 3	BÁVARO 4	Hora	PUERTO PLATA 1 Y 2	BARAHONA 1 Y 2
8:00-9:15 AM	Plenaria 5: Hepatología Modera: E. Pestana (Ven)/ Cristina Galoppo (Arg)		Plenaria 6: Nutrición Metabolismo Modera: Wilson Daza/ Silvana Dadán (Col)		7:00-8:00 AM	Desayuno con el profesor: Hepatitis B y C R. González Peralta (EE.UU.) Modera: F. Contreras/P. Fernández (RD)	Desayuno con el profesor: Esquemas terapéuticos H. pylori E. Kawakami (Bra) Modera: A. Santana/J. Jorge (RD)
8:00 AM	Diagnóstico síndrome colestásico Margarita Ramonet (Arg)	Manejo nutricional alergia proteína vacuno Aderbal Sabrá (Bra)					
8:25 AM	Experiencia manejo hepatitis autoinmune Joaquín Kohn (Arg)	La neuronutrición en las funciones intelectuales y ejecutivas Eduardo Álvarez (Méx)		8:00-9:00 AM	Education Room: Abbott Nutrition		
8:50 AM	Estado del arte: sobrevivencia en trasplante hepático pediátrico Paloma Jara (Esp)	Déficit de micronutrientes y su impacto en la salud Carlos Velasco (Col)		9:00-10:30 AM	PUNTA CANA 1	PUNTA CANA 2, 3 Y 4	
9:15-10:30 AM	Plenaria 7: Gastrohepatología Modera: Mercedes Martínez/ Regino Peralta (EE.UU.)	Plenaria 8: Gastroenterología Modera: Rubén Quirós/ Norberto Rodríguez (EE.UU.)			MR: Trastornos motilidad GI Modera: J. Palacios (Gua)/J. Jorge (RD)	Consenso Latinoamericano en Trasplante Hepático Pediátrico Modera: C. Montero/ L.M. Pérez Méndez (RD)	
9:15 AM	Nuevas terapias en hepatitis crónica virus B y C Kathleen Schwarz (EE.UU.)	Enfermedad celiaca: Criterios revisados ESPGHAN Ricardo Troncone (Ita)		9:00 AM	Diagnóstico de la disfagia R. Guerrero (Col)	Situación actual TRHEPED en Latinoamericana D. D'Agostino (Arg)	
9:40 AM	Enfermedad inflamatoria intestinal: evaluación diagnóstica María O. Hemker (EE.UU.)	Enfermedad celiaca: relevancia de los marcadores serológicos Carmen Ribes (Esp)		9:20 AM	Diagnóstico estreñimiento intratable E. Cueto (Arg)	Trasplante hepatocitos, situación actual y perspectivas futuras H. Soriano (Chi)	
10:05 AM	Enfermedad inflamatoria intestinal: revisión terapéutica Harland Winter (EE.UU.)	Nutrición en el síndrome de intestino corto y trasplante intestinal John Varderhoof (EE.UU.)		9:40 AM	Diagnóstico síndrome pseudoobstrucción intestinal M. Saps (EE.UU.)	Relevancia de la diálisis hepática en la insuficiencia hepática B. Polo (Esp)	
				10:00 AM	Valor manometría en trastornos motilidad S. Nurko (EE.UU.)	Conclusiones N. Risik/J. Figueroa	
10:30-11:00 AM	Café- descanso				10:30-11:00 AM	Café-descanso	

Sábado, 19 de noviembre (continuación)

Hora	BÁVARO 1	BÁVARO 2	BÁVARO 3	BÁVARO 4	Hora	PUNTA CANA 1	PUNTA CANA 2, 3 Y 4
11:00 AM-12:30 PM	MR: Enf. Metabólicas C. Montero/ C. Pérez (RD)	MR: Obesidad R. Almanzar/ T. Hernández (RD)	MR: Hipertensión portal R. Espaillat/ M. Urbáez (RD)	MR: Endoscopia terapéutica P. Restituyo (RD)/ T. Fragoso (Cub)	11:00 AM-12:30 PM	MR: Expresión GI en enfermedades sistémicas M. Rodríguez (Ven)/L. Meneal (RD)	MR: Manejo hepatopatía metabólica Modera: M. Fortuna/A. Pérez (RD)
11:00 AM	Definición y despistaje neonatal V. Cornejo (Chi)	Definición y epidemiología E. Morla (RD)	Fisiopatología E. Pestana (Ven)	Manejo sangrado P. Restituyo (RD)	11:00 AM	En el espectro autista A. Sabrá (Bra)	Epidemiología y cuadro clínico V. Botero (Col)
11:20 AM	Pruebas bioquímicas diagnósticas básicas M. Saborío (C. Rica)	Diagnóstico y clasificación C. Martínez Costa (Esp)	Manejo farmacológico: M. Mejía (Nic)	Extracción cuerpos extraños A. Batres (Gua)	11:20 AM	En los síndromes eosinofílicos M. Orsi (Arg)	Fallo hepático en hepatopatía metabólica M. Martínez (EE.UU.)
11:40 AM	Pruebas diagnósticas moleculares básicas F. Palau (Esp)	Complicaciones y comorbilidades G. Stanco (Ven)	Manejo endoscópico J.F. Vera (Col)	Dilataciones esofágicas E. Trujillo (Cub)	11:40 AM	En las enfermedades autoinmunes C. Ribes (Esp)	Pruebas bioquímicas y moleculares F. Sánchez (Esp)
12:00 PM	Modelo de terapia enzimática Enf. lisosomales J. Dalmau (Esp)	Manejo efectivo y preventivo Estudios clínicos F. Moraga (Chi)	Manejo quirúrgico J. Figueroa (RD)	Polipectomía E. García (Cub)	12:00 PM	En las enfermedades oncohematológicas F. Sarmiento (RD)	Experiencia casuística Hospital Italiano D. D'Agostino (Arg)
12:20 PM	Discusión	Discusión	Discusión	Discusión	12:20 PM	Discusión	Discusión
Hora	BÁVARO 1	BÁVARO 2	BÁVARO 3	BÁVARO 4	Hora	PUNTA CANA 1	PUNTA CANA 2, 3 y 4
12:30-2:00 PM	Simposio de la Industria: Biogaia		Simposio de la Industria: Mead-Johnson Nutrition (Diamante) Ponentes: Dres. Colin Rudolph y John Vanderhoof		12:30-2:00 PM	MR: Síndrome colestásico Modera: S. Díaz/P. Fernández (RD)	MR: Hepatitis virales Modera T. Fragoso (Cub)/Y. Rodríguez (RD)
					12:30 PM	Etiología A. Montano (Uru)	Etiología y clínica M. Mejía (Nic)
					12:50 PM	Diagnóstico C.E. López (Ven)	Serología P. moleculares R. Quiros (EE.UU.)
					01:10 PM	Manejo clínico M. Rodríguez (Ven)	Fallo hepático fulminante N. Rodríguez (EE.UU.)
					01:30 PM	Manejo quirúrgico H. Soriano (Chi)	Manejo farmacológico-antivirales R. González Peralta (EE.UU.)
					01:50 PM	Discusión	Discusión
2:00-4:00 PM	Almuerzo en los hoteles						
5:00 -7:00 PM	Asamblea ordinaria y eleccionaria de la Sociedad Latinoamericana de Gastroenterología, Hepatología y Nutrición Pediátrica (Salón Bávaro 4)						
7:00-9:00 PM	Cena libre en el complejo hotelero Palace Deluxe y Meliá Caribe-Tropical						
9:00 PM-1:00 AM	Fiesta de Integración-Show Caribe Espectacular-Bailable Los Hermanos Rosario. Salones Bávaro (1-4). Patrocinador Mead-Johnson						

Domingo, 20 de noviembre

Libre para esparcimiento hasta las 12:00 AM	
12:00 AM	Salida/Check Out desde los Hoteles del Congreso: Transporte programado desde los hoteles hacia los Aeropuertos Internacionales (Punta Cana, La Romana, Santo Domingo) y las diferentes ciudades de la República Dominicana.

Índice

Programa		3
-----------------	--	---

Editorial		8
C.M. Montero Brens		

Presidentes de Honor		9
-----------------------------	--	---

Desarrollo de la gastroenterología, hepatología y nutrición pediátrica dominicana		10
J.R. Jorge Collado, C. Montero Brens		

Resúmenes Conferencias Plenarias		
• Gastroendoscopia		13
• Hepatología		17
• Nutrición y metabolismo		18

Comunicaciones orales		
• Foro de Investigación Profesor Vicente Martín Campos (Brasil)	CO 1-10	20
• Foro de Investigación Profesor Horacio Tocalino (Argentina)	CO 11-20	22

Pósteres		
• Gastroendoscopia	P 1-88	25
• Hepatología	P 89-124	47
• Nutrición y metabolismo	P 125-147	56

Editorial



La Sociedad Latinoamericana de Gastroenterología, Hepatología y Nutrición Pediátrica LASPGHAN/SLAGHNP, en sus exitosos 36 años de existencia, ha realizado 17 grandes congresos en distintos países de la región, y en este año 2011 se viste de gala con la celebración de su XVIII Congreso Latinoamericano, conjuntamente con el IX Congreso Iberoamericano, el I Congreso Caribeño y el I Congreso Dominicano de Gastroenterología, Hepatología y Nutrición Pediátrica, en nuestra atractiva y exótica isla, La perla del Caribe, Ciudad Primada de América, la República Dominicana.

Organizar este magno evento ha significado un gran reto para nuestro recién creado Capítulo Dominicano de Gastroenterología, Hepatología y Nutrición Pediátrica, fundado tan sólo hace unos 15 años, en 1996. Año éste en que concomitantemente nos incorporamos a esta prestigiosa Sociedad Latinoamericana en Sao Paulo (Brasil).

Desde agosto de 2008, fecha en que la República Dominicana fue elegida para la sede de este evento durante la Asamblea Ordinaria de la Sociedad en Iguazú (Brasil), todos nuestros colegas nacionales e internacionales han trabajado consistentemente y llenos de entusiasmo para lograr un evento único e innovador.

Al momento hemos organizado un evento que cuenta con 150 conferencistas internacionales y nacionales, profesores y expertos líderes en las diversas ramas de esta especialidad: gastroenterología, endoscopia, hepatología, trasplante hepático e intestinal, nutrición, metabolismo, medicina genómica y molecular, educación médica e investigación. El mismo está organizado en actividades simultáneas: cursos precongreso, conferencias plenarias, simposios, mesas redondas, desayunos con el profesor experto, mesas-taller de educación, investigación, comunicaciones científicas orales y pósteres, y simposios especializados de la industria. Se han otorgado becas de participación parcial y total para los mejores trabajos científicos a presentar en los Foros de Investigación **Profesores Horacio Tocalino** (Argentina) y **Vicente Martín Campos** (Brasil). Trabajos que son publicados en físico y también virtual (en línea) en este suplemento especial de la prestigiosa revista *Acta Pediátrica Española*.

Tenemos el honor de dedicar nuestros congresos SLAGHNP 2011 al ilustre profesor, maestro y amigo **Dr. Ulysses Fagundes Neto**, tesorero fundador en 1975 de esta Sociedad, así como nuestro I Congreso Dominicano de la Especialidad al Ilustre Maestro de la Pediatría Dominicana, el **Profesor Hugo Mendoza Tapia**. Momento especial que compartiremos con los profesores de las prestigiosas sociedades homólogas invitadas (**SEGHNP, AEP, NASPGHAN, ESPGHAN**).

Nos sentimos altamente distinguidos por la participación de esta pléyade de profesionales destacados de la pediatría panamericana en este escenario internacional, y auguramos un gran desarrollo de la especialidad para la región del Caribe y nuestro país. Por último, quiero agradecer el apoyo de colegas, profesionales, amigos, familiares, empresas farmacéuticas e instituciones responsables directa o indirectamente del éxito de estos congresos.

Carlos Manuel Montero Brens.
MD, MIGU, Si-PhD
Presidente de los Congresos
SLAGHNP/LASPGHAN 2011

Presidentes de Honor

Ulysses Fagundes Neto

Haciendo eco del proverbio «Honor al que honor merece», tenemos la inmensa satisfacción y difícil tarea de presentarles a un ser humano de una versátil y elevada valía científica; innovador, trabajador incasable, con grandes dotes como dirigente solidario y de organización. Nos referimos a un hombre sencillo, auténtico, de carácter fuerte y jocoso a la vez, con una trayectoria profesional excepcional: el Dr. Ulysses Fagundes Neto.

El Dr. Fagundes Neto se graduó en Medicina en la Universidad Federal de São Paulo (UNIFESP) en 1970, hizo la residencia en Pediatría en la Escuela Paulista de Medicina (1971-1973), se especializó en Gastroenterología Pediátrica en el Policlínico Alejandro Posadas de Buenos Aires (1973), realizó la maestría en Gastroenterología Pediátrica en el Instituto Brasileiro de Estudos y Pesquisas en Gastroenterología (1976), el doctorado en Pediatría (1977) por la UNIFESP/EPM y el posdoctorado en Pediatric Research en el North Shore University Hospital, Nueva York, Cornell University, Estados Unidos (1977-1979). Es profesor titular de la UNIFESP y editor jefe del *Electronic Journal of Pediatric Gastroenterology, Hepatology and Nutrition*. Es miembro del cuerpo editorial de *Revista Paulista de Pediatría*, *Journal of Pediatrics* y *Archivos de Gastroenterología*. Fue vicerrector de la UNIFESP entre 1999 y 2003, y su rector entre 2003 y 2008.

Tiene una vasta experiencia en las áreas de la diarrea (aguda, persistente y crónica), la enteropatía ambiental, la enfermedad celiaca, la alergia alimentaria y las infecciones por *Escherichia coli*, con más de 300 trabajos de investigación publicados, 11 trabajos completos recogidos en anales de congresos, y 5 capítulos de libros y 5 libros publicados.

Además, fue miembro fundador de la Sociedad Latinoamericana de Gastroenterología y Nutrición Pediátrica (SLAGHNP), cuya

primera directiva estuvo formada por el Dr. Horacio Toccalino (presidente), el Dr. José Vicente Martins Campos (secretario general) y el Dr. Ulysses Fagundes Neto (tesorero), quien organizó la primera reunión científica en la que surgió la SLAGHNP, el 10 de octubre de 1975 (São Paulo). También organizó la segunda reunión científica (1976, São Paulo), así como el XII Congreso Latinoamericano de Gastroenterología, Hepatología y Nutrición Pediátrica, celebrado en junio de 1996 en São Paulo. Fue presidente de la SLAGHNP entre 1996 y 1998 y presidente del Tercer Congreso Mundial de la especialidad en 2008 (Iguazú, Brasil).

El Dr. Fagundes Neto es el responsable de la formación de cientos de pediatras gastroenterólogos, entre los cuales figuran varios dominicanos. Fue mentor y motivador de la creación del Capítulo Dominicano de Gastroenterología y Nutrición Pediátrica, y respaldó la primera vocalía SLAGHNP para la República Dominicana, otorgada en 1996 en São Paulo, así como la Sede para el Congreso de SLAGHNP 2011, otorgada en 2008 (Iguazú).

Son tantas las cualidades de este gran maestro de la gastroenterología, hepatología y nutrición pediátrica, reconocidas por la mayoría de los miembros de la SLAGHNP consultados al respecto, que sin duda es merecedor de una distinción, por lo que se le dedican los Congresos SLAGHNP-RD 2011, en calidad de presidente de honor. Enarbolamos su nombre con orgullo como un verdadero icono internacional de la gastroenterología, hepatología y nutrición pediátrica. Esta distinción fue evaluada y aprobada por el Comité Ejecutivo Nacional de los Congresos SLAGHNP-Santo Domingo 2011, como un gesto de reverencia a la valía personal y profesional de uno de los líderes entre nuestros profesionales emprendedores, y para que sirva de ejemplo y estímulo para continuar reconociendo en el futuro a nuestros colegas meritorios.

Dr. Hugo Mendoza Tapia (1930-2009)

Maestro de la pediatría y de la medicina dominicanas. Fundador del primer Programa de Residencia Pediátrica y del primer Programa de Investigación Pediátrica en el país. Director y fundador del Centro Nacional de Investigaciones en Salud Materno-Infantil (CENISMI). Pionero de las investigaciones en el área de gastroenterología y nutrición pediátrica. Miembro fun-

dador de honor del Capítulo Dominicano de Gastroenterología, Hepatología y Nutrición Pediátrica, Sociedad Dominicana de Gastroenterología-Sociedad Dominicana de Pediatría. Esta brillante trayectoria del profesor le hacen merecedor del reconocimiento póstumo de Presidente de Honor del I Congreso Dominicano de Gastroenterología, Hepatología y Nutrición Pediátrica.

**Comité Organizador
de los Congresos SLAGHNP 2011**

Desarrollo de la gastroenterología, hepatología y nutrición pediátrica dominicana

Juan R. Jorge Collado¹, Carlos Montero Brens²

¹*Pediatra Gastroenterólogo. Centro Gastrodiagnóstico y Especialidades. Ex Director y Miembro Fundador del Capítulo Dominicano de Gastroenterología, Hepatología y Nutrición Pediátrica.* ²*Coordinador del Servicio de Gastroenterología, Hepatología y Nutrición Pediátrica. Departamento de Pediatría. Hospital General de la Plaza de la Salud. Director Fundador del Capítulo Dominicano de Gastroenterología, Hepatología y Nutrición Pediátrica. Santo Domingo. República Dominicana*

La pediatría moderna enriquece su saber con el advenimiento de subespecialidades como la gastroenterología, la hepatología y la nutrición pediátricas en nuestro país, y en su honor pretendemos hacer historia, por lo que para su mejor comprensión la hemos dividido en tres etapas según la cronología de los acontecimientos: iniciación, consolidación e innovación.

Etapas de iniciación (1960-1980). Nuestra historia se inicia en los años 60, con el estudio, manejo y prevención de la diarrea aguda y crónica en lactantes y niños (basándose en los conceptos de lactancia materna, higiene y alimentación adecuada), además de las hepatitis agudas, las enfermedades metabólicas y la malnutrición, que en ese entonces se debieron a las habilidades e intensa dedicación a la pediatría del **Dr. Hugo Mendoza Tapia**, Maestro de la Pediatría Dominicana (1987), Socio de Honor y Asesor en la Fundación de nuestro Capítulo hacia el año 1996, cuyas iniciativas permitieron las Primeras Tablas en Percentiles de Peso y Talla de Niños y Niñas Dominicanos. Para el mismo periodo, la **Dra. Haydee Rondón**, Maestra de la Pediatría Dominicana (2002) y Socia de Honor de nuestro Capítulo (1997), planificó y ejecutó importantes acciones asistenciales, docentes y de investigación en diversos aspectos de la salud nutricional del niño dominicano.

Al inicio de los años 70 se crea el Servicio de Gastroenterología Pediátrica en el Hospital de Niños de Santo Domingo, hoy Clínica Infantil Dr. Robert Reid Cabral, manejado por un gastroenterólogo de adultos, el **Dr. Roberto Caram**, lógicamente con la óptica de su formación primaria en los pacientes adultos. Poco después (1971) surge el manejo de las patologías gastrointestinales con una visión pediátrica, influenciado por los aportes del **Dr. Donald Boon**, joven religioso norteamericano, bajo las gestiones del **Dr. Mendoza**, practicando las primeras biopsias intestinales con cápsulas donadas por éste, y haciendo las primeras publicaciones nacionales de gastroenterología pediátrica, resumida y reproducida en inglés, en los *Archivos Mexicanos de Pediatría* y en un diario de los Estados Unidos.

Es en la década de los 80 (1980-1990), en la etapa de consolidación, cuando crece el interés por las subespecialidades, surgiendo los primeros pediatras gastroenterólogos-nutricionistas. Se inicia en el 1980 con la **Dra. Milena Cabrera**, de la Escuela Mexicana, quien continuó los trabajos asistenciales y de investigación sobre diarrea crónica, malabsorción, hepatopatías crónicas y trastornos nutricionales junto al Dr. Hugo Mendoza, como su discípula más aventajada. Con la Dra. Cabrera se establece el primer servicio formal de gastroenterología y nutrición pediátrica del país, que aún dirige en el Hospital Robert Reid Cabral, y del cual fue también directora (2000-2004).

En los finales de 1984 se incorpora el **Dr. Juan R. Jorge C.**, de la Escuela Paulista de Medicina (Brasil), quien coordina hasta el momento las Consultas de Pediatría y Gastroenterología Pediátrica del Sub-Centro Inocencio Díaz Piñeiro (MISPAS). Destacado profesor de grado y posgrado, investigador acucioso, experto en alteraciones funcionales intestinales y *Helicobacter pylori* en niños, e importante gestor integrador de todos los colegas de la disciplina durante 15 años. Posteriormente se integra el **Dr. Pedro García Voight**, también de la Escuela Brasileña, experto en cólera, incorporándose al Servicio de Gastroenterología y Nutrición Pediátrica del Hospital Central de las Fuerzas Armadas y Policía Nacional, compartiendo en su momento con la **Dra. Milena Cabrera**.

También para esta época se forma el Servicio del Gastroenterología y Nutrición Pediátrica del Hospital Materno Infantil San Lorenzo de Los Minas (1989), con la **Dra. Isabel Manual**, de la Escuela Mexicana, quien lo dirige hasta el momento actual (2011).

Sin lugar a dudas que las iniciativas de estos cuatro profesionales, pioneros, logró insertar y consolidar esta subespecialidad en el escenario asistencial y científico de la época, convirtiéndola en una referencia obligada.

Completa este periodo la **Dra. Náyade D'Oleo**, de la Escuela Española, al final del 1989, quien se instala en la Clínica Dr. Abel González y se incorpora luego al Servicio del Hospital Robert Reid Cabral.

Para la década de los años noventa (1990-2000), la etapa de la innovación, se sumaron otros pediatras gastroenterólogos y nutricionistas, formándose más **Servicios**. Se reforzaron algunas áreas en función de los avances tecnológicos y, sobre todo, nos organizamos, agrupándonos en un sólido Capítulo especializado de la pediatría (1996). En este periodo surge un servicio amplio y moderno de gastroenterología, hepatología y nutrición pediátrica en el Centro de Gastroenterología Domingo Japonés, Ciudad Sanitaria Dr. Luis E. Aybar (1991), liderado por la **Dra. Mariana Urbáez**, con formación en la Universidad Complutense de Madrid, España (1989), así como en Japón (Becaria de la JICA), Hospital Universitario Oita. La Dra. Urbáez asumió no sólo la dirección de este Servicio en más de una oportunidad, sino también la Dirección General del centro (1998-2001). Al desarrollo de este novedoso centro se sumó la experiencia de la **Dra. Milena Cabrera** (1991), quien junto a la Dra. Urbáez inició dicho Servicio. En los años siguientes se adicionaron a este proyecto la **Dra. Patria Ortiz** (1993), de la Escuela Paulista de Medicina de Brasil, Nutrióloga Clínica y actual Coordinadora del Servicio (2011), el **Dr. Carlos Montero Brens** (1994), de la Escuela Española (1989), Coor-

dinador de dicho Servicio en una ocasión, y el **Dr. Víctor Sánchez** (1998), de la Escuela Española, que actualmente labora en el Hospital Robert Reid Cabral. Se destaca este centro por la iniciación de las primeras Jornadas Nacionales de Gastroenterología y Nutrición Pediátrica, en total seis ediciones (1994-2001), así como por el lanzamiento del primer suplemento monográfico de esta subespecialidad pediátrica en la revista *Archivos de Gastroenterología de la República Dominicana*, órgano de difusión científica del centro (1997). La permanente actividad científica de este centro impulsó el posicionamiento de esta subespecialidad dentro de la medicina y la pediatría dominicanas.

En este mismo periodo se sumaron tres nuevas colegas en la ciudad de Santiago de los Caballeros, las doctoras **Yolanda Rodríguez** (1990), formada en el Hospital La Raza IMSS, México D.F., **Patricia Fernández**, de la Escuela Española (1994), y **Cesarina Polanco** (1994), de la Escuela Mexicana. Instadas la dos primeras, se instalaron en el Centro Médico Cibao y la tercera en la Clínica Dr. Corominas de dicha ciudad.

En el año 1996, durante la gestión del Dr. Ariel Ortega, Presidente de la Sociedad Dominicana de Gastroenterología (1995-1996), junto al Dr. Plutarco Restituyo, Ex Presidente de dicha entidad (1993-1994), y con la motivación del Dr. Carlos Castañeda Guillot, Jefe de Gastroenterología Pediátrica del Centro de Gastroenterología de la Habana, Cuba, así como la iniciativa del Dr. Carlos Montero Brens (Director Fundador), el Dr. Juan R. Jorge C. (Vocal Fundador) y la Dra. Milena Cabrera (Vocal Fundador), se dan los primeros pasos para a la creación del Capítulo de Gastroenterología y Nutrición Pediátrica de la Sociedad Dominicana de Gastroenterología, y para el 8 de marzo de 1996 se conciben nuestros primeros estatutos, que fueron revisados por los doctores Hugo Mendoza Tapia (Maestro de la Pediatría Dominicana) y Rubén Darío Pimentel (Jefe de Enseñanza del Centro de Gastroenterología, Hospital Dr. Luis Aybar), así como por los miembros fundadores Dr. Carlos Montero Brens, Dra. Milena Cabrera, Dr. Juan R. Jorge C., Dr. Pedro García Voight, Dra. Isabel Manual, Dr. Omar Silvestre, Dra. Náyade D'Oleo, Dra. Patria Ortiz, Dra. Patricia Fernández, Dra. Mariana Urbáez y Dra. María E. Yapor. La formación del Capítulo fue proclamada oficial el 17 de julio de ese año 1996, después de la revisión, modificación y aprobación de los estatutos por la directiva de la Sociedad Dominicana de Gastroenterología vigente en aquel momento (1996-1997), la cual presidía la Dra. Luisa Ovando, incorporándonos poco tiempo después a la Sociedad Latino Americana de Gastroenterología, Hepatología y Nutrición Pediátrica (SLAGHNP) en Brasil (1996), donde se otorgó por primera vez la vocalía a la República Dominicana en la persona del Dr. Carlos Montero, avalada por el Dr. Ulysses F. Neto. Luego, al final de la gestión de la Dra. Virgen Gómez como Presidenta de la Sociedad Dominicana de Pediatría (1997-1999) y el Dr. Juan R. Jorge C. como Director del Capítulo (1998-2000), fuimos reconocidos y constituidos en Capítulo de la Sociedad Dominicana de Pediatría. De esta manera nos convertíamos en el primer capítulo especializado de la pediatría dominicana perteneciente a las dos Sociedades.

En 1997 surge el Servicio de Gastroenterología, Hepatología y Nutrición Pediátrica en el Hospital General Plaza de la Salud, iniciando su apertura con la **Dra. María E. Yapor**, de la Escuela Norteamericana (1995), destacada en Endoscopia, quien permaneció dos años (1997-1999); un año después (2000) se incorpora como

Coordinador del Servicio el **Dr. Carlos Montero Brens**, quien pasados 11 años aún figura como tal, desarrollándose en su jefatura las áreas de endoscopia pediátrica, soporte nutricional en pacientes críticos, obesidad, dislipemias, enfermedades metabólicas y hepatología infantil. Este servicio destaca por ser el primero donde se realiza un trasplante hepático pediátrico en el país, de donante vivo relacionado, por un equipo conjunto del Hospital Universitario de Pittsburg (Estados Unidos) y el Hospital General Plaza de la Salud. Esta iniciativa motivó el desarrollo del actual programa de trasplante hepático adulto existente en dicho centro, así como el desarrollo de una consulta de hepatología infantil que realiza las evaluaciones pre y postrasplante hepático pediátrico, siendo referente para todo el país. A dicho Servicio se han incorporado en los últimos años las doctoras **Isaura Cornelio**, de la Escuela Mexicana (2006), y **Altagracia Páez**, con Maestría Nacional e Internacional en Nutrición (2007).

Otro acontecimiento importante ocurrido en este periodo fue el inicio del Servicio de Gastroenterología Pediátrica en el Hospital Pediátrico Universitario Dr. Arturo Gullón de Santiago (1998), con la **Dra. Cesarina Polanco**, Jefa del Servicio hasta la fecha, incorporándose posteriormente la Dra. Patricia Fernández (2006); ambas, junto a la Dra. Yolanda Rodríguez, han contribuido al desarrollo y la divulgación de esta especialidad en la región norte del país y en nuestra segunda capital, la ciudad de Santiago de los Caballeros.

Posteriormente se sumaron otros colegas de la disciplina: la **Dra. Sonia E. Díaz** (2000), del Hospital La Raza IMSS, México D.F., actual Directora del Capítulo (2009-2011) y Secretaria de los Congresos SLAGHNP 2011, instalada en el Centro Médico Universitario UCE; la **Dra. Reyna López**, del Hospital La Raza IMSS, México D.F., instalada en el Centro Médico Integral, y finalmente la **Dra. Isaura Cornelio**, formada en el Hospital Infantil de México D.F. (2006) y actual ayudante especialista del equipo de pediatras gastroenterólogos, hepatólogos y nutricionistas del Hospital General Plaza de la Salud.

Nuestro grupo concentra las experiencias de las diversas escuelas internacionales, destacándose los siguientes profesores: Dr. Ulysses Fagundes Neto, Dr. Jamal Welba, Dr. Aderbal Sabrá y Dra. Elisabeth Kauakami, por Brasil; Dr. Jaime Dalmau Serra, Dr. Juan Ferrer Calvette, Dra. Paloma Jara Vega, Dra. Isabel Polanco Allué y Dra. Mercedes Ruíz Moreno, por España; Dr. Roberto Calva Rodríguez, Dr. Leopoldo Vega Franco, Dra. Solange Héller y Dr. Fernando Aranda, por México, y Dr. Hideo Terao (Japón), entre otros.

Nuestro primer debut científico internacional fue en los **Congresos Panamericanos, Gastro Santo Domingo 97**, presidido por el **Dr. Plutarco Restituyo** y el **Dr. Carlos Montero Brens** en la coordinación del área pediátrica y con los siguientes eventos, dedicados al **Dr. Teófilo Gautier Abreu** (Maestro de la Pediatría, Póstumo 2007), con el Primer Curso Internacional de Gastroenterología y Nutrición Pediátrica, Primera Jornada Internacional, Primer Simposio Internacional. Posteriormente se desarrollaron otras actividades internacionales: I Curso de Enfermedades Hepáticas Infantil, en colaboración con los doctores **Roberto Calva** (México) y **Fernando Álvarez** (Canadá), en 1999. Por iniciativa del Dr. Carlos Montero se afilia el Capítulo en la Federación Internacional de Sociedades de Gastroenterología, Hepatología y Nutrición Pediátrica (**FISPGHAN**) en Boston

Cronología de los directores del CDGHNP-SDG-SDP hasta el año 2011

1996-98: Dr. Carlos Montero Brens	2004-05: Dr. Carlos Montero Brens
1998-99: Dra. Milena Cabrera	2005-06: Dra. Mariana Urbáez
1999-00: Dr. Juan R. Jorge C.	2006-07: Dra. Patria Ortiz
2000-01: Dra. Mariana Urbáez	2007-08: Dr. Juan R. Jorge C.
2001-02: Dra. Patria Ortiz	2008-09: Dr. Juan R. Jorge C.
2002-03: Dr. Víctor Sánchez	2009-11: Dra. Sonia Díaz
2003-04: Dr. Juan R. Jorge C.	

(Estados Unidos), en el **año 2000**, en el primer congreso mundial de la especialidad, y sucesivamente participamos en los diversos mundiales de la especialidad, en **París 2004** y **Brasil 2008**.

Nuestro más reciente evento científico fue el Primer Curso Internacional de Avances en Gastroenterología, Hepatología y Nutrición Pediátrica (**INIGAHNP 2009**), que organizaron el INIGAHNP y el CDGHNP-SDP, con el aval de la Sociedad Dominicana de Pediatría (SDP), las Universidades UNPHU, UNIBE e INTEC y el Hospital General Plaza de la Salud (HGPS), con participaciones internacionales, como el **Dr. Carlos Velasco Benítez**, Presidente de la SLAGHNP (2005-2008).

Resaltamos el surgimiento del Instituto Nacional de Investigación Integrativa en Gastroenterología, Hepatología y Nutrición Pediátrica (INIGAHNP), fundado por el Dr. Carlos Montero Brens, el 8 de marzo de 2003, bajo las normas y el rigor docente- investigativo y en afiliación con la Escuela de Medicina de la Universidad Nacional Pedro Henríquez Ureña (UNPHU). Desde esta institución, el Dr. Montero, mediante el primer Diplomado en Nutrición Clínica y Dietética Pediátrica del país, ha graduado unos 100 profesionales, principalmente pediatras y residentes de pediatría, contribuyendo a mejorar el conocimiento y ejercicio de esta disciplina a escala nacional.

En la Asamblea General Ordinaria de la Sociedad Latinoamericana de Gastroenterología, Hepatología y Nutrición Pediátrica

(SLAGHNP), celebrada en el Congreso Mundial 2008 de Iguazú (Brasil) se eligió **República Dominicana** como sede del XVIII Congreso Latinoamericano y el IX Congreso Iberoamericano de Gastroenterología, Hepatología y Nutrición Pediátrica (2011), y al **Dr. Carlos Montero Brens**, su presidente.

En los albores del siglo XXI hemos avanzado con un amplio accionar en nuestro haber, llegamos a treinta miembros del CDGHNP-SDG-SDP, con veintiuno de ellos registrados en la SLAGHNP, por lo que ostentamos nuestra primera vicepresidencia en dicha Sociedad, en la persona del **Dr. Juan R. Jorge C.**, y nos beneficiamos de los adelantos de la época mejorando significativamente la práctica de la disciplina. Dos acontecimientos marcan nuestra trayectoria y definen nuestro futuro: primero, el compromiso como sede de celebración de los XVIII Congresos SLAGHNP/LASPGHAN 2011 en nuestro país, con la presidencia del Dr. Carlos M. Montero Brens, y la transformación de nuestro Capítulo en Sociedad Dominicana de Gastroenterología, Hepatología y Nutrición Pediátrica (SDGHNP) en este año 2011, a los 15 años de su existencia y fundación.

Bibliografía

1. Mendoza Tapia H. Valor diagnóstico de la biopsia intestinal. Bol Med Hosp Inf Mex. 1975; 32: 423.
2. Mendoza Tapia H. Perspectivas futuras de la Gastroenterología y Nutrición Pediátrica en la República Dominicana. Monografía sobre Gastroenterología y Nutrición Pediátrica. Arch Gastro RD. 1998; 6: 12-13.
3. Montero Brens CM, Pimentel R, eds. Monografía sobre Gastroenterología y Nutrición Pediátrica. Arch Gastro RD. 1998; 6(1-3): 91.
4. Estatutos del Capítulo Dominicano de Gastroenterología y Nutrición Pediátrica (CDGHNP), 1996.
5. Estatutos de la Sociedad Dominicana de Pediatría (SDP). Directiva 2007-2009.
6. Estatutos de la Sociedad Dominicana de Gastroenterología (SDG). Directiva 2008.
7. Velasco Benítez C. Acta Oficial de la Reunión de la Asamblea Ordinaria General de la SLAGHNP 2008. Third World Congress of Pediatric Gastroenterology, Hepatology and Nutrition, 16-20 de agosto de 2008. Iguazú, Brasil.

RESÚMENES CONFERENCIAS PLENARIAS

Gastroendoscopia

Manejo de la gastroenteritis aguda en menores de 5 años. Guía de Práctica Clínica Ibero-Latinoamericana: actualización 2011

Pedro Gutiérrez-Castrellón¹, Isabel Polanco Allué², Eduardo Salazar Lindo³

¹Instituto Nacional de Pediatría. Ciudad de México. México.
²Hospital Universitario La Paz. Madrid. España. ³GastroLab. Lima. Perú

Objetivo: Establecer recomendaciones basadas en la evidencia científica actualizada a 2011 y en la experiencia de expertos regionales de Ibero-Latinoamérica (ILA) que permitan apoyar al profesional de la salud en la toma de decisiones relacionadas con el manejo de la gastroenteritis aguda (GEA) en menores de 5 años en ILA.

Métodos: Guía de práctica clínica desarrollada siguiendo la metodología *Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation* (GRADE). Los autores establecieron preguntas clínicas basadas en las características de los pacientes, las intervenciones de interés y los desenlaces de mayor relevancia (PICO). A partir de dichas preguntas, se llevó a cabo la búsqueda bibliográfica exhaustiva, actualizada a mayo de 2011, en The Cochrane Library, Cochrane Iberoamericana, MEDLINE, EMBASE, CRD-DARE, LILACS, Scielo y la base de datos mexicana Artemisa.

Resultados: El resumen de los resultados se presentan como «tablas de la evidencia», que incluyen los detalles de la evaluación de la calidad de los estudios, así como los datos agrupados por desenlaces, y una medida absoluta del efecto de la intervención. Las principales consideraciones específicas para cada recomendación se presentan en una sección ad hoc de recomendaciones (no incluida en este resumen).

Conclusiones: La rehidratación oral con soluciones de osmolaridad reducida (60 a 75 meq/L de sodio) representa la piedra angular del tratamiento de la GEA. Se debe reiniciar la alimentación habitual tan pronto como sea posible. Con diferentes niveles de calidad de la evidencia, se recomienda la utilización de coadyuvantes como racecadotril, zinc, esmectita, probióticos, y antieméticos como ondansetrón.

Adherencia al tratamiento de los pacientes adolescentes con enfermedad inflamatoria intestinal

Lucrecia Suárez Cortina

Hospital Ramón y Cajal.

Universidad de Alcalá de Henares. Madrid. España

La enfermedad inflamatoria intestinal (EII) comprende un grupo de trastornos intestinales caracterizados por la presencia de inflamación crónica de etiología no bien conocida, definidos por criterios clínicos, endoscópicos y radiológicos; dichos trastornos son la enfermedad de Crohn (EC), la colitis ulcerosa (CU) y la colitis indeterminada (CI). En la EC la inflamación puede afectar a cualquier zona intestinal, es segmentaria y transmural. En la CU la afectación es continua, mucosa y exclusivamente cólica. En la CI la afectación es cólica, sin datos específicos que permitan confirmar el diagnóstico de EC o CU. En todos los casos la enfermedad tiene un curso intermitente, con brotes de actividad y periodos de remisión y con respuesta variable al tratamiento.

El 25% de las EII se presentan antes de los 18 años, y cuando debutan en la edad infantil los niños pueden tener fracaso del desarrollo y retraso de la maduración sexual.

El tratamiento en niños y adolescentes tiene más objetivos que en el adulto, ya que además de controlar los síntomas y la calidad de vida debe asegurar que el control de la enfermedad permite al niño un desarrollo adecuado.

El tratamiento abarca distintas opciones, más o menos agresivas, que incluyen la administración de medicación oral, rectal o intravenosa, en ocasiones cirugías, y además intervención nutricional. La nutrición es un factor importante para frenar la actividad inflamatoria inicial, mantener la remisión y evitar alteraciones en la talla y la pubertad. Algunos tratamientos tienen efectos secundarios importantes que pueden ser especialmente incómodos para los adolescentes. Las cirugías pueden tener repercusiones en la edad adulta: fertilidad, impotencia, fracaso intestinal, control de esfínteres, etc. En todos los casos, la EII debe ser abordada por un equipo multidisciplinario que incluya a gastroenterólogos pediatras, dietistas, cirujanos y psicólogos, contando además siempre con el apoyo del entorno familiar del paciente.

Los niños y adolescentes con EII tienen un curso con más periodos de actividad que los adultos, y su calidad de vida está más o menos alterada al llegar a la edad adulta. El niño se siente diferente, precisa ingresos, consultas, medicaciones, cirugías, vive con dolor, con diarrea, con necesidad imperiosa de ir al baño, etc. Si esto ocurre durante la adolescencia, las cosas se complican aún más. La enfermedad tiene impacto en su presente y su futuro: en su talla final, en los estudios, en su profesión, en su vida social, en el día a día; marca el carácter

y sus relaciones familiares, escolares y sociales. Por un lado la enfermedad le hace más responsable, pero también puede hacerle más rebelde. Durante esta etapa difícil, la transición desde el control por el pediatra al especialista de adultos es compleja. No hay una edad definida, debe hacerse en un momento de estabilidad de la enfermedad, preferentemente en situación clínica de remisión, adaptando el momento a la madurez del paciente y su situación psicológica, de acuerdo con el adolescente y siempre de forma progresiva, haciendo que el niño y la familia conozcan previamente al personal de la unidad de adultos.

Durante la adolescencia puede resultar difícil conseguir que el paciente realice el tratamiento de forma adecuada. La falta de tiempo y los efectos secundarios de los medicamentos son las causas más frecuentes de no adherencia, referidas tanto por los pacientes como por los padres¹.

Un trabajo reciente realizado en 42 adolescentes, cuyo objetivo era evaluar la prevalencia de no adherencia a la medicación por vía oral, mostró de forma objetiva que la prevalencia de no adherencia era del 64% para la toma de 6-mercaptopurina (6-MP)/azatioprina (AZA) y del 88% para 5-aminosalicilato (5-ASA), mientras que la prevalencia subjetiva de no adherencia era del 10% para 6-MP/AZA y del 2% para 5-ASA. Estos datos resultan alarmantes, más cuando se apoyan en que sólo el 14% de los pacientes tenían niveles terapéuticos de los metabolitos de 6-MP/AZA². Estos resultados concuerdan por desgracia con los observados en otras poblaciones pediátricas con enfermedades crónicas, que muestran una pérdida de dosis del 40 al 50% unida casi siempre a una sobreestimación de la adherencia.

Para el pediatra es importante tener siempre presente que el niño puede no estar cumpliendo y recordar que la no adherencia se asocia con mayor edad y mayor duración y severidad de la enfermedad. Las razones más comunes para explicar por qué no se toma la medicación son el olvido y el no asociar su ingestión con encontrarse mejor³.

El apoyo de la familia y las buenas relaciones entre padres e hijos, así como establecer rutinas y herramientas de organización como cajas de pastillas, facilitan la adherencia al tratamiento⁴.

En definitiva, la EI es siempre compleja y la adolescencia es siempre una etapa difícil, con lo que el pediatra tiene siempre un reto.

Bibliografía

1. Neff Greenley R, Stephens M, Doughty A, Raboin T, Kugathasan S. Barriers to adherence among adolescents with inflammatory bowel disease. *Inflamm Bowel Dis*. 2010; 16: 36-41.
2. Hommel KA, Davis CM, Baldassano RN. Objective versus subjective assessment of oral medication adherence in pediatric inflammatory bowel disease. *Inflamm Bowel Dis*. 2009; 15: 589-593.
3. Kitney L, Turner JM, Spady D, Malik B, El-Matary W, Persad R, et al. Predictors of medication adherence in pediatric inflammatory bowel disease patients at the Stollery Children's Hospital. *Can J Gastroenterol*. 2009; 23: 811-815.
4. Hommel KA, Odell S, Sander E, Baldassano RN, Barg FK. Treatment adherence in paediatric inflammatory bowel disease: perceptions from adolescent patients and their families. *Health Soc Care Community*. 2011; 19: 80-88.

Adherencia al tratamiento en el adolescente con enfermedad celiaca

Verónica Botero Osorio, Lucrecia Suárez
Hospital Ramón y Cajal. Madrid. España

La enfermedad celiaca (EC) es la intolerancia alimentaria más conocida en el mundo occidental. Se trata de una enteropatía producida por el gluten, proteína presente en el trigo, la cebada y el centeno¹.

La prevalencia de esta enfermedad actualmente se estima en el 1%. Aunque la metodología diagnóstica ha mejorado sustancialmente en los últimos años (serología con mayor sensibilidad y especificidad, tipaje de HLA y estudios inmunohistológicos), sólo el 20% de los pacientes con enfermedad celiaca están diagnosticados; el resto tiene una enfermedad silente, difícil de diagnosticar si no existen programas de cribado, poco implantados todavía².

Según la nueva definición propuesta por la ESPGHAN y la NASPGHAN, la EC es una enfermedad sistémica, autoinmune, inducida por el gluten y polímeros relacionados, en individuos genéticamente susceptibles, caracterizada por la presencia variable de manifestaciones clínicas dependientes de la ingesta de gluten, que conlleva la presencia de anticuerpos específicos en suero (antiendomiso [AE] / antitransglutaminasa [ATTG]), presencia de HLA DQ2-DQ8, y enteropatía, es decir, lesión de la mucosa intestinal inducida por el gluten.

Sin tratamiento, la EC a largo plazo puede producir complicaciones importantes como osteoporosis, infertilidad y cáncer. En niños el diagnóstico tardío puede causar complicaciones nutricionales, incluyendo retraso en el crecimiento y la pubertad y déficit de hierro con anemia³.

Actualmente el único tratamiento posible se basa en la eliminación completa del gluten de la dieta. Los pacientes con diagnóstico de EC deben seguir, durante toda la vida, una dieta libre de gluten (DLG). Cuando la enfermedad es sintomática, el cumplimiento de la dieta se acompaña de la desaparición de los síntomas. La DLG conlleva la normalización de las alteraciones serológicas e histológicas.

El cumplimiento estricto no siempre es fácil debido a muchos factores como la educación, la edad y el conocimiento de la enfermedad por el paciente y su entorno. En la etapa de la adolescencia el cumplimiento se vuelve especialmente complicado, y es un reto para el pediatra gastroenterólogo enfrentarse a este grupo de pacientes, ya que debe conseguir un buen control de la enfermedad, evitando las repercusiones a largo plazo como el retraso en el crecimiento, la osteopenia y el riesgo de cáncer.

El control del paciente con EC se realiza monitorizando la respuesta a la DLG con la determinación de anticuerpos (AE/ATTG), que deben negativizarse en torno a los 3-6 meses de haber iniciado la dieta.

La adherencia a la dieta durante la etapa infantil suele conseguirse sin problemas en la mayoría de los casos, ya que son los padres y el entorno familiar y escolar los principales responsables del cumplimiento. La educación y la disciplina adquiridas en los primeros años serán determinantes en la conducta del niño respecto a su dieta en etapas posteriores.

A medida que el niño crece y adquiere independencia, la posibilidad de que haga trasgresiones aumenta, culminando en

la etapa de la adolescencia, donde a la independencia se unen la rebeldía y el rechazo que puede sentir a «ser diferente». Aunque en su hogar pueda seguir sin problema una dieta estricta, sin embargo, en otros ambientes como el colegio o cuando sale con sus amigos, el cumplimiento resulta más difícil.

La adherencia al tratamiento en los niños menores de 12 años suele ser muy buena, como muestran algunos estudios que la sitúan en torno al 96%, mientras que en los adolescentes puede disminuir hasta el 40%³. En un estudio de 123 niños seguidos durante 10 años diagnosticados de EC a los 3 años de vida, se encontró que al llegar a la adolescencia el 65% seguía una dieta estricta sin gluten y el 11,4% consumía ocasionalmente pequeñas cantidades de gluten (<2 g/día), pero casi la cuarta parte (23,6%) hacia una dieta normal, sin ninguna limitación en la ingesta de gluten⁴.

Las trasgresiones durante el periodo puberal tienen las peores consecuencias, ya que es muy posible que el gluten no dé síntomas visibles pero sí impida crecer de forma óptima y alcanzar la talla genética. Es muy importante recordar y transmitir al niño preadolescente «que el gluten ingerido durante el estirón puberal significará para él una talla final más baja». Sin embargo, si las trasgresiones se hacen una vez terminada la etapa de crecimiento, los efectos negativos, obviamente, no tendrán repercusión en la talla. Este concepto debe repetirse en cada revisión y de forma clara al niño y a su entorno, ya que la presencia de síntomas y signos claros más o menos inmediatos después de la ingestión de gluten es una motivación para seguir la DLG, pero la ausencia de síntomas favorece en incumplimiento. Además, a mayor conocimiento de la enfermedad por el adolescente y su entorno, mayor adherencia al tratamiento. Al igual que en la mayoría de las enfermedades crónicas, la falta de educación y las bajas condiciones socioeconómicas afectan negativamente al cumplimiento.

El pediatra es responsable de insistir en el conocimiento de la enfermedad, recordando que el hecho de que no haya manifestaciones clínicas no significa que la mucosa intestinal esté normal, y que la ingestión de gluten está produciendo alteraciones importantes como una disminución del crecimiento.

En definitiva, son muchas las causas por las que los adolescentes con enfermedad celiaca pueden tener una mala adherencia a la dieta. Es labor del pediatra gastroenterólogo que en el manejo de este grupo de pacientes siempre exista una buena comunicación con ellos y sus familias, haciéndoles entender que están en el peor momento de su vida para no cumplir la DLG, ya que ello repercutirá en algo tan importante e irreversible como es su talla final.

Bibliografía

1. Moore JK, West SRA, Robins G. Advances in celiac disease. *Curr Opin Gastroenterol.* 2011; 27: 112-118.
2. Rubio-Tapia A, Murray JA. Celiac disease. *Curr Opin Gastroenterol.* 2010; 26: 116-122.
3. Rashid M, Cranney A, Zarkadas M, Graham ID, Switzer C, Case S, et al. Celiac disease: evaluation of the diagnosis and dietary compliance in Canadian children. *Pediatrics.* 2005; 116: e754-e759.
4. Olsson C, Hörnell A, Ivarsson A, Sydner YM. The everyday life of adolescent coeliacs: issues of importance for compliance with the gluten-free diet. *J Hum Nutr Diet.* 2008; 21: 359-367.

Adherencia al tratamiento en adolescentes con FQ

Héctor Escobar Castro

Hospital Ramón y Cajal. Madrid. España

La fibrosis quística (FQ) es una enfermedad congénita que tiene manifestaciones clínicas importantes desde los primeros meses de vida. Su tratamiento incluye múltiples medidas, desde la ingesta de numerosos medicamentos hasta la realización de fisioterapia.

A lo largo de su infancia el niño con FQ va adquiriendo una disciplina que le ayuda a cumplir cada día las obligaciones que tiene para conseguir el mejor estado de salud posible. Para ello necesita destinar un tiempo importante de cada día a mantener su salud.

La mayoría de los pacientes deben tomar enzimas pancreáticas antes de cada comida para conseguir una correcta digestión, especialmente de grasas y vitaminas liposolubles. Además, con frecuencia precisan también, desde muy jóvenes, de antibióticos y mucolíticos por vía inhalada, lo que les obligará a dedicar un tiempo; además, tras las inhalaciones deben hacer fisioterapia, tanto por la mañana como en la tarde. El niño crece con todas estas obligaciones diarias y su vida se va adaptando. Su rutina incluye además visitas al hospital, tanto las rutinarias como las obligadas cuando padece exacerbaciones. Todo esto debe compaginarlo con el colegio y la vida familiar y social propia de cada etapa de su infancia.

La familia y el entorno son determinantes para educar, ayudar, apoyar y facilitar en todo lo posible la vida diaria del niño con FQ, que siempre será mucho más complicada que la del resto de los niños sanos. Así llegará a la adolescencia, y en ese momento irá adquiriendo independencia y por tanto necesitará ser más responsable para seguir cumpliendo. En ese momento la familia pierde influencia y el control del tratamiento va a depender en mayor medida de que el paciente acepte y decida hacerlo por sí mismo.

En los últimos años, el diagnóstico precoz y los tratamientos agresivos desde las primeras etapas de la enfermedad han conseguido que el impacto de la enfermedad sea menor y que los adolescentes con FQ puedan tener vidas activas, apropiadas a su edad, con buenas relaciones familiares, escolares y sociales. Cuando llega a la adolescencia, el niño con FQ tiene ya una experiencia importante en cumplir unas normas de tratamiento en todos los ámbitos, y tanto los padres como los profesionales hemos ido sembrando la semilla del cumplimiento a lo largo de etapas menos complicadas, desde lactante, niño pequeño y escolar. Si ha habido una buena coordinación entre la familia y el entorno sanitario se ha debido preparar el camino para enfrentar la etapa más complicada: la adolescencia. Pero aun con las mejores bases, la adolescencia es siempre, por definición, una etapa de rebeldía, de rechazo a las normas y a lo establecido, con impulsos imperiosos de desobedecer, intentar caminos peligrosos y prohibidos, no escuchar, etc. Esto forma parte de la evolución del niño en su transición a la edad adulta, y no podemos ni debemos intentar cambiarlo, sólo intentar modularlo y amortiguarlo. Las posturas rígidas durante esta etapa, más que en ninguna otra, están abocadas al fracaso, pero si antes hemos creado buenos hábitos es muy posible que tengamos una buena recompensa.

Para el adolescente, la barrera más importante para el cumplimiento del tratamiento es la gestión de su tiempo, ser capaz de organizar su agenda diaria incluyendo en sus actividades lo que demanda su enfermedad. Además, la falta de información sobre las consecuencias de no cumplir también influye de forma negativa. Es importante también el factor motivador de las visitas a su unidad, donde cada 2-3 meses debe ser evaluado, informado y reforzado en todos los aspectos: medicación digestiva, respiratoria, nutrición, fisioterapia, problemas escolares y psicológicos especiales. Durante esta etapa complicada es bueno que el adolescente tenga confianza en su entorno sanitario, y el paso de la unidad pediátrica a la de adultos debe hacerse de forma progresiva y en el momento oportuno para cada paciente. De ahí la importancia de disponer de unidades de transición que permitan durante un tiempo la atención conjunta por parte de especialistas pediátricos y de adultos.

Aunque el tiempo siempre es escaso, las visitas con el paciente adolescente deben incluir un diálogo directo con él, insistiendo en todo lo que pueda mejorar su formación, detectando los problemas que pueda tener para cumplir su tratamiento y ayudándole en la búsqueda de soluciones. Es importante «reparar» todos los aspectos del tratamiento, cerciorándonos de que no tiene conceptos erróneos o distorsionados, reforzando en cada visita los conocimientos y aclarando todas las dudas.

El equipo especializado que atiende al adolescente debe hacer énfasis en:

- Asegurar que el paciente ha contado a su entorno de amigos la enfermedad y la acepta: si el niño «siente vergüenza» y oculta su problema, seguro que no realizará correctamente el tratamiento.
- Asegurar que toma en todas las comidas las enzimas pancreáticas: son muchas cápsulas y puede no tomarlas porque teme tener que dar explicaciones.
- Asegurar que conoce la repercusión de una buena nutrición sobre su estado de salud: si no lo sabe, es muy probable que no coma de forma adecuada.
- Asegurar que encuentra tiempo cada mañana y cada tarde para hacer las inhalaciones que tenga pautadas: una familia ordenada y disciplinada juega un papel decisivo ayudando a proporcionar tiempo y entorno adecuados para ello.
- Asegurar que hace la fisioterapia respiratoria cada día: no es fácil, requiere tiempo y ayuda, y ¡los resultados de este esfuerzo no se ven! El adolescente siente que no es necesaria y duda mucho de que sea útil.

En definitiva, sabemos que la adolescencia es un periodo difícil, y lo es aún más para los pacientes con FQ, que necesitan mantener una disciplina –impropia de esa etapa– para garantizar el cumplimiento del tratamiento.

Tan importante o más que saber prescribir las mejores opciones terapéuticas es ser capaz de conseguir implicar al niño y a la familia para que las cumpla. Mantener una buena adherencia al tratamiento es la única arma capaz de conseguir el mejor control de la FQ, permitiendo al paciente disfrutar de la mejor calidad de vida posible.

Casuística relevante de la endoscopia digestiva en la edad pediátrica en República Dominicana. Servicio de Gastroenterología, Hepatología y Nutrición Pediátrica. Departamento de Pediatría. Hospital General de la Plaza de la Salud (HGPS). Once años de experiencia (2001-2011)

Carlos Manuel Montero Brens, MD, MIGU, Si-PhD

Coordinador del Servicio de Gastroenterología, Hepatología y Nutrición Pediátrica. Departamento de Pediatría. Hospital General de la Plaza de la Salud (HGPS). Santo Domingo. República Dominicana. Decano de la Facultad de Ciencias de la Salud. Universidad Nacional Pedro Henríquez Ureña (UNPHU). Presidente del Instituto Nacional de Investigación Integrativa en Gastroenterología, Hepatología y Nutrición Pediátrica (INIGAHNP)

Los procedimientos de endoscopia digestiva pediátrica se implementaron en los inicios de los años ochenta en Estados Unidos, y en los últimos 15 años, con el desarrollo sostenido de las tecnologías de la información y de los instrumentales especializados, se han convertido en prácticas rutinarias. Incluyen en el momento actual intervenciones terapéuticas complejas e innovadoras comprobadas por los estudios publicados a escala internacional.

Nuestro objetivo es presentar nuestra experiencia de 11 años (2001-2011), relevante casuística a escala nacional, destacando las importantes informaciones relacionadas con los procedimientos terapéuticos que han disminuido la morbimortalidad por enfermedades del tracto digestivo y que han revolucionado la práctica de la especialidad. Se revisaron 1.500 procedimientos endoscópicos digestivos, 1.000 altos (66,6%) y 500 bajos (33,3%). La casuística se ha incrementado diez veces en los últimos 10 años, desde 35 casos/año (2,3%) en el 2001 hasta 357 casos/año (23,8%) en el 2010. Diagnósticos 1.300 casos (86,6%) y terapéuticos 200 casos (13,4%). Se realizaron más procedimientos en varones (900 casos, 60%) y en el grupo de edad de 5 a 9 años (53%), aunque el grupo de 1 a 4 años fue el más afectado por la ingestión de cuerpos extraños y sustancias cáusticas, y el de 5-9 años en los casos de pólipos GI y polipectomía.

Las indicaciones clínicas más frecuentes son: dolor abdominal recurrente, vómitos recurrentes, ingestión de cáustico o cuerpo extraño, diarrea crónica, retraso ponderoestatural, sangrado gastrointestinal, trastornos de la deglución, estreñimiento, rectorragia, prolapso rectal y fístula perianal, entre otras. Los hallazgos endoscópicos altos más frecuentes son: esofagitis péptica o cáustica, estenosis esofágica, varices esofágicas, hernia hiatal, gastritis antral eritematosa, pangastritis por cáustico, duodenitis y atrofia parcial de vellosidades. Los bajos son: rectitis o colitis (infecciosa, alérgica, inmunológica e inespecífica), pólipos, hiperplasia nodular linfoidea, y lesiones vasculares tipo hemorroides internas y externas. Procedimientos terapéuticos realizados: hemostasia en sangrado GI, 26 casos (1,7%); ligaduras / esclerosis de varices, 16 casos (1%); gastrostomías PEG, 25 casos (1,6%); dilataciones esofágicas, 40 casos (2,6%); extracción de

cuerpos extraños, 44 casos (2,9%); polipectomía, 46 casos (3%); 2 casos de colocación de sonda de alimentación duodenal, y 1 caso de revisión de funduplicatura de Nissen. Complicaciones leves en pocos casos relacionados con prolongación de los efectos de la sedación, y broncoespasmo transitorio. Mortalidad en

un caso (0,06%). Esta revisión pone de relieve la importancia de la endoscopia en el diagnóstico de múltiples alteraciones del sistema GI y, sobre todo, la utilidad de los procedimientos terapéuticos en la resolución de un grupo de alteraciones que amenazan la vida del niño.

Hepatología

Obesidad y esteatosis/esteatohepatitis

Luis Peña Quintana

Unidad de Gastroenterología, Hepatología y Nutrición Pediátrica. Hospital Universitario Materno-Infantil de Las Palmas. Universidad de Las Palmas de Gran Canaria. España

El «hígado graso no alcohólico» (NAFLD) se define como la acumulación macrovesicular de grasa superior al 5% de los hepatocitos, y se engloban en este término la esteatosis simple, la esteatohepatitis no alcohólica (NASH) con inflamación, varios grados de fibrosis o ambas, y la cirrosis.

El NAFLD/NASH es la causa más frecuente de hepatopatía crónica en preadolescentes y adolescentes de países desarrollados, secundario a la obesidad, variando las cifras en estos pacientes del 10 al 77%.

Se considera la manifestación hepática del síndrome metabólico, relacionada con la insulinoresistencia, la peroxidación lipídica, el estrés oxidativo y una predisposición genética.

Los hallazgos histológicos en niños difieren de los adultos, incluyendo mayor grado de esteatosis, inflamación y fibrosis portal, y menor grado de balonización hepatocitaria y de cirrosis. La clasificación anatomopatológica actual se realiza a partir del Pathology Committee of the NASH Clinical Research Network y la de Schwachmmer et al.

La forma de presentación más habitual del NAFLD en la infancia y la adolescencia es un paciente predominantemente del sexo masculino, con obesidad, elevación mayor de ALT que de AST (si las hubiera), hipertrigliceridemia, acantosis *nigricans* y ausencia de síntomas, al que se le ha diagnosticado la enfermedad por *screening* y/o realización de ecografía abdominal. Aunque la mayoría permanecen asintomáticos, algunos pueden manifestar síntomas en forma de dolor abdominal difuso o en el cuadrante superior derecho (en ocasiones asociado a litiasis biliar), astenia o malestar. En pocos pacientes se detecta hepatomegalia.

Una proporción importante de niños y adolescentes con NAFLD pueden presentar cifras normales de transaminasas. En las series pediátricas publicadas con biopsias hepáticas, en la NASH los valores de ALT varían entre 100 y 200 UI y los de AST entre 60 y 100 UI. Aproximadamente un 25% tienen elevación de las cifras de GGT y fosfatasa alcalinas, siendo normales las cifras de bilirrubina.

Como métodos de imagen, la ecografía abdominal es el más usado, donde se demuestra un aumento de la ecogenicidad de forma difusa y homogénea. Sin embargo, sólo detecta esteatosis hepática si es mayor del 33% de los hepatocitos. Otros métodos diagnósticos son la TAC, aunque no es recomendable en la infancia por las radiaciones, y la RNM, de mayor precisión. Ninguno de estos métodos es capaz de distinguir entre esteatosis simple y NASH. El *gold standard* es la biopsia hepática. Se encuentran en investigación varios biomarcadores, la elastografía y test dinámicos como la metacetina.

En la actualidad no existe consenso sobre el tratamiento en el NAFLD/NASH. Básicamente consistirá en evitar el consumo de alcohol y reducir la grasa hepática y el estrés oxidativo. Se aconseja una dieta con bajo índice glicémico y ejercicio físico, preferentemente aeróbico. Para evitar el daño oxidativo se han usado el ácido ursodeoxicólico (sin éxito) y antioxidantes (betaína, N-acetilcisteína, mezcla de lecitina, vitamina C, beta-caroteno, selenio y complejo vitamínico B, y altas dosis de vitamina E) así como probióticos, con resultados dispares. La metformina ha dado buenos resultados. El trasplante hepático representa menos del 1% de los casos en la infancia, pudiendo recurrir la enfermedad tras el mismo.

Seguimiento y calidad de vida a largo plazo en el trasplante hepático pediátrico

Paloma Jara

Servicio de Hepatología y Trasplante. Hospital Infantil Universitario La Paz. Madrid. España

El trasplante hepático es una terapéutica eficaz, con avances sucesivos especialmente en la inmunosupresión primaria, que ofrece (datos compilados por el Registro Europeo de los años 1988 a 2008) una supervivencia de más de 10 años en un 75% de los niños. Los niños trasplantados después de 1997 tienen una probabilidad de supervivencia a 10 años del 89% (Hospital La Paz, Madrid). Según el registro americano, el 94% de los niños que superan el primer año postrasplante siguen vivos a los 5 años.

El seguimiento precisa abordar diferentes problemas del injerto, los relacionados con el empleo continuado de fármacos inmunosupresores y la adaptación psicológica y social.

La enfermedad original ocasiona problemas específicos en un 20% de los pacientes pediátricos. Los niños con tumores malignos pueden presentar recidiva tardía o segundos tumores; los afectos de colangitis esclerosante o hepatitis autoinmune padecen recurrencia en un 17-23%; en todos los defectos de FIC1 hay esteatosis del injerto y aparecen diarrea y pancreatitis, y un 20% de defectos de la BSEP desarrollan anticuerpos anti-BSEP con enfermedad del injerto. Determinadas metabopatías (OTC, MSUD) acompañan defectos neurológicos persistentes postrasplante, y en enfermedades sistémicas (fibrosis quística) el trasplante hepático no evita la enfermedad de otros órganos.

La mortalidad tardía (después del primer año postrasplante) se estima en un 4-11%. Los motivos principales son el fracaso del injerto, la sepsis y las neoplasias. Los principales factores de riesgo de muerte tardía y pérdida de injerto tardía son el diagnóstico original de neoplasia hepática y el rechazo corticorresistente, respectivamente.

La evaluación de pacientes que han sobrevivido más de un año permite cuantificar la incidencia de las complicaciones tardías del injerto: inmunológicas (11% rechazo con ictericia), biliares (11%) y vasculares (9%). Los retrasplantes tardíos son necesarios en un 3% de niños, por rechazo crónico o patología biliar.

Diez años después del trasplante, el 65-75% de los pacientes tienen función normal del injerto, un 20% muestran ligeras alteraciones bioquímicas y menos del 2% tienen patología significativa. Sin embargo, hay lesiones histológicas subclínicas, detectadas al realizar biopsias protocolizadas. En Birmingham, el 64% de los niños mostraban hepatitis crónica en el injerto. En Bicêtre, el 38% tenían lesiones sugerentes de rechazo duc-

topéico. La información de las biopsias protocolizadas a largo plazo es útil, detecta daño de probable origen inmunológico (lo que permite modificar la inmunosupresión) y aumenta la conciencia del paciente respecto a la necesidad de un buen cumplimiento terapéutico.

La inmunosupresión necesita ser indefinida, aunque en muchos pacientes es posible mantener una función del injerto normal con niveles muy bajos de tacrolimus o ciclosporina, en monoterapia o asociados a dosis bajas de corticosteroides o ácido micofenólico. La toxicidad renal de los fármacos y la susceptibilidad a infecciones y neoplasias pueden ocasionar complicaciones significativas a largo plazo. Los inhibidores de la calcineurina causan una disminución del filtrado glomerular y tubulopatía. Con métodos de valoración basados en la creatinina, a los 10 años del trasplante un 10% de niños presentan un filtrado glomerular inferior a 60 mL/min. Sin embargo, mediante Cr-EDTA o inulina la tasa de insuficiencia renal es de un 25%. Un 4% de pacientes pueden precisar trasplante renal. A partir de FGE inferiores a 80 (cistatina C >1,06) debe plantearse precozmente un cambio en la inmunosupresión (reducción o retirada de los inhibidores de la calcineurina).

El síndrome linfoproliferativo es una complicación relacionada con la infección EBV en pacientes inmunodeprimidos. Su espectro clínico e histológico es amplio, y va desde la proliferación benigna de linfocitos B inducida por el virus hasta el linfoma maligno en sentido estricto. La tasa de este problema, acumulada en 20 años de seguimiento, alcanza un 13%. La vigilancia de valores altos de DNA-EBV con reducción preventiva del nivel de inmunosupresor ha disminuido a la mitad esta complicación en las experiencias recientes.

Nutrición y metabolismo

Dislipemias: actualización en el tratamiento farmacológico

Jaime Dalmau Serra

Coordinador del Comité de Nutrición. Asociación Española de Pediatría. Unidad de Nutrición y Metabolopatías. Hospital Infantil La Fe. Valencia. España

La aterosclerosis es un proceso que se inicia en la infancia y que tiene muchos factores etiopatogénicos, de los cuales la hipercolesterolemia es uno de ellos y está considerado como factor de riesgo mayor. Desde hace más de veinticinco años se ha venido prestando gran atención a la detección y tratamiento de la hipercolesterolemia en la edad pediátrica, pero a pesar de los avances en la comprensión de los mecanismos fisiopatológicos mediante los cuales actúa dicha hipercolesterolemia, y que existen opiniones casi unánimes sobre en qué población debe hacerse el cribado para su diagnóstico y manejo, es evidente

que muchos niños y adolescentes no consiguen concentraciones de C-LDL aceptables tras el tratamiento dietético. Por ello se hace necesaria la instauración del tratamiento farmacológico. Clásicamente se venía recomendando el uso de resinas fijadoras de ácidos biliares, pero por su baja aceptabilidad su uso ha decaído. En la actualidad, las estatinas constituyen el tratamiento de elección, siendo las aprobadas para su uso en pediatría lovastatina, pravastatina, simvastatina y atorvastatina; más recientemente viene utilizándose la rosuvastatina. A pesar de que todas ellas han mostrado su eficacia en reducir significativamente las concentraciones de C-LDL, existe controversia en numerosos aspectos de su uso:

Selección de pacientes según el grado de riesgo (hipercolesterolemia familiar homo y heterocigota, diabetes tipo 1 y 2, enfermedad renal crónica, enfermedades inflamatorias, etc.).

- Edad mínima para iniciar el tratamiento.
- Concentración de C-LDL indicativa de tratamiento, y objetivo a alcanzar.

- Estatinas a utilizar y su dosis, dadas las diferencias existentes entre ellas más allá de su efecto hipolipemiante: efectos pleiotrópicos, antiinflamatorios, antitrombóticos, paso de la barrera hematoencefálica, etc.
- Otros marcadores de eficacia: medición del grosor de la capa íntima-media de la carótida, dilatación mediada por flujo de la arteria braquial, etc.
- Seguridad a largo plazo.
- Nuevos fármacos a utilizar, ya sean como monoterapia o terapia combinada: ezetimibe, colesvelam, etc.
- Alternativas al tratamiento farmacológico: plasmaféresis, trasplante de hepatocitos o hepático, terapia génica.

Estas cuestiones sólo pueden ser contestadas parcialmente de acuerdo con los datos científicos disponibles en la actualidad, lo cual indica la necesidad de estudios prospectivos a largo plazo con un diseño adecuado.

Bibliografía

- Daniels SR, Greer FR, Committee on Nutrition. Lipid screening and cardiovascular health in childhood. *Pediatrics*. 2008; 122: 198-208.
- Kavey RE, Allada V, Daniels SR, et al. Cardiovascular risk reduction in high-risk pediatric patients. *AHA Scientific Statements. Circulation*. 2006; 114: 2.710-2.738.
- Morais A, Lama R, Dalmau J, Comité de Nutrición de la AEP. Hipercolesterolemia. Abordaje terapéutico. *An Pediatr (Barc)*. 2009; 70: 488-496.
- Vuorio A, Kuoppala J, Kovanen PT, et al. Statins for children with familial hypercholesterolemia. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2011, Issue 5.

Programación nutricional en etapas tempranas de la vida y sus efectos a largo plazo en la vida adulta

Ángel Gil Hernández

Departamento de Bioquímica y Biología Molecular II. Instituto de Nutrición y Tecnología de los Alimentos. Centro de Investigaciones Biomédicas. Universidad de Granada. España

El paradigma de «los orígenes de la salud y de la enfermedad durante el desarrollo» asume que los estímulos nutricionales y ambientales durante periodos críticos del crecimiento y el desarrollo tienen potencialmente la capacidad de «programar» de forma permanente la estructura y la función de poblaciones celulares, órganos, sistemas y vías homeostáticas. Hace aproximadamente 30 años, Dömer propuso que el riesgo de enfermedad y las funciones

corporales en los adultos son programados, durante periodos críticos tempranos del desarrollo, por hormonas y metabolitos. Más tarde, en los años 80 del pasado siglo, los estudios epidemiológicos realizados por Barker revelaron que los acontecimientos durante la vida fetal pueden influenciar el riesgo de enfermedad.

Actualmente existen numerosas evidencias que demuestran que los factores dietéticos, tanto en las mujeres gestantes y lactantes como en sus niños, modulan el crecimiento y el desarrollo funcional del organismo y ejercen efectos a largo plazo sobre la salud, el riesgo de enfermedad y de mortalidad, la función neural y el comportamiento, y la calidad de vida. La mayor parte de las evidencias disponibles sobre la programación nutricional en los humanos procede de estudios de observaciones históricas en las que, desafortunadamente, no es posible examinar directamente las asociaciones con la dieta ni establecer relaciones de causalidad, ni tampoco identificar recomendaciones dietéticas apropiadas para las gestantes y los lactantes. No obstante, existen una serie de estudios que han puesto de manifiesto la plasticidad del sistema inmunitario, incluyendo cambios funcionales, susceptibilidad a la enfermedad y riesgo de mortalidad por infecciones. Así, las perturbaciones en el sistema inmunitario emergente, especialmente a causa de desequilibrios nutricionales, tienen efectos considerables a lo largo de toda la vida. Por otra parte, cambios en la nutrición materna durante periodos críticos del desarrollo fetal conducen a cambios en la composición corporal, aumento del número de precursores de los adipocitos y predisposición a la obesidad, resistencia insulínica y enfermedad cardiovascular.

Estudios en modelos animales han demostrado que la inducción y la estabilidad de los cambios en el fenotipo de los recién nacidos implica cambios epigenéticos por regulación de los procesos de metilación tanto en el DNA como en las histonas. Tales cambios son muy específicos y ocurren en el DNA a nivel de dinucleótidos CpG presentes en los promotores de los genes. Las intervenciones dietéticas con donantes de grupos metilo como el folato durante el embarazo o el destete alteran el fenotipo y el genotipo inducido por la restricción dietética durante la gestación. Esto sugiere una posible medida para reducir el riesgo de enfermedades no comunicables, aunque el diseño de tales intervenciones ha de ser muy cuidadoso.

Existen numerosas cuestiones sin respuesta sobre los periodos críticos pre y posnatales durante los cuales las exposiciones nutricionales programan la salud o el riesgo de enfermedad posterior. Por consiguiente, es necesario que se diseñen nuevas aproximaciones experimentales para el estudio de la programación temprana sobre la salud de los humanos que integre la evidencia existente a partir de estudios aleatorizados y controlados y estudios observacionales, así como de experimentos en animales.

COMUNICACIONES ORALES

FORO DE INVESTIGACIÓN PROFESOR VICENTE MARTÍN CAMPOS (BRASIL)

CO1. MAGNETOS EN PEDIATRÍA:

UN PROCEDIMIENTO CON FUTURO

R. Ben, N. Balcarce, V. Bernedo, P. Borobia, E. Corfield, K. Devigo, L. Guzmán, N. Lucero, S. Miculan, G. Nanfíto, A. Uhler, C. Zubiri, E. Cueto Rúa

Servicio de Gastroenterología. Hospital de Niños Sor María Ludovica. La Plata. Argentina

Introducción: El uso de magnetos para crear una anastomosis intestinal sin suturas fue descrito hace más de cien años. En pacientes pediátricos, su uso fue comunicado por nuestro grupo en 2003 para la resolución de atresia de esófago. Posteriormente, lo aplicamos en algunas estenosis esofágicas posquirúrgicas y en anastomosis gastroentéricas. **Objetivo:** Mostrar nuestra experiencia en el uso de esta técnica. **Material y métodos:** Estos procedimientos se realizaron con aprobación del comité de ética y consentimiento informado. Se utilizaron magnetos de neodimio-hierro-boro de 12.800 gauss y de 6 a 14 mm, según la patología a tratar. **Población:** Entre 2001 y 2010, tratamos a 12 pacientes agrupados. A) De 1 a 5 meses; 8 casos, 1 excluido por cabos distantes; 5 atresias de esófago tipo I y 2 atresias tipo III. B) De 30 a 40 meses; 1 atresia tipo III reparada con tubo gástrico y 1 atresia tipo I reparada con tubo gástrico. C) 5 años; 1 atresia tipo I long-gap con estenosis recidivante. D) 7 años; 1 anastomosis gastroduodenal por estenosis pilórica tumoral. E) 3 años; 1 estenosis colónica posquirúrgica por aganglionosis. Procedimientos con anestesia y fluoroscopia. **Resultados:** Las anastomosis se lograron: grupo A promedio 4,8 días (rango 2-7); grupo B promedio 5,5 días (rango 4-7); paciente C 8 días y paciente D 10 días. Las complicaciones fueron estenosis manejadas exitosamente con dilataciones. En 1 paciente se realizó reanastomosis quirúrgica, en 3 stent. **Conclusión:** La utilización de magnetos en algunos casos es una opción menos invasiva y con menor morbilidad. En el futuro, el uso de magnetos de otra potencia y nuevos diseños nos permitirán mejores resultados.

CO2. COLITIS ALÉRGICA: LA EVOLUCIÓN CLÍNICA DE UNA ENFERMEDAD DE CARÁCTER TRANSITORIO CON FUERTE EVIDENCIA GENÉTICA

J. Alves Braga de Andrade, U. Fagundes-Neto

Disciplina de Gastroenterología Pediátrica. Escola Paulista de Medicina. Universidade Federal de São Paulo. Brasil

Introducción: La colitis alérgica es una de las reconocidas formas de manifestación clínica de alergia alimentaria durante los primeros meses de vida. Se cree que los factores genéticos tienen un factor fundamental en esta enfermedad. **Objetivos:** Describir la historia clínica y la evolución de lactantes primos entre sí pertenecientes a dos grupos familiares distintos con colitis alérgica. **Pacientes y métodos:** Fueron estudiados 5 lactantes menores de 6 meses de edad, de ambos sexos, con colitis, de acuerdo con los siguientes criterios: 1) presencia de sangre en la materia fecal; 2) exclusión de causas infecciosas de colitis, y 3) desaparición de los síntomas después de la eliminación de la leche de vaca y derivados de la dieta del niño y/o de su madre. Los pacientes fueron sometidos a la siguiente investigación diagnóstica: 1) hemograma; 2) búsqueda de parásitos y cultivo de materia fecal; 3) colonoscopia y 4) biopsia rectal. **Resultados:** La edad de los pacientes presentó un rango de 40 días a 6 meses. Todos los pacientes presentaron cólicos intensos y sangre en la materia fecal. La colonoscopia reveló hiperemia de la mucosa con microerosiones y sangrado espontáneo. La microscopia reveló la existencia de colitis eosinofílica superior a 20 eosinófilos por campo de gran aumento. Los pacientes fueron tratados con fórmula hipoa-lérgica y presentaron remisión de los síntomas. Todos ellos, con 1 año de edad, fueron sometidos a un test de provocación con fórmula láctea, que mostró tolerancia alimentaria. **Conclusión:** La colitis alérgica es una enfermedad con una evidente herencia genética y con carácter transitorio.

CO3. DONANTE VIVO RELACIONADO EN EL TRASPLANTE HEPÁTICO INFANTIL. EVALUACIÓN DE LOS PRIMEROS 100 PACIENTES EN UN CENTRO DE LATINOAMÉRICA

V. Fernández de Cuevas, R. Machado, G. Boldrini, C. Sánchez, D. d'Agostino

Servicio de Gastroenterología-Hepatología. Centro de Trasplante Hepático-Intestinal. Departamento de Pediatría. Hospital Italiano de Buenos Aires. Argentina



Introducción: El donante vivo relacionado (DVR) incrementa la oferta de órganos para trasplante hepático (TxH), disminuyendo la mortalidad en la lista de espera. En la Argentina, el primer TxH con DVR fue realizado en abril de 1992 en el Hospital Italiano de Buenos Aires. **Objetivo:** Evaluar y analizar los primeros 100 pacientes trasplantados con donante vivo relacionado en un centro en Latinoamérica. **Material y método:** De 300 pacientes trasplantados, 100 (30%) lo fueron con DVR. Se realizó un estudio descriptivo y retrospectivo de esta población. **Resultados:** De los 100 trasplantes con DVR, la mediana de edad al trasplante fue de 1 año y 11 meses (rango: 0,5-14 años) (63 niñas); la etiología más frecuente fue la atresia de vía biliar (76%); la mediana de peso al TxH fue de 9,9 kg (rango 6-40); 15 niños trasplantados requirieron la técnica de hiperreducción del segmento, x de edad fue 10 meses (rango: 6-15) y de peso 6,9 kg (rango: 6-9). Como complicaciones, presentaron rechazo agudo en el 51% y complicaciones de la vía biliar en el 40%. La sobrevida al año del trasplante fue del 89% y a los 5 años del 83% para toda la población, y en la de hiperreducidos fue del 87% al año. Siete pacientes requirieron retransplante. **Conclusión:** El trasplante con donante vivo es un tratamiento de valor comprobado cuando existe escasez de órganos. Las nuevas técnicas permiten trasplantar a niños de alto riesgo (menor edad y bajo peso) con buenos resultados.

CO4. VARIABILIDAD TEMPORAL ENTRE APNEAS, AHOGOS Y REFLUJO GASTROESOFÁGICO EN LOS EPISODIOS DE APARENTE AMENAZA DE LA VIDA

F. Ussher, J. Cohen Sabban, R. Weinschelbaum, J. Gallo, M. Orsi

Servicio de Gastroenterología-Hepatología Pediátrica. Hospital Italiano de Buenos Aires. Argentina

Se ha visto que la asociación temporal del reflujo gastroesofágico (RGE) con los episodios de aparente amenaza de la vida (EAAV) es errática. **Objetivo:** Analizar con impedanciometría intraluminal multicanal de 24 horas (IIM-pH de 24 h) la correlación sintomática temporal de los ahogos y/o apneas con el RGE en pacientes con EAAV. **Material y métodos:** Estudio retrospectivo, de lactantes <9 meses de edad, con EAAV, entre 2005 y 2011. Se realizó IIM-pH de 24 h para determinar en ventana de 2 minutos si los ahogos y apneas ocurrían antes, durante o después del reflujo ácido (A: pH<4), levemente ácido (WA: pH 4-7) y no ácidos (WNA: pH >7), score de pH y el ascenso a canales proximales. **Resultados:** Fueron evaluados 75 niños (39 niñas); X: 2,2 meses (rango: 1-9). Se detectaron ahogos en 23/75 y apneas en 12/75 durante el estudio, 35 pacientes en total (46,6%). En 24/35 (68,5%) el score de pH-metría fue normal X: 11,86 (rango: 1,2-62,2). El ascenso a canales proximales en el 51,5% de los RGE, en aquellos con ahogo X 30,1 ± 17,55 y apnea 28,83 ± 22,10 (p= 0,851). El índice sintomático fue positivo en el 30,66% para ahogo y el 16% para apneas, y la probabilidad de asociación sintomática en el 28 y el 17,33%, respectivamente. Se observó que las apneas ocurrieron antes en el 26,6%, durante en el 36,6% y después en el 36,6% del RGE (WAC 63,3%). En cambio, los ahogos ocurrieron antes en el 23,6%, durante en el 44,7% y después en el 31,5% del RGE (AC 50%). **Conclusión:** Los hallazgos de la IIM-pH confirman la variabilidad temporal de la asociación estudiada. La terapéutica existente no daría respuesta a las características físico-químicas del RGE observado en un porcentaje de estos pacientes.

CO5. SUPLEMENTACIÓN DIETARIA CON ÁCIDOS GRASOS POLIINSATURADOS DE CADENA LARGA OMEGA-3 (AGPI-Ω3) Y PREVENCIÓN DE ESTEATOSIS HEPÁTICA INDUCIDA POR DIETA HIPERGRASA EN RATÓN

R. Valenzuela¹, G. Tapia², A. Espinosa³, D. González²

¹Escuela de Nutrición y Dietética. ²Programa de Farmacología Molecular y Clínica. ³Escuela de Tecnología Médica. Instituto de Ciencias Biomédicas. Universidad de Chile. Santiago de Chile



Introducción: La enfermedad por hígado graso no alcohólica (EHGNA) es desencadenada por una alteración metabólica-nutricional caracterizada por acumulación anormal de triglicéridos en el hígado. Los AGPICL-ω3 como el EPA y DHA estimulan la lipólisis e inhiben la lipogénesis hepática, considerados agentes hepatoprotectores frente a una dieta hipergrasa y el desarrollo de EHGNA. **Objetivo:** Evaluar el efecto de la suplementación dietaria con EPA + DHA en la prevención del desarrollo de EHGNA inducida por dieta hipergrasa en ratón. **Material y métodos:** Ratones machos C57BL/6J (n= 9 por grupo) fueron alimentados por 12 semanas con dieta: (I) control (20% proteínas, 70% carbohidratos, 10% lípidos); (II) control más EPA + DHA (200 mg/kg); (III) hipergrasa (20% proteínas, 20% carbohidratos, 60% lípidos); y (IV) hipergrasa más EPA + DHA. Se evaluaron el incremento de peso, la esteatosis hepática (histología y grasa hepática total), la resistencia a la insulina (HOMA) y la inflamación (niveles plasmáticos de TNF-α). **Resultados:** El grupo (III) presentó un aumento significativo (p < 0,05, ANOVA unifactorial y test de Newman-Keuls) en el peso final, la esteatosis hepática, el HOMA y la inflamación, respecto al grupo (I), parámetros que fueron normalizados en aquellos animales suplementados con EPA + DHA, grupo (IV). **Conclusión:** La suplementación con EPA + DHA en ratones alimentados con dieta hipergrasa permite prevenir la esteatosis hepática, la resistencia a la insulina y la inflamación. FONDECYT 1110043 y 11090301.

CO6. ESTEATOHEPATITIS NO ALCOHÓLICA EN NIÑOS

E. Pestana^{1,2}, K. León¹, Á. Farías¹, M.E. Ruiz³

¹Hospital San Juan de Dios. ²Policlínica Metropolitana. ³Instituto Médico La Floresta. Caracas. Venezuela

Introducción y objetivo: La esteatohepatitis no alcohólica constituye hoy en día un problema en ascenso tanto en la población adulta como la población pediátrica debido a los cambios de estilo de vida y hábitos dietéticos, y debe ser tomada en cuenta como causa de hepatopatía en pacientes pediátricos. El objetivo fue evaluar las características poblacionales, la evolución y la respuesta a las medidas terapéuticas indicadas. **Pacientes y métodos:** Se realizó un estudio retrospectivo. Se incluyeron todos los pacientes pediátricos que acudieron a las consultas de gastroenterología y endocrinología pediátrica desde 2001 hasta 2011 y que presentaban elevación de aminotransferasas y/o esteatosis por ultrasonido, y se excluyeron causas hepáticas y no hepáticas de esteatosis tales como infección crónica por el virus de la hepatitis C, enfermedad celiaca, trastorno del metabolismo de los carbohidratos como glucogenosis, consumo de esteroides, hepatitis autoinmune y desnutrición proteicoalcalórica. **Resultados:** Se incluyeron 26 pacientes, de los cuales 18 (69,2%) pertenecen al sexo masculino y 8 (30,8%) al sexo femenino, en edades actualmente comprendidas entre los 2 y los 13 años, con un promedio de 10,03 ± 3,10 años. Las causas por las que consultaron fueron elevación de aminotransferasas (n= 9; 35%), esteatosis en el ultrasonido (n= 2; 8%) y ambas (n= 15; 57%). Tres (12%) pacientes tenían un índice de masa corporal (IMC) entre p25 y p90 (normal), 6 (23%) un IMC entre p90 y p97 (sobrepeso) y 17 (65%) un IMC mayor de p97 (obesidad) previo al tratamiento. La acantosis *nigricans* estuvo presente en 11 (42%) pacientes. Desde el punto de vista de laboratorio, 25 (96%) pacientes presentaban elevación de aspartato aminotransferasa (AST) y alanina aminotransferasa (ALT), 21 (81%) un colesterol elevado (mayor de 170), 18 (69%) triglicéridos elevados (mayor de 110) y sólo 2 presentaban glucemia en ayunas mayor de 100. Se les realizó una curva de tolerancia glucosada e insulina de 2 horas con carga de glucosa de 1,75 g/kg, que resultó positiva para 11 (42%) con un índice HOMA mayor de 4. Cuatro pacientes presentaban anticuerpos AML positivos. Once (42%) pacientes tenían síndrome metabólico. A 11 (42%) pacientes se les realizó biopsia hepática con hallazgos de esteatohepatitis y 7 (27%) tenían fibrosis. Se les indicó como tratamiento modificaciones dietéticas supervisadas por nutrólogo pediatra, ejercicio aeróbico (30 minutos diarios 5 días por semana) y vitamina E 400 UI/día, y se evaluaron cada 3 meses durante 1 año y se realizaron controles de AST,

ALT, colesterol, triglicéridos y evaluación del IMC, observándose disminución estadísticamente significativa de AST (p= 0,000), ALT (p= 0,000), colesterol (p= 0,01) y triglicéridos (p= 0,01), y a pesar de que hubo pérdida de peso no hubo diferencias estadísticamente significativas en el IMC. De los 11 pacientes con curva de tolerancia glucosada e insulina positivas, 10 recibieron tratamiento con metformina, de los que 7 se normalizaron. **Conclusión:** La esteatohepatitis no alcohólica es una causa de hepatopatía en la población pediátrica y se asocia a fibrosis, y la mejor opción terapéutica es la modificación dietética, el ejercicio aeróbico y el uso de antioxidantes como la vitamina E.

CO7. LA PREVALENCIA DE LA ESTEATOSIS HEPÁTICA EN EL EXAMEN DE ULTRASONIDO EN LOS NIÑOS OBESOS Y SU RELACIÓN CON LAS ENZIMAS DEL HÍGADO Y LAS ADIPOCINAS SÉRICAS

M.E. de Marsillac, S.G. Trigo, C.R. Penna, B.S. Ferreira, I.B. Faria, R.M. Pérez, H.S.M. Coelho

Universidade Federal do Rio de Janeiro. Brasil



Introducción: La prevalencia del 3% de esteatosis hepática (EH) en niños y del 53% en los obesos demuestra la importancia del diagnóstico precoz en los niños por métodos no invasivos. **Objetivos:** Evaluar la prevalencia de la EH en niños obesos por ultrasonido abdominal (US) y su correlación con el índice HOMA-IR, niveles de enzimas hepáticas (aspartato aminotransferasa [AST], alanina aminotransferasa [ALT], gammaglutamil transpeptidasa [GGT]), glucosa, insulina (INS), adiponectina, leptina, interleucina 6 (IL-6) y factor de necrosis tumoral alfa (TNF-α). **Material y métodos:** Fueron evaluados niños obesos, en el periodo 2006-2010, por la presencia de EH a través de US y niveles de enzimas hepáticas, glucosa, perfil lipídico, HOMA-IR, insulina, adiponectina, leptina, IL-6 y TNF-α. **Resultados:** Eran 126 niños obesos de 9 ± 2 años, el 56% varones; la duración media de la obesidad (DMO) era de 5 ± 3 años; el grado medio de obesidad mediante el índice de masa corporal (IMC) por puntaje Z (GMO) era de +3,15 ± 0,99. La prevalencia de EH fue del 26%. En el análisis comparativo entre niños con y sin EH, fueron observados niveles más altos solamente de las enzimas ALT (p= 0,007) y GGT (p= 0,016) en las personas con EH. No hubo diferencias entre los grupos en HOMA (p= 0,46), adiponectina (p= 0,92), leptina (p= 0,30), TNF-α (p= 0,46) e IL-6 (p= 0,67). Los pacientes fueron divididos en grupo A, de 5 a 9 años (70 niños), y grupo B, de 10 a 14 años (56 niños). La DMO en el grupo A fue de 3,40 ± 1,17 años, con una prevalencia de EH del 27%, y en el grupo B había 2,84 ± 0,57 años, con una prevalencia del 25% de la EH. En el grupo A, los pacientes con y sin EH presentaban índices similares de adipocinas y análisis bioquímicos. En el grupo B, los pacientes con EH presentaban AST (p= 0,008), ALT (p= 0,001), GGT (p= 0,049) y lípidos (p= 0,043) más altos que los que no tenían EH, pero los niveles de adipocinas se mantuvieron similares. **Conclusión:** La prevalencia de EH en niños obesos fue del 26%. Las variables de laboratorio asociadas con EH fueron las aminotransferasas y la GGT, especialmente entre los mayores de 10 años. Los pacientes con y sin EH tenían niveles similares de insulina y adipocinas.

CO8. REACTIVIDAD VASCULAR EN NIÑOS CON EXCESO DE PESO

D.A. Rodríguez¹, M.A. Coll-Barrios¹, R. Guerrero-Lozano¹, L. Henao²

¹Departamento de Pediatría. Universidad Nacional de Colombia.

²Departamento de Radiología. Hospital de la Misericordia. Bogotá

La disfunción endotelial asociada con obesidad en niños se puede determinar por alteración en la vasodilatación mediada por flujo (VMF); los datos disponibles muestran reversibilidad de tal alteración mediante programas de dieta y ejercicio. **Objetivo:** Determinar la VMF en niños obesos y compararla con la de los eutróficos. **Métodos:** Estudio en dos fases. En la inicial, descriptiva, se comparó la VMF en niños con exceso de peso (NEP) y eutróficos. En la segunda, de intervención, se buscó determinar el impacto de una orientación en hábitos saludables sobre la VMF en un subgrupo de los NEP. Se discriminaron los grupos basados en la clasificación nutricional según las tablas del CDC de 2000. Para medir la VMF se utilizó un equipo de ultrasonido General Electric LogicQ con transductor de 10 MHz; la prueba se realizó según estándares establecidos. La VMF se expresó como porcentaje de cambio comparado con el valor antes del estímulo oclusivo. **Resultados:** Se incluyeron 82 pacientes, de los cuales 49 correspondieron a casos (NEP) y 33 fueron controles (eutróficos). Se encontró en los NEP: hipertensión arterial (40,8%), hipercolesterolemia (52,2%), hipertrigliceridemia (26,1%), insulinoresistencia (47,8%) y obesidad central

(93,3%). La VMF de los NEP estuvo entre -6 y 56% ($x = 11,1\%$) y en los controles entre 0 y 29,6% ($x = 16,6\%$) ($p < 0,005$). En los NEP se presentó vasoconstricción paradójica en el 34,7%, a diferencia del control en el que ningún paciente la presentó ($p < 0,005$). Se incluyeron 17 NEP para intervención; de ellos, el 47,1% presentaron mejoría de la VMF, siendo más frecuente entre quienes mejoraron su actividad física ($p = NS$). **Conclusiones:** Los niños obesos cursan con disfunción endotelial y tienen menores valores de VMF comparados con niños eutróficos. No se demostró el efecto de la intervención en la recuperación de la VMF, quizás por el tamaño reducido de la muestra.

CO9. FACTORES DE RIESGO AMBIENTALES Y COMPONENTES DEL SÍNDROME METABÓLICO EN ADOLESCENTES CON EXCESO DE PESO. MEDELLÍN (COLOMBIA)

N.E. Múnera¹, A.C. Orozco¹, A.M. Muñoz¹, F.A. Patiño¹, R.M. Uscátegui¹, C.M. Velásquez¹, L.M. Manjarrés¹, B.E. Parra¹, A. Estrada¹, G. Bedoya¹, M.V. Parra¹, G.M. Agudelo²

¹Universidad de Antioquia. Medellín. ²Vidarium. Centro de Investigación en Nutrición, Salud y Bienestar. Grupo Nutresa. Medellín. Colombia

Introducción: Los factores ambientales son determinantes en la etiología del síndrome metabólico en jóvenes con exceso de peso. **Objetivo:** Explorar la asociación entre factores de riesgo ambientales y presencia de los componentes del síndrome metabólico en jóvenes de entre 10 y 18 años con exceso de peso. **Métodos:** Estudio descriptivo de corte transversal. Se evaluó composición corporal por antropometría, presión arterial, perfil lipídico, glucemia, insulinemia, ingesta de alimentos y nivel de actividad física. **Resultados:** La prevalencia de los componentes del síndrome metabólico fue de un 40,9% para hipertrigliceridemia, un 20,9% para hipertensión, un 15,6% para el colesterol HDL bajo, un 4,0% para la circunferencia de cintura alta y un 0,9% para la hiperglucemia; la prevalencia de síndrome metabólico fue del 3,1%. Se encontró diferencia estadística ($p < 0,005$) entre el consumo de kilocalorías, carbohidratos totales y simples con la presencia de los componentes; no se encontró asociación entre el nivel de actividad física y la presencia de componentes ($p > 0,05$). El modelo de regresión logística mostró una mayor probabilidad de tener al menos un componente si el joven era de sexo masculino ($p = 0,022$), tenía un mayor índice de masa corporal (IMC) ($p = 0,019$) y si se ubicaba en el cuarto cuartil de consumo de carbohidratos simples ($p = 0,036$). **Conclusiones:** Los factores de riesgo ambientales asociados con los componentes del síndrome metabólico en este estudio fueron el mayor consumo de calorías, carbohidratos complejos y simples, todos relacionados directamente con el IMC; por el contrario, el nivel de actividad física, los antecedentes familiares y personales no mostraron asociación. El síndrome metabólico sólo se presentó en jóvenes con obesidad.

CO10. EFICACIA DIAGNÓSTICA DE LOS ANTICUERPOS ANTITRANSGLUTAMINASA TISULAR EN NIÑOS CON SÍNTOMAS DIGESTIVOS CRÓNICOS Y SOSPECHA DE CELIAQUÍA

R. Valdés Landaburo, G. Sánchez Iglesias, M. Lara Martín, J. Reyes Vera, O. López Bernal, T. Tamargo Barbeito
Hospital Pediátrico Universitario José Luis Miranda. Santa Clara. Villa Clara. Cuba

Introducción: La enfermedad celiaca es la enteropatía crónica más frecuente en el mundo, pero se desconoce su ocurrencia en niños con síntomas digestivos crónicos en nuestro medio. **Objetivo:** Evaluar la eficacia diagnóstica de HeberFast Line[®] anti-transglutaminasa en niños con síntomas digestivos crónicos. **Material y métodos:** Investigación prospectiva entre enero de 2008 y abril de 2011 en el Hospital Pediátrico Universitario José Luis Miranda de Santa Clara (Cuba) que incluyó a 535 infantes en los que se pesquisaron anticuerpos anti-transglutaminasa tisular (HeberFast Line[®] anti-transglutaminasa de producción nacional), se tomaron biopsias transendoscópicas del duodeno, que se interpretaron según la clasificación de Marsh-Oberhuber y se relacionaron con la prueba serológica, se evaluó la eficacia diagnóstica de los anticuerpos y se estimó la frecuencia de celiacía. **Resultados:** Sólo 11 pacientes resultaron positivos a la determinación de anticuerpos (2,1%); el tipo de lesión anatomopatológica predominante en los pacientes positivos para los anticuerpos fue característico de la enfermedad celiaca (9 niños; 75%), y se comprobó la concordancia entre los diagnósticos serológicos e histopatológicos del duodeno ($K = 0,78$; $p < 0,001$); la frecuencia de enfermedad celiaca en la serie fue del 2,2% (12 pacientes) y la

sensibilidad y la especificidad de los anticuerpos fue del 75 y el 99%, respectivamente. **Conclusiones:** Se demostró baja frecuencia de celiacía en la serie y se obtuvo una buena eficacia diagnóstica de la prueba serológica en niños con sospecha de esta enfermedad.

FORO DE INVESTIGACIÓN PROFESOR HORACIO TICALINO (ARGENTINA)

CO11. HISTÓRIA NATURAL E FATORES DE RISCO ASSOCIADOS À INCIDÊNCIA DA INFECÇÃO PELO «HELICOBACTER PYLORI» EM CRIANÇAS ÍNDIAS MENORES DE 5 ANOS DA ETNIA GUARANI, SÃO PAULO, BRASIL

J.R.S. Roque, D. Rodrigues, C.A. Sakamoto, R.S. Machado, R.P. Oliveira, M.L. Escobar-Pardo, E. Kawakami

Disciplina de Gastroenterologia Pediátrica. Escola Paulista de Medicina. Universidade Federal de São Paulo. Brasil

Existem poucos estudos a respeito da epidemiologia da infecção pelo *Helicobacter pylori* em crianças de menor idade de comunidades indígenas que vivem em regiões desprovidas de saneamento básico. **Objetivo:** Avaliar a prevalência da infecção pelo *H. pylori* em crianças índias <5 anos de idade da comunidade Guarani localizada na periferia da cidade de São Paulo. **Material e métodos:** 219 crianças e familiares de crianças índias <5 anos de idade. Métodos: Questionário clínico simplificado para avaliar os fatores de risco associados à infecção por *H. pylori*. Diagnóstico de *H. pylori*: teste respiratório ³C-ureia como marcador de infecção atual; exame protoparasitológico. **Resultados:** Incluídos 74/219 (33,79%) crianças <5 anos e 145/219 familiares, sendo: 86/145 (59,31%) irmãos mais velhos e 59/145 (40,69%) os pais. A prevalência geral da infecção por *H. pylori* em 219 membros foi 64,84%, compreendendo taxa de 31,08% em 74 crianças de idade <5 anos, subindo para 76,74% em 86 irmãos e 89,83% em 59 pais. A prevalência de *H. pylori* se incrementou significativamente com a idade ($p < 0,001$). 48/51 amostras (94,11%) resultaram positivas para enteroparasitoses e 45,83% tiveram infestações múltiplas. Não houve associação com o gênero, mãe, irmão ou pai infectado e tipo de parasitose ($p > 0,05$). **Conclusão:** A alta prevalência da infecção por *H. pylori* na comunidade, aumenta com a idade, sendo a idade o maior fator de risco. Ao contrário das comunidades urbanas, a mãe infectada não constitui fator de risco para a infecção. A alta contaminação ambiental também reflete a alta taxa de parasitose intestinal.

CO12. USO DE LA REACCIÓN EN CADENA DE LA POLIMERASA (PCR), SECUENCIACIÓN Y CARACTERIZACIÓN DE CEPAS VIRULENTAS DE «HELICOBACTER PYLORI» EN NIÑOS CON PATOLOGÍAS GASTRODUODENALES

M.P. Delgado¹, Y.L. Rosero¹, J.F. Vera-Chamorro², D. García¹, A. Ramírez², M.M. Bravo³, L.López², C.A. Jaramillo¹

¹Laboratorio de Diagnóstico Molecular y Bioinformática (LDMB). Universidad de los Andes. ²Fundación Santa Fe de Bogotá (FSFB). ³Instituto Nacional de Cancerología (INC). Bogotá. Colombia

Introducción: La infección crónica por cepas *Helicobacter pylori* cagA+ se asocia a una mayor respuesta inflamatoria y daño extenso de la mucosa; de ahí la importancia de contar con protocolos para la detección temprana y caracterización de este agente. **Objetivo:** Estandarizar una técnica para determinar cepas de *H. pylori* y el estado cagA en niños con patologías gastroduodenales. **Materiales y métodos:** 106 cepas *H. pylori* cagA+ obtenidas de pacientes adultos fueron usadas para estandarizar el protocolo que permitió la detección y caracterización de cepas *H. pylori* virulentas. Se usó el mismo protocolo en biopsias de niños que presentaban dolor abdominal (edades entre 3 y 15 años). Este protocolo incluyó la aplicación de una PCR (16S-ADNr) para la detección del agente y otra PCR para establecer el estado cagA de las cepas. La cepa NCTC11637 fue incluida a manera de control positivo en cada reacción. **Resultados:** De las muestras de los niños analizadas en el ensayo, una resultó positiva para *H. pylori*. Al determinar el estado de cagA, dicha muestra fue negativa. **Conclusiones:** El protocolo implementado constituye una herramienta útil para la detección de las cepas de *H. pylori* más virulentas en un estudio prospectivo en niños con dolor abdominal y patologías gastroduodenales.



CO13. TERAPIA SECUENCIAL EN ESCOLARES Y ADOLESCENTES INFECTADOS POR «HELICOBACTER PYLORI» EN UN SERVICIO AMBULATORIO

T. Fragoso¹, L. González², M. Cárdenas³, M. del Alcázar¹, R. Milán¹
¹Servicio de Gastroenterología y Nutrición. Hospital Pediátrico Universitario Pedro Borrás. ²Servicio de Anatomía Patológica. Instituto de Gastroenterología. ³Servicio de Anatomía Patológica. Hospital Pediátrico Universitario Juan Manuel Márquez. La Habana. Cuba

Introducción: La respuesta a los tratamientos convencionales de la infección por *Helicobacter pylori* (Hp) muestra un promedio de erradicación bajo y la terapia secuencial (TS) reporta mejores resultados en adultos, pero hay pocos estudios en pediatría. **Objetivo:** Verificar la eficacia de la TS de la gastritis crónica antral activa (GCAA) en la erradicación de la infección. **Métodos:** Es un estudio observacional, descriptivo, de 39 pacientes de ambos sexos, entre 11 y 18 años, atendidos durante 2009-2011 con GCAA de diferentes grados, asociándose en 6 a úlcera duodenal por Hp+, confirmada por prueba de la ureasa (PU) y/o histopatología de mucosa antral (hematoxilina-eosina-Giemsa). Previo consentimiento informado recibieron TS: 5 días con omeprazol + amoxicilina, seguido de 5 días con omeprazol + claritromicina + metronidazol el grupo I y con tetraciclina el grupo II. Se excluyeron 3 pacientes del grupo I y 6 del grupo II por abandono. Se registraron los efectos secundarios. Doce semanas después del tratamiento se realizaron biopsias de control endoscópico. Se consideró erradicado cuando ambas pruebas fueron negativas. **Resultados:** La edad media del grupo I (n= 19) fue de 13,3 años y la del grupo II (n= 11) de 13,9 años. Hubo erradicación en 13/19 del grupo I (68,5%) y 8/11 (72,7%) del grupo II. En el grupo I, 8 fueron tratados con triple terapia un año anterior, erradicando el 50%, y en el grupo II sólo 1 erradicó. **Conclusiones:** La terapia secuencial demostró ser una alternativa aceptable y mostró igual eficacia en ambos grupos, sin influir el tratamiento previo en la erradicación. Ante los fracasos, se debe realizar terapia de rescate con otros medicamentos y esquemas según los resultados de resistencia del país.

CO14. ESOFAGITIS EOSINOFÍLICA. PRESENTACIÓN CLÍNICA, HALLAZGOS ENDOSCÓPICOS, TRATAMIENTO Y EVOLUCIÓN EN PACIENTES PEDIÁTRICOS

K. León^{1,2}, E. Pestana^{1,3}, I. Hassan³, J. Dahdah³, S. Neri²
¹Hospital San Juan de Dios. ²Hospital Domingo Luciani. ³Policlínica Metropolitana. Caracas. Venezuela

Introducción y objetivo: La esofagitis eosinofílica (EEO) es una causa de síntomas similares a la esofagitis por reflujo gastroesofágico en pacientes pediátricos. Sólo los hallazgos histológicos pueden permitir la diferencia entre estas dos patologías. **Objetivo:** Evaluar las características clínicas, endoscópicas, histológicas y la evolución posterior al tratamiento. **Pacientes y métodos:** Se realizó un estudio retrospectivo, de 2008 a 2011, de 1.400 endoscopias digestivas superiores realizadas. Se incluyeron todos los pacientes pediátricos con hallazgos histológicos de EEO (>15 eosinófilos). **Resultados:** La prevalencia de pacientes con diagnóstico de EEO fue de 0,85 por cada 100 estudios realizados. Se incluyeron 12 pacientes pediátricos, 9 del sexo masculino, con edades de 4 a 14 años (promedio: 8,5 ± 2,82 años). Los síntomas se presentaron con un promedio de 3 años previo a la consulta (1-8 años). Los síntomas fueron 12 epigastralgia, 10 emesis, 2 falta de progreso ponderal y 1 disfagia. Los hallazgos endoscópicos fueron esofagitis tipo A 7, esofagitis tipo B 2 y esofagitis tipo C 3. Dos presentaron estenosis esofágica. Hubo «traquealización» o «granulación de la mucosa» en 5 pacientes. Todos los pacientes recibieron tratamiento con inhibidores de bomba (IB). Siete pacientes cumplieron dieta de exclusión (DE). Dos pacientes recibieron tratamiento con esteroide, uno con esteroide oral y el otro con esteroide tópico (budesonida viscosa). Diez de los pacientes se encuentran asintomáticos. Los dos pacientes que persisten con síntomas presentan una estenosis esofágica y el otro eosinofilia persistente, y no hubo respuesta a pesar del tratamiento con IB y DE. No se pudieron demostrar hallazgos endoscópicos característicos de la enfermedad. **Conclusión:** La EEO es una causa poco frecuente de síntomas gastrointestinales en los pacientes pediátricos evaluados. No hay hallazgos clínicos, endoscópicos ni patognomónicos de la enfermedad. La mayoría de los pacientes presentan una buena evolución posterior al uso de IB y la dieta de exclusión.

CO15. ESTUDIO MOLECULAR DE LA ENFERMEDAD DE WILSON EN PACIENTES CUBANOS (2010/2011)

Y. Clark¹, C. Ruenes², E. García², T. Fragoso³, Z. Robaina¹, H. Roblejo¹, Y. Piloto¹, C. Maragoto⁴, I. García Ocaña⁵, L. Reyes¹, C. Castañeda²

¹Laboratorio de Biología Molecular. Centro Nacional de Genética Médica.

²Instituto Nacional de Gastroenterología. ³Hospital Pediátrico Universitario Pedro Borrás. ⁴Centro Internacional de Restauración Neurológica. ⁵Hospital Nacional Enrique Cabrera. Ciudad Habana. Cuba

Introducción: La enfermedad de Wilson es un trastorno hereditario. La causa molecular que la provoca son las mutaciones en el gen *atp7b*. **Objetivos:** Establecer una estrategia de diagnóstico molecular en Cuba y realizar la caracterización clínico-genética en pacientes cubanos con diagnóstico presuntivo de enfermedad de Wilson en Cuba. **Materiales y métodos:** A través de una consulta multidisciplinaria, se estudiaron 72 pacientes con diagnóstico presuntivo de enfermedad de Wilson. Se evaluaron sexo, edad, criterios clínicos y el estudio molecular. Los pacientes dieron su consentimiento en participar en la investigación, de acuerdo con los principios éticos de la declaración de Helsinki. Se emplearon las técnicas moleculares: reacción en cadena de la polimerasa (PCR), polimorfismo conformacional de simple cadena (SSCP), secuenciación y digestión enzimática. **Resultados:** La edad de comienzo de los síntomas predominó entre los 8 y 15 años. El 63,7% de los pacientes estudiados presentó trastornos hepáticos como afección más frecuente. Se detectaron 6 cambios conformacionales correspondientes a las mutaciones: N41S, H1069Q, L708P, 2304 DupC y los polimorfismos K832R y c.2448-25G>A. Se identificaron las mutaciones en el 25% de los cromosomas analizados, lo que permitió establecer una estrategia diagnóstica precoz, lo que mejora la calidad de vida de los pacientes cubanos. **Conclusión:** Se estableció una estrategia para el estudio molecular de la enfermedad de Wilson por primera vez en Cuba y se logró la detección de las mutaciones responsables de la enfermedad en el 25% de los cromosomas de los pacientes cubanos estudiados.

CO16. TRATAMIENTO DE 76 CASOS DE ENFERMEDAD DE WILSON INFANTIL

L. Hierro, V. Botero, M.D. Lledin, C. Camarena, G. Muñoz Bartolo, E. Alonso, M.C. Díaz MC, P. Jara
 Servicio de Hepatología y Trasplante Hepático Infantil. Hospital Infantil Universitario La Paz. Madrid. España



Objetivo: Analizar los diferentes tratamientos en la enfermedad de Wilson (EW). **Métodos:** Entre 1981 y 2010 fueron tratados 76 pacientes (edades: 2-19 años; media: 10). Las manifestaciones eran: ninguna en 10 (13%), alteración analítica en 53 (69,7%), hepatopatía avanzada clínica en 12 (15,7%) y síntomas neurológicos más hepáticos severos en 1 (1,3%). El estudio básico fue: ceruloplasmina, cobre basal urinario y biopsia. Se dispuso de análisis mutacional en 61 y cobre hepático en 38. Según el puntaje actual (*score* de Leipzig), hubo 4 casos «poco probables», 10 «probables» y 62 (81,6%) «muy sugerentes». Se analizaron el tratamiento indicado y la evolución. El 56,5% (n= 43) son casos detectados en 2001-2010. **Resultados:** 1) El tratamiento inicial fue: penicilamina (PEN) (73%), zinc (Zn) (18,4%), asociación de PEN y Zn (5,2%) o trasplante hepático urgente (2,6%). Posteriormente fue convertido en 18 casos a: trasplante (2), trientina (2), trientina + Zn (1), Zn (7), PEN (5) o PEN + Zn (1). El seguimiento medio fue de 7,7 años; todos sobreviven (edad final: 3,5-33 años; mediana: 19). Al final del seguimiento, habían recibido trasplante 4 (5%), el 50% recibían PEN, 20 Zn, 1 ambos y 1 trientina. 2) Tratamiento de casos graves (13 niños): 4 recibieron trasplante y 9 evolucionaron favorablemente con PEN (4) o quelante (4 PEN, 1 trientina) asociado a Zn (5). 3) Casos con disfunción tratados con PEN (n= 43): los valores de alanina aminotransferasa (ALT) disminuyeron desde el inicio: ALT 279 ± 184 U/L, con cifras medias de 87 ± 94 U/L y 51 ± 52 U/L al año y a los 3 años. La cupruria basal (media 223 µg/día) aumentó a 712 al sexto mes, siendo luego estable (642-547) a 1-3 años. Por efectos adversos o circunstancias probablemente no relacionadas (NR), se cambió a trientina (1) o Zn (8). Hubo 2 colitis inflamatorias (persistentes tras conversión a Zn), 1 daño renal (persistente con Zn), 3 dermatopatías (resueltas), 1 ptosis y 1 ansiedad (NR). 4) Casos con disfunción tratados con Zn (n= 8): tenían disfunción poco marcada (ALT basal: 187 ± 100). Tras 1 año de tratamiento, la cifra de ALT fue de 89 ± 64 U/L. Los valores de Zn en sangre (1 año: 200 ± 47 µg/dL) y orina (1 año: 2,94 ± 1,9 mg/día) eran elevados. El Zn fue sustituido por PEN en 2 casos (1 por mareos [NR] y 1 por falta de mejoría tras 1 año). 5) Casos sin disfunción: recibieron PEN (4) o Zn (6): todos mantuvieron

la función normal. 6) El principal problema en el seguimiento fue el incumplimiento (omisión de dosis, falta de separación del fármaco de las comidas). La opción de conversión a Zn (3 dosis diarias) no fue aplicada en pacientes estables con buena tolerancia al quelante (2 dosis diarias). **Conclusiones:** El tratamiento en la EW es eficaz, con efectos adversos o NR en el 17,6% (PEN) y el 7% (Zn). La indicación inicial de Zn (32% de niños de época reciente) fue restringida a casos leves. No se decidió la conversión de PEN a Zn en pacientes estables sin efectos adversos, dando prioridad a facilitar el cumplimiento.

CO17. UTILIDAD DE LA CÁPSULA ENDOSCÓPICA EN LA ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL

E. Donat, B. Polo, M. Calzado, A. Roca¹, C. Gutiérrez², A. Pereda, C. Ribes-Koninck

Unidad de Gastroenterología Pediátrica. ¹Servicio de Cirugía Pediátrica. Hospital Universitario La Fe. Valencia. ²Hospital General de Albacete. España



Antecedentes y objetivos: La endoscopia convencional presenta limitaciones para el diagnóstico de la enfermedad inflamatoria intestinal crónica (EIIC) en pediatría. La videocápsula (VC) permite explorar todo el intestino delgado. **Objetivo:** Aportar la experiencia de la exploración con VC en pacientes pediátricos con EIIC. **Método:** Cápsula Pillcam[®], registro de 8 horas y visualización en estación de trabajo. **Resultados:** 13 exploraciones con VC en 11 niños (de 5-15 años) estudiados previamente mediante colonoscopia, radiología baritada, ecografía y/o medicina nuclear. En 2 casos la VC fue crucial para diagnosticar la enfermedad de Crohn ileal, en 5 con EIIC se utilizó para estudio de extensión y en 3 casos descartó enfermedad. Retención en un caso en cámara gástrica. En uno de los casos además se evaluó remisión y recaída. **Comentarios:** 1) Esta técnica resulta idónea para estudiar el intestino delgado ante sospecha de EIIC, dada la dificultad de alcanzar el ileon terminal mediante colonoscopia. 2) Es llamativa la presencia de lesiones a lo largo de todo el tracto digestivo, incluso en zonas altas, en todos nuestros pacientes con enfermedad de Crohn. 3) La VC es bien tolerada en niños mayores de 5 años. 4) No existe un patrón de referencia en niños para evaluar las lesiones en zonas del intestino delgado no accesibles mediante endoscopia convencional, siendo necesarios más estudios para poder establecer el estadije de éstas. 5) La rentabilidad diagnóstica referida permite concluir que la VC es extremadamente útil en casos seleccionados tanto con fines diagnósticos como para estudios de extensión/control evolutivo, incluso en pacientes pequeños.

CO18. CALPROTECTINA FECAL EN LA ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL

H. Armas¹, G. Reyes¹, M. Casariego¹, M.V. Díez¹, L. Peña², I. Triana²
¹Hospital Universitario de Canarias (HUC). Tenerife. ²Complejo Hospitalario Universitario Materno-Infantil de Canarias (CHUMIC). Las Palmas Gran Canaria. España

La calprotectina, proteína mayoritaria del citosol del neutrófilo, posee un importante papel en el proceso inflamatorio, un efecto directo antibacteriano, y constituye un marcador de flujo de neutrófilos dentro del lumen intestinal al ser secretada en exceso por las heces en pacientes afectados de enfermedad inflamatoria intestinal (EII). Por tal motivo, se pretende ratificar el interés de la calprotectina fecal (CF) como marcador en la EII, diferenciando esta patología orgánica, en su debut, brotes o recidivas, del resto de patología funcional intestinal. **Material y método:** Se han analizado, en el laboratorio del HUC, 69 muestras de heces congeladas a -30 °C, obtenidas del 1/10/2010 al 30/5/2011 en ambos hospitales (HUC y CHUMIC), correspondientes a 20 pacientes con EII (9 con enfermedad de Crohn y 11 con colitis ulcerosa, con índices de actividad leves y moderados) y a 12 controles sanos, de ambos sexos y con edades entre los 9 y 15 años de edad, distribuidas en: 43 muestras de EII durante brote agudo, 14 EII sin brotes y 12 casos controles sanos. Se utilizaron kits de Immundiagnostik AG Bensheim Prevent ID[®] Cal Detect y Phical[®] Calprotectina ELISA, distribuidos en España por Leti Diagnósticos, para determinar la calprotectina fecal mediante sistema de test monoclonal, y método ELISA, para los test rápidos con lectura a los 10 minutos y para los test cuantitativos, respectivamente. Se consideraron valores patológicos de calprotectina rápida >60 ug/g para el test rápido, y tasas >50 mg/kg para el método ELISA cuantitativo. **Resultados:** Las tasas medias y DS de CF ELISA obtenidas en nuestro estudio resultaron ser: 128,26 ± 97,36 para EII en brote agudo; 22 ± 23,53 en EII sin brote agudo, y 5,05 ± 4,82 en los casos control sanos, respectivamente. Para la CF rápida, en 33/37 muestras de EII con brote y en 4/14 de EII sin brote, resultaron valores >60. El resto fueron inferiores a 60. Al comparar los resultados entre EII con brote y controles sanos, se

obtuvo una especificidad (E), sensibilidad (S), valor predictivo positivo (VP+) y valor predictivo negativo (VP-) de: 97, 100, 100 y 91% para la CF rápida, y de 90, 100, 100 y 75% para el test ELISA, respectivamente. Al comparar entre EII con brote y EII sin brote, se obtuvo: S= 97%, E= 70%, VP+ = 90% y VP- = 90% para la CF rápida, y S= 91%, E= 86%, VP+ = 96% y VP- = 76% para CF ELISA, respectivamente. Al comparar entre EII sin brote y controles, se obtuvo: S= 30%, E= 93%, VP+ = 98; VP- = 66% para CF rápida, y S= 14%, E= 100%, VP+ = 100% y VP- = 60% para CF ELISA, respectivamente. **Conclusiones:** La determinación de calprotectina fecal, tanto en los test rápidos como en ELISA, resulta muy útil como marcador de actividad en la EII.

CO19. EL TRATAMIENTO PARA LA ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL CON INFLIXIMAB O CON TERAPIA CONVENCIONAL DURANTE 6 MESES REDUCE LA ANEMIA POR DEFICIENCIA DE HIERRO Y LA ANEMIA DE LA ENFERMEDAD CRÓNICA

F.F. Corrêa, V.L. Sdepanian

Disciplina de Gastroenterologia Pediátrica. Escola Paulista de Medicina. Universidade Federal de São Paulo. Brasil

Introducción: Son escasas las publicaciones sobre las principales causas de anemia en niños y adolescentes con enfermedad de Crohn y colitis ulcerosa: anemia por deficiencia de hierro y anemia de la enfermedad crónica. **Objetivos:** Estudiar la evolución de los indicadores del estado de hierro, las proteínas de fase aguda y la inflamación durante los 6 primeros meses de tratamiento con infliximab o terapia convencional, en niños y adolescentes con enfermedad de Crohn y colitis ulcerosa. **Pacientes y métodos:** Se estudiaron 14 pacientes con indicación de tratamiento con infliximab y 7 pacientes con tratamiento convencional. En ambos grupos se hizo una evaluación al diagnóstico y después de 6 meses de tratamiento. Estos dos grupos fueron comparados entre sí y también con 24 pacientes en fase de remisión, y 34 niños y adolescentes sanos evaluados sólo una vez cuando entraron en el estudio. Se analizaron los indicadores del estado de hierro, las proteínas de fase aguda y la inflamación en los tiempos descritos. **Resultados:** Según modelo de regresión lineal, en el diagnóstico el parámetro que más se asoció al estado de hierro fue el receptor de transferrina, y a los indicadores de fase aguda o inflamación fueron la interleucina 6 y la ferritina. Hubo un aumento significativo de la hemoglobina y una reducción significativa del receptor de ferritina desde el diagnóstico hasta 6 meses, en ambos grupos, infliximab y terapia convencional. **Conclusiones:** La mayoría de los indicadores del estado de hierro y las proteínas de fase aguda demostraron reducción de la anemia por deficiencia de hierro y anemia de la enfermedad crónica, en ambos grupos, infliximab y terapia convencional.

CO20. ¿QUÉ HA CAMBIADO EN LA ÚLTIMA DÉCADA EN LOS NIÑOS QUE NOS CONSULTAN CON ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL?

J. Gallo¹, M. Orsi¹, L. Olleta¹, V. Busoni¹, S. Christiansen², D. d'Agostino¹

¹Servicio de Gastroenterología y Hepatología Pediátrica. ²Anatomía Patológica. Hospital Italiano de Buenos Aires. Argentina

Introducción: La prevalencia de las enfermedades inflamatorias intestinales (EII) aumentó en los últimos años mundialmente a predominio de la enfermedad de Crohn (EC). **Objetivo:** Comparar las características de la EII en las dos últimas décadas. **Materiales y métodos:** Estudio retrospectivo, 1989-1999 (grupo I: GI) y 2000-2011 (grupo II: GII); análisis: test de la ji al cuadrado y exacto Fischer, variables categóricas y Student para continuas. **Resultados:** 156 pacientes; 89 colitis ulcerosa (CU) (57%), 56 EC (35%) y 11 indeterminada (CI) (8%); 60% varones en GI y GII. Se diagnosticaron 38 pacientes en GI y 118 en GII, sin diferencias en el número de consultas, con una relación EC/CU de 1/1,5 constante en ambas décadas. Edad de inicio (mediana): GI: 9,65 años (2 meses-19,4 años), GII: 11 años (2 meses-21 años). Edad al diagnóstico en GI y GII: 11 años (rango: 5 meses-21 años) con una demora diagnóstica de 8 meses (0,7-86) en GI y 4 meses (0,23-72) en GII (p= 0,028). Forma de presentación más frecuente: en GI diarrea crónica (70%), en GII proctorragia (57%). En ambos periodos el comportamiento de la CU fue moderado (50%), prevaleciendo el fenotipo inflamatorio en la EC (80%). Cirugías 5/38 en GI y 4/118 en GII. **Conclusiones:** Existe un incremento de las EII en la última década, sin cambios en la relación EC/CU. La proctorragia, presentación más alarmante observada en la segunda década, podría ser una de las causas en la disminución del tiempo transcurrido entre el inicio de los síntomas y el diagnóstico.

PÓSTERES

GASTROENDOSCOPIA

P1. HEMORRAGIA DIGESTIVA GRAVE DE CAUSA POCO HABITUAL

P. Borobia, N. Balcarce, R. Ben, V. Bernedo, E. Corfield, K. Devigo, L. Guzmán, N. Lucero, S. Miculan, G. Nanfito, A. Uhler, C. Zubiri, E. Cueto Rúa

Servicio de Gastroenterología. Hospital de Niños Sor María Ludovica. La Plata. Argentina

Introducción: Las causas más frecuentes de hemorragia digestiva grave en pediatría se deben a ruptura de varices esofágicas, úlcera gastroduodenal y divertículo de Meckel, aunque en algunas ocasiones éstas son poco habituales. **Objetivo:** Mostrar dos causas de hemorragia digestiva poco habitual y la importancia de realizar una segunda endoscopia alta frente al resultado normal de un primer procedimiento. *Paciente 1:* femenino de 4 años que consulta por melenas con descenso de hematocrito de diez puntos, requiriendo transfusiones. Se realizaron: centellografía que fue negativa para mucosa gástrica ectópica y VEDA normal. Al persistir cuadro clínico se realizó segunda VEDA encontrándose formación sobrelevada, de forma longitudinal en tercera y cuarta porción del duodeno, la cual fue resuelta endoscópicamente mediante mucosectomía. Resultado anatomopatológico: mucosa gástrica ectópica. *Paciente 2:* femenino de 4 años que ingresa por hematemesis, hemodinámicamente descompensada, requiriendo dos transfusiones. Se realizó VEDA encontrándose a nivel de rodilla duodenal formación sobrelevada de 5 mm rodeada de mucosa de aspecto angiomatoso, a 1 cm de ampolla de Vater que sangraba activamente. A los 4 meses reingresa con igual sintomatología realizándose nueva VEDA, ante la imposibilidad de controlar la hemorragia se realiza cirugía. Posteriormente requirió terapéutica endoscópica diatérmica para su resolución. Resultado anatomopatológico: hemangioendoteloma kaposiforme duodenal. **Conclusiones:** En un 5% de los pacientes es difícil identificar la causa de hemorragia digestiva alta; una segunda endoscopia sería necesaria para definir la etiología del sangrado. Los dos casos representan etiologías infrecuentes de sangrado grave y la terapéutica endoscópica sería un método apropiado para su resolución.

P2. INVAGINACIÓN ILEO-COLÓNICA SECUNDARIA A HIPERPLASIA LINFOLICULAR

P. Borobia, N. Balcarce, R. Ben, V. Bernedo, E. Corfield, K. Devigo, L. Guzmán, N. Lucero, S. Miculan, G. Nanfito, A. Uhler, C. Zubiri, E. Cueto Rúa

Servicio de Gastroenterología. Hospital de Niños Sor María Ludovica. La Plata. Argentina

Introducción: La invaginación ocurre cuando una porción del intestino se desliza dentro del segmento adyacente. Sólo en el 2-8% se puede reconocer la causa de la invaginación. **Objetivo:** Describir 3 casos clínicos de invaginación intestinal secundaria, presentando en colonoscopia hiperplasia nodular linfoide (HNL). **Casos clínicos:** *Paciente 1:* paciente de 5 meses consultó por irritabilidad, vómitos y proctorragia. Se confirmó invaginación intestinal, resolviéndose por colon por enema. Reingresa a las 48 horas por proctorragia. Examen físico normal, deposiciones con moco no diarreicas. Ecografía: imagen heterogénea multilaminar fija, sugiriendo asa intestinal. Laboratorio normal. Coproviroológico negativo. Centellografía: Meckel negativo. Videocolonoscopia: a nivel de ciego formación polipoidea multilobular de 3 cm, que protruye a través de válvula ileocecal. Histología: HNL. Sospechándose intolerancia a las proteínas de leche de vaca, luego de descartar otras etiologías, indicamos corticoides por 10 días, fórmula elemental. Control endoscópico: mucosa nodular, tumoración de menor tamaño. *Paciente 2:* Paciente de 3 años derivada por invaginación intestinal. Ecografía abdominal: imagen en escarapela. Laboratorio normal. Colon por enema descarta invaginación, observándose defecto de relleno en válvula ileocecal. Colonoscopia: mucosa de íleon nodular, eritematosa, friable. Histología: HNL. Conducta: corticoides VO, dieta hiperalérgica. Con buena evolución. *Paciente 3:* Paciente de 19 meses derivado por dolor abdominal, vómitos e imagen sugestiva de invaginación intestinal. Presenta desnutrición, retraso madurativo y antecedente de invaginación intestinal hace un año. Desinvaginación por colon por enema. Por antecedentes se descarta divertículo de Meckel, y videocolonoscopia: íleon con mucosa nodular. Histología: hiperplasia linfolicular. Tratamiento: corticoides orales, dieta hiperalérgica. Buena evolución clínica. **Conclusión:** Destacar la importancia de la endoscopia en el diagnóstico de la causa de invaginación secundaria a una etiología poco habitual.

P3. PANCREATITIS RECURRENTE: FORMA DE PRESENTACIÓN ATÍPICA DE FIBROSIS QUÍSTICA

N. Lucero, A. Uhler, E. Corfield, K. Devigo, V. Bernedo, P. Hidalgo, L. Guzmán, S. Miculan, N. Balcarce, G. Nanfito, R. Ben, E. Cueto Rúa

Servicio de Gastroenterología. Hospital de Niños Sor María Ludovica. La Plata. Argentina

Introducción: La pancreatitis recurrente en los niños suele ser producida por fibrosis quística (FQ), anomalías anatómicas congénitas biliopancreáticas hereditarias, hiperlipemias, hiperparatiroidismo, ascariasis. **Objetivo:** Mostrar una forma de presentación atípica de FQ. **Caso clínico:** Paciente femenino de 5 años de edad derivada por presentar pancreatitis recurrente. Sin antecedentes familiares. Múltiples internaciones desde los 4 años por episodios de pancreatitis que resolvieron con tratamiento médico. Curva pondoestatural y examen físico normales. Amilasas y lipasas elevadas; calcio, fósforo, función renal, hepática, perfil lipídico, normales. Serologías de hepatitis B, HIV, VEB negativas. Elastasa fecal 1, Van de Kamer, esteatocrito y coproparasitológico normales. Test del sudor x 2: negativos. ECO, TAC, colangiorresonancia: revelaron páncreas con bordes irregulares sin anomalías de la desembocadura de conductos pancreáticos. Descartadas las principales causas de pancreatitis recurrente se solicitó estudio genético para fibrosis quística. Mutación genética G542 X/Alelo 5T. Madre heterocigota G542X. Actualmente la paciente tiene 12 años de edad, no requirió internación desde los 9 años con buen progreso pondoestatural. Función pulmonar y estudios de malabsorción normales. **Conclusión:** La pancreatitis recurrente representa un desafío diagnóstico, y la fibrosis quística debe ser considerada aun con test del sudor normal o dudoso. El 85% de los pacientes con FQ tienen insuficiencia pancreática y, de los restantes, el 18% presentan pancreatitis.

P4. DIAGNÓSTICO ENDOSCÓPICO DE LINFOMA DE BURKITT

R. Ben, N. Balcarce, V. Bernedo, P. Borobia, E. Corfield, K. Devigo, L. Guzmán, N. Lucero, S. Miculan, G. Nanfito, A. Uhler, C. Zubiri, E. Cueto Rúa

Servicio de Gastroenterología. Hospital de Niños Sor María Ludovica. La Plata. Argentina

Introducción: El Burkitt es el subtipo más frecuente de linfoma no Hodgkin en pediatría. Su localización predominantemente es extraganglionar. Las manifestaciones abdominales son compresión, obstrucción o infiltración de estructuras. Es el tumor de más rápido crecimiento, donde el reconocimiento y el inicio de la quimioterapia son esenciales. **Objetivo:** Presentar un caso de linfoma de Burkitt gastrointestinal diagnosticado por endoscopia. **Caso clínico:** Varón de 4 años, comienza con constipación asociada a dolor abdominal. Abdomen normal, ampolla rectal ocupada. Se indica dieta para constipación. Al tercer mes, sin mejoría. Se deriva al cirujano, palpando masa en hipocondrio y flanco derecho. *Rx abdomen:* imagen radiopaca paramedial, subhepática, que desplaza asas intestinales. *Ecografía abdominal:* imagen subhepática, compatible con invaginación intestinal de 10 cm de diámetro. *Colon por enema:* defecto de relleno compatible con invaginación intestinal. *TAC de abdomen:* formación de 7 cm en hemiabdomen derecho con densidad de partes blandas y luz con contenido, que desplaza asas intestinales. *Examen físico:* paciente con palidez y pérdida de peso. Abdomen doloroso, con masa palpable en hipocondrio y flanco derecho. *Laboratorio:* Hb 9,4 g/dL, Hto 29,3%, LDH 2.115. Proteínas totales 55 g/L, albúmina 32 g/L, hiperfibrinogenemia e hiperplaquetosis. Función renal y hepática normal. *Videocolonoscopia:* en ángulo hepático se encuentra formación tumoral, que ocupa la luz. Biopsia por congelación. Diagnóstico histopatológico: linfoma de Burkitt. Comienza tratamiento con quimioterapia con buena evolución clínica. **Conclusión:** La endoscopia nos permitió arribar al diagnóstico, evitó la cirugía y facilitó el inicio precoz de la quimioterapia.

P5. ¿QUÉ HA CAMBIADO EN LA ÚLTIMA DÉCADA EN LOS NIÑOS QUE NOS CONSULTAN CON ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL?J. Gallo¹, M. Orsi¹, L. Olleta¹, V. Busoni¹, S. Christiansen², D'Agostino¹¹Servicio de Gastroenterología y Hepatología Pediátrica. ²Anatomía Patológica. Hospital Italiano de Buenos Aires. Argentina

Introducción: La prevalencia de las enfermedades inflamatorias intestinales (EII) aumentó en los últimos años mundialmente, con predominio de la enfermedad de Crohn (EC). **Objetivo:** Comparar las características de las EII en las últimas dos décadas. **Materiales y métodos:** Estudio retrospectivo, 1989-1999 (grupo I [GI]) y 2000-2011 (grupo II [GII]). Análisis: test de Chi al cuadrado y exacto de Fischer, variables categóricas, y Student para continuas. **Resultados:** 156 pacientes; 89 colitis ulcerosa (CU) (57%), 56 EC (35%) y 11 indeterminada (CI) (8%); 60% varones en GI y GII. Se diagnosticaron 38 pacientes en GI y 118 en GII, sin diferencias en el número de consultas, con una relación EC/CU de 1/1,5 constante en ambas décadas. Edad de inicio (mediana): GI: 9,65 años (2 m-19,4 a); GII: 11 años (2 m-21 a). Edad al diagnóstico en GI y GII: 11 años (rango: 5 m-21 a), con una demora diagnóstica de 8 meses (0,7-86) en GI y 4 meses (0,23-72) en GII (p=0,028). Forma de presentación más frecuente en GI: diarrea crónica (70%); proctorragia en GII (57%). En ambos periodos el comportamiento de las CU fue moderado (50%), prevaleciendo el fenotipo inflamatorio en las EC (80%). Cirugías: 5/38 en GI y 4/118 en GII. **Conclusiones:** Existe un incremento de las EII en la última década, sin cambios en la relación EC/CU. La proctorragia, presentación más alarmante observada en la segunda década, podría ser una de las causas en la disminución del tiempo transcurrido entre el inicio de síntomas y el diagnóstico.

P6. ¿LA CESÁREA ES UN ANTECEDENTE DE RIESGO PARA LA EVOLUCIÓN DE LA GASTROENTEROPATÍA EOSINOFÍLICA EN LA EDAD PEDIÁTRICA?V. Busoni¹, M. Orsi¹, S. Christiansen², M.T. Dávila³, C. Lifschitz¹¹Servicio de Gastroenterología, Hepatología y Trasplante Hepatointestinal Infantil. ²Servicio de Anatomía Patológica. Hospital Italiano de Buenos Aires. ³Servicio de Anatomía Patológica. Hospital de Pediatría Garrahan. Buenos Aires. Argentina

Introducción: La gastroenteropatía eosinofílica (GEE) es una enfermedad cuya incidencia está en aumento. El parto por cesárea incrementa el riesgo de enfermedad alérgica persistente. **Objetivo:** Analizar la implicancia de antecedentes personales y familiares en la evolución de pacientes con diagnóstico de GEE. **Material y método:** Estudio retrospectivo de 12 pacientes con GEE. Se analizaron datos como tipo de parto, persistencia de enfermedad/curación y antecedentes familiares de alergia. **Resultados:** 12 pacientes con GEE (10 varones), mediana de edad 10 meses (rango 0,2-10) al diagnóstico y una media de seguimiento de 3,6 años (rango 0,5-11,6), se dividieron en 2 grupos: 7 nacidos por parto vaginal (GV) (6 varones) y 5 por cesárea (GC) (4 varones). En el GV 5/7 están de alta con duración media de la enfermedad de 1,3 años y 2/7 reciben dieta hipoalérgica, aunque sin requerimiento de corticoides (1,2 años de enfermedad). 5/5 GC requirieron utilización de corticoides para inducción y budesonida para el manejo a largo plazo, y sólo 1/5 (mujer) actualmente curada (1,2 años de enfermedad). 4/5 del GC persisten enfermos con mediana de enfermedad de 4,3 años (rango 1,9-11,6). 4/7 del GV refirieron antecedentes familiares de alergia, al igual que 4/5 del GC. Ambas pacientes mujeres están en remisión, sin tratamiento dietético ni farmacológico. **Conclusión:** Los pacientes con GEE nacidos por cesárea tendrían mayor retraso en la remisión de la enfermedad, con el consecuente requerimiento de tratamiento de mantenimiento con budesonida. La cesárea podría considerarse un factor de riesgo para el desarrollo de enfermedad persistente.

P7. HIPOPROTEINEMIA Y GASTROPATÍA HIPERTRÓFICA PERDEDORA DE PROTEÍNAS. ENFERMEDAD DE MÉNÉTRIER PEDIÁTRICA

L. Guzmán, N. Balcarce, R. Ben, V. Bernedo, P. Borobia, E. Corfield, K. Devigo, N. Lucero, S. Miculan, G. Nanfito, A. Uhler, C. Zubiri, E. Cueto Rúa

Servicio de Gastroenterología. Hospital de Niños Sor María Ludovica. La Plata. Argentina

Introducción: La enfermedad de Ménétrier es una gastropatía hipertrófica que se caracteriza por pliegues gástricos gigantes con mucosa de aspecto esponjoso. Histológicamente incluye hiperplasia epitelial y aumento de la secreción mucosa, con atrofia glandular en el cuerpo gástrico. Asociado a gastropatía perdedora de proteínas e hipoclorhidria. **Objetivo:** Comunicar dos casos de enfermedad de Ménétrier. **1º Paciente:** niño de 2 años operado con sospecha de suboclusión intestinal. Presentaba edema e hiponatremia. Requirió expansiones. Función hepática y renal normal, hipoproteínemia. Desarrolló derrame pleural, anemia intensa y dislipemia, y requirió albúmina. Se le realizó VEDA gastropatía eritematosa, con patrón en mosaico, friable, pliegues convergentes. Anatomopatología: gastropatía hipertrófica CMV+ en techo y curvatura mayor. Evolucionó favorablemente en 5 semanas. **2º Paciente:** niña de 1 año internada con sospecha de síndrome nefrótico. Presentaba edema bipebral y en miembros inferiores. Hemograma, función renal y hepática normales, hipoalbuminemia, químico funcional de materia fecal y esteatocrito normal. VEDA: mucosa gástrica intensamente nodular, aspecto edematoso y ligero engrosamiento de pliegues. En cardias, imagen nodular de mayor tamaño. Anatomopatología: muestras de mucosa antral y corpofúndica con áreas de elongación y tortuosidad de las criptas, e infiltrado inflamatorio. Se identifica *Helicobacter pylori*. Histquímica para CMV negativa. Tratamiento para gastritis por *H. pylori*, evolucionó favorablemente en 4 semanas. **Conclusión:** Estos dos casos demuestran la importancia de incluir la gastropatía hipertrófica como una de las causas de síndrome ascítico edematoso en niños. La etiología es desconocida, pero sin embargo se relaciona con diversos agentes infecciosos como CMV, *H. pylori*, *Campylobacter jejuni*, herpes simple, *Giardia lamblia*, etc.

P8. DIFERENTE COMPORTAMIENTO DEL REFLUJO GASTROESOFÁGICO EN LACTANTES Y NIÑOS CON SÍNTOMAS RESPIRATORIOS PERSISTENTESF. Ussher, J. Cohen Sabban, R. Weinschelbaum, J. Gallo, M. Orsi
Servicio de Gastroenterología y Hepatología Pediátrica. Hospital Italiano de Buenos Aires. Argentina

Introducción: El reflujo gastroesofágico (RGE) no detectado en forma temprana puede empeorar la evolución clínica de niños con síntomas respiratorios. La impedanciometría intraluminal multicanal-pH de 24 horas (IIM/PH 24 h) es útil para estudiar esta asociación. **Objetivo:** Evaluar episodios de reflujo ácidos, no ácidos, canal proximal, índice sintomático (SI) y probabilidad de asociación sintomática (SAP) en pacientes con síntomas respiratorios. **Material y métodos:** Estudio retrospectivo, desde enero de 2005 hasta junio de 2011, de niños derivados por neumonología infantil por broncoespasmos y neumonías de repetición con sospecha de RGE. Todos fueron evaluados con IIM/PH 24 h. Se dividieron según edad en grupo I (GI), <2 años, y grupo II (GII), >2 años. **Resultados:** 136 fueron evaluados. GI: 40 niños, X: 1 año; GII: 96 niños, X: 4,91 años. Se hallaron diferencias significativas en el número de episodios no ácidos (GI: X 27,5 ± 17,29; GII: X 16,5 ± 15,02; p=0,000) y en el ascenso hasta canales proximales (GI: X 35,1 ± 23,1; GII: X 23,5 ± 17,3; p=0,002), en GI vs. GII. En GI, de los 335 con correlación con tos, 52,8% fueron episodios ácidos, mientras que en GII lo fueron el 62,4% de los 716. El SI y la SAP con tos resultaron positivos en mayor porcentaje en el GI (35/47,5%) que en el GII (23/34,3%). **Conclusión:** La presencia de mayor reflujo no ácido y de más episodios que alcanzan el canal proximal en los más pequeños puede explicar ciertos fracasos terapéuticos. Así como sugiere la necesidad de nuevas alternativas que den respuesta efectiva a estos hallazgos.

P9. MANIFESTACIONES NEUROLÓGICAS EN ENFERMEDAD CELIACA

L. Guzmán, P. Borobia, V. Bernedo, C. Zubiri, N. Balcarce, G. Nanfíto, S. Miculan, R. Ben, E. Cueto Rúa

Servicio de Gastroenterología. Hospital de Niños Sor María Ludovica. La Plata. Argentina

Introducción: En los últimos años ha comenzado a destacarse la asociación de patología extradigestiva, en especial neurológica y psiquiátrica, a la enfermedad celiaca (EC). Entre las manifestaciones referidas se encuentran epilepsia y calcificaciones occipitales, degeneración espinocerebelosa, mielopatía, neuropatía periférica, cefalea y migraña, así como trastornos psiquiátricos, depresión, trastorno generalizado del desarrollo, síndrome de hiperactividad y déficit de atención. La patogenia no es clara. **Objetivo:** Describir la frecuencia de manifestaciones neurológicas que acompañaron el diagnóstico de enfermedad celiaca en nuestro servicio durante los años 2010-2011. **Material y método:** Se analizó la base de datos Epi6, en donde se registran todos los pacientes con diagnóstico de EC. En el periodo comprendido entre junio de 2010 y junio de 2011 encontramos 105 pacientes con EC, de los cuales 4 presentaron síntomas neurológicos o psiquiátricos. **Resultados:** *Pacientes:* 1) varón 2 años TGD; 2) varón 5 años TGD; 3) varón 8 años ADDH; 4) varón 12 años esclerosis múltiple. **Conclusiones:** En los pacientes con manifestaciones neurológicas se debe descartar la presencia de una enfermedad celiaca, aun en ausencia de manifestaciones digestivas, ya que con una dieta adecuada puede lograrse la mejoría de algunos síntomas.

P10. CRITERIOS DE INDICACIÓN DE ENDOSCOPIA ALTA EN AUSENCIA DE LESIONES MACRO Y/O MICROSCÓPICAS. ¿POR QUÉ INDICAMOS ENDOSCOPIA ALTA CUANDO NO SE VIO LESIÓN ALGUNA?

P. Borobia, N. Balcarce, R. Ben, V. Bernedo, E. Corfield, K. Devigo, L. Guzmán, N. Lucero, S. Miculan, G. Nanfíto, A. Uhlir, C. Zubiri, E. Cueto Rúa

Servicio de Gastroenterología. Hospital de Niños Sor María Ludovica. La Plata. Argentina

Objetivo: Analizar los criterios de indicación de endoscopia alta en ausencia de lesiones macro y/o microscópicas. **Material y método:** Se analizan 1.044 endoscopias realizadas desde el 1/3/2003 al 30/12/2009. Se registran en hoja de protocolo con A: datos filiatorios; B: criterios de indicación; C: observaciones y procedimiento; D: informe histopatológico. Todos los datos se registran en un programa Epi6. **Resultados:** Realizamos 1.044 procedimientos. 65% son únicos, 35% fueron de seguimiento (estenosis, hipertensión, cáusticos). Varones fueron el 52,3%. Los cinco criterios mayores prevalentes fueron: disfagia 208, hematemesis 121, adelgazamiento 82, HTP 80, anemia 52. Los cinco primeros menores: seguimiento 153; DAR 148 (epigastrio 59% y periumbilical 30%), diarrea crónica 127, Au Ac + 109; vómitos-RGE 98. Endoscópicamente el esófago fue normal en 600 estudios, el estómago en 464 y el duodeno en 423. El estudio fue totalmente normal en los tres tractos en 179 casos (17,1%). Si restamos las observaciones histopatológicas en este último grupo (esófago en 13 casos, estómago 27, duodeno 10 con lesiones microscópicas), esto se reduce al 12,3%. Si analizamos los criterios por lo que se indicó la endoscopia en estos casos, el «podio» de los mayores fue: pérdida de peso 8 casos; anemia, hipertensión y poliposis 2 cada uno. El podio de los menores fue: DAR y diarrea crónica 14 casos cada uno, y vómitos 8 casos. **Conclusión:** En el 87,7% de los estudios efectuados se halló patología macro y/o microscópicamente, de los cuales 4,8% fueron hallazgos sólo histopatológicos.

P11. INMUNOMODULACIÓN CON UNA MEZCLA DE PROBIÓTICOS EN ALERGIA A LA LECHE DE VACA

M. Del Compare, E. Nastasi, T. Herrero

Departamento de Gastroenterología Pediátrica y Alergia. Sanatorio Mater Dei. Buenos Aires. Argentina

Introducción: Durante la infancia se observa una alta prevalencia de alergia a la leche de vaca (ALV), y las bacterias probióticas pueden ser útiles inmunomoduladores. **Objetivo:** Verificar el tiempo de aparición de tolerancia en niños diagnosticados con ALV dependientes de IgE o no, con una mezcla de 4 probióticos (*Lactobacillus casei*, *Lactobacillus plantarum*, *Streptococcus faecalis* y *Bifidobacterium brevis*). Duración: 14 semanas, abierto, randomizado, controlado. **Métodos:** Población: niños de 8 meses a 2 años, n= 62 pacientes, con alergia clínica y/o confirmada serológicamente. Grupos: I) 36 pacientes con IgE elevada y RAST alérgico-específico positivo; 18 recibieron probiótico progresivamente más la fórmula hidrolizada (HF), y 18 pacientes de control recibieron sólo HF; II) 26 pacientes sin IgE elevada y RAST negativo; 13 pacientes recibieron probiótico progresivamente más HF, y 13 pacientes control solamente HF. Realizamos desafío oral abierto a las 14 semanas del estudio, evaluando la tolerancia de la leche de vaca en la población total. La manifestación de ALV y los síntomas gastrointestinales fueron identificados.

P12. «MYCOBACTERIUM AVIUM-INTRACELULARE»: LOCALIZACIÓN COLÓNICA

J. La Via, M. Donatelli, M.J. Jaroslavsky, G. Nardi, R. Pinasco, S. Regnasco, E.C. Saa

Hospital Pirovano. Buenos Aires. Argentina

Introducción y objetivo: Presentar un caso clínico de MAI de localización colónica en un joven HIV negativo de 16 años, sin manifestaciones pulmonares. **Resultados:** Oriundo de Formosa (medio rural), bajo nivel socioeconómico. Diarrea con sangre de 6 meses de evolución. Pérdida de peso. Dolor abdominal. Hto 24%. Año 2006: RSC: hasta 35 cm. Recto con mucosa congestiva, edematosa, con pérdida de la red vascular, con exudados fibrinosos y presencia de seudopólipos. A 20 cm mucosa normal. Biopsias a 10 y 15 cm: mucosa rectal con erosión superficial, intensa inflamación crónica activa con abscesos criptícos. Se realizan técnicas para búsqueda de hongos y BAAR (resultados insatisfactorios). Se realizan cultivos para gérmenes, con resultados negativos. Se interpreta el cuadro como EII y comienza tratamiento con corticoides, enseguida reemplazados por 5-ASA. Evolución tórpida, y se pasa a 6-mercaptopurina. Se reinterna en marzo de 2009. VCC: afección inflamatoria discontinua, con sectores friables, sangrantes, con úlceras y exudados. El cuadro histológico es similar al anterior, con diagnóstico diferencial entre EII y colitis infecciosa. Cultivos negativos. Año 2010: cuadro abdominal agudo. TAC: se ve aire en cavidad abdominal y absceso a nivel del psoas derecho. Se decide laparotomía exploradora con sospecha de perforación colónica. Se realiza colectomía con conservación del recto. Se diagnostica MAI en la pieza quirúrgica. Se inició tratamiento con tres drogas, con excelente evolución. **Conclusiones:** La infección diseminada por MAI es un proceso oportunista que afecta a pacientes HIV+ en etapas tardías de la infección. La diarrea y el dolor abdominal son frecuentes.

P13. MUCOSA GÁSTRICA ECTÓPICA. PRESENTACIÓN Y DISTRIBUCIÓN

R. Ben, N. Balcarce, P. Borobia, G. Nanfíto, L. Guzmán, S. Miculan, V. Bernedo, C. Zubiri, E. Corfield, A. Uhlir, K. Devigo, N. Lucero, E. Cueto Rúa

Hospital de Niños Sor María Ludovica. La Plata. Argentina

Introducción: La mucosa gástrica ectópica (MGE) puede verse en boca, esófago (*inlet patch*), intestino delgado, vesícula, divertículo de Meckel y recto. Representa un islote de epitelio columnar que semeja glándulas gástricas. **Objetivos:** Mostrar la distribución y motivos de consulta de los pacientes con diagnóstico final de mucosa gástrica ectópica en el tracto digestivo durante los últimos 5 años. **Material y método:** Se realizó una revisión retrospectiva de las bases de datos de los servicios de gastroenterología y anatomía patológica de los últimos 5 años; se hallaron 25 casos, 7 de los cuales fueron biopsias endoscópicas y 18, piezas quirúrgicas. Sexo: varones 15. La media de edad fue 3,5 años con un rango de 2 meses a 10 años. **Resultados:** De los 25 casos, 5 fueron en esófago superior, 1 en duodeno distal, 18 divertículos de Meckel y 1 en recto.

Los pacientes con mucosa ectópica esofágica consultaron por bronquitis obstructiva recurrente, espasmo del cricofaríngeo, y 3 fueron hallazgos endoscópicos en estudios por diarrea crónica. Los 20 pacientes restantes consultaron por hemorragia digestiva. En 2 casos de divertículo de Meckel se encontró, además, tejido pancreático. **Conclusión:** La incidencia de MGE en esófago es baja y su hallazgo depende de la minuciosidad del estudio endoscópico. El divertículo de Meckel es el sitio más frecuente de MGE.

P14. AS CAUSAS DE ALERGIA ALIMENTAR DO TIPO CELULAR

V. Ribeiro, I. Tenório, G. Rodrigues, S. Sabrá, A. Sabrá
Serviço de Alergia Alimentar do Professor Aderbal Sabrá. UNIGRANRIO. Brasil

Introdução: A alergia alimentar (AA) ocorre quando nosso sistema imune reage de forma adversa às proteínas que ingerimos. Esta reação interfere muito na qualidade de vida do indivíduo, por conta de que o principal tratamento é retirar da dieta os alimentos causadores da doença alérgica. A prevalência da alergia alimentar é incerta, pela dificuldade de critérios de diagnóstico e classificação. A maioria das estatísticas referem-se apenas as alergias mediadas por IgE, com cifras em torno de 6-8% nas crianças e de 3-4% nos adultos. **Objetivo:** Chamar atenção para a alta prevalência entre nós dos casos de alergia alimentar de mediação celular. **Material:** Foram selecionados 120 pacientes portadores de alergia alimentar do serviço do Professor Aderbal Sabrá. Dentre estes 71 tinham IgE normal, com relação CD4/CD8 menor que 1, sendo feito o diagnóstico de alergia alimentar do tipo celular. Destes 71 pacientes, 62,12% apresentaram enteropatia do leite de vaca; asma foi o diagnóstico em 15,15%; distúrbio motor presente em 13,63%, estando a constipação presente em 6,06% destes 13,63%; colite do leite de vaca esteve presente em 6,06% dos casos, e doença celíaca em apenas 3,03% dos casos. **Discussão:** A alergia alimentar do tipo celular esta presente entre nós em mais da metade de nossos pacientes com alergia alimentar (71 em 120 casos). A falha no seu reconhecimento decorre da falta de melhores marcadores biológicos e rigoroso procedimento de investigação.

P15. GASTROINTESTINAL AND BEHAVIORAL DYSFUNCTION IN CHILDREN WITH NON-IGE-MEDIATED FOOD ALLERGY, ILEAL-NODULAR-LYMPHOID HYPERPLASIA (ILNH) AND LOW TH1 FUNCTION: A NEW CLINICAL-IMMUNOLOGIC CONSTELLATION

A. Sabrá, J.A. Bellanti, D. Hartmann, B. Zelig, S. Sabrá, R. Ebecken, K. Madi, G. Rodrigues, I. Tenório
Serviço de Alergia Alimentar do Professor Aderbal Sabrá. UNIGRANRIO. Brasil

Objective: In the present study, we investigated a consecutive series of children with GI diseases and a variety of behavioral and clinical manifestations related to the central nervous system (CNS) such as migraine, anorexia, ADHD and hyperkinetic syndrome and autism associated with non-IgE mediated food allergy and have observed alterations in T-helper cell (CD4) Th1 lineages and ILNH. **Methods:** Twelve patients, 6 girls and 6 boys, were referred to our gastroenterology unit because of a past history of diarrhea and abdominal pain. Six patients had anorexia and failure to thrive, 4 patients had behavioral disorders including ADHD in 3 and autism in 1 and 2 patients had migraine. The diagnosis of food allergy (FA) was established by the double-blind placebo control food challenge (DBPCFC). **Results:** All 12 patients had food allergy, ILNH and T-helper cell lineages that displayed a decreased Th1 cytokine pattern, i.e., decreased IFN- γ and IL-2 and normal Th2 cytokine pattern, i.e., IL-4, IL-5 and IL-10, respectively. Histology showed that all 9 biopsies contained moderate to severe inflammatory infiltrates characterized primarily by T and B lymphocytes, as well as by CD21+ dendritic cells. **Conclusions:** We have interpreted our findings to indicate that ileal-lymphoid-nodular hyperplasia (ILNH) may be the hallmark lesion of the gastrointestinal tract in patients with food allergy and CNS developmental disorders and may represent the tissue response linking these entities.

P16. COLITE DO LEITE MATERNO: ESTUDO DA CORRELAÇÃO IMUNOLÓGICA ENTRE MÃES E FILHOS

A. Sabrá, E. Verdin, I. Tenório, G. Rodrigues, S. Sabrá
Serviço de Alergia Alimentar do Professor Aderbal Sabrá. UNIGRANRIO. Brasil

Introdução: O objetivo deste trabalho foi realizar um estudo do comportamento imunológico das mães e seus filhos com colite do leite materno (CLM). Foram estudadas nas mães e seus filhos com CLM, as citocinas de origem Th1 e Th2, respectivamente as citocinas Th1, IFN-gamma e IL-2, bem como citocinas Th2 como IL-4 e IL-5. **Material:** Foram selecionados 20 lactentes de ambos os sexos, menores de 6 meses, alimentados exclusivamente ao seio materno, desde o nascimento, com queixa de sangramento nas fezes. Foram realizados os seguintes testes laboratoriais nas mães e filhos: hemograma completo e fenotipagem linfocitária de linfócitos CD3, CD4, CD8, CD19 e CD56 e as citocinas Th1 e Th2. **Resultados:** Os valores dos linfócitos CD3, CD4, CD8, CD19, CD56 analisados neste estudo estão dentro da normalidade. A relação CD4/CD8 também está dentro da normalidade, com valores variando entre 1,5 e 2,5. A única diferença que se observa nos pacientes jovens é referente ao nível de citocinas, pois eles mostram um predomínio de IFN-gamma e IL-2 sobre IL-4 e IL-5, mostrando que a reação de colite nas crianças é mediada por citocinas inflamatórias de Th1. Os valores elevados de CD19 e os valores baixos de CD56 são próprios da faixa etária. Nas mães estavam normais. **Conclusões:** O estudo imunológico do sangue periférico destes pacientes revela tratar se de uma colite alérgica mediada por Th1, com elevação dos níveis das citocinas IFN-gamma e IL-2 nas crianças estudadas, sem relação direta com o perfil imunológico das mães. As citocinas Th2 (IL-4 e IL-5) estão normais em ambos os grupos, de crianças e adultos.

P17. LA PREVALENCIA DE LA ESTEATOSIS HEPÁTICA EN EL EXAMEN DE ULTRASONIDO EN LOS NIÑOS OBESOS Y SU RELACION CON LAS ENZIMAS DEL HÍGADO Y LA ADIPOCINAS SÉRICAS

M.E. De Marsillac, S.G. Trigo, C.R. Penna, B.S. Ferreira, I.G. Faria, R.M. Pérez, H.S.M. Coelho
Universidad Federal de Río de Janeiro. Río de Janeiro. Brasil

Introducción: La prevalencia de un 3% de esteatosis hepática (EH) en niños y de un 53% en los obesos demuestra la importancia del diagnóstico precoz en los niños por métodos no invasivos. **Objetivos:** Evaluar la prevalencia de la EH en niños obesos por ultrasonido abdominal (US) y su correlación con HOMA-IR, niveles de enzimas hepáticas (AST, ALT, GGT), glucosa, insulina (INS), adiponectina, leptina, interleucina-6 (IL-6) y factor de necrosis tumoral alfa (TNF α). **Material y métodos:** Fueron evaluados niños obesos (periodo 2006-2010), por la presencia de EH a través de US y niveles de enzimas hepáticas, glucosa, perfil lipídico, HOMA-IR, insulina, adiponectina, leptina, IL-6, TNF α . **Resultados:** Eran 126 niños obesos de 9 \pm 2 años, 56% hombres, la duración media de la obesidad (DMO) era de 5 \pm 3 años, grado medio de la obesidad mediante el IMC por puntaje Z (GMO) de +3,15 \pm 0,99. La prevalencia de EH fue de 26%. En el análisis comparativo entre niños con y sin EH, fueron observados niveles más altos solamente de las enzimas ALT (p= 0,007) y GGT (p= 0,016) en las personas con EH. No hubo diferencias entre los grupos en HOMA (p= 0,46), adiponectina (p= 0,92), leptina (p= 0,30), TNF (p= 0,46) e IL-6 (p= 0,67). Los pacientes fueron divididos en grupo A, de 5 a 9 años (70 niños), y grupo B, de 10 a 14 años (56 niños). La DMO en el grupo A fue 3,40 \pm 1,17 años, con una prevalencia de EH del 27%, y en el grupo B había 2,84 \pm 0,57 años, con una prevalencia del 25% de la EH. En el grupo A, los pacientes con y sin EH presentaban índices similares de adipocinas y análisis bioquímicos. En el grupo B, los pacientes con EH presentaban AST (p= 0,008), ALT (p= 0,001), GGT (p= 0,049) y lípidos (p= 0,043) más altos que los sin EH, pero los niveles de adipocinas se mantuvieron similares. **Conclusión:** La prevalencia de EH en niños obesos fue del 26%. Las variables de laboratorio asociadas con EH fueron las aminotransferasas y la GGT, especialmente entre los mayores de 10 años. Los pacientes con y sin EH tenían niveles similares de insulina y adipocinas.

P18. ENFERMEDAD CELIACA Y ESTREÑIMIENTO: DESCRIPCIÓN DE UNA MANIFESTACIÓN CLÍNICA ATÍPICA POCO FRECUENTE
C. Boé, A. Lozinsky, F. Patricio, J. Andrade, U. Fagundes-Neto
Escola Paulista de Medicina. Universidade Federal de São Paulo. São Paulo. Brasil

Introducción: La enfermedad celiaca (EC) puede manifestarse en la forma clásica, en la cual los síntomas digestivos, como la diarrea y el síndrome de malabsorción, suelen ser más floridos; pero también puede manifestarse en las formas asintomática y atípica, donde el estreñimiento en particular es poco descrito. **Objetivo:** Relatar dos casos de EC cuya manifestación clínica fue estreñimiento asociado a bajo peso. **Relato de los casos:** Ambos pacientes del sexo femenino, con 18 y 30 meses de edad, respectivamente, presentando historia de estreñimiento crónico refractario al tratamiento. Debido a la presencia concomitante de baja ganancia ponderoestatural, fue realizada investigación de la función digestivo-absortiva, la cual resultó positiva para el anticuerpo anti-transglutaminasa. El diagnóstico de EC fue confirmado por medio de la biopsia de intestino delgado, que reveló atrofia vellositaria moderada/intensa e infiltrado linfocítico intraepitelial. Después de 1 mes del inicio del tratamiento con dieta libre de gluten, ambas pacientes pasaron a presentar heces pastosas diariamente. **Conclusión:** Es necesario hacer hincapié en que la EC puede presentarse de múltiples formas, a saber: sintomática, asintomática y atípica. Aunque la descripción de estreñimiento crónico suele ser poco frecuente, no parece ser una manifestación clínica poco común en pediatría. Por lo tanto, es de extrema importancia permanecer atento a esta manifestación considerada atípica de EC.

P19. INFECCIÓN POR «HELICOBACTER PYLORI» Y PÚRPURA TROMBOCITOPÉNICA INMUNE CRÓNICA (PTIC) EN LOS NIÑOS Y ADOLESCENTES BRASILEÑOS. ENSAYO CLÍNICO RANDOMIZADO CONTROLADO
H.S. Hanai-Brito, J.A.P. Braga, P.B. Blum, S.R. Loggetta, P. Bruniera, S.M. Luporini, C.F.H. Granato, S.B. Guatura, R.S. Machado, S.K. Ogata, E. Kawakami
Disciplina de Gastroenterologia Pediátrica. Escola Paulista de Medicina. Universidade Federal de São Paulo. São Paulo. Brasil

Introducción: Los estudios muestran reversión de la trombocitopenia en 50% de pacientes adultos después de la erradicación de *H. pylori*. **Objetivos:** Evaluar el efecto de la erradicación de *H. pylori* en pacientes con PTIC en relación al recuento plaquetario (estudio multicéntrico). **Material y métodos:** 100 pacientes (edad <20 años) con plaquetas <150.000/mm³ por más de 6 meses. Diagnóstico de *H. pylori*: prueba del aliento ¹³C-urea y antígeno en heces con anticuerpos monoclonales, ambos positivos. La detección de *cag A* con *immunoblotting*. Asignación randomizada de los sujetos a los grupos de estudio. Grupo I: grupo Ia con tratamiento, y grupo Ib sin tratamiento. Grupo II: no infectados. Terapia triple: claritromicina, amoxicilina, furazolidona y/o doxiciclina + inhibidor de bomba de protones (14 d). Respuesta (6 meses): completa >150.000/mm³; parcial: elevación >20.000-30.000/mm³; ausencia. **Resultados:** 85/100 pacientes (2,1 y 19,9 años, mediana 11,3 años), F/M= 1,02. Media del recuento de plaquetas en la inclusión entre los grupos, respectivamente: 62.615 ± 48.085, 54.536 ± 42.241 y 72.438 ± 38.266/mm³, sin diferencias significativas por edad, sexo y plaquetas al inicio del estudio. Estado de la infección: infectado 22%; no infectado 63%; indefinido 15%. Seguimiento: 3-12 meses (n= 14). Respuesta plaquetaria: grupo Ia, 57,1% respuesta completa; grupo Ib, 0% (p= 0,069); grupo II, 33,3% respuesta parcial y completa (p= 0,090). Un paciente presentó recaída concomitante del recuento plaquetario después de la respuesta completa. *Cag A* positivo: 19/22 (86,4%). **Conclusión:** Los datos muestran una tendencia a la respuesta plaquetaria después de la erradicación de la infección por *H. pylori*, en contraste con pacientes infectados sin tratamiento. Por otro lado, los pacientes no infectados también presentaron remisión de la trombocitopenia. La limitación fue la muestra reducida de pacientes infectados.

P20. COMPARACIÓN DE DIFERENTES MÉTODOS DIAGNÓSTICOS DE LA INFECCIÓN POR «HELICOBACTER PYLORI» EN NIÑOS
L. Millán¹, R. Llanes², T. Fragosó³, M. Trujillo⁴, M. Cárdenas⁴, N. Pérez³, O. Feliciano², O. Gutiérrez²

¹Instituto de Cardiología y Cirugía Cardiovascular. ²Instituto Pedro Kouri (IPK). ³Policlínico Pediátrico Universitario Pedro Borrás. ⁴Hospital Pediátrico Juan Manuel Márquez. La Habana. Cuba

Introducción: El diagnóstico de la infección por *Helicobacter pylori* (Hp) en niños es considerado de gran importancia por su estrecha relación con el adenocarcinoma gástrico y el linfoma de células linfoides MALT en los adultos. **Materiales y métodos:** Se realizó una endoscopia digestiva superior y se tomaron 3 muestras de biopsia gástrica (antro) en 99 niños con síntomas digestivos que acudieron a consulta de gastroenterología pediátrica. Se empleó la serología para detección de anticuerpos contra Hp. Los fragmentos de mucosa gástrica antral se emplearon para el diagnóstico de la infección por prueba rápida de ureasa (PRU), cultivo e histología. **Resultados:** Se encontró un 59,6% de prevalencia predominando las edades entre 11 y 14 años. El síntoma más frecuente en los pacientes infectados fue la epigastralgia (70,7%). Endoscópicamente la gastritis nodular antral moderada (49,2%), e histológicamente la gastritis crónica severa activa (32,2%) constituyeron los mayores porcentajes en infectados. Se compararon los métodos diagnósticos utilizando la histopatología como referencia. El cultivo obtuvo sensibilidad del 55,9% y especificidad del 75%; la PRU obtuvo sensibilidad (72,9%) y especificidad (97,7%). La serología mostró sensibilidad (82,8%) y especificidad (56,4%); los valores predictivos positivos y negativos fueron calculados. **Conclusiones:** Se encontró que la mayoría de los pacientes padecían la infección por Hp. Se mantiene la cronicidad de la infección, teniendo significancia entre los pacientes con gastritis nodular antral moderada y presencia de Hp. Los métodos diagnósticos estudiados resultaron ser buenos para diagnosticar la infección, con preponderancia de la serología para estudios de prevalencia.

P21. AVALIAÇÃO COMPARATIVA DO E-TESTE, DIFUSÃO EM DISCO E MÉTODO DA DILUIÇÃO EM ÁGAR PARA TESTES DE SUSCEPTIBILIDADE DE CEPAS DE «HELICOBACTER PYLORI» A 5 AGENTES ANTIMICROBIANOS
S.K. Ogata, A.C. Gales, F.R.S. Patricio, E. Kawakami
Gastroenterologia Pediátrica, Hepatologia e Nutrição Departamento. Escola Paulista de Medicina. Universidade Federal de São Paulo. São Paulo. Brasil

Introdução: O método da diluição em ágar é considerado o exame padrão-ouro pelo Clinical Laboratory Standard Institute para testar a susceptibilidade antimicrobiana do *Helicobacter pylori*, mas não se presta para uso rotineiro, por ser pouco prático e demorado. O E-test e a difusão em disco são as opções para uso clínico. **Objetivo:** avaliar a susceptibilidade antimicrobiana do *Helicobacter pylori* à claritromicina, tetraciclina, furazolidona, amoxicilina e metronidazol através de dois métodos de difusão: E-test e difusão em disco, comparados ao método de diluição em ágar (padrão-ouro). **Pacientes e métodos:** De fevereiro de 2008 a agosto 2009, 77 isolados consecutivos de *Helicobacter pylori* foram obtidos de crianças e adolescentes (idade 3-20 anos, média= 11,1 ± 3,9 anos, mediana= 10,8 anos; M/F 1:1,08). E-teste foi realizado para claritromicina, tetraciclina, metronidazol e amoxicilina. A CIM foi determinada pela intersecção com a zona de inibição. A difusão em disco foi realizada conforme disponibilidades para os antibióticos: claritromicina, furazolidona, metronidazol e amoxicilina. O resultado foi baseado no diâmetro da zona de inibição. Análise estatística: discordância (teste de McNemar) e correlação (teste de Spearman). **Resultados:** Diluição em ágar e E-teste: para amoxicilina (1,3%, p= 1, correlação= 0,3565, p= 0,0015), claritromicina (1,3%, p= 1, correlação= 0,6369, p <0,0001) e metronidazol (6,5%, p= 0,07, correlação= 0,7992, p <0,0001). Tetraciclina apresentou correlação= 0,2346 (p= 0,04). Diluição em ágar e difusão em disco: amoxicilina (58,4%, p= 0,0001, correlação= -0,03565, p= 0,0015), claritromicina (11,7%, p= 0,007, correlação= -0,5656, p <0,0001) e metronidazol (10%, p= 0,07, correlação= -0,6962, p <0,0001). Furazolidona apresentou correlação= -0,0288 (p= 0,8038). **Conclusão:** Os dados sugerem que o E-teste poderia ser melhor opção em relação a difusão em disco.

P22. CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS E LABORATORIAIS DE FIBROCÍSTICOS EM CENTRO DE REFERÊNCIA NO MOMENTO DO DIAGNÓSTICO PELA TRIAGEM NEONATAL

I.R.L. Del Ciampo, R. Sawamura, L.A. Del Ciampo, L.C. Galvão, M.I.M. Fernandes

Faculdade Medicina Ribeirão Preto. Universidade de São Paulo. Brasil

Introdução: Até a implantação do screening neonatal para fibrose cística em nossa região, era comum o acesso tardio do paciente fibrocístico ao serviço especializado, já apresentando complicações da doença. **Objetivo:** Apresentar características clínicas e laboratoriais ao diagnóstico, dos pacientes com FC, a partir da implantação do *screening* neonatal em serviço referência. **Metodologia:** estudo retrospectivo, descritivo. Levantamento de prontuários de oito pacientes, de fevereiro de 2010 a março de 2011, diagnosticados por 2 IRT positivos (>70) e 2 cloros no suor alterados (>60). Variáveis: sexo, cor, consangüinidade dos pais, idade, alimentação, sinais/sintomas à admissão, tratamento anterior ao diagnóstico, médias IRT 1 e 2 e cloro no suor 1 e 2, gordura fecal (esteatócrito). **Resultados:** Oito crianças, 6 masc. (75%); 7 brancas (85,7%), idade (mediana 39 e média 50,1 semanas; DP= 23,7), consangüinidade dos pais ausente. Alimentação: seio materno exclusivo (5; 62,5%); SM e fórmula láctea (2; 25%); hidrolisado protéico (1; 12,5%). Sinais/sintomas em 7 (85,7%): desidratação (2; 25%), alcalose hipoclorêmica (2; 25%), forma anêmica hipoproteinêmica (2; 25%), fleo meconial com ileostomia (1; 12,5%). Tratamentos anteriores ao diagnóstico (4; 50%): ileostomia (1; 12,5%), pneumonias de repetição (1; 12,5%), bebê chador (1; 12,5%), refluxo gastro-esofágico (1; 12,5%). Médias dos exames laboratoriais: IRT1= 207,7 (71,6 a 485), IRT2= 197 (89 a 446,9); cloro 1= 81,3 (59,5 a 95,6); cloro 2= 85,25 (61,7 a 96,4). Esteatócrito alterado (7; 85,7%). **Conclusões:** Maioria branca e sexo masculino concordam com literatura. Idade precoce ao diagnóstico foi favorecida pelo *screening*, quando muitos já apresentavam sintomatologia e eram tratados inespecificamente. A maioria já apresentava insuficiência pancreática.

P23. DISEASES INDUCED BY MALFUNCTION OF THE ENTEROMAMMARY CIRCLE

A. Sabrá, I. Tenório, S. Sabrá

Serviço de Alergia Alimentar do Professor Aderbal Sabrá. UNIGRANRIO. Brasil

Introduction: Breast milk is produced by the mammary gland under the influence of the enteromammary circle of the mother. The bipolar extremes of this circle is represented by the GALT system, in the GI tract of the mother. The other extreme is represented by the mammary gland. **Methods:** From January 2009 to January 2011, charts from 24 children, age 0 to 6 months, diagnosed with breast milk enteropathy, were selected among children attended at the clinic. All children were exclusively breast fed since birth. **Results:** The onset of symptoms starts in the first month of their lives in 48.3% of the patients, in 20.8% in the second month and in 33.2% the symptoms appeared between the 3 to 6 months of life. Blood in stool was the most common form of presentation of this disease present 58.3% of the patients. Gastro-oesophageal reflux, was the present in 41% of the patients, abdominal pain in 33.3%, diarrhea in 20.5%, constipation in 16.6%, bulky stools, flatus and vomiting in 12.5%, colics and nausea in 8.3% and hiccups in 4.1%. In the BALT system, snoring and rhinitis was present in 16.6% of the patients, sinusitis and excess of catarrh with 8.3% and asthma and chronic cough in 4.1%. In the SALT system, the skin show atopic eczema with a prevalence of 16.6%, followed by eczema of folds in 12.5%, pallor, erythema of the cheeks, perioral erythema and seborrheic dermatitis where present in 8.3% of the cases. Related to the CNSALT system we find sleep disorder in 8.3% of the patients and insomnia, irritability and lethargy with incidence each one of 4.1%. **Conclusion:** The present study was developed to explore the broad spectrum of the clinical picture of children exclusively breast fed presenting diseases. Clinical findings are present in various other systems like skin, lungs and the central nervous system.

P24. COLITIS ALÉRGICA: LA EVOLUCIÓN CLÍNICA DE UNA ENFERMEDAD DE CARÁCTER TRANSITORIO CON FUERTE EVIDENCIA GENÉTICA

J. Alves Braga de Andrade, U. Fagundes-Neto

Divison de Gastroenterologia Pediátrica. Escola Paulista de Medicina. Universidade Federal de São Paulo. Brasil

Introducción: La colitis alérgica es una de las reconocidas formas de manifestación clínica de alergia alimentaria durante los primeros meses de vida. Se estima que factores genéticos tengan un papel fundamental en esta enfermedad. **Objetivos:** Describir la historia clínica y la evolución de lactantes primos entre sñi pertenecientes a 2 grupos familiares distintos con colitis alérgica. **Pacientes y métodos:** Fueron estudiados 5 lactantes menores de 6 meses de edad, de ambos sexos, con colitis de acuerdo con los siguientes criterios: 1) presencia de sangre en la materia fecal; 2) exclusión de causas infecciosas de colitis; 3) desaparición de los síntomas después de la eliminación de la leche de vaca y derivados de la dieta del niño y/o de su madre. Los pacientes fueron sometidos a la siguiente investigación diagnóstica: 1) hemograma; 2) estudio de parásitos y cultivo de materia fecal; 3) colonoscopia; 4) biopsia rectal. **Resultados:** La edad de los pacientes presentó un rango de 40 días a 6 meses. Todos los pacientes presentaron cólicos intensos y sangre en materia fecal. La colonoscopia reveló hiperemia de la mucosa, con microerosiones y sangrado espontáneo. La microscopia reveló la existencia de colitis eosinofílica superior a 20 eosinófilos por campo de gran aumento. Los pacientes fueron tratados con fórmula hipoalérgica, y presentaron remisión de los síntomas. Todos ellos, con 1 año de edad fueron sometidos a test de provocación con fórmula láctea, que resultó en tolerancia alimentaria. **Conclusión:** La colitis alérgica es una enfermedad con una evidente herencia genética y con un carácter transitorio.

P25. DOENÇA DE INCLUSÃO MICROVILOSITÁRIA. A PROPÓSITO DE UM CASO

E.B. Silveira, I.R.L. Del Ciampo, M.A. Rossi, R. Sawamura,

F.S. Pasqualotto, M.I.M. Fernandes

Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto. Universidade de São Paulo. Brasil

Introdução: Diarréia intratável é rara e preocupante em recém-nascidos/lactentes pela dificuldade diagnóstica e terapêutica. Várias etiologias caracterizam essa síndrome, dentre elas a doença de inclusão microvilositária, autossômica recessiva, 200 casos na Europa, acomete principalmente meninos (2:1). Análise ultra-estrutural revela: 1) atrofia parcial-total das microvilosidades nos enterócitos maduros, com acúmulo apical de grânulos secretórios nas células imaturas; 2) corpúsculos de inclusão altamente característicos contendo microvilos rudimentares ou altamente diferenciados em enterócitos maduros. **Paciente:** Lactente, IG= 33 semanas, PN= 2.395 g, Apgar 9/10, gestação materna sem intercorrências, abortamento anterior, sem consangüinidade dos pais. Leite materno após nascimento com boa aceitação. Ganho ponderal insuficiente necessitando complementação com fórmula de partida. Encaminhada com 2 meses por baixo peso e grande perda hídrica por diarréia. Evoluiu com perdas fecais de 300 mL/kg/dia, acidose metabólica e desequilíbrio eletrolítico. Necessitou de suporte hídrico e nutrição parenteral. Perda ponderal de 500 g em 2 meses apesar das medidas adotadas. Investigado infecção, com exames séricos, fecais e urinários, todos negativos. Provas de absorção intestinal alteradas. Redução acentuada da perda fecal após suspensão completa da dieta. Biópsia intestinal (microscopia eletrônica): extensas anormalidades de microvilosidades nas faces luminais dos enterócitos. Áreas de ausência de microvilosidades e típicas inclusões microvilositárias imaturas no citoplasma apical dos enterócitos. Óbito aos 4 meses de idade. **Discussão:** A doença de inclusão de microvilosidades é uma enteropatia congênita incomum produzindo diarréia secretória intratável e precoce na infância. Ultraestruturalmente, identificação de inclusões de microvilosidades na superfície apical dos enterócitos associada ao quadro clínico confirmaram o diagnóstico, sem necessidade de pesquisa de mutação gênica.

P26. PRUEBA DEL ALIENTO CON UREA-¹³C CON DOSIS REDUCIDA PARA EL DIAGNÓSTICO DE INFECCIÓN POR «HELICOBACTER PYLORI» EN NIÑOS Y ADOLESCENTES
S.L.O. Machado, R.S. Machado, S.K. Ogata, F.R.S. Patricio, E. Kawakami

Disciplina de Gastroenterologia Pediátrica. Escola Paulista de Medicina. Universidade Federal de São Paulo. São Paulo. Brasil

Introducción: La prueba del aliento con urea-¹³C es la prueba no invasiva más precisa para la detección de *Helicobacter pylori*. La relación costo/beneficio podría ser optimizada con el empleo de una dosis menor de urea-¹³C y la reducción del tiempo de recolección de la muestra. **Objetivos:** Determinar la precisión de la prueba del aliento con urea-¹³C con dosis reducida de esta última y puntos de recogida más tempranos de lo habitual. **Material y métodos:** Se evaluaron 106 pacientes (edad media 11,9 años, F/M= 2) sometidos a endoscopia y con biopsias endoscópicas. Las muestras del aliento fueron recogidas en ayunas y después de 10, 20 y 30 minutos de la ingestión de 25 mg de urea-¹³C diluida en 100 mL de jugo de naranja comercial. Infección por *Helicobacter pylori*: positividad del test rápido de la ureasa e histología o cultivo positivos; no infectado: todas las pruebas negativas. **Resultados:** 43 (40,57%) pacientes infectados. El tiempo promedio transcurrido entre la endoscopia y la prueba del aliento fue de 18,3 días. Las tasas (IC 95%) de sensibilidad y especificidad fueron, respectivamente: con 10 minutos, 93% (84,8 a 95,2%) y 98,4% (92,8 a 99,9%); con 20 minutos, 87,5% (77,3 a 87,5%) y 100% (93,4 a 100%); con 30 minutos, 90% (81,8 a 94,5%) y 96,8% (85,8 a 99,1%). **Conclusión:** La prueba del aliento con urea-¹³C con dosis reducida de urea-¹³C es un método preciso para el diagnóstico de infección por *Helicobacter pylori*. Además, el momento de la recogida de aire expirado puede reducirse a los 10 minutos, con mejor relación costo-beneficio.

P27. RESISTENCIA DE «HELICOBACTER PYLORI» A AMOXICILINA, CLARITROMICINA, FURAZOLIDONA, METRONIDAZOL Y TETRACICLINA EN NIÑOS Y ADOLESCENTES BRASILEÑOS

S.K. Ogata, A.P.O. Godoy, A.C. Gales, F.R.S. Patricio, E. Kawakami

Disciplina de Gastroenterologia Pediátrica. Escola Paulista de Medicina. Universidade Federal de São Paulo. São Paulo. Brasil

Introducción: La resistencia antimicrobiana es una de las causas de fracaso en la erradicación de *Helicobacter pylori*. Conocer el patrón de resistencia a los antimicrobianos de uso común ayuda a predecir la probabilidad de éxito del tratamiento empírico. **Objetivo:** Evaluar la tasa de resistencia de *H. pylori* a claritromicina, amoxicilina, furazolidona, tetraciclina y metronidazol. **Material y métodos:** Se obtuvieron 77 aislamientos consecutivos de *H. pylori* entre 02/2008 y 08/2009, procedentes de muestras de biopsias de antro gástrico de niños y adolescentes (3-20 años, media= 11,1 ± 3,9, mediana= 10,8 años; M/F 1:1,08). Se estudiaron los antimicrobianos claritromicina, tetraciclina, furazolidona y amoxicilina (dilución: 0,015-64 µg/mL) y metronidazol (dilución: 0,015-256 µg/mL), basándose en el método de dilución en agar. **Resultados:** Metronidazol tuvo la mayor tasa de resistencia (40,2%), seguido de claritromicina (19,5%) y amoxicilina (10,4%), furazolidona (0%) y tetraciclina (0%). Resistencia a múltiples antimicrobianos: 10/77 (13%), 7 claritromicina y metronidazol, 2 amoxicilina y metronidazol, y 1 claritromicina, metronidazol y amoxicilina. La concentración mínima inhibitoria 90 (CIM90) –la menor concentración de antimicrobiano que inhibe el crecimiento del 90% de las muestras– era igual al punto de corte (1 µg/mL) para claritromicina, y 64 µg/mL –3 log₂ por encima del punto de corte recomendado– para metronidazol. **Conclusión:** Los datos sugieren que metronidazol no se debe utilizar para el tratamiento de *H. pylori*, mientras que la resistencia a claritromicina debe ser controlada periódicamente por la alta tasa de resistencia observada, en contraste con furazolidona y tetraciclina. Amoxicilina mostró resistencia intermedia, a pesar del uso común en la práctica pediátrica.

P28. ANGIODISPLASIA GASTROINTESTINAL DISSEMINADA DESENCADANDO GASTRECTOMIA TOTAL EM LACTENTE
M.R.M. Garutti, R. Sawamura, S.M. Jorge, R.F. Gomes, P.O. Benetolo, F.S. Pasqualotto, L.T. Novaes, L.A. Caracanhas, L.S.S. Carmo, M.I.M. Fernandes

Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto. Universidade de São Paulo. Brasil

Introdução: Angiodisplasia gastrointestinal é definida como alterações vasculares da mucosa do trato digestivo sem associação com lesões cutâneas. Tem incidência rara; na maioria dos casos o sangramento cessa espontaneamente, alguns necessitam cirurgia. **Paciente:** Nasceu a termo, PN= 2.735 g, sem intercorrências, com polidactilia. Evoluiu com taquipnéia, passada sonda (secreção sanguinolenta= 20 mL). Primeiros exames: plaquetas= 36.000; Hb= 11,9; GB= 16.900; TP= 1,16; ultrassom abdome/ECO normais. Com 15 dias de vida, evoluiu com sangramento importante, choque hipovolêmico, recebeu concentrado de hemácias/plaquetas, realizou a primeira endoscopia digestiva: malformação vascular de esôfago/estômago. Iniciado octeotride EV, propranolol. Com 48 dias de vida evoluiu com enterorragia maciça, vários episódios de choque hipovolêmico; cintilografia com hemácias marcadas mostrou vários focos de sangramento em topografia gástrica, indicado gastrectomia de urgência. Anatomopatológico: compatível com angiodisplasia gástrica, focos de hemorragia, erosão epitelial. Após procedimento, manteve-se estável, com níveis baixos de hemoglobina e plaquetopenia. Iniciado alimentação enteral com fórmula extensamente hidrolisada, com grande dificuldade na progressão do volume, pois desencadeava enterorragia a cada aumento de volume. Passou a receber esteróides VO, ácido aminocaprílico VO e octeotride SC. Submetido à nova cintilografia com hemácias marcadas que não demonstrou pontos de sangramento. Com 77 dias, nova endoscopia: anastomose esôfago-jejunal prévia, observado pequenos pontos de angiodisplasia na alça intestinal percorrida. Atualmente com 7 meses, com alimentação enteral total, Hb= 8,1; plaquetas= 61.000, ainda internado. **Conclusão:** O diagnóstico da lesão angiomatosa gástrica foi estabelecido por endoscopia digestiva. A cintilografia com hemácia marcada, mostrando foco de sangramento em topografia gástrica, associada a episódios repetidos de choque hipovolêmicos por enterorragia foram decisivos na indicação da gastrectomia total.

P29. DIMINUIÇÃO DOS LINFÓCITOS CD8 NOS PACIENTES COM ALERGIA ALIMENTAR

H. Matos, I. Tenório, G. Rodrigues, S. Sabrá, A. Sabrá

Serviço de Alergia Alimentar do Professor Aderbal Sabrá. UNIGRANRIO. Brasil

Introdução: Dentre as ações dos linfócitos TCD8, destaca-se sua ação como supressores das respostas alérgicas, sejam celulares ou humorais. **Objetivo:** Selecionamos pacientes com diagnóstico de alergia alimentar que apresentavam IgE elevado e diminuição de linfócitos CD8. Descrevemos sua sintomatologia e classificamos seu tipo clínico de alergia. **Métodos:** Foram analisados 67 prontuários de pacientes menores de 18 anos e com diagnóstico confirmado de doença alérgica alimentar mediadas por IgE. Deste pacientes, 16 apresentavam a relação CD4/CD8 elevada (maiores que 3 com uma média de 4,42). Dentre estes pacientes, 11 eram meninas e 5 eram meninos. Dentre as doenças alérgicas apresentadas pelos pacientes, 8 apresentavam hipersensibilidade gastrointestinal imediata, 6 tinham urticária, 3 apresentavam rinite, 1 asma e 1 com angioedema. As queixas principais dessas crianças foram de pele, 9 relatos, seguido pela constipação intestinal, com 7 relatos, e pelas queixas respiratórias, com 6 casos. Cinco pacientes apresentaram diarreia explosiva, 3 pacientes com queixa de dor abdominal, 3 com vômitos, 3 com perda de peso e 1 com refluxo. Alergia nos pais ocorreu em 60% dos casos. O parto cesáreo ocorreu em 15 das 16 crianças estudadas. **Conclusão:** A doença alérgica mais comum que cursa com diminuição de CD8 é a hipersensibilidade gastrointestinal imediata. Os sistemas mais afetados são o GALT e o SALT. O parto cesáreo foi o fator precipitante prevalente. Genética para alergia o fator precipitante.

P30. COLITIS EOSINOFÍLICA EN LACTANTES: REVISIÓN DE LA LITERATURA

A.C. Lozinsky, M.B. Morais

Universidade Federal de São Paulo. Escola Paulista de Medicina. São Paulo. Brasil

Introducción: La prevalencia de la alergia a los alimentos ha aumentado en las últimas décadas, especialmente en la población pediátrica. En los lactantes, la alergia a la proteína de la leche de vaca es la más común y se inicia en la primera mitad del primer año de la vida, afectando a un 2-3% de los niños. La colitis eosinofílica, que se caracteriza por la presencia de sangre en las heces, está presente en hasta un 20% de los casos. **Objetivo:** Revisar la literatura sobre la colitis eosinofílica en lactantes. **Material y métodos:** A partir de la investigación en la base de datos Medline, se llevó a cabo una revisión de artículos sobre la colitis eosinofílica en niños menores de 24 meses, publicados entre 1966 y 2010. **Resultados:** Se identificaron 602 artículos, de los cuales 23 fueron seleccionados. La colitis eosinofílica fue más frecuente en los tres primeros meses de vida, provocada principalmente por la proteína de la leche de vaca, incluso en los casos de amamantamiento materno exclusivo, con transmisión de antígenos en la leche materna. El diagnóstico fue confirmado por procedimientos invasivos (colonoscopia y biopsia) o pruebas de desencadenamiento, o a través de la evaluación de la respuesta a la prueba de exclusión del alérgeno de la dieta. **Conclusiones:** La colitis eosinofílica es una manifestación importante de alergia a los alimentos. Se necesitan más estudios para dilucidar los mejores métodos para el diagnóstico y el mejor tratamiento en casos de colitis eosinofílica secundaria a alergia a los alimentos.

P31. LA BIOPSIA DE INTESTINO DELGADO SIGUE SIENDO FUNDAMENTAL PARA EL DIAGNÓSTICO DE ENFERMEDAD CELIACA

F.S. Briglia, A.C.F. Soares, R.P. Oliveira, V.L. Sdepanian

Disciplina de Gastroenterologia Pediátrica. Escola Paulista de Medicina. Universidade Federal de São Paulo. São Paulo. Brasil

Introducción: Existe la hipótesis actual de valorar los anticuerpos y el genotipo para el diagnóstico de la enfermedad celiaca. **Objetivos:** Evaluar la concordancia y precisión de los anticuerpos antitransglutaminasa recombinante humana IgA para el diagnóstico de enfermedad celiaca en niños menores y mayores de 2 años de edad. **Pacientes y métodos:** Se estudiaron 106 niños con confirmación diagnóstica de enfermedad celiaca, con atrofia vellositaria en el diagnóstico y biopsia normal después del tratamiento. Evaluar la concordancia (coeficiente kappa) y discordancia (McNemar) de dos marcas de anticuerpos antitransglutaminasa recombinante humana IgA (BindingSite y PHADIA), y la precisión de éstas (sensibilidad, especificidad) para el diagnóstico de enfermedad celiaca (patrón oro: biopsia con atrofia vellositaria) en menores y mayores de 2 años, así como la proporción de biopsias con atrofia vellositaria y anticuerpos negativos en el diagnóstico (test de Fisher) en menores y mayores de 2 años. **Resultados:** Hubo concordancia sustancial a casi perfecta ($\kappa=0,78$) y no se observó discordancia entre las dos marcas de anticuerpos. La sensibilidad de estos anticuerpos fue baja en niños menores de 2 años (44,8% BindingSite; 41,2% PHADIA) y mayores de 2 años (54,5% BindingSite; 46,8% PHADIA). No hubo diferencia significativa entre la proporción de biopsias con atrofia vellositaria y anticuerpos negativos en niños menores de 2 años (55,2% BindingSite; 58,8% PHADIA) y mayores de 2 años (45,5% BindingSite; 53,1% PHADIA). **Conclusiones:** Se observó concordancia entre dos marcas de anticuerpos; sin embargo, la precisión de éstas fue baja para el diagnóstico de enfermedad celiaca en niños menores y mayores de 2 años. Además de la serología, se aconseja valorar la biopsia del intestino delgado y considerar que este examen es menos costoso y más accesible que el examen del genotipo en países latinoamericanos.

P32. RECIDIVA CLÍNICA Y ENDOSCÓPICA DE ESOFAGITIS PÉPTICA EROSIVA DESPUÉS DE CICATRIZACIÓN DE LESIÓN EROSIVA

E. Yamamoto, H.S. Hanai-Brito, R.S. Machado, S.K. Ogata,

F.R.S. Patrício, E. Kawakami

Disciplina de Gastroenterologia Pediátrica. Escola Paulista de Medicina. Universidade Federal de São Paulo. Sao Paulo. Brasil

Introducción: La recidiva de la esofagitis péptica erosiva es poco caracterizada en pacientes pediátricos, con sólo un estudio prospectivo que sugiere que el tratamiento de mantenimiento no es necesario. **Objetivos:** Evaluar la tasa de recidiva clínica tras la curación endoscópica en pacientes con esofagitis erosiva. **Material y métodos:** 35 pacientes (mediana 9,9 años; M:F 2,5:1) con diagnóstico endoscópico de esofagitis erosiva (criterios de Los Ángeles) fueron tratados con lansoprazol 15 o 30 mg/día durante 8 semanas y 15 mg/día (mantenimiento), y evaluados clínicamente cada dos semanas después de la inclusión (16 semanas) y cada 3 meses durante el seguimiento (mediana 2,5 años, variación 1-3,3 años). **Resultados:** No hubo ninguna relación entre la intensidad de los síntomas y el grado de esofagitis (grados A, B y C en 40,0, 56,7 y 3,3%, respectivamente). Hubo remisión total de los síntomas en 82,8% dentro de 2 semanas; 5/35 pacientes (14,2%) no presentaron cicatrización endoscópica y fueron excluidos del estudio. La recaída clínica se produjo en 74% (erosiones en 8 [40%], lesión no erosiva en 3 [15%] y sin lesiones en 9 [45%]), ocurriendo en un 30% en el primer año, en un 40% en el segundo y en un 30% en el tercero. No hubo relación entre recaída y tipo de síntomas, sexo, grado de esofagitis y estado nutricional. **Conclusiones:** La esofagitis péptica erosiva en niños y adolescentes también se desarrolla con una alta tasa de recaída clínica y/o endoscópica, lo que indica que la terapia de mantenimiento continuo con antisecretores durante periodos prolongados suele ser necesaria.

P33. HISTÓRIA NATURAL E FATORES DE RISCO ASSOCIADOS À INCIDÊNCIA DA INFECÇÃO PELO «HELICOBACTER PYLORI» EM CRIANÇAS ÍNDIAS MENORES DE 5 ANOS DA ETNIA GUARANI. SÃO PAULO, BRASIL

J.R.S. Roque, D. Rodrigues, C.A. Sakamoto, R.S. Machado,

R.P. Oliveira, M.L. Escobar-Pardo, E. Kawakami

Disciplina de Gastroenterologia Pediátrica. Escola Paulista de Medicina. Universidade Federal de São Paulo. São Paulo. Brasil

Introdução: Existem poucos estudos a respeito da epidemiologia da infecção pelo *Helicobacter pylori* em crianças de menor idade de comunidades indígenas que vivem em regiões desprovidas de saneamento básico. **Objetivo:** Avaliar a prevalência da infecção pelo *Helicobacter pylori* em crianças índias <5 anos de idade da comunidade Guarani localizada na periferia da cidade de São Paulo. **Material:** 219 crianças e familiares de crianças índias <5 anos de idade. **Métodos:** Questionário clínico simplificado para avaliar os fatores de risco associados à infecção por *H. pylori*. Diagnóstico de *H. pylori*: teste respiratório ¹³C-ureia como marcador de infecção atual; exame protoparasitológico. **Resultados:** Incluídos 74/219 (33,79%) crianças <5 anos e 145/219 familiares, sendo: 86/145 (59,31%) irmãos mais velhos e 59/145 (40,69%) os pais. A prevalência geral da infecção por *H. pylori* em 219 membros foi 64,84%, compreendendo taxa de 31,08% em 74 crianças de idade <5 anos, subindo para 76,74% em 86 irmãos e 89,83% em 59 pais. A prevalência de *H. pylori* se incrementou significativamente com a idade ($p < 0,001$). 48/51 amostras (94,11%) resultaram positivas para enteroparasitoses e 45,83% tiveram infestações múltiplas. Não houve associação com o gênero, mãe, irmão ou pai infectado e tipo de parasitose ($p > 0,05$). **Conclusão:** A alta prevalência da infecção por *H. pylori* na comunidade aumenta com a idade, sendo a idade o maior fator de risco. Ao contrário das comunidades urbanas, a mãe infectada não constitui fator de risco para a infecção. A alta contaminação ambiental também reflete a alta taxa de parasitose intestinal.

P34. EL TRATAMIENTO DE LA ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL CON INFLIXIMAB O CON TERAPIA CONVENCIONAL DURANTE 6 MESES REDUCE LA ANEMIA POR DEFICIENCIA DE HIERRO Y LA ANEMIA DE LA ENFERMEDAD CRÓNICA

F.F. Corrêa, V.L. Sdepanian

Disciplina de Gastroenterologia Pediátrica. Escola Paulista de Medicina. Universidade Federal de São Paulo. São Paulo. Brasil

Introducción: Son escasas las publicaciones sobre las principales causas de anemia en niños y adolescentes con enfermedad de Crohn y colitis ulcerativa: anemia por deficiencia de hierro y anemia de la enfermedad crónica. **Objetivos:** Estudiar la evolución de indicadores del estado de hierro, proteínas de fase aguda y inflamación durante los 6 primeros meses de tratamiento con infliximab o terapia convencional, en niños y adolescentes con enfermedad de Crohn y colitis ulcerativa. **Pacientes y métodos:** Se estudiaron 14 pacientes con indicación de tratamiento con infliximab y 7 pacientes con tratamiento convencional. Ambos grupos: evaluación al diagnóstico y después de 6 meses de tratamiento. Estos dos grupos fueron comparados entre sí y también con 24 pacientes en fase de remisión y 34 niños y adolescentes sanos evaluados sólo una vez cuando entraron en el estudio. Se analizaron los indicadores de estado de hierro, proteínas de fase aguda y de inflamación en los tiempos descritos. **Resultados:** Según modelo de regresión lineal, en el diagnóstico el parámetro que más se asoció al estado del hierro fue el receptor de transferrina, y los que más lo hicieron a los indicadores de fase aguda o inflamación fueron la interleucina 6 y la ferritina. Hubo un aumento significativo de la hemoglobina y una reducción significativa del receptor de ferritina desde el diagnóstico hasta los 6 meses en ambos grupos, infliximab y terapia convencional. **Conclusiones:** La mayoría de los indicadores del estado del hierro y las proteínas de fase aguda demostraron reducción de la anemia por deficiencia de hierro y de la anemia de la enfermedad crónica en ambos grupos, infliximab y terapia convencional.

P35. PH-METRÍA ESOFÁGICA EN LACTANTES CON ALTE ATRIBUIDOS A REFLUJO, COMPARADA CON LA DE AQUELLOS CON ALTE DE OTRA CAUSA

R. Guerrero-Lozano, C. Zambrano

Departamento de Pediatría. Universidad Nacional de Colombia. Hospital de la Misericordia. Bogotá. Colombia

Introducción: La relación causal entre el RGE y los ALTE ha sido difícil de establecer, a pesar de que el primero con mucha frecuencia es atribuido como factor etiológico. **Objetivo:** Comparar los resultados de la pH-metría de 24 horas en lactantes con ALTE atribuidos a RGE, con los de lactantes con ALTE diagnosticados como secundarios a otras patologías. **Métodos:** A partir del diagnóstico del pediatra tratante se incluyeron lactantes en quienes se atribuyó el ALTE a reflujo (casos) o a otras causas (controles). Se realizó pH-metría intraesofágica de 24 horas y se determinaron los siguientes parámetros: índice de reflujo (IR), número de episodios, episodio más largo, número de episodios mayores de 5 minutos y aclaramiento esofágico; se compararon entre grupos. **Resultados:** Se incluyeron 17 pacientes: 10 en el grupo ALTE 1 y 7 en el grupo ALTE 2. Los grupos fueron comparables en cuanto a variables demográficas. Las medianas para los parámetros en ALTE 1 fueron: número de episodios 66 ± 63; IR 2 ± 2,4; episodio más largo 3 ± 6,7 minutos; episodios >5 minutos 0 ± 1,6; aclaramiento esofágico 0,6 ± 0,4. En ALTE 2: número de episodios 59 ± 37,6; IR 4 ± 3,3; episodio más largo 5 ± 7,2; episodios >5 minutos 1 ± 1; aclaramiento esofágico 1 ± 0,4. No hubo diferencias significativas. **Conclusión:** No se encontraron diferencias entre los valores de pH-metría de los lactantes con ALTE de acuerdo con la categoría dada por el médico tratante.

36. CORRELACIÓN CLINICOPATOLÓGICA EN NIÑOS CON ESOFAGITIS EOSINOFÍLICA EN LA FUNDACIÓN SANTA FE DE BOGOTÁ

J.F. Vera-Chamorro¹, M.M. Acevedo², J. Arroyave², R. López

¹Gastroenterólogo/Nutriólogo Pediatra. Fundación Santa Fe de Bogotá.

²Interna. Fundación Santa Fe de Bogotá. Universidad de los Andes. ³Patóloga. Fundación Santa Fe de Bogotá. Colombia

Introducción: La esofagitis eosinofílica (EE) (>20 eosinófilos por campo de alto poder) está subdiagnosticada. **Objetivo:** Describir los hallazgos histológicos en

niños (<18 años) con diagnóstico de esofagitis eosinofílica y su relación con los hallazgos endoscópicos, clínicos y antecedentes. **Métodos:** Estudio observacional descriptivo retrospectivo. Se incluyeron pacientes <18 años con reporte de patología de la Fundación Santa Fe de Bogotá de EE (>20 eosinófilos por campo de alto poder) entre enero de 2007 y abril de 2011. **Resultados:** Se encontraron 16 pacientes (12 del sexo masculino), de 9,6 ± 2,3 años de edad, con biopsias esofágicas con >20 eosinófilos por campo de alto poder: 10 (62,5%) con 20-40 eosinófilos, 2 con 41-60 eosinófilos, 3 con 61-80 eosinófilos y uno con >100 eosinófilos. 15 tenían hiperplasia de la basal y uno microabsceso. Hallazgos de EE fueron encontrados en 10 endoscopias: 7 con lesiones blanquecinas, 5 con surcos longitudinales, 3 con cuerpo extraño, y 1 estenosis. El síntoma más frecuente fue: dolor abdominal en 7 pacientes, pirosis en 7, disfagia en 5 e impactación de alimento en 3. Se encontró antecedente de asma en 8 pacientes, rinitis en 4 y dermatitis atópica en 3. **Conclusiones:** Los hallazgos histológicos fueron: 20-40 eosinófilos en 10 pacientes e hiperplasia de la basal en 15. Hallazgos endoscópicos compatibles con EE se encontraron en 10 pacientes. El síntoma más frecuente fue el dolor abdominal (7 pacientes), y más del 90% tenían antecedente de atopia personal. **Palabras clave:** esofagitis eosinofílica, niños, adolescentes.

P37. EFECTIVIDAD DE UNA MEDIDA DE REACONDICIONAMIENTO INTESTINAL EN EL MANEJO DEL ESTREÑIMIENTO FUNCIONAL

E.C. Guzmán-Arias, R. Guerrero-Lozano

Departamento de Pediatría. Universidad Nacional de Colombia. Hospital de la Misericordia. Bogotá. Colombia

Introducción: El estreñimiento es un problema común en la consulta del pediatra. Una de las recomendaciones en su tratamiento es la de indicar a los niños que se sienten en el inodoro después de cada comida; sin embargo, hasta el momento no existen estudios que respalden esta recomendación. **Objetivo:** Evaluar la efectividad de una medida de reacondicionamiento intestinal en el tratamiento de niños con estreñimiento funcional de 4 a 18 años de edad. **Pacientes y métodos:** Se realizó un estudio clínico controlado, con pacientes entre 4 y 18 años de edad con diagnóstico de estreñimiento funcional. Después de la evaluación inicial y tras definir el manejo básico, los niños se aleatorizaron en dos grupos, para recibir la recomendación de sentarse en el inodoro después de las comidas. **Resultados:** Se incluyeron 96 pacientes que se dividieron en 2 grupos. Ambos grupos mostraron mejoría clínica en cuanto a frecuencia, forma, consistencia de las deposiciones, conductas de retención, y obstrucción del sanitario. 44,7% de los pacientes siguieron la recomendación de sentarse en el inodoro en el primer control y 15% en el segundo. La mejoría relacionada con la frecuencia de deposición y las conductas de retención fue mayor en el grupo intervenido (p <0,01). No hubo diferencia en el segundo control. **Conclusiones:** La medida de sentarse en el inodoro en los periodos posprandiales puede ser útil para aumentar la frecuencia de las deposiciones y disminuir la retención en la fase inicial del manejo. Como otros elementos del manejo del estreñimiento, puede recomendarse de forma individualizada.

P38. SÍNTOMAS DIGESTIVOS Y RESPUESTA CLÍNICA EN LACTANTES CON ALERGI A LAS PROTEÍNAS DE LA LECHE DE VACA (APLV) EN LA FUNDACIÓN SANTA FE DE BOGOTÁ

J.F. Vera-Chamorro¹, A. Ramírez², J.C. Córdoba³, P.A. Rodríguez³

¹Gastroenterólogo/Nutriólogo Pediatra. Hospital Universitario Fundación

Santa Fe de Bogotá (HU-FSFB). Bogotá. ²Médica. Asistente en investigación.

Salud Pública. Facultad de Medicina. Universidad de los Andes. Bogotá DC.

³Estudiante de Medicina. Universidad de los Andes. Bogotá DC. Colombia

Introducción: La calidad de vida del lactante con APLV puede verse comprometida sin diagnóstico y tratamiento oportunos. **Objetivo:** Describir factores de riesgo, síntomas digestivos, estado nutricional y respuesta de lactantes ≤12 meses con APLV entre junio de 2007 y agosto 2011. **Métodos:** Estudio observacional descriptivo retrospectivo. Información recolectada en Excel 2010; software OMS Anthro versión 2011 para estado nutricional y análisis con Stata Special Edition 11.1. **Resultados:** Se diagnosticaron 40 lactantes (57,5% niños), de 3,0 ± 0,4 meses, con clínica de 2 ± 0,3 meses de ERGE/vómito (20; 50%), diarrea sanguinolenta (8; 20%), fallo en el crecimiento (4; 10%), cólico/irritabilidad (4; 10%), y deposición normal con sangre (3; 7,5%). Los factores de riesgo fueron: madre >30 años (31; 77,5%), fumadora (22; 55%), atopia en 2 familiares (padres/hermanos) (28; 70%), parto por cesárea (27; 67,5%), e ingesta de biberón en la primera semana de vida (35; 87,5%). Al seguimiento de 14 ± 1,4

meses, 19 (47,5%) respondieron a una fórmula ampliamente hidrolizada \pm seno; 19 a una fórmula de aminoácidos \pm seno, y 1 paciente a lactancia exclusiva. El Z-score de P/E $-1,08 \pm 0,19$, T/E $-0,9 \pm 0,2$ e IMC $-0,63 \pm 0,1$ en la primera consulta mejoró al año de edad: $-0,09 \pm 0,2$, $-0,25 \pm 0,19$ y $0,01 \pm 0,19$, respectivamente ($p < 0,05$). 23 (74%) toleraron la leche entera al año de edad. **Conclusiones:** La presentación más frecuente fue ERGE/vómito y diarrea sanguinolenta (70%); los factores de riesgo fueron atopia familiar (70%), cesárea (67,5%) y exposición temprana a las PLV (87,5%). Con un tratamiento adecuado hubo recuperación nutricional y tolerancia a PLV al año de edad (74%). **Palabras clave:** alergia, proteínas de la leche de vaca, lactante.

P39. NEUMATOSIS GÁSTRICA: REPORTE DE UN CASO
M. Vargas¹, J.P. Riveros¹, L. Quintero², A. López³, D.V. Mora⁴, F. Sarmiento⁵

¹Residente de Gastroenterología Pediátrica. Universidad El Bosque. ²Pediatra Neonatóloga. Jefe de Unidad de Recién Nacidos. Fundación Hospital de la Misericordia. ³Radiólogo. Servicio de Radiología. Fundación Hospital de la Misericordia. ⁴Gastroenteróloga Pediatra. Fundación Hospital de la Misericordia. ⁵Gastroenterólogo Pediatra. Universidad Nacional de Colombia - Fundación Hospital de la Misericordia. Bogotá. Colombia

Introducción: La neumatosis gástrica es una rara condición que se asocia con enterocolitis, obstrucción intestinal proximal (estenosis pilórica y atresia duodenal), cirugía cardíaca y lesión de la mucosa gástrica, traumática o inflamatoria, entre ellas la lesión por sonda de alimentación enteral. **Objetivo:** Describir el caso clínico de una recién nacida prematura con gas intramural en el estómago, para resaltar que la enterocolitis no es única causa de neumatosis. **Materiales y métodos:** Recién nacida de parto vaginal, con 33 semanas de edad gestacional y peso 2.240 g, que requirió unidad de cuidados intensivos por dificultad respiratoria sin falla respiratoria. Con alimentación enteral por sonda orogástrica desde el primer día de vida. Al cuarto día presentó distensión abdominal sin signos de infección. **Resultados:** La radiografía de abdomen demostró aire en pared gástrica. Con diagnóstico de enterocolitis, se iniciaron antibióticos y nutrición parenteral. La evolución subsiguiente, sin deterioro clínico ni compromiso extensivo a intestino, descartó la enterocolitis, por lo cual se hizo diagnóstico de neumatosis gástrica secundaria a sonda de alimentación enteral como único factor etiológico asociado. **Conclusiones:** La presentación y revisión de este caso clínico nos permitió definir un diagnóstico y redireccionar el manejo. Nuestro objetivo primordial al reportarlo es alertarnos de que la neumatosis gástrica no siempre hace parte de la enterocolitis y tiene muchas otras etiologías. En la práctica médica es usual y muy frecuente el uso de sondas para alimentación enteral y se debe tener en cuenta como etiología de esta rara entidad.

P40. IMPLEMENTACIÓN DE UN PROTOCOLO PARA LA DETECCIÓN DE MUTACIONES EN EL GEN «23S-ADNr» DE «HELICOBACTER PYLORI» ASOCIADAS A RESISTENCIA A CLARITROMICINA

Y.L. Rosero¹, M.P. Delgado¹, J.F. Vera-Chamorro², D. García¹, A. Ramírez², M.M. Bravo³, L. López², C.A. Jaramillo¹

¹Laboratorio de Diagnóstico Molecular y Bioinformática-LDMB. Universidad de los Andes. ²Fundación Santa Fe de Bogotá-FSFB. ³Instituto Nacional de Cancerología-INC. Bogotá. Colombia

Introducción: El tratamiento contra *H. pylori* incluye el uso de un inhibidor de la bomba de protones y de antibióticos como claritromicina, para la cual se ha descrito un aumento en la resistencia. **Objetivo:** Implementar un protocolo que permita la caracterización de mutaciones en el gen 23S-ADNr de *H. pylori* asociadas a resistencia a claritromicina. **Métodos:** Veinte cepas de *H. pylori* obtenidas de pacientes adultos sirvieron para implementar una reacción en cadena de la polimerasa (PCR), útil en la amplificación de una región del gen 23S-ADNr de este agente. Cada producto de reacción obtenido ($n = 20$) fue secuenciado, y se utilizó el programa CLC Workbench 5 para evidenciar la existencia de cambios en la secuencia. Muestras de niños entre 3 y 15 años con patologías gástricas se analizaron usando un protocolo similar, el cual incluyó la realización de PCR para la amplificación de los genes 16S-ADNr y 23S-ADNr de *H. pylori*. La cepa NCTC 11637se incluyó como control, y una amplificación del gen de la β -globina-humana sirvió para evaluar posibles inhibiciones de la PCR. **Resultados:** Todas las muestras de *H. pylori* positivo (20 de adultos y un niño)

fueron positivas al aplicar la PCR 23S-ADNr. La secuenciación y el análisis bioinformático de los productos de la PCR 23S-ADNr aplicada a las muestras permitió determinar la ausencia de mutaciones en este gen en dichas muestras. **Conclusión:** El protocolo implementado constituye una herramienta para determinar las mutaciones asociadas a resistencia a claritromicina, y permitirá establecer la frecuencia de resistencia en un estudio prospectivo pediátrico.

P41. USO DE LA REACCIÓN EN CADENA DE LA POLIMERASA (PCR), LA SECUENCIACIÓN Y LA CARACTERIZACIÓN DE CEPAS VIRULENTAS DE «HELICOBACTER PYLORI» EN NIÑOS CON PATOLOGÍAS GASTRODUODENALES

M.P. Delgado¹, Y.L. Rosero¹, J.F. Vera-Chamorro², D. García¹, A. Ramírez², M.M. Bravo³, L. López², C.A. Jaramillo¹

¹Laboratorio de Diagnóstico Molecular y Bioinformática-LDMB. Universidad de los Andes. ²Fundación Santa Fe de Bogotá-FSFB. ³Instituto Nacional de Cancerología-INC. Bogotá. Colombia

Introducción: La infección crónica por cepas de *H. pylori* *cag A+* se asocia a una mayor respuesta inflamatoria y daño extenso de la mucosa, de ahí la importancia de contar con protocolos para la detección temprana y la caracterización de este agente. **Objetivo:** Estandarizar una técnica para determinar cepas de *H. pylori* y el estado *cag A* en niños con patologías gastroduodenales. **Materiales y métodos:** 106 cepas de *H. pylori* *cag A+* obtenidas de pacientes adultos se utilizaron para estandarizar el protocolo que permitió la detección y caracterización de cepas de *H. pylori* virulentas. Se usó el mismo protocolo en biopsias de niños que presentaban dolor abdominal (edades entre 3 y 15 años). Este protocolo incluyó la aplicación de una PCR (16S-ADNr) para la detección del agente y otra PCR para establecer el estado *cag A* de las cepas. La cepa NCTC 11637 fue incluida a manera de control positivo en cada reacción. **Resultados:** De las muestras de los niños analizadas en el ensayo, una resultó positiva para *H. pylori*. Al determinar el estado de *cag A*, dicha muestra fue negativa. **Conclusiones:** El protocolo implementado constituye una herramienta útil para la detección de las cepas de *H. pylori* más virulentas en un estudio prospectivo en niños con dolor abdominal y patologías gastroduodenales.

P42. TRIPLE TERAPIA EN ESCOLARES Y ADOLESCENTES INFECTADOS POR «HELICOBACTER PYLORI» EN UN SERVICIO AMBULATORIO

T. Frago¹, M. Del Alcázar¹, M. Cárdenas², L. González³, M.E. Trujillo¹, R. Milán¹

¹Servicio de Gastroenterología y Nutrición. Hospital Pediátrico Universitario Pedro Borrás. ²Servicio de Anatomía Patológica. Hospital Pediátrico Universitario Juan Manuel Márquez. ³Servicio de Anatomía Patológica. Instituto de Gastroenterología. La Habana. Cuba

Introducción: El *Helicobacter pylori* (Hp) es un agresor de la mucosa gástrica con deterioro progresivo incluso en pacientes asintomáticos. Los tratamientos de la infección por Hp muestran un promedio de erradicación variable. Es conocido que los resultados de la triple terapia convencional son cada vez más desalentadores en la erradicación de esta infección, por los altos niveles de resistencia. **Objetivo:** Determinar la capacidad erradicadora de la triple terapia y la frecuencia de mejoría histológica. **Método:** Estudio observacional, descriptivo, de serie de casos, en adolescentes entre 10 y 18 años, de ambos sexos, atendidos en el periodo 2003-2010. Se revisaron las historias clínicas de 98 niños con diagnóstico de gastritis crónica antral activa diagnosticados por endoscopia superior (EDS) y anatomía patológica, y confirmados por prueba de ureasa rápida (PUR) e histología (hematoxilina-eosina/Giemsá), según clasificación de Sydney. Recibieron –previo consentimiento informado– omeprazol, amoxicilina y metronidazol durante 10 días. Doce semanas después del tratamiento se les realizó EDS y biopsias de control. Se consideraron infectados cuando la PUR y/o la histología fueron positivas, y erradicados cuando ambas fueron negativas. Se consideraron mejorados o curados cuando hubo inactividad. **Resultados:** Hubo 26 abandonos, quedando 72 pacientes, con un 54% de erradicación por PUR y por histología, y se evidenció mejoría o curación de la lesión por histología en el 52% de los pacientes. **Conclusiones:** Consideramos que el bajo porcentaje de erradicación de la infección con esta terapia concuerda con la necesidad planteada actualmente de la utilización de otros esquemas para combatir las resistencias en la infección por Hp.

P43. FACTORES EPIDEMIOLÓGICOS ASOCIADOS A LA INFECCIÓN POR «HELICOBACTER PYLORI» EN NIÑOS SINTOMÁTICOS

L. Millán¹, T. Fragoso², N. Pérez², M. Cárdenas³, M.E. Trujillo², R. Milán²

¹Servicio de Microbiología. Instituto de Cardiología y Cirugía Cardiovascular.

²Servicio de Gastroenterología. Hospital Pediátrico Universitario Pedro Borrás.

³Servicio de Anatomía Patológica. Hospital Pediátrico Universitario Juan Manuel Márquez. La Habana. Cuba

Introducción: La infección por *Helicobacter pylori* es cosmopolita, teniendo gran relevancia en los niños por ser la edad de adquisición de la infección. En Cuba existen pocos estudios realizados en la población pediátrica que reflejen el punto de vista epidemiológico, por lo que este estudio abarca factores que pudieran influir en la adquisición temprana de la infección. **Material y métodos:** Se estudiaron 100 pacientes de ambos sexos con edades entre 7 y 18 años que fueron sintomáticos, para poder determinar los factores epidemiológicos posibles asociados a la infección. **Resultados:** De los 100 pacientes estudiados, encontramos un mayor porcentaje de infectados con edades entre 13 y 15 años. Los antecedentes patológicos de enfermedad gastrointestinal constituyeron los datos epidemiológicos más interesantes obtenidos, con un 51% de positividad. Se determinó que el 95% de los niños procedían de zonas urbanas, el 91% no referían hacinamiento, el 86% no tenían utensilios propios para comer y el 44% convivían con mascotas. La epigastralgia se presentó en el 75% de los pacientes. Un 89% de los pacientes estudiados presentaron gastritis crónica y, dentro de ésta, la gastritis crónica moderada y severa constituyó un 50%. **Conclusiones:** La infección por *Helicobacter pylori* en niños se detecta con mayor frecuencia en la adolescencia, siendo un patrón determinante para futuros estudios en esta población y candidatos vacunales para dicha infección. Los antecedentes familiares de úlcera péptica y otras enfermedades gastrointestinales revelaron la posible ruta o vía de transmisión de la infección por *Helicobacter pylori*. El diagnóstico y tratamiento oportuno evitaría las lesiones premalignas y malignas en el futuro de estos pacientes.

P44. ENDOSCOPIA DIGESTIVA ALTA DE URGENCIA EN NIÑOS Y ADOLESCENTES. EXPERIENCIA DE 20 AÑOS

M.E. Trujillo, E. Sagaró, T. Fragoso, M. Oduardo, O. Lazo

Departamento de Gastroenterología y Nutrición. Hospital Pediátrico Universitario Juan Manuel Márquez. La Habana. Cuba

Introducción: La panendoscopia de urgencia es un procedimiento de gran utilidad para el diagnóstico y tratamiento de las enfermedades del tracto digestivo superior, constituyendo una práctica habitual. **Objetivos:** Identificar las afecciones que motivaron la realización de una endoscopia de urgencia, y determinar los hallazgos endoscópicos y las complicaciones del proceder. **Métodos:** Se revisaron los informes endoscópicos de 803 pacientes menores de 18 años, de ambos sexos, en el periodo 1990-2011. Los procedimientos endoscópicos de urgencia fueron realizados con endoscopio flexible y anestesia general endotraqueal. **Resultados:** Las indicaciones más frecuentes fueron: ingestión de sustancias cáusticas 482 (60%), hemorragia digestiva alta 299 (37%), ingestión de cuerpo extraño 19 (2,3%) y epigastralgia intensa 3 (0,3%). La sosa cáustica fue ingerida en 279 (57,8%), y la ingestión fue accidental en el 98,7%. Se observaron lesiones orales en 153 (31,7%), faringolaríngeas en 66 (13,6%) y cutáneas en 25 (5,1%). En la panendoscopia se observaron lesiones esofágicas en 225 (46,6%): 71 esofagitis grado I (31,5%), 50 grado II (22,2%), 64 grado III (28,5%) y 40 grado IV (17,7%); y gástricas en 11 (2,2%). Los hallazgos endoscópicos en la hemorragia digestiva fueron: gastritis aguda hemorrágica 125 (41,8%), varices esofágicas 63 (21%), gastropatía portal 34 (11,3%) y úlcera gastroduodenal 30 (10%), entre otros. Dieciocho (94,7%) de los cuerpos extraños fueron extraídos endoscópicamente, siendo las monedas los más frecuentes. **Conclusiones:** La panendoscopia de urgencia es un proceder útil para el diagnóstico, pronóstico y tratamiento de las afecciones del tracto digestivo superior. No se reportaron complicaciones, por lo que es un método seguro y eficaz.

P45. ÚLCERA DUODENAL POR INFECCIÓN POR «HELICOBACTER PYLORI» EN UN SERVICIO AMBULATORIO DURANTE 10 AÑOS

T. Fragoso¹, M.E. Trujillo¹, L. González², M. Cárdenas³, M. Del Alcázar¹, R. Milán¹

¹Servicio de Gastroenterología y Nutrición. Hospital Pediátrico Universitario Pedro Borrás.

²Servicio de Anatomía Patológica. Instituto de Gastroenterología.

³Servicio de Anatomía Patológica. Hospital Pediátrico Universitario Juan Manuel Márquez. La Habana. Cuba

Introducción: La úlcera duodenal (UD) es un hallazgo poco frecuente en el niño con síntomas dispépticos; de hecho, en hospitales de referencia no supera cifras de 4-6 casos nuevos/año. La infección por *Helicobacter pylori* (Hp) se asocia casi siempre a una gastritis crónica antral activa (GCAA), pero sólo el 10-15% manifiestan una UD evidente. **Objetivo:** Determinar la frecuencia y evolución de UDHp+ en adolescentes en consulta ambulatoria durante 10 años, y algunas variables epidemiológicas. **Métodos:** Es un estudio descriptivo de serie de casos de 37 niños y adolescentes entre 7 y 18 años (media 13 años) diagnosticados de UDHp+ confirmada por prueba de ureasa e histopatología (hematoxilina-eosina/Giensa). **Resultados:** El 62% entre 10 y 14 años, 70,3% masculinos; un 45,9% con antecedentes familiares de UD. Epigastralgia (91,9%), acidez (24,3%), melena (5,4%). Tuvimos una incidencia de 3,7/año. Hubo 31 (83,3%) únicas y 6 (16,2%) dobles con asociación endoscópica: gastritis nodular en 19 (51,3%) y gastritis eritematosa en 18 (48,6%). Por histopatología, distintos grados de GCAA: ligera 12 (32,4%), moderada 12 (32,4%), severa 13 (35,2%); nódulos linfoides en 19 (51,3%), atrofia glandular en 1 (2,7%). Con distintos esquemas de triple terapia, terapia cuádruple y terapia secuencial en los 27 que concluyeron la evolución endoscópica: 20 (74,1%) cicatrizaron, 16 (59,3%) erradicaron y 10 (37%) recidivaron. Hubo mejoría o curación de las lesiones histológicas en 20 (74,1%). **Conclusiones:** Nuestro estudio coincide con la mayoría de los autores en que la UD es un hallazgo poco frecuente en niños dispépticos y/o con dolor abdominal crónico, pero debe sospecharse en toda epigastralgia con síntomas de alarma y antecedentes familiares.

P46. CARACTERIZACIÓN DE LA INFECCIÓN POR «HELICOBACTER PYLORI» EN NIÑOS Y ADOLESCENTES EN UN SERVICIO AMBULATORIO

T. Fragoso Arbelo¹, D. Rivas Domingo¹, M.E. Trujillo Toledo², M. Cárdenas Bruno², F. Revilla Machado³, R. Milán Pavón¹

¹Servicio de Gastroenterología y Nutrición. Hospital Pediátrico Universitario Pedro Borrás.

²Servicio de Gastroenterología y Anatomía Patológica. Hospital Pediátrico Universitario Juan Manuel Márquez.

³Servicio de Gastroenterología. Hospital Pediátrico Universitario Arturo Aballí. La Habana. Cuba

Introducción: La infección por *Helicobacter pylori* (Hp) es muy común, particularmente en los países en vías de desarrollo, jugando un rol importante en la enfermedad ácida péptica. **Objetivo:** describir las características clínico-epidemiológicas y la frecuencia de la infección por Hp. **Material y métodos:** En 3 años se realizó una encuesta de síntomas a pacientes y/o padres y un examen físico. Se realizó panendoscopia previo consentimiento informado y dos biopsias de mucosa antral, una para prueba de ureasa rápida y otra para estudio histopatológico (hematoxilina-eosina/Giensa), para determinar el grado de gastritis y la presencia Hp según el sistema Sydney. **Resultados:** Se demostró la infección por uno de los métodos. Base de datos procesada a través de frecuencias absolutas y relativas. Se seleccionaron 196 pacientes entre 7 y 18 años (media 14,6) de un total de 471 (41,6%), 53% femeninos, 59,7% entre 10 y 14 años. Por endoscopia: 49,5% gastritis eritematosa antral; 36,8% gastritis nodular antral; 13,7% úlcera duodenal con gastritis asociada. Un 29,6% con antecedentes familiares de úlcera péptica. Epigastralgia 85,2%, acidez 46,4%, vómitos 21%, náuseas 16,3%. En cuanto al tiempo de evolución al diagnóstico, predominó el grupo de más de un año (24,5%), seguido del de 4-6 meses (22,4%). Todos presentaron gastritis crónica de diferentes grados: ligera (34,7%), moderada (37,2%) y severa (28,1%), con Hp por ureasa rápida un 83,2%, y un 93,4% por histología, coincidiendo por ambos métodos en 150 (76,5%). Se observó presencia de nódulos linfoides (41,8%). **Conclusiones:** La infección por Hp es frecuente, causando lesiones inflamatorias gastroduodenales en niños y adolescentes. Hubo una asociación importante del Hp por ambos métodos. Recomendamos el seguimiento por biopsia a los que continúan con infección crónica y presentan nódulos linfoides, por el riesgo de presentar linfoma asociado a mucosa.

P47. GASTRITIS CRÓNICA POR «HELICOBACTER PYLORI» EN PEDIATRÍA. NUESTRA EXPERIENCIA

M. Cárdenas Bruno, T. Frago, M.E. Trujillo Toledo, O. Lazo, E. Sagaró, M. Oduardo, E. Boix Valdés
Hospital Pediátrico Universitario Juan Manuel Márquez. La Habana. Cuba

Introducción: La infección por *Helicobacter pylori* (Hp) de inicio en la infancia se ha relacionado con la gastritis crónica, con la úlcera péptica y duodenal en el niño y el adulto, con el cáncer gástrico y con el linfoma tipo MALT. **Objetivos:** Mostrar los casos de gastritis crónica por Hp y su variación histológica. **Material y método:** Estudio retrospectivo de 2.186 biopsias de mucosa gástrica procesadas y diagnosticadas en 20 años. Se les realizaron coloraciones de rutina y Giemsa. El universo quedó constituido por 1.015 casos de gastritis crónica por Hp. Se utilizó la clasificación de Sydney. **Resultados:** En un periodo de 20 años se revisaron 2.186 biopsias de mucosa gástrica; de ellas, 1.015 correspondieron a gastritis crónica por Hp (un 46,4%); 543 (53,5%) correspondieron al sexo femenino y 472 (46,5%) al masculino. El grupo más frecuente fue el de 13-16 años, con 489 (48,2%). Según la clasificación utilizada, hubo 397 (39,1%) gastritis crónicas ligeras, 352 (34,7%) moderadas y 266 (26,2%) intensas. El 33,3% presentaron nódulos linfoides, apreciándose en las gastritis crónicas moderadas y severas que la suma representa más de la mitad de los casos (60,9%). La metaplasia intestinal fue encontrada en 6 pacientes. **Conclusiones:** La infección por Hp se detectó en un alto porcentaje. El comportamiento del Hp es similar en ambos sexos. Predominó la gastritis crónica ligera; sin embargo, el mayor porcentaje corresponde a la suma de las gastritis crónicas moderadas y severas. Los nódulos linfoides se presentaron en las gastritis crónicas moderadas y severas.

P48. CARACTERIZACIÓN CLÍNICO-MICROBIOLÓGICA DE LA INFECCIÓN POR «HELICOBACTER PYLORI» EN NIÑOS CON SÍNTOMAS DIGESTIVOS

L. Millán¹, R. Llanes², M.P. Escobar³, O. Feliciano², O. Gutiérrez², A. Gala², V. Capó²

¹Instituto de Cardiología y Cirugía Cardiovascular. ²Instituto de Medicina Tropical Pedro Kourí (IPK). ³Instituto de Gastroenterología (IGE). La Habana. Cuba

Introducción: La caracterización de aislamientos de *H. pylori* en niños es de gran importancia en la prevención de complicaciones en la adultez. A 133 pacientes con trastornos digestivos que tenían criterio de endoscopia, se les tomaron 4 biopsias del antro pilórico para 3 métodos diagnósticos. **Material y métodos:** Se calcularon valores de desempeño para PRU y cultivo usando la histopatología como prueba de referencia. Se determinó la susceptibilidad antimicrobiana por el método de dilución en agar, y se realizó la RCP para el gen *cag A* en 20 aislamientos. **Resultados:** La prevalencia de la infección fue del 31%, predominando en el estudio los niños con edades entre 9 y 13 años. Se encontró una asociación estadística entre la infección y el sangrado digestivo alto. Los niños infectados presentaron con mayor frecuencia pangastritis y gastritis crónica moderada. El cultivo mostró mejores resultados como método diagnóstico. Se encontró una resistencia elevada a metronidazol (95%), y el 80% de los aislamientos fueron *cag A* positivos. Se asoció estadísticamente el aislamiento *cag A* positivo con la resistencia a metronidazol. La prevalencia de la infección en los niños estudiados fue baja. **Conclusiones:** *H. pylori* tiene un rol predominante en el síndrome dispéptico a partir de edades intermedias de la infancia. Las pruebas invasivas resultaron útiles para el diagnóstico, predominando el cultivo. Se demostró una elevada resistencia a metronidazol en los aislamientos. La alta frecuencia del genotipo *cag A* positivo en aislamientos resistentes sugiere una posible asociación de este marcador con la resistencia a los antimicrobianos empleados en el tratamiento de la infección.

P49. EFICACIA DIAGNÓSTICA DE LOS ANTICUERPOS ANTITRANSGLUTAMINASA TISULAR EN NIÑOS CON SÍNTOMAS DIGESTIVOS CRÓNICOS Y SOSPECHA DE CELIAQUÍA

R. Valdés Landaburo, G. Sánchez Iglesias, M. Lara Martín, J. Reyes Vera, O. López Bernal, T. Tamargo Barbeito
Hospital Pediátrico Universitario José Luis Miranda. Santa Clara. Villa Clara. Cuba

Introducción: La enfermedad celiaca es la enteropatía crónica más frecuente en el mundo, pero se desconoce su ocurrencia en niños con síntomas digestivos crónicos en nuestro medio. **Objetivo:** Evaluar la eficacia diagnóstica de Heber-

Fast Line anti-transglutaminasa en niños con síntomas digestivos crónicos. **Material y métodos:** Investigación prospectiva entre enero de 2008 y abril de 2011 en el Hospital Pediátrico Universitario José Luis Miranda de Santa Clara (Cuba), que incluyó 535 infantes en los que se pesquisararon anticuerpos antitransglutaminasa tisular (HeberFast Line anti-transglutaminasa de producción nacional). Se tomaron biopsias transendoscópicas del duodeno, que se interpretaron según la clasificación de Marsh-Oberhuber y se relacionaron con la prueba serológica; se evaluó la eficacia diagnóstica de los anticuerpos, y se estimó la frecuencia de celiacía. **Resultados:** Sólo 11 pacientes resultaron positivos a la determinación de anticuerpos (2,1%); el tipo de lesión anatomopatológica predominante en los pacientes positivos para los anticuerpos fue característico de la enfermedad celiaca -9 niños (75%)-, y se comprobó la concordancia entre los diagnósticos serológicos e histopatológicos del duodeno ($K=0,78$; $p<0,001$). La frecuencia de enfermedad celiaca en la serie fue del 2,2% (12 pacientes) y la sensibilidad y la especificidad de los anticuerpos fue del 75 y el 99%, respectivamente. **Conclusiones:** Se demostró baja frecuencia de celiacía en la serie y se obtuvo una buena eficacia diagnóstica de la prueba serológica en niños con sospecha de esta enfermedad.

P50. CÁPSULA ENDOSCÓPICA: SCORE DE LEWIS EN LA ENFERMEDAD DE CROHN PEDIÁTRICA

E. Donat, B. Polo, M. Calzado, A. Roca¹, C. Gutiérrez², A. Pereda, C. Ribes-Koninckx

Unidad de Gastroenterología Pediátrica. ¹Servicio de Cirugía Pediátrica. Hospital Universitario La Fe. Valencia. ²Hospital General de Albacete. España

Introducción: La cápsula endoscópica es un dispositivo extremadamente útil para la valoración del intestino delgado, no accesible con las técnicas endoscópicas convencionales. En pediatría resulta de gran valor para la aproximación diagnóstica y para el seguimiento en la enfermedad de Crohn (EC). Hasta el momento únicamente se ha validado un score, el de Lewis, para evaluar de forma objetiva los hallazgos de la CE, y ello sólo en adultos. **Objetivo:** Valorar la aplicabilidad del score de Lewis en la población pediátrica con EC. **Material y método:** Los parámetros valorados en el score son: aspecto de las vellosidades (edema y extensión) y úlceras (número y extensión de éstas). El intestino delgado se divide en tres territorios, otorgando el valor del score a aquel territorio con mayor puntuación. Aunque la presencia de estenosis es uno de los parámetros puntuados, en nuestra serie no se considera ya que en todos los pacientes, previamente a la exploración con cápsula endoscópica, se descartó una estenosis mediante la cápsula Patency. Un score <135 considera la mucosa normal, con valores de 135-790 la inflamación de la mucosa es considerada como leve, y <790 como moderada-severa. **Resultados:** Se aplicó el score de Lewis a un total de 11 pacientes en edad pediátrica (5-15 años) afectados de EC activa. Todos los pacientes presentaban una puntuación por encima del valor de normalidad, siendo leve en 6 y moderada-severa en los 5 restantes. **Conclusión:** La aplicación del score de Lewis es factible en la edad pediátrica y puede ser de gran ayuda para cuantificar el grado de afectación de la mucosa y así ser utilizado en el seguimiento de la evolución de las lesiones.

P51. DIAGNÓSTICO DE ENFERMEDAD CELIACA: APLICACIÓN DE LOS NUEVOS CRITERIOS ESPGHAN 2011

G. Klapp, E. Masip, M. Bolonio, E. Donat, B. Polo, A. Pereda, C. Ribes

Hospital Universitario La Fe. Valencia. España

Introducción: Los nuevos criterios propuestos por la ESPGHAN para el diagnóstico de enfermedad celiaca (EC) contemplan la posibilidad de obviar la biopsia intestinal (BI) en determinadas circunstancias. **Objetivo:** Comparar la eficacia de la combinación de tres marcadores (Triple Test [TT]) para el diagnóstico de EC vs. criterios ESPGHAN 1990. **Material y métodos:** Revisión retrospectiva de pacientes, referidos para una BI (enero 2005-septiembre 2010). Criterios de inclusión: pacientes sintomáticos, con estudio HLA y resultados de anticuerpos anti-transglutaminasa IgA (TGt) (ELIA Phadia, valor de corte [vc] 6 UI/mL) y antiendomisio IgA (EMA, Biosystem, vc 1:5) coincidiendo con la BI. Consideramos positivos para el TT aquellos que presentaban TGt= 10 veces el vc (60 UI/mL), EMA positivo y HLA DQ2 y/o DQ8 positivo. Se consideró TT negativo si no cumplía con estas tres condiciones. Se compararon los resultados del TT con los hallazgos histológicos. **Resultados:** Se agruparon en: Marsh II y III con TT positivo: 113 pacientes; Marsh II y III con TT negativo: 5; Marsh 0 y I con TT posi-

vo; 3; Marsh 0 y I con TT negativo; 4. Se determinó: valor predictivo positivo (VPP) y sensibilidad del TT utilizando como *gold standard* la lesión histológica: VPP 97,4%, sensibilidad 95,7%. Los 3 pacientes con TT (+) y Marsh 0-I, en el lapso de 7-60 meses evolucionaron todos a Marsh III, elevando el VPP al 100%. **Conclusiones:** El TT puede ser útil como alternativa a la BI para el diagnóstico de EC, en concordancia con los nuevos criterios ESPGHAN 2011.

P52. CALPROTECTINA FECAL EN ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL

H. Armas, G. Reyes, M. Casariego, M.V. Diez, L. Peña¹, I. Triana¹
Hospital Universitario de Canarias (HUC). Tenerife. ¹Hospital Materno Infantil de Canarias (CHUMIC). Las Palmas. Canarias. España

Introducción: La calprotectina, proteína mayoritaria del citosol del neutrófilo, posee un importante papel en el proceso inflamatorio, así como un efecto directo antibacteriano, y constituye un marcador de flujo de neutrófilos dentro del lumen intestinal, al ser secretada en exceso por las heces en pacientes afectados de enfermedad inflamatoria intestinal (EII). Por tal motivo, se pretende ratificar el interés de la calprotectina fecal (CF) como marcador en la EII, diferenciando esta patología orgánica en su debut, brotes o recidivas del resto de patología funcional intestinal. **Material y método:** Se han analizado, en el laboratorio del Hospital Universitario de Canarias (HUC), 69 muestras de heces congeladas a -30 °C, obtenidas del 1/10/2010 al 30/5/2011 en ambos hospitales (HUC y CHUMIC), correspondientes a 20 pacientes con EII (9 enfermedades de Crohn y 11 colitis ulcerosas, con índices de actividad leves y moderados) y a 12 controles sanos, de ambos sexos y con edades entre los 9 y los 15 años, distribuidas como sigue: 43 muestras de EII durante brote agudo, 14 EII sin brote y 12 casos control sanos. Se utilizaron kits de Immundiagnostik AG Bensheim Prevent ID[®] Cal Detect y Phical[®] Calprotectina ELISA (distribuidos en España por Leti Diagnósticos) para determinar la calprotectina fecal mediante sistema de test monoclonal y método ELISA, para los test rápidos con lectura a los 10 minutos y para los test cuantitativos, respectivamente. Se consideraron valores patológicos de calprotectina rápida aquellos >60 µg/g para el test rápido, y tasas >50 mg/kg para el método ELISA cuantitativo. **Resultados:** Las tasas medias y DS de CF ELISA obtenidas en nuestro estudio resultaron ser: 128,26 ± 97,36 para EII en brote agudo; 22 ± 23,53 en EII sin brote agudo; y 5,05 ± 4,82 en los casos control sanos, respectivamente. Para la CF rápida, en 33/37 muestras de EII con brote y en 4/14 de EII sin brote, resultaron valores >60; el resto <60. Al comparar los resultados entre EII con brote y controles sanos se obtuvieron una especificidad (E), una sensibilidad (S), un valor predictivo positivo (VP+) y un valor predictivo negativo (VP-) del 97, 100, 100 y 91% para la CF de test rápido; y del 90, 100, 100 y 75% para el test ELISA, respectivamente. Al comparar entre EII con brote vs. EII sin brote se obtuvieron: S= 97%, E= 70%, VP+= 90% y VP-= 90% para la CF rápida; y S= 91%, E= 86%, VP+= 96% y VP-= 76% para la CF ELISA, respectivamente. Al comparar entre EII sin brote y controles se obtuvieron: S= 30%, E= 93%, VP+= 98; VP-= 66% para la CF rápida; y S= 14%, E= 100%, VP+= 100% y VP-= 60% para la CF ELISA, respectivamente. **Conclusiones:** La determinación de calprotectina fecal (CF), tanto en los test rápidos como en el ELISA, resulta muy útil como marcador de actividad en la EII.

P53. INSOSPECHADO DÉFICIT CONGÉNITO DE DISACARIDASAS EN PACIENTE CON PARÁLISIS CEREBRAL INFANTIL

P. Barros García¹, M.ª D. Pérez López², J.M. De Nicolás Jiménez³, M.ª J. López Rodríguez¹, A. López Lafuente¹, A. Polo Antúnez¹, O. Fernández de la Cruz¹, A. Izquierdo Martín¹, V. Carretero¹
¹Servicio de Pediatría. Hospital San Pedro de Alcántara. Cáceres. ^{2,3}MFYC. Unidad Docente de Toledo. ³Centro de Salud de Cabezueta del Valle. Cáceres. España

Introducción: Las disacaridasas (DS) son enzimas intestinales que hidrolizan los azúcares ingeridos. Su déficit produce diarrea, dolor abdominal, meteorismo, vómitos y a veces desnutrición. Existen mutaciones que explican la variedad clínica. Se diagnostica mediante determinación de la actividad de las DS en mucosa intestinal. El tratamiento consiste en retirar o disminuir los azúcares responsables. Algunos pacientes precisan suplementación enzimática. La mayoría tolerarán los azúcares progresivamente, aunque el déficit persiste. **Caso clínico:** Niño de 3 años diagnosticado de parálisis cerebral infantil. Lactancia materna durante 4 meses. Beikost bien tolerado. Presenta hace 4 meses episodios de irritabilidad, dolor abdominal cólico, aerofagia, náuseas y vómitos, de predominio posprandial. Se retiraron los lácteos 1 mes, sin mejoría. Hábito estreñido. Desarrollo ponderoesatu-

ral normal. Se diagnostica por pH-metría de reflujo gastroesofágico (RGE). Inicia tratamiento antirreflujo y antiestreñimiento, persistiendo la sintomatología. Pruebas complementarias: hemograma, bioquímica, celiaca y endoscopia normales. Histología: esofagitis leve por RGE; carditis crónica; mucosa gástrica y duodenal normal. Determinación de actividad de DS: lactasa 5,4 UI/g/min (32-52); sacarasa 33,3 (104-132); maltasa 56,1 (204-327). Diagnóstico: déficit congénito de lactasa y sacarasa-isomaltasa. Enfermedad por RGE (ERGE). Tratamiento: esomeprazol. Dieta baja en lactosa, almidón y sacarosa. Evolución: remisión clínica. **Conclusiones:** Debido a la persistencia de la sintomatología, se realizó endoscopia para valorar ERGE. Ante la inexistencia de lesiones macroscópicas, y dada la patología de base, que imposibilitaba la realización de otros estudios como el test de hidrógeno con lactosa, cuantificamos las enzimas de pared, con el sorprendente hallazgo de valores disminuidos de DS, en un paciente que nunca había presentado clínica típica de malabsorción de azúcares, lo que difiere de lo publicado.

P54. EVALUACIÓN DE LAS SUBPOBLACIONES DE LINFOCITOS EN NIÑOS CON INFECCIONES BACTERIANAS RESPIRATORIAS Y GASTROINTESTINALES

M. Palacios Martínez¹, M.C. González Torres¹, L. Rodríguez Cruz¹, R.D. Martínez Pérez², E. Cortés Barberena¹, C.C. Cortés Béjar³, F. Valencia Chavarría³, O. Nájera Medina⁴

¹Departamento de Ciencias de la Salud. CBS. UAM-I. ²Departamento de Medicina Experimental de la UNAM. Hospital General de México.

³Hospital Materno-Pediátrico Xochimilco del Gobierno del DF.

⁴Departamento de Atención a la Salud. CBS. UAM-X. México

Introducción: Las infecciones bacterianas en México son un problema en niños menores de 5 años, principalmente las de tipo gastrointestinal y respiratorio. Sin embargo, el sistema inmunitario responde con la producción de células para la eliminación del agente patógeno. **Objetivo:** Determinar los cambios en los porcentajes de las subpoblaciones de linfocitos en niños infectados de acuerdo al tipo de infección. **Metodología:** Se obtuvo sangre periférica de niños que presentaban infección gastrointestinal o respiratoria. Posteriormente las muestras se tiñeron con: FITC anti-IgG₁ / PE anti-IgG₂ / PerCP anti-CD3; FITC anti-CD45 / PE anti-CD14; FITC anti-CD3 / PE anti-CD16+CD56 / PerCP anti-CD19. La adquisición y el análisis de los datos se realizó en un citómetro de flujo FACScalibur con el programa CellQuest II. **Resultados:** Se obtuvieron muestras sanguíneas de 62 niños sin infección y 21 niños con infecciones, de los cuales 13 niños tuvieron infección respiratoria y 8 infección gastrointestinal. Los niños con infección gastrointestinal presentaron un mayor porcentaje de linfocitos T con relación a los niños con infección respiratoria y los niños sin infección. Los niños con infección respiratoria mostraron un mayor porcentaje de linfocitos B respecto a los niños con infección gastrointestinal y los niños sin infección. **Discusión:** Los porcentajes aumentados de linfocitos B en niños con infecciones respiratorias indican que se desencadena una respuesta de tipo humoral y el aumento de linfocitos T en las infecciones gastrointestinales con una respuesta de tipo celular, esto probablemente debido a las características del agente causal de la infección; sin embargo, ambos tipos de respuesta no son excluyentes, ya que existe un predominio de una sobre la otra. (Agradecimientos. A CONACYT, beca de doctorado con número de registro 47905.)

P55. ESTADO NUTRICIONAL EN PREESCOLARES DE DOS DELEGACIONES DEL DISTRITO FEDERAL, MÉXICO

A. Tamayo Sánchez¹, M.C. González Torres², O. Nájera Medina¹

¹Departamento de Atención a la Salud. CBS. UAM-Xochimilco.

²Departamento de Ciencias de la Salud. CBS. UAM-Iztapalapa. México

Introducción: El estado nutricional de los preescolares es de importancia, ya que se encuentran en etapas de crecimiento y desarrollo, donde se forman los hábitos alimenticios. Actualmente ha disminuido la desnutrición, aunque ha aumentado el sobrepeso (ENURBAL 2002). **Objetivo:** Determinar el estado nutricional en los preescolares en guarderías de las Delegaciones Coyoacán y Tláhuac. **Metodología:** Se tomaron medidas antropométricas a 1.307 niños, 637 niñas y 670 niños, con media de 4,6 años. Se usaron las tablas de referencia de la OMS. Se evaluó el estado nutricional con los indicadores IMC, P/E, T/E y P/T, y el diagnóstico se obtuvo mediante la NOM-008-SSA2-1993. **Resultados:** La prevalencia de desnutrición de acuerdo con el IMC fue del 13,6%; hubo un 24,6% de sobrepeso y obesidad (SP-OB) y un 61,7% de normalidad. En cuanto al P/E, se encontró un 22,4% de desnutrición, un 50,6% normal y un 26,9% de SP-OB.

Coyoacán presentó mayor prevalencia de obesidad y desnutrición moderada que Tláhuac. En cuanto al T/E, se encontró talla baja del 13%, normal del 77,3% y alta del 9,64%; en Tláhuac se observó talla baja y alta con diferencia a Coyoacán. El estado nutricional de acuerdo con el P/T, en la categoría de desnutrición se presentó en el 4,2%, un 74,8% fue normal y un 20,9% correspondió a SP-OB. El 25% de la población estudiada con este indicador tiene un problema de mala nutrición. **Conclusión:** La prevalencia de mala nutrición en los niños osciló entre el 49,3 y el 25% de acuerdo con los indicadores, encontrándose conjuntamente la prevalencia de desnutrición y baja talla con la de sobrepeso y obesidad.

P56. PRESENCIA DE LINFOCITOS T EFECTORES EN NIÑOS CON INFECCIÓN RESPIRATORIA Y GASTROINTESTINAL

M. Palacios Martínez¹, M.C. González Torres¹, L. Rodríguez Cruz¹, R.D. Martínez Pérez², E. Cortés Barberena¹,

C.C. Cortés Bejar³, F. Valencia Chavarría³, O. Nájera Medina⁴

¹Departamento de Ciencias de la Salud. CBS. UAM-I. ²Departamento de Medicina Experimental de la UNAM. Hospital General de México.

³Hospital Materno-Pediátrico Xochimilco del Gobierno del DF.

⁴Departamento de Atención a la Salud. CBS. UAM-X. México

Introducción: Existen linfocitos T con funciones efectoras, como el CD28– y el CD62L–. Las células CD28– tienen funciones citotóxicas y son productoras de citocinas, mientras que las CD62L– pueden diferenciar a respuesta Th1 o Th2. **Objetivo:** Establecer las diferencias en el porcentaje de las células efectoras de acuerdo con el tipo de infección que presentan los niños. **Metodología:** Se obtuvo sangre periférica de 62 niños sin infección y de 21 niños infectados, de los cuales 8 niños presentaban infección gastrointestinal y 13 infección respiratoria. Las muestras se tiñeron con: FITC anti-IgG₁ / PE anti-IgG₂ / PerCP anti-CD3; FITC anti-CD4 / PE anti-CD62 / PerCP anti-CD3 y FITC anti-CD8 / PE anti-CD28 / PerCP anti-CD3. La adquisición y el análisis de los datos se realizaron en un citómetro de flujo FACScalibur con el programa CellQuest II. **Resultados:** Los niños con infección de vías respiratorias presentaron un mayor porcentaje de linfocitos CD3+CD28– (38,9 ± 6,6%), CD3+CD62– (41,5 ± 6,3%) y CD8+CD28– (39 ± 4,5%) con relación a los niños con infección gastrointestinal, que presentaron CD3+CD28– (13,1 ± 11,2%), CD3+CD62– (22,3 ± 11,5%) y CD8+CD28– (24 ± 5,6%), y los niños sin infección, que presentaron CD3+CD28– (20,2 ± 2,8%), CD3+CD62– (22,5 ± 3%) y CD8+CD28– (22,6 ± 2%). Los niños con infección gastrointestinal presentaron un mayor porcentaje en los CD4+CD62L– (32,8 ± 4,7%) con relación a los niños con infecciones respiratorias (16,3 ± 3,3%) y los niños sin infección (10,5 ± 1,4%). **Discusión:** Encontrar porcentajes aumentados de células efectoras en niños con infecciones respiratorias indica que en el organismo se está desarrollando una respuesta de tipo celular (CD8+CD28–), mientras que en niños con infecciones gastrointestinales se está desarrollando una respuesta humoral (CD4+CD62L–). Sin embargo, se debe realizar la determinación del patrón de citocinas sintetizadas en ambos tipos de infecciones para confirmar la respuesta predominante. (Agradecimientos. A CONACYT, beca de doctorado para Monika Palacios Martínez con número de registro 47905.)

P57. ORAL ERYTHROMYCIN IN CHILDREN LESS THAN 12 MONTHS WITH GASTROESOPHAGEAL REFLUX ASSOCIATED WITH GASTROPARESIS

M.J. Serrano Ávila, M.C. Menchaca Marines, R.R. Cervantes

Rodríguez, A.R. Marroquín Escamilla, M.E.O. Cavazos,

S. Fernández Ortiz, I.A. Cura Esquivel, F.F. Montes Tapia

Hospital Universitario Dr. José Eleuterio González. Monterrey. Nuevo León. México

Introduction: Gastroesophageal reflux is presented primarily in less than one year old babies and is associated with gastroparesis by 50%. Erythromycin acts as a prokinetic at low doses. **Objectives:** To evaluate the effect of oral erythromycin on clinical manifestations and gamagraphic results in children less than 12 months of age with gastroesophageal reflux (GER) and gastroparesis. **Methods:** Prospective, interventional, comparative unblinded study in 34 pediatric patients less than 12 months of age with GER treated with oral erythromycin (10 mg/kg/day). They were evaluated twice, at baseline and after 3 months of continuous oral prokinetic therapy. A questionnaire on clinical manifestations was answered by the mothers. Average gastric half-emptying time and percent-

age of gastric residual volume was determined by gammagram. **Results:** There was no significant statistical difference in the nutritional status. The most common symptom was regurgitation; all symptoms decreased after treatment ($p < 0.05$). There were five positive symptoms before treatment and two after treatment ($p = 0.0001$). A statistical difference was found on Gastric half-emptying time (mean of 170.47 + 73.8 minutes, 106.8 + 36.4 minutes respectively) ($p = 0.0001$) as well as on the percentage of gastric retention (79 + 8.7% and 61.3 + 7.5%) ($p < 0.0001$). Some infants were fed with hydrolyzed formula and showed difference on the percentage of gastric retention compared with the formula fed infants ($r = 0.407$, $p = 0.01$) with a determination coefficient of 0.17. **Conclusions:** The use of oral erythromycin is effective in reducing symptoms and gastric emptying time in patients younger than 12 months with gastroparesis.

P58. MANEJO DE LA GASTROENTERITIS AGUDA EN MENORES DE 5 AÑOS. GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA IBERO-LATINOAMERICANA: ACTUALIZACIÓN 2011

P. Gutiérrez-Castrellón¹, I. Polanco Allué², E. Salazar Lindo³

¹Instituto Nacional de Pediatría. Ciudad de México. México.

²Hospital Universitario La Paz. Madrid. España. ³GastroLab. Lima. Perú

Objetivo: Establecer recomendaciones basadas en la evidencia científica actualizada a 2011 y en la experiencia de expertos regionales de Ibero-Latinoamérica (ILA), que permitan apoyar al profesional de la salud en la toma de decisiones relacionadas con el manejo de la gastroenteritis aguda (GEA) en menores de 5 años en (ILA). **Métodos:** Guía de práctica clínica desarrollada siguiendo la metodología «Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation» (GRADE). Los autores establecieron preguntas clínicas basadas en las características de los pacientes, las intervenciones de interés y los desenlaces de mayor relevancia (PICO). A partir de dichas preguntas, se llevó a cabo la búsqueda bibliográfica exhaustiva, actualizada a mayo de 2011, en The Cochrane Library, Cochrane Iberoamericana, MEDLINE, EMBASE, CRD-DARE, LILACS, Scielo y la base de datos mexicana Artemisa. **Resultados:** El resumen de los resultados se presenta como «tablas de la evidencia», que incluyen los detalles de la evaluación de la calidad de los estudios, así como los datos agrupados por desenlaces, y una medida absoluta del efecto de la intervención. Las principales consideraciones específicas para cada recomendación se presentan en una sección ad hoc de recomendaciones (no incluida en este resumen). **Conclusiones:** La rehidratación oral con soluciones de osmolaridad reducida (60-75 meq/L de sodio) representa la piedra angular del tratamiento de la GEA. Se debe reiniciar la alimentación habitual tan pronto como sea posible. Con diferentes niveles de calidad de la evidencia, se recomienda la utilización de coadyuvantes como racecadotril, zinc, esmectita, probióticos y antieméticos como ondansetrón.

P59. CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES PORTADORES DE ENFERMEDAD CELIACA

M.N. Tanzi, G. Fernández, J. Dapuzo, C. Jasinski

Servicio de Gastroenterología, Hepatología y Nutrición. Centro Hospitalario

Pereira Rossell. Instituciones Privadas de Salud. Departamento de Psicología

Médica. Facultad de Medicina de la República Oriental del Uruguay.

Asociación de Celiacos del Uruguay. Montevideo. Uruguay

Introducción: La calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) tal como fue definida por la OMS evalúa el impacto que la enfermedad y los tratamientos tienen sobre las distintas dimensiones de la vida de la persona: física, emocional, funcional y sociofamiliar. Es una valoración subjetiva que requiere metodologías específicas para su medición. En las últimas décadas se han obtenido instrumentos confiables para la medición de la calidad de vida de los pacientes, que introducen la visión del paciente y que tratan de cuantificar el impacto de la enfermedad crónica sobre él y su familia. Este estudio forma parte del proyecto «Calidad de vida del niño portador de enfermedad celiaca». **Objetivos:** Evaluar el impacto de una enfermedad crónica como es la enfermedad celiaca en el paciente y su familia, a fin de conocer cuáles son los factores que intervienen en la determinación de su calidad de vida y tratar de incidir en ellos. La hipótesis de trabajo es que la enfermedad celiaca, por su cronicidad y por las restricciones del tratamiento, impactarán negativamente en la calidad de vida de los niños y sus padres. **Metodología:** La muestra incluyó 111 niños asistidos en los servicios de gastroenterología, hepatología y nutrición del Centro Hospitalario Pereira Rossell ($n = 105$) y de sistemas privados ($n = 6$). Se aplicó el Cuestionario sobre Calidad de Vida Pediátrica PedsQL versión 4.0, que cuenta con un módulo genérico que incluye las áreas Funcionamiento Físico, Emocional, Escolar, Social y Familiar, versiones para niños y para sus padres, y un módulo espe-

cífico de Síntomas Gastrointestinales. Se aplicó además el Módulo de Impacto Familiar (FIM). Se solicitó consentimiento informado a padres y niños. Se recogieron datos psicosociales y relacionados con la enfermedad y el tratamiento (tiempo de diagnóstico, síntomas, comorbilidad y transgresiones a la dieta). **Resultados:** La media de edad fue de 9,5 años (SD: 3,7; rango: 1-17 años); 11 de 2 a 4 años, 22 de 5 a 7 años, 49 de 8 a 12 años y 29 de 13 a 18 años; 46 eran varones (41,4%). Presentaban comorbilidad con otras enfermedades crónicas 49 pacientes (44%), 22,5% estaban sintomáticos, 26% referían dificultades con la dieta, y 22% tenían anticuerpos positivos. El cuestionario PedsQL demostró índices de confiabilidad (alfa de Cronbach >0,7) para los puntajes totales y en la mayoría de las subescalas. Tanto para los niños como para los padres, la dimensión más afectada de la CVRS fue la de Funcionamiento Escolar. En cuanto al FIM, la dimensión más afectada fue Preocupaciones. Se encontró que la calidad de vida de los niños medida por el puntaje total del PedsQL fue significativamente más baja en los niños que realizaban otra dieta, tanto desde la percepción de los niños como de los padres. La presencia de síntomas impactó negativamente en el bienestar emocional evaluado por los niños, mientras que realizar otra dieta y la presencia de anticuerpos positivos se asoció con peor funcionamiento físico desde la perspectiva de los padres. **Conclusiones:** La enfermedad celiaca impacta negativamente en la CVRS, en especial en el funcionamiento escolar, tanto desde la visión de los niños como de sus padres, lo que puede estar relacionado con la presencia de síntomas, por las dificultades para la alimentación en el ambiente escolar o por la exposición social de la enfermedad. Este análisis univariado de factores determinantes de la CVRS permite afirmar que la dieta, la presencia de síntomas y la existencia de anticuerpos impactan en varias dimensiones de la CVRS reportada por los niños y sus padres.

P60. CASUÍSTICA RELEVANTE DE LA ENDOSCOPIA DIGESTIVA EN LA EDAD PEDIÁTRICA EN REPÚBLICA DOMINICANA. SERVICIO DE GASTROENTEROLOGÍA, HEPATOLOGÍA Y NUTRICIÓN PEDIÁTRICA. DEPARTAMENTO DE PEDIATRÍA. HOSPITAL GENERAL DE LA PLAZA DE LA SALUD (HGPS). ONCE AÑOS DE EXPERIENCIA (2001-2011)
C.M. Montero Brens¹, I. Cornelio², A. Quezada³, J. Soriano³, T. Almonte³, H. Cuevas³, F. Díaz Vargas⁴
¹Coordinador. ²Ayudante Especialista. ³Personal Asistente Médico. ⁴Servicio de Gastroenterología, Hepatología y Nutrición Pediátrica. ⁴Servicio de Anestesiología. Hospital General de la Plaza de la Salud. Santo Domingo. República Dominicana

Introducción: Los procedimientos de endoscopia digestiva se implementaron en los inicios de los años ochenta y, con el desarrollo sostenido de las tecnologías del instrumental especializado, en los últimos 15 años se han convertido en prácticas rutinarias, incluyendo las intervenciones terapéuticas complejas e innovadoras comprobadas por los estudios publicados a escala internacional. **Objetivos:** Presentar nuestra experiencia de 11 años, relevante casuística a nivel nacional, destacando las importantes informaciones relacionadas con los procedimientos terapéuticos que han disminuido la morbimortalidad por enfermedades del tracto digestivo y que han revolucionado la práctica de la especialidad. **Pacientes y métodos:** Estudio retrospectivo y transversal. Se evaluaron las historias clínicas y los informes endoscópicos electrónicos de 1.500 procedimientos endoscópicos durante un periodo de 11 años (2001-2011). Se evaluó la distribución por sexo, grupo de edades, tipo de endoscopia, indicaciones clínicas, sospecha diagnóstica, hallazgos endoscópicos, tipo de intervención terapéutica y complicaciones. **Resultados:** Se revisaron 1.500 procedimientos endoscópicos digestivos, 1.000 altos (66,6%) y 500 bajos (33,3%). La casuística se ha incrementado 10 veces los últimos 10 años, desde 35 casos/año (2,3%) en 2001 hasta 357 casos/año (23,8%) en 2010. Diagnósticos 1.300 casos (86,6%) y terapéuticos 200 casos (13,4%). Se realizaron más procedimientos en varones (900 casos, 60%) y en el grupo de edad de 5 a 9 años (53%), aunque el grupo de 1 a 4 años fue el más afectado por la ingestión de cuerpos extraños y sustancias cáusticas, y el de 5 a 9 años en los casos de pólipos GI y polipectomía. Las indicaciones clínicas más frecuentes son: dolor abdominal recurrente, vómitos recurrentes, ingestión de cáustico o cuerpo extraño, diarrea crónica, retraso ponderoestructural, sangrado gastrointestinal, trastornos de la deglución, estreñimiento, rectorragia, prolapso rectal, fistula perianal, y otros. Los hallazgos endoscópicos altos más frecuentes son: esofagitis péptica o cáustica, estenosis esofágica, varices esofágicas, hernia hiatal, gastritis antral eritematosa, pangastritis por cáustico, duodenitis, y atrofia parcial de vellosidades. Los bajos son: rectitis o

colitis infecciosa, alérgica, inmunológica e inespecífica, pólipos, hiperplasia nodular linfoidea, y lesiones vasculares tipo hemorroides, internas y externas. Procedimientos terapéuticos realizados: hemostasia de sangrado GI 26 casos (1,7%), ligaduras/esclerosis de varices 16 casos (1%), gastrostomías PEG 25 casos (1,6%), dilataciones esofágicas 40 casos (2,6%), extracción de cuerpos extraños 44 casos (2,9%), polipectomía 46 casos (3%), 2 casos de colocación de sonda de alimentación duodenal y 1 caso de revisión de funduplicatura de Nissen. Complicaciones leves en pocos casos, relacionados con prolongación de los efectos de la sedación y broncoespasmo transitorio. Mortalidad en un caso (0,06%). **Conclusiones:** Esta revisión pone de relieve la importancia de la endoscopia en el diagnóstico de múltiples alteraciones del sistema GI y, sobre todo, la utilidad de los procedimientos terapéuticos en la resolución de un grupo de alteraciones que amenazan la vida del niño.

P61. COLITIS POR DESVIACIÓN: CARACTERÍSTICAS ENDOSCÓPICAS E HISTOLÓGICAS. REPORTE DE DOS CASOS
A. Manzano Z., K. Belandria, K. López, D. Navarro
Unidad de Gastroenterología y Nutrición Pediátrica Dra. Georgette Daoud. Hospital Dr. Miguel Pérez Carreño. IVSS. Caracas. Venezuela

Resumen: La colitis por desviación es la alteración inflamatoria de la mucosa colorrectal que se produce por la derivación quirúrgica (ileostomía o colostomía) de las heces, la cual priva a los colonocitos de los ácidos grasos de cadena corta producidos por la fermentación bacteriana. La mucosa del área desfuncionalizada presenta eritema, hemorragias petequiales, friabilidad, nodularidad y ocasionalmente ulceraciones aftoides. El intestino afectado regresa rápidamente a la normalidad al realizar la reanastomosis. Se presentan dos casos con esta alteración. **Caso 1:** Preescolar masculino, de 2 años, portador de ileostomía por enterocolitis necrotizante IIIB. La colonoscopia previa a la restitución del tránsito intestinal evidencia una zona estenótica a 20 cm del margen anal, con mucosa congestiva, friable, múltiples lesiones tipo aftas y nódulos umbilicados. Biopsia: inflamación crónica de mucosa colónica, colecciones linfoides con prominentes centros germinales, hallazgos compatibles con colitis por derivación o desviación por antecedente. **Caso 2:** Preescolar femenina, de 2 años, con antecedente de colostomía por vólvulo-malrotación intestinal. La colonoscopia muestra congestión moderada, con múltiples nódulos en los segmentos distales a la boca de colostomía. Biopsia: cambios compatibles con colitis por desviación. Todos los pacientes que son colostomizados por cualquiera de las indicaciones existentes sufren cambios en la mucosa secundarios a la derivación del flujo fecal. Esta patología puede ser asintomática o presentar secreción de moco y sangre, siendo importante considerar antecedentes previos y la biopsia, para realizar el diagnóstico diferencial con la colitis ulcerativa o la enfermedad de Crohn, clínicamente semejantes. Los enemas de sucralfato y el aporte de ácidos grasos son herramientas útiles en el tratamiento. **Palabras clave:** colitis, desviación, lesiones aftoides, enterocolitis, nódulos.

P62. ESOFAGITIS EOSINOFÍLICA. PRESENTACIÓN CLÍNICA, HALLAZGOS ENDOSCÓPICOS, TRATAMIENTO Y EVOLUCIÓN EN PACIENTES PEDIÁTRICOS
K. León^{1,2}, E. Pestana^{1,3}, I. Hassan³, J. Dahdah³, S. Neri²
¹Hospital San Juan de Dios. ²Hospital Domingo Luciani. ³Policlínica Metropolitana. Caracas. Venezuela

Introducción: La esofagitis eosinofílica (EEO) es una causa de síntomas similares a la esofagitis por reflujo gastroesofágico en pacientes pediátricos. Sólo los hallazgos histológicos pueden permitir diferenciar estas dos patologías. **Objetivo:** Evaluar las características clínicas, endoscópicas e histológicas, y la evolución posterior a los tratamientos. **Pacientes y métodos:** Se realizó estudio retrospectivo, de 2008 a 2011, de 1.400 endoscopias digestivas superiores realizadas. Se incluyeron todos los pacientes pediátricos con hallazgos histológicos de EEO (>15 eosinófilos). **Resultados:** La prevalencia de pacientes con diagnóstico de EEO fue de 0,85 por cada 100 estudios realizados. Se incluyeron 12 pacientes pediátricos, 9 del sexo masculino, con edades de 4 a 14 años (promedio 8,5 ± 2,82 años). Los síntomas se presentaron con un promedio de 3 años previo a la consulta (1-8 años). Los síntomas fueron: 12 epigastralgia, 10 emesis, 2 falta de progreso ponderal y 1 disfagia. Los hallazgos endoscópicos fueron esofagitis tipo A 7, esofagitis tipo B 2, y esofagitis tipo C 3. Dos presentaron estenosis esofágica. Hubo «traquealización» o «granulación de la mucosa» en 5 pacientes. Todos los pacientes recibieron tratamiento con inhibidores de bomba (IB). Siete pacientes cumplieron dieta

de exclusión (DE); 2 recibieron tratamiento con esteroide, 1 con esteroide oral y el otro con esteroide tópico (budesonida viscosa). Diez de los pacientes se encuentran asintomáticos. Los 2 pacientes que persisten con síntomas presentan 1 estenosis esofágica y el otro eosinofilia persistente, y no hubo respuesta a pesar del tratamiento con IB y DE. No se pudieron demostrar hallazgos endoscópicos característicos de la enfermedad. **Conclusión:** La EEO es causa poco frecuente de síntomas gastrointestinales en los pacientes pediátricos evaluados. No hay hallazgos clínicos o endoscópicos patognomónicos de la enfermedad. La mayoría de los pacientes presentan una buena evolución posterior al uso de inhibidores de la bomba y dieta de exclusión.

P63. GASTRITIS POR «HELICOBACTER PYLORI» EN NIÑOS Y EOSINOFILIA DE LA MUCOSA

E. Perla, K. Belandria, D. Navarro, K. López, B. Quintana, C. Figuero, M.^a I. Quintero, A. Manzano

Unidad de Gastroenterología y Nutrición Pediátrica Dra. Georgette Daoud. Hospital Dr. Miguel Pérez Carreño. IVSS. Caracas. Venezuela

Introducción: Los eosinófilos son constituyentes normales de la mucosa en el tracto gastrointestinal, y su aumento se asocia comúnmente con alergia alimentaria en niños. El conteo de eosinófilos en el tracto gastrointestinal es crítico para discriminar un estado normal de uno patológico. Existen procesos con un componente inflamatorio en los que es posible encontrar una cierta eosinofilia, como la observada en la infección por *Helicobacter pylori*, entre otros. **Objetivo:** Determinar la asociación entre la infección por *Helicobacter pylori* y eosinofilia en la mucosa gástrica en niños sin alergia alimentaria. **Pacientes y métodos:** Se realizó estudio prospectivo, descriptivo y transversal, en el que se incluyeron niños con gastritis crónica activa por *Helicobacter pylori* que ameritaron reendoscopia por persistir la sintomatología, en quienes se comparó el conteo de eosinófilos en las muestras, antes y después del tratamiento. Adicionalmente se determinó la eosinofilia periférica. **Resultados:** En 9 de 21 pacientes (42,86%) con infección por *Helicobacter pylori* se reportó la presencia de más de 15 eosinófilos/CAP en mucosa gástrica. Hubo una diferencia significativa en la reducción de eosinófilos en la mucosa gástrica pre y postratamiento de la infección ($p=0,016$). No hubo relación entre la eosinofilia periférica y los eosinófilos en biopsia gástrica, ni entre el tratamiento empleado y la erradicación de la bacteria. **Conclusión:** La eosinofilia en la mucosa gástrica se asocia a infección por *Helicobacter pylori* en niños sin alergia alimentaria, lo que demuestra la importancia del uso sistemático del conteo de eosinófilos en biopsias gástricas. **Palabras clave:** eosinofilia, gastritis, infección, *Helicobacter pylori*.

P64. SANGRADO RECTAL E HIPERPLASIA NODULAR LINFOIDE COLÓNICA EN NIÑOS

M. Quintero, D. Navarro, K. López, C. Figueredo, A. Manzano, B. Quintana, E. Perla, K. Belandria

Unidad de Gastroenterología y Nutrición Pediátrica Dra. Georgette Daoud. Hospital Dr. Miguel Pérez Carreño. IVSS. Caracas. Venezuela

Introducción: La hiperplasia nodular linfóide se caracteriza por la presencia de múltiples nódulos, de aproximadamente 1-5 mm de diámetro, localizados en la mucosa a lo largo de todo el tracto gastrointestinal. Su presentación clínica es variable: asintomática, síndromes de malabsorción, hematoquecia, pérdida de peso, déficits nutricionales y estados de inmunodeficiencia. En colon pueden remedar síndromes de poliposis, con los que se debe realizar diagnóstico diferencial. **Objetivo:** Reportar las características clínicas, colonoscópicas e histológicas de niños con hiperplasia nodular linfóide como causa de sangrado rectal. **Pacientes y métodos:** Estudio prospectivo y descriptivo, donde se incluyeron niños con sangrado rectal entre enero y mayo de 2011. **Resultados:** 23 pacientes, 22 varones y una mujer. Edad promedio 5,08 años (rango: 1-11). Clínica: rectorragia 10/23 (47,82%), sangre oculta de origen desconocido 9/23 (39,13%), hematoquecia 3/23 (13,04%). Antecedentes de alergia 6/23 (26,08%). Hallazgos en la colonoscopia: nódulos con centro umbilicado en el 100% de los niños, pólipos rectales 6/23 (26,08%), pérdida de arquitectura vascular 15/23 (65,21%), congestión 16/23 (69,56%). Diagnóstico colonoscópico: hiperplasia nodular linfóide 9/23 (39,13%), colitis con hiperplasia nodular linfóide 8/23 (34,78%), pólipo más hiperplasia nodular linfóide 6/23 (26,08%). Histología: 6 pólipos de retención, 8 colitis crónica leve, 9 moderada y 6 severa, todos con formación de cúmulos linfoides en la mucosa y submucosa. **Conclusión:** La hiperplasia nodular linfóide es frecuente en niños y se reconoce como causa de sangrado

rectal, asociada o no a inflamación de la mucosa y a antecedentes de alergia. Recomendamos seguimiento y exámenes complementarios para establecer la etiología y el tratamiento adecuado. **Palabras clave:** hiperplasia nodular linfóide, sangrado rectal, colonoscopia, pólipos, alergia.

P65. TUMOR MIOFIBROBLÁSTICO INFLAMATORIO. PRESENTACIÓN DE DOS CASOS PEDIÁTRICOS

M. Delgado¹, M. Noroño¹, Z. Figuera¹, P. León², M. Reymúndez², I. González², A. Pascualone³, E. Ross⁴

¹Residente de posgrado de Gastroenterología Pediátrica. ²Adjunto del Servicio de Gastroenterología Pediátrica. ³Jefe de Servicio de Cirugía Pediátrica.

⁴Adjunto del servicio de Anatomía Patológica. Servicio de Gastroenterología Pediátrica. Hospital J.M. de los Ríos. Caracas. Venezuela

Resumen: El tumor miofibroblástico inflamatorio tiene un comportamiento predominantemente benigno, pero en ocasiones puede mostrar grados variables de agresividad. Se localiza en diferentes órganos; el pulmón es el sitio más frecuente, seguido por la cavidad abdominal. Se presentan 2 casos con tumor miofibroblástico inflamatorio. *Caso 1:* femenino de 5 años con palidez cutaneomucosa, hiporexia, dolor abdominal, fiebre, soplo cardíaco y hepatoesplenomegalia. Ultrasonido, tomografía y estudio radiológico contrastado: tumor en cuerpo gástrico con engrosamiento de sus paredes sugestivo de enfermedad linfoproliferativa. Estudio endoscópico: lesión verrugosa en curvatura mayor y cuerpo alto. Biopsia: no concluyente. *Caso 2:* femenino de 14 años con estreñimiento agudo, dolor abdominal, masa palpable en mesogastrio e hipogastrio. Ultrasonido y tomografía: lesión ocupante de espacio en mesenterio, quística. Las dos pacientes presentaron anemia severa, leucocitosis y trombocitosis. Se realizó laparotomía exploradora en ambas, que dio como resultado: caso 1, tumor sólido en curvatura mayor gástrica; se hizo resección completa mediante gastrectomía parcial; caso 2, tumor que surge del mesocolon transversal, quístico, ocupando todo el abdomen; un 90% fue resecado. Diagnóstico histopatológico: tumor miofibroblástico inflamatorio. Evolución satisfactoria en ambos casos. Esta neoplasia debe sospecharse en niños para evitar terapias radicales, ya que la cirugía conservadora es suficiente como tratamiento en la mayoría de los casos.

P66. ¿ES LA ENDOSCOPIA CONVENCIONAL EFICAZ PARA CLASIFICAR LA ENFERMEDAD POR REFLUJO EN EROSIVA Y NO EROSIVA EN NIÑOS?

C. Figuero, D. Navarro, M. Quintero, A. Manzano, E. Perla, B. Quintana, K. Belandria, K. López

Unidad de Gastroenterología y Nutrición Pediátrica Dra. Georgette Daoud. Hospital Dr. Miguel Pérez Carreño. IVSS. Caracas. Venezuela

Introducción: La endoscopia permite evaluar la presencia de esofagitis y la clasifica en erosiva, no erosiva, y esófago de Barrett, según las lesiones visibles de la mucosa esofágica. Se describen cambios mínimos esofágicos que pueden pasar desapercibidos en la endoscopia. **Objetivo:** Evaluar la eficacia de la endoscopia convencional para clasificar la enfermedad por reflujo en erosiva y no erosiva en niños. **Pacientes y métodos:** Se utilizó videogastroscopio de luz blanca. Se empleó la terminología mínima estándar para hallazgos endoscópicos y la clasificación de Savary-Miller para los grados de esofagitis. Los resultados de las biopsias se correlacionaron con hallazgos endoscópicos. **Resultados:** 73 niños, de ambos sexos, edad promedio 7,32 años (rango: 1-17). Características endoscópicas: eritema 45,20%, mucosa normal 39,72%, erosiones 35,61%, unión gastroesofágica >2 cm 19,17%, entre otras. Según los grados: esofagitis grado I 15/73 (20,55%), grado II 7/73 (9,59%), grado III 4/73 (5,48%), para esofagitis por reflujo erosiva 26/73 (35,62%) y no erosiva 47/73 (64,38%). De los niños clasificados como esofagitis no erosiva, 25 (53,19%) no presentaron esofagitis a la histología y 22 (46,80%) presentaron esofagitis por reflujo; de ellos, 16/22 (72,72%) tenían en el reporte endoscópico eritema, aspecto granular de la mucosa y cambios en la vascularidad, características no incluidas en las clasificaciones utilizadas. Se reportaron dos pacientes con esófago de Barrett sin correlación con los hallazgos endoscópicos. **Conclusión:** La endoscopia convencional puede conducir a errores en la clasificación de la esofagitis no erosiva, ya que los cambios esofágicos mínimos no son reportados o detectados. Recomendamos la toma de biopsia para confirmar la presencia de esofagitis, y el uso de nuevas tecnologías y clasificaciones. **Palabras clave:** esofagitis por reflujo, no erosiva, erosiva, esófago de Barrett, endoscopia convencional.

P67. BENEFICIO DE LA ECOSONOGRAFÍA ABDOMINAL EN LA EVALUACIÓN PEDIÁTRICA DE RUTINA

E. Perla, D. Navarro, K. López, M.^a I. Quintero, A. Manzano, C. Figuerio, B. Quintana, K. Belandria

Unidad de Gastroenterología y Nutrición Pediátrica Dra. Georgette Daoud. Hospital Dr. Miguel Pérez Carreño. IVSS. Caracas. Venezuela

Introducción: La ecografía abdominal es importante en el diagnóstico y tratamiento de un número elevado de patologías abdominales. El dolor abdominal es la principal indicación de ecografía. Se plantea la posibilidad de diagnosticar alteraciones y/o patologías asintomáticas que pueden requerir intervención temprana. **Objetivo:** Determinar el beneficio de la ecosonografía abdominal en la evaluación pediátrica de rutina. **Pacientes y método:** Trabajo prospectivo y transversal. Se incluyen pacientes escogidos al azar, para realizarles ecografía abdominal. Distribuidos en grupo A (niños con solicitud de evaluación gastro-intestinal) y grupo B (niños sin patología gastrointestinal). Se solicita consentimiento informado. **Resultados:** Total de 182 niños, con un promedio de edad de 4,70 años (rango: 1 mes-14 años), 74 varones y 59 mujeres. De 131 niños, 32 (24,42%) niños con enfermedad gastrointestinal (grupo A) presentaron alteraciones a la ecografía; de ellos, 17/32 (53,12%) con hallazgos ecográficos en relación con la enfermedad de base, siendo los más frecuentes las hepatopatías (esteatosis, hepatomegalia, fibrosis periportal), la litiasis vesicular, los cambios en las vísceras huecas y el reflujo gastroesofágico; en 15/32 (46,88%) se detectaron alteraciones no relacionadas con la enfermedad de base, como enfermedad renal, tumoración abdominal o esplenomegalia. Grupo B: en 16/51 (31,37%) se detectaron alteraciones en órganos abdominales (barro biliar, esplenomegalia, hepatopatía, alteraciones renales y otras). Se encontró una diferencia significativa entre los grupos, en relación con el hallazgo de alteraciones ecográficas no relacionadas con el motivo de consulta. Los resultados permiten inferir que la ecografía es una herramienta sensible que puede ser utilizada de rutina en la evaluación pediátrica para detectar alteraciones en órganos abdominales, para una intervención temprana y un tratamiento oportuno. **Palabras clave:** ecografía abdominal, hepatopatías, enfermedad renal, alteración abdominal.

P68. SÍNDROME DE SANDIFER A PROPÓSITO DE LA ENFERMEDAD POR REFLUJO GASTROESOFÁGICO EN NIÑOS

M.^a I. Quintero, K. López, K. Belandria, D. Navarro

Unidad de Gastroenterología y Nutrición Pediátrica Dra. Georgette Daoud. Hospital Dr. Miguel Pérez Carreño. IVSS. Caracas. Venezuela

Introducción: El síndrome de Sandifer es un trastorno neuroconductual con movimientos de hiperextensión del cuello, la cabeza y el tronco, con rotación de la cabeza, que generalmente se presentan durante o inmediatamente después de la ingestión de alimentos y cesan durante el sueño, secundarios a enfermedad por reflujo gastroesofágico. Se caracteriza por esofagitis, anemia por deficiencia de hierro, y es confundido con frecuencia con crisis de origen epiléptico. **Caso clínico:** Lactante masculino de 5 meses referido por movimientos tónico-clónicos generalizados, de segundos de duración, con una frecuencia de 30 episodios al día, que no ceden con el uso de tres anticonvulsivantes. Disfagia a alimentos pastosos. Antecedente hospitalizado al mes por episodio de ALTE. Estudios neurológicos normales. Paraclínica: anemia microcítica e hipocrómica. Videodeglutoscopia: disfagia de fase oral leve, disfagia de fase esofágica a estudiar (regurgitación), reflujo faringolaríngeo según escala de Belafsky y larigomalacia grado I. pH-metría de 24 horas con impedancia, puntuación de Boix-Ochoa del 26%; durante la colocación de la sonda se observó posición anómala de la cabeza e hiperextensión del dorso. Estudio contrastado de esófago, estómago y duodeno, sin anomalía anatómica. Endoscopia digestiva superior: esofagitis no erosiva, hernia hiatal. **Conclusión:** El síndrome de Sandifer es una de las presentaciones atípicas de RGE en lactantes. Merece la evaluación de un equipo multidisciplinario para establecer el diagnóstico. El manejo médico incluyó medidas antireflujo, esomeprazol y técnica de alimentación adecuada con evolución satisfactoria. La diversidad de enfermedades relacionadas con RGE exige el uso de variadas técnicas para lograr diagnósticos más asertivos. **Palabras clave:** síndrome de Sandifer, reflujo gastroesofágico, pH-metría, convulsiones, videodeglutoscopia, impedancia.

P69. VIDEODEGLUTOSCOPIA: UTILIDAD EN LA DECISIÓN DE GASTROSTOMÍAS ENDOSCÓPICAS

N. Colina, E. Martuscelli, M. Rodríguez, M. Saavedra, A. Nucette, F. Pérez

Unidad de Gastroenterología Pediátrica. Hospital Militar Dr. Carlos Arvelo. Unidad de Otorrinolaringología. Hospital Universitario de Caracas. Caracas. Venezuela

Introducción: La videodeglutoscopia estudia la fisiología de la deglución, estima el riesgo de aspiración y orienta una forma segura de alimentación en pacientes con trastornos deglutorios, especialmente con enfermedades neurodegenerativas. **Objetivo:** Demostrar la utilidad de la videodeglutoscopia en la decisión de colocación de gastrostomías endoscópicas percutáneas. **Métodos:** Estudio prospectivo, durante 2 años, en la Unidad de Gastroenterología y Nutrición Pediátrica del Hospital Militar Dr. Carlos Arvelo de Caracas (Venezuela). Se incluyeron 5 pacientes, con edades entre los 13 meses y los 10 años, con patologías neurológicas: síndrome de West (20%), parálisis cerebral infantil (60%) y encefalopatía espástica (20%); y antecedentes de: neumonía, reflujo gastroesofágico, trastornos deglutorios y desnutrición crónica. Se les realizó videodeglutoscopia en la Unidad de Otorrinolaringología del Hospital Clínico Universitario, evaluándolos de la siguiente manera: consulta 1, realización de historia clínica; consulta 2, gastrostomía endoscópica percutánea; consulta 3, evaluación del estado nutricional un mes postgastrostomía. **Resultados:** La hipotonía faringolaríngea, la incompetencia velopalatina y la parálisis de cuerdas vocales resultó en 2 niños (40%), la penetración a vestíbulo laríngeo en 1 niño (20%) y la ausencia de reflejo de succión, la penetración a vestíbulo laríngeo y la tráquea con broncoaspiración silente en 2 niños (40%). Fue necesaria la colocación de gastrostomía endoscópica percutánea en 4 pacientes, y en 1 paciente la colocación de una gastrostomía quirúrgica, evidenciándose una disminución de las hospitalizaciones por infecciones respiratorias y crisis convulsivas, y una ganancia ponderal en todos los pacientes. **Conclusión:** La videodeglutoscopia es un recurso valioso que demuestra objetivamente que la alimentación por vía oral no es beneficiosa en algunos pacientes y que la colocación de gastrostomía endoscópica percutánea mejora su calidad de vida.

P70. VARIABILIDAD TEMPORAL ENTRE APNEAS, AHOGOS Y REFLUJO GASTROESOFÁGICO EN LOS EPISODIOS DE APARENTE AMENAZA DE LA VIDA

F. Ussher, J. Cohen Sabban, R. Weinschelbaum, J. Gallo, M. Orsi

Servicio de Gastroenterología y Hepatología Pediátrica. Hospital Italiano de Buenos Aires. Argentina

Introducción: Se ha visto que la asociación temporal del reflujo gastroesofágico (RGE) con los episodios de aparente amenaza de la vida (EAAV) es errática. **Objetivo:** Analizar con impedanciometría intraluminal multicanal de 24 horas (IIM-pH24h) la correlación sintomática temporal de los ahogos y/o apneas con RGE en pacientes con EAAV. **Materiales y métodos:** Estudio retrospectivo de lactantes <9 meses de edad con EAAV entre 2005 y 2011. Se realizó IIM-pH24h para determinar, en ventana de 2 minutos, si los ahogos y apneas ocurrían antes, durante o después del reflujo ácido (A: pH <4), levemente ácido (WA: pH 4-7) y no ácido (WNA: pH >7), el score de pH y el ascenso a canales proximales. **Resultados:** Fueron evaluados 75 niños (39 niñas), X 2,2 meses (rango: 1-9 meses). Se detectaron ahogos en 23/75 y apneas en 12/75 durante el estudio, 35 pacientes en total (46,6%). En 24/35 (68,5%) el score de pH-metría fue normal, X 11,86 (rango: 1,2-62,2). El ascenso a canales proximales ocurrió en el 51,5% de los RGE, en aquellos con ahogo X 30,1 ± 17,55 y con apnea 28,83 ± 22,10 (p= 0,851). El índice sintomático fue positivo en 30,66% para ahogo y 16% para apneas, y la probabilidad de asociación sintomática en el 28 y el 17,33%, respectivamente. Se observó que las apneas ocurrieron antes (26,6%), durante (36,6%) y después (36,6%) del RGE (WA 63,3%). En cambio, los ahogos ocurrieron antes (23,6%), durante (44,7%) y después (31,5%) del RGE (A 50%). **Conclusión:** Los hallazgos de la IIM-pH24h confirman la variabilidad temporal de la asociación estudiada. La terapéutica existente no daría respuesta a las características físico-químicas del RGE observado en un porcentaje de estos pacientes.

P71. EL DOLOR ABDOMINAL CRÓNICO FUNCIONAL SE ASOCIA CON POLIMORFISMO DE GEN «5-HT2A» EN LA POSICIÓN 102 T/C, PERO NO EN LA POSICIÓN -1438 G/A, O CON POLIMORFISMO DE GEN «5-HTTLPR» EN NIÑOS Y ADOLESCENTES DEL BRASIL

M.E.F.A. Motta, A.V.C. Coelho, R.L. Guimarães, L.A.C. Brandão, S. Crovella, G.A.P. Silva

Universidade Federal de Pernambuco. Recife, Brasil. Hospital Infantil Burlo Garofolo. Trieste. Italia

Introducción: El dolor abdominal crónico funcional es un desorden sintomático, motor y sensorial, del tracto gastrointestinal. Parece depender de genes que reducen el límite del dolor y aumentan el riesgo de este desorden. **Objetivo:** Evaluar si hay una asociación del polimorfismo del gen del receptor de la serotonina y el gen promotor del transporte de la serotonina en pacientes con dolor abdominal crónico funcional. **Material y métodos:** Se formaron dos grupos de niños/adolescentes: casos (con dolor abdominal crónico funcional de acuerdo con los criterios Roma III; N= 69) y controles (sin dolor abdominal crónico funcional o enfermedades gastrointestinales; N= 68). Después de la extracción de ADN, los polimorfismos 5-Ht2A (posiciones 102 T/C y -1438 G/A) y 5-HTTLPR fueron determinados por sondas fluorogénicas específicas tipo TaqMan mediante reacción en cadena de la polimerasa a tiempo real usando el sistema ABI PRISM (7000). **Resultados:** Existe una alta incidencia de alelo C homocigótico del polimorfismo 5-Ht2A 102 (47,8%; OR= 3,93; p= 0,01) en pacientes con dolor abdominal crónico funcional, frente al 26,5% de los controles. El alelo A homocigótico del polimorfismo 5-Ht2A tiene una baja incidencia (23,2%; OR= 0,28; p= 0,01) en estos pacientes, en comparación con el 44,1% en los controles. No se encontró polimorfismo 5-HTTLPR en ningún paciente (0%; p= 1,0) y sólo el 5,8% de los controles fueron positivos. **Conclusiones:** Este estudio sugiere que pacientes pediátricos con el alelo C homocigótico del polimorfismo 5-Ht2A 102 T/C presentan un alto riesgo de dolor abdominal crónico funcional. Sin embargo, la expresión del alelo A homocigótico del polimorfismo 5-Ht2A es baja en estos pacientes. No se encontró el polimorfismo 5-HTTLPR en ningún paciente.

P72. COMPORTAMENTO DA IGE NAS ALERGIAS ALIMENTARES

R. Araujo, I. Tenório, G. Rodrigues, S. Sabrá, A. Sabrá

Serviço de Alergia Alimentar do Professor Aderbal Sabrá. UNIGRANRIO. Brasil

Introdução: As desordens alergias alimentares mediadas por IgE se manifestam prevalentemente em 4 sistemas: GALT, SALT, BALT e NALT. Em cada um destes sistemas observaremos sintomas específicos de acordo com o órgão alvo afetado. O envolvimento generalizado pode acontecer, desencadeando um processo de anafilaxia a antígenos alimentares. **Objetivo:** Selecionar pacientes com alergia alimentar do tipo humoral ou IgE e descrever quais os principais diagnósticos clínicos observados neste tipo de alergia alimentar. **Material:** Foram selecionados 35 pacientes com diagnóstico de alergia alimentar mediada por IgE, do serviço de alergia alimentar do Professor Sabrá. Deste 35 pacientes observa-se uma prevalência dos seguintes diagnósticos clínicos: hipersensibilidade gastrointestinal imediata, presente em 47,05% dos casos (16 dos 35); rinite e asma, com uma incidência de 23,52% (cada uma com 4 casos); síndrome da alergia oral, presente em 6 casos, com incidência de 17,34%, bem como urticária, presente nos demais 5 casos. **Discussão:** A resposta clínica mediada por IgE pode afetar todos os sistemas orgânicos, como ocorreu em nossa casuística, bem como pode ser multi sistêmica, ocasionando anafilaxia. Nossa experiência mostrou que mais de um sistema foi simultaneamente acometido (MALT, GALT, SALT e NALT), em 88,23% dos casos (relacionado a 30 pacientes). Nestes casos no mínimo dois sistemas estavam envolvidos na clínica responsiva, enquanto que nos restantes 11,77% (relacionado a apenas 5 pacientes) apenas apresentavam um único e exclusivo sistema envolvido.

P73. SCORE FOR THE DIAGNOSIS OF FOOD ALLERGY

A. Sabrá, I. Tenório, G. Rodrigues, S. Sabrá

Serviço de Alergia Alimentar do Professor Aderbal Sabrá. UNIGRANRIO. Brasil

Introduction: The diagnosis of food allergy currently relies on a careful history, consideration of epidemiologic aspects of the disorder, physical examination of the patient and the role and limitation of laboratory diagnostic tests. DBPCFC remain as the gold standard for the diagnosis. The objective of this study is to develop a score to simplify the work up to the diagnosis of food allergy, based on findings of relevant evidence present among cases of food allergy. **Methods:** We studied 1000 charts of patients with food allergy. We use a questionnaire-protocol containing several data from chief complaints, clinical presentation of the disease, organs and systems affected by the disease, family history of allergy, food habits and diet since birth, for both mother and child, lab tests, diagnosis, treatment and classification of the type of the food allergy presented by the patient. **Results:** Based in the prevalence of each finding, sign and symptom, we pointed from 3 to 1, resulting in this score of prevalence:

Points	Genetics	Early exposure to cow's milk	Number of affected systems	Findings that are worth to point
3	Both parents are allergic (any allergy)	Nursery bottle and formula feeding with no breast milk	Tree systems affected	Tree of a kind: facial pallor; allergy year round; excessive hygiene; infection early in life; drugs-antiacids-antibiotics
2	One parent is allergic or allergy in siblings	Short course of BM (weeks to one month) plus bottle feeding since birth	Two systems affected	Two of a kind: plus entero-mammary disruption
1	Allergy in the family other than parents or siblings	Complementary cow milk in the first 8 months of life, with breast feeding up to 4 months	One system affected	One of a kind: plus entero-mammary disruption
0	No allergy in family	Exclusive breastfeeding up to 8 months	No one system affected	Normal entero-mammary circulation; no one of a kind

The points in this score are distributed according with their relevance and prevalence to the diagnosis of food allergy, described in the literature and based in evidence obtained from the charts selected among the 1000 patients from our study. A patient with 12 points has food allergy. Nine or more points are very consistent with the diagnosis of food allergy. Over 6 points we are close to the diagnosis. Less than 5 and more than 3 points we could be dealing with food allergy. Less than 2 points will be hard to diagnosis food allergy. Zero points are equal to no food allergy. **Conclusion:** The use of this score facilitate the way to make the diagnosis of food allergy. It has been in used in the past year in our clinic, with confidence and success.

P74. EOSINOPHILIC COLITIS IN INFANCY: REVIEW OF THE LITERATURE FROM 1966 TO 2010

A.C. Lozinsky, M.B. Morais

Discipline of Pediatric Gastroenterology. Escola Paulista de Medicina. Federal University of São Paulo. Brazil

Introduction: Eosinophilic colitis related to allergy to cow's milk is considered a cause of blood in the stools of infants. **Objective:** To review the literature on clinical data of infants with eosinophilic colitis or allergic. **Method:** Medline search of all indexed with the words «eosinophilic and colitis» or «allergic and colitis» between 1966 and 2010. The abstracts were reviewed independently by two researchers who selected articles with case series or case reports of infants. **Results:** 602 articles identified in the initial search of which 23 were selected, evaluating a total of 258 infants. When informed, 62.2% of infants were male and 74.0% aged less than 6 months. Of the 258 patients, 110 (42.6%) were exclusively breast-fed and the other received cow's milk protein (51.6%), except 15 (5.8%) who received soy formula. Diarrheal stools were reported in 25.1% (65/258) of patients. Eosinophilia was found in 49.0% (101/206) of infants. For most patients, the protein in cow's milk was removed from the mother's diet and/or from the infant's, with improvement of the blood in the stool. **Conclusions:** Eosinophilic colitis occurs predominantly in the first six months of life and in males. In the literature, allergy to cow's milk was considered the main cause of eosinophilic colitis. Diet excluding cow's milk from the mother's or from the infant's diet is an effective therapy.

P75. ENTEROPATIA DO LEITE DE VACA

A. Sabrá, S. Sabrá, I. Tenório, L. Barbieri, G. Eleutério
Serviço de Alergia Alimentar do Professor Aderbal Sabrá. UNIGRANRIO. Brasil

Objetivo: Estudar as principais manifestações clínicas e achados laboratoriais apresentadas por pacientes portadores da ENTEROPATIA DO LEITE DE VACA, sejam crianças ou adolescentes. **Método:** Foram estudados 40 prontuários médicos de crianças e adolescentes, sendo 21 do sexo masculino e 19 do sexo feminino, com idade média de 4,2625 anos (máxima 12 anos, mínima 2 meses). **Resultados:** QP: 1º, perda de peso (16-40%); 2º, dor abdominal (14-35%); 3º, diarreia (13-32,5%); 4º, queixas respiratórias associadas (12-30%); 5º, vômitos (7-17,5%). Outras: constipação, queixas de pele áspera e distensão abdominal. **Órgãos de choque:** ordem de acometimento: GALT 40 (100%), BALT 30 (75%), SALT 28 (70%), CNSALT 18 (45%). Principais manifestações em cada órgão de choque: GALT: diarreia (19-47,5%), dor abdominal (15-37,5%), fezes volumosas (14-35%), falta de apetite (12-30%). Outras: vômitos, refluxo e distensão abdominal. BALT: rinite (11-36,66%), asma/bronquite (10-33,33%), faringoamigdalite (9-30%), catarro (9-30%). Outras: otite, sinusite, ronos e tosse crônica. SALT: palidez (18-64,29%), olheiras (9-32,14%), prurigo estrófilo (8-28,57%), eczema tóxico (6-21,42%). Outros: urticária e eritema perianal. CNSALT: irritabilidade (9-50%), transtorno do sono (7-38,88%), hiperatividade (4-22,22%), cefaléia (3-16,66%). Outros: déficit de atenção e tensão/fadiga. **Mamadeira no berçário:** 25 de 39 (64,10%) (1 caso não informado). **Exames laboratoriais:** IgE: aumentada 20 (52,63%), normal 18 (47,36%) (2 pacientes IgE não informada). Relação CD4/CD8: baixa 16 (43,24%), alta 10 (27,07%), normal 11 (29,72%) (3 pacientes com relação CD4/CD8 não informada). IgG₄ maior que IgG₃: relação normal 20 (60,6%), relação invertida 13 (39,4%) (7 pacientes com IgG₃ e IgG₄ não informada). **Conclusão:** O presente trabalho acrescenta importantes dados ao conhecimento desta entidade clínica, carente de dados na literatura mundial a enteropatia do leite de vaca, que ocorre em qualquer idade, desde infância à adolescência e atinge ambos os sexos.

P76. CYTOKINES PROFILES IN PATIENTS WITH THE SPECTRUM OF NON-IGE FOOD ALLERGY: A NEW PROTOTYPE OF IMMUNOLOGICAL DISTURBANCE

A. Sabrá, J.A. Bellanti, S. Sabrá, B. Zeligs, G. Rodrigues, I. Tenório
Serviço de Alergia Alimentar do Professor Aderbal Sabrá. UNIGRANRIO. Brasil

Objective: The purpose of this study is to investigate possible mechanisms of the allergic reaction in patients with non-IgE food allergy characterized by normal expression of Th2 cytokines and normal IgE. **Methods:** Eighteen patients with allergic manifestation to several foods entered into the study: 4 patients had a diagnosis of celiac disease (CD), 4 had breast milk colitis (BMC), 4 patients had a diagnosis of attention deficit hyperactive disorder (ADHD) and autism, and 6 patients had cow's milk enteropathy with anorexia and failure to thrive (FTT). The assay measures two T-helper CD4 lineages based upon measurement of cytokine profiles characteristic of each lineage: Th1-associated INF- γ , IL-2 and Th2-associated IL-4 and IL-5. **Results:** In patients with celiac disease was observed a decrease of CD4/CD8 and an increased Th1 cytokines IFN- γ and IL-2. In patients with breast milk colitis the CD4/CD8 ratios was normal, but Th1 cytokines was also elevated, mainly IFN- γ . In remaining studied patients the Th1 cytokines profiles were normal or decreased. **Conclusions:** In the present study, we observed a new prototype of immunological disturbance in patients with food allergy and celiac disease, breast milk colitis, cow's milk enteropathy and behavioral disorders. Our finding of decreased Th1 cytokine profiles in these groups may represent a new abnormal immunological alteration in these developmental disorders.

P77. REVISIÓN CASUÍSTICA DE LA INGESTIÓN DE CUERPOS EXTRAÑOS EN LAS VÍAS DIGESTIVAS EN EL SERVICIO DE GASTROENTEROLOGÍA, HEPATOLOGÍA Y NUTRICIÓN PEDIÁTRICA. DEPARTAMENTO DE PEDIATRÍA. HOSPITAL GENERAL PLAZA DE LA SALUD (HGPS). ONCE AÑOS DE EXPERIENCIA (2001-2011)

C.M. Montero Brens¹, I. Cornelio², A. Quezada³, J. Soriano³, T. Almonte³, H. Cuevas³, F. Díaz Vargas⁴
¹Coordinador. ²Ayudante Especialista. ³Personal Asistente Médico. Servicio de Gastroenterología, Hepatología y Nutrición Pediátrica. ⁴Servicio de Anestesiología. Hospital General de la Plaza de la Salud. Santo Domingo. República Dominicana

Introducción: La ingestión de cuerpos extraños en las vías digestivas, altas o bajas, puede conducir a complicaciones graves como perforación, sangrado, infección y obstrucción, poniendo en peligro la vida del niño. La intervención en las primeras horas es fundamental para el manejo exitoso y evitar grandes cirugías. **Objetivo:** Analizar el comportamiento clínico y endoscópico de los cuerpos extraños en vías digestivas altas y bajas: localización, tipo, lesiones asociadas y resolución terapéutica. Experiencia nacional en la República Dominicana. **Pacientes y métodos:** Se revisaron las 1.500 endoscopias digestivas de nuestro servicio. Estudio clínico retrospectivo y transversal. Se evaluaron los 44 casos (2,9%) del total con historia de ingestión de cuerpos extraños, 43 en vías altas y 1 en vías bajas. Se revisaron los reportes endoscópicos de los pacientes con antecedentes de ingestión de cuerpo extraño en el periodo 2001-2011. **Resultados:** Varones 33 (75%) y hembras 11 (25%). Grupos de edad: 1-4 años 28 casos (64%), 5-9 años 11 casos (25%) y 10-14 años 6 casos (11%). Localización: orofaríngea 1, esófago 30 (68%), estómago 6, duodeno 2, colon 1, normalidad 4. Tipo: moneda 24 (54%), pila plana 2, cuerpo metálico de juguete 2, mica de plástico 2, semilla de fruto 2; pincho, clip, pinza, malla metálica, hueso de pollo, espina de pescado, clavo, aguja, filtro de audífono: todos con 1 caso; normalidad en 3 casos. Lesiones asociadas: En 38 casos (86%), esofagitis traumática 8 casos (40%), gastritis traumática 9 casos (20%), sangrado secundario 3 casos, infección 2 casos; duodenitis traumática, estenosis esofágica y perforación antropilórica: 1 caso cada una. Cuatro exploraciones se realizaron conjuntamente con el equipo de cirugía general, otorrinolaringología y neumología, pero ninguna requirió cirugía. **Conclusiones:** El manejo endoscópico de la ingestión de cuerpos extraños en las vías digestivas debe realizarse precozmente, en las primeras horas, por la urgencia terapéutica de extraerlos y evitar las graves complicaciones asociadas a los mismos, así como las importantes cirugías en muchas ocasiones.

P78. USO DA MAMADEIRA DE LEITE DE VACA NO BERÇÁRIO

A. Sabrá, S. Sabrá, I. Tenório, H. Santos, P. Crestani, R. Vidal, S. Ribeiro
Serviço de Alergia Alimentar do Professor Aderbal Sabrá. UNIGRANRIO. Brasil

Introdução: A alergia alimentar (AA) tornou-se um problema comum de consultório para o gastroenterologista e o alergista, pelo aumento de sua frequência em todo o mundo. O presente trabalho objetiva a acrescentar dados no tocante ao hábito inadequado da oferta de uma mamadeira de leite de vaca, no berçário, antes do leite materno, nos diferentes tipos de alergia alimentar. **Material:** Foram estudados 130 pacientes com AA do acervo de prontuários do Serviço de Alergia Alimentar do Professor Aderbal Sabrá quanto ao hábito alimentar do uso de mamadeira de leite de vaca no berçário, oferecidos ao recém-nascido antes do leite materno. Os pacientes foram classificados de acordo com sua clínica e seus exames laboratoriais em portadores de AA de mediação por IgE, AA de mediação não IgE, e AA de mediação mista. **Resultados:** Dos 70 pacientes estudados com AA mediada por IgE, 44 tomaram mamadeira no berçário antes do leite humano (LH) (62,8%); dos 42 pacientes com AA não IgE, 19 tomaram a mamadeira no berçário, antes do LH (45,2%), e dos 18 pacientes com AA por mecanismo misto, 8 tomaram o leite de vaca antes do LH (44,5%). **Discussão:** Os resultados mostram que o uso da mamadeira no berçário correlacionou-se mais com casos de alergias mediadas por IgE (62,8% contra 44,5 e 45,2%) dos outros tipos de alergias. Este achado corrobora, com os dados de literatura, no tocante a que estímulos alergênicos nos primeiros meses de vida induzem ao recém-nascido produzir alergia do tipo IgE. **Conclusão:** A introdução precoce de qualquer outra proteína na dieta do recém-nascido, antes do leite materno, está associada, em altas taxas, à alergia alimentar de qualquer tipo.

P79. REVISIÓN CASUÍSTICA DE LA GASTROSTOMÍA ENDOSCÓPICA PERCUTÁNEA (PEG) EN EL SERVICIO DE GASTROENTEROLOGÍA, HEPATOLOGÍA Y NUTRICIÓN PEDIÁTRICA. DEPARTAMENTO DE PEDIATRÍA. HOSPITAL GENERAL DE LA PLAZA DE LA SALUD (HGPS). ONCE AÑOS DE EXPERIENCIA (2001-2011)

C.M. Montero Brens¹, I. Cornelio², A. Quezada³, J. Soriano³, T. Almonte³, H. Cuevas³, F. Díaz Vargas⁴

¹Coordinador. ²Ayudante Especialista. ³Personal Asistente Médico. ⁴Servicio de Gastroenterología, Hepatología y Nutrición Pediátrica.

⁴Servicio de Anestesiología. Hospital General de la Plaza de la Salud. Santo Domingo. República Dominicana

Introducción: La gastrostomía endoscópica percutánea (PEG) es una técnica descrita por Ponsky y Gauderer en 1981 en Estados Unidos, y desde entonces se ha convertido en una excelente medida terapéutica para el soporte nutricional en pacientes con patología aguda y crónica grave que impide la alimentación por la vía oral normal.

Objetivo: Evaluar las indicaciones y complicaciones de este procedimiento endoscópico como primera casuística relevante pediátrica a escala nacional en la República Dominicana. **Pacientes y métodos:** Revisión de 1.500 endoscopias GI realizadas en nuestro servicio. Estudio retrospectivo y transversal. Se evaluaron 25 pacientes del total de 1.000 endoscopias altas realizadas (2,5%). Se evaluó, de los informes endoscópicos y las historias clínicas: sexo, grupos de edad, indicaciones, complicaciones, y evolución clínica. **Resultados:** Mujeres 19 casos (76%) y varones 6 casos (24%); <1 año 1 caso, 1-4 años 7 casos, 5-9 años 9 casos, 10-14 años 10 casos y >15 años 1 caso. Indicaciones: Trastornos en la mecánica de la deglución, 11 casos (44%) distribuidos en traumatismo craneoencefálico (3), encefalopatía (7) y tumor cerebral (1); lesiones severas GI por ingestión de cáusticos, 4 casos (16%); sustitución de sonda de PEG, colocación de botón de gastrostomía, colocación de sonda de alimentación entérica, 8 casos (32%); neumopatía crónica 1 caso, y gastrostomía quirúrgica 1 caso. Las complicaciones más frecuentes fueron el granuloma y las infecciones periorificiales, 4 casos (16%), y el granuloma intragástrico y la obstrucción parcial interna de la sonda, 2 casos (8%). La evolución de los parámetros clínicos y bioquímicos nutricionales fue adecuada y dentro de la normalidad. El retiro definitivo de la sonda de PEG para alimentación se realizó en la mayoría de los casos. **Conclusiones:** La PEG resultó una excelente alternativa de soporte nutricional enteral prolongado en las situaciones clínicas presentadas que comprometían los mecanismos del soporte enteral oral, y evitó la prolongación del soporte nutricional parenteral. La PEG resulta una alternativa más rápida, menos riesgosa y más barata que la gastrostomía quirúrgica.

P80. REVISIÓN CASUÍSTICA DEL SANGRADO GASTROINTESTINAL (SGI) ALTO Y BAJO EN EL SERVICIO DE GASTROENTEROLOGÍA, HEPATOLOGÍA Y NUTRICIÓN PEDIÁTRICA. DEPARTAMENTO DE PEDIATRÍA. HOSPITAL GENERAL DE LA PLAZA DE LA SALUD (HGPS). ONCE AÑOS DE EXPERIENCIA (2001-2011)

C.M. Montero Brens¹, I. Cornelio², A. Quezada³, J. Soriano³, T. Almonte³, H. Cuevas³, F. Díaz Vargas⁴

¹Coordinador. ²Ayudante Especialista. ³Personal Asistente Médico. ⁴Servicio de Gastroenterología, Hepatología y Nutrición Pediátrica. Hospital General de la Plaza de la Salud. Santo Domingo. República Dominicana

Introducción: Las endoscopias digestivas se implementaron en los inicios de los años ochenta. En los últimos 15 años se han convertido en prácticas rutinarias, incluyendo las intervenciones terapéuticas de los estudios publicados a escala internacional. **Objetivos:** Evaluar los resultados obtenidos con este procedimiento en el diagnóstico y terapéutico del SGI en los últimos 11 años (2001-2011), como experiencia a escala nacional. **Pacientes y métodos:** Revisión de 1.500 endoscopias digestivas realizadas en nuestro servicio. Estudio retrospectivo y transversal. Se evaluaron 160 pacientes (10,6%) con signos de sangrado GI alto (hematemesis o melena) o bajo (rectorragia, diarrea con sangre). Varones 97 (60,6%), mujeres 63 (39,4%) y edades comprendidas desde 1 mes hasta los 15 años (0-15 años). Se revisaron los informes electrónicos de las historias clínicas y endoscopias de estos pacientes en los últimos 11 años. **Resultados:** Los varones fueron más afectados, con 97 casos (60,6%); grupo de edad más afecto 5-9 años (33,11%). Sangrado GI alto 39 casos (24,3%) y sangrado GI bajo 121 (75,7%). En el SGI alto observamos: sangrado no variceal 13 casos (33,3%) y variceal 25 casos (66,7%). Intervención terapéutica con esclerocoagulación de lesiones o ligadura de varices en 26 casos (66,6%). En el GI bajo observamos sangrado por

fisuras, hemorroides, rectitis, colitis, hiperplasia linfonodular, enfermedad inflamatoria intestinal, ileítis, fístulas en 41 casos (33,8%), poliposis en 46 casos (38%) y normalidad en 34 casos (28%). Endoscopia terapéutica: polipectomía en 46 casos (38%) y electrocoagulación en 4 casos (3,3%). **Conclusiones:** El SGI alto y bajo es una indicación frecuente de endoscopia digestiva en la edad pediátrica, que en casi todos los casos, además de facilitar el diagnóstico, garantiza la resolución terapéutica del sangrado, evitando el shock hipovolémico y la necesidad de cirugía de urgencia.

P81. PREVALÊNCIA DE COMPROMETIMENTO DOS SISTEMAS GALT, BALT, SALT E CNSALT NA ALERGIA ALIMENTAR

A. Sabrá, S. Sabrá, I. Tenório, H. Santos, P. Crestani, R. Vidal, S. Ribeiro

Serviço de Alergia Alimentar do Professor Aderbal Sabrá. UNIGRANRIO. Brasil

Introdução: A alergia alimentar (AA) tornou-se um problema comum de consultório para o gastroenterologista e o alergista, pelo aumento de sua frequência em todo o mundo. No presente trabalho o objetivo foi evidenciar a prevalência dos sintomas relacionados aos sistemas GALT, BALT, SALT e CNSALT nas diferentes formas de AA. **Material:** Foram estudados 130 pacientes com AA, do acervo de prontuários do Serviço de Alergia Alimentar do Professor Aderbal Sabrá, quanto ao comprometimento dos sistemas envolvidos na resposta clínica gerada pela AA nos sistemas gastrointestinal (GALT), respiratório (BALT), pele (SALT) e sistema nervoso (CNSALT), bem como a concomitância da ocorrência da manifestação clínica multi-sistêmica. **Resultados:** Dos 130 prontuários estudados, 70 apresentavam alergia alimentar mediada por IgE, e destes 67 tinham sintomas do GALT, 55 do BALT, 59 do SALT e 30 do CNSALT. Dentre os 42 pacientes estudados com alergia AA do tipo não-IgE, 42 tinham sintomas do GALT, 30 do BALT, 29 do SALT e 12 do CNSALT. Dos 18 pacientes com AA do tipo misto, 15 comprometiam o GALT, 15 o SALT, 14 o BALT e 9 o CNSALT. Dos 130 pacientes estudados, 92,5% apresentavam manifestação clínica em 2 ou mais sistemas; destes 18, 6% tinham manifestação nos quatro sistemas envolvidos; 32,6% com manifestação em 3 dos quatro sistemas estudados, e os restantes com dois sistemas, pelo menos afetados. **Discussão:** Os resultados obtidos mostram a prevalência das associações multi-sistêmicas e para cada sistema, na incidência para cada tipo de AA. Dos dados prevalece a informação de dois ou mais sistemas afetados em 92,5% dos casos de AA, com prevalência dos sintomas GALT para qualquer tipo de alergia com valores superiores a 90%. **Conclusão:** Manifestação clínica multi-sistêmica e comprometimento do sistema GALT estão presentes na maioria dos pacientes com AA.

P82. CASUÍSTICA SOBRE POLIPOSIS GASTROINTESTINAL EN LA EDAD PEDIÁTRICA. SERVICIO DE GASTROENTEROLOGÍA, HEPATOLOGÍA Y NUTRICIÓN PEDIÁTRICA. DEPARTAMENTO DE PEDIATRÍA. HOSPITAL GENERAL DE LA PLAZA DE LA SALUD (HGPS). ONCE AÑOS DE EXPERIENCIA (2001-2011)

C.M. Montero Brens¹, I. Cornelio², A. Quezada³, J. Soriano³, T. Almonte³, H. Cuevas³, F. Díaz Vargas⁴

¹Coordinador. ²Ayudante Especialista. ³Personal Asistente Médico. ⁴Servicio de Gastroenterología, Hepatología y Nutrición Pediátrica. Hospital General de la Plaza de la Salud. Santo Domingo. República Dominicana

Introducción: Una de las causas más frecuentes de sangrado gastrointestinal bajo tipo rectorragia es la poliposis colónica, única o múltiple, primaria o asociada a otros síndromes generalizados. El empleo rutinario de la colonoscopia diagnóstica y terapéutica ha permitido hacer un diagnóstico y tratamiento (polipectomía) a tiempo. **Objetivos:** Evaluar a los pacientes que acudieron por sangrado bajo a nuestro servicio y determinar la frecuencia de poliposis, así como su tipo, localización, comorbilidad asociada y resolución terapéutica. **Pacientes y métodos:** Estudio retrospectivo y transversal donde se evalúan, de un total de 500 endoscopias bajas, aquellas indicadas por sangrado digestivo bajo tipo rectorragia (121 casos, 24,2%), encontrándose 46 casos de ellos (38%) con poliposis GI. Se revisaron las informes electrónicos endoscópicos y clínicos para sexo, edad, localización, número de pólipos, tamaño, tipo (endoscópico e histológico), comorbilidad asociada y resolución terapéutica. **Resultados:** 46 casos. Varones 25 casos (54,3%) y mujeres 21 casos (45,7%). Grupos de edad: 1-4 años 6 casos, 5-9 años 30 casos (65,2%) (fue el grupo de edad más afecto), 10-14 años 10 casos (21,7%). Localización: recto 42 casos (91,3%), sigmoides 10 casos (21,7%), descendente, transversal y ascendente, 2 casos cada uno. Úni-

co en 30 casos (65,2%) y múltiple en 16 casos (34,7%). Sólo 4 casos (8,6%) superaron el tamaño de 2 cm de altura y ancho (gigante). Tipo endoscópico: Yamada I 17 casos (36,9%), Yamada II 6 casos (13%), Yamada III 13 casos (28,2%) y Yamada IV 10 casos (21,7%). Tipo histológico: casi todos hiperplásicos benignos, algunos casos aislados adenomatosos. Sólo 1 caso de poliposis intestinal generalizada alta y baja. Comorbilidad: hiperplasia nodular linfoidea, ascariasis y poliposis múltiple en 1 caso. Resolución terapéutica con polipectomía en 45 casos (97,8%). No complicaciones. **Conclusiones:** La endoscopia digestiva baja (colonoscopia) para el sangrado digestivo bajo es un procedimiento altamente diagnóstico y permite la resolución terapéutica del sangrado.

P83. COMPORTAMIENTO DAS SUBPOPLAÇÕES DE LINFÓCITOS CD4 E CD8 NOS DIFERENTES TIPOS DE ALERGIA ALIMENTAR

A. Sabrá, S. Sabrá, I. Tenório, H. Santos, P. Crestani, R. Vidal, S. Ribeiro
Serviço de Alergia Alimentar do Professor Aderbal Sabrá. UNIGRANRIO. Brasil

Introdução: A alergia alimentar (AA) tornou-se um problema comum de consultório para o gastroenterologista e o alergista, pelo aumento de sua frequência em todo o mundo. O presente trabalho objetiva estudar o comportamento das subpopulações de linfócitos CD4 e CD8 nos diferentes tipos de alergia alimentar. **Material:** Foram estudados 130 pacientes com AA, do acervo de prontuários do Serviço de Alergia Alimentar do Professor Aderbal Sabrá. Nestes pacientes foi levantado o perfil imunológico para confirmação do tipo de mediação alérgica e estudada a relação entre as subpopulações de linfócitos CD4 e CD8. **Resultados:** Nos 70 pacientes com alergia mediada por IgE o valor médio do IgE foi 278, 71 e a relação e a relação CD4/CD8 teve a média de 2,49. Nos 42 pacientes com alergia não-IgE os valores de IgE estiveram na média de 1,24 e a relação CD4/CD8 caiu para valores de 1,8. Nos 18 pacientes com alergia alimentar do tipo misto os valores médios de IgE foram 429,94 e a relação CD4/CD8 caiu para 1,1. **Discussão:** Os resultados obtidos levam ao raciocínio de que a relação CD4/CD8 nos pacientes alérgicos do tipo IgE e um pouco maior do que os dados de literatura por conta da purificação da amostra, mais verdadeira para alergia do tipo IgE. Já nas populações com alergia alimentar não IgE e AA do tipo misto, os valores da relação CD4/CD8 são mais baixos, respectivamente 1,8 e 1,1. **Conclusão:** O estudo da relação CD4/CD8 ajuda na caracterização da AA, sendo um dado a mais a ser utilizado para o seu diagnóstico.

P84. EVALUACIÓN CLÍNICO-ENDOSCÓPICA DE LA INGESTIÓN DE SUSTANCIAS CÁUSTICAS EN EL SERVICIO DE GASTROENTEROLOGÍA, HEPATOLOGÍA Y NUTRICIÓN PEDIÁTRICA. DEPARTAMENTO DE PEDIATRÍA. HOSPITAL GENERAL DE LA PLAZA DE LA SALUD (HGPS). ONCE AÑOS DE EXPERIENCIA (2001-2011)

C.M. Montero Brens¹, I. Cornelio², A. Quezada³, J. Soriano³, T. Almonte³, H. Cuevas³, F. Díaz Vargas⁴
¹Coordinador. ²Ayudante Especialista. ³Personal Asistente Médico. *Servicio de Gastroenterología, Hepatología y Nutrición Pediátrica.* ⁴Servicio de Anestesiología. *Hospital General de la Plaza de la Salud. Santo Domingo. República Dominicana*

Introducción: La ingestión de sustancias cáusticas (álcalis o ácidos) representa una amenaza grave para la salud pediátrica, debido a su rápida agresividad y sus complicaciones agudas (infección, sangrado, perforación, crisis de shock cardiorespiratorio y séptico) o crónicas (estenosis esofágicas severas). El diagnóstico endoscópico y la intervención terapéutica precoz disminuyen la morbimortalidad y garantizan una mejor calidad de vida. **Objetivos:** Evaluar el comportamiento clínico y endoscópico de nuestra casuística según el tipo de ingreso y referimiento postingestión: temprano (primeras 72 horas) o tardío (igual o superior a 4 semanas). Definir el valor de la endoscopia digestiva en el manejo temprano y evitar las complicaciones. **Paciente y métodos:** Se revisaron 1.000 endoscopias digestivas altas. Estudio retrospectivo y transversal. Se detectaron 44 casos (4,4%) referidos por ingestión de cáustico. Se obtuvieron los datos de los reportes electrónicos de las historias clínicas y de los informes endoscópicos. **Resultados:** 44 pacientes ingresaron por sospecha de ingestión de sustancias cáusticas: indeterminado 29 casos (65%), álcalis 12 casos (27%), ácidos 2 casos (4,5%), pila alcalina 1 caso. Varones 31 casos (71%), mujeres 13 casos (29,6%). Edades: <1 años 2 casos, 1-4 años 27 casos (61,3%), 5-9 años 14 casos (31,8%), >15 años 1 caso. Comorbilidades en 4 casos: acalasia, epidermolisis bullosa y estenosis congénita. Localización

de lesiones endoscópicas asociadas: orofaringe 11 casos (25%), esofágicas 31 casos (70,4%), gástricas 10 casos (22,7%), duodeno 3 casos (6,8%); en la mayoría de los casos hubo más de una zona afectada. Severidad: graves tipo III 35 casos (79,5%), leves-moderadas tipo I y II 6 casos (13,6%) y normalidad en 3 casos. Ingreso o referimiento temprano 24 casos (54,5%) y tardío 20 casos (45,5%). Terapéutica endoscópica: dilataciones esofágicas 20 casos (45,5%), gastrostomías PEG 4 casos. Cirugías posdilataciones: 4 casos. **Conclusiones:** La intervención temprana endoscópica en la ingestión de sustancias cáusticas evita las complicaciones agudas y crónicas, mejora el estado nutricional y evita las cirugías mayores, como el reemplazo esofágico.

P85. COMPORTAMENTO DA RELAÇÃO IGG₃ E IGG₄ NAS DIFERENTES FORMAS DE ALERGIA ALIMENTAR

A. Sabrá, S. Sabrá, I. Tenório, H. Santos, P. Crestani, R. Vidal, S. Ribeiro
Serviço de Alergia Alimentar do Professor Aderbal Sabrá. UNIGRANRIO. Brasil

Introdução: A alergia alimentar (AA) tornou-se um problema comum de consultório para o gastroenterologista e o alergista, pelo aumento de sua frequência em todo o mundo. No presente estudo o objetivo foi avaliar a relação IgG₃ e IgG₄ nas diferentes formas clínicas de AA. **Material:** Foram estudados 130 pacientes com AA, do acervo de prontuários do Serviço de Alergia Alimentar do Professor Aderbal Sabrá. Nestes pacientes foi levantado o perfil imunológico para confirmação do tipo de alergia e estudada a relação IgG₃ e IgG₄. **Resultados:** Dos 70 pacientes com alergia do tipo IgE a relação IgG₃/IgG₄ foi normal em 55,7% e invertida em 44,3%, pacientes estes que apresentavam um elevado nível de IgE. Dos 42 pacientes com alergia do tipo não-IgE, 57,6% tinham relação normal e 42,4% relação invertida. Dos 18 pacientes com alergia alimentar do tipo misto, 41,1% tinham relação normal em IgG₃ e IgG₄. Entretanto 58,9% apresentavam relação invertida. **Discussão:** Os valores de IgG₄ podem estar alterados para mais nas alergias mediadas por IgE. Entretanto seu comportamento não está conhecido nas alergias não-IgE e alergias mistas. Os resultados obtidos nesta amostra de pacientes evidenciam uma inversão maior dos níveis de IgG₃/IgG₄ em pacientes com alergia do tipo mista e compatibilidade de valores nas alergias IgE e não-IgE. **Conclusão:** A IgG₄ se eleva em qualquer tipo de mediação alérgica alimentar, seja IgE, não IgE ou mista

P86. ESTENOSIS HIPERTÓNICA ANAL (EHA), UN TRASTORNO FUNCIONAL, Y DILATACIÓN ANAL DIGITAL MODIFICADA ÚNICA

J.R. Jorge Collado, E. Jorge Manzur, J. Jorge Manzur
Centro Gastrodiagnóstico y Especialidades. Santo Domingo DN. República Dominicana

Introducción: Las variaciones de los hábitos intestinales y el cólico del lactante continúan siendo un verdadero reto por su frecuencia y difícil explicación causal, principalmente en los primeros 3 meses de vida. La estenosis hipertónica anal se sospecha por la extrema dificultad para defecar, con deposiciones sueltas o muy delgadas y sonoras. El diagnóstico es esencialmente clínico y se confirma al detectar estrechez del canal anal al tacto rectal; sólo ocasionalmente es necesario efectuar un estudio contrastado o manométrico. El tratamiento al momento es la dilatación anal digital. **Objetivos:** Destacar la naturaleza funcional de la estenosis anal en lactantes pequeños, y la implementación de una nueva técnica de dilatación anal mediante un tacto rectal modificado, único y sostenido, en vez de las estimulaciones digitales repetidas y la cirugía. **Material y método:** Se trata de un estudio prospectivo, analítico y experimental, en el que fueron seguidos durante 6 meses, con el consentimiento de los padres, todos los lactantes que desde la primera semana de nacidos presentaron algún grado de dificultad para defecar (1.260 en total, 43% M y 57% F), y durante 5 años (2006-2011), distribuidos en dos grupos: Grupo 1, control, con 1.008 (80%) lactantes jóvenes sanos (45,9% M y 54,1% F) que pujan y lloran por lo menos 10 minutos antes de una evacuación normal, con diagnóstico de disquecia y, entre éstos, 20 pacientes con sospecha de EHA, que no se dilataron; y Grupo 2, con 252 (20%), lactantes jóvenes (30,6% M y 69,4% F) con mayor dificultad para defecar, con marcada expresión de sufrimiento, como pujos fuertes y prolongados, irritabilidad, llanto intenso, que se ponen coloraditos y se doblan al intentarlo, la mayoría sometidos a dilatación digital única y sostenida hasta conseguir la relajación adaptativa de los esfínteres. Se aplicó un cuestionario con las principales variables relacionadas. **Resultados:** En el Grupo 1 (control), se observó mejoría significativa a los 3 meses de edad y casi absoluta a los 6 meses. Se estrñeron 20 lactantes a los

3 meses, además diarrea 30 casos, parasitosis (*Giardia* y/o *Ameba histolytica*) 50 casos y alergia a PLV 2 casos, cuyo manejo se reflejó considerablemente en la mejoría de su cuadro de disquicia. A los pacientes del Grupo 2 se les practicó dilatación anal a partir del mes de nacidos hasta los 2 meses (15% al mes, 65% al mes y medio y 25% cumpliendo lo 2 meses de edad), dependiendo de la intensidad de los síntomas, con mejoría casi absoluta dentro de las 12 horas siguientes en el 90% de los casos, y aquellos que tardaron un poco (10%) mejoraron al tratar la parasitosis y/o alergia a PLV, restando el esfuerzo fisiológico propio de la edad y sin recidivas hasta los 6 meses de edad. Los que no aceptaron el procedimiento (20 lactantes), incluidos en el Grupo 1, fueron los que se constiparon alrededor de los 3 meses. La presencia de membrana anal se detectó en 25 pacientes (9,9%). En ambos grupos se detectaron manipulaciones rectales con supositorio, termómetro y otros artefactos, además de laxantes, té y jugos, que fueron más utilizados en los casos que evolucionaron hacia el estreñimiento. Los vómitos y la distensión abdominal manifestados en algunos pacientes desaparecieron después de la dilatación y el tratamiento de la parasitosis, y el manejo con fórmulas extensamente hidrolizadas en los casos con sospecha de alergia a PLV. Unos hallazgos que nos llamaron la atención y que se deberían tomar en cuenta en estudios posteriores fueron: a) Una lactancia materna exclusiva, 50% inferior en el Grupo 2 (14,8-7,9%); b) La prematuridad, 50% más frecuente en el Grupo 2 (1,4-5,2), y c) La alergia a PLV, con mayor incidencia en el Grupo 2. Algunas enfermedades relacionadas se dieron en ambos progenitores, significativamente más frecuentes en el Grupo 2, con predominio en el sexo femenino: intestino irritable (74%), estreñimiento (63,5%), dismenorrea (59,6%), migraña (37,7%), asma (22,6%), alergia a PLV (11,1%), otras alergias (26,6), lo que sugiere una influencia genética funcional y alérgica. **Conclusiones:** Queda demostrada la efectividad del procedimiento de dilatación anal mediante un tacto rectal único y sostenido, existiendo varias condiciones en los progenitores de carácter funcional y alérgico que sugieren una influencia genética. Además, que un diagnóstico clínico certero y a tiempo evita otras interpretaciones clínicas, manipulaciones innecesarias, estudio de imágenes y manométricos que sólo en casos complicados confirmarían nuestra sospecha.

P87. COMPARACIÓN DEL ÍNDICE DE LIPÓFAGO EN LACTANTES MENORES Y MAYORES DE 2 MESES CON SÍNTOMAS RESPIRATORIOS RECURRENTES Y CLÍNICA DE REFLUJO GASTROESOFÁGICO. HOSPITAL ESCUELA ÓSCAR DANILO ROSALES. LEÓN, NICARAGUA, 2009-2010

C. Ruiz Hernández¹, J. Alemán Pineda², M.^a V. Arce³, P. Munguía Vanegas⁴

¹Médico Pediatra. Hospital Escuela Dr. Oscar Danilo Rosales Argüello.

²Médico Pediatra. Máster en Salud Pública. Hospital Escuela Dr. Oscar Danilo Rosales Argüello. Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua.

³Médico Patóloga y Citóloga. Hospital Escuela Dr. Oscar Danilo Rosales Argüello.

⁴Gastroenterólogo y Nutriólogo Pediatra. Hospital Escuela Dr. Oscar Danilo Rosales Argüello. León. Nicaragua

Resumen: El índice de lipófago es un método diagnóstico que determina la presencia de macrófagos cargados de lípidos en muestras de lavado broncoalveolar. Este método se ha utilizado para detectar la enfermedad respiratoria recurrente (ERR) asociada a reflujo gastroesofágico en población pediátrica. Su comporta-

miento en niños ha probado, en algunos países desarrollados, proporcionar una fuerte evidencia diagnóstica en la ERR, y debería considerarse siempre en pacientes refractarios al tratamiento antirreflujo. Sin embargo, su precisión en niños menores de 2 meses no está bien establecida. Se realizó un estudio con el objetivo de determinar la utilidad del índice de lipófago en lactantes menores y mayores de 2 meses (grupo 1 y 2, respectivamente) con ERR y reflujo gastroesofágico en nuestro medio. Se realizó un estudio comparativo del resultado del índice de lipófago en ambos grupos. El método de cuantificación utilizado fue el descrito por Colombo. Se evaluaron 100 macrófagos y se estableció como punto de corte un índice de lipófago mayor de 75 para enfermedad pulmonar. Se registraron 25 pacientes de gastroenterología, respiratorio y neonatología, de los cuales 13 fueron asignados al grupo 1 y 12 al grupo 2. En el grupo 1 prevaleció la sintomatología respiratoria (11/13), mientras que en el grupo 2 prevaleció la sintomatología digestiva (9/12) ($p < 0,05$). No se encontraron diferencias estadísticas significativas entre las medias del valor total de lipófagos ni en el punto de corte entre ambos grupos. Estos resultados sugieren la posibilidad de utilización en menores de 2 meses. No obstante, son necesarios estudios con mayor número de casos y comparativos con otros métodos diagnósticos.

P88. CUERPOS EXTRAÑOS EN VÍAS DIGESTIVAS EN MENORES DE 15 AÑOS EN UN HOSPITAL PEDIÁTRICO D.N. 2005-2009

¹M. Cabrera, ²V. Sánchez, ³M. Batista, ³Y. Morillo, ³D. Calcagno, ⁴G. Fernández

¹Departamento de Gastroenterología Pediátrica. ²Médico Ayudante.

³Residente de Gastroenterología Pediátrica. ⁴Médico Pediatra. Hospital Infantil Dr. Robert Reid Cabral. Santo Domingo. República Dominicana

Introducción: Los cuerpos extraños son pequeños objetos ingeridos que pueden quedarse impactados en el tracto digestivo e incluso perforarlo. Penetran en nuestro organismo por orificios naturales o después de lesiones de distinta naturaleza. Pueden provocar trastornos que varían desde la simple y fugaz reacción local hasta fenómenos graves y mortales. **Material y método:** Se realizó un estudio descriptivo retrospectivo de corte transversal para determinar la frecuencia de cuerpos extraños en 363 pacientes que acudieron a la consulta de gastroenterología pediátrica del Hospital Robert Reid Cabral con diagnóstico de ingestión de cuerpo extraño en el periodo 2005-2009, y con edades entre 0 y 15 años. **Resultados:** Fue más frecuente en el periodo 1-4 años de edad (51,1%); la mayoría eran varones (55,4%) y procedían de zona urbana (70,5%). En cuanto al tipo de objeto ingerido, las monedas y medallas alcanzaron un mayor porcentaje (20,9 y 12,7%, respectivamente). Entre los signos y síntomas, la sialorrea fue el más frecuente (60%), seguida de dificultad respiratoria (39,9%) y disfagia (20,1%); 108 pacientes necesitaron extracción quirúrgica (29,8%); 91 pacientes los eliminaron de forma espontánea (25,1%) y 42 necesitaron extracción endoscópica (11,6%). **Discusión:** La ingestión accidental o voluntaria de cuerpos extraños representa una emergencia en gastroenterología pediátrica y cirugía pediátrica. Generalmente los niños suelen tragarse objetos tales como piezas de juguetes, semillas, monedas, etc. La presencia de un cuerpo extraño en el tracto digestivo es de interés, pudiendo quedar impactado, causando obstrucción intestinal o perforaciones. Conocer la frecuencia, la localización, los signos y los síntomas que causan estos objetos en el tracto digestivo cobra importancia en su prevención y diagnóstico precoz, pues de ello dependerá la terapéutica adecuada.

HEPATOLOGÍA

P89. SÍNDROME DE ALAGILLE. EXPERIENCIA EN 24 PACIENTES
M. Galoppo, C. Lezama, M. Solaequi, E. De Matteo, C. Galoppo
Unidad 4 - Hepatología. Hospital de Niños Ricardo Gutiérrez. Buenos Aires. Argentina

Introducción: El síndrome de Alagille (SA) es una enfermedad autosómica dominante, con defecto en el gen *Jagged1*, involucrado en el desarrollo temprano. El diagnóstico clínico se establece por la presencia de tres o más de los criterios mayores: colestasis, facies característica, cardiopatía, vértebras en alas de mariposa y embriotoxon posterior. La biopsia hepática muestra pobreza de conductos biliares interlobulares en la mayoría de los pacientes. **Objetivo:** Comunicar nuestra experiencia en 24 pacientes con SA. **Pacientes y métodos:** Análisis retrospectivo de 24 pacientes con diagnóstico clínico de SA atendidos consecutivamente hasta julio de 2011. Sexo femenino: 50%. Mediana (X) de edad de la primera consulta: 3 meses (R: 1-84 meses). **Resultados:** Motivo de consulta: colestasis 21/24 (0-3 meses: 17/24); 3 pacientes por aumento de transaminasas. Diagnóstico clínico: facies 23/24, embriotoxon 15/24, cardiopatía 18/24, vértebras características 13/24. Se evaluaron 19 biopsias: 15/19 índice de Alagille <0,9; 3/19 cirrosis, y 1 colangitis esclerosante. De los 17 pacientes con colestasis del primer trimestre, 6 resolvieron la ictericia espontáneamente y en 2 se indicó trasplante por prurito intratable. Se realizó portoenteroanastomosis en 5 pacientes, y en todos se indicó trasplante, 4/5 por disfunción hepática y 1/5 por prurito. En un paciente se realizó derivación biliar cutánea externa. Cuatro fallecieron y 5 discontinuaron el seguimiento. **Conclusiones:** El SA es poco frecuente en nuestro medio. La facies y la colestasis fueron los criterios mayores más frecuentes. La interpretación adecuada de los criterios mayores disminuiría el número de portoenteroanastomosis en estos pacientes. ¿Peor evolución? La ictericia puede resolver espontáneamente en un grupo de pacientes.

P90. EL VALOR PRONÓSTICO DEL SCORE PELD ES SUPERIOR AL ÍNDICE DEL KING'S COLLEGE EN LA FALLA HEPÁTICA AGUDA

C. Sánchez, G. Boldrini, V. Fernández de Cuevas, D. D'Agostino
Servicio de Gastroenterología, Hepatología y Trasplante Hepatointestinal Pediátrico. Hospital Italiano de Buenos Aires. Argentina

Introducción: Los criterios del King's College Hospital (KCH) han sido universalmente utilizados para evaluar el pronóstico en pacientes con FHA. El modelo PELD es un sistema de calificación que determina el riesgo de mortalidad para asignar órganos en pacientes en lista de espera de TH. **Objetivo:** Comparar el valor pronóstico del score PELD con el KCH en niños con FHA. En pacientes con encefalopatía 0-2, evaluar la utilidad del score PELD para discriminar pacientes con peor pronóstico (desenlace en muerte o TH). **Material y métodos:** Se calculó el score PELD y el KCH al ingreso hospitalario en 40 niños con FHA. **Resultados:** Media de edad $5,3 \pm 4,4$ años (R: 6 meses-17 años). Media del score PELD $34,92 \pm 10,48$ (R: 6-55). El valor de corte de PELD de 33 mostró un 81% de especificidad y un 86% de sensibilidad (VPP 92% y VPN 69%; ABC ROC 0,88; IC 95% 0,77-1,0; $p < 0,0001$). El análisis de los criterios del KCH presentó una sensibilidad del 88% y una especificidad del 72% (VPP 88% y VPN 61%). En pacientes con encefalopatía grado 0-2, la media del score PELD fue mayor en quienes recibieron TH o fallecieron ($37,9 \pm 6,2$), comparada con los que sobrevivieron sin TH ($24,09 \pm 10,9$) ($p < 0,0002$). **Conclusión:** El modelo PELD mostró ser un mejor score de riesgo en pacientes con FHA. En pacientes con encefalopatía grado 0-2, el score PELD discriminó significativamente pacientes con peor pronóstico. Nuevos estudios con diferentes poblaciones y etiologías y con mayor número de pacientes son necesarios para una mejor valoración. (G. Boldrini. Médico Pediatra Gastroenterólogo.)

P91. COLESTASIS NEONATAL EN NIÑOS CON INSUFICIENCIA HIPOFISARIA O INSUFICIENCIA ADRENAL PRIMARIA: HISTORIA NATURAL Y RESPUESTA AL TRATAMIENTO
C. Lezama, D. Braslavsky, A. Keselman, M. Galoppo, G. Bastida, A. Chiesa, I. Bergadá, C. Galoppo
Unidad 4 - Hepatología. Hospital de Niños Ricardo Gutiérrez. Buenos Aires. Argentina

Introducción: En el diagnóstico diferencial de la colestasis neonatal, las causas endocrinológicas son infrecuentes y poco reconocidas. Su diagnóstico tardío conlleva elevada morbimortalidad. La evolución de la disfunción hepática en estos niños no ha sido documentada. **Objetivo:** Caracterizar la colestasis neonatal y su evolución en lactantes con insuficiencia hipofisaria o insuficiencia adrenal primaria, en lactantes que consultaron a los servicios de hepatología y/o endocrinología del Hospital de Niños Ricardo Gutiérrez entre los años 2003 y 2010. Se evaluaron: características clínicas, edad, test de función hepática (B total, B directa, γ GT, AST y ALT), determinación de ACTH, cortisol, GH, IGF-I, FT4, TSH, prolactina, LH, FSH, estradiol, testosterona, y remisión de la colestasis luego de la terapia de reemplazo hormonal (TRH). **Resultados:** 16 pacientes incluidos, 12 varones. Once presentaron diagnóstico definitivo de insuficiencia combinada de hormona hipofisaria (CPHD combinada), y 5 déficit aislado y transitorio de cortisol. Inicio de la colestasis (mediana): 18 días; edad a la consulta: rango 15-180 días. Elevación de B conjugada: 16/16; ALT: 10/16; γ GT: 9/16. Hipoglucemia: 16/16 (sintomática severa en 8); anomalías genitales: 9/16; RMN cerebral anormal en los 11 pacientes con CPHD combinada. Todos los pacientes recibieron TRH con hidrocortisona 17 mg/m²/día. Remisión de la colestasis: mediana 65 días (R: 24-287); y normalización de ALT: 90 días. La remisión fue más precoz en el déficit transitorio de cortisol que en CPHD. En 3,9 años de seguimiento (R: 1,2-7,8 años) ningún paciente presentó evidencias de disfunción hepática. En lactantes con colestasis que se presentan con hipoglucemia y fenotipo específico ello debe orientar al diagnóstico de déficit de cortisol. El reemplazo hormonal temprano corrige la colestasis y reduce la morbimortalidad inherente a las insuficiencias hormonales.

P92. EVALUACIÓN DE LA FIBROSIS HEPÁTICA EN EL POSTRASPLANTE HEPÁTICO ALEJADO. VALORACIÓN DE UN NUEVO MÉTODO

G. Boldrini, J. Solari¹, M. Kucharczyk², E. Mullen, C. Sánchez, V. Fernández de Cuevas, D. D'Agostino
Servicio de Gastroenterología, Hepatología y Trasplante Hepático-Intestinal Pediátrico. ¹Servicio de Hepatología. ²Servicio de Diagnóstico por Imágenes. Servicio de Anatomía Patológica. Hospital Italiano de Buenos Aires. Argentina

Introducción: El seguimiento a largo plazo de los pacientes trasplantados conlleva un riesgo elevado de fibrosis. **Objetivo:** Evaluar y comparar la presencia de fibrosis hepática en la histología y la elastografía (FS), en el seguimiento alejado del trasplante hepático. **Materiales y métodos:** Se evaluaron 11 pacientes, 6 mujeres (54,54%), con más de 5 años de su trasplante hepático. Se dividieron en grupo I (de 5 a 10 años postrasplante) y grupo II (>10 años postrasplante). Se clasificó histológicamente la fibrosis con la escala Metavir: F0 (no fibrosis), F1 (fibrosis portal sin septos), F2 (fibrosis portal con algunos septos), F3 (numerosos septos) y F4 (cirrosis); y por FS en kilopascuales (kPa): <8,7 F1; 8,8-9,4 F2; 9,5-14,4 F3; >14,5 F4. **Resultados:** La mediana de tiempo postrasplante fue de $13,34 \pm 5,5$ años (R: 5,6-23,9). Grupo I: 5 pacientes, mediana post TxH 8,6 años (R: 5,5-9,9) (3 pacientes Metavir 2, 2 pacientes Metavir 1, media de FS $6,5 \pm 1,9$ kPa). Grupo II: 6 pacientes, mediana post TxH 17,25 años (R: 13,4-22,8) (3 Metavir 3 y 3 Metavir 2, con una media de FS de $15,35 \pm 7,8$ kPa [$p < 0,036$]). Comparado un valor de corte (ABC ROC d) de FS de 8,8 kPa con Metavir mostró sensibilidad 100% y especificidad 75%. **Conclusión:** Se observa un aumento significativo de la fibrosis a largo plazo; el fibroescán tiene buena sensibilidad para el diagnóstico de fibrosis. Mayor número de pacientes son necesarios para una mejor valoración de la elastografía en pediatría.

P93. PREVALENCIA DE LA ESTEATOSIS HEPÁTICA EN EL EXAMEN DE ULTRASONIDO EN LOS NIÑOS OBESOS Y SU RELACIÓN CON LAS ENZIMAS DEL HÍGADO Y LAS ADIPOCINAS SÉRICAS

M.E. De Marsillac, S.G. Trigo, C.R. Penna, B.S. Ferreira, I.G. Faria, R.M. Pérez, H.S.M. Coelho
Universidade Federal de Rio de Janeiro. Rio de Janeiro. Brasil

Introducción: La prevalencia de 3% de esteatosis hepática (EH) en niños y de 53% en los obesos demuestra la importancia del diagnóstico precoz en los niños, por métodos no invasivos. **Objetivos:** Evaluar la prevalencia de la EH en niños obesos por ultrasonido abdominal (US) y su correlación con HOMA-IR, niveles de enzimas hepáticas (AST, ALT, GGT), glucosa, insulina (INS), adiponectina, leptina, interleucina 6 (IL-6) y factor de necrosis tumoral alfa (TNF- α). **Material y métodos:** Fueron evaluados niños obesos, durante el periodo 2006-2010, por la presencia de EH a través de US y niveles de enzimas hepáticas, glucosa, perfil lipídico, HOMA-IR, insulina, adiponectina, leptina, IL-6 y TNF- α . **Resultados:** Eran 126 niños obesos de 9 \pm 2 años, 56% hombres; la duración media de la obesidad (DMO) era de 5 \pm 3 años, y el grado medio de la obesidad mediante el IMC por puntaje Z (GMO) de +3,15 \pm 0,99. La prevalencia de EH fue del 26%. En el análisis comparativo entre niños con y sin EH, fueron observados niveles más altos solamente de las enzimas ALT ($p=0,007$) y GGT ($p=0,016$) en las personas con EH. No hubo diferencias entre los grupos en HOMA ($p=0,46$), adiponectina ($p=0,92$), leptina ($p=0,30$), TNF ($p=0,46$) e IL-6 ($p=0,67$). Los pacientes fueron divididos en grupo A, de 5 a 9 años (70 niños), y grupo B, de 10 a 14 años (56 niños). La DMO en el grupo A fue de 3,40 \pm 1,17 años, con una prevalencia de EH del 27%; y el grupo B de 2,84 \pm 0,57 años, con una prevalencia del 25% de la EH. En el grupo A, los pacientes con y sin EH presentaban índices similares de adipocinas y análisis bioquímicos. En el grupo B, los pacientes con EH presentaban AST ($p=0,008$), ALT ($p=0,001$), GGT ($p=0,049$) y lípidos ($p=0,043$) más altos que los sin EH, pero los niveles de adipocinas se mantuvieron similares. **Conclusión:** La prevalencia de EH en niños obesos fue del 26%. Las variables de laboratorio asociadas con EH fueron aminotransferasas y GGT, especialmente entre los mayores de 10 años. Los pacientes con y sin EH tenían niveles similares de insulina y adipocinas.

P94. RELATO DE CASO DE HAMARTOMA MESENQUIMAL HEPÁTICO GIGANTE EM RECÉM-NASCIDO

P.O. Benetolo, R. Sawamura, L.N.Z. Ramalho, F.S. Pasqualotto, M.R.M. Garutti, L.T. Novaes, R.F. Gomes, M.I.M. Fernandes
Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto. Universidade de São Paulo. Brasil

Introdução: Hamartoma mesenquimal hepático é uma lesão cística benigna e rara. Em 55% dos casos acomete crianças <1 ano. É originário de restos mesenquimais que se destacam da tríade portal e diferenciam-se independentemente, podendo apresentar-se como lesão cística ou vascular, dependendo do tipo de tecido que predomina na lesão. É composto por tecido fibroso, quantidade variável de vasos sanguíneos, ductos biliares dilatados não comunicantes e acúmulo de líquido em áreas degeneradas. **Objetivo:** Descrição de caso raro de hamartoma mesenquimal hepático gigante em lactente. **Paciente:** Recém-nascido à termo, P= 3.260 g, masculino, APGAR 7/9, apresentou cisto hepático em ultrassom morfológico, confirmado por ultra-som, tomografia e ressonância magnética após o nascimento (extensa lesão hepática cística multiseptada/hamartoma mesenquimal?); tomografia de tórax compatível com malformação adenomatóide cística. Devido boa evolução clínica, teve alta hospitalar para acompanhamento ambulatorial. Com 5 meses foi reinternado devido aumento do volume abdominal e dispnéia, durante as mamadas e decúbito dorsal; apresentava peso= 8 kg. Tomografia com acentuado aumento da lesão hepática. Com 5 meses e 11 dias realizado ressecção do tumor; anatomopatológico confirmou hamartoma mesenquimal, massa= 867 g, 18,0 \times 14,5 \times 8,0 cm. Após cirurgia, apresentou melhora do desconforto respiratório e boa evolução clínica. **Conclusão:** De tamanho variável, pode chegar até 30 cm em pacientes mais velhos, alguns cistos atingem até 15 cm, com peso de 1,3-1,9 kg. As complicações mais frequentes são rotura e hemorragia do cisto. Raramente regride espontaneamente. O diagnóstico definitivo é dado pelo anatomopatológico e o tratamento curativo é sempre cirúrgico. Adiar a realização da cirurgia pode ser arriscado, uma vez que podem ocorrer complicações, levando a quadro de choque e óbito.

P95. DONANTE VIVO RELACIONADO EN EL TRASPLANTE HEPÁTICO INFANTIL. EVALUACIÓN DE LOS PRIMEROS 100 CASOS EN UN CENTRO EN LATINOAMÉRICA

V. Fernández de Cuevas, R. Machado, G. Boldrini, C. Sánchez, D. D'Agostino
Servicio de Gastroenterología-Hepatología. Centro de Trasplante Hepático-Intestinal. Departamento de Pediatría. Hospital Italiano de Buenos Aires. Argentina

Introducción: El donante vivo relacionado (DVR) incrementa la oferta de órganos para trasplante hepático (TxH), disminuyendo la mortalidad en lista de espera. En Argentina, el primer TxH con DVR fue realizado en abril de 1992 en el Hospital Italiano de Buenos Aires. **Objetivo:** Evaluar y analizar los primeros 100 pacientes trasplantados con donante vivo relacionado en un centro en Latinoamérica. **Material y método:** De 300 pacientes trasplantados, 100 (30%) fueron realizados con DVR. Se realizó un estudio descriptivo y retrospectivo de esta población. **Resultados:** De los 100 trasplantes con DVR, la mediana de edad al trasplante fue de 1 año y 11 meses (R: 0,5-14 años) (63 niñas), la etiología más frecuente fue la atresia de vía biliar (76%), la mediana de peso al TxH fue de 9,9 kg (R: 6-40 kg), 15 niños trasplantados requirieron la técnica de hiperreducción del segmento; x de edad fue 10 meses (R: 6 a 15) y de peso, 6,9 kg (R: 6-9 kg). Como complicaciones presentaron rechazo agudo en el 51% y complicaciones de la vía biliar en el 40%. La sobrevida al año del trasplante fue del 89%, a 5 años del 83% para toda la población, y en la de hiperreducidos 87% al año. Siete pacientes requirieron retrasplante. **Conclusión:** El trasplante de donante vivo es un tratamiento de valor comprobado cuando existe escasez de órganos. Las nuevas técnicas permiten trasplantar a niños de alto riesgo (de menor edad y bajo peso) con buenos resultados.

P96. COLESTASIS ASOCIADA A NUTRICIÓN PARENTERAL EN NEONATOS

S. Trujillo Uribe, N.P. Castillejo Padilla
Hospital General de Medellín Luz Castro de Gutiérrez, Empresa Social del Estado. Medellín, Colombia

Introducción: Cada vez sobreviven recién nacidos más pequeños, con patologías complejas, requiriendo nutrición parenteral prolongada, que conlleva riesgo de colestasis. Una medida recomendada para su prevención es la nutrición parenteral cíclica, descrita en neonatos desde 1979. Aunque los criterios y beneficios de su uso están definidos, se ha limitado en los neonatos por sus bajas reservas de glucógeno y el riesgo asociado de hipoglucemia. No existe consenso en el método de administración. En el Hospital General de Medellín, desde 2006 se detectó un aumento de colestasis asociada a nutrición parenteral en neonatos. Para disminuirla se instauró la administración de nutrición parenteral cíclica con un método simple. **Objetivo:** Determinar el efecto de ciclar la nutrición parenteral en la incidencia de colestasis, en los neonatos del Hospital General de Medellín, entre agosto de 2006 y diciembre de 2009. **Métodos:** Se inició la administración de nutrición parenteral por periodos de 10 horas, continuando durante las siguientes 2 horas con dextrosa al 10% (20 h/día de nutrición parenteral), en un grupo no aleatorizado de pacientes con 14 días o más de nutrición parenteral continua. Se tomaron los controles bioquímicos correspondientes. Se comparó la incidencia de colestasis según el tipo de nutrición parenteral administrada. **Resultados:** Se incluyeron 123 pacientes, presentándose todos los casos de colestasis (15) en pacientes que recibieron nutrición parenteral continua (83); no hubo ningún caso en los que recibieron nutrición parenteral cíclica (40). **Conclusión:** La nutrición parenteral cíclica disminuyó la incidencia de colestasis asociada a nutrición parenteral en neonatos, sin aumentar costos ni complicaciones.

P97. COLANGITE ESCLEROSANTE APÓS MENINGOCOCCEMIA: RELATO DE CASO

V. Pereira de Souza, M.A. Bellomo Brandão, A.M. Alves de Tommaso, C.A. Fazzio Escanhoela, G. Hessel
Disciplina de Gastropediatria / FCM. UNICAMP. Campinas (São Paulo). Brasil

Objetivo: Describir un caso en el que el paciente evolucionó con colangite esclerosante después de un cuadro de meningococcemia. **Introducción:** La colangite esclerosante primaria (CEP) es una enfermedad colestática crónica, caracterizada por inflamación y fibrosis obliterante progresiva de las vías biliares intra-hepática y extra-hepática, en la infancia puede ser clasificada en: colangite esclerosante primaria, colangite esclerosante secundaria y colangite esclerosante neonatal. Há descripción de colangite secundaria a histiocitose de células de Langerhans e processos infec-

ciosos. **Relato do caso:** Sexo masculino, 5 meses de vida, internado por púrpura febril infecciosa e choque séptico. Permaneceu em ventilação mecânica por 22 dias. Recebeu ceftriaxone por 10 dias. Cultura de LCR negativa; hemocultura, urocultura e culturas de secreções negativas. Evoluiu com insuficiência renal, não recebeu nutrição parenteral. Apresentou quadro de sepsé fúngica de foco urinário e recebeu esquema antifúngico (anfotericina e fluconazol) por 14 dias e recebeu alta da UTI pediátrica para a enfermaria após 2 meses de internação. Observado icterícia (2+/4+) e fígado a 2 cm do rebordo costal direito. Os exames de controle evidenciaram alterações nas transaminases (15 x o valor normal para a faixa etária). Foram realizados controles laboratoriais e ultrassom abdominal (US), sendo aventada hipótese de icterícia colestática. Realizou biópsia hepática que evidenciou colangite aguda leve a moderada com moderada reação biliar portal e colestase intracanalicular. Achados compatíveis com obstrução de grandes ductos biliares. Aos 10 meses a tomografia computadorizada (TC) abdominal evidenciou vesícula biliar e vias biliares intra-hepáticas dilatadas, sendo encaminhado para realização de colangiografia e videolaparoscopia exploradora das vias biliares, realizado colecistectomia clássica seguida da tentativa de cateterização do ducto cístico para realização de colangiografia com passagem de contraste para o duodeno e ducto colédoco com lúmen afilado, sugestivo de colangite esclerosante. Colangiorrisonância: vias biliares intra-hepáticas em rosário, sem obstrução grave. Aos 11 meses, iniciado o uso de ácido ursodesoxicólico, com discreta melhora da icterícia. Aos 12 meses, realizada endoscopia digestiva alta que evidenciou varizes em terço inferior de esôfago, de fino calibre, azuladas, sem sinal da cor vermelha. Aos 15 meses de idade, realizou biópsia hepática para avaliar presença de cirrose, sendo evidenciada hepatopatia crônica de padrão biliar com intensa ductopenia e moderada reação biliar portal com formação de septos. Paciente retorna ao ambulatório, referindo melhora da icterícia. Mantido ácido ursodesoxicólico e encaminhado para o ambulatório de transplante hepático. Atualmente, mantém quadro de icterícia, sem colúria ou acolia fecal (BT 4,44 mg/dL, BD 3,03 mg/dL, AST 316 UI/L, ALT 305 UI/L, GGT 885 UI/L). **Comentários:** O termo CEP é utilizado principalmente para reforçar a etiologia desconhecida, tanto em adultos quanto em crianças. Porém, em Pediatria, é mais freqüente haver uma etiologia associada, como é o caso da colangite auto-imune. Já foi descrita em associação com imunodeficiência primária e adquirida, histiocitose de células de Langerhans, psoríase e neoplasias, lúpus e infecção por *Cryptococcus*. Porém não foi relatado nenhum caso em literatura com meningococemia. A meningococemia pode levar a várias complicações decorrentes da isquemia que provoca. No fígado, é possível que haja também isquemia comprometendo as vias biliares, provocando uma colangiopatia. O real prognóstico destes pacientes não está claro.

P98. ENFERMEDAD POR HÍGADO GRASO NO ALCOHÓLICA, ESTRÉS OXIDATIVO Y MENOR BIOSÍNTESIS DE ÁCIDOS GRASOS POLIINSATURADOS EN RATAS
J.G. Gormaz¹, R. Valenzuela²

¹Programa de Farmacología Molecular y Clínica. ICBM. ²Escuela de Nutrición y Dietética. Universidad de Chile. Santiago. Chile

Introducción: En la enfermedad por hígado graso no alcohólica (EHGNA) se observa una disminución en los niveles tisulares de ácidos grasos poliinsaturados de cadena larga (AGPCL) ω-3 y ω-6, lo cual se podría explicar por una mayor lipoperoxidación y una menor biosíntesis de éstos, producto de la inhibición de las enzimas Δ5 y Δ6 desaturadas, donde el estrés oxidativo sería clave. **Objetivo:** Evaluar el efecto del estrés oxidativo hepático sobre la actividad de las enzimas Δ5 y Δ6 desaturadas. **Materiales y métodos:** Estudio caso-control en ratas (wistar) obesas, insulinoresistentes, con EHGNA inducida por dieta hipergrasa, pareadas con ratas sanas y con normopeso. Se determinaron actividades hepáticas de las enzimas Δ5 y Δ6 desaturadas y su correlación con el estrés oxidativo tisular mediante: estatus REDOX (relación GSH/GSSG), lipoperoxidación (MDA), capacidad antioxidante (GSH/GSSG, actividades SOD, CAT y GSH-Px). **Resultados:** Se encontraron correlaciones de Spearman inversas entre las actividades de las enzimas Δ5 y Δ6 desaturadas y parámetros de estrés oxidativo, y correlaciones de Spearman directas entre dichas actividades y parámetros de capacidad antioxidante (p < 0,005). El grupo con EHGNA manifestó una menor actividad desaturasa y mayores niveles de estrés oxidativo en comparación con el grupo control (test U de Mann-Whitney). **Conclusiones:** El estrés oxidativo inducido por dieta hipergrasa disminuye la biosíntesis de AGPCL ω-3 y ω-6 en tejido hepático.

P99. RELATO DE CASO: GLICOGENOSE TIPO VI ASSOCIADO COM DIABETES MELLITUS TIPO I

L.T. Novaes, R. Sawamura, M.R.M. Garutti, R.F. Gomes, F.S. Pasqualotto, P.O. Benetolo, L.S.S. Carmo, A.G.O. Nicolela, E.A.A.B. Silveira, M.I.M. Fernandes
Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto. Universidade de São Paulo. Brasil

Introdução: A glicogenose tipo VI decorrente da deficiência da glicogênio-fosforilase acarreta armazenamento de glicogênio no fígado. **Paciente:** 1 ano de idade; com 3 meses apresentava sudorese, crescimento inadequado, astenia, detectado hepatomegalia. AP: mãe-hipotireoidismo, pai-hepatite com 11 anos. BEG, anictérico, fígado 5 cm RCB, baço negativo. TGO= 665, TGP= 700; ácido úrico= 8,9; CPK= 348, colesterol= 263, triglicérides= 289, triagem EIM (urina) normal, cromatografia de glicídeos/aminoácidos séricos= normais, CMV(PCR)+ urina, sorologias (hepatite A/B/C, toxoplasmose/rubéola/VDRL/CMV) negativas. Ultrassom: hepatomegalia. Biópsia: discreta fibrose peri-portal, hepatócitos discretamente aumentados, membranas evidentes, citoplasma claro, núcleos pequenos/hipercromáticos e vacuolizados. Estudo histoenzimológico: Phyla-a, Phyla-t e UDPG-GT ausentes. Com diagnóstico de glicogenose VI, proposto tratamento com amido cru. Com 1a5m, inicia poliúria, polidipsia, glicemia de jejum= 250, glicosúria3+, cetonúria3+, anti-GAD+, anti-ICA512= negativo; fechado diagnóstico de DM-1, iniciado tratamento com insulina. **Discussão:** Hepatomegalia em pacientes com DM-1 usualmente ocorre por depósito de glicogênio (glicogenose secundária) ou por esteatohepatite não-alcoólica. A glicogenose secundária é complicação pouco reconhecida no DM-1, resultando do efeito combinado de hiperglicemia com hiperinsulinemia. A glicogenose secundária do DM-1 e a glicogenose VI possuem em comum: disfunção hepática, cetose, hipoglicemia. Existem relatos de pacientes diabéticos com acúmulo de glicogênio hepático e baixa atividade da fosforilase hepática (não tão baixa quanto na glicogenose VI), uma hipótese é que a atividade da enzima fosforilase estaria temporariamente inibida por controle inadequado do diabetes ou por defeitos parciais nos genes da fosforilase. Nosso paciente apresentou ausência de atividade Phyla-a/Phyla-t/UDPG-GT hepática. Embora não tenhamos realizado a pesquisa da mutação nos genes *PYGL*, acreditamos que ele realmente apresente glicogenose VI, uma vez que este diagnóstico foi realizado 5 meses antes do desencadeamento da DM-1.

P100. PARÂMETROS CLÍNICOS E LABORATORIAIS QUE DIFERENCIAM A GRAVIDADE DAS VARIZES ESOFÁGICAS EM PACIENTES COM HIPERTENSÃO PORTAL

F.S. Pasqualotto, R. Sawamura, I.R.L. Del Ciampo, P.O. Benetolo, M.R.M. Garutti, L.T. Novaes, R.F. Gomes, M.I.M. Fernandes
Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto. Universidade de São Paulo. Brasil

Objetivos: Determinar a freqüência de parâmetros considerados de valor preditivo positivo para o sangramento de varizes esofágicas na hipertensão portal. **Metodologia:** Estudo retrospectivo, descritivo e analítico, revisando prontuários de 36 crianças com hipertensão portal, atendidas em serviço de hepatologia pediátrica e que apresentaram varizes esofágicas na primeira endoscopia digestiva. Variáveis analisadas: presença de esplenomegalia, plaquetopenia (<100.000), nº leucócitos (= 5.000), hipoalbuminemia (= 3,5), anemia (Hb= 10) e dados à endoscopia (calibre, coloração, tortuosidade, sinais vermelhos das varizes). Pacientes foram divididos em: grupo 1 (com varizes de fino calibre), grupo 2 (varizes de médio/grosso calibre). Análise estatística: variáveis foram dicotômicas, utilizado programa epi-6, empregou-se χ^2 e teste exato de Fisher, nível de significância adotado p < 0,05. **Resultados:** Dezenove crianças (52,8%) sexo masculino, sendo grupo 1= 17 (47,2%) e grupo 2= 19 (52,8%). Pacientes do grupo 2 apresentavam varizes azuladas (17= 63%), tortuosas (18= 75%) e sinais vermelhos (100%). O grupo 1 apresentou menor freqüência de esplenomegalia que o grupo 2, porém sem diferença significante (grupo 1= 33,3% vs. grupo 2= 66,7%; p= 0,36), o mesmo para anemia (grupo 1= 35,3% vs. grupo 2= 57,9%; p= 0,17). Houve diferença estatística para plaquetopenia (grupo 1= 29,4% vs. grupo 2= 73,4%; p= 0,007), hipoalbuminemia (grupo 1= 2,6% vs. grupo 2= 68,4%; p= 0,001) e baixa contagem de leucócitos (grupo 1= 17,6% vs. grupo 2= 63,2%; p= 0,006). **Conclusão:** Os dados deste estudo mostraram que a plaquetopenia, a hipoalbuminemia e a baixa contagem de leucócitos foram mais freqüentes em pacientes com varizes de médio/grosso calibre. Estes parâmetros quando presentes poderiam indicar pacientes com maior risco de sangramento, sendo neles recomendados realização de endoscopia digestiva, retorno e avaliação de exames laboratoriais em menor intervalo de tempo.

P101. SÍNDROME DE BUDD-CHIARI: A PROPÓSITO DE DOS CASOS EN LA FUNDACIÓN SANTA FE DE BOGOTÁ (FSFB)
J.F. Vera-Chamorro¹, S. Mick², M.C. Jaramillo², L.D. Fernández³, R. López⁴

¹Jefe de Sección de Gastroenterología, Hepatología y Nutrición Pediátrica. Fundación Santa Fe de Bogotá. ²Médico. Universidad de los Andes.

³Residente de Pediatría. Universidad de Cartagena. ⁴Patóloga. Fundación Santa Fe de Bogotá

Introducción: El síndrome de Budd-Chiari es una forma de hipertensión portal por obstrucción total o parcial de las venas hepáticas principales o la vena cava inferior. **Objetivo:** Describir pacientes con diagnóstico y tratamiento de síndrome de Budd-Chiari en pediatría. **Métodos:** Se realizó un estudio retrospectivo de pacientes <18 años con diagnóstico de síndrome de Budd-Chiari en los últimos 5 años. **Resultados:** *Paciente 1:* femenino, 10 años, con cuadro de 15 días de distensión abdominal, ascitis, fiebre, dificultad respiratoria, dolor abdominal y pérdida de peso de 3 meses. Se detectó: hipoventilación basal, circulación colateral, ascitis e hipotrofia. El eco-Doppler y la angio-TAC demostraron obstrucción de suprahepáticas y shunts. La biopsia hepática transyugular demostró obstrucción del flujo venoso. Los paraclínicos demostraron disminución de proteínas C y antitrombina III. Se colocó un «TIPS» con control de la ascitis y anticoagulación con enoxaparina. *Paciente 2:* masculino, 15 años, con 2 años de ascitis y múltiples paracentesis, y sangrado varicoso. Se encontró ascitis y circulación colateral importantes. El eco-Doppler y la angio-TAC multicorte demostraron obstrucción de las suprahepáticas y shunts portosistémicos. Se realizó biopsia hepática transyugular por coagulopatía severa, que demostró cirrosis. Requirió ligadura de varices esofágicas. Los estudios demostraron un síndrome antifosfolípido y hemofilia adquirida asociada a LES. Se realizó trasplante hepático. **Discusión:** El síndrome de Budd-Chiari se presentó agudamente con ascitis y circulación colateral en la primera paciente, con respuesta a colocación de una TIPS. La presentación crónica y cirrosis del segundo paciente lo llevó a trasplante hepático.

P102. HEPATOPROTECCIÓN CON ACEITE DE CHÍA FRENTE A LA INJURIA POR ISQUEMIA-REPERFUSIÓN EN RATAS

R. Valenzuela¹, K. Flores¹, S. Walthemath¹, L. Videla²

¹Escuela de Nutrición y Dietética. ²Programa de Farmacología Molecular y Clínica. ICBM. Universidad de Chile. Santiago. Chile

Introducción: La isquemia hepática seguida de reperfusión (IR) genera inflamación, necrosis y/o apoptosis. Los AGPICL ω -3 (EPA y DHA) tienen efectos citoprotectores que precondicionan el hígado frente a la IR. El aceite de chía (rico en ácido α -linolénico, precursor de EPA y DHA) sería un posible agente hepatoprotector frente al daño por IR. **Objetivo:** Evaluar si la suplementación dietaria con aceite de chía ejerce un efecto precondicionante (hepatoprotector) frente al daño inducido por IR. **Material y métodos:** Ratas macho suplementadas con aceite de chía (375 mg de ácido α -linolénico/kg/día) o solución salina durante 21 días, sometidas a IR o sham (control quirúrgico). Grupos experimentales: (I) salino/sham; (II) salino/IR; (III) chía/sham, y (IV) chía/IR. Daño hepático determinado por actividad sérica de GOT, GTP e histología, perfil de ácidos grasos por cromatografía gas-líquida, análisis estadístico ANOVA unifactorial y test de Newman-Keuls. **Resultados:** El grupo chía/IR presentó una disminución significativa del daño hepático (actividades de GOT, GTP e histología) comparado con el grupo salino/IR. Los grupos suplementados con chía presentaron incrementos significativos de AGPICL ω -3 (chía/sham 532%; chía/IR 307%) ($p < 0,005$), pero menores en el grupo chía/IR, indicando un consumo de éstos durante la IR. **Conclusiones:** La suplementación dietaria con aceite de chía precondiciona el hígado frente al daño por IR, pudiendo constituir una estrategia no invasiva con potencial aplicación clínica. (FONCECYT 1090020).

P103. ESTUDIO MOLECULAR DE LA ENFERMEDAD DE WILSON EN PACIENTES CUBANOS (2010/2011)

Y. Clark¹, C. Ruenes², E. García², T. Fragoso³, Z. Robaina¹, H. Roblejo¹, Y. Piloto¹, C. Maragoto⁴, I. García Ocaña⁵, L. Reyes¹, C. Castañeda²

¹Laboratorio de Biología Molecular. Centro Nacional de Genética Médica.

²Instituto Nacional de Gastroenterología. ³Hospital Pediátrico Universitario

Pedro Borrás. ⁴Centro Internacional de Restauración Neurológica. ⁵Hospital Nacional Enrique Cabrera. Ciudad Habana. Cuba

Introducción: La enfermedad de Wilson es un trastorno hereditario. La causa molecular que la provoca son las mutaciones en el gen *atp7b*. **Objetivos:** Establecer una estrategia de diagnóstico molecular en Cuba y realizar la caracterización clínico-genética en pacientes cubanos con diagnóstico presuntivo de enfermedad de Wilson en Cuba. **Materiales y métodos:** A través de una consulta multidisciplinaria se estudiaron 72 pacientes con diagnóstico presuntivo de enfermedad de Wilson. Se evaluaron el sexo, la edad, los criterios clínicos y el estudio molecular. Los pacientes dieron su consentimiento en participar en la investigación, de acuerdo con los principios éticos de la declaración de Helsinki. Se emplearon las siguientes técnicas moleculares: reacción en cadena de la polimerasa (PCR), polimorfismo conformacional de simple cadena (SSCP), secuenciación y digestión enzimática. **Resultados:** La edad de comienzo de los síntomas predominó entre los 8 y los 15 años. El 63,7% de los pacientes estudiados presentó trastornos hepáticos como afección más frecuente. Se detectaron 6 cambios conformacionales correspondientes a las mutaciones N41S, H1069Q, L708P, 2304 DupC y los polimorfismos K832R y c.2448-25G>A. Se identificaron las mutaciones en el 25% de los cromosomas analizados, lo que permitió establecer una estrategia diagnóstica precoz y, en consecuencia, mejorar la calidad de vida de los pacientes cubanos. **Conclusión:** Se estableció una estrategia para el estudio molecular de la enfermedad de Wilson por primera vez en Cuba y se logró la detección de las mutaciones responsables de la enfermedad en el 25% de los cromosomas de los pacientes cubanos estudiados.

104. HÍGADO GRASO NO ALCOHÓLICO EN ADOLESCENTES OBESOS. RELACIÓN CON INSULINORRESISTENCIA

M. del Alcázar Casielles¹, M. Prieto Valdés², T. Fragoso Arbelo³

¹Servicio de Gastroenterología y Nutrición. ²Servicio de Endocrinología.

³Servicio de Gastroenterología y Nutrición. Hospital Pediátrico Universitario Borrás. La Habana. Cuba

Introducción: El hígado graso no alcohólico (HGNA) es la causa más común de enfermedad hepática pediátrica, y se asocia al incremento de la obesidad. **Objetivo:** Identificar la frecuencia de HGNA en adolescentes obesos según la presencia o no de insulinorresistencia (IR). **Método:** Se realizó estudio transversal en 178 adolescentes obesos (índice de masa corporal >29) de ambos sexos, de 11-16 años, atendidos en consulta de endocrinología pediátrica entre enero de 2008 y enero de 2010, evaluándose la función hepática con determinaciones de aminotransferasas séricas (ALAT-ASAT) y gammaglutamiltransferasa (GGT). Se midió la insulina en ayunas, determinándose IR por HOMA. Se realizó ecografía hepática, se diagnosticó HGNA cuando hubo aumento de la ecogenicidad, clasificada en leve, moderada y severa. **Resultados:** Hubo una frecuencia de 64 obesos con IR (35,9%) y 114 obesos sin IR (64%). La frecuencia de HGNA en niños insulinorresistentes fue de 48 (75%); 25 (52%) presentaron un ligero aumento de la ecogenicidad, 15 (31%) moderado, y en 8 (16,6%) fue severa. En los pacientes sin IR la frecuencia de HGNA fue de 18 (15,7%), de los cuales 15 (13,1%) presentaron una forma ligera y 3 (2,6%) moderada. Hubo 9 (18,8%) adolescentes con HGNA con aumento de ALAT y ASAT; 6 (66,6%) presentaron aumento severo de la ecogenicidad y 3 (33,3%) un aumento moderado. Tres pacientes tuvieron inversión del índice ALAT/ASAT y aumento de la GGT, correspondientes a la forma severa. **Conclusiones:** La frecuencia de HGNA fue considerablemente mayor en los pacientes con IR ($p = 0,000$; OR 16; IC 95%: 7,5-34,1), y fue mayor la frecuencia de formas más severas en este grupo. Encontramos movimiento de las enzimas hepáticas en los pacientes con formas más severas, los cuales pertenecían al grupo con IR.

P105. HEPATITIS AUTOINMUNE EN NIÑOS.

PRESENTACIÓN DE 8 CASOS

M.E. Oduardo Franco, E. Sagarò, T. Frago, M.E. Trujillo, O. Lazo, M. Cárdenas, M.A. Reyes, J. Chapotín, S. Anaya
Departamento de Gastroenterología. Hospital Pediátrico Universitario Juan Manuel Márquez. Ciudad Habana. Cuba

Introducción: La hepatitis autoinmune (HAI) es poco frecuente en niños, y evoluciona a la cirrosis y al fallo hepático si no es diagnosticada y tratada precozmente; pero cuando esto ocurre es posible lograr remisiones mantenidas y mejorar la sobrevida. **Método:** Se realizó un estudio descriptivo, retrospectivo, en el Hospital Universitario Juan Manuel Márquez, desde enero de 1990 a junio de 2011, con el objetivo de conocer el comportamiento de la hepatitis autoinmune en la infancia de nuestra institución. El objetivo primario fue la historia clínica, a partir de la cual se tomaron variables clínicas (edad de comienzo, sexo, manifestaciones clínicas) y variables diagnósticas (laboratorio, laparoscopia y biopsia). **Resultados:** Predominó el sexo femenino (100%) con edad al diagnóstico entre 2 y 13 años. La forma de presentación más frecuente fue la hepatitis aguda prolongada con aminotransferasas elevadas por más de 6 meses; 1 caso debutó con insuficiencia hepática aguda. La totalidad de las niñas presentaron hepatomegalia e ictericia en el momento del diagnóstico, así como eritrosedimentación elevada e hipergammaglobulinemia. Se encontró asociación con virus de la hepatitis A en 4 pacientes (66%). El hallazgo histológico que predominó fue la cirrosis hepática. Todos los casos fueron tratados con esteroides asociados con azatioprina y seguidos durante 5 años, observándose buena respuesta al tratamiento. Una de las niñas presentó una insuficiencia hepática por abandono del tratamiento, siendo trasplantada, con evolución estable hasta la fecha. **Conclusiones:** La HAI debe sospecharse en niños con hepatitis prolongada e hipergammaglobulinemia, y diagnosticarse y tratarse lo antes posible para evitar la evolución a la cirrosis.

P106. DETECCIÓN DE LAS MUTACIONES C282Y Y H63D DEL GEN HFE EN PACIENTES CON ENFERMEDAD DE WILSON

Y. Clark¹, C. Ruenes², E. García², I. Cerveira¹, T. Frago³, H. Roblejo¹, Y. Piloto¹, Z. Robaina¹, C. Maragoto⁴, L. Reyes¹, C.T. Collazo¹, C. Castañeda²

¹Laboratorio de Biología Molecular. Centro Nacional de Genética Médica. ²Instituto Nacional de Gastroenterología. ³Hospital Pediátrico Universitario Pedro Borrás. ⁴Centro Internacional de Restauración Neurológica. Ciudad Habana. Cuba

Introducción: La enfermedad de Wilson es un trastorno genético del metabolismo del cobre. Existe la evidencia de que algunos pacientes con la enfermedad de Wilson presentan acumulación de hierro; por tal motivo se buscan las mutaciones más frecuentes responsables de la hemocromatosis. **Objetivo:** Identificar la presencia de las mutaciones C282Y y H63D del gen *HFE* (hemocromatosis) en pacientes cubanos con enfermedad de Wilson, y su implicación en el diagnóstico y tratamiento. **Materiales y métodos:** Se estudiaron 20 pacientes con edad pediátrica que presentaban diagnóstico clínico con presentación hepática y evolución desfavorable. La confirmación de la presencia de la enfermedad fue mediante la detección de mutaciones responsables de la misma, como la H1069Q, la L708P o la N41S. Todos dieron su consentimiento informado de acuerdo con los principios éticos de la declaración de Helsinki. Se emplearon las técnicas siguientes: reacción en cadena de la polimerasa y digestión enzimática para la determinación de las mutaciones C282Y y H63D. **Resultados:** La frecuencia alélica de las mutaciones C282Y y H63D en los pacientes estudiados fue 0 y 11%, respectivamente. Los pacientes que eran homocigóticos para la mutación H63D y presentaban muy bajos niveles de ceruloplasmina no respondieron al tratamiento con D-penicilamina. **Conclusiones:** La presencia de la mutación H63D en homocigosis y los muy bajos niveles de ceruloplasmina podrían estar relacionados con la no respuesta al tratamiento con D-penicilamina en los pacientes con enfermedad de Wilson.

P107. HEPATITIS CRÓNICA Y COLANGITIS ESCLEROSANTE PRIMARIA EN EL CURSO DE LA COLITIS ULCEROSA EN LA INFANCIA

T.A. Amaya, E. García Bacallao, C. Castañeda
Instituto de Gastroenterología de La Habana. Cuba

Introducción: La presencia de manifestaciones hepatobiliares en la colitis ulcerosa es frecuente, ya que el 30% de los pacientes cursan con sistema hepatobiliar afectado. En edades pediátricas se reporta que un 10-15% presentan hipertransaminasemia en su evolución. **Objetivos:** Describir las alteraciones hepáticas en pacientes con colitis ulcerosa. Determinar las manifestaciones clínicas de estos pacientes al momento del ingreso. Describir los hallazgos bioquímicos y anatomopatológicos. Determinar la relación entre la aparición de las manifestaciones colónicas y hepáticas. **Material y método:** Se realizó estudio descriptivo en 9 pacientes con diagnóstico de colitis ulcerosa y ALAT elevada atendidos en el Instituto de Gastroenterología de Cuba durante los últimos 4 años. Para llegar al diagnóstico se les realizaron pruebas bioquímicas de funcionamiento hepático, biopsia hepática y colangiografía. **Resultados:** El grupo con presencia más frecuente de manifestaciones hepáticas fue el de menores de 5 años (44,4%), coincidiendo con la aparición de las manifestaciones colónicas. La diarrea fue el síntoma más frecuente en 6 (66,7%) pacientes; 4 (44,4%) niños presentaron hepatomegalia y 3 (33%) esplenomegalia. Se demostró en 9 (100%) pacientes la ALAT y la GGT elevadas, y en 8 (88,8%) la ASAT y la FAL elevadas. Como alteraciones hematológicas, en 4 (44,4%) se presentó anemia y en 5 (55,5%) elevación de la VSG. La biopsia mostró hepatitis crónica con fibrosis variable en 4 (44,4%), colangitis esclerosante primaria en 4 (44,4%) y daño mínimo en 1 (11,2%). **Conclusiones:** Se demostró que las manifestaciones hepáticas aparecieron relacionadas con las colónicas, con patrón bioquímico de colestasis y daño crónico del hígado.

P108. TRATAMIENTO DE 76 CASOS DE ENFERMEDAD DE WILSON INFANTIL

L. Hierro, V. Botero, M.D. Lledín, C. Camarena, G. Muñoz Bartolo, E. Alonso, M.C. Díaz, P. Jara
Servicio de Hepatología y Trasplante Hepático Infantil. Hospital Infantil Universitario La Paz. Madrid. España

Objetivo: Analizar los diferentes tratamientos en la enfermedad de Wilson (EW). **Métodos:** Entre 1981 y 2010 fueron tratados n=76 (edad 2-19 años, media 10). Las manifestaciones eran: ninguna en 10 (13%), alteración analítica en 53 (69,7%), hepatopatía avanzada clínica en 12 (15,7%) y síntomas neurológicos + hepáticos severos en 1 (1,3%). El estudio básico fue: ceruloplasmina, cobre basal urinario y biopsia. Estuvo disponible el análisis mutacional en 61 y el cobre hepático en 38. Según el puntaje actual (score de Leipzig) hubo 4 casos «poco probables», 10 «probables» y 62 (81,6%) «muy sugerentes». Fueron analizados el tratamiento indicado y la evolución. El 56,5% (n=43) son casos detectados entre 2001 y 2010. **Resultados:** 1) El tratamiento inicial fue: penicilamina (PEN) (73%), zinc (Zn) (18,4%), asociación PEN y Zn (5,2%) o trasplante hepático urgente (2,6%). Posteriormente fue convertido en 18 casos a: trasplante (2), trientina (2), trientina + Zn (1), Zn (7), PEN (5) o PEN + Zn (1). El seguimiento medio fue de 7,7 años; todos sobreviven (edad final: 3,5-33 años, mediana 19). Al final del seguimiento habían recibido trasplante 4 (5%), 50% recibían PEN, 20 Zn, 1 ambos y 1 trientina. 2) Tratamiento de casos graves (13 niños): 4 recibieron trasplante, 9 evolucionaron favorablemente con PEN (4), o quelante (4 PEN, 1 trientina) asociado a Zn (5). 3) Casos con disfunción tratados con PEN (n=43): los valores de ALT disminuyeron desde el inicio: ALT 279 ± 184 UI/L, con cifras medias de 87 ± 94 UI/L y 51 ± 52 UI/L a 1 y 3 años. La cupruria basal (media 223 µg/día) aumentó a 712 al sexto mes, siendo luego estable (642-547) a 1-3 años. Por efectos adversos o circunstancias probablemente no relacionadas (NR) fueron cambiados a trientina (1) o Zn (8). Hubo 2 colitis inflamatorias (persistentes tras conversión a Zn), 1 daño renal (persistente con Zn), 3 dermatopatías (resueltas), 1 ptosis y 1 ansiedad (NR). 4) Casos con disfunción tratados con Zn (n=8): tenían disfunción poco marcada (ALT basal 187 ± 100 UI/L). Tras 1 año de tratamiento la cifra de ALT fue 89 ± 64 UI/L. Los valores de Zn en sangre (1 año: 200 ± 47 µg/dL) y orina (1 año: 2,94 ± 1,9 mg/día) eran elevados. El Zn fue sustituido por PEN en 2 pacientes (uno por mareos NR, y otro por falta de mejoría tras 1 año). 5) Casos sin disfunción: recibieron PEN (4) o Zn (6); todos mantuvieron la función normal. 6) El principal problema en el seguimiento fue el incumplimiento (omisión de dosis, falta de separación de fármaco de las comidas). La opción de conversión a Zn (3 dosis diarias) no fue aplicada en pacientes estables con buena tolerancia al quelante (2 dosis diarias). **Conclusiones:** El tratamiento en la EW es

eficaz, con efectos adversos o NR en un 17,6 (PEN) y un 7% (Zn). La indicación inicial de Zn (32% de niños de época reciente) fue restringida a casos leves. No se decidió la conversión de PEN a Zn en pacientes estables sin efectos adversos, dando prioridad a facilitar el cumplimiento.

P109. LA HEPATITIS DE CÉLULAS GIGANTES: ¿ENTIDAD POCO FRECUENTE?

Z. Figuera¹, M. Delgado¹, A. Sanabria¹, K. Córdoba¹, J. Butto¹, Y. García¹, C. López²

¹Residente de Gastroenterología Pediátrica. ²Jefe de Servicio de Gastroenterología Pediátrica. Servicio de Gastroenterología Pediátrica. Hospital J.M. de los Ríos. Caracas. Venezuela

Resumen: La hepatitis de células gigantes o sincitial es un patrón anatomopatológico frecuente en la lesión hepática del neonato, atribuido a inmadurez del hepatocito, que es poco frecuente en los adultos, en quienes adquiere el nombre de hepatitis de células gigantes postinfantil. Asociada a anemia hemolítica Coombs-positiva, es una entidad rara caracterizada por curso agresivo con fallo hepático y elevada mortalidad. Su etiología es desconocida y los anticuerpos son generalmente negativos. El tratamiento inmunosupresor convencional, aunque sigue siendo de elección, conduce a una remisión parcial y está asociado a elevada toxicidad. Se presentan dos casos de lactantes de 14 y 20 meses de edad, ambos con antecedente de hospitalización por anemia hemolítica autoinmune y en uno de ellos paludismo, con evolución tórpida, evidenciándose en el estudio histológico una transformación gigantocelular de los hepatocitos, asociado a autoanticuerpos para hepatitis autoinmune positivos, con respuesta no satisfactoria a azatioprina, ciclosporina, micofenolato y prednisona. **Palabras clave:** hepatitis autoinmune, anemia hemolítica, hepatitis de células gigantes.

P110. TRATAMIENTO DE VARICES ESOFÁGICAS CON LIGADURAS ENDOSCÓPICAS EN PACIENTES CON HIPERTENSIÓN PORTAL (NICARAGUA 200-2006)

M.D. Mejía

Hospital Infantil de Nicaragua Manuel de Jesús Rivera. Nicaragua

Objetivos: Evaluar el tratamiento con ligaduras endoscópicas de las varices esofágicas en niños tratados en el hospital infantil de Nicaragua: número de sesiones de ligaduras, clasificar los tipos de hipertensión portal, describir los hallazgos endoscópicos en estos pacientes, grados de las varices y signos de inminencia de sangrados, y evaluar a los 2 años el resangrado de los niños. **Métodos:** En el Hospital Infantil de Nicaragua tenemos una población de 53 pacientes con el diagnóstico de hipertensión portal de diferentes etiologías. Se integraron a 10 pacientes a los cuales se les realizó endoscopia alta flexible con videoendoscopio Gif 160 Olympus, bajo anestesia endovenosa, y que habían tenido su primer o más episodios de sangrado por varices esofágicas, o a pacientes que presentaban signos endoscópicos de inminencia de sangrado o tenían varices esofágicas grado III. El universo de pacientes con hipertensión portal fue de 53, de los cuales se clasificó a 9 pacientes con hipertensión portal intrahepática (17,7%), prehepática 43 casos (81,1%), posthepática 1 caso (1,9%). Los hallazgos endoscópicos reflejados fueron 30 diagnósticos con varices esofágicas de diferentes grados (70%), 20 con mucosa con gastropatía hipertensiva (64,5%), eritema de mucosa gástrica 15 (48,5%), manchas color rojo cereza, equimosis en varices, 3 hallazgos (9,7%), y úlceras gástricas 2 (6,5%). El grado de las varices que nos motivó a tratar fue el grado III, que se presentó en 9 ocasiones (29%), luego las varices grado II (22,6%) y las varices grado I (3,2%). Los pacientes tratados tenían en el 100% diagnóstico de hipertensión portal prehepática, el sexo predominante fue el masculino, con 7 pacientes varones y 3 femeninas; las edades promedio fueron de 6 a 10 años, las ligaduras se realizaron a intervalos de 3 a 4 semanas entre cada sesión, el número de sesiones promedio fue de tres en cada paciente. Se realizaron las ligaduras entre los años 2000 y 2004; luego se les dio seguimiento por consulta externa por 2 años para evaluar el resangrado o las complicaciones, no se presentaron complicaciones inmediatas, y durante el transcurso del seguimiento solamente una paciente femenina presentó sangrado leve, que ameritó tratamiento médico. **Conclusión:** El tratamiento con ligaduras endoscópicas en pacientes con varices esofágicas con primer episodio de sangrado o más episodios, o con varices esofágicas grado III o inminencia de sangrado es un método de tratamiento temporal en los pacientes con hipertensión portal prehepática que disminuye o prolonga por al menos un promedio de 2 años los episodios de resangrado.

P111. HEMANGIOMATOSIS HEPÁTICA EN LACTANTES: DIAGNÓSTICO Y EVOLUCIÓN

Z. Figuera¹, M. Delgado¹, A. Sanabria¹, C. López², C. Mora³, P. León³, M. Reymúndez³, A. Pascualone⁴, C. Arredondo⁵

¹Residente de Gastroenterología Pediátrica. ²Jefe de Servicio de Gastroenterología Pediátrica. ³Adjunto del Servicio de Gastroenterología Pediátrica. ⁴Jefe de Servicio de Cirugía Pediátrica. ⁵Adjunto del Servicio de Gastroenterología Pediátrica. Hospital J.M. de los Ríos. Caracas. Venezuela

Resumen: Las lesiones vasculares hepáticas en niños son raras pero no infrecuentes en gastroenterología pediátrica. Los hemangiomas son los tumores hepáticos vasculares más frecuentes en la infancia, la mayoría de curso benigno, aunque algunos, incluyendo el hemangioendoteloma infantil, tienen potencial maligno. La clínica predominante es hepatomegalia, dolor abdominal, hemangiomas cutáneos e insuficiencia cardíaca congestiva, y menos frecuentemente esplenomegalia, ictericia, ascitis, hemorragia digestiva y anemia. Se presentan 5 lactantes de entre 1 y 4 meses con diagnóstico de hemangiomatosis hepática; en 3 de ellos el diagnóstico fue incidental a través de ecografía, uno presentó aumento de volumen abdominal progresivo y otro, hepatomegalia; 3 presentaron hemangiomas en piel. Todos cursaron con anemia. Se realizó ecografía, describiéndose hepatomegalia, con múltiples imágenes redondeadas, hipoecoicas, de diferentes tamaños, en ambos lóbulos hepáticos. Tomografía axial computarizada abdominal: hepatomegalia con compromiso de ambos lóbulos, ocupados por áreas nodulares hipodensas. Fueron evaluados por los servicios de endocrinología, cardiología, gastroenterología y cirugía pediátrica. En uno se realizó biopsia hepática. Recibieron tratamiento con prednisona 3-4 mg/kg/día, con descenso progresivo de la misma, seguimiento clínico y ecográfico durante 1 año. Cuatro pacientes respondieron al tratamiento, evidenciándose disminución e incluso desaparición de los hemangiomas en 2 pacientes, y 1 no respondió, asociándose propanolol. **Palabras clave:** hemangiomatosis hepática, hemangioendoteloma hepático infantil, tumores hepáticos.

P112. HEMANGIOENDOTELIOMA HEPÁTICO GIGANTE. EVOLUCIÓN CLÍNICA Y RESPUESTA AL TRATAMIENTO CON CORTICOSTEROIDES. A PROPÓSITO DEL PRIMER CASO REPORTADO EN LA REPÚBLICA DOMINICANA

C.M. Montero Brens¹, M. Payano², R. De Jesús³, W. Saladín¹, J. Jorge Manzur¹, L. Peguero¹

¹Servicio de Gastroenterología, Hepatología y Nutrición Pediátrica. ²Servicio de Anatomía Patológica. ³Servicio de Radiología. Hospital General de la Plaza de la Salud (HGPS). Santo Domingo. República Dominicana

Introducción: El hemangioendoteloma hepático infantil es un tumor vascular histológicamente benigno, raro, que se presenta con frecuencia antes del sexto mes. La afección hepática generalmente es multifocal, pero pueden existir casos de tumor solitario, que hace más difícil el diagnóstico diferencial con una neoplasia maligna. Las lesiones suelen ser asintomáticas y revertir espontáneamente en periodos que varían de 12 a 18 meses, así como tornarse rápidamente sintomáticas y fatales. Las opciones terapéuticas son corticosteroides, interferón alfa 1-2, y embolización y ligadura de la arteria hepática; trasplante hepático y resección en casos de lesiones solitarias. **Caso clínico:** Primera hija de una madre de 36 años, con chequeos prenatales regulares, sin antecedentes mórbidos, con cesárea a las 40 semanas; APGAR 9/10, peso normal y aparentemente sana. Al mes y medio se le realizó herniorrafia umbilical e inguinal. Quince días más tarde presenta distensión abdominal y hepatomegalia, motivo por el cual fue ingresada durante 8 días en un centro privado y referida a nuestro centro para fines de realización de biopsia hepática. Al examen físico destaca la gran distensión abdominal y la marcada hepatomegalia. **Pruebas diagnósticas:** Prueba de función hepática: patrón de citolisis (aumento de SGOT y SGPT), déficit de síntesis (PT, PTT prolongados y albúmina disminuida) y ausencia de colestasis. Todas estas alteraciones cedieron tras la reposición con albúmina, plasma fresco y vitamina K. **Ultrasonografía Doppler:** muestra múltiples lesiones sólidas, redondeadas, con diferentes tamaños (desde 4, 2 x 3,7 en lóbulo derecho hasta 4,3 x 2,7 en lóbulo izquierdo), marcado aumento del tamaño hepático, vena porta aumentada en calibre y velocidad de flujo, y arteria hepática con turbulencia en velocidades. Elevación de LDH, aminotransferasas y alfafetoproteína. **Biopsia hepática:** reporta hallazgos histológicos compatibles con tumor vascular variedad hemangioendoteloma hepático infantil tipo I. **Tratamiento:** Sistémico: transfusión de concentrado de hematíes, plasma, albúmina, antibioterapia. **Específico:** corticosteroides orales (prednisona 2 mg/kg/día), 6 meses, con disminución progresiva de las dosis en función de la mejoría bioquímica, clínica y sonográfica del tumor. Evaluación y seguimiento cada 15 días, por 3 meses, mensual hasta el año

y cada 6 meses hasta los 3 años. **Evolución clínica:** Buena evolución clínica tras 3 años de seguimiento, en remisión con disminución significativa del tamaño del tumor, sin alteración de la función hepática, buen estado general y desarrollo pondoestatural. No precisa esteroides y los eco-Doppler controles se muestran casi normales, con ligera hepatomegalia. **Conclusiones:** La mayoría de los hemangiomas benignos y tienden a la regresión espontánea. Sin embargo, se ha documentado en diferentes series el potencial maligno de algunos de ellos con posibilidad de recidiva local o de metástasis a distancia. Es imposible predecir cuáles de estos tumores van a tener un comportamiento maligno en base a criterios morfológicos del tumor como es el tamaño. Asimismo, histológicamente todos tienen características de hemangiomas benignos. Por lo que un diagnóstico y tratamiento a tiempo puede marcar la diferencia en cuanto a un pronóstico favorable, como es el caso que presentamos.

P113. HEPATITIS CRÓNICA AUTOINMUNE TIPO II- ANTICUERPOS ANTI-KLM. SEGUIMIENTO CLÍNICO DURANTE 10 AÑOS: A PROPÓSITO DEL PRIMER CASO DESCRITO EN LA REPÚBLICA DOMINICANA

C.M. Montero Brens¹, M. Payano², W. Saladín¹, J. Jorge Manzur¹, L. Peguero¹

¹Servicio de Gastroenterología, Hepatología y Nutrición Pediátrica. ²Servicio de Anatomía Patológica. Hospital General de la Plaza de la Salud (HGPS). Santo Domingo. República Dominicana

Introducción: La hepatopatía autoinmune es una hepatopatía inflamatoria crónica y progresiva, de etiología desconocida, con una incidencia de 1-2/100.000 y una prevalencia de 10-20/100.000, que se manifiesta por elevación plasmática de la concentración de aminotransaminasas y de anticuerpos séricos hepáticos e hipergammaglobulinemia. El proceso inflamatorio puede dirigirse tanto a los hepatocitos como al epitelio de los conductos biliares. **Clasificación (4 tipos):** 1) *Anticuerpos antinucleares, anti-DNA (+)*, inmunoglobulina G aumentada (forma clásica, con buena respuesta a esteroides en baja dosis). 2) *Anticuerpos antiliver y antikidney LKM-1 (+)*, usualmente en pacientes mujeres, la enfermedad puede ser severa. 3) *Anticuerpos solubles hepáticos (+)*, se comporta como el grupo 1. 4) *No se detectan autoanticuerpos (20%)*. **Objetivo:** Queremos destacar la evolución clínica positiva del primer caso pediátrico descrito en la República Dominicana de la variedad más severa (LKM-1 [+]), luego de 10 años de tratamiento inmunosupresor. **Caso clínico:** Preescolar femenina que acude a la edad de 2 años y 1 mes, donde es evaluada por su gastroenterólogo pediatra, por presentar cuadro clínico de ictericia, coluria, acolia y malestar general de aproximadamente 7 meses de evolución. A su ingreso con peso y talla normales. Hígado 5 cm. La paciente fue diagnosticada previamente de infección aguda por citomegalovirus, que no pudo ser comprobada con los estudios realizados posteriormente. Se realizaron múltiples estudios (autoanticuerpos y biopsia hepática), que reportaron un cuadro compatible con una hepatitis crónica autoinmune. Función hepática: patrón de citolisis, colestasis e insuficiencia hepática. Se observó mejoría de este patrón con el tratamiento inmunosupresor. Autoanticuerpos: liver cytosol (LC1) autoanticuerpos: rango normal; soluble liver antigen autoanticuerpos: rango normal; liver kidney microsome (LKM-1) autoanticuerpos: 1:160 VN <1:40 (fecha 5/3/2001); 86,8, VN <20,1 (en 8/12/2007); smooth muscle autoanticuerpos: rango normal; AMA-M2 EP IgG autoanticuerpos: rango normal; ceruloplasmina, citomegalovirus, brucela, gota gruesa, alfa-1-antitripsina, alfafetoproteína, toxoplasmosis, hepatitis C, hepatitis B, ANA, anti-DNA, antígenos febriles, leishmaniasis: todas negativas (-). Sonografía abdominal: hepatoesplenomegalia de origen por investigar. Primera biopsia (27/10/1999): se observa hinchamiento de los hepatocitos con múltiple multinucleación con infiltrado inflamatorio mononuclear y fibrosis moderada en los tractos portales. **Conclusión:** *hepatitis autoinmune con actividad inflamatoria y fibrosis moderada*. Segunda biopsia (16/1/2008): escaso infiltrado inflamatorio linfocitario alrededor de espacios porta y hepatocitos presentan cambios hidrópicos. No se observa fibrosis y el grado de actividad es mínimo. **Conclusión:** *hepatitis crónica autoinmune con leve actividad inflamatoria y sin fibrosis*. **Tratamiento:** Corticosteroides: 1-2 mg/kg/día. Azatioprina: 1-2 mg/kg/día. Los corticoides se han empleado en la fase de gran actividad bioquímica y clínica, y la azatioprina para la fase de mantenimiento y para retirar los corticoides. Suplemento nutricional: zinc, selenio, vitamina E, vitamina A, ácido fólico, B₁, B₆, B₁₂, omega 3, silimarina y betaína. **Evolución:** Periodo de 10 años de seguimiento, con buena respuesta a la terapéutica aplicada con azatioprina, corticosteroides y suplementación nutricional. Se mantiene con un adecuado desarrollo pondoestatural, sin presentar recaídas clínicas ni bioquímicas y actualmente en remisión de la enfermedad.

P114. EVOLUCIÓN Y RESPUESTA AL TRATAMIENTO DE LOS PACIENTES PEDIÁTRICOS DIAGNOSTICADOS DE HEPATITIS AUTOINMUNE

M. Delgado¹, A. Sanabria¹, J. Butto¹, Z. Figuera¹, K. Córdoba¹, J. Briceño², C. López³

¹Residente de postgrado de Gastroenterología Pediátrica. ²Adjunto del postgrado de Gastroenterología Pediátrica. ³Jefe de Servicio de Gastroenterología Pediátrica. Servicio de Gastroenterología Pediátrica. Hospital J.M. de los Ríos. Caracas. Venezuela

Introducción: La hepatitis autoinmune (HAI) es una hepatopatía inflamatoria crónica y progresiva, de etiología desconocida, con autoanticuerpos circulantes e hipergammaglobulinemia. La mayoría de los pacientes responden adecuadamente al tratamiento inmunosupresor, pero si no se instaure se produce destrucción progresiva del parénquima hepático, evolucionando a cirrosis e insuficiencia hepática. La interrupción temprana de la terapia puede causar recaídas y aumentar el riesgo de progresión a cirrosis. **Objetivo:** Evaluar la evolución y la respuesta al tratamiento de los pacientes pediátricos con HAI. **Materiales y métodos:** Estudio descriptivo, retrospectivo y transversal de 51 pacientes atendidos en el Servicio de Gastroenterología Pediátrica del Hospital J.M. de los Ríos, de abril de 1996 a septiembre de 2010. De 51 pacientes con diagnóstico de HAI se incluyeron 48 pacientes con más de 1 año de tratamiento, para evaluar la evolución y la respuesta. **Resultados:** 79,2% de los pacientes presentaron remisión a los 20,4 ± 13,8 meses, 25% de ellos tuvieron recaídas. 10/48 (20,8%) mostraron respuesta incompleta y 38,5% no tuvo adherencia al tratamiento (p=0,001). 33/48 (68,8%) presentaron complicaciones, siendo las más frecuentes: 64,6% hipertensión portal, 27,2% osteoporosis/osteopenia, y 18,8% evolucionaron a cirrosis hepática. Se suspendió el tratamiento a 3 pacientes (8,5%) que presentaron remisión y biopsia hepática normal, con una × 7 años de seguimiento, manteniéndose × 3,5 años posteriormente a la suspensión del tratamiento. Dos fueron a trasplante hepático. **Conclusiones:** La mayoría de los pacientes respondieron adecuadamente al tratamiento inmunosupresor. La cuarta parte sufrió recaídas. La respuesta incompleta se relacionó significativamente con la falta de adherencia al tratamiento.

P115. NÓDULOS HEPÁTICOS EN ADOLESCENTE CON GLUCOGENOSIS TIPO IA

B. Quintana, K. López, D. Navarro, K. Belandria
Unidad de Gastroenterología y Nutrición Pediátrica Dra. Georgette Daoud.
Hospital Dr. Miguel Pérez Carreño. IVSS. Caracas. Venezuela

Resumen: La glucogenosis tipo I (o enfermedad de Gierke) es una enfermedad metabólica, hereditaria, provocada por deficiencia en el sistema de la glucosa-6-fosfatasa. Existe un acúmulo anormal de glucógeno en hígado, riñón y mucosa intestinal. Las manifestaciones clínicas son hipoglucemia, hepatomegalia, hiperlactacidemia, hiperlipidemia (1-7). El tratamiento consiste en evitar las hipoglucemias y las manifestaciones secundarias con una dieta fraccionada durante las 24 horas del día, proporcionando carbohidratos de preferencia de absorción lenta y almidón crudo (7). Las complicaciones a largo plazo son gota, insuficiencia renal progresiva y adenoma hepático, que se desarrollan en la segunda o tercera década de la vida (7). **Caso clínico:** Adolescente varón de 12 años de edad, procedente de Carúpano, estado Sucre, en control por este servicio desde los 7 meses de edad, portador de glucogenosis Ia. Desde su diagnóstico se inicia tratamiento y manejo multidisciplinario; sin embargo, presenta un mal control metabólico, con hipoglucemias recurrentes y hospitalizaciones recurrentes secundarias a transgresión dietética. Actualmente presenta talla 135 cm, peso 22,5 kg, palidez cutaneomucosa moderada, obesidad troncal, cara de muñeca, abdomen prominente con hepatomegalia, y postura lordótica. Control ecográfico (2007): nefromegalia bilateral y hepatoesplenomegalia difusa con nódulos sólidos múltiples intrahepáticos sugestivos de adenoma hepático. Se realiza biopsia de las lesiones (2008): glucogenosis, daño hepatocelular difuso. TAC abdominal (2010): lesión de ocupación de espacio hipercaptante en segmento hepático IV. En su seguimiento anual, se solicita ecografía, alfafetoproteína y otros marcadores, por tratarse de una lesión premaligna, de presentación precoz, así como por ser candidato a trasplante hepático en caso de deterioro. **Palabras clave:** glucogenosis, adenomas, hipertrigliceridemia, hepatomegalia, nefromegalia

P116. COMPLICACIONES DE LA ARTERIA HEPÁTICA EN PACIENTES PEDIÁTRICOS CON TRASPLANTE HEPÁTICO

E. Pestana¹, D. Marín¹, D. Del Valle¹, M. De Guguielmo¹, L. Agüero¹, R. Castillo¹, V. Silva¹, A. Sala¹, C. Lozada¹, C. Rodríguez¹, H. Malavé¹, M. Vasallo¹, Kato Tomoaki², P. Rivas-Vetencourt¹
¹Programa Metropolitano de Trasplante Hepático. FUNDAHÍGADO. Caracas, Venezuela. ²New York - Presbyterian/Columbia Hospital. Nueva York, Estados Unidos

Introducción y objetivo: Las complicaciones con la arteria hepática son una causa frecuente de morbilidad y mortalidad en pacientes sometidos a trasplante hepático. El objetivo fue evaluar las características clínicas, de laboratorio y el tiempo quirúrgico de los pacientes que presentaron complicaciones con la arteria hepática, y las medidas terapéuticas adoptadas para la resolución de las mismas. **Pacientes y métodos:** Se realizó estudio retrospectivo donde se incluyeron todos los pacientes pediátricos sometidos a trasplante hepático en el periodo 2005 al 2011. **Resultados:** De 32 pacientes trasplantados desde 2005 a 2011, 6 pacientes presentaron complicaciones gastrointestinales. De los 6 pacientes evaluados, 4 (67%) pertenecen al sexo femenino y 2 (33%) al sexo masculino, en edades actualmente comprendidas desde 1 año hasta 16 años, con un promedio de $8,5 \pm 9,2$ años. Las patologías que llevaron al trasplante hepático fueron: atresia de vías biliares extrahepáticas (3), hepatitis autoinmune (1), síndrome de Alagille (1) y cirrosis criptogénica (1). Dichas complicaciones se presentaron entre los 10 a 52 días posteriores al trasplante. Todos recibieron transfusiones durante el acto quirúrgico; 5 recibieron furosemida. Todos recibieron anticoagulación profiláctica con clexane. Cuatro de los pacientes presentaron sepsis previa al episodio; 5 presentaron episodios de hemorragia digestiva superior, por lo que ameritaron uso de sandostatina; 4 presentaron estenosis de la arteria hepática, y 2 trombosis de la misma. El diagnóstico se sospechó en todos los pacientes al realizar ecografía Doppler hepática y no por alteración de AST, ALT, GGT o FA. A todos los pacientes se les realizó arteriografía y se colocó un stent a 5 de ellos. Los contrastes de las complicaciones de la arteria hepática y las variables nominales se basaron en la prueba Chi-cuadrado de Pearson; en el caso de las variables continuas, se basaron en la prueba no paramétrica U de Mann-Whitney. Se estableció que el uso de furosemida se asoció significativamente con la presencia de complicaciones de la arteria hepática ($p = 0,042$). No se pudo establecer correlación como factor de riesgo entre PELD y MELD previo al trasplante, episodios previos de hemorragia digestiva previa al trasplante, tiempo de isquemia fría, caliente, tiempo de la cirugía o peso de los pacientes. El 100% de los pacientes sobrevivieron y no requirieron retrasplante. **Conclusión:** El diagnóstico precoz de las complicaciones de la arteria hepática posteriores al trasplante hepático mediante la realización de ecografía Doppler nos lleva a tener una sobrevida del 100% de los pacientes y del injerto. El adecuado manejo de la administración de líquidos sería ideal para evitar el uso de diuréticos y también esta complicación.

P117. INCIDENCIA DE HEPATITIS EN LA CONSULTA DEL DEPARTAMENTO DE GASTROENTEROLOGÍA. HOSPITAL INFANTIL DR. ROBERT REID CABRAL (DR. ROBERT REID CABRAL, PERIODO 2008-2010)

M. Cabrera¹, V. Sánchez², M. Batista³, S. Ulerio³, G. Fernández⁴
¹Departamento de Gastroenterología Pediátrica. ²Médico Ayudante. ³Residente de Gastroenterología Pediátrica. ⁴Médico Pediatra. Hospital Infantil Dr. Robert Reid Cabral. Santo Domingo (República Dominicana)

Introducción: La hepatitis es una infección sistémica que afecta en especial al hígado, producida por virus hepatotropos (A, B, C, D, E), entre otros. El objetivo fue determinar la incidencia en la consulta. Se realizó una revisión descriptiva, retrospectiva, de los expedientes clínicos desde el 2008 hasta el 2010, utilizando como material de recolección un cuestionario y como método estadístico de tabulación el Epi-info 2002. **Resultados:** La incidencia fue de 1,4%; sexo más afectado el masculino; el grupo de edad, 0-4 años (0,64%); incidencia del virus A, 0,9%; del B, 0,2%; del C, 0,06%, y del citomegalovirus, 0,08%. La incidencia de hepatitis por año fue: 2008, 1,7%; 2009, 1,7%, y 2010, 0,7%; mayor: procedencia de la región sur, los casos de hepatitis B secundarios a transmisión vertical, y en el grupo de edad de 0-4 años. La incidencia de hepatitis fue similar en 2009 y 2008, cambiando notablemente durante el 2010; causa más frecuente el virus A, relacionado con las medidas higiénicas alimentarias de países subdesarrollados, lo cual aumenta su prevalencia. Seguida por el virus B, que ha disminuido drásticamente durante 2010, sobrepasando al virus

B, el citomegalovirus, lo cual traduce probablemente, en nuestro país, un aumento de la cobertura vacunal de la hepatitis B y una mejoría en los programas de transmisión vertical en los años 2009 y 2010.

P118. FRECUENCIA Y PRESENTACIÓN DE LA ENFERMEDAD HEPÁTICA GRASA NO ALCOHÓLICA EN UNA POBLACIÓN DE NIÑOS DE BOGOTÁ

M. Pérez¹, R. Guerrero-Lozano¹, L. Henao²
¹Departamento de Pediatría. Universidad Nacional de Colombia. ²Departamento de Radiología. Hospital de la Misericordia. Bogotá

Introducción: La enfermedad de hígado graso no alcohólica (EHGNA), cada vez más descrita en la literatura mundial, es de interés por el aumento de la obesidad y el síndrome metabólico en la infancia. **Objetivo:** Estimar la frecuencia de EHGNA en niños obesos en comparación con la de los eutróficos. **Pacientes y métodos:** Estudio prospectivo de dos fases; en la inicial se exploró el estado nutricional y metabólico de una población eutrófica (controles) y otra con exceso de peso (casos). Se les practicó ultrasonido hepático y aminotransferasas. En la segunda fase se realizó un seguimiento a los pacientes con exceso de peso y EHGNA, con pautas de cambio de estilo de vida para finalmente hacer una segunda evaluación. **Resultados:** Se incluyeron 82 pacientes de los cuales 49 correspondieron a casos y 33 a controles. Se encontró EHGNA en 5 niños (10,2%) del grupo de casos y en ninguno de los controles; los hallazgos se asociaron fundamentalmente con obesidad determinada por IMC y perímetro abdominal. Los valores de colesterol total, LDL, HOMA y leptina fueron más altos en casos que en controles. No se encontró diferencia entre los resultados de los casos afectados por EHGNA y los que no, análisis limitado por el tamaño de la muestra. En 4 de los 5 casos con EHGNA se hizo seguimiento a los 4 meses; se evidenció mejoría ecográfica en 2 pacientes, junto con disminución del HOMA; un paciente con aumento de la obesidad mostró deterioro de la bioquímica sanguínea. **Conclusiones:** La EHGNA es prevalente en pacientes con sobrepeso y obesidad; su presencia se correlaciona con obesidad central. Debe considerarse dentro del estudio del paciente con obesidad y trastorno metabólico secundario.

P119. ESTEATOHEPATITIS NO ALCOHÓLICA EN NIÑOS

E. Pestana^{1,2}, K. León¹, Á. Farías¹, M.E. Ruiz³
¹Hospital San Juan de Dios. ²Policlínica Metropolitana. ³Instituto Médico La Floresta. Caracas, Venezuela

Introducción y objetivo: La esteatohepatitis no alcohólica constituye hoy en día un problema en ascenso tanto en la población adulta como en la población pediátrica debido a los cambios de estilo de vida y los hábitos dietéticos, y debe ser tomada en cuenta como causa de hepatopatía en pacientes pediátricos. El objetivo fue evaluar las características poblacionales, evolución y respuesta a las medidas terapéuticas indicadas. **Pacientes y métodos:** Se realizó estudio retrospectivo. Se incluyeron todos los pacientes pediátricos que acudieron a las consultas de gastroenterología y endocrinología pediátrica desde 2001 a 2011 y que presentaban elevación de aminotransferasas y/o esteatosis por ultrasonido, y se excluyeron causas hepáticas y no hepáticas de esteatosis tales como infección crónica por VHC, enfermedad celíaca, trastorno del metabolismo de los carbohidratos como glucogenosis, consumo de esteroides, hepatitis autoinmune o desnutrición proteicoalórica. **Resultados:** Se incluyeron 26 pacientes, de los cuales 18 (69,2%) pertenecen al sexo masculino y 8 (30,8%) al sexo femenino, en edades actualmente comprendidas desde los 2 a los 13 años con un promedio de $10,03 \pm 3,10$ años. Las causas por las cuales consultaron fueron elevación de aminotransferasas (9; 35%), esteatosis en el ultrasonido (2; 8%) o ambas (15; 57%). Tres (12%) pacientes con IMC entre p25-90 (normal), 6 (23%) pacientes con IMC entre p90-97 (sobrepeso), y 17 (65%) con IMC mayor de p97 (obesidad) previo al tratamiento. La acantosis *nigricans* estuvo presente en 11 (42%). Desde el punto de vista del laboratorio, 25 (96%) presentaban elevación de AST y ALT, 21 (81%) colesterol elevado (mayor de 170), 18 (69%) triglicéridos elevados (mayor de 110), y sólo 2 presentaban glicemias en ayunas mayores de 100. Se les realizó curva de tolerancia glucosada e insulina de 2 horas con carga de glucosa de 1,75 g/kg, la cual resultó positiva para 11 (42%), con índice de HOMA mayor de 4. Cuatro pacientes presentaban Ac AML positivos; 11(42%) pacientes tenían síndrome metabólico; a 11 (42%) pacientes se les realizó biopsia hepática, con hallazgos de esteatohepatitis, y 7 (27%) tenían fibrosis. Se les indicó como tratamiento modificaciones dietéticas supervisadas por un nutrólogo pediatra, ejercicio aeróbico (30 minutos diarios 5 días por semana) y vitamina E (400 UI diarias),

se evaluaron cada 3 meses durante 1 año y se realizaron controles de AST, ALT, colesterol y triglicéridos y evaluación de IMC, observándose una disminución estadísticamente significativa de AST ($p=0,000$), ALT ($p=0,000$), colesterol ($p=0,010$) y triglicéridos ($p=0,01$), y a pesar de que hubo pérdida de peso no hubo diferencias estadísticamente significativas en el IMC. De los 11 pacientes con curva de tolerancia glucosada e insulina positivas, 10 recibieron tratamiento con metformina, de los cuales 7 normalizaron. **Conclusión:** La esteatohepatitis no alcohólica es una causa de hepatopatía en la población pediátrica, la cual se asocia a fibrosis; la mejor opción terapéutica es la modificación dietética y el ejercicio aeróbico, y el uso de antioxidantes como la vitamina E.

P120. ELEVACIÓN DE AMINOTRANSFERASAS ASINTOMÁTICA COMO MANIFESTACIÓN DEL ESPECTRO DE LA INTOLERANCIA AL GLUTEN, INCLUYENDO LA ENFERMEDAD CELIACA, Y SU RESPUESTA A LA DIETA LIBRE DE GLUTEN EN PACIENTES PEDIÁTRICOS

E. Pestana^{1,2}, D. Jaén³, Y. Arias⁴, G. Soriano⁵, R. Santiago⁵, M. Vásquez⁶, F. Cordero⁶

¹Hospital San Juan de Dios. Caracas. ²Policlínica Metropolitana. ³Centro Médico Docente La Trinidad. ⁴Oficentro El Picacho. ⁵Hospital Universitario de Valera. ⁶Hospital Universitario de Pediatría Dr. Agustín Zubillaga. Venezuela

Introducción y objetivo: La enfermedad celiaca es una causa de elevación de aminotransferasas de forma asintomática. El objetivo fue evaluar la respuesta a la dieta libre de gluten en los pacientes con elevación de aminotransferasas de forma asintomática y con intolerancia al gluten o enfermedad celiaca. **Pacientes y métodos:** Se realizó estudio prospectivo, del 2009 al 2011, donde se incluyeron todos los pacientes pediátricos que consultaron por elevación asintomática de aminotransferasas, descartándose otras patologías hepáticas. A todos los pacientes se les realizó endoscopia digestiva superior y biopsia de segunda porción del duodeno, y se les indicó dieta libre de gluten. **Resultados:** Se incluyeron 14 pacientes con edades comprendidas desde 1 año hasta 10 años, con promedio de $4,53 \pm 2,82$ años. Todos los pacientes tenían peso incluido dentro de P3 y P90. Todos presentaban elevación de AST, con un promedio de $262,42 \pm 125,45$, y de ALT ($391 \pm 109,6$). En el ultrasonido abdominal, 4 (29%) pacientes presentaron hepatomegalia; el resto de los ultrasonidos fueron normales. Todos excepto uno presentaban IgA normal. Se realizó RAST para trigo, encontrándose positivo en 11 (79%); anticuerpos anti gliadina IgG positivo 4, anticuerpos antitransglutaminasa 2, y anticuerpos antiendomiosio 3. Hallazgos de la biopsia de la segunda porción del duodeno: 11 (79%) duodenitis crónica, 3 (21%) enfermedad celiaca. Se realiza HLA en el paciente con IgA baja, que resultó diagnóstica para enfermedad celiaca. A todos los pacientes se les indicó dieta sin gluten por un periodo de 3 meses. Se realiza control de pruebas de funcionamiento hepático, donde se observa normalización de aminotransferasas en 10 (71%) pacientes, y en los otros 4 se aprecia una disminución de las mismas de forma significativa (promedio de las mismas en el grupo total: AST $44,42 \pm 25,45$, y ALT 57 ± 27). Se realizó biopsia hepática en 6 pacientes, con los siguientes hallazgos: daño hepatocelular difuso leve, y un hallazgo compatible con hepatitis autoinmune. **Conclusión:** La intolerancia al gluten y la enfermedad celiaca son causa de elevación de aminotransferasas de forma asintomática en la población pediátrica, que responden a la dieta libre de gluten como única medida terapéutica.

P121. HIPERTENSIÓN PORTAL: A PROPÓSITO DE UN CASO EN UN HOSPITAL MILITAR

M. Cabrera¹, M. Batista², G. Fernández², A. Grullón³, E. Mercedes³, M.^a E. Paulino³

¹Gastroenteróloga Pediatra. Hospital Central de las Fuerzas Armadas. ²Médico Pediatra. ³Residente de cuarto año de Pediatría.

Introducción: La hipertensión portal es la elevación de presión en la circulación portal por encima de 10 mmHg, producida por un aumento del flujo venoso o la resistencia vascular; ocasiona síntomas por compensación a través de colaterales portosistémicas. La etiología más frecuente en niños es prehepática debido a onfaloclis. **Caso:** Niña de 4 años de edad, con historia de fiebre de 2 días de evolución, hematemesis y melena en número de dos ocasiones de 1 hora de evolución. Sin antecedentes neonatales, ni patológicos. **Biometría hemática:** GB: $6,3 \times 10/mm^3$; Seg: 70%; Linf: 17,2%; Hb: 7,6 g/dL; HCT: 17%; Pla: $76 \times 10/mm^3$. **Diagnósticos de ingreso:** sangrado gastrointestinal alto, p/b hipertensión portal, P/B hepatopatía crónica, P/b enfermedad péptica, P/b dengue con

signos de alarma. **Estudios realizados:** Endoscopia alta: varices esofágicas grado 4 y gastropatía hipertensiva. Sonografía Doppler: vasos ligeramente tortuosos, sugestivo de cavernoma incipiente en rama derecha de la porta distal, flujo portal de 13-17 mmHg y esplenomegalia. Angio-TAC: cavernosa hepática de rama derecha de la porta distal, varices esofágicas. Durante su ingreso se maneja con inhibidores de la bomba de protones, lactulosa y antiulceroso; se transfunde con paquete globular en varias ocasiones. Se realizó evaluación cardiovascular y hematológica. **Tratamiento:** Inhibidores de la bomba de protones, lactulosa y antiulceroso, transfundiéndose con paquete globular en varias ocasiones, y propranolol.

P122. CASUÍSTICA DE LA HIPERTENSIÓN PORTAL EN LA EDAD PEDIÁTRICA EN EL SERVICIO DE GASTROENTEROLOGÍA, HEPATOLOGÍA Y NUTRICIÓN. DEPARTAMENTO DE PEDIATRÍA. HOSPITAL GENERAL PLAZA DE LA SALUD (HGPS). CINCO AÑOS DE EXPERIENCIA (2003-2008)

C.M. Montero Brens¹, I. Cornelio², A. Quezada³, T. Almonte, S. Daleman, F. Camacho

¹Pediatras. ²Coordinador. ³Ayudante Especialista. ³Personal Asistente Médico. Servicio de Gastroenterología, Hepatología y Nutrición Pediátrica. Departamento de Pediatría. Hospital General de la Plaza de la Salud (HGPS). Santo Domingo. República Dominicana

Introducción: La hipertensión portal (HTP) representa un incremento de presión por encima de 10 mmHg en el sistema venoso portal, y se comporta clínicamente como un síndrome común a múltiples causas hepáticas, prehepáticas y posthepáticas. La importancia del diagnóstico y tratamiento oportuno radica en evitar las complicaciones severas que amenazan la vida: sangrado masivo y shock, ascitis con peritonitis secundaria, y daños a otros órganos. **Objetivos:** Presentar la evolución clínica y la pertinencia del diagnóstico y el tratamiento en los casos seguidos en nuestro servicio, como casuística relevante a escala nacional en la República Dominicana. **Material y métodos:** Estudio descriptivo, retrospectivo y transversal. Se seleccionaron los casos confirmados de HTP y se evaluaron: aspectos clínicos, laboratorios, sonográficos, endoscópicos y tratamiento. **Resultados:** Se evaluaron 15 casos, 10 varones/5 mujeres; procedencia Santo Domingo en 12/15 casos, y nivel socioeconómico bajo en la mayoría de los casos (10/15). Edades entre 3 meses y 15 años; grupo de 6-10 años el más afecto, con 6/15 casos (40%), grupo donde también se iniciaron las manifestaciones más frecuentemente, con 8/15 casos. La mayoría tuvo normopeso; destaca la presencia de obesidad en 5/15 casos (33%). Antecedentes negados en 9/15 casos (60%) y de canalización de la vena umbilical en 4/15 casos. Causas extrahepáticas en 6/15 casos (40%). Signos de presentación más frecuentes: sangrado gastrointestinal alto (SGI) (hematemesis o melena) en 11/15 casos (73%) y esplenomegalia en 4/15 casos. Complicaciones más frecuentes: SGI y anemia en 4/15 casos (26%). Pruebas complementarias: sonografía Doppler patológica y sugestiva del diagnóstico en 7/7 (100%) de los casos realizados. Endoscopia digestiva alta diagnóstica en 13/15 casos (87%) y terapéutica con ligadura de varices esofágicas en 12/15 casos (80%). Hallazgos diagnósticos en pruebas complementarias: varices esofágicas en 12/15 casos (80%), esplenomegalia en 10/15 casos (67%), gastropatía hipertensiva en 9/15 casos (60%), cavernomatosis de la porta en 6/15 casos (40%), hepatomegalia en 5/15 casos (33%), esclerosis del hilio hepático y dilatación de la vena esplénica en 1/15 casos (6%). Tiempo entre el inicio de la clínica y el diagnóstico desde varios meses a 2 años, con sólo 5/15 casos (33%) antes del año. Todos los pacientes recibieron tratamiento farmacológico electivo o de urgencia (propranolol, atenolol, somatostatina, octeótrido, glibresina, espironolactona) solo o combinado con terapia endoscópica (ligadura y/o esclerosis de varices). 3/15 pacientes (20%) fueron sometidos a cirugía derivativa esplenorenal, con mejoría del cuadro clínico. **Conclusiones:** La HTP pediátrica es un síndrome clínico más prevalente de lo que se advierte, provocando una dilatación en el diagnóstico oportuno, por lo que la terapia farmacológica o endoscópica es implementada de manera tardía, lo que empeora el pronóstico. Una derivación pertinente a un centro especializado mejora la calidad de vida y el pronóstico de estos pacientes.

P123. HEMOBILIA: A PROPÓSITO DE UN CASOM. Cabrera¹, V. Sánchez², M. Batista³, Y. Morillo³, S. Ulerio³¹Jefe de Departamento. ²Médico Ayudante. ³Residente de Gastroenterología Pediátrica. Departamento de Gastroenterología, Nutrición y Endoscopia Pediátrica. Hospital Infantil Dr. Robert Reid Cabral. Santo Domingo. República Dominicana

Introducción: La hemobilia es el sangrado del árbol biliar. Sobreviene días o semanas después de un trauma abdominal, y se manifiesta por hemorragia digestiva alta, dolor en el hipocondrio derecho e ictericia obstructiva. En 1654, Francis Glisson reportó un caso de hemobilia postraumática. Dentro de las causas etiológicas están las iatrogénicas, los traumas, los cálculos biliares, las malformaciones vasculares, los procesos inflamatorios y los tumores. **Diagnóstico:** antecedentes clínicos, arteriografía hepática, donde puede observarse la comunicación entre la estructura vascular y el conducto biliar. **Presentación del caso:** Varón de 14 años de edad, quien nos llega referido con herida por impacto de proyectil, con orificio de entrada en región axilar derecha y orificio de salida en hemitórax izquierdo, presentando un hemotórax derecho. Se coloca sonda de pleurostomía por 72 horas. Al cuarto día de su ingreso presenta dolor abdominal en hipocondrio derecho, ictericia, coluria, alteración de la función hepática e hiperbilirrubinemia a expensas de directa. La ecografía reporta hematoma en lóbulo hepático derecho. Tomografía axial computarizada abdominal que reporta fractura hepática de los segmentos del II al VII, manejándose con reposo absoluto, inhibidor de la bomba de protones y analgésicos; egresado al décimo día en buenas condiciones. A las 48 horas del egreso presenta un nuevo episodio de dolor en hipocondrio derecho, hematemesis y melena, con alteraciones en biometría hemática y función hepática, ameritando trasfusión sanguínea en varias ocasiones y vitamina K. **Estudios realizados:** Endoscopia alta y baja normal, arteriografía hepática con dilatación de vías biliares intrahepática, confirmando el diagnóstico de hemobilia. Actualmente seguido por nuestro departamento, en condiciones generales estables.

P124. PREVALENCIA DE ATRESIA DE VÍAS BILIARES EN UN HOSPITAL PEDIÁTRICO (ATRESIA DE VÍAS BILIARES: SEGUIMIENTO Y COMPORTAMIENTO)M. Cabrera¹, V. Sánchez², M. Batista³, Y. Morillo³, G. Fernández⁴¹Departamento de Gastroenterología Pediátrica. ²Médico Ayudante. ³Residente de Gastroenterología Pediátrica. ⁴Médico Pediatra. Hospital Infantil Dr. Robert Reid Cabral. Santo Domingo (República Dominicana)

Introducción: La atresia de vías biliares es una colangiopatía congénita, obstructiva, poco frecuente, que se manifiesta en la etapa neonatal, con una frecuencia de uno por cada 9.000-12.000 nacidos vivos. Esta entidad de difícil diagnóstico se presenta como una colestasis neonatal a partir de la segunda semana de vida extrauterina, manifestándose con ictericia tardía; si el flujo biliar no es restablecido conllevará a una disfunción hepática con progresión a cirrosis. Los métodos diagnósticos por imágenes poseen una alta sensibilidad y una especificidad de un 90%, demuestran la ausencia de la vesícula biliar (sonografía abdominal), la ausencia del paso de isótopo radioactivo desde el hígado al intestino 24 horas después (gammagrafía hepatobiliar), y la biopsia hepática confirma el diagnóstico. El restablecimiento del flujo biliar mediante el procedimiento de Kasai (porto-enterostomía) es el tratamiento de elección inicial, que previene el desarrollo de cirrosis y disfunción hepática. **Material y método:** En el Hospital Infantil Dr. Robert Reid Cabral (República Dominicana) realizamos un estudio retrospectivo en niños con atresia de vías biliares, evaluamos la edad en el momento del diagnóstico, la función hepática, los métodos diagnósticos, el restablecimiento del flujo biliar, las complicaciones y la evolución posquirúrgica. **Resultados:** Revisamos 21 expedientes de nuestra consulta durante los últimos 10 años; 10 se diagnosticaron al segundo mes de vida extrauterina, 5 al tercer mes y 6 al quinto mes. El sexo más frecuente fue el masculino. A todos se les realizó gammagrafía hepatobiliar. Se realizó procedimiento de Kasai a 13 pacientes; de ellos, 4 están en seguimiento en condiciones estables, 4 serán sometidos a trasplante, y 5 fallecieron por complicaciones quirúrgicas y disfunción hepática. **Discusión:** La atresia de vías biliares se caracteriza por acolia, coluria, ictericia y hepato-esplenomegalia que persiste más allá de la segunda semana de vida extrauterina. Si se diagnostica antes de los 45 días, el restablecimiento del flujo biliar tiene resultado satisfactorio, con una sobrevida de hasta 20 años sin datos de disfunción hepática o mejorar el cuadro hasta la realización del trasplante hepático.

NUTRICIÓN Y METABOLISMO**P125. EVALUACIÓN DEL ESTADO NUTRICIONAL EN LA INFECCIÓN POR «HELICOBACTER PYLORI» EN UNA POBLACIÓN PEDIÁTRICA**M. Janjetic¹, A. Barrado¹, E. Cueto Rua², N. Balcarce², P. Mantero¹, H. Torti¹, J. Fuda¹, M. Zubillaga¹, C. Goldman¹, J. Boccio¹¹Cátedra de Física. Facultad de Farmacia y Bioquímica. Universidad de Buenos Aires. ²Hospital de Niños Sor María Ludovica. La Plata. Argentina

Introducción: La relación entre la infección por *Helicobacter pylori*, el retardo crónico del crecimiento y la deficiencia de micronutrientes en los niños sigue siendo un tema controvertido. **Objetivo:** Determinar la prevalencia de *H. pylori* en niños con sintomatología digestiva de Buenos Aires (Argentina) y evaluar su relación con indicadores antropométricos y el estado nutricional de hierro y zinc. **Métodos:** El diagnóstico de *H. pylori* se realizó en 525 niños (4-16 años) mediante el ¹³C-test del aire espirado. Se registraron el peso y la talla para el cálculo de los indicadores peso/edad y talla/edad. El zinc sérico fue determinado por absorción atómica, la ferritina por ensayo inmunoradiométrico y la hemoglobina mediante contador hematológico. El análisis estadístico fue realizado mediante los test de Student, Mann-Whitney, ji al cuadrado y regresión lineal. **Resultados:** Resultaron *H. pylori* positivos 132 pacientes (25,1%). Los valores de desnutrición crónica fueron similares en el grupo *H. pylori* negativo (3,4%) y positivo (4,6%). No se registraron diferencias significativas en el peso/edad ($p=0,35$) ni en la talla/edad ($p=0,10$) entre ambos grupos. Las prevalencias de anemia y deficiencia de hierro fueron del 11,1 y el 9,4% para el grupo *H. pylori* negativo y del 17,1 y el 12,4% para el positivo, respectivamente. No se encontró asociación entre la infección y anemia ($p=0,09$) ni deficiencia de hierro ($p=0,51$). La deficiencia de zinc tampoco se asoció a la infección ($p=0,95$). **Conclusiones:** En la población pediátrica evaluada, no hemos hallado asociación entre la presencia de *H. pylori*, la desnutrición crónica ni el estado nutricional de hierro y zinc.

P126. ESTUDIO DE LA DISPONIBILIDAD Y EL COSTO DE LA COLACIÓN ESCOLAR DE NIÑOS/AS CELIACOS DE LA CIUDAD DE CÓRDOBA (ARGENTINA)

L. Ibáñez Ollier, M.J. Vollmer, M.C. Grande, R.A. Furnes

Facultad de Ciencias Médicas. Escuela de Nutrición. Universidad Nacional de Córdoba. Argentina

Objetivos: Investigar la disponibilidad de alimentos libres de gluten en la cantina escolar y el costo en relación con la de un niño/a no celiaco. **Material y métodos:** Se realizó encuesta a los padres de 30 niños/as (6 a 12 años) escolarizados y celiacos y a grupo comparativo de 30 niños/as compañeros/as. Se investigaron las cantinas de las escuelas primarias a las que asisten en el periodo junio-julio de 2010. Estudio descriptivo simple transversal. Variables: disponibilidad de alimentos aptos para celiacos existentes e identificados en la cantina escolar, lugar de adquisición de los alimentos, tipo de alimento que conforma la colación y el costo diario en ambos grupos. Se comparó con la calidad nutricional propuesta como ideal por el CESNI. Se determinó media y moda y prueba de la ji al cuadrado (significación de 0,05). **Resultados:** Se visitaron 30 cantinas de escuelas primarias de la ciudad de Córdoba. Presentaron un promedio \pm 60 productos totales. El porcentaje promedio de productos aptos para celiacos fue del 12%. El de productos sin gluten identificados fue del 4%. La mitad de las cantinas carecían de productos identificados. El lugar de compra más utilizado de los niños/as celiacos fue la dietética (44%). Los niños/as no celiacos compran en un 37% en el hipermercado. Los niños/as celiacos realizan una colación de costo medio alto (>5 \$), mientras que en el grupo de niños/as no celiacos el costo es medio-bajo (1-5 \$). Se observó un alto consumo de hidratos de carbono refinados y azúcares simples. **Conclusión:** Se hace imprescindible la aplicación de políticas sanitarias a los fines de hacer más accesible los alimentos sin TACC para la enfermedad celiaca.

P127. ESTUDO EVOLUTIVO NUTRICIONAL DE LACTENTES COM FIBROSE CÍSTICA DIAGNOSTICADOS PELO «SCREENING» NEONATAL EM CENTRO DE REFERÊNCIA

I.R.L. del Ciampo, V.L.S. Ambrosio, R. Sawamura, L.A. del Ciampo, L.C. Galvão, M.I.M. Fernandes
Faculdade Medicina Ribeirão Preto. Universidade de São Paulo. Brasil

Introdução: Desnutrição é uma das alterações mais precoces na criança fibrocística. **Objetivo:** avaliar estado nutricional ao nascimento, ao diagnóstico e atual, de fibrocísticos diagnosticados pelo screening neonatal. **Metodologia:** Longitudinal, retrospectivo. Revisão prontuários de 9 crianças, diagnosticadas pelo screening neonatal (2 IRT e 2 cloros suor+). Análise: epi-info e WHO Antro, IC= 95%. Padrões referência: NCHS para WHZ, HAZ, WAZ e WHO para BAZ. Pontos de corte médias de score z: -1 SD=z+1 SD normal, -2 SD =z<-1 SD risco, -3 =z<-2 alterado, <-3 SD; z>+3 SD z>+3 SD muito alterado. **Resultados:** n= 9. Idade (dias): triagem-mediana 50 (31-98), média 53,7. Atual: mediana 207,5 (63-813), média 273,2. Todas nascidas a termo. Antropometria: Nascimento: peso (g), média 2.730 e mediana 2.900 (2.300-3.600); comprimento (cm), média 47,5 e mediana 49 (45-51). Diagnóstico: peso (g), média 3.756 e mediana 3.210 g (2.400-5.600); comprimento (cm), média 52,7 e mediana 51 cm (48-61). Índices antropométricos: Nascimento: WAZ-0,49 (dp 0,96); HAZ-1,14 (dp 1,43), WHZ-0,13 (dp 0,52), BAZ-0,32 (dp 0,88). Diagnóstico: WAZ-1,26 (dp 1,21); HAZ-1,45 (dp 1,75), WHZ-0,44 (dp 0,49), BAZ-1,92 (dp 0,95). Atual: WAZ-0,35 (dp 0,73); HAZ-0,38 (dp 0,55), WHZ-0,04 (dp 0,89), BAZ-0,09 (dp 0,98). **Conclusões:** Médias: WAZ normal ao nascimento, em risco para desnutrição ao diagnóstico e atual normal, com médias superiores às de nascimento. HAZ risco para «baixo comprimento» ao nascer e atualmente normal. WHZ sempre normal (crianças proporcionadas), melhor média na atualidade. BAZ baixo ao diagnóstico e normal atualmente. Resultados sugerem importância do diagnóstico precoce para recuperação nutricional precoce.

P128. AVALIAÇÃO NUTRICIONAL DE CRIANÇAS COM OBSTRUÇÃO EXTRA-HEPÁTICA DA VEIA PORTA E HIPERTENSÃO PORTAL

P.F. Marques, M.A.B. Brandão, E.L.C. Pinto
Universidade Estadual de Campinas. Campinas. São Paulo. Brasil

Introdução: A obstrução extra-hepática da veia porta (OEHP) é caracterizada pela existência de bloqueio extra-hepático do fluxo sanguíneo ao fígado. Acomete crianças e adultos e manifesta-se clinicamente por sinais de hipertensão portal (HP) e hemorragia digestiva alta. Estudos demonstram que as crianças diagnosticadas com OEHP e HP com freqüentes sangramentos, apresentam retardo no crescimento. A maioria das casuísticas, entretanto, incluiu pacientes com insuficiência hepática, reconhecidamente, uma causa de desnutrição. **Objetivo:** Avaliar pacientes com OEHP e HP em tratamento endoscópico das varizes de esôfago verificando se apresentam estatura e peso adequados para a idade. **Sujeitos e métodos:** Pacientes acompanhados no Ambulatório de Gastroenterologia Pediátrica e Nutrição do Hospital das Clínicas da UNICAMP, com idade entre seis semanas e 18 anos, diagnosticados com OEHP e HP sem doença hepática associada, avaliados através do Dia Habitual Alimentar e medidas de peso e estatura com complementação através de medidas como peso para idade, altura para idade e IMC que serão comparados às curvas OMS. **Resultados:** Foram avaliados 22 pacientes, dentre os quais apenas 1 foi classificado com baixo peso, segundo IMC para idade. A alimentação dos pacientes avaliados, de forma geral, atende as necessidades energéticas, porém o consumo de alimentos fontes de vitaminas é deficiente na maioria dos avaliados. **Conclusões:** O estado nutricional pode estar mais fortemente relacionado com seus hábitos alimentares do que com a própria patologia, uma vez que apenas 1 em 22 pacientes encontra-se abaixo do padrão nutricional adequado e tendo em vista a ingestão energética adequada na maioria dos pacientes.

P129. SÍNDROME ALCOHÓLICO FETAL: RESULTADO DE UNA INTERVENCIÓN DIETÉTICA APROPIADA

A. Lozinsky, C. Boé, U. Fagundes-Neto
Escola Paulista de Medicina. Universidade Federal de São Paulo. Brasil

Introducción: El alcohol es el agente teratogénico fetal más común. Las secuelas en el feto causadas por la exposición al alcohol durante el embarazo son conocidas por el síndrome alcohólico fetal (SAF). Una característica de la SAF es baja estatura e incremento ponderal insuficiente, que lleva a sospecha de anomalía de

la función digestiva-absortiva. **Objetivo:** Relatar un caso de SAF sin alteración de la función digestivo-absortiva. **Exposición del caso:** Paciente varón, de 11 meses, referido para investigación de baja estatura y bajo peso. La madre no realizó seguimiento prenatal, tomó alcohol, tabaco y drogas ilícitas durante el embarazo. Examen clínico: peso de 5.130 g, estatura de 61,3 cm (z-score peso-edad: -6,7; estatura-edad: -5,7; peso-estatura: -2,6), facies característica con baja implantación de orejas, ptosis palpebral, pestañas largas, estrabismo convergente, fisura palpebral pequeña, filtro labial superior liso y fino. Por presentar cuadro de *failure to thrive*, fue sometido a evaluación de la función digestivo-absortiva. Desde que no se detectaron alteraciones en los análisis, se consideró que el *failure to thrive* se debía al propio SAF, y por esto se le indicó dieta hiperproteica e hiper-calórica (130 kcal/kg/día). Después de 15 meses de seguimiento, el paciente presentó los siguientes niveles del z-score: peso-edad: -5,8; estatura-edad -2,5; peso-estatura: -6,5, los cuales experimentaron una mejora significativa. **Conclusión:** Pacientes portadores de SAF deben realizar extensa investigación de la función digestivo-absortiva y recibir intervención dietética apropiada con el objetivo de minimizar los efectos deletéreos globales provocados por el SAF.

P130. EFECTO DEL ZINC EN LA ENFERMEDAD DIARREICA AGUDA

J. Castañeda¹, R. Guerrero-Lozano²
¹Hospital de la Misericordia. ²Departamento de Pediatría. Universidad Nacional de Colombia. Bogotá. Colombia

La diarrea aguda es una patología frecuente en la infancia; está dentro de las cinco primeras causas de mortalidad infantil. Existen estudios que soportan el uso del zinc para la reducción de la duración de la enfermedad. **Objetivos:** Describir la relación entre el uso del suplemento de zinc y la duración total de enfermedad diarreica aguda (EDA), así como el número de deposiciones diarias durante la misma, en niños de entre 6 meses y 5 años en Bogotá. **Pacientes y métodos:** Se realizó un clínico doble ciego y aleatorizado en niños con EDA menor a 48 horas de evolución. Un grupo de 27 pacientes recibió sulfato de zinc y otro de 35 recibió placebo; se registraron la frecuencia diaria de deposiciones y la duración total del episodio de diarrea, entre otros. **Resultados:** En el grupo suplementado se observó una reducción del 8% en la duración total del episodio y de 15% en la duración del episodio luego del inicio del zinc, en comparación con el grupo con placebo. La frecuencia de deposiciones al día 7 fue menor en el grupo suplementado. **Conclusiones:** Este estudio sugiere que el suplemento de zinc durante la diarrea aguda es beneficioso al reducir el tiempo de enfermedad, así como la frecuencia de deposiciones al día séptimo.

P131. DEFICIENCIA DE HIERRO DURANTE LA GESTACIÓN EN LAS MUJERES COLOMBIANAS: UN PROBLEMA DE SALUD PÚBLICA

C. Pedraza¹, C. Grijalba¹, O.L. Sarmiento¹, A. Ramirez¹, P. Pinzón¹, Y. Forero²
¹Facultad de Medicina. Universidad de los Andes. Bogotá. ²Instituto Nacional de Salud. Bogotá. Colombia

Introducción: La deficiencia de hierro es una de las principales 10 causas de mortalidad en menores de 5 años y se correlaciona con un aumento de la morbilidad perinatal en mujeres y recién nacidos, alteraciones del sistema inmune y del desarrollo psicomotor en niños menores de 5 años. En Colombia se le atribuye el 0,2% de la mortalidad en niños menores de 5 años y el 18% en gestantes. **Objetivo:** Estimar la prevalencia de anemia, deficiencia de hierro y anemia ferropénica en gestantes colombianas según características sociodemográficas y de salud. **Metodología:** Se realizó un análisis secundario de los datos de 1.907 mujeres gestantes recopilados en la Encuesta Nacional de la Situación Nutricional 2010. En este estudio de corte transversal se aplicó un cuestionario y se determinaron las concentraciones de hemoglobina, ferritina y proteína C reactiva en muestra de sangre venosa. **Resultados:** La prevalencia de deficiencia de hierro fue del 37,3%, (IC del 95%: 33,7-40,9). La prevalencia de anemia fue del 17,9% (IC del 95%: 15,9-20,1), y se encontró una diferencia estadísticamente significativa por etnia, con una prevalencia del 33,1%, (IC del 95%: 30,1-37,5), p <0,001, en las mujeres afrodescendientes y por estrato socioeconómico con una prevalencia del 30,8% (IC del 95%: 28,9-32,7), p <0,001, en el estrato socioeconómico bajo. El 53% de las gestantes con anemia presentaban anemia ferropénica (IC del 95%: 49,5-64,7). **Conclusiones:** La deficiencia de hierro durante la gestación es un problema de salud pública en Colombia que afecta a

grupos sociales vulnerables, con posibles consecuencias graves en la primera infancia. **Palabras clave:** deficiencia de hierro, embarazo, infancia, Colombia.

P132. FACTORES DE RIESGO AMBIENTAL Y ALGUNAS VARIANTES GÉNICAS RELACIONADOS CON EXCESO DE PESO EN ADOLESCENTES. MEDELLÍN (COLOMBIA)

A.C. Orozco¹, A.M. Muñoz¹, N.E. Múnera¹, F.A. Patiño¹, R.M. Uscátegui¹, G.M. Agudelo², L.M. Manjarrés¹, B.E. Parra¹, A. Estrada¹, G. Bedoya¹, M.V. Parra¹, C.M. Velásquez¹

¹Universidad de Antioquia. Medellín. ²Vidarium. Centro de Investigación en Nutrición, Salud y Bienestar. Grupo Nutresa. Medellín. Colombia

Introducción: Es importante identificar factores ambientales y genéticos que predisponen a los jóvenes a la obesidad, para prevenirla y tratarla efectivamente.

Objetivo: Evaluar el efecto de algunos factores de riesgo ambiental y tres variantes genéticas sobre el exceso de peso en jóvenes entre 10 y 18 años. **Materiales y métodos:** Estudio descriptivo de corte. A partir de una muestra de 1.060 jóvenes, se identificaron 100 jóvenes obesos y 112 con sobrepeso, los cuales se parearon con 212 jóvenes de la misma muestra con peso normal. Se compararon antropometría, antecedentes familiares, actividad física, ingesta de alimentos y las variantes en los genes UCP3 (-55C/T), FTO (rs17817449) y calpaína-10 (inserción/delección [Indel]-19). **Resultados:** La frecuencia del Indel-19 (alelo de riesgo D) de la calpaína fue del 44,3%, asociada con peso adecuado (OR= 1,71; IC: 1.05-2.08; p= 0,0322). La frecuencia del alelo G del gen FTO fue del 29,4% sin asociación con exceso de peso. La frecuencia de -55C/T de UCP3, alelo T, fue del 12%, sin asociación con índice de masa corporal adecuado. Los obesos presentaron significativamente mayor frecuencia de antecedentes familiares de obesidad, más horas dedicadas a ver televisión, menor lactancia materna y menor consumo de cereales, leguminosas, tubérculos, frutas y verduras, pero el doble de comidas rápidas que el grupo adecuado. **Conclusión:** Los factores predisponentes más relacionados con obesidad fueron los inadecuados hábitos alimentarios y ver televisión más de dos horas diarias. La variante Indel-19 de la calpaína-10 podría ser protectora, pues se asoció con peso adecuado. Las variantes -55C/T de UCP3 y rs17817449 de FTO no se relacionaron con exceso de peso.

P133. RELACIÓN ENTRE LA DURACIÓN DE LA LACTANCIA MATERNA Y EL COEFICIENTE INTELECTUAL (CI) EN NIÑOS DE 7 AÑOS DE EDAD

J.F. Potosí, R. Guerrero-Lozano

Departamento de Pediatría. Universidad Nacional de Colombia. Bogotá

Objetivos: Evaluar la asociación entre el tiempo de lactancia materna exclusiva (LE) y el nivel de inteligencia de niños de 7 años por medio del coeficiente intelectual (CI). Buscar posibles relaciones entre el CI y el inicio de alimentación complementaria (AC), el inicio de fórmulas infantiles (FI) y el tiempo de lactancia total (LT). **Materiales y métodos:** En un colegio privado, para homologar nivel de educación, estado socioeconómico y educación de los padres, se enviaron 200 encuestas a familias de niños de 7 años. Se obtuvieron 64 respuestas. Se excluyeron 8 niños por antecedentes perinatales. El consentimiento se obtuvo en 39 casos. Se obtuvo información sobre antecedentes patológicos y alimentarios, específicamente sobre tiempo de LE, tiempo de LT, tiempo de inicio de FI e inicio de AC. A cada niño se le realizó la prueba de inteligencia Batería de aptitudes diferenciales y generales. Los datos se manejaron en Excel y Stata 10.1. **Resultados:** De 39 niños a quienes se practicó la prueba, se excluyó a uno que no la terminó. El grupo estudiado, 22 (58%) varones, tenía 7,02 ± 0,4 años, había recibido LE durante 3,5 ± 2,3 meses, con LT 11,6 ± 9,6 meses. Inició AC a los 4,1 ± 2,1 meses y FI a los 6,6 ± 6,4 meses. El CI fue de 119,3 ± 12,2. Se encontró asociación significativa entre LT y CI. El inicio de FI se relacionó positivamente con los ítems de cálculo numérico y atención en el 52 y el 35,7%, respectivamente. **Conclusiones:** Este estudio muestra que a mayor tiempo de LT el CI es mayor. El inicio más tardío de FI se asocia con mejores resultados en cálculo numérico y atención.

P134. REACTIVIDAD VASCULAR EN NIÑOS CON EXCESO DE PESO

D.A. Rodríguez¹, M.A. Coll-Barrios¹, R. Guerrero-Lozano¹, L. Henao²

¹Departamento de Pediatría. Universidad Nacional de Colombia.

²Departamento de Radiología. Hospital de la Misericordia. Bogotá. Colombia

La disfunción endotelial asociada con obesidad en niños se puede determinar por alteración en la vasodilatación mediada por flujo (VMF); los datos disponi-

bles muestran reversibilidad de tal alteración mediante programas de dieta y ejercicio. **Objetivo:** Determinar la VMF en niños obesos y compararla con la de los eutróficos. **Métodos:** Estudio en dos fases. En la inicial, descriptiva, se comparó la VMF en niños con exceso de peso (NEP) y eutróficos. En la segunda, de intervención, se buscó determinar el impacto de una orientación en hábitos saludables sobre la VMF en un subgrupo de los NEP. Se discriminaron los grupos basados en la clasificación nutricional según las tablas del CDC de 2000. Para medir la VMF se utilizó un equipo de ultrasonido General Electric LogicQ con transductor de 10 MHz; la prueba se realizó según los estándares establecidos. La VMF se expresó como porcentaje de cambio comparado con el valor antes del estímulo oclusivo. **Resultados:** Se incluyeron 82 pacientes, de los cuales 49 correspondieron a casos (NEP) y 33 fueron controles (eutróficos). En los NEP se encontró: hipertensión arterial (40,8%), hipercolesterolemia (52,2%), hipertrigliceridemia (26,1%), insulinoresistencia (47,8%) y obesidad central (93,3%). La VMF de los NEP estuvo entre -6 y 56% (x= 11,1%) y en los controles entre 0 y 29,6% (x= 16,6%) (p < 0,005). En los NEP se presentó vasoconstricción paradójica en el 34,7%, a diferencia del grupo control, en el que ningún paciente la presentó (p < 0,005). Se incluyeron 17 NEP para intervención; de ellos, el 47,1% presentaron mejoría de la VMF, siendo más frecuente entre quienes mejoraron su actividad física (p= NS). **Conclusiones:** Los niños obesos cursan con disfunción endotelial y tienen menores valores de VMF comparados con niños eutróficos. No se demostró el efecto de la intervención en la recuperación de la VMF, quizás por el tamaño reducido de la muestra.

P135. LEPTINA Y SÍNDROME METABÓLICO EN POBLACIÓN PEDIÁTRICA CON SÍNDROME DE DOWN

A.M. Clavijo, R. Guerrero-Lozano, A. Camacho

Departamento de Pediatría. Universidad Nacional de Colombia.

Hospital de la Misericordia. Bogotá, Colombia

El interés en la relación entre síndrome metabólico y síndrome de Down en niños es reciente. Si bien se conoce que esta población tiene hasta 4 veces más riesgo de padecer obesidad, no se ha establecido si presenta con mayor frecuencia hipertensión e hiperinsulinismo. **Objetivos:** Comparar los niveles séricos de leptina y la frecuencia del síndrome metabólico en niños obesos con y sin síndrome de Down. **Métodos:** Estudio de casos (pacientes obesos con síndrome de Down) y controles (pacientes obesos), con participantes de entre 2 y 17 años. Se determinaron valores en ayuno de leptina, colesterol HDL, insulina, triglicéridos y glucemia, y se registró un valor promedio de dos tomas de tensión arterial. El análisis estadístico se hizo con SPSS 17.0 y STATA 10.1. Las variables no paramétricas se evaluaron con la prueba U de Mann-Whitney. **Resultados:** Se incluyeron 22 (66,7% niñas) casos y 18 (54,5% niñas) controles, con edades de 12 ± 3,9 y 11,3 ± 2,5 años, e índice de masa corporal de 25,6 ± 4,5 y 24,8 ± 4,6 kg/m², respectivamente. Los niveles de leptina de los casos fueron 15 ± 7,6 ng/mL, en contraposición con los de controles, 9,4 ± 5,4 (p= 0,001); no se relacionaron con la frecuencia de síndrome metabólico que no mostró diferencia significativa en los dos grupos. **Conclusión:** Los niños con síndrome de Down registran niveles de leptina sérica superiores a los de sus pares obesos sin la cromosopatía; la diferencia no se relaciona con la frecuencia de síndrome metabólico en los grupos estudiados.

P136. DIETA ASTRINGENTE EN EL MANEJO DE LOS NIÑOS CON ENFERMEDAD DIARREICA AGUDA

R. Guerrero-Lozano, N.P. Farías, A. Losada

Departamento de Pediatría. Universidad Nacional de Colombia.

Hospital de la Misericordia. Bogotá. Colombia

Introducción: Con frecuencia se observa que para tratar niños con enfermedad diarreica aguda (EDA) se hacen cambios en su alimentación. La información sobre la utilidad de la llamada dieta astringente (DA) es escasa. **Objetivo:** Determinar si el empleo de una DA en niños con EDA con manejo ambulatorio reduce la duración de la enfermedad, cuando se compara con la observada en niños que no la reciben. **Métodos:** Experimento clínico controlado y aleatorio, con niños de entre 6 y 48 meses de edad que habían iniciado alimentación complementaria y que consultaron por EDA. Al terminar la hidratación (oral o parenteral), el grupo experimental recibió DA basada en pollo y carne magra, arroz, guayaba, manzana y pera, y el grupo control la alimentación normal dentro de lo que habitualmente consumía (DN). La variable principal fue la duración de la diarrea (días) a partir de la introducción de la dieta. **Resultados:** En grupos comparables quedaron in-

cluidos 84 (53,6% varones) pacientes, con edades $17,8 \pm 10,2$ meses, 48 asignados a DN y 36 a DA. Eran eutróficos el 75,7%, recibieron suero oral el 81% y estaban hidratados cuando entraron el 69%. Con excepción de 2, todos recibían lactosa (leche materna o fórmula). La diarrea era osmótica en el 82,1%. La evolución de la diarrea al ingreso era de $2,8 \pm 1,6$ días y el número de deposiciones informadas en el día antes del ingreso $6,6 \pm 3,0$. Se registró acatamiento de la alimentación indicada en el 89,4%. Hubo falla terapéutica en el 19,1%, sin diferencia entre los grupos. La duración de la diarrea desde el inicio fue de $5,1 \pm 2,9$ frente a $4,8 \pm 2,6$ días y $2,5 \pm 2,3$ frente a $2,0 \pm 1,9$ días desde la alimentación, para DA y DN, respectivamente ($p=NS$). **Conclusión:** Los resultados de este estudio indican que no existe ventaja terapéutica en la utilización de una dieta astringente en el manejo de niños con diarrea aguda.

P137. FACTORES DE RIESGO AMBIENTALES Y COMPONENTES DEL SÍNDROME METABÓLICO EN ADOLESCENTES CON EXCESO DE PESO. MEDELLÍN (COLOMBIA)

N.E. Múnera¹, A.C. Orozco¹, A.M. Muñoz¹, F.A. Patiño¹, R.M. Uscátegui¹, C.M. Velásquez¹, L.M. Manjarrés¹, B.E. Parra¹, A Estrada¹, G. Bedoya¹, M.V. Parra¹, G.M. Agudelo²

¹Universidad de Antioquia. Medellín. ²Vidarium. Centro de Investigación en Nutrición, Salud y Bienestar. Grupo Nutresa. Medellín. Colombia

Introducción: Los factores ambientales son determinantes en la etiología del síndrome metabólico en jóvenes con exceso de peso. **Objetivo:** Explorar la asociación entre factores de riesgo ambientales y presencia de los componentes del síndrome metabólico en jóvenes de entre 10 y 18 años con exceso de peso. **Métodos:** Estudio descriptivo de corte transversal. Se evaluó la composición corporal por antropometría, presión arterial, perfil lipídico, glucemia, insulínemia, ingesta de alimentos y nivel de actividad física. **Resultados:** La prevalencia de los componentes del síndrome metabólico fue del 40,9% para la hipertriglicéridemia, del 20,9% para la hipertensión, del 15,6% para el colesterol HDL bajo, del 4,0% para circunferencia de cintura alta y del 0,9% para la hiperglucemia; la prevalencia de síndrome metabólico fue del 3,1%. Se encontró diferencia estadística ($p < 0,005$) entre el consumo de kilocalorías, carbohidratos totales y simples con la presencia de los componentes; no se encontró asociación entre el nivel de actividad física y la presencia de componentes ($p > 0,05$). El modelo de regresión logística mostró una mayor probabilidad de tener al menos un componente si el joven era de sexo masculino ($p = 0,022$), tenía un mayor índice de masa corporal ($p = 0,019$) y si se ubicaba en el cuarto cuartil de consumo de carbohidratos simples ($p = 0,036$). **Conclusiones:** Los factores de riesgo ambientales asociados con los componentes del síndrome metabólico en este estudio fueron el mayor consumo de calorías, carbohidratos complejos y simples, todos relacionados directamente con el índice de masa corporal; por el contrario, el nivel de actividad física y los antecedentes familiares y personales no mostraron asociación. El síndrome metabólico sólo se presentó en jóvenes con obesidad.

P138. FACTORES DE RIESGO ATEROGÉNICOS EN ADOLESCENTES OBESOS

M. del Alcázar Casielles¹, M. Prieto Valdés¹, T. Frago Arbelo², F. Blanco³

¹Servicio de Gastroenterología y Nutrición. Hospital Pediátrico Universitario Borrás. ²Servicio de Endocrinología. Hospital Pediátrico Universitario Borrás. ³Servicio de Pediatría. Hospital Pediátrico Universitario Marfán. La Habana, Cuba

Introducción: Los factores de riesgo aterogénicos se presentan en forma aislada o en conjunto, desde etapas tempranas de la vida. La obesidad es uno de ellos, que favorece el desarrollo de aterosclerosis y las consecuentes enfermedades, como la cardiopatía isquémica y cerebrovasculares, reportadas entre las primeras causas de muerte en Cuba. La detección de estos factores en la adolescencia favorecería un tratamiento precoz encaminado a la reversión de las condiciones detectadas y la orientación preventiva de complicaciones. Es un estudio observacional, de serie de casos de adolescentes de entre 11-15 años de ambos sexos asistentes a consulta de obesidad durante el periodo 2008-2010. **Objetivo:** Identificar factores de riesgo aterogénicos coexistentes con la obesidad. Se incluyeron datos provenientes de las historias clínicas de 178 niños clasificados como obesos con información disponible de las variables: antecedentes patológicos familiares, diagnóstico de hipertensión y variables de laboratorio (glucemia, insulínemia, colesterol total,

triglicéridos, ácido úrico). **Resultados:** Encontramos que el 55,6% de los adolescentes estudiados tenían antecedentes patológicos familiares positivos; la obesidad fue el más frecuente (38,8%). Presentaban algún trastorno del metabolismo de los lípidos el 38,2%, insulinoresistencia el 35,9%, eran hipertensos el 25,3% y el 13,5% tenían hiperuricemia. El 73% tenían al menos un factor de riesgo aterogénico añadido a la obesidad, y los factores evaluados son más frecuentes en los pacientes insulinoresistentes. **Conclusiones:** En los niños estudiados existe una alta confluencia de factores de riesgo aterogénicos además de la obesidad. La insulinoresistencia y los trastornos de los lípidos son los factores que predominaron, además de la historia familiar de enfermedad aterogénica.

P139. DIFERENCIAS EN LA CANTIDAD Y CALIDAD DE LAS GRASAS ENTRE PRODUCTOS SIN GLUTEN Y PRODUCTOS CONVENCIONALES

P. Crespo, R. Córdoba, T. Durán, C. Ribes

Unidad de Gastroenterología Infantil. Hospital Universitario Politécnico La Fe. Valencia. España

Objetivo: Comparar la cantidad y calidad de las grasas entre productos convencionales con gluten y productos específicos sin gluten. **Método:** Estudio prospectivo utilizando encuestas de consumo para determinar los productos y marcas más consumidos por la población general y los niños celíacos. **Resultados:** La cantidad de grasa en productos bajos en lípidos (pasta, harina o cereales) es similar en ambos tipos de productos (con y sin gluten), siendo la diferencia no estadísticamente significativa ($p > 0,05$). Sin embargo, al comparar los productos manufacturados, el contenido en grasa de los alimentos con gluten es menor, siendo la diferencia estadísticamente significativa ($p < 0,01$). Respecto a la calidad de la grasa, en los productos aptos para celíacos, el porcentaje de grasas saturadas es mayor que para su producto convencional equivalente. **Conclusiones:** En vista de los resultados podemos afirmar que un niño celíaco, que consume generalmente productos específicos sin gluten, está consumiendo un mayor porcentaje de grasa que un niño que consume productos convencionales. Destacar que no todas las etiquetas especifican la calidad de la grasa total, aspecto que tener en cuenta a la hora de evaluar la dieta de los niños celíacos. Estos resultados preliminares reflejan la necesidad de controlar la dieta de los niños celíacos con el fin de evitar una ingesta de grasas superior a las cantidades recomendadas y asegurarse de que los niños llevan una dieta equilibrada. Actualmente hay un estudio prospectivo en curso en una población pediátrica.

P140. NUTRICIÓN ENTERAL COMPLETA EN RECIÉN NACIDOS PREMATUROS MENORES DE 1.500 GRAMOS AL NACER: COMPARACIÓN DE DOS ESQUEMAS DE ALIMENTACIÓN

L.M. Cuba

Hospital Edgardo Rebagliati Martins. Lima. Perú

Introducción: La ganancia de peso de los prematuros menores de 1.500 gramos al nacer durante la hospitalización, en la fase de recuperación nutricional, es un problema, cuando no contamos siempre con fortificantes comerciales, y no se conocen los resultados de fortificantes caseros de bajo costo. **Objetivos:** Comparar la ganancia de peso, talla, perímetro cefálico y variación del z-score con dos esquemas de fortificación de leche materna. Evaluar las variaciones de la hemoglobina, albúmina, calcio, fósforo, fosfatasa alcalina y la estancia hospitalaria con cada esquema de alimentación. **Personas y método:** Es un ensayo clínico aleatorizado, controlado a doble ciego. Se estudió a 44 recién nacidos con peso menor de 1.500 gramos, estando con nutrición enteral completa. El primer grupo ($n = 22$) recibió leche materna fortificada (esquema 1: casero) y el segundo grupo de iguales características ($n = 22$) recibió leche materna fortificada (esquema 2: comercial). **Resultados:** La ganancia de peso (g/día), talla (cm/sem) y de perímetro cefálico (cm/sem) fue similar con el esquema 1 y 2 ($24,54 \pm 4,45$ frente a $25,64 \pm 5,62$; $0,59 \pm 0,32$ frente a $0,54 \pm 0,32$; $0,62 \pm 0,25$ frente a $0,75 \pm 0,21$, respectivamente ($p > 0,05$), así como el z-score al alta: del peso: $-1,86 \pm 0,71$ frente a $-1,68 \pm 1,0$; de la talla: $-1,53 \pm 0,19$ frente a $-1,26 \pm 0,24$; del perímetro cefálico: $-2,17 \pm -2,2$ frente a $0,94 \pm 1,12$, respectivamente ($p > 0,05$). Al finalizar el estudio, los niveles plasmáticos de albúmina y de fósforo fueron menores e incremento de la fosfatasa alcalina con el esquema 1 comparado con el esquema 2 ($p < 0,05$). **Conclusiones:** El uso de ambos esquemas de fortificación de leche materna no mostró diferencias en: la ganancia de peso, talla, perímetro cefálico, variaciones en el z-score y estancia hospitalaria. Hubo diferencias bioquímicas, pero no llegaron a déficit ni exceso de éstas.

P141. VINCULACIÓN ENTRE INFECCIONES PARASITARIAS INTESTINALES Y ESTADO NUTRICIONAL EN ESCOLARES DE LA ESCUELA 317

F. Peregalli¹, E. Skapino², A. Acuña³, R. Álvarez⁴, L. Falcao⁵, F. Massa⁶
Escuela de Nutrición. Facultad de Medicina. Facultad de Ciencias Económicas. Universidad de la República. Montevideo. Uruguay

Introducción: Las parasitosis intestinales (PI) en la Escuela 317 son preocupación de la población y organizaciones zonales. Estudios anteriores mostraron un 80% de PI y un 5,7% de retraso de crecimiento (RC) grave en los niños que allí concurren. **Objetivo:** Conocer el vínculo entre las PI y el estado nutricional (EN) en los escolares (año lectivo 2009). **Metodología:** Estudio longitudinal descriptivo con dos tomas de datos (lapso de 6 meses) con intervención entre ambas: medicación a infectados y talleres educativos. Registro de: edad, sexo, peso, talla, antecedentes patológicos y condiciones ambientales; realización de coproparasitario y espátula adhesiva. Inicialmente se evaluaron todos los niños (n= 214) y en la segunda etapa a aquellos que completaron la primera fase (n= 105). El EN se evaluó por el índice de masa corporal (IMC) y talla/edad (T/E) (Organización Mundial de la Salud). Procesamiento con Epidata. **Resultados:** Inicialmente, el 76% presentó PI (uno o múltiples parásitos), predominando geohelminthos. El 54% de hogares sin saneamiento. El 11,2% presentó RC (T/E < -2 DS), el 14% riesgo de sobrepeso (IMC entre 1 y 2 DS), el 5,6% sobrepeso (IMC entre 2 y 3 DS) y el 1,4% obesidad (IMC >3 DS). Los resultados finales mostraron un 11,4% de RC y un 27,6% con riesgo de sobrepeso, sobrepeso u obesidad. En quienes completaron ambas etapas, se observaron cambios en T/E e IMC/E, estadísticamente significativos en este último. La cifra de niños parasitados no se modificó. **Conclusiones:** El EN se modificó, pero se mantuvo la alta prevalencia de parasitosis, pudiendo vincularse al riesgo elevado de reinfección pese a la intervención, demostrando la complejidad del problema y la necesidad de intervenciones más profundas.

P142. PRIMER ESTUDIO DEL ESTADO NUTRICIONAL DE NIÑOS, NIÑAS Y ADOLESCENTES DE HOGARES OFICIALES DEL INSTITUTO DEL NIÑO Y ADOLESCENTE DEL URUGUAY

F. Peregalli, F. Köncke, G. Barrera, S. Leis, M. Márquez
Unidad de Nutrición. Instituto del Niño y Adolescente del Uruguay (INAU). Montevideo. Uruguay

Introducción: Valorar el estado nutricional (EN) de los niños y adolescentes (NA) es prioritario para la implementación de medidas para la protección de su salud. El INAU es el organismo estatal rector en políticas de infancia y asiste en forma integral a menores en situación de vulnerabilidad. **Objetivo:** Evaluar el EN de los NA de hogares del instituto. **Metodología:** Estudio descriptivo, transversal (periodo 2009-2010). Incluyó a todos los menores de 19 años, censados en Montevideo y evaluados mediante el carné de salud (MSP) en el Interior del País (SISVAN Institucional). Indicadores analizados: PN, T/E, IMC/E, según sexo, edad y procedencia. Referencia OMS 2005, 2007. Procesamiento: AnthroPlus v1.0.2. Análisis estadístico: SPSS v15. Test de la ji al cuadrado. **Resultados:** 1.645 NA evaluados, el 54% de sexo masculino y el 45% menores de 5 años. El 8% presenta retraso de crecimiento (RC): un 7,7% en Montevideo y un 8,3% en el Interior. El 30,8% presenta sobrepeso (SP) u obesidad (O): un 33,8% en Montevideo y un 27% en el Interior. El SP y la O superan ampliamente lo esperado (16%) en todos los grupos etarios, predominando en niñas en todo el país. El RC predomina en varones de la capital y en mujeres del Interior. El SP y la O predominan en Montevideo, con una diferencia estadísticamente significativa (p=0,016) con respecto al Interior. El PN (evaluado en 733 NA) fue significativamente menor en niñas (p=0,008). **Conclusiones:** La población del INAU presenta los problemas nutricionales observados a nivel nacional y regional, confirmando la transición nutricional que atraviesa nuestro país, con una alta prevalencia de SP y O concomitantemente al RC.

P143. GALACTOSEMIA: DIAGNÓSTICO ENZIMÁTICO Y SEGUIMIENTO CLÍNICO POR 5 AÑOS. A PROPOSITO DEL PRIMER CASO DIAGNOSTICADO EN NUESTRO SERVICIO DE GASTROENTEROLOGÍA, HEPATOLOGÍA Y NUTRICIÓN PEDIÁTRICA DEL HOSPITAL GENERAL DE LA PLAZA DE LA SALUD EN LA REPÚBLICA DOMINICANA

C.M. Montero Brens¹, M. Payano², J. Henríquez³, M. Logroño³, H. Loreto⁴, P. Jara⁴

¹Coordinador Servicio de Gastroenterología, Hepatología y Nutrición Pediátrica. Servicio de Pediatría. ²Departamento de Anatomía Patológica.

³Servicio de Neonatología. Hospital General de la Plaza de la Salud (HGPS). Santo Domingo. República Dominicana. ⁴Servicio de Hepatología y Trasplante Hepático Infantil. Hospital Universitario La Paz. Madrid. España

Introducción: La galactosemia es una enfermedad metabólica congénita de herencia recesiva con alteración en el cromosoma 9p13. Su incidencia es de 1:60.000 recién nacidos. El defecto génico produce un déficit de la enzima galactosa-1-fosfato-uridiltransferasa. El defecto conlleva la acumulación de galactosa-1-P, galactosa y galactitol en hígado, riñón y cerebro, y por tanto es el responsable de la sintomatología. En la forma clásica, el defecto es total y la sintomatología severa, con fallo hepático y muerte. Existe una forma parcial con menos síntomas o asintomática. Los estudios moleculares pueden determinar las variantes. **Objetivo:** Describir el primer caso con diagnóstico definitivo (enzimático) de galactosemia clásica seguido exitosamente en nuestro Servicio de Gastroenterología, Hepatología y Nutrición Pediátrica del HGPS, destacando la importancia del diagnóstico y tratamiento precoz y oportuno, así como la importancia del manejo multidisciplinario y el soporte de centros especializados de excelencia en hepatología infantil. **Caso clínico:** Niño RNT/AEG, Apgar 9/10 de madre primigesta de 25 años, G1C1A0P0, y padre sano de 37 años. No consanguíneos. Embarazo normal, cesárea por hipertensión materna no grave. PN: 7 lb. Alimentación materna por una semana, posteriormente mixta (artificial adaptada, luego hidrolizado). Cirugía por torsión testicular a los 26 días de vida y, posteriormente, reintervención con laparotomía exploradora por hemoperitoneo secundario a la cirugía y trastorno severo de la coagulación, lo que lo obligó a su ingreso en cuidados intensivos. Durante este ingreso presentó ascitis, edemas y sangrado abdominal y por la herida, precisando plasma fresco, vitamina K y albúmina IV, al detectarse prolongados el TP y el TPT y paracentesis. Se sospecha anomalía hepática durante la laparotomía y se realiza biopsia hepática de un hígado duro y aumentado de tamaño. Laboratorio: patrón citolisis (aumento de ALT y AST), déficit de síntesis (disminución de albúmina, glucosa, fibrinógeno), coagulopatía (aumento de TP y TPT), sin patrón de colestasis (GGT, FA y bilirrubinas normales). Etiológicas: IgM-citomegalovirus positivo y resto normales, como: virales (A, B, C, EB, TORCH), alfa-1-AT, ceruloplasmina, aminoácidos en sangre y orina, test del sudor, hormonas tiroideas, pruebas inmunes. Estabilidad clínica con sospecha diagnóstica de hepatitis neonatal por citomegalovirus versus galactosemia, por lo que se retira la lactosa de la dieta y se introduce fórmula de soya. Pruebas complementarias: gammagrafía HIDA: paso del medio de contraste al intestino. Biopsia hepática: cuadro histológico de hepatitis neonatal, hígado con hallazgos de cirrosis en evolución. Citego estabilidad clínica. Con sospecha diagnóstica de hepatitis neonatal por citomegalovirus versus galactosemia, se retira la lactosa de la dieta y se introduce fórmula de soya. Tras la mejoría clínica se refiere al Servicio de Hepatología y Trasplante Hepático Infantil del Hospital La Paz (Madrid), para confirmar la sospecha diagnóstica y realizar estudios especializados enzimáticos-moleculares y/o trasplante hepático. Estudio enzimático: actividad indetectable de la enzima galactosa-fosfato uridiltransferasa. Diagnósticos: 1) torsión testicular; 2) hemoperitoneo por coagulopatía hepática; 3) galactosemia con insuficiencia aguda hepática, y 4) coinfección con CMV. Tratamiento y evolución: tras la exclusión de por vida de alimentos, medicamentos u otros productos con lactosa y galactosa, se ha logrado una normalidad clínica total, con un adecuado funcionamiento hepático, neurológico, renal, del desarrollo ponderoestatural y de la calidad de vida en el seguimiento a los 5 años.

P144. COMPORTAMIENTO CLÍNICO DE LA OBESIDAD EN ESCOLARES DOMINICANOS EN LA CONSULTA EXTERNA DE NUTRICIÓN PEDIÁTRICA (SERVICIO DE GASTROENTEROLOGÍA, HEPATOLOGÍA Y NUTRICIÓN PEDIÁTRICA. HOSPITAL GENERAL PLAZA DE LA SALUD. PERIODO 2010-2011)

C.M. Montero Brens, A. Páez Abreu, C.R. Martínez

Servicio de Gastroenterología, Hepatología y Nutrición Pediátrica. Hospital General de la Plaza de la Salud (HGPS). Santo Domingo. República Dominicana

Introducción: Basándose en la literatura publicada, la obesidad ha sido reconocida por la Organización Mundial de la Salud (OMS) como un problema de salud pública. Si bien es muy representativo en los países en desarrollo, esto no implica que los países identificados como en vías de desarrollo estén al margen de este reto en la salud pública. Preocupa la alta prevalencia, en aumento en los últimos años a escala mundial, y concomitantemente las comorbilidades que genera, como

son la diabetes tipo 2, las hiperlipidemias y el síndrome metabólico, lo que aumenta la morbimortalidad precoz en esta población. **Objetivo:** Definir el perfil clínico de los pacientes escolares con diagnóstico de obesidad en la consulta de nutrición pediátrica del Hospital General Plaza de la Salud. Identificar comorbilidades asociadas. **Pacientes y métodos:** Estudio transversal y retrospectivo. Se evaluaron los pacientes de la consulta de nutrición pediátrica para un periodo de un año. Se determinaron las siguientes variables: edad, sexo, tipo, grado, frecuencia en la consulta; y las comorbilidades y alteraciones del metabolismo lipídico. Determinaciones antropométricas según normas de NCHS, y del perfil lipídico según LRCP. **Resultados:** Se revisaron 214 pacientes obesos (19%) del total de 1.123 pacientes asistidos en la consulta de nutrición pediátrica del Hospital General Plaza de la Salud en el periodo de estudio: 131 mujeres (61,2%) y 83 varones (38,8%). Media de edad de 9 años y 8 meses. Obesidad moderada grado II en la mayoría de los casos. Todos los casos fueron obesidad primaria exógena y nutricional. No casos de obesidad secundaria. Comorbilidad: 94 casos (43,9%) con hipercolesterolemia; 52 casos (24,2%) presentaron hipertrigliceridemia, y 68 casos negativos (31,7%). No detectamos hipertensión arterial, diabetes u otro desorden endocrinológico, ni trastornos ortopédicos. La respuesta al tratamiento nutricional es buena en los casos de obesidad leve y moderada. **Conclusión:** La obesidad en escolares dominicanos suele ser de causa primaria nutricional, que en los casos leves y moderados responde a las medidas de intervención nutricional y educativa. Se asocia con frecuencia a alteraciones del perfil lipídico y menos frecuentemente a otras comorbilidades.

P145. PERFIL LIPÍDICO Y NIVELES DE LIPOPROTEÍNA (A) –LP(A)– EN NIÑOS ESCOLARES OBESOS Y CON NORMOPESO. SERVICIO DE GASTROENTEROLOGÍA, HEPATOLOGÍA Y NUTRICIÓN. DEPARTAMENTO DE PEDIATRÍA. HOSPITAL GENERAL PLAZA DE LA SALUD (HGPS). PRIMERA CASUÍSTICA CON DETERMINACIÓN DE LP(A) EN NIÑOS DOMINICANOS
C.M. Montero Brens¹, A. Pérez², L. Janet³, M. Robles³, N. Díaz³, I. Santos³, R. Pimentel

¹Coordinador. ²Ayudante Especialista. ³Personal Asistente Médico. Servicio de Gastroenterología, Hepatología y Nutrición Pediátrica. Departamento de Pediatría. HGPS. Santo Domingo. República Dominicana

Introducción: La arterioesclerosis es un proceso complejo y multifactorial que se inicia con la identificación de la estría lipídica a los 3 años de edad. Las alteraciones del perfil lipídico son factores facilitadores de este proceso y por tanto deben ser evaluados en las consultas habituales de pediatría y de nutrición. Los niveles patológicos de lipoproteína (a) –Lp(a)– por encima de 30 mg/dL duplican la probabilidad de complicaciones cardiovasculares, pues tiene un comportamiento doble en su acción atero y trombótica. **Objetivos:** Evaluar el comportamiento de estos parámetros del perfil lipídico en los niños normopesos y obesos que asisten a nuestro servicio en el HGPS, y su relación con la potencialidad para facilitar el proceso arteriosclerosis desde la infancia. *Presentar la primera casuística con determinación de lipoproteína (a) en niños dominicanos a escala nacional.* **Materiales y métodos:** Estudio prospectivo y longitudinal de casos y controles seguidos durante 6 meses. Se identificaron un total de 60 niños normopesos (controles) y 30 niños y niñas obesos (casos), escolares todos con edades entre 5 y 9 años atendidos en la consulta de pediatría general y de nutrición del HGPS. Se hicieron determinaciones antropométricas según criterios del NCHS, y perfil lipídico según normas del Lipid Research Clinic Program (LRCP) y el Bogalusa Heart Study (BHS). Se obtuvo consentimiento informado para el estudio, y aprobación del comité de bioética del HGPS. **Resultados:** Los niños obesos presentaron niveles patológicos y más elevados de CT y CLDL y más bajo de CHDL respecto a los controles normopesos. Hipertrigliceridemia en el 30% de los obesos versus un 6% en los controles. Observamos niveles patológicos de Lp(a), mayor de 30 mg/dL en 19 casos (32%); normopesos en 5 casos (8%) versus 14 casos (24%) en los obesos. La media de los niveles de Lp(a) fue: normopesos 20,5 mg/dL (en rango normal) versus obesos 35,8 mg/dL (en rango patológico). No se observaron diferencias significativas de los niveles de Lp(a) en función del sexo o la edad en este grupo de escolares de 5 a 9 años. **Conclusiones:** Los niños escolares de 5 a 9 años obesos dominicanos del estudio presentaron un perfil lipídico de mayor riesgo aterogénico que sus homólogos normopesos. Sería oportuno establecer de manera sistemática la búsqueda de estos factores de riesgo aterogénico en nuestros niños

obesos y profundizar en el estudio de otros marcadores y de las diversas terapias de intervención nutricional o educativa.

P146. COMPOSICIÓN BIOQUÍMICA DE LAS HECE Y LECHE MATERNA EN LACTANTES CON CÓLICOS

E. Dávila-Campagnaro, R. Suárez, N. Camacho

Instituto Autónomo. Hospital Universitario de los Andes. Universidad de los Andes. Mérida. Venezuela

Introducción: El cólico del lactante tiene una incidencia del 10-20%, en niños menores de 4 meses de edad, con llanto excesivo y vespertino, sin causa aparente o por intolerancia a la lactosa o alergia a la proteína de leche de vaca, entre otras causas. **Objetivo:** Determinar la composición bioquímica de las heces del niño y de la leche materna, dependiendo de la presencia o no de cólico. **Materiales y métodos:** Se incluyeron niños menores de 4 meses de edad, atendidos durante los años 2000-2010, en dos grupos con 200 niños por grupo: grupo 1 (niños con cólicos) y grupo 2 (niños asintomáticos), con lactancia materna mixta, precisando que la alimentación materna fuera similar en ambos grupos de niños. Se determinaron los valores de pH, azúcares reductores y Sudán III (grasa) tanto en las heces del niño como en la leche materna. Se consideraron valores normales del pH en 6, azúcares reductores en heces (mayor de 250 mg) y en leche materna (mayor de 700 mg) y el Sudán III en heces menor de 10 gotas de grasa por campo y en leche materna menor de 19 gotas de grasa por campo. Se aplicó la prueba de la ji al cuadrado con una significancia menor de 0,05. **Resultados:** Estudio descriptivo observacional, donde encontramos que el pH tanto en heces (pH 5,5 ± 0,7) como en leche materna (pH 6,4 ± 0,8) era similar en ambos grupos (p= 0,466); los valores de lactosa sí tuvieron diferencia significativa, ya que el valor en las heces fue de 772 ± 82 y en leche materna de 1.368 ± 370 en el grupo de niños con cólicos y de 205 en las heces y 1.000 en la leche materna en niños sin cólicos (p= 0,000). La tinción de Sudán III reveló 20 gotas de grasa en heces y 92 en leche materna de los niños con cólicos, frente a 5 y 1 gotas de grasa en los niños sin cólicos, con una sensibilidad del 92% en la leche materna y una especificidad del 95% en las heces en los niños con cólicos. **Conclusión:** Los niños con cólicos tienen mayor valor de lactosa y de grasas tanto en las heces como en la leche materna.

P147. EPIDERMÓLISIS BULLOSA DISTRÓFICA RECESIVA DE HALLOPEAU-SIEMENS. MANIFESTACIONES GASTROINTESTINALES A PROPÓSITO DE UN CASO

A. Nucette Meléndez, D. Villalobos, A. Morales, S. Chan Kwok

Instituto Venezolano de los Seguros Sociales. Hospital Dr. Adolfo Pons. Servicio de Pediatría. Maracaibo. Estado Zulia. Venezuela

Introducción: La epidermólisis bullosa (EB) es un grupo heterogéneo de enfermedades hereditarias caracterizadas por la aparición de ampollas y vesículas hemorrágicas cutaneomucosas (piel, orofaringe, esófago, cavidad nasal, tracto genitourinario, zona perianal y conjuntivas) de manera espontánea o secundaria a traumatismos leves, con predominio en sitios de presión. **Caso clínico:** Varón de 11 años de edad con disfagia desde los 5 años, EB distrófica recesiva de Hallopeau-Siemens (EBD) desde la etapa neonatal y estenosis esofágica desde los 6 años. Examen físico: microstomía, vesículas en miembros, sindactilia. Esofagograma: estenosis en tercio medio (70%). Endoscopia digestiva superior (equipo Storz 8 mm): bulas friables en orofaringe, mucosa esofágica blanquecina, apergamada, con vesículas friables y anillo estenótico a 15 cm de la arcada dentaria que impide el paso del equipo a la cámara gástrica. Bajo visión fluoroscópica con guía Savary, se introduce dilatador Savary-Guillard número 6, 7, 8 y 9 con sangrado moderado. Evaluación posdilatación: el equipo avanza hasta la cámara gástrica con ruptura de vesículas y sangrado moderado. Esofagograma posdilatación: se descarta perforación y se inicia dieta líquida a las 6 horas. Esofagograma de control (4 semanas): disminución de estenosis en el 45%. Paciente sin disfagia a las 8 semanas posdilatación. **Discusión:** La EBD es de muy mal pronóstico, ya que las ampollas gastrointestinales cicatrizan de forma distrófica o atrófica generando estenosis (esofágica, anal), con gran riesgo de infección bacteriana. **Conclusiones:** La dilatación esofágica, aunque con riesgo elevado de infección y/o perforación, es un recurso paliativo para lograr la nutrición de pacientes, aunque según la severidad ameritaría colocación de gastrostomía. **Palabras clave:** epidermólisis bullosa, distrofia, estenosis esofágica, dilatación esofágica.