

Por un niño sano
en un mundo mejor

Sociedad Argentina de Pediatría - Entidad Matriz

Av. Coronel Díaz 1971
1425 - Ciudad de Buenos Aires - Argentina
Teléfono: (011) 4821-8612 • Fax: (011) 4821-8612 interno101
Correo Electrónico: congresos@sap.org.ar
Web: www.sap.org.ar

5° Congreso Argentino de Gastroenterología, Hepatología y Nutrición Pediátricas • 13, 14, 15 y 16 de agosto de 2014

Sociedad Argentina de Pediatría

Dirección de Congresos y Eventos
Comité Nacional de Gastroenterología
Comité Nacional de Hepatología
Comité Nacional de Nutrición



Por un niño sano
en un mundo mejor

**5° Congreso Argentino de
Gastroenterología, Hepatología
y Nutrición Pediátricas**

13, 14, 15 y 16 de agosto de 2014

SEDES

Centro de Docencia y Capacitación Pediátrica

“Dr. Carlos A. Gianantonio”

Jerónimo Salguero 1244

y

Palais Rouge Eventos y Convenciones

Jerónimo Salguero 1433

Ciudad de Buenos Aires

**PROGRAMA FINAL Y
LIBRO DE RESÚMENES**

Sociedad Argentina de Pediatría

Dirección de Congresos y Eventos
Comité Nacional de Gastroenterología
Comité Nacional de Hepatología
Comité Nacional de Nutrición



Por un niño sano
en un mundo mejor

5° Congreso Argentino de Gastroenterología, Hepatología y Nutrición Pediátricas

13, 14, 15 y 16 de agosto de 2014

SEDES

Centro de Docencia y Capacitación Pediátrica

“Dr. Carlos A. Gianantonio”

Jerónimo Salguero 1244

y

Palais Rouge Eventos y Convenciones

Jerónimo Salguero 1433

Ciudad de Buenos Aires

**PROGRAMA FINAL Y
LIBRO DE RESÚMENES**



ÍNDICE

Autoridades	3
Mensaje de bienvenida	4
Declaraciones de Interés y Auspicios	5
Invitados del exterior	6
Información general y científica	7
Acto Inaugural y Acto de Clausura	9
Conferencias y Actividades Especiales.....	10
Planígrafos	13
Programa científico de Gastroenterología y Hepatología.....	19
Cuadro de Trabajos Libres de Gastroenterología y Hepatología.....	35
Sesiones de Trabajos Libres de Gastroenterología y Hepatología.....	37
Programa científico de Nutrición.....	48
Cuadro de Trabajos Libres de Nutrición.....	56
Sesiones de Trabajos Libres de Nutrición.....	58
Resúmenes de trabajos libres	65
Índice de participaciones científicas	131
Índice de autores de trabajos libres	142
Empresas que participan en la exposición comercial	178

Sociedad Argentina de Pediatría

Comisión Directiva 2013 - 2015

Presidente

Dra. Ángela Gentile

Vicepresidente 1°

Dr. Jorge L. Cabana

Vicepresidenta 2°

Dra. Nérida Carmen Valdata

Secretaria General

Dra. Stella Maris Gil

Tesorero

Dr. Omar L. Tabacco

Profesorero

Dr. Walter O. Joaquin

Secretario de Educación Continua

Dr. Carlos Gustavo Wahren

Secretario de Actas y Reglamentos

Dr. Mario Hugo Elmo

Secretaria de Relaciones Institucionales

Dra. Verónica S. Giubergia

Secretaria de Regiones, Filiales y Delegaciones

Dra. Mariana Rodríguez Ponte

Secretaria de Subcomisiones, Comités y Grupos de Trabajo

Dra. Carlota Judit Russ

Secretaria de Medios y Relaciones Comunitarias

Dra. María Eugenia Cobas

Vocal 1°

Dr. Daniel Edgardo Stechina

Vocal 2°

Dra. Sandra Bufarini

Vocal 3°

Dra. Silvia Marchisone

Coordinadora Técnica

Dra. Adriana G. Afazani

Dirección de Congresos y Eventos

Director

Dr. Raúl S. Mech

Coordinadora

Dra. Lidia Parga

Asesores

Dra. Ana Ceballos

Dra. María Eugenia Cobas

Dra. Carmen De Cunto

Dr. Alejandro Lozano

Dr. Juan Ursosmaro

5° CONGRESO ARGENTINO DE GASTROENTEROLOGÍA, HEPATOLOGÍA Y NUTRICIÓN PEDIÁTRICAS

Presidenta de Honor

Dra. Ángela Gentile

GASTROENTEROLOGÍA / HEPATOLOGÍA

Comité de Honor

Dra. Isabel Badía

Dr. José Luis Cervetto

Dr. Roque Emiliani

Dr. Joaquín Kohn

Dr. Jorge Ortiz

Dra. Ziomara Reeves

Dr. Carlos Rezzónico

COMITÉ ORGANIZADOR

Presidente

Dr. Daniel D'Agostino

Vicepresidenta 1°

Dra. Amanda Varela

Vicepresidenta 2°

Dra. Miriam Cuarterolo

Secretaria General

Dra. Mónica Contreras

Prosecretaria General

Dra. Graciela Saieg

Tesorero

Dr. Omar Tabacco

Profesorero

Dr. Walter Joaquin

Secretaria de Actas

Dra. Raquel Furnes

Secretaria Científica

Dra. Patricia Caglio

Prosecretaria Científica

Dra. Ana Marcela Rocca

Vocales

Dr. Ricardo Ben

Dr. Román Bigliardi

Dra. Mónica Cabrol

Dr. Pablo Duca

Dr. Francisco Follett

Dra. Marcela Galoppo

Dr. Victor Grinblat

Dra. Hilda Lande

Dra. Susana Inés López

Dr. Gabriel Solzi

Dra. Gladys Villarruel

Dr. Fernando Vinuesa

Integrantes del Comité Científico

Dra. Laura Benedetti

Dra. María Cristina Cañero Velasco

Dra. Mirta Ciocca

Dr. Alejandro Costaguta

Dra. María Teresita González

Dr. Gonzalo Ortiz

Dra. María Camila Sánchez

Dra. María Solaegui

Dra. María del Carmen Toca

Dra. Marta Wagener

Integrantes del Comité de Evaluación de Trabajos Libres

Dr. Eduardo Cueto Rua

Dra. María Cristina Galoppo

Dra. Mabel Mora

Dra. Silvia Morise

Directoras del Curso Precongreso de Gastroenterología, Hepatología y Nutrición Pediátricas

Dra. Marina Orsi

Dra. Margarita Ramonet

Dra. Mabel Ferraro

Secretarias

Dra. María Eugenia Andrés

Dra. Verónica Busoni

NUTRICIÓN

Comité de Honor

Dr. Julio Arce

Dra. Luisa Bay

Dra. Amely Cayssials

Dra. Marta César

Dra. Nidia Escobal

Dra. Adriana Fernández

Dra. Carmen Mazza

Dra. Norma Piazza

Dra. Hilda Raizman

Dra. Olga Ramos

Dra. Liliana Trifone

COMITÉ ORGANIZADOR

Presidenta

Dra. Miriam Tonietti

Secretaria General

Dra. Blanca Ozuna

Prosecretaria General

Dra. Adriana Roussos

Secretaria Científica

Dra. Patricia Casavalle

Prosecretaria Científica

Dra. Elizabeth Susana de Grandis

Vocales

Dra. María Eugenia Andrés

Dra. Andrea Cotti

Dr. Gabriel Eiberman

Dra. Marcela Fabeiro

Dra. Laura Gaete

Dra. Amal Hassan

Dra. Sonia Martínez

Dra. Gabriela Pacheco

Dra. Patricia Sosa

Integrantes del Comité Científico

Dra. María Beatriz Araujo

Dra. Virginia Desantadina

Dra. Corina Dlugoszewski

Dra. Irina Kovalskys

Dra. Gabriela Krochik

Dra. Débora Setton

Asesoras del Comité Científico

Dra. Adriana Fernández

Dra. Norma Piazza



MENSAJE DE BIENVENIDA

Estimados colegas:

*La Sociedad Argentina de Pediatría nos convoca a un nuevo encuentro en el **5° Congreso Argentino de Gastroenterología, Hepatología y de Nutrición Pediátricas**. El mismo se llevará a cabo los días 13, 14, 15 y 16 de agosto de 2014 en el Centro de Docencia y Capacitación Pediátrica “Dr. Carlos A. Gianantonio” y Palais Rouge Eventos y Convenciones.*

Este evento constituye, sin lugar a dudas, una de las reuniones más esperadas para toda la comunidad médica, quienes con denodado esfuerzo se dedican al estudio, tratamiento y cuidados de los niños.

Estamos trabajando intensamente para desarrollar un programa que resulte de interés para el pediatra y distintos médicos especialistas (Gastroenterólogos, Hepatólogos, Nutriólogos, Cirujanos, Terapistas, etc.) y una línea directriz será nuestro eje: aquella que reafirme la relación de la experiencia y el conocimiento de aquellos que recorrieron el camino con el renovado encanto de la evidencia y fortaleza joven que abona un perdurable porvenir.

Esta oportunidad nos permitirá participar y escucharnos. Considerar la importancia y la necesidad de la Nutrición en las distintas etapas de prevención: en salud, en el tratamiento de niños con distintas patologías y en la prevención de complicaciones.

La Gastroenterología y la Hepatología se proponen abarcar y guiar a la enfermedad prevalente y estudiar la patología compleja, recreando el espíritu de la investigación con los nuevos avances diagnósticos y terapéuticos.

Un curso de Posgrado será nuestro pre congreso y luego nos esperan las conferencias de los invitados extranjeros, las sesiones plenarias, las concurrentes, las presentaciones de investigación, simposios y talleres, todos unidos con el objetivo más deseado que será la participación global.

Deseamos invitarlos a este estimulante Congreso, y aprovechar también la ocasión para brindar nuestro afecto a tantos amigos y colegas que nos acompañen.

Los esperamos.

Dra. Miriam Tonietti
Presidenta

Dr. Daniel D'Agostino
Presidente

5° Congreso Argentino de Gastroenterología, Hepatología y Nutrición Pediátricas

DECLARACIONES DE INTERÉS Y AUSPICIOS

INTERÉS PROVINCIAL

- Gobernación de la Provincia de Corrientes - Decreto N° 1319
- Gobernación de la Provincia de Entre Ríos – Resolución N° 1986
- Gobernación de la Provincia de Río Negro – Resolución N° 1786
- Gobernación de la Provincia de Santa Fe - Decreto N° 2154

AUSPICIOS

- Gobernación de la Provincia de Jujuy –Resolución N° 1065
- Gobernación de la Provincia del Neuquén - Disposición N° 0990
- Instituto Universitario de Ciencias de la Salud Fundación Barceló - Resolución N° 5366/14
- Ministerio de Salud de la Nación
- Universidad Abierta Interamericana - Resolución N° 4332/14
- Universidad Austral
- Universidad Católica Argentina
- Universidad Católica de Cuyo - Facultad de Ciencias Médicas - Resolución N° 008-CD-A-2014
- Universidad Nacional de Cuyo - Resolución N° 1777/2014-R
- Universidad Nacional de Entre Ríos - Resolución N° 125/14
- Universidad Nacional de Jujuy - Resolución N° 963/14
- Universidad Nacional de Rosario - Resolución N° 2475
- Universidad Nacional de la Patagonia Austral –Resolución N° 0418/14-R-UNPA
- Universidad Nacional de La Plata – Resolución N° 654
- Universidad Nacional de Salta - Resolución N° 0568/14
- Universidad Nacional del Comahue – Resolución N° 0302
- Universidad Nacional del Sur - Resolución N° 659



Sociedad Argentina de Pediatría

Dirección de Congresos y Eventos

Comités Nacionales de Gastroenterología, Hepatología y Nutrición Pediátricas

INVITADOS DEL EXTERIOR



Dr. Fernando Alvarez

Professor, Departments of Pediatrics
Chief, Division of Gastroenterology,
Hepatology and Nutrition,
CHU Sainte-Justine, University of
Montreal

Canadá



Dra. Verónica Mericq

Médica endocrinóloga pediatra
Profesora titular de la Facultad de
Medicina de la Universidad de Chile
Chile



Dra. Gisela Chelimsky

Pediatric Gastroenterologist
Professor, Medical College
of Wisconsin
Member, Children's Specialty Group
EE.UU.



Dra. Eve Roberts

Professor
Depts. of Medicine, Pediatrics &
Pharmacology University of Toronto
Canadá



Dra. Anne Griffiths

Professor, Departments of Pediatrics,
University of Toronto
Division Head, Gastroenterology,
Hepatology and Nutrition
Director, IBD Program SickKids.
Hospital for Sick Children -Toronto
Canadá



Dr. Jon A. Vanderhoof

Professor Emeritus of Pediatrics,
Nebraska Medical Center University.
Professor, Medical School Harvard
University and Boston Children
Hospital
EE.UU.



Dra. María Mascarenhas

Medical Director, Department of
Nutrition and Director, Nutrition
Support Service, The Children's
Hospital of Philadelphia
Associate Professor of pediatrics,
Perleman School of Medicine,
University of Pennsylvania.
EE.UU.

INFORMACIÓN GENERAL Y CIENTÍFICA

Secretaría General

Atiende todo lo relacionado con acreditaciones, inscripciones, información general y certificados.

Horario de funcionamiento:

Miércoles 13 de agosto	7:30 a 18:30
Jueves 14 de agosto	7:30 a 20:15
Viernes 15 de agosto	8:00 a 20:15
Sábado 16 de agosto	8:00 a 13:15

Secretaría Científica

Atiende todo lo relacionado con el desarrollo del programa, funcionamiento de las salas y las necesidades y consultas de los integrantes del Programa Científico.

Horario de funcionamiento:

Miércoles 13 de agosto	7:30 a 18:30
Jueves 14 de agosto	7:30 a 20:15
Viernes 15 de agosto	8:00 a 20:15
Sábado 16 de agosto	8:00 a 13:15

Oficina de Recepción de Material Audiovisual

Todos los relatores deben concurrir para presentar el material por lo menos 1 (una) hora antes del inicio de la sesión correspondiente. Aquellas presentaciones que se desarrollen en el primer horario de la mañana deberán entregarse el día anterior.

Horario de funcionamiento:

Miércoles 13 de agosto	7:30 a 18:30
Jueves 14 de agosto	7:30 a 20:15
Viernes 15 de agosto	8:00 a 20:15
Sábado 16 de agosto	8:00 a 13:15

Idioma oficial / Traducción

El idioma oficial del Congreso es el castellano. Habrá traducción simultánea inglés / castellano durante las sesiones en las que participa el invitado de habla inglesa. Están identificadas en el programa con este símbolo 

Para retirar los receptores de traducción es indispensable dejar un documento con foto que le será devuelto contra la entrega del aparato. Solicitamos no comprometer al personal ya que no se hará ningún tipo de excepción.

Fotografía / Filmación

Le recordamos que no está permitido sacar fotos o filmar las sesiones científicas del Congreso.

Credenciales

Serán exigidas sin excepción para el ingreso a todas las sesiones del Congreso.

Horarios

Los tiempos y horarios establecidos en el Programa Científico serán respetados estrictamente.

Certificados

Se entregarán certificados a todos los inscriptos al Congreso. Se podrán retirar en la Secretaría General del Congreso desde el sábado 16 de agosto a partir de las 8:30.

Los certificados que no se retiren durante el Congreso podrán ser solicitados en la sede de la Sociedad Argentina de Pediatría Entidad Matriz a partir del lunes 25 de agosto en el horario de 12:00 a 19:00 o sino podrán ser imprimidos directamente desde la página web de la Sociedad Argentina de Pediatría: <http://www.sap2.org.ar/inscripciones/certificados.php>.

Constancia de asistencia

Se entregarán sólo por expreso pedido del participante. Deberá solicitarla en la Secretaría General antes del sábado 16 de agosto a las 8:30.



Sociedad Argentina de Pediatría

Dirección de Congresos y Eventos

Comités Nacionales de Gastroenterología, Hepatología y Nutrición Pediátricas

Certificados de participaciones científicas

Todos los participantes del Programa Científico recibirán el correspondiente certificado al finalizar la sesión.

Certificados de Trabajos Libres

Se extenderá **un único certificado por Trabajo Libre** con la nómina completa de autores que figuran en el resumen enviado. No se realizarán copias para los coautores.

El certificado se entregará al relator al finalizar la sesión correspondiente.

La Sociedad Argentina de Pediatría no se hace responsable por accidentes personales, pérdidas, daños a bienes y hurtos de las pertenencias de las personas que asistan a los congresos, eventos o reuniones en general que organice la entidad, cualquiera sea el motivo de su presencia en los mismos y que pudiesen producirse dentro o fuera de las instalaciones previstas para su realización.

Los Congresos y Eventos de la Sociedad Argentina de Pediatría han sido declarados

LIBRES DE HUMO DE TABACO



Se ruega no fumar durante el evento

Al ingresar a los Salones de Sesiones

APAGUE SU CELULAR



ACTO INAUGURAL

Miércoles 13 de agosto

18:30

Salón Auditorio

(Planta baja)

Centro de Docencia y Capacitación Pediátrica Dr. Carlos A. Gianantonio

Palabras de las autoridades

ACTO DE CLAUSURA

Sábado 16 de agosto

13:00

Salón Pigalle

(2° piso)

Palais Rouge Eventos y Convenciones

Palabras de las autoridades



CONFERENCIAS

Centro de Docencia y Capacitación Pediátrica “Dr. Carlos A. Gianantonio”

Importancia de la microbiota en las manifestaciones gastrointestinales y hepáticas

Dr. Carlos Lifschitz

Miércoles 13 de agosto – 18:00 a 18:30 – Auditorio (planta baja)

La diabetes en los niños hoy

Dra. Liliana Trifone

Sábado 16 de agosto – 09:00 a 09:50 – Auditorio (planta baja)

La nutrición en la enfermedad fibroquística

Dra. María Mascarenhas

Sábado 16 de agosto – 11:45 a 12:45 - Auditorio (planta baja)

Palais Rouge Eventos y Convenciones

Guías basadas en la evidencia para el manejo de la colitis ulcerosa

Dra. Anne Griffiths

Jueves 14 de agosto – 08:30 a 09:00 – Salón Pigalle (2° piso)

Impacto de la nutrición temprana en el crecimiento compensador

Dra. Verónica Mericq

Jueves 14 de agosto – 10:15 a 11:15 – Salón Dorée (1° piso)

Esteatosis (NAFLD) / Esteatohepatitis (NASH)

Dra. Eve Roberts

Jueves 14 de agosto – 12:30 a 13:00 – Salón Pigalle (2° piso)

Lactancia materna: propuestas concretas

Dr. Miguel Larguía

Jueves 14 de agosto – 16:15 a 17:00 - Salón Dorée (1° piso)

Enfermedad inmunológica con compromiso hepático en pediatría

Dr. Fernando Álvarez

Jueves 14 de agosto – 18:00 a 18:30 – Salón Pigalle (2° piso)

Enfermedad de Wilson. Actualización

Dra. Eve Roberts

Viernes 15 de agosto – 08:30 a 09:00 – Salón Pigalle (2° piso)

CONFERENCIAS

Rehabilitación intestinal: estrategias de manejo

Dra. María Mascarenhas

Viernes 15 de agosto – 10:15 a 11:15 - Salón Dorée (1° piso)

Terapia médica y manejo de la Enfermedad de Crohn.

Estrategias para la curación de la mucosa

Dra. Anne Griffiths

Viernes 15 de agosto – 12:30 a 13:00 - Salón Pigalle (2° piso)

Avances en la etiopatogenia de la obesidad

Dra. Carmen Mazza

Viernes 15 de agosto – 15:45 a 16:40 - Salón Dorée (1° piso)

Del alimento a la comida. Las transformaciones en la comensalidad y su efecto en los cuerpos de los niños

Dra. Mónica García Barthe

Viernes 15 de agosto – 17:00 a 18:00 - Salón Dorée (1° piso)

Nuevos datos en el manejo clínico de la alergia a la proteína de la leche de vaca.

Adquisición de la tolerancia

Dr. Jon Vanderhoof

Viernes 15 de agosto – 18:00 a 18:30 - Salón Pigalle (2° piso)

Interacción cerebro intestino

Dra. Gisela Chelimsky

Sábado 16 de agosto – 08:30 a 09:00 - Salón Pigalle (2° piso)

Nuevos tratamientos para la hepatitis autoinmune, del modelo animal a la práctica clínica

Dr. Fernando Álvarez

Sábado 16 de agosto – 12:30 a 13:00 - Salón Pigalle (2° piso)



REUNIONES ESPECIALES

Miércoles 13 de agosto

12:30 a 14:00

Aula 3 (2° Piso)

Centro de Docencia y Capacitación Pediátrica Dr. Carlos A. Gianantonio
Reunión del Comité Nacional de Gastroenterología

Miércoles 13 de agosto

12:30 a 14:00

Aula 4 (2° Piso)

Centro de Docencia y Capacitación Pediátrica Dr. Carlos A. Gianantonio
Reunión del Comité Nacional de Hepatología

Miércoles 13 de agosto

12:30 a 14:00

Aula 1A (Planta Baja)

Centro de Docencia y Capacitación Pediátrica Dr. Carlos A. Gianantonio
Reunión del Comité Nacional de Nutrición

Viernes 15 de agosto

18:45 a 20:15

Salón Rodin (2° Piso)

Palais Rouge Eventos y Convenciones
Reunión de Guías – Hepatitis C en pediatría

PROGRAMA CIENTÍFICO



Por un niño sano,
en un mundo mejor.

Sociedad Argentina de Pediatría

Dirección de Congresos y Eventos

Comités Nacionales de Gastroenterología, Hepatología y Nutrición Pediátricas

CENTRO DE DOCENCIA Y CAPACITACIÓN PEDIÁTRICA DR. CARLOS A. GIANANTONIO

		Auditorio Planta baja	Aula 1A Planta baja	Aula 1B Planta baja	Aula 3 2° Piso	Aula 4 2° Piso
Miércoles 13 de Agosto	8:00 a 18:00	CURSO PRECONGRESO DE GASTROENTEROLOGÍA, HEPATOLOGÍA Y NUTRICIÓN Conferencia Importancia de la microbiótica en las manifestaciones gastrointestinales y hepáticas ACTO INAUGURAL	12:30 A 14:00 REUNIÓN COMITÉ DE NUTRICIÓN		12:30 A 14:00 REUNIÓN COMITÉ DE GASTROEN- TEROLOGIA	12:30 A 14:00 REUNIÓN COMITÉ DE HEPATOLOGÍA
	18:00 a 18:30					
	18:30					
Jueves 14 de Agosto	13:15 a 14:15	Presentación de casos clínicos de endoscopia		RECORRIDA DE PÓSTERS DIGITALES GASTROENTEROLOGÍA Y HEPATOLOGÍA		
Viernes 15 de Agosto	13:15 a 14:15	RECESO		RECORRIDA DE PÓSTERS DIGITALES GASTROENTEROLOGÍA Y HEPATOLOGÍA		
	14:15 a 18:45					
	18:45 a 20:15		Sesión Endoscopia			
Sábado 16 de Agosto	9:00 a 9:50	Conferencia La diabetes en los niños hoy Dra. Liliana Trifone				
	9:50 a 10:00	RECESO				
	10:00 a 11:30	Sesión Soporte nutricional en el paciente crítico				
	11:30 a 11:45	RECESO				
	11:45 a 12:45	Conferencia La nutrición en la enfermedad fibroquística: puesta al día Dra. María Mascarenhas				



SALÓN DOREE (1° piso)		SALÓN PETIT DOREE (1° piso)		SALÓN RENOUIR (2° piso)		SALÓN MONET (2° piso)		SALÓN RODIN (2° piso)	
SALÓN GRAND DOREE		NUTRICIÓN		GASTROENTEROLOGÍA Y HEPATOLOGÍA		RECESO		RECESO	
8:30 a 10:00	Sesión Tratamiento de niños con diabetes 1: ¿estamos haciendo lo suficiente?	Sesión Programas nutricionales relacionados con la salud pública	8:30 a 9:00	Conferencia Guías basadas en la evidencia para el manejo de la colitis ulcerosa Dra. Anne Griffiths		Sesión Enfermedad inflamatoria intestinal		RECESO	
10:00 a 10:15	RECESO	RECESO	9:00 a 11:00	RECESO		RECESO		RECESO	
10:15 a 11:15	Conferencia Impacto de la nutrición temprana en el crecimiento compensador Dra. Verónica Mericq	RECESO	11:00 a 11:20	RECESO		RECESO		RECESO	
11:15 a 11:30	RECESO	RECESO	11:20 a 12:20	Sesión El reflujo gastroesofágico, ¿no está tan solo?	Sesión ¿Qué nos dice la histología? Ayuda para el hepatólogo	RECESO		RECESO	
11:30 a 13:10	Sesión Complicaciones en órganos "blanco" de la obesidad	Sesión Diagnóstico de situación nutricional en Argentina: enfoque desde diferentes ámbitos	12:30 a 13:00	Conferencia Esteatosis (NAFLD) / Esteatohepatitis (NASH) Dra. Eve Roberts		RECESO		RECESO	
13:10 a 14:30	Sesión Desafíos en el manejo nutricional del recién nacido prematuro	RECESO	13:00 a 13:15	RECESO		RECESO		RECESO	
14:30 a 16:00	Sesión Desafíos en el manejo nutricional del recién nacido prematuro	Sesión Deficiencias de nutrientes: la cara oculta de la malnutrición	13:15 a 14:15	Almorzando sin gluten	Almuerzo hepatoprotector. ¿Qué onda?	RECESO		RECESO	
16:00 a 16:15	RECESO	RECESO	14:15 a 14:30	RECESO		RECESO		RECESO	
16:15 a 17:00	Conferencia Lactancia materna: propuestas concretas Dr. Miguel Larguía	Conferencia Lactancia materna: propuestas concretas Dr. Miguel Larguía	14:30 a 16:30	Sesión Patología biliopancreática y tumor		RECESO		RECESO	
17:00 a 17:15	RECESO	RECESO	16:45 a 17:45	Sesión Trastornos de la Motilidad	Sesión Entiques de la hipertensión portal	RECESO		RECESO	
17:15 a 18:45	Sesión Masa ósea en la infancia: nuevos conocimientos	Sesión Dislipidemia en pediatría: "hacia la construcción de un consenso"	17:45 a 18:00	RECESO		RECESO		RECESO	
			18:00 a 18:30	Conferencia Enfermedad inmunológica con compromiso hepático en pediatría Dr. Fernando Álvarez		RECESO		RECESO	
			18:30 a 18:45	RECESO		RECESO		RECESO	
			18:45 a 20:15	RECESO		RECESO		RECESO	
				PRESENTACIÓN DE TRABAJOS LIBRES		RECESO		RECESO	



PALAIS ROUGE EVENTOS Y CONVENCIONES **VIERNES 15**

SALONES 1° PISO		SALONES 2° PISO		SALÓN PIGALLE		SALÓN MONET		SALÓN RODIN	
SALÓN DOREE (1° piso)		SALÓN PETIT DOREE (1° piso)		SALÓN RENOIR (2° piso)		SALÓN MONET (2° piso)		SALÓN RODIN (2° piso)	
NUTRICIÓN		GASTROENTEROLOGÍA Y HEPATOLOGÍA		GASTROENTEROLOGÍA Y HEPATOLOGÍA		GASTROENTEROLOGÍA Y HEPATOLOGÍA		GASTROENTEROLOGÍA Y HEPATOLOGÍA	
8:30 a 10:00	<p>Sesión Controversias sobre cirugía bariátrica en la obesidad mórbida</p> <p>Sesión Educación terapéutica en la enfermedad crónica nutricional: hacia el empoderamiento del paciente</p>	8:30 a 9:00	<p>Conferencia Enfermedad de Wilson. Actualización Dra. Eve Roberts</p>	9:00 a 11:00	<p>Sesión Progresos en la investigación</p>				
10:00 a 10:15	<p>RECESO</p>	9:00 a 11:00	<p>Sesión Progresos en la investigación</p>						
10:15 a 11:15	<p>Conferencia Rehabilitación intestinal: estrategias de manejo Dra. María Mascarenhas</p>	11:00 a 11:20	<p>RECESO</p>						
11:15 a 11:30	<p>RECESO</p>	11:20 a 12:20	<p>Sesión Gastroenterología, ampliando el horizonte</p>	<p>Sesión Hepatología, cuidando al niño con enfermedad hepática</p>					
11:30 a 13:00	<p>Sesión ¿Dietas especiales como estrategias terapéuticas o electivas?</p>	12:20 a 12:30	<p>RECESO</p>						
13:00 a 14:00	<p>RECESO</p>	12:30 a 13:00	<p>Conferencia Terapia médica y manejo de la Enfermedad de Crohn. Estrategias para la curación de la mucosa Dra. Anne Griffiths</p>						
14:00 a 15:30	<p>RECORRIDA DE POSTERS DIGITALES</p>	13:00 a 13:15	<p>RECESO</p>						
15:30 a 15:45	<p>RECESO</p>	13:15 a 14:15	<p>Almuerzo, mejorando el dolor y la función intestinal. ¿Dónde está la magia? INSCRIPCIÓN PREVIA CON CUPO LIMITADO DEBERÁ ESTAR INSCRIPTO EN EL CONGRESO</p>	<p>Almuerzo, mejorando el dolor y la función intestinal. ¿Dónde está la magia? INSCRIPCIÓN PREVIA CON CUPO LIMITADO DEBERÁ ESTAR INSCRIPTO EN EL CONGRESO</p>		<p>Almuerzo Grupo de Trabajo de Enfermedad Celíaca INSCRIPCIÓN PREVIA CON CUPO LIMITADO DEBERÁ ESTAR INSCRIPTO EN EL CONGRESO</p>			
15:45 a 16:40	<p>Conferencia Avances en la etiopatogenia de la obesidad Dra. Carmen Mazza</p>	14:15 a 14:30	<p>RECESO</p>						
16:40 a 17:00	<p>RECESO</p>	14:30 a 16:30	<p>Sesión Enfermedad celíaca, la enfermedad prevalente</p>						
17:00 a 18:00	<p>Conferencia Del alimento a la comida. Las transformaciones en la comensalidad y su efecto en los cuerpos</p>	16:30 a 16:45	<p>RECESO</p>						
18:00 a 19:15	<p>PRESENTACIÓN ORAL DE TRABAJOS LIBRES</p>	16:45 a 17:45	<p>Sesión Vigilancia endoscópica y complicaciones de la enfermedad inflamatoria intestinal</p>	<p>Sesión Hepatología. Desafíos diagnósticos y estrategia terapéutica</p>					
		17:45 a 18:00	<p>RECESO</p>						
		18:00 a 18:30	<p>Conferencia Nuevos datos en el manejo clínico de la alergia a la proteína de la leche de vaca. Adquisición de la tolerancia Dr. Jon Vandentooft</p>						
		18:30 a 18:45	<p>RECESO</p>						
		18:45 a 20:15	<p>PRESENTACIÓN DE TRABAJOS LIBRES</p>	<p>RECESO</p>		<p>Reunión de Guías – Hepatitis C en pediatría</p>			

SALONES 2° PISO	SALÓN PIGALLE		CENTRO GIANANTONIO
	SALÓN RENOIR (2° piso)	SALÓN MONET (2° piso)	AUDITORIO (Planta Baja)
8:30 a 9:00	GASTROENTEROLOGÍA Y HEPATOLOGÍA Conferencia Interacción cerebro intestino Dra. Gisela Chelimsky		NUTRICIÓN
9:00 a 11:00	Sesión Aproximación diagnóstica y evaluación terapéutica 		09:00 a 09:50 Conferencia La diabetes en los niños hoy Dra. Liliana Trifone
11:00 a 11:20	RECESO		10:00 a 11:30 Sesión Soporte nutricional en el paciente crítico
11:20 a 12:30	Sesión Gastroenterología. Estudiando al niño vomitador	Sesión Hepatología, la opción final. Trasplante hepático	RECESO 11:45 a 12:45 Conferencia La nutrición en la enfermedad fibroquística: puesta al día Dra. María Mascarenhas 
12:30 a 13:00	Conferencia Nuevos tratamientos para la hepatitis autoinmune, del modelo animal a la práctica clínica Dr. Fernando Alvarez		
13:00	ACTO DE CLAUSURA		

PROGRAMA CIENTÍFICO

MIÉRCOLES 13 DE AGOSTO

CENTRO DE DOCENCIA Y CAPACITACIÓN PEDIÁTRICA “DR. CARLOS A. GIANANTONIO”

08:00 a 18:30

Salón Auditorio (Planta baja) – Centro Gianantonio

Curso Precongreso de Gastroenterología, Hepatología y Nutrición Pediátricas

8:00 a 8:30 Introducción: objetivos y metodología del curso

8:30 a 9:35 **Obesidad enfoque amplio**

Introducción y Coordinación: *Dra. Débora Setton*

Nutrición-Evaluación en consultorio, valoración nutricional, plan de estudios y enfoque de tratamiento

Dra. Gabriela Pacheco

Hígado graso, la pandemia. El síndrome X, la valoración

Dra. Carol Lezama

Manifestaciones gastrointestinales que acompañan: complicación o asociación (RGE, Constipación etc.), su tratamiento.

Dr. Alejandro Guouman

9:35 a 9:45 **Receso**

9:45 a 10:50 **Enfermedad inflamatoria intestinal, un paso adelante en la epidemiología: clínica y tratamiento**

Coordinador: *Dr. Ricardo Reynoso*

Enfoque amplio en la consulta externa: orientación diagnóstica, signos de alarma, líneas de tratamiento

Dra. Verónica Busoni

Impacto de la enfermedad hepática en la Enfermedad inflamatoria intestinal

Dra. María Solaegui

Rol de la nutrición en la Enfermedad inflamatoria intestinal, no solo es acompañar

Dra. Adriana Fernández

10:50 a 11:15 **Receso**



11:15 a 12:20 Colestasis crónica desde el neonato al adolescente.

Diagnóstico y evolución al largo seguimiento

Coordinación: *Dra. María Cristina Cañero Velasco*

Diagnóstico, evaluación del tratamiento y evolución al largo plazo

Dra. Margarita Ramonet

Repercusión de la hipertensión portal en aparato digestivo

Dra. Laura Busquet

Evaluación nutricional de la enfermedad hepática crónica

Dra. Lilia Arias

12:20 a 14:00 Receso

14:00 a 15:00 Fibrosis quística de páncreas: el desafío permanente

Coordinación: *Dra. María Beatriz Araujo*

Desde la nutrición al enfoque global

Dra Susana Barbeito

El hígado en la FQP. Valoración de la enfermedad y conducta

Dra. María Camila Sánchez

Aspecto digestivo y páncreas, no solo prescribir enzimas

Dra. Marta Wagener

15:00 a 16:10 Alergia. ¿El enemigo oculto o no tanto?

Coordinación: *Dr. Omar Tabacco*

Impacto digestivo de la alergia alimentaria

Dr. Francisco Follett

Una visión desde la Nutrición. Ventana para la incorporación de nutrientes

Dra. Patricia Sosa

Toxicidad de medicamentos y de sustancias al hígado. ¿Son frecuentes?

Dra. Mirta Ciocca

16:10 a 16:25 Receso

16:25 a 17:30 Actualización de pruebas y métodos de estudios

Introducción y coordinación: *Dr. Roberto Aranzamendi*

Fibroscan, Fibrotest: mito o realidad. ¿Podemos abandonar la biopsia de hígado?

Dr. Gustavo Boldrini

Impedanciometría. ¿La obsolescencia de la Phmetría?

Dra. Marina Orsi

Bioimpedanciometría y calorimetría

Dra. Marisa Laura Armeno



17:30 a 18:00 Receso y entrega de cuestionarios

**18:00 a 18:30 Conferencia: Importancia de la microbiota en las manifestaciones
gastrointestinales y hepáticas**

Dr. Carlos Lifschitz

Presenta: *Dra. Miriam Tonietti*

18:30

Salón Auditorio (Planta baja) – Centro Gianantonio

ACTO INAUGURAL

MIÉRCOLES 13
Gastroenterología,
Hepatología y Nutrición



JUEVES 14 DE AGOSTO

PALAIS ROUGE EVENTOS Y CONVENCIONES

8:30 a 9:00

Salón Pigalle (2° Piso) – Palais Rouge

CONFERENCIA: Guías basadas en la evidencia para el manejo de la colitis ulcerosa

Conferencista: *Dra. Anne Griffiths*

Presentan: *Dra. Mónica Contreras*

Dra. Ziomara Reeves

9:00 a 11:00

Salón Pigalle (2° Piso) – Palais Rouge

SESIÓN: Enfermedad inflamatoria intestinal

Coordinadoras: *Dra. Mónica Contreras*

Dra. Graciela Martín

Secretario: *Dr. Pablo Malagrino*

- Enfermedad inflamatoria intestinal. El punto de vista del inmunólogo
Dr. Matías Oleastro
- Imágenes en la enfermedad inflamatoria intestinal: cuándo, cuáles y qué nos dicen
Dr. Alberto Seehaus
- Evolución en el post trasplante hepático por colangitis esclerosante. ¿Qué sucede con la enfermedad inflamatoria intestinal? Una caja de Pandora
Dra. Alejandra Villamil

PRESENTACIÓN DE TRABAJOS LIBRES SELECCIONADOS N°

- 43** TRASPLANTE HEPÁTICO EN NIÑOS CON UN PESO MENOR A 8 KG EN UN CENTRO DE LATINOAMERICA - SANCHEZ M. y colaboradores (VER PÁGINA 37)
- 77** ASOCIACIÓN ENTRE ENFERMEDAD CELIACA Y ENFERMEDAD DE CROHN EN PEDIATRÍA - ANTONISKA M. y colaboradores (VER PÁGINA 37)
- 78** USO DE TERAPIA BIOLÓGICA EN PACIENTES PEDIÁTRICOS CON ENFERMEDAD DE CROHN MODERADA A SEVERA. - CONTRERAS M. y colaboradores (VER PÁGINA 37)
- 123** EVOLUCIÓN A LARGO PLAZO DEL POUCH ILEOANAL EN PACIENTES CON ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL (EII) - NEDER M. y colaboradores (VER PÁGINA 37)

11:00 a 11:20 Receso

11:20 a 12:20

Salón Renoir (2° Piso) – Palais Rouge

SESIÓN: El reflujo gastroesofágico, ¿no está tan solo?

Coordinadoras: *Dra. Marina Orsi*

Dra. Gladys Villarruel

- Objetivos terapéuticos en esofagitis eosinofílica: ¿aliviar los síntomas, curar las lesiones o no más eosinófilos?
Dra. Rosa Ramos
- El reflujo gastroesofágico asociado a problemas respiratorios. ¿Qué dice el experto?
Explorando en la evidencia
Dr. Alejandro Teper

PRESENTACIÓN DE TRABAJOS LIBRES SELECCIONADOS N°

- 52** EXISTE DIFERENCIA EN LA LÍNEA BASAL DE IMPEDANCIOMETRÍA INTRALUMINAL MULTICANAL Y EL TIEMPO DE EXPOSICIÓN AL ÁCIDO EN NIÑOS CON ESOFAGITIS EOSINOFÍLICA VS AQUELLOS CON REFLUJO GASTROESOFÁGICO?
COHEN SABBAN J. y colaboradores (VER PÁGINA 37)

11:20 a 12:20

Salón Monet (2° Piso) – Palais Rouge

SESIÓN: ¿Qué nos dice la histología? Ayuda para el hepatólogo

Coordinadoras: *Dra. Mirta Ciocca*

Dra. Carol Lezama

- Avances en la patogenia e interpretación histológica de la Ductopenia
Dr. Eduardo Mullen
- Utilidad de la biopsia hepática en las colestasis. Certeza e incertidumbres
Dra. María Teresa García de Dávila

PRESENTACIÓN DE TRABAJOS LIBRES SELECCIONADOS N°

- 23** BIOPSIAS DE CONTROL EN TRASPLANTE HEPÁTICO PEDIÁTRICO -
MALLA I. y colaboradores (VER PÁGINA 37)

12:20 a 12:30 **Receso**

12:30 a 13:00

Salón Pigalle (2° Piso) – Palais Rouge

CONFERENCIA: Esteatosis (NAFLD) / Esteatohepatitis (NASH)

Conferencista: *Dra. Eve Roberts*

Presenta: *Dra. Patricia Caglio*

12:00 a 13:15 **Receso**



Sociedad Argentina de Pediatría

Dirección de Congresos y Eventos

Comités Nacionales de Gastroenterología, Hepatología y Nutrición Pediátricas

13:15 a 14:15

Salón Auditorio (*Planta baja*) – *Centro Gianantonio*

Presentación de casos clínicos de endoscopia

Coordinan: *Dr. Víctor Cichowolsky*
Dra. Inés Ninomiya
Dra. Paula Borobia

13:15 a 14:15

Salón Renoir (*2° Piso*) – *Palais Rouge*

Almorzando sin gluten

Coordinador: *Dr. Eduardo Cueto Rúa*

13:15 a 14:15

Salón Monet (*2° Piso*) – *Palais Rouge*

Almuerzo hepatoprotector. ¿Qué onda?

Coordinadora: *Dra. Patricia Sosa*
Panelistas: *Dra. Marcela Fabeiro*
Dra. María B. Araujo
Dra. Rosana Pérez Carusi

13:15 a 14:15

Salón Rodin (*2° Piso*) – *Palais Rouge*

Almuerzo Grupo de Trabajo de Alergia

Dra. Graciela Saieg
Dra. Cinthia Bastianelli

13:15 a 14:15

Aula 1 (*Planta baja*) – *Centro Gianantonio*

RECORRIDA DE PÓSTERS DIGITALES DE GASTROENTEROLOGÍA Y HEPATOLOGÍA

Ver página 40

14:15 a 14:30 Receso

JUEVES 14
Gastroenterología
y Hepatología



14:30 a 16:30

Salón Pigalle (2° Piso) – Palais Rouge

SESIÓN: Patología biliopancreática y tumor

Coordinan: *Dr. Fabián Salgueiro*

Dr. Pablo Lobos

Secretario: *Dr. Christian Weyersberg*

- Tumores hepáticos. Evaluación, tratamiento y pronóstico. Experiencia Pluto
Dr. Guillermo Cervio
- Dilatación quística de la vía biliar
Dr. Daniel Liberto
- Colangiopancreatoretrogradaendoscopia (CPRE) en pediatría. Indicaciones diagnósticas y terapéuticas en la nueva era de la imagenología
Dr. Marcelo Dalessandro

PRESENTACIÓN DE TRABAJOS LIBRES SELECCIONADOS N°

- 4** MANEJO DE INFECCIÓN POR CITOMEGALOVIRUS EN TRASPLANTE HEPÁTICO PEDIÁTRICO - MALLA I. y colaboradores (VER PÁGINA 38)
- 24** HIDATIDOSIS HEPÁTICA, 36 CIRUGÍAS PREVENIBLES. - GARSEZ E. y colaboradores (VER PÁGINA 38)
- 31** PREVALENCIA Y CLÍNICA DE LOS NIÑOS CON LITIASIS BILIAR EN HPMI DE SALTA - BASTIANELLI C. y colaboradores (VER PÁGINA 38)
- 131** ALTERACIÓN DE LA DINÁMICA BILIAR EN TRASPLANTADOS HEPÁTICOS PEDIÁTRICOS EN UN CENTRO DE TRASPLANTE. UNA CAUSA DE COLESTASIS CRÓNICA? - REYNOSO LOPEZ V. y colaboradores (VER PÁGINA 38)

16:30 a 16:45 Receso

16:45 a 17:45

Salón Renoir (2° Piso) – Palais Rouge

SESIÓN: Trastornos de la Motilidad

Coordinan: *Dr. Román Bigliardi*

Dr. Gabriel Solzi

- Constipación funcional refractaria. Nuevas terapéuticas (drogas, biofeedback, botox, neuromodulación)
Dr. Guido Iantorno
- Dismotilidad gastrointestinal
Dra. Amanda Varela

PRESENTACIÓN DE TRABAJOS LIBRES SELECCIONADOS N°

- 140** MOTILIDAD RECTOANAL Y RESPUESTA AL TRATAMIENTO CON BIOFEEDBACK EN PACIENTES CON MALFORMACIONES ANORRECTALES - TARIFA C. y colaboradores (VER PÁGINA 38)

JUEVES 14
Gastroenterología
y Hepatología



16:45 a 17:45

Salón Monet (2° Piso) – Palais Rouge

SESIÓN: Enfoques de la hipertensión portal

Coordinan: *Dra. Teresita González*

Dra. Patricia Caglio

- Avances en el tratamiento de la hipertensión portal no cirrótica
Dr. Luis Rojas
- Etiología y manejo de la complicación hemorrágica de la hipertensión portal.
El desafío
Dr. Alejandro Costaguta

PRESENTACIÓN DE TRABAJOS LIBRES SELECCIONADOS N°

122 LIGADURA ENDOSCOPICA VARICEAL: EXPERIENCIA DE 10 AÑOS EN UN HOSPITAL PEDIATRICO DE ALTA COMPLEJIDAD - BUSQUET L. y colaboradores (VER PÁGINA 38)

17:45 a 18:00 Receso

18:00 a 18:30

Salón Pigalle (2° Piso) – Palais Rouge

CONFERENCIA: Enfermedad inmunológica con compromiso hepático en pediatría

Conferencista: *Dr. Fernando Álvarez*

Presenta: *Dra. Margarita Ramonet*

18:30 a 18:45 Receso

18:45 a 20:15

Salón Pigalle (2° Piso) – Palais Rouge

PRESENTACIÓN ORAL DE TRABAJOS LIBRES DE GASTROENTEROLOGÍA Y HEPATOLOGÍA

Ver página 39

VIERNES 15 DE AGOSTO

PALAIS ROUGE EVENTOS Y CONVENCIONES

8:30 a 9:00

Salón Pigalle (2° Piso) – Palais Rouge

CONFERENCIA: Enfermedad de Wilson. Actualización

Conferencista: *Dra. Eve Roberts*

Presenta: *Dra. María Cristina Cañero Velasco*

9:00 a 11:00

Salón Pigalle (2° Piso) – Palais Rouge

SESIÓN: Progresos en la investigación

Coordinan: *Dr. Carlos Lifschitz*

Dr. Daniel D'Agostino

Secretaria: *Dra. Patricia Carbonatto*

- Estudio genético en el manejo de la enfermedad inflamatoria del intestino.
¿Tiene utilidad hoy?
Dra. Anne Griffiths
- Trastornos autonómicos y manifestaciones gastrointestinales
Dra. Gisela Chelimsky
- Aspectos inmunológicos en la atresia de vías biliares
Dr. Fernando Alvarez
- Fallo hepático neonatal
Dra. Eve Roberts

PRESENTACIÓN DE MEJOR TRABAJO LIBRE CALIFICADO N°

134 CÁPSULA ENDOSCÓPICA: RÉDITO DIAGNÓSTICO EN UNA POBLACIÓN PEDIÁTRICA. - GONZALEZ J. y colaboradores (VER PÁGINA 42)

PRESENTACIÓN DE MEJORES TRABAJOS LIBRES CALIFICADOS DE PROFESIONALES JÓVENES N°

97 REGISTRO PROSPECTIVO DE ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL (EII) EN POBLACIÓN PEDIÁTRICA ARGENTINA -
VICENTIN R. y colaboradores (VER PÁGINA 42)

48 LA UTILIZACIÓN DE LOS ANTICUERPOS ANTITRANSGLUTAMINASA TISULAR IGA Y LOS DIRIGIDOS A PÉPTIDOS DE GLIADINA DEAMIDADOS IGG ES LA MEJOR COMBINACIÓN PARA PREDECIR ENFERMEDAD CELIACA? (EC) -
ORTIZ G. y colaboradores (VER PÁGINA 42)

96 ENFERMEDAD DE CROHN (EC) EN PACIENTES MENORES Y MAYORES DE 5 AÑOS, ¿HAY DIFERENCIAS? - SÁNCHEZ C. y colaboradores (VER PÁGINA 42)

11:00 a 11:20 **Receso**



11:20 a 12:20

Salón Renoir (2° Piso) – Palais Rouge

SESIÓN: Gastroenterología, ampliando el horizonte

Coordinan: *Dra. Laura Benedetti*

Dr. Fernando Vinuesa

- Alcance actual de la manometría de alta resolución
Dr. Claudio Bilder
- Manifestaciones gastrointestinales en el autismo
Dra. María Daniela Gerbi

PRESENTACIÓN DE TRABAJO LIBRE SELECCIONADO N°

1 TRASTORNOS GASTROINTESTINALES Y CONDUCTAS ALIMENTARIAS EN NIÑOS CON AUTISMO - VALICENTI-MCDERMOTT M. y colaboradores (VER PÁGINA 42)

11:20 a 12:20

Salón Monet (2° Piso) – Palais Rouge

SESIÓN: Hepatología, cuidando al niño con enfermedad hepática

Coordinan: *Dra. Adriana Afazani*

Dr. Gustavo Boldrini

- Crecimiento y desarrollo del niño con enfermedad hepática crónica
Dr. Guillermo Alonso
- Histología hepática, marcadores diagnósticos y pronósticos en NAFLD/NASH de la infancia
Dra. Elena de Matteo

PRESENTACIÓN DE TRABAJO LIBRE SELECCIONADO N°

59 SÍNDROME DE ALAGILLE - TORRES S. y colaboradores (VER PÁGINA 42)

12:20 a 12:30 Receso

12:30 a 13:00

Salón Pigalle (2° Piso) – Palais Rouge

CONFERENCIA: Terapia médica y manejo de la Enfermedad de Crohn. Estrategias para la curación de la mucosa

Conferencista: *Dra. Anne Griffiths*

Presenta: *Dra. Ana M. Rocca*

13:00 a 13:15 Receso

13:15 a 14:15

Salón Renoir (2° Piso) – Palais Rouge

Almuerzo, mejorando el dolor y la función intestinal. ¿Dónde está la magia?

Coordina: *Dr. Christian Boggio Marzet*

Panelista: *Dra. María Luisa Deforel*

13:15 a 14:15

Salón Monet (2° Piso) – Palais Rouge

Pipeteando en el almuerzo

Coordina: *Dr. Néstor Litwin*

13:15 a 14:15

Salón Rodin (2° Piso) – Palais Rouge

Almuerzo Grupo de Trabajo de Enfermedad celíaca

Coordina: *Dr. Gonzalo Ortiz*

13:15 a 14:15

Aula 1 (Planta baja) – Centro Gianantonio

RECORRIDA DE PÓSTERS DIGITALES DE GASTROENTEROLOGÍA Y HEPATOLOGÍA

Ver página 45

14:15 a 14:30 **Receso**

14:30 a 16:30

Salón Pigalle (2° Piso) – Palais Rouge

SESIÓN: Enfermedad celíaca, la enfermedad prevalente

Coordinan: *Dra. María del Carmen Toca*

Dra. Adriana Bottero

Secretaria: *Dra. Gabriela Oropeza*

- Sensibilidad al gluten
Dr. Julio Bai
- Compromiso hepático en el enfermo celíaco
Dr. Daniel D'Agostino
- Guías diagnósticas de enfermedad celíaca de ESPGHAN 2012.
Evaluación en nuestro medio
Dra. Raquel Furnes

PRESENTACIÓN DE TRABAJO LIBRE SELECCIONADO N°

- 36** EFICACIA DE UNA PRUEBA RÁPIDA CON ANTICUERPOS IGA ANTITRANSGLUTAMINASA TISULAR EN LA DETECCIÓN DE ENFERMEDAD CELIACA EN PEDIATRIA. - ZOSI A. y colaboradores (VER PÁGINA 43)
- 66** ANTICUERPOS ANTI TRANSGLUTAMINASA IGA (TTGA) Y ANTI ENDOMISIO IGA (EMA) COMO PREDICTORES DE ENFERMEDAD CELÍACA. - MESSERE G. y colaboradores (VER PÁGINA 43)
- 90** UTILIDAD DEL HLA DQ COMO HERRAMIENTA EN EL DIAGNÓSTICO DE LA ENFERMEDAD CELÍACA - FURNES R. y colaboradores (VER PÁGINA 43)
- 107** ENCUESTA NACIONAL A GASTROENTERÓLOGOS PEDIATRAS, SOBRE DISPONIBILIDAD DE MÉTODOS DIAGNÓSTICOS PARA ENFERMEDAD CELÍACA (EC). - KAHANE V. y colaboradores (VER PÁGINA 43)

16:30 a 16:45 **Receso**



16:45 a 17:45

Salón Renoir (2° Piso) – Palais Rouge

SESIÓN: Diagnóstico y complicaciones de la enfermedad inflamatoria intestinal

Coordinan: *Dra. Marta Wagener*

Dra. Graciela Saieg

- Parámetros de laboratorio en el diagnóstico y seguimiento de la enfermedad inflamatoria intestinal en la infancia: conocemos lo suficiente?

Dr. Néstor Litwin

- El pouch ileoanal. Evolución, tratamiento y seguimiento

Dra. Silvina Goncalvez

PRESENTACIÓN DE TRABAJO LIBRE SELECCIONADO N°

136 SÍNDROME DE POLIPOSIS EN PEDIATRÍA: EXPERIENCIA DE 21 AÑOS -
CONTRERAS M. y colaboradores (VER PÁGINA 43)

16:45 a 17:45

Salón Monet (2° Piso) – Palais Rouge

SESIÓN: Hepatología. Desafíos diagnósticos y estrategia terapéutica

Coordinan: *Dra. Silvia Morise*

Dra. Alejandra Pedreira

- Las enfermedades metabólicas y el hígado. Orientación diagnóstica. Estudio y tratamiento

Dr. Hernán Eiroa

- Fallo hepatorrenal. Cómo prevenirlo y tratarlo. La opinión del nefrólogo

Dr. Jorge Ferraris

PRESENTACIÓN DE TRABAJO LIBRE SELECCIONADO N°

54 ESTEATOHEPATITS NO ALCOHOLICA EN NIÑOS -
SOLAEGUI M. y colaboradores (VER PÁGINA 43)

17:45 a 18:00 **Receso**

18:00 a 18:30

Salón Pigalle (2° Piso) – Palais Rouge

CONFERENCIA: Nuevos datos en el manejo clínico de la alergia a la proteína de la leche de vaca. Adquisición de la tolerancia

Conferencista: *Dr. Jon Vanderhoof*

Presenta: *Dra. Mabel Mora*

18:30 a 18:45 **Receso**

18:45 a 20:15

Salón Auditorio (Planta baja) – Centro Gianantonio

SESIÓN: Endoscopia

Coordinan: *Dr. Ricardo Reynoso*

Dra. María Haydee Nuñez

- Estenosis esofágicas refractarias. Stents. Otros métodos
Dr. Ricardo Ben
- Explorando el intestino medio: ¿balón simple, doble o enteroscopia?
Factibilidad en pediatría
Dr. Raúl Matanó
- HD de origen oscuro. ¿Cambió el algoritmo?
Dr. Carlos Waldbaum

Debate: *Dra. Liliana Sasson*

Dr. Carlos Müller

18:45 a 20:15

Salón Pigalle (2° Piso) – Palais Rouge

PRESENTACIÓN ORAL DE TRABAJOS LIBRES DE GASTROENTEROLOGÍA Y HEPATOLOGÍA

Ver página 44

18:45 a 20:15

Salón Rodin (2° Piso) – Palais Rouge

Reunión de Guías – Hepatitis C en pediatría

Coordinan: *Dra. Miriam Cuarterolo*

Dra. Cristina Galoppo



SÁBADO 16 DE AGOSTO

PALAIS ROUGE EVENTOS Y CONVENCIONES

8:30 a 9:00

Salón Pigalle (2° Piso) – Palais Rouge

CONFERENCIA: Interacción cerebro intestino

Conferencista: *Dra. Gisela Chelimsky*

Presenta: *Dr. Víctor Grinblat*

9:00 a 11:00

Salón Pigalle (2° Piso) – Palais Rouge

SESIÓN: Aproximación diagnóstica y evaluación terapéutica

Coordinan: *Dra. Raquel Furnes*

Dra. Verónica Busoni

Secretaria: *Dra. Carolina Riga*

- Rol del hígado en la insuficiencia y rehabilitación intestinal. ¿Cuál es el mejor marcador pronóstico? Trasplante combinado, un momento de reflexión
Dr. Gabriel Gondolesi
- Diarreas congénitas. Un enfoque diagnóstico actualizado
Dr. Jon Vanderhoof
- Enfermedad reumática asociada a la enfermedad gastrointestinal y hepática.
¿Complicación, enfermedad compleja u otra enfermedad?
Dra. Carmen De Cunto

PRESENTACIÓN DE TRABAJO LIBRE SELECCIONADO N°

17 EVALUACIÓN DE ALFA 1 ANTITRIPSINA EN MATERIA FECAL EN NEONATOS SANOS. - BOGGIO MARZET C. y colaboradores (VER PÁGINA 47)

103 EVALUACIÓN DEL CRECIMIENTO PONDOESTATURAL EN PACIENTES CON PROCTORRAGIA COMO FORMA DE PRESENTACIÓN DE LA ALERGIA A PROTEÍNA DE LECHE DE VACA. COMPARACIÓN ENTRE FÓRMULAS DE AMINOÁCIDOS E HIDROLIZADO EXTENSO DE PROTEÍNAS. - BOGGIO MARZET C. y colaboradores (VER PÁGINA 47)

104 INSUFICIENCIA INTESTINAL EN PEDIATRÍA: ¿ES POSIBLE REHABILITAR PACIENTES CON INDICACIÓN DE TRASPLANTE DE INTESTINO? - BUSONI V. y colaboradores (VER PÁGINA 47)

PRESENTACIÓN DE SEGUNDO TRABAJO LIBRE CALIFICADO N°

129 CIRUGIA DE ELONGACION INTESTINAL EN NIÑOS CON SINDROME DE INTESTINO CORTO - LOBOS P. y colaboradores (VER PÁGINA 47)

11:00 a 11:20 Receso

11:20 a 12:30

Salón Renoir (2° Piso) – Palais Rouge

SESIÓN: Gastroenterología. Estudiando al niño vomitador

Coordinan: *Dra. Gabriela Escudero*

Dra. Ana M. Rocca

- Impedanciometría/Phmetría. Ventajas y limitaciones en pediatría
Dra. Judith Cohen Sabaan
- Pasado y presente de vómito cíclico y la migraña
Dra. Gisela Chelimsky

PRESENTACIÓN DE TRABAJO LIBRE SELECCIONADO N°

51 REFLUJO NO ÁCIDO COMO CAUSA DE ESOFAGITIS EN PACIENTES OPERADOS DE ATRESIA ESOFÁGICA EVALUADO POR IMPEDANCIOMETRÍA INTRALUMINAL MULTICANAL DE 24 HS. - COHEN SABBAN J. y colaboradores (VER PÁGINA 47)

11:20 a 12:30

Salón Monet (2° Piso) – Palais Rouge

SESIÓN: Hepatología, la opción final. Trasplante hepático

Coordinan: *Dr. Joaquín Kohn*

Dr. Pablo Duca

- Indicación de trasplante, re trasplante, Sistema PELD o vía de excepción. Experiencia argentina
Dra. Liliana Bisigniano
- Volviendo al cuidado del hepatólogo/gastroenterólogo. ¿Qué problemas enfrentamos en el seguimiento del paciente trasplantado, qué hacer?
Dra. Susana López

PRESENTACIÓN DE TRABAJO LIBRE SELECCIONADO N°

13 TRASPLANTE HEPÁTICO EN LA INSUFICIENCIA HEPÁTICA AGUDA: RESULTADOS DE LOS PRIMEROS 7 AÑOS EN LA PROVINCIA DE SANTA FE. - COSTAGUTA A. y colaboradores (VER PÁGINA 47)

12:30 a 13:00

Salón Pigalle (2° Piso) – Palais Rouge

CONFERENCIA: Nuevos tratamientos para la hepatitis autoinmune, del modelo animal a la práctica clínica

Conferencista: *Dr. Fernando Alvarez*

Presenta: *Dra. Cristina Galoppo*

13:00

Salón Pigalle (2° Piso) – Palais Rouge

ACTO DE CLAUSURA

TRABAJOS LIBRES DE GASTROENTEROLOGÍA Y HEPATOLOGÍA

JUEVES 14 DE AGOSTO		
TRABAJOS LIBRES SELECCIONADOS PARA SER PRESENTADOS EN MESAS REDONDAS		
SALÓN PIGALLE (2° PISO – PALAIS ROUGE) 9:00 a 11:00	SALÓN RENOIR (2° PISO – PALAIS ROUGE) 11:20 a 12:20	SALÓN MONET (1° PISO – PALAIS ROUGE) 11:20 a 12:20
43 - 77 - 78 - 123	52	23
SALÓN PIGALLE (2° PISO – PALAIS ROUGE) 14:30 a 16:30	SALÓN RENOIR (2° PISO – PALAIS ROUGE) 16:45 a 17:45	SALÓN MONET (1° PISO – PALAIS ROUGE) 16:45 a 17:45
4 - 24 - 31 - 131	140	122

JUEVES 14 DE AGOSTO
SALÓN PIGALLE (2° PISO – PALAIS ROUGE) 18:45 a 20:15
Presentación Oral 19 - 26 - 72 - 81 - 82 85 - 125 - 133 - 137 - 139

JUEVES 14 DE AGOSTO		
AULA 1 (PLANTA BAJA – CENTRO GIANANTONIO) 13:15 a 14:15		
MONITOR 1	MONITOR 2	MONITOR 3
Recorrida de Pósters Digitales 5 - 6 - 9 - 42	Recorrida de Pósters Digitales 14 - 15 - 16 - 20 - 21 - 34	Recorrida de Pósters Digitales 40 - 60 - 65 - 67 - 68 - 69



Sociedad Argentina de Pediatría

Dirección de Congresos y Eventos

Comités Nacionales de Gastroenterología, Hepatología y Nutrición Pediátricas

VIERNES 15 DE AGOSTO		
TRABAJOS LIBRES SELECCIONADOS PARA SER PRESENTADOS EN MESAS REDONDAS		
SALÓN PIGALLE (2° PISO – PALAIS ROUGE) 9:00 a 11:00	SALÓN RENOIR (2° PISO – PALAIS ROUGE) 11:20 a 12:20	SALÓN MONET (1° PISO – PALAIS ROUGE) 11:20 a 12:20
134 - 97 - 48 - 96	1	59
SALÓN PIGALLE (2° PISO – PALAIS ROUGE) 14:30 a 16:30	SALÓN RENOIR (2° PISO – PALAIS ROUGE) 16:45 a 17:45	SALÓN MONET (1° PISO – PALAIS ROUGE) 16:45 a 17:45
36 - 66 - 90 - 107	136	54

VIERNES 15 DE AGOSTO
SALÓN PIGALLE (2° PISO – PALAIS ROUGE) 18:45 a 20:15
Presentación Oral 18 - 27 - 41 - 50 - 64 76 - 79 - 86 - 109 - 119

VIERNES 15 DE AGOSTO		
AULA 1 (PLANTA BAJA – CENTRO GIANANTONIO) 13:15 a 14:15		
MONITOR 1	MONITOR 2	MONITOR 3
Recorrida de Pósters Digitales	Recorrida de Pósters Digitales	Recorrida de Pósters Digitales
71 - 74 - 87 - 88 - 89 - 91	95 - 99 - 112 - 117 - 118	120 - 126 - 132 - 138 - 141

SÁBADO 16 DE AGOSTO		
TRABAJOS LIBRES SELECCIONADOS PARA SER PRESENTADOS EN MESAS REDONDAS		
SALÓN PIGALLE (2° PISO – PALAIS ROUGE) 9:00 a 11:00	SALÓN RENOIR (2° PISO – PALAIS ROUGE) 11:20 a 12:30	SALÓN MONET (1° PISO – PALAIS ROUGE) 11:20 a 12:30
17 - 103 - 104 - 129	51	13

TRABAJOS LIBRES DE GASTROENTEROLOGÍA Y HEPATOLOGÍA

JUEVES 14 DE AGOSTO

9:00 a 11:00

Salón Pigalle (2° Piso) – Palais Rouge

TRABAJOS LIBRES SELECCIONADOS PARA SER PRESENTADOS EN MESAS REDONDAS

- 43** TRASPLANTE HEPÁTICO EN NIÑOS CON UN PESO MENOR A 8 KG EN UN CENTRO DE LATINOAMERICA
SANCHEZ M. ; D'AGOSTINO D. ; REYNOSO V. ; FERNANDEZ DE CUEVAS V. ; BOLDRINI G. ; CIARDULLO M. ; DE SANTIBAÑES E.
- 77** ASOCIACIÓN ENTRE ENFERMEDAD CELIACA Y ENFERMEDAD DE CROHN EN PEDIATRÍA
ANTONISKA M. ; CONTRERAS M. ; WEYERSBERG C. ; ROCCA A. ; BOTTERO A. ; SANCHEZ C. ; SASSON L. ; BOSALEH A. ; DAVILA M.
- 78** USO DE TERAPIA BIOLÓGICA EN PACIENTES PEDIÁTRICOS CON ENFERMEDAD DE CROHN MODERADA A SEVERA.
CONTRERAS M. ; WEYERSBERG C. ; ROCCA A. ; PAZ S. ; ANTONISKA M. ; GALLARDO A. ; SASSON L.
- 123** EVOLUCIÓN A LARGO PLAZO DEL POUCH ILEOANAL EN PACIENTES CON ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL (EII)
NEDER M. ; ANTONISKA M. ; ROCCA A. ; WEYERSBERG C. ; CONTRERAS M. ; BOTTERO A. ; GONZALEZ J. ; FRAIRE C. ; BAILEZ M. ; BOSALEH A. ; DAVILA M. ; SASSON L.

VER DESARROLLO DE LA SESIÓN EN LA PÁGINA 22

11:20 a 12:20

Salón Renoir (2° Piso) – Palais Rouge

- 52** EXISTE DIFERENCIA EN LA LÍNEA BASAL DE IMPEDANCIOMETRÍA INTRALUMINAL MULTICANAL Y EL TIEMPO DE EXPOSICIÓN AL ÁCIDO EN NIÑOS CON ESOFAGITIS EOSINOFÍLICA VS AQUELLOS CON REFLUJO GASTROESOFÁGICO?
COHEN SABBAN J. ; DONATO G. ; MEHAUDY R. ; USSHER F. ; CHRISTIANSEN S. ; DAVILA M. ; ORSI M.

VER DESARROLLO DE LA SESIÓN EN LA PÁGINA 23

11:20 a 12:20

Salón Monet (2° Piso) – Palais Rouge

- 23** BIOPSIAS DE CONTROL EN TRASPLANTE HEPÁTICO PEDIÁTRICO
MALLAI. ; CHEANG Y. ; LAGUES C. ; SILVA M.

VER DESARROLLO DE LA SESIÓN EN LA PÁGINA 23

JUEVES 14
Gastroenterología
y Hepatología



14:30 a 16:30

Salón Pigalle (2° Piso) – Palais Rouge

- 4** MANEJO DE INFECCIÓN POR CITOMEGALOVIRUS EN TRASPLANTE HEPÁTICO PEDIÁTRICO
MALLA L. ; CANÉ A. ; ÁVILA DIEZ M. ; MARCÓ DEL PONT M. ; CHEANG Y. ; SILVA M. ;
CASANUEVA E.
- 24** HIDATIDOSIS HEPÁTICA, 36 CIRUGÍAS PREVENIBLES.
GARSES E. ; SABLIMBENI A. ; PEREZ MALDONADO J.
- 31** PREVALENCIA Y CLÍNICA DE LOS NIÑOS CON LITIASIS BILIAR EN HPMI DE SALTA
BASTIANELLI C.
- 131** ALTERACIÓN DE LA DINÁMICA BILIAR EN TRASPLANTADOS HEPÁTICOS PEDIÁTRICOS
EN UN CENTRO DE TRASPLANTE. UNA CAUSA DE COLESTASIS CRÓNICA?
REYNOSO LOPEZ V. ; MEHAUDY R. ; HUME BRAUN I. ; MOLLERACH A. ; D'AGOSTINO D.

VER DESARROLLO DE LA SESIÓN EN LA PÁGINA 25

16:45 a 17:45

Salón Renoir (2° Piso) – Palais Rouge

- 140** MOTILIDAD RECTOANAL Y RESPUESTA AL TRATAMIENTO CON BIOFEEDBACK
EN PACIENTES CON MALFORMACIONES ANORRECTALES
TARIFA C. ; BIGLIARDI R. ; DITARANTO A. ; ORTIZ G. ; REYNOSO R. ; VIDAL J. ;
MESSERE G. ; SILVESTRI G. ; KAHANE V. ; TOCA C. ; VARELA A. ; NORIEGA S.

VER DESARROLLO DE LA SESIÓN EN LA PÁGINA 25

16:45 a 17:45

Salón Monet (2° Piso) – Palais Rouge

- 122** LIGADURA ENDOSCÓPICA VARICEAL: EXPERIENCIA DE 10 AÑOS EN UN HOSPITAL
PEDIÁTRICO DE ALTA COMPLEJIDAD
BUSQUET L. ; ANTONISKA M. ; BOTTERO A. ; GONZALEZ J. ; ROCCA A. ; WEYERSBERG C. ;
NEDER D. ; SASSON L.

VER DESARROLLO DE LA SESIÓN EN LA PÁGINA 26



18:45 a 20:15

Salón Pigalle (2° Piso) – Palais Rouge

PRESENTACIÓN ORAL DE TRABAJOS LIBRES

Discutidoras: *Dra. Marcela Galoppo*
Dra. Miriam Cuarterolo
Dra. Silvia Bravo
Dra. Hilda Lande

- 19** ENFERMEDAD HEPATOBILIAR EN PACIENTES CON FIBROSIS QUÍSTICA (FQ)
Solís Neffa R. ; Mora M. ; Herrera J.
- 26** COMPLICACIONES DE LA CIRROSIS EN NIÑOS CON FIBROSIS QUÍSTICA
Malla L. ; López S. ; Oropeza G. ; Castaños C. ; Herrera J. ; Halac E. ; Fauda M. ; Battiston F. ; Bottero A. ; Mora M. ; Solís R. ; Cuarterolo M.
- 72** PREVALENCIA DE INFECCIÓN POR *HELICOBACTER PYLORI* EN NIÑOS Y ADOLESCENTES SOMETIDOS A ENDOSCOPIA DIGESTIVA.
Candarle P. ; Rodriguez Vulycher F. ; Ferrer M. ; Tabacco O. ; Costaguta A.
- 81** OBESIDAD EN PACIENTES ADOLESCENTES TRASPLANTADOS HEPÁTICOS
Cavallieri M. ; Boldrini H. ; Fernandez De Cuevas V. ; Sanchez M. ; Orsi M. ; D`Agostino D.
- 82** ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL (EII) EN PACIENTE CON INMUNODEFICIENCIA PRIMARIA (IDP)
Dobry M. ; Rocca A. ; Sassón L. ; García De Dávila M. ; Oleastro M. ; Solernou V. ; Bernasconi A. ; Danielian S. ; Wiesztort G. ; Acerenza M.
- 85** DILATACIÓN ENDOSCÓPICA CON BALÓN EN EL TRATAMIENTO DEL SÍNDROME PILÓRICO EN NIÑOS: REPORTE DE 5 CASOS.
Contreras M. ; Weyersberg C. ; Contreras Ramirez M. ; Busquet L. ; Sasson L.
- 125** ¿CUALES FUERON LOS MOTIVOS DE ENDOSCOPIAS Y SU ASPECTO MACROSCÓPICO EN PACIENTES CON HALLAZGO DE *HELICOBACTER PYLORI*?
Quispe C. ; Lucero N. ; Borobia P. ; Balcarce N. ; Beltramone M. ; Bernedo V. ; Besga A. ; Corfield E. ; Cueto Rúa E. ; González T. ; Guzmán L. ; Manterola M. ; Menéndez L. ; Miculán S. ; Nanfita G. ; Zubiri C. ; Ben R. ; Chereau C.
- 133** VARIABLES MANOMÉTRICAS Y RESPUESTA AL TRATAMIENTO CON BIOFEEDBACK EN PACIENTES CON MIELOMENINGOCELE
Tarifa C. ; Bigliardi R. ; Ditaranto A. ; Reynoso R. ; Vidal J. ; Toca C. ; Varela A. ; Perea C. ; Salas E. ; Viltre I.
- 137** MANOMETRÍA DE ALTA RESOLUCIÓN EN PEDIATRÍA. A PROPÓSITO DE UN CASO.
Kakisu M. ; Rocca A. ; Ramos R. ; Weyersberg C. ; Sasson L.
- 139** TUMOR RECTAL DE ORIGEN MESENQUIMATOSO EN PEDIATRÍA. PRESENTACIÓN DE UN CASO.
Barboni E. ; Paredes N. ; Hernanz P. ; Oller A. ; Roldán O. ; Ferreyra M. ; Peynado D. ; Grinblat V.



13:15 a 14:15

Aula 1 (Planta baja) – Centro Gianantonio

RECORRIDA DE PÓSTERS DIGITALES

Monitor N° 1

Discutidores: *Dr. Federico Ussher*
Dr. Martín Dobry
Dra. Victoria Fernández de Cuevas

- 5 TRASPLANTE HEPÁTICO PARA HEPATOBLASTOMA DE ALTO RIESGO
Malla I. ; Richard L. ; Fauda M. ; González Campaña A. ; Cheang Y. ; Silva M. ; Nalda G. ; Podestá G.
- 6 PREVALENCIA DE ENFERMEDAD CELIACA EN LA POBLACIÓN PEDIÁTRICA DEL ALTO VALLE DE RÍO NEGRO.
Carbonatto P. ; Jorge L. ; Gorbaran M. ; Alarcon G. ; Pomar P.
- 9 GASTROSTOMÍA ENDOSCÓPICA PERCUTÁNEA. SIETE AÑOS DE EXPERIENCIA EN HOSPITAL PEDIÁTRICO
Keller M. ; Hidalgo M. ; Ramacciotti G. ; Scarafoni S. ; Fontana C.
- 42 TOLERANCIA OPERACIONAL EN TRASPLANTE HEPÁTICO PEDIÁTRICO
Malla I. ; Cheang Y. ; González Campaña A. ; Lagues C. ; Silva M.

Monitor N° 2

Discutidoras: *Dra. Mónica Giacco*
Dra. Patricia D'Alia
Dra. María Camila Sánchez

- 14 EVOLUCIÓN DE LA ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL EN EL POSTRASPLANTE HEPÁTICO
Manterola M. ; Besga A. ; Gonzalez T. ; Ben R.
- 15 TRATAMIENTO CON LAMIVUDINE DE LA HEPATITIS AGUDA POR VIRUS B EN UN NIÑO DE 2 AÑOS: RESOLUCIÓN DE LA INFECCIÓN EN UN BREVE PLAZO.
Costaguta A. ; Doba N. ; Rodriguez Vulycher F.
- 16 EVALUACIÓN DE LA SENSIBILIDAD (SE) Y ESPECIFICIDAD (ES) DE LAS VARIABLES DE CORRELACIÓN SINTOMÁTICA (VCS) EN PACIENTES CON ENFERMEDAD POR REFLUJO GASTROESOFÁGICO ACIDO (ERGEA) Y ENFERMEDAD RESPIRATORIA EN EDAD PEDIÁTRICA.
Boggio Marzet C. ; Zurita Yong W. ; Tennina C. ; Rapetti M. ; Ko M. ; Tilli M. ; Basaldúa M.
- 20 ADENOCARCINOMA DE COLON EN UNA NIÑA DE 5 AÑOS DE EDAD
Pais A. ; Candarle P. ; Tabacco O. ; Costaguta A.
- 21 OBSTRUCCIÓN DE INTESTINO DELGADO COMO CAUSA DE FALLO DE CRECIMIENTO Y DESNUTRICIÓN CRÓNICA.
Barboni F. ; Paredes N. ; Hernanz P. ; Ferreyra M. ; Roldán O. ; Ferreyra M. ; Peinado D. ; Grinblat V. ; Defagó V. ; Leanza M.



34 MARCADORES SEROLÓGICOS EN EL SEGUIMIENTO DE NIÑOS CON ENFERMEDAD CELIACA

Zosi A. ; Beltramone M. ; Ben R. ; Borobia P. ; Chereau C. ; Cordfield E. ; Lucero N. ; Menendez L. ; Miculán S. ; Nanfito G. ; Guzmán L.

Monitor N° 3

Discutidoras: *Dra. Mariela Bustos*
Dra. Fernanda Romano Casco
Dra. Alejandra Pedreira

40 COMPLICACIONES ASOCIADAS A LA DUODENOPANCREATECTOMIA CEFÁLICA: EVOLUCIÓN Y SEGUIMIENTO DE TRES CASOS

Grabois F. ; Galizzi M. ; Martinez P. ; Dlugosevsky C. ; Arias L. ; Tonietti M. ; Magluf R. ; Trifone L.

60 XANTOGRANULOMATOSIS JUVENIL: PRESENTACION SISTEMICA CON FALLA HEPATICA NEONATAL

Pochettino S. ; Bordato J. ; Gonzalez A. ; Piotto M. ; Berutto V. ; Corini M. ; Macario M.

65 ASOCIACIÓN DE COLITIS ULCEROSA Y DÉFICIT DE IGA

Diaz Sotelo M. ; Caglio P. ; Messere G. ; Morise S. ; Toca M.

67 CAPILLARIASIS HEPÁTICA: OTRA CAUSA DE SÍNDROME HIPEREOSINOFILICO, REPORTE DE UN CASO

Crespo Quinteros E. ; López Giacinti L. ; Herrera M. ; Framarin R. ; Alvarez E. ; Peluffo G. ; Caglio P. ; Morise S.

68 ESCLERODERMIA Y DISFAGIA. NO TODO ES LO QUE PARECE

Malagrino P. ; Aliboni V. ; Cirincione V. ; Guglielmino A. ; Mavromatopulos E. ; Cichowolski V.

69 ESTUDIO FUNCIONAL EN NIÑOS CON ATRESIA ESOFÁGICA (AE) CORREGIDA.

Zubiri C. ; Miculan S. ; Nanfito G. ; Borobia P. ; Balcarce N. ; Guzmán L. ; Ben R.



VIERNES 15 DE AGOSTO

9:00 a 11:00

Salón Pigalle (2° Piso) – Palais Rouge

TRABAJOS LIBRES SELECCIONADOS PARA SER PRESENTADOS EN MESAS REDONDAS

- 134** CÁPSULA ENDOSCÓPICA: RÉDITO DIAGNÓSTICO EN UNA POBLACIÓN PEDIÁTRICA.
GONZALEZ J. ; WALDBAUM C. ; BOTTERO A. ; BUSQUET L. ; ROCCA A. ; WEYERSBERG C. ;
CONTRERAS M. ; SASSON L.
- 97** REGISTRO PROSPECTIVO DE ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL (EII)
EN POBLACIÓN PEDIÁTRICA ARGENTINA
VICENTIN R. ; PAIS A. ; CHAVEZ E. ; ORSI M. ; CONTRERAS M. ; WAGENER M.
- 48** LA UTILIZACIÓN DE LOS ANTICUERPOS ANTITRANSGLUTAMINASA TISULAR IGA Y LOS
DIRIGIDOS A PÉPTIDOS DE GLIADINA DEAMIDADOS IGG ES LA MEJOR COMBINACIÓN
PARA PREDECIR ENFERMEDAD CELIACA? (EC)
ORTIZ G. ; MESSERE G. ; SOSA P. ; FIORUCCI M. ; REYNOSO R. ; CAGLIO P. ; VIDAL J. ;
MORISE S. ; BIGLIARDI R. ; TOCA M.
- 96** ENFERMEDAD DE CROHN (EC) EN PACIENTES MENORES Y MAYORES DE 5 AÑOS,
¿HAY DIFERENCIAS?
SÁNCHEZ C. ; CONTRERAS M. ; WEYERSBERG C. ; ROCCA A. ; BOTTERO A. ;
ANTONISKA M. ; WEDE G. ; GONZALEZ J. ; LILIANA S.

VER DESARROLLO DE LA SESIÓN EN LA PÁGINA 27

11:20 a 12:20

Salón Renoir (2° Piso) – Palais Rouge

- 1** TRASTORNOS GASTROINTESTINALES Y CONDUCTAS ALIMENTARIAS EN NIÑOS CON
AUTISMO
VALICENTI-MCDERMOTT M. ; HOTTINGER K. ; LAWSON K. ; SEIJO R. ; SCHECHTMAN M. ;
SHULMAN L. ; SHINNAR S.

VER DESARROLLO DE LA SESIÓN EN LA PÁGINA 28

11:20 a 12:20

Salón Monet (2° Piso) – Palais Rouge

- 59** SÍNDROME DE ALAGILLE
TORRES S. ; GALOPPO M. ; GALOPPO M. ; LEZAMA ELECHARRI C. ; PEDREIRA A. ;
SOLAEGUI M. ; DE MATTEO E.

VER DESARROLLO DE LA SESIÓN EN LA PÁGINA 28



14:30 a 16:30

Salón Pigalle (2° Piso) – Palais Rouge

- 36 EFICACIA DE UNA PRUEBA RÁPIDA CON ANTICUERPOS IGA ANTITRANSGLUTAMINASA TISULAR EN LA DETECCIÓN DE ENFERMEDAD CELÍACA EN PEDIATRÍA.
ZOSIA. ; BALCARCE N. ; BELTRAMONE M. ; BEN R. ; BOROBIA P. ; CHEREAU C. ; CORFIELD E. ; CUETO RUA E. ; LUCERO N. ; MENENDEZ L. ; MICULAN S. ; NANFITO G. ; ZUBIRI C. ; GUZMAN L.
- 66 ANTICUERPOS ANTI TRANSGLUTAMINASA IGA (TTGA) Y ANTI ENDOMISIO IGA (EMA) COMO PREDICTORES DE ENFERMEDAD CELÍACA.
MESSERE G. ; ORTIZ G. ; CAGLIO P. ; BIGLIARDI R. ; VIDAL J. ; MORISE S. ; REYNOSO R. ; FIORUCCI M. ; SOSA P. ; TOCA M.
- 90 UTILIDAD DEL HLA DQ COMO HERRAMIENTA EN EL DIAGNÓSTICO DE LA ENFERMEDAD CELÍACA
FURNES R. ; ALVARELLOS T. ; MAS L. ; DARUICH L. ; KOHN I. ; SARTORI L. ; DILLER A.
- 107 ENCUESTA NACIONAL A GASTROENTERÓLOGOS PEDIATRAS, SOBRE DISPONIBILIDAD DE MÉTODOS DIAGNÓSTICOS PARA ENFERMEDAD CELÍACA (EC).
KAHANE V. ; SILVESTRI G. ; TOCA M.

VER DESARROLLO DE LA SESIÓN EN LA PÁGINA 29

16:45 a 17:45

Salón Renoir (2° Piso) – Palais Rouge

- 136 SÍNDROME DE POLIPOSIS EN PEDIATRÍA: EXPERIENCIA DE 21 AÑOS
CONTRERAS M. ; SAMBUSETI E. ; ROCCA A. ; WEYERSBERG C. ; BUSQUET L. ; BOTTERO A. ; NEDER M. ; GONZALEZ J. ; SASSON L.

VER DESARROLLO DE LA SESIÓN EN LA PÁGINA 30

16:45 a 17:45

Salón Monet (2° Piso) – Palais Rouge

- 54 ESTEATOHEPATITS NO ALCOHOLICA EN NIÑOS
SOLAEGUI M. ; GALOPPO M. ; LEZAMA ELECHARRI C. ; GALOPPO M. ; PEDREIRA A. ; DE MATTEO E. ; TRIFONE L. ; ROUSSOS A.

VER DESARROLLO DE LA SESIÓN EN LA PÁGINA 30



18:45 a 20:15

Salón Pigalle (2° Piso) – Palais Rouge

PRESENTACIÓN ORAL DE TRABAJOS LIBRES

Discutidoras: *Dra. Ivone Malla*
Dra. Silvia Nucifora
Dra. Silvia Marchisone
Dra. Mónica Cabrol

- 18** ¿SON LOS EVENTOS DE ESTRÉS NEONATAL (EEN) FACTORES DE RIESGO PARA EL DESARROLLO DE TRASTORNOS FUNCIONALES DIGESTIVOS (TFD) EN NIÑOS?
Boggio Marzet C. ; Palacios Perez C. ; Deforel M. ; Vecchiarelli C. ; Bastón C. ; Rodriguez G.
- 27** ABSCESOS HEPÁTICOS EN PEDIATRIA
Chereau C. ; Balcarce N. ; Beltramone M. ; Ben R. ; Besga A. ; Borobia P. ; Corfield E. ; Guzman L. ; Ibañez O. ; Luque C. ; Manterola M. ; Menendez L. ; Miculan S. ; Nanfito G. ; Zubiri C. ; Gonzalez T.
- 41** TROMBOSIS VENOSA EN NIÑOS Y ADOLESCENTES CON ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL CRÓNICA. ¿TENEMOS PRESENTE SU POTENCIAL RIESGO?
Busoni V. ; Orsi M. ; Altuna D. ; Villafañe L. ; Martinelli J. ; Christiansen S. ; D'Agostino D.
- 50** HEPATITIS A CÉLULAS GIGANTES ASOCIADA A ANEMIA HEMOLÍTICA COOMBS (+) EN UN LACTANTE DE 3 MESES: TRATAMIENTO EXITOSO CON RITUXIMAB Y MEPREDNISONA.
Vicentin R. ; Karakachoff M. ; Pochettino S. ; Costaguta A.
- 64** CARACTERISTICAS CLINICAS Y EPIDEMIOLOGICAS DE UNA POBLACIÓN CELIACA PEDIATRICA
López M. ; Sprang M. ; Vinuesa F.
- 76** CONOCIMIENTOS DEL PEDIATRA CLÍNICO SOBRE ALERGIA A LAS PROTEÍNAS DE LA LECHE DE VACA.
Doba N. ; Marmarusso D. ; Ruggieri M. ; Costaguta A. ; Tabacco O.
- 79** ACCIDENTES PREVENIBLES EN LA INFANCIA: INGESTA DE CÁUSTICO.
Beltramone M. ; Ben R. ; Cueto Rúa E. ; Menendez L. ; Chereau C. ; Corfield E. ; Balcarce N. ; Borobia P. ; Guzman L. ; Miculan S. ; Zosi A.
- 86** FINES DEL SIGLO XX-COMIENZOS DEL XXI ¿ENCONTRAMOS DIFERENCIAS EN LA INGESTA DE CORROSIVOS? TRATAMIENTO.
Bravo S. ; Aliverti G. ; Baigorri E. ; Gonzalez A. ; Piotto M. ; Bordato J.
- 109** ALERGIA A LAS PROTEÍNAS DE LECHE DE VACA (APLV) EN NIÑOS CON ALIMENTACIÓN MATERNA VERSUS FÓRMULA LÁCTEA. EVOLUCIÓN CLÍNICA Y TERAPÉUTICA.
Valenzuela Vera M. ; Morise S. ; Sosa P. ; Toca M.
- 119** MANEJO CONSERVADOR DE LA FÍSTULA BILIAR POST TRAUMÁTICA
Cieri P. ; Liberto D. ; Salomon A. ; Prodan S. ; Calello S. ; Elmo G. ; Urquiza M. ; Lobos P.



13:15 a 14:15

Aula 1 (Planta baja) – Centro Gianantonio

RECORRIDA DE PÓSTERS DIGITALES

Monitor N° 1

Discutidores: *Dra. Gabriela Donato*
Dr. Lucio González

- 71 CUERPOS EXTRAÑOS DIGESTIVOS. NUESTRA EXPERIENCIA
Wayar A. ; Bastianelli C.
- 74 INCIDENCIA DE HEMORRAGIA DIGESTIVA EN PACIENTES CRÍTICAMENTE ENFERMOS BAJO PROFILAXIS CON OMEPRAZOL.
Weinschelbaum R. ; Marmarusso D. ; Tabacco O. ; Costaguta A. ; Lemelson L.
- 87 AFECTACION GASTROINTESTINAL Y HEPATOBILIAR DE PACIENTES FIBROQUÍSTICOS ATENDIDOS EN UN HOSPITAL PÚBLICO PEDIÁTRICO: EXPERIENCIA EN 25 AÑOS.
Lande H. ; Pochettino S. ; Bordato J. ; Bravo S. ; Aliverti G. ; Gonzalez A.
- 88 PATOLOGÍA AUTOINMUNE MÚLTIPLE EN UN PACIENTE CON INMUNODEFICIENCIA PRIMARIA
Pochettino S. ; Bernasconi A. ; Costagutta A. ; Galicchio M. ; Trotta L. ; Vicentin R. ; Wagener M.
- 89 LINFANGIECTASIA INTESTINAL PRIMARIA: REPORTE DE UN CASO.
Rojas Molina C. ; Gonzalez R. ; Gonzalez M. ; Iaria D. ; Nugnes C. ; Kuglien Y.
- 91 EVOLUCIÓN NUTRICIONAL EN LACTANTES CON ALERGIA A LAS PROTEÍNAS DE LA LECHE DE VACA (APLV)
Furnes R. ; Laquis M. ; Allende M. ; Maldonado C. ; Daruich L.

Monitor N° 2

Discutidoras: *Dra. Karina Leta*
Dra. Adriana Spiess

- 95 EVALUACIÓN DE DISTINTOS PUNTOS DE CORTE DE ANTICUERPOS ANTITRANSGLUTAMINASA (ATGH) PARA EL DIAGNÓSTICO DE ENFERMEDAD CELÍACA (EC) EN PEDIATRÍA
Wagener M. ; Becker M. ; Trotta L. ; Fernandez De Carrera E.
- 99 ALERGIA A PROTEÍNAS DE LECHE DE VACA (APLV) EN NIÑOS ALIMENTADOS A PECHO EXCLUSIVO. REINTRODUCCIÓN DE LA PROTEÍNA LECHE DE VACA (PLV).
Radionovas P. ; Sosa P. ; Morise S. ; Messere G. ; Toca M.
- 112 LIPODISTROFIA CONGÉNITA: CAUSA NO HABITUAL DE UNA CONSULTA FRECUENTE EN GASTROENTEROLOGÍA INFANTIL.
Uhlir A. ; Dumondin V. ; Debernardi F. ; Leidi G.
- 117 HIPERTRANSAMINASEMIA EN LA ENFERMEDAD CELIACA
Menendez L. ; Balcarce N. ; Beltramone M. ; Bernedo V. ; Besga A. ; Borobia P. ; Corfield E. ; Cueto Rua E. ; Chereau C. ; Gonzalez T. ; Guzman L. ; Lucero N. ; Luque C. ; Manterola M. ; Miculan S. ; Nanfito G. ; Ben R.
- 118 ACALASIA COMO FORMA DE PRESENTACIÓN DE MIOPATÍA VISCERAL
Cieri P. ; Liberto D. ; Salomon A. ; Prodan S. ; Calello S. ; Cohen J. ; Elmo G. ; Urquiza M. ; Lobos P.



Monitor N° 3

Discutidoras: *Dra. Valeria Taire*
Dra. Romina Yeraci

120 RESULTADOS DEL TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DEL REFLUJO GASTROESOFÁGICO EN PACIENTES CON ATRESIA ESOFÁGICA.

Cieri P. ; Prodan S. ; Salomon A. ; Calello S. ; Liberto D. ; Elmo G. ; Urquizo M. ; Lobos P.

126 OCLUSIÓN INTESTINAL POR CLOSTRIDIUM DIFICILE

Calello S. ; Bortagaray J. ; Salomon A. ; Prodan S. ; Cieri P. ; Ferraris T. ; Liberto D. ; Udaquiola J. ; Urquizo M. ; Elmo G. ; Lobos P. ; De Badiola F.

132 UTILIZACIÓN DE BETABLOQUEANTES EN HEMANGIOMAS HEPÁTICOS

Mehaudy R. ; Boldrini G. ; Reynoso V. ; Sanchez C.

138 ESOFAGITIS EOSINOFILICA. EXPERIENCIA EN UN CENTRO PEDIATRICO

Chereau C. ; Balcarce N. ; Beltramone M. ; Bernedo V. ; Besga A. ; Borobia P. ; Corfield E. ; Gonzalez T. ; Guzman L. ; Lucero N. ; Luque C. ; Manterola M. ; Menendez L. ; Miculan S. ; Nanfito G. ; Zubiri C. ; Ben R.

141 ULCERA GÁSTRICA POR *HELICOBACTER PYLORI* EN LACTANTE MENOR DE 2 MESES, REPORTE DE UN CASO CLINICO

Padilla Arancibia M. ; Toapanta D. ; Quintana C



SÁBADO 16 DE AGOSTO

9:00 a 11:00

Salón Pigalle (2° Piso) – Palais Rouge

TRABAJOS LIBRES SELECCIONADOS PARA SER PRESENTADOS EN MESAS REDONDAS

- 17 EVALUACIÓN DE ALFA 1 ANTITRIPSINA EN MATERIA FECAL EN NEONATOS SANOS.
BOGGIO MARZET C. ; CAMPOVERDE S. ; DEFOREL M. ; BASALDÚA M. ; RODRIGUEZ G. ;
LITWIN N.
- 103 EVALUACIÓN DEL CRECIMIENTO PONDOESTATURAL EN PACIENTES CON
PROCTORRAGIA COMO FORMA DE PRESENTACIÓN DE LA ALERGIA A PROTEÍNA DE
LECHE DE VACA. COMPARACIÓN ENTRE FÓRMULAS DE AMINOÁCIDOS E HIDROLIZADO
EXTENSO DE PROTEÍNAS.
BOGGIO MARZET C. ; TENNINA C. ; TILLI M.
- 104 INSUFICIENCIA INTESTINAL EN PEDIATRÍA: ¿ES POSIBLE REHABILITAR PACIENTES CON
INDICACIÓN DE TRASPLANTE DE INTESTINO?
BUSONI V. ; LOBOS P. ; USSHER F. ; SANCHEZ CLARIA R. ; FRANGI F. ; UNGAR L. ;
ORSI M. ; D'AGOSTINO D.
- 129 CIRUGIA DE ELONGACION INTESTINAL EN NIÑOS CON SINDROME DE INTESTINO CORTO
LOBOS P. ; BUSONI V. ; D'AGOSTINO D. ; PRODAN S. ; USSHER F. ; LIBERTO D. ;
SANCHEZ CLARIA R.

VER DESARROLLO DE LA SESIÓN EN LA PÁGINA 32

11:20 a 12:30

Salón Renoir (2° Piso) – Palais Rouge

- 51 REFLUJO NO ÁCIDO COMO CAUSA DE ESOFAGITIS EN PACIENTES OPERADOS DE
ATRESIA ESOFÁGICA EVALUADO POR IMPEDANCIOMETRÍA INTRALUMINAL MULTICANAL
DE 24 HS
COHEN SABBAN J. ; MEHAUDY R. ; CHRISTIANSEN S. ; LOBOS P. ; ORSI M.

VER DESARROLLO DE LA SESIÓN EN LA PÁGINA 33

11:20 a 12:30

Salón Monet (2° Piso) – Palais Rouge

- 13 TRASPLANTE HEPÁTICO EN LA INSUFICIENCIA HEPÁTICA AGUDA: RESULTADOS DE LOS
PRIMEROS 7 AÑOS EN LA PROVINCIA DE SANTA FE.
COSTAGUTA A. ; BELTRAMINO D. ; BITETTI L. ; GUTIERREZ M. ; RUIZ M. ; POCHETTINO S. ;
PLAZA S. ; REYES N.

VER DESARROLLO DE LA SESIÓN EN LA PÁGINA 33

SÁBADO 16
Gastroenterología
y Hepatología



JUEVES 14 DE AGOSTO

PALAIS ROUGE EVENTOS Y CONVENCIONES

NUTRICIÓN

8:30 a 10:00

Salón Doree (1° Piso) – Palais Rouge

SESIÓN: Tratamiento de niños con diabetes 1: ¿estamos haciendo lo suficiente?

Coordinadora: *Dra. Laura Gaete*

Secretario: *Dr. Luis Fabio Porta Palacios*

- Metas de control: ¿son factibles?
Dra. Gabriela Krochik
- Riesgos poco frecuentes de las complicaciones agudas
Dra. Mabel Ferraro
- Complicaciones crónicas en pediatría
Dra. Miriam Tonietti

PRESENTACIÓN DE TRABAJO LIBRE SELECCIONADO N°

- 94 PREVALENCIA DE INSULINO-RESISTENCIA EN ADOLESCENTES CON DIABETES TIPO 1 Y SU RELACIÓN CON COMPLICACIONES MICROVASCULARES. - BOTTO M. y colaboradores (VER PÁGINA 58)

8:30 a 10:00

Salón Petit Doree (1° Piso) – Palais Rouge

SESIÓN: Programas nutricionales relacionados con la salud pública

Coordinadora: *Dra. Ana Speranza*

Secretaria: *Dra. Gladys Pernas*

- Programa de sanidad escolar
Dra. Verónica Luccini
- Creciendo en entornos saludables
Dra. Laura Sansalone
- Alimentación y actividad física en escolares
Dra. María Susana Ortale

PRESENTACIÓN DE TRABAJO LIBRE SELECCIONADO N°

- 7 APOORTE DEL PROGRAMA DE COMEDORES ESCOLARES A LA INGESTA DE NUTRIENTES DE NIÑOS DE 5°GRADO DE ESCUELAS PÚBLICAS DE LA PROVINCIA DE CORRIENTES - ROVIROSA A. y colaboradores (VER PÁGINA 58)

10:00 a 10:15 Receso



10:15 a 11:15

Salón Doree (1° Piso) – Palais Rouge

CONFERENCIA: Impacto de la nutrición temprana en el crecimiento compensador

Conferencista: *Dra. Verónica Mericq*

Presenta: *Dra. Olga Ramos*

11:15 a 11:30 Receso

11:30 a 13:10

Salón Doree (1° Piso) – Palais Rouge

SESIÓN: Complicaciones en órganos “blanco” de la obesidad

Coordinadora: *Dra. Susana de Grandis*

Secretaria: *Dra. Sonia Martínez*

- El riñón en el obeso
Dr. Javier Ruscaso
- El hígado en el obeso
Dra. Alejandra Cherniavsky
- El corazón y el lecho vascular en el obeso
Dr. Marcelo Guida

PRESENTACIÓN DE TRABAJO LIBRE SELECCIONADO N°

38 FRECUENCIA DE ESTEATOSIS HEPÁTICA Y CORRELACION CON CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS Y BIOQUÍMICAS EN NIÑOS Y ADOLESCENTES OBESOS ASISTIDOS EN CONSULTORIO DE ENFERMEDADES METABÓLICAS DEL HOSPITAL DE NIÑOS DE SALTA - PACHECO G. y colaboradores (VER PÁGINA 58)

11:30 a 13:10

Salón Petit Doree (1° Piso) – Palais Rouge

SESIÓN: Diagnóstico de situación nutricional en Argentina: enfoque desde diferentes ámbitos

Coordinador: *Dr. Enrique Abeya Gilardon*

Secretaria: *Dra. Amal Hassan*

- Situación alimentaria y nutricional en la Ciudad de Buenos Aires
Lic. Florencia Flax Marcó
- La importancia de los aspectos socioculturales en el diagnóstico alimentario-nutricional
Dra. Lis del Campo
- Fortalezas y debilidades de Encuesta Nacional de Nutrición y Salud
Dr. Enrique Abeya Gilardon

PRESENTACIÓN DE TRABAJO LIBRE SELECCIONADO N°

3 HACIA EL MAPA DE OBESIDAD EN LA ARGENTINA - PUEYRREDON P. y colaboradores (VER PÁGINA 58)

29 DIFERENCIAS EN LOS INDICADORES BÁSICOS DE LACTANCIA MATERNA Y ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA PROPUESTOS POR LA OMS EN NIÑOS CON DIFERENTES CONDICIONES SOCIODEMOGRÁFICAS DE ROSARIO. - ZAPATA M. y colaboradores (VER PÁGINA 58)



13:10 a 14:30 Receso

14:30 a 16:00

Salón Doree (1° Piso) – Palais Rouge

SESIÓN: Desafíos en el manejo nutricional del recién nacido prematuro

Coordinadora: *Dra. Virginia Desantadina*

Secretaria: *Dra. Ana Cabral*

- Prematurez y nutrientes para el neurodesarrollo
Dra. Carmen Vecchiarelli
- Proteínas en prematuros
Dr. Alejandro Dinerstein
- Seguimiento nutricional del prematuro
Dra. Carola Saure
- Gasto energético y composición corporal en pretérminos de muy bajo peso
Dra. Verónica Mericq

PRESENTACIÓN DE TRABAJO LIBRE SELECCIONADO N°

105 IMPACTO DEL ESTADO NUTRICIONAL MATERNO, ANTES Y DURANTE EL EMBARAZO, SOBRE LA COMPOSICIÓN CORPORAL NEONATAL. ESTUDIO DE CORRELACIÓN EN UNA MATERNIDAD PÚBLICA DE ARGENTINA. - PACCE M. y colaboradores (VER PÁGINA 59)

14:30 a 16:00

Salón Petit Doree (1° Piso) – Palais Rouge

SESIÓN: Deficiencias de nutrientes: la cara oculta de la malnutrición

Coordinadora: *Dra. Nidia Escobal*

Secretaria: *Dra. Patricia Evangelista*

- Deficiencias nutricionales en el niño que crece bien
Dra. Norma Piazza
- Desnutrición hospitalaria
Dra. Adriana Fernández
- Deficiencias de micronutrientes en el niño enfermo
Dra. María Mascarenhas

PRESENTACIÓN DE TRABAJO LIBRE SELECCIONADO N°

101 RELACIÓN DE LA INGESTA PROTEICA CON EL BALANCE NITROGENADO Y EL ESTADO NUTRICIONAL EN PACIENTES PEDIÁTRICOS CON ENFERMEDAD FIBROQUÍSTICA (FQ) - CABRERA C. y colaboradores (VER PÁGINA 59)

16:00 a 16:15 Receso



16:15 a 17:00

Salón Doree (1° Piso) – Palais Rouge

Conferencia: Lactancia materna: propuestas concretas

Conferencista: *Dr. Miguel Larguía*

Presenta: *Dra. Nidia Escobal*

17:00 a 17:15 **Receso**

17:15 a 18:45

Salón Doree (1° Piso) – Palais Rouge

SESIÓN: Masa ósea en la infancia: nuevos conocimientos

Coordinadora: *Dra. Silvia Friedman*

Secretaria: *Dra. Ariela Agostinho*

- Salud ósea: fisiología y diagnóstico
Dra. Cristina Tau
- Bases moleculares que explican el comportamiento óseo en el retraso crónico
Dra. Patricia Boyer
- Salud ósea en enfermedades inflamatorias pediátricas
Dra. María Mascarenhas

PRESENTACIÓN DE TRABAJO LIBRE SELECCIONADO N°

- 30** PATRONES DE INGESTA DE LÁCTEOS DE LA POBLACIÓN ARGENTINA -
ZAPATA M. y colaboradores (VER PÁGINA 59)

17:15 a 18:45

Salón Petit Doree (1° Piso) – Palais Rouge

SESIÓN: Dislipidemia en pediatría: “hacia la construcción de un consenso”

Coordinan: *Dra. María Beatriz Araujo*

Dra. Patricia Casavalle

Dra. Miriam Tonietti

PRESENTACIÓN DE TRABAJO LIBRE SELECCIONADO N°

- 57** EFECTO DE LA SUPLEMENTACIÓN CON ÁCIDOS GRASOS POLIINSATURADOS N-3 SOBRE LA DISLIPIDEMIA EN NIÑOS Y ADOLESCENTES INFECTADOS POR HIV BAJO TRATAMIENTO ANTIRRETROVIRAL DE ALTA EFICACIA
AGUSTINHO A. y colaboradores (VER PÁGINA 59)
- 62** IMPACTO CLINICO DEL TRATAMIENTO COMBINADO EN PACIENTES PEDIATRICOS CON HIPERCOLESTEROLEMIA FAMILIAR HOMOCIGOTA -
MIRA M. y colaboradores (VER PÁGINA 59)

JUEVES 14
Nutrición



VIERNES 15 DE AGOSTO

PALAIS ROUGE EVENTOS Y CONVENCIONES

8:30 a 10:00

Salón Doree (1° Piso) – Palais Rouge

SESIÓN: Controversias sobre cirugía bariátrica en la obesidad mórbida

Coordinadora: *Dra. Irina Kovalskys*

Secretaria: *Dra. Sol Pacce*

- Introducción
Dra. Débora Setton
- Si
Dr. Oscar Brasesco
- No
Dra. Marisa Armeno

8:30 a 10:00

Salón Petit Doree (1° Piso) – Palais Rouge

**SESIÓN: Educación terapéutica en la enfermedad crónica nutricional:
hacia el empoderamiento del paciente**

Coordinadora: *Dra. Adriana Roussos*

Secretaria: *Dra. Mariana Prieto*

- Taller de talleres: ¿cómo armarlos?
Dra. Cristina Catsicaris
- Campamentos para niños y adolescentes con diabetes
Dra. Viviana Balbi
- Talleres de educación terapéutica, el enfoque interdisciplinario
Dra. Fabiana Cuattrone

PRESENTACIÓN DE TRABAJO LIBRE SELECCIONADO N°

**130 ADHERENCIA A LARGO PLAZO EN UNA INTERVENCIÓN GRUPAL DE PACIENTES
CON SOBREPESO Y OBESIDAD - ARMENO M. y colaboradores (VER PÁGINA 60)**

10:00 a 10:15 Receso

10:15 a 11:15

Salón Doree (1° Piso) – Palais Rouge

CONFERENCIA: Rehabilitación intestinal: estrategias de manejo

Conferencista: *Dra. María Mascarenhas*

Presenta: *Dra. Marcela Fabeiro*

11:15 a 11:30 Receso



11:30 a 13:00

Salón Doree (1° Piso) – Palais Rouge

SESIÓN: ¿Dietas especiales como estrategias terapéuticas o electivas?

Coordinadora: *Dra. Corina Dlugoszewski*

Secretaria: *Dra. Carolina Martínez Mateu*

- Dieta cetogénica
Dra. María Julia Alberti
- Dieta vegetariana
Dra. Norma Piazza
- Alergia alimentaria
Dra. Natalia Petriz

PRESENTACIÓN DE TRABAJO LIBRE SELECCIONADO N°

75 MICRONUTRIENTES Y FIBRA EN LA DIETA CETOGÉNICA: APORTES Y SUPLEMENTACION - VIOLLAZ R. y colaboradores (VER PÁGINA 60)

11:30 a 13:00

Salón Petit Doree (1° Piso) – Palais Rouge

SESIÓN: Salud bucal: un enfoque desde la nutrición

Coordinadora: *Dra. Patricia Casavalle*

Secretaria: *Lic. Laura Romano*

- Erosión dental: ¿a quién culpamos?
Dra. Silvia Friedman
- Caries: interacción alimento-microbiota bucal
Dra. Patricia Rodríguez
- Enfermedades sistémicas y alteraciones bucales: ¿están relacionadas?
Dra. Macarena González Chavez

PRESENTACIÓN DE TRABAJO LIBRE SELECCIONADO N°

22 RESISTENCIA INSULÍNICA Y SU ASOCIACIÓN CON ÍNDICES GINGIVOPERIODONTALES - CASAVALLE P. y colaboradores (VER PÁGINA 60)

13:00 a 14:00 Receso

14:00 a 15:30

Salón Doree (1° Piso) – Palais Rouge

RECORRIDA DE PÓSTERS DIGITALES DE NUTRICIÓN

Ver página 60

15:30 a 15:54 Receso

VIERNES 15
Nutrición



15:45 a 16:40

Salón Doree (1° Piso) – Palais Rouge

CONFERENCIA: Avances en la etiopatogenia de la obesidad

Conferencista: *Dra. Carmen Mazza*

Presenta: *Dra. Gabriela Krochik*

16:40 a 17:00 Receso

17:00 a 18:00

Salón Doree (1° Piso) – Palais Rouge

CONFERENCIA: Del alimento a la comida. Las transformaciones en la comensalidad y su efecto en los cuerpos de los niños

Conferencista: *Dra. Mónica García Barthe*

Presenta: *Dra. Miriam Tonietti*

18:00 a 18:15

Salón Doree (1° Piso) – Palais Rouge

PRESENTACIÓN ORAL DE TRABAJOS LIBRES DE NUTRICIÓN

Ver página 62

SÁBADO 16 DE AGOSTO

CENTRO DE DOCENCIA Y CAPACITACIÓN PEDIÁTRICA “DR. CARLOS A. GIANANTONIO”

9:00 a 9:50 **Salón Auditorio** (*Planta baja*) – Centro Gianantonio

CONFERENCIA: La diabetes en los niños hoy

Conferencista: *Dra. Liliانا Trifone*

Presenta: *Blanca Ozuna*

9:50 a 10:00 Receso

10:00 a 11:30 **Salón Auditorio** (*Planta baja*) – Centro Gianantonio

SESIÓN: Soporte nutricional en el paciente crítico

Coordinador: *Dr. Gabriel Eiberman*

Secretario: *Dr. Miguel Benegas*

- Manejo nutricional del paciente crítico
Dr. Daniel Capra
- Manejo nutricional del neonato crítico
Dra. Virginia Desantadina
- Manejo nutricional del paciente quemado
Dra. Carolina Caminiti

PRESENTACIÓN DE TRABAJO LIBRE SELECCIONADO N°

102 INCIDENCIA DE MALNUTRICIÓN Y APLICACIÓN DE UN SCORE DE RIESGO NUTRICIONAL EN UNA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS PEDIÁTRICOS. -
FRAIRE R. y colaboradores (VER PÁGINA 64)

11:30 a 11:45 Receso

11:45 a 12:45 **Salón Auditorio** (*Planta baja*) – Centro Gianantonio

CONFERENCIA: La nutrición en la enfermedad fibroquística: puesta al día

Conferencista: *Dra. María Mascarenhas*

Presenta: *Dra. Patricia Sosa*



TRABAJOS LIBRES DE NUTRICIÓN

JUEVES 14 DE AGOSTO			
TRABAJOS LIBRES SELECCIONADOS PARA SER PRESENTADOS EN MESAS REDONDAS			
SALÓN DOREE <i>(1° PISO – PALAIS ROUGE)</i> 8:30 a 10:00	SALÓN PETIT DOREE <i>(1° PISO – PALAIS ROUGE)</i> 8:30 a 10:00	SALÓN DOREE <i>(1° PISO – PALAIS ROUGE)</i> 11:30 a 13:10	SALÓN PETIT DOREE <i>(1° PISO – PALAIS ROUGE)</i> 11:30 a 13:10
94	7	38	3 - 29
SALÓN DOREE <i>(1° PISO – PALAIS ROUGE)</i> 14:30 a 16:00	SALÓN PETIT DOREE <i>(1° PISO – PALAIS ROUGE)</i> 14:30 a 16:00	SALÓN DOREE <i>(1° PISO – PALAIS ROUGE)</i> 17:15 a 18:45	SALÓN PETIT DOREE <i>(1° PISO – PALAIS ROUGE)</i> 17:15 a 18:45
105	101	30	57 - 62

VIERNES 15 DE AGOSTO		
TRABAJOS LIBRES SELECCIONADOS PARA SER PRESENTADOS EN MESAS REDONDAS		
SALÓN PETIT DOREE <i>(1° PISO – PALAIS ROUGE)</i> 8:30 a 10:00	SALÓN DOREE <i>(1° PISO – PALAIS ROUGE)</i> 11:30 a 13:00	SALÓN PETIT DOREE <i>(1° PISO – PALAIS ROUGE)</i> 11:30 a 13:00
130	75	22

VIERNES 15 DE AGOSTO	
SALÓN DOREE <i>(1° PISO – PALAIS ROUGE)</i> 18:00 a 19:15	
Presentación Oral 70 - 111 - 114 - 116	Presentación Oral 28 - 35 - 47 - 127



VIERNES 15 DE AGOSTO		
SALÓN DOREE <i>(1° PISO – PALAIS ROUGE)</i> 14:00 a 15:30		
MONITOR 1	MONITOR 2	MONITOR 3
Recorrida de Pósters Digitales 25 - 33 - 37 - 45 - 46 - 53 - 55	Recorrida de Pósters Digitales 32 - 39 - 61 - 92 - 142 - 143 - 144	Recorrida de Pósters Digitales 49 - 56 - 63 - 80 - 121 - 128 - 135

SÁBADO 16 DE AGOSTO
TRABAJO LIBRES SELECCIONADO PARA SER PRESENTADO EN MESAS REDONDAS
AUDITORIO <i>(Planta Baja - Centro Gianantonio)</i> 10:00 a 11:30
102



TRABAJOS LIBRES DE NUTRICIÓN

JUEVES 14 DE AGOSTO

8:30 a 10:00

Salón Doree (1° Piso) – Palais Rouge

TRABAJOS LIBRES SELECCIONADOS PARA SER PRESENTADOS EN MESAS REDONDAS

- 94 PREVALENCIA DE INSULINO-RESISTENCIA EN ADOLESCENTES CON DIABETES TIPO 1 Y SU RELACIÓN CON COMPLICACIONES MICROVASCULARES.
BOTTO M. ; MAZZA C. ; KROCHIK G.

VER DESARROLLO DE LA SESIÓN EN LA PÁGINA 48

8:30 a 10:00

Salón Petit Doree (1° Piso) – Palais Rouge

- 7 APOORTE DEL PROGRAMA DE COMEDORES ESCOLARES A LA INGESTA DE NUTRIENTES DE NIÑOS DE 5°GRADO DE ESCUELAS PÚBLICAS DE LA PROVINCIA DE CORRIENTES
ROVIROSA A. ; ZAPATA M. ; TRIFILIO C. ; BERTA C. ; CARMUEGA E.

VER DESARROLLO DE LA SESIÓN EN LA PÁGINA 48

11:30 a 13:10

Salón Doree (1° Piso) – Palais Rouge

- 38 FRECUENCIA DE ESTEATOSIS HEPÁTICA Y CORRELACION CON CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS Y BIOQUÍMICAS EN NIÑOS Y ADOLESCENTES OBESOS ASISTIDOS EN CONSULTORIO DE ENFERMEDADES METABÓLICAS DEL HOSPITAL DE NIÑOS DE SALTA
PACHECO G. ; BURGOS M. ; YAPURA C.

VER DESARROLLO DE LA SESIÓN EN LA PÁGINA 49

11:30 a 13:10

Salón Petit Doree (1° Piso) – Palais Rouge

- 3 HACIA EL MAPA DE OBESIDAD EN LA ARGENTINA
PUEYRREDON P. ; CARELLA B. ; DE DOMINICIS G. ; CARMUEGA E.
- 29 DIFERENCIAS EN LOS INDICADORES BÁSICOS DE LACTANCIA MATERNA Y ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA PROPUESTOS POR LA OMS EN NIÑOS CON DIFERENTES CONDICIONES SOCIODEMOGRÁFICAS DE ROSARIO
ZAPATA M. ; FORTINO J. ; PALMUCCI C. ; PADROS S. ; PALANCA E. ; VENESIA A. ; CARMUEGA E.

Ver desarrollo de la Sesión en la página 49



14:30 a 16:00

Salón Doree (1° Piso) – Palais Rouge

- 105 IMPACTO DEL ESTADO NUTRICIONAL MATERNO, ANTES Y DURANTE EL EMBARAZO, SOBRE LA COMPOSICIÓN CORPORAL NEONATAL. ESTUDIO DE CORRELACIÓN EN UNA MATERNIDAD PÚBLICA DE ARGENTINA.
PACCE M. ; KROCHIK G. ; SAURE C. ; MAZZA C. ; GARCIA S. ; TOMSIG R. ; LOPEZ A. ; RIBOLA L.

VER DESARROLLO DE LA SESIÓN EN LA PÁGINA 50

14:30 a 16:00

Salón Petit Doree (1° Piso) – Palais Rouge

- 101 RELACIÓN DE LA INGESTA PROTEICA CON EL BALANCE NITROGENADO Y EL ESTADO NUTRICIONAL EN PACIENTES PEDIÁTRICOS CON ENFERMEDAD FIBROQUÍSTICA (FQ)
CABRERA C. ; NOROÑA M. ; WAGENER M.

VER DESARROLLO DE LA SESIÓN EN LA PÁGINA 50

17:15 a 18:45

Salón Doree (1° Piso) – Palais Rouge

- 30 PATRONES DE INGESTA DE LÁCTEOS DE LA POBLACIÓN ARGENTINA
ZAPATA M. ; ROVIROSA A. ; CARMUEGA E.

VER DESARROLLO DE LA SESIÓN EN LA PÁGINA 51

17:15 a 18:45

Salón Petit Doree (1° Piso) – Palais Rouge

- 57 EFECTO DE LA SUPLEMENTACIÓN CON ÁCIDOS GRASOS POLIINSATURADOS N-3 SOBRE LA DISLIPIDEMIA EN NIÑOS Y ADOLESCENTES INFECTADOS POR HIV BAJO TRATAMIENTO ANTIRRETROVIRAL DE ALTA EFICACIA
AGUSTINHO A. ; GOYHENEIX M. ; ESCOBAL N. ; ARAUJO M.
- 62 IMPACTO CLINICO DEL TRATAMIENTO COMBINADO EN PACIENTES PEDIATRICOS CON HIPERCOLESTEROLEMIA FAMILIAR HOMOCIGOTA
MIRA M. ; MARCARIAN G. ; PUGLIESE A. ; ARAUJO M.

VER DESARROLLO DE LA SESIÓN EN LA PÁGINA 51

JUEVES 14
Nutrición



VIERNES 15 DE AGOSTO

TRABAJOS LIBRES SELECCIONADOS PARA SER PRESENTADOS EN MESAS REDONDAS

8:30 a 10:00

Salón Petit Doree (1° Piso) – Palais Rouge

- 130** ADHERENCIA A LARGO PLAZO EN UNA INTERVENCIÓN GRUPAL DE PACIENTES CON SOBREPESO Y OBESIDAD
ARMENO M. ; CAMINITI C. ; RASPINI M. ; BREA M.

VER DESARROLLO DE LA SESIÓN EN LA PÁGINA 52

11:30 a 13:00

Salón Doree (1° Piso) – Palais Rouge

- 75** MICRONUTRIENTES Y FIBRA EN LA DIETA CETOGÉNICA: APORTES Y SUPLEMENTACION
VIOLLAZ R. ; ALBERTI J. ; FERNANDEZ A.

VER DESARROLLO DE LA SESIÓN EN LA PÁGINA 53

11:30 a 13:00

Salón Petit Doree (1° Piso) – Palais Rouge

- 22** RESISTENCIA INSULÍNICA Y SU ASOCIACIÓN CON ÍNDICES GINGIVOPERIODONTALES
CASAVALLE P. ; ANTONA M. ; ROMANO L. ; PANDOLFO M. ; MASELLI M. ; CAAMAÑO A. ; RAMOS M. ; RODRIGUEZ P. ; FRIEDMAN S.

Ver desarrollo de la Sesión en la página 53

14:00 a 15:30

Salón Doree (1° Piso) – Palais Rouge

RECORRIDA DE PÓSTERS DIGITALES

Monitor N° 1

Discutidoras: *Dra. Nidia Escobal*
Dra. Adriana Roussos

- 25** EL COSTO DEL HAMBRE: IMPACTO SOCIAL Y ECONÓMICO DE LA DESNUTRICIÓN INFANTIL EN ARGENTINA
Espagnol M. ; Carmuega E.
- 33** LEYES Y PROYECTOS DE LEY SOBRE REGULACIÓN DE KIOSCOS ESCOLARES EN ARGENTINA.
Gomez P. ; Zapata M. ; Carmuega E.
- 37** HIDRATAR I: PERFIL DE INGESTA DE BEBIDAS NO ALCOHÓLICAS DE LA POBLACIÓN ARGENTINA
Chamorro V. ; Roviroso A. ; Zapata M. ; Carmuega E.
- 45** UNA MIRADA AL KIOSCO DE LAS ESCUELAS DE CORRIENTES
Trifilio C. ; Zapata M. ; Roviroso A. ; Berta M. ; Carmuega E.



- 46 HÁBITOS DE ALIMENTACIÓN EN ESCOLARES DE CORRIENTES
Trifilio C. ; Zapata M. ; Rovirosa A. ; Berta M. ; Carmuega E.
- 53 PRÁCTICAS EN EL CONSULTORIO DE OBESIDAD INFANTIL Y ADOLESCENTE
Gomez P. ; Pueyrredón P. ; Chamorro V. ; Cotti A. ; Grippo B. ; Carmuega E.
- 55 EVALUACIÓN ANTROPOMÉTRICA EN LA POBLACIÓN DE ESCOLARES DE CORRIENTES
Zapata M. ; Rovirosa A. ; Trifilio C. ; Berta C. ; Carmuega E.

Monitor N° 2

Discutidoras: *Dra. Amal Hassan*
Dra. Elizabeth S. de Grandis

- 32 ADECUACIÓN DE ALIMENTOS COMPLEMENTARIOS EN RELACIÓN CON SU DENSIDAD ENERGÉTICA Y SU VISCOSIDAD APARENTE.
Greco C. ; Ronayne De Ferrer P.
- 39 DEFICIENCIA DE MICRONUTRIENTES: A PROPÓSITO DE UN CASO
Grabois F. ; Galizzi M. ; Arias L. ; Roussos A. ; Tonietti M. ; Gaete L. ; Trifone L.
- 61 SINDROME DE QUILOMICRONEMIA EN PEDIATRÍA
Pacce M. ; Araujo M.
- 92 SINDROME DE BERARDINELLI SEIP. ANÁLISIS DE CASOS CLÍNICOS.
Papendieck L. ; Araujo M.
- 142 TRATAMIENTO DE STATUS EPILÉPTICO REFRACTARIO CON DIETA CETOGENICA. PRESENTACIÓN DE UN CASO
De Grandis E. ; Rubio M. ; Colazo P.
- 143 ANEMIA MEGALOBLÁSTICA Y DESHIDRATACIONES GRAVES, MANIFESTACIONES DE UNA ENFERMEDAD METABOLICA INFRECUENTE. PRESENTACIÓN DE UN CASO.
De Grandis E. ; Duje M. ; García G.
- 144 NUTRICIÓN ENTERAL AMBULATORIA (NEA) EN PACIENTES PEDIÁTRICOS CON CARDIOPATÍAS EN AUTO CUIDADO DOMICILIARIO
Bouquet M. ; Sosa P. ; Eiberman G. ; Mougel C. ; Fariaz Saenz M. ; Palacios Porta F.

Monitor N° 3

Discutidoras: *Dra. María Beatriz Araujo*
Dra. Patricia Sosa

- 49 CONSUMO DE FIBRA EN PACIENTES DIABÉTICOS TIPO 1 CON TRATAMIENTO INTENSIFICADO ATENDIDOS EN UN HOSPITAL PÚBLICO
Salerno M. ; Jamardo J. ; Pérez M. ; Pietropaolo G. ; Tapia V. ; Violaz R.
- 56 OBESIDAD E HÍGADO GRASO EN ADOLESCENTES: UNA RELACIÓN DIRECTA?
Hernandez J. ; Garrido V. ; Sbarbati G. ; Barcellandi P. ; Prozzi M. ; Besga A. ; Gonzalez T. ; Fernandez A.



- 63** EXPERIENCIA EN EL TRATAMIENTO CON BIOPTERINAS (BH4) EN PACIENTES FENILCETONURICOS (PKU).
Salerno M. ; Nuñez Miñana M. ; Muschietti L. ; Collini M. ; Spécola N.
- 80** RESISTENCIA A LA INSULINA EN PACIENTES OBESOS PEDIÁTRICOS Y SU ASOCIACIÓN CON DIFERENTES CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS Y METABÓLICAS
Casavalle P. ; Romano L. ; Rodriguez P. ; Ortiz V. ; Pandolfo M. ; Balanzat A. ; Friedman S.
- 121** CONTENIDO DE AZÚCARES DE ALIMENTOS DISPONIBLES EN KIOSCOS
Vazquez C. ; Rovirosa A. ; Uicich R. ; Carmuega E.
- 128** EVALUACIÓN DE LA ACTIVIDAD FÍSICA EN LA POBLACIÓN DE ESCOLARES DE CORRIENTES
Rovirosa A. ; Zapata M. ; Trifilo C. ; Berta C. ; Carmuega E.
- 135** DATOS NUTRICIONALES PRELIMINARES DE UNA COHORTE EN SEGUIMIENTO DE PACIENTES CON EPILEPSIA REFRACTARIA EN TRATAMIENTO CON DIETA CETOGENICA.
Armeno M. ; Agustinho A. ; Mestre G. ; Cresta A. ; Carballo R.

18:00 a 19:15

Salón Doree (1° Piso) – Palais Rouge

VIERNES 15
Nutrición

PRESENTACIÓN ORAL DE TRABAJOS LIBRES

Discutidoras: *Dra. Patricia Casavalle*
Dra. Blanca Ozuna

- 70** GASTO ENERGÉTICO, COMPOSICIÓN CORPORAL, TRASTORNOS METABÓLICOS E INGESTA ENERGÉTICA EN PACIENTES CON ANTECEDENTES DE CRANEOFARINGIOMA
Bomer I. ; Saure C. ; Caminiti C.
- 111** GASTO ENERGÉTICO, COMPOSICIÓN CORPORAL Y PREVALENCIA DE TRASTORNOS METABÓLICOS EN PACIENTES CON Distrofia muscular de Duchenne
Weglinski J. ; Caminiti C. ; Sauré C.
- 114** GASTO ENERGÉTICO, COMPOSICIÓN CORPORAL Y PREVALENCIA DE TRASTORNOS METABÓLICOS EN PACIENTES CON MIELOMENINGOCELE
Weglinski J. ; Caminiti C. ; Sauré C.
- 116** PREVALENCIA DE FACTORES DE RIESGO DE ENFERMEDAD CARDIOVASCULAR EN NIÑOS Y ADOLESCENTES CON INFECCIÓN POR HIV
Agustinho A. ; Escobal N. ; Bologna R. ; Bravo M. ; Buchovsky A. ; Araujo M. ; Mazza C.



Discutidoras: *Dra. Norma Piazza*
Dra. Irina Kovalskys

- 28** BIODISPONIBILIDAD Y APOORTE POTENCIAL DE MINERALES EN GALLETITAS DESTINADAS A ESCOLARES ELABORADAS CON HARINA DE TRIGO, HARINA DE ALGARROBA (PROSOPIS ALBA) Y AVENA. PARCIALMENTE FINANCIADO POR UBACYT 20020100100166
Binaghi M. ; Costa K. ; Di Geronimo S. ; Macias S. ; Generoso S. ; Ronayne P.
- 35** EVALUACIÓN DE LA ACTIVIDAD FÍSICA EN RECREOS MEDIANTE SISTEMA DE OBSERVACIÓN DEL JUEGO Y OCIO EN ESCOLARES (SOPLAY) DE CORRIENTES
Zapata M. ; Roviroso A. ; Trifilio C. ; Berta C. ; Carmuega E.
- 47** EVALUACIÓN DEL TRATAMIENTO INTENSIFICADO CON CONTEO DE HIDRATOS DE CARBONO EN UN GRUPO DE NIÑOS CON DIABETES TIPO I, EN UN HOSPITAL PÚBLICO: SEGUIMIENTO A UN AÑO DE IMPLEMENTACIÓN.
Pérez M. ; Pietropaolo G. ; Ojea C. ; Balbi V.
- 127** HIDRATAR II: PATRÓN DE INGESTA DE BEBIDAS NO ALCOHÓLICAS DE LA POBLACIÓN INFANTIL ARGENTINA
Zapata M. ; Roviroso A. ; Carmuega E.



Por un niño sano
en un mundo mejor

SÁBADO 16 DE AGOSTO

10:00 a 11:30

Salón Auditorio (Planta baja) – Centro Gianantonio

TRABAJOS LIBRES SELECCIONADOS PARA SER PRESENTADOS EN MESAS REDONDAS

- 102** INCIDENCIA DE MALNUTRICIÓN Y APLICACIÓN DE UN SCORE DE RIESGO NUTRICIONAL EN UNA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS PEDIÁTRICOS.
FRAIRE R. ; SILVIO T. ; GENERAL F. ; COTTI A. ; FOLLET F.

VER DESARROLLO DE LA SESIÓN EN LA PÁGINA 55

RESÚMENES DE TRABAJOS LIBRES

GASTROENTEROLOGÍA, HEPATOLOGÍA y NUTRICIÓN

Los resúmenes de los Trabajos son reproducción exacta
de los enviados por los autores.

La Sociedad Argentina de Pediatría no tiene responsabilidad
alguna sobre sus contenidos.

TLS: Trabajo libre seleccionado

PO: Presentación oral

RPD: Recorrida póster digital



TRASTORNOS GASTROINTESTINALES Y CONDUCTAS ALIMENTARIAS EN NIÑOS CON AUTISMO

TLS 1

Valicenti-Mcdermott M.¹; Hottinger K.²; Lawson K.³; Seijo R.⁴; Schechtman M.⁵; Shulman L.⁶; Shinnar S.⁷

ALBERT EINSTEIN COLLEGE OF MEDICINE^{1 2 3 4 5 6 7}

<rvalicenti@hotmail.com>

INTRODUCCIÓN:

Los niños con trastornos del desarrollo (TD) presentan más problemas gastrointestinales que los niños con desarrollo típico. Si bien se han reportado problemas gastrointestinales en niños con trastornos del espectro autista (TEA) hay información contradictoria sobre si la frecuencia es mayor que en niños con otros TD y el impacto que estos trastornos provocan en el ambiente familiar.

OBJETIVOS:

- 1) Examinar trastornos gastrointestinales en niños con TEA y comparar los hallazgos con niños con otros TD;
- 2) Relacionar estos trastornos con el nivel de estrés parental.

POBLACIÓN:

50 niños con TEA y 50 niños con otros TD emparejados por edad (± 6 meses) y sexo. El grupo de niños con TD incluyó 28 niños con parálisis cerebral y 22 con retraso cognitivo. La edad (media) fue 8 ± 3 años, 84% varones.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Se realizó un estudio de corte transversal con entrevista estructurada. Los trastornos gastrointestinales se midieron usando un cuestionario sobre problemas gastrointestinales y de alimentación, basado en el Cuestionario de Diagnóstico

Clínico de Trastornos Gastrointestinales Funcionales en Pediatría (Raskin-Weber 1999). El nivel de estrés parental se midió utilizando la escala de estrés parental de Abidin. Análisis estadístico incluyó chi-cuadrado, test t y regresión estadística

RESULTADOS:

Se reportaron trastornos gastrointestinales en 66% de los niños con TEA vs. 40% en los niños con TD ($p=0.04$). Los niños con TEA reportaron más episodios de diarrea (52% vs. 10% $p<.001$) y defecaciones abundantes y pastosas (42% vs. 14% $p=.003$) que los niños con otros TD, sin diferencias en la frecuencia de vómitos crónicos (18% vs. 10% $p=.3$), dolor abdominal recurrente (20% vs. 16% $p=.7$) o constipación (53% vs. 42% $p=.3$). Con respecto a conductas alimentarias, los niños con TEA presentaron más selectividad olfatoria (36% vs. 14% $p=.02$) y hábito de pica (24% vs. 2% $p=.002$). La asociación entre diarrea y autismo fue independiente de la selectividad alimentaria (OR 7.7 2.5-23.3). Las familias de niños con TEA que reportaron problemas gastrointestinales también reportaron niveles significativos de estrés parental (61% vs. 25% $p=0.04$) pero esta asociación no fue significativa en los niños con otros TD (30% vs. 30% $p=1$).

CONCLUSIONES:

Las familias de niños con TEA reportaron más trastornos gastrointestinales, especialmente diarrea, y de la conducta alimentaria que los niños con otros TD. A diferencia del grupo con otros TD, estos trastornos afectan el nivel de estrés parental en las familias de niños con TEA.

HACIA EL MAPA DE OBESIDAD EN LA ARGENTINA

TLS 3

Pueyrredon P.¹; Carella B.²; De Dominicis G.³; Carmuega E.⁴

CESNI^{1 2 3 4}

<ppueyrredon@cesni.org.ar>

INTRODUCCION

La prevalencia de obesidad está aumentando a nivel mundial, tal es así que la OMS considera a la obesidad como una "epidemia global". En la Argentina también se observa esta tendencia, aunque no se cuentan con datos a nivel país que reflejen cual es la prevalencia actual. A nivel nacional los últimos datos obtenidos son los de la ENNYS (Encuesta Nacional de Salud y Nutrición) del 2005, que solo cuentan con datos de niños de 0 a 5 años y de mujeres de 10 a 49 años.

OBJETIVO

Recolectar información sobre prevalencia de obesidad infantil y adolescente con el fin de armar el mapa de la Obesidad en la Argentina.

MATERIALES Y METODOS

Se envió vía correo electrónico una invitación para participar del proyecto junto con una planilla para completar los datos de prevalencia de obesidad. Como requisitos mínimos para participar los trabajos debían contar con una prevalencia de obesidad general utilizando los criterios OMS /SAP y debían tener una vigencia máxima de 5 años.

RESULTADOS

En total se recibieron 59 trabajos y 54 fueron aceptados. Se

obtuvieron trabajos de 13 (56%) provincias del país: Buenos Aires, La Pampa, Santa Fe, Chaco, Córdoba, Tucumán, Río Negro, San Luis, Entre Ríos, Corrientes, Formosa, Salta y Jujuy. El n total de la muestra fue de 119.932, la mayor parte de la muestra se concentró en la población preescolar y en segundo la población escolar, mientras que los adolescentes ocupan el último lugar. La prevalencia promedio de sobrepeso y obesidad fue del 30% aproximadamente para los 3 grupos etarios. El grupo de escolares son los que presentan la mayor prevalencia y le siguen los adolescentes mientras que los preescolares muestran una menor prevalencia.

Tabla 1: Prevalencia promedio de sobrepeso y obesidad en preescolares, escolares y adolescentes

GRUPO ETARIO	n	SOBREPESO (%)	OBESIDAD (%)	SOBREPESO y OBESIDAD (%)
Preescolares	70627	14.5	9.8	24.3
Escolares	43280	19.3	18.3	37.6
Adolescentes	6025	17.4	9.9	27.3
Promedio grupo	--	17.1	12.7	29.7

CONCLUSIÓN

Si bien los datos obtenidos no son representativos, se observa que la prevalencia de sobrepeso y obesidad hallada es alta. Sería importante contar con datos representativos a nivel país y que a su vez utilicen parámetros comparables para hacer un seguimiento a través del tiempo que permita tomar medidas para hacer frente a esta problemática.



MANEJO DE INFECCIÓN POR CITOMEGALOVIRUS EN TRASPLANTE HEPÁTICO PEDIÁTRICO

TLS 4

Malla I.¹; Cané A.²; Ávila Diez M.³; Marcó del Pont M.⁴;
Cheang Y.⁵; Silva M.⁶; Casanueva E.⁷

HOSPITAL UNIVERSITARIO AUSTRAL^{1,2,3,4,5,6,7}

imalla@cas.austral.edu.ar>

INTRODUCCIÓN:

Citomegalovirus (CMV) es la infección viral más frecuente en pacientes trasplantados pediátricos con alta morbilidad asociada a sus efectos directos e indirectos. Las estrategias de manejo propuestas son profilaxis universal o dirigida con ganciclovir y la terapia preventiva que propone tratar sólo a los pacientes que muestran replicación viral. Presentamos la experiencia de nuestro centro con terapia preventiva en pacientes pediátricos

OBJETIVO:

Comparar la evolución de pacientes pediátricos receptores de trasplante hepático mismatch CMV (R-/D+) vs receptores pre-trasplante CMV positivos, con terapia preventiva

MATERIAL Y MÉTODOS:

Análisis retrospectivo de historias clínicas digitales de pacientes pediátricos con trasplante hepático en nuestro hospital entre Diciembre 2007 y 2012. En pacientes mismatch se realizó PCR CMV en sangre semanal hasta los 4 meses postrasplante (positivos asintomáticos tratados con

ganciclovir 14 días, sintomáticos 28 días) En receptores CMV positivos se realizaron PCR CMV y PP 65 mensuales.

RESULTADOS:

Se evaluaron 40 pacientes, 11 varones (27.5%) y 29 mujeres (72.5%). Mediana de edad al trasplante: 24 meses (5 m - 15 a). Causa de trasplante: 40% atresia biliar, 27,5% cirrosis, 25% fallo hepático agudo y 7,5% otros. 50% donantes vivos relacionados y 7,5 % (3) retrasplantes. 7 pacientes fueron mismatch CMV (17,5%). Mortalidad global: 12,5 %, 1 paciente murió por enfermedad CMV y era CMV positivo pretrasplante. 6 de 7 pacientes mismatch desarrollaron infección CMV (OR 43.7; RR 7.08), 5 durante el primer mes postrasplante y 2 desarrollaron enfermedad (OR 0.12; RR 0.083). Solo 4 de 29 receptores CMV positivos tuvieron enfermedad, en 3 casos 5 meses postrasplante.

CONCLUSIÓN:

Los pacientes mismatch CMV tuvieron mayor riesgo de infección con detección y tratamiento precoces. La enfermedad sintomática ocurrió mayormente en receptores positivos (incluido el único paciente que falleció por CMV). En nuestra serie la terapia preventiva fue una estrategia segura y eficaz para el manejo de los pacientes mismatch CMV.

TRASPLANTE HEPÁTICO PARA HEPATOBLASTOMA DE ALTO RIESGO

RPD 5

Malla I.¹; Richard L.²; Fauda M.³; González Campaña A.⁴;
Cheang Y.⁵; Silva M.⁶; Nalda G.⁷; Podestá G.⁸

HOSPITAL UNIVERSITARIO AUSTRAL^{1,2,3,4,5,6}; HOSPITAL NOTT⁷;

HOSPITAL UNIVERSITARIO AUSTRAL⁸

imalla@cas.austral.edu.ar>

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVO:

El hepatoblastoma (HB) es el tumor hepático más frecuente en lactantes y niños. Para tumores irreseccables luego de quimioterapia, el trasplante hepático (TH) es una alternativa terapéutica. Reportamos el caso de una niña de 31 meses de edad que recibió TH para HB de alto riesgo con buena evolución a pesar de residuo maligno microscópico en el margen de resección vascular.

CASO:

Una niña de 31 meses de vida fue admitida con extensión de HB pretratamiento (PRETEXT) IV más invasión portal, diagnosticado a los 17 meses de edad. Mostró buena respuesta a quimioterapia (siguiendo guías de la SIOPEL). Los

niveles séricos de alfa fetoproteína (AFP) al diagnóstico y TH fueron 337240 y 156 UI/ml, respectivamente. Recibió un TH con donante cadavérico, órgano entero y mostró residuo maligno microscópico en el margen de resección vascular. Decidimos no tratarla con quimioterapia postrasplante. Tiene buena evolución a 33 meses de seguimiento postrasplante, con TC corporal normal y valores persistentemente normales de AFP.

DISCUSIÓN:

Reportamos un caso de HB de alto riesgo con buena evolución luego del TH a pesar de residuo tumoral vascular. No indicamos quimioterapia postrasplante, porque suma morbilidad en combinación con la terapia inmunosupresora sin beneficios y también porque la quimioterapia pretrasplante puede producir un daño celular letal previniendo la viabilidad residual tumoral. Creemos que el reporte de estos casos puede ayudar a mejorar su difícil manejo.



Por un niño sano en un mundo mejor

PREVALENCIA DE ENFERMEDAD CELIACA EN LA POBLACIÓN PEDIÁTRICA DEL ALTO VALLE DE RÍO NEGRO

RPD 6

Carbonatto P.¹; Jorge L.²; Gorbaran M.³; Alarcon G.⁴; Pomar P.⁵

HOSPITAL LOPEZ LIMA. RIO NEGRO^{1,2,5}; CENTRO INTEGRAL SAN LUCAS. NEUQUEN³; HOSPITAL CINCO SALTOS. RIO NEGRO⁴.
<patriciacarbonatto@yahoo.com.ar>

INTRODUCCIÓN:

La Enfermedad Celiaca es una enteropatía autoinmune desencadenada por el gluten y prolaminas relacionadas, en individuos genéticamente susceptibles. Puede presentarse con clínica variable, anticuerpos específicos, HLA-DQ2 o HLA-DQ8 y biopsia característica. La dieta libre de gluten lleva a la remisión de los síntomas, corrección de la alteración funcional y normalización de la mucosa intestinal. Se calcula que en nuestro país tiene una prevalencia de aproximadamente 1:100.

OBJETIVOS:

Estimar la prevalencia de Enfermedad Celiaca en la población pediátrica del Alto Valle de Río Negro.

POBLACIÓN:

Se incluyeron a los niños nacidos en el área que tuvieran de 0 a 14 años cumplidos en el momento de diagnóstico desde 2008-2014.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Estudio descriptivo, retrospectivo, los datos se volcaron en el programa Epi-info 6. La tasa de prevalencia se determinó tomando como numerador el número de casos de niños de 0 a 14 años con diagnóstico de Enfermedad Celiaca teniendo en cuenta tanto el sector público como privado, y como denominador a la población estimada para ese grupo etario según el censo 2010.

RESULTADOS:

Se diagnóstico Enfermedad Celiaca en 93 niños, con una tasa de prevalencia de 1:808. Todos presentaron respuesta favorable a la dieta libre de gluten. 60 fueron mujeres y 33 varones. De los 93 niños diagnosticados 66 tuvieron AutoAC tTG Ig A y/o EMA Ig A positivos (Ig G en caso de Déficit de Ig A) o AC DPG en menores de dos años, que se correlacionaron con biopsia positiva según la clasificación de Marsh II-III. De los 27 pacientes restantes, 21 fueron diagnosticados con biopsia positiva y AC de inicio desconocidos, poco específicos o negativos, habiendo realizado en algunos casos el estudio genético. En los 6 restantes se hizo el diagnóstico con AutoAC tTG Ig A, EMA Ig A y estudio genético positivos. Del total de biopsias realizadas el 49,42% presento signos endoscópicos característicos. El 96,69% de los pacientes diagnosticados fueron sintomáticos, siendo diarrea crónica, detención en la velocidad de crecimiento en peso y talla, distensión abdominal y hábito celiaco las formas más comunes de presentación. Dentro de las Condiciones Asociadas más frecuentes se encontró Familiaridad de Primer Grado, Alergia a las Proteínas de la Leche de Vaca, Síndrome de Down y Déficit de Ig A.

CONCLUSIONES:

Se observo que la tasa de prevalencia de nuestra región está muy por debajo de la nacional. La presencia en este estudio de un considerable número de casos sintomáticos sugiere la necesidad de ampliar el conocimiento del espectro clínico de la enfermedad y de los grupos de riesgo para detectar los casos asintomáticos.

APORTE DEL PROGRAMA DE COMEDORES ESCOLARES A LA INGESTA DE NUTRIENTES DE NIÑOS DE 5º GRADO DE ESCUELAS PÚBLICAS DE LA PROVINCIA DE CORRIENTES

TLS 7

Rovirosa A.¹; Zapata M.²; Trifilio C.³; Berta C.⁴; Carmuega E.⁵

CESNI^{1,2,5}; UNIVERSIDAD DE LA CUENCA DEL PLATA, LICENCIATURA EN NUTRICIÓN³; MINISTERIO DE SALUD, CORRIENTES⁴
<arovirosa@cesni.org.ar>

INTRODUCCIÓN:

El programa alimentario escolar de las escuelas públicas de la provincia de Corrientes consiste de un desayuno/ merienda de cobertura universal, mientras que algunos niños reciben también almuerzo provisto por la escuela.

OBJETIVO:

Evaluar la ingesta diaria de nutrientes, su adecuación a las recomendaciones nutricionales, y el aporte de nutrientes del programa alimentario escolar.

METODOLOGÍA:

La Encuesta Nutricional de Escolares de Corrientes 2013 fue un estudio transversal que incluyó a niños pertenecientes a 32 escuelas de las principales ciudades de la provincia, realizado a partir de una iniciativa del Ministerio de Educación para la evaluación de su programa de alimentación. Se realizó una encuesta alimentaria en 649 niños de 5to grado, mediante el método de recordatorio de 24hs. Se calculó la ingesta de nutrientes total y proveniente del programa alimentario escolar, y la adecuación de la ingesta a las recomendaciones nutricionales (EAR, IOM).

RESULTADOS:

La distribución calórica promedio de la alimentación se

encuentra dentro de las recomendaciones (15% proteínas, 30% grasas y 54% carbohidratos). En la tabla se muestra la ingesta de nutrientes total y la aportada por la escuela, considerando a todos los niños (consumidores o no en el día del recordatorio). La escuela aportó cerca del 10% de las calorías ingeridas diariamente por la población escolar, 15 % del calcio y vitamina C y entre 20 y 30 % de hierro, zinc, vitamina A, B1, B2, B12 y folatos. Igualmente más de la mitad de los niños no alcanzó la ingesta recomendada de calcio y vitamina C, y prácticamente todos los niños tuvieron una baja ingesta de fibra.

Nutriente	Ingesta total	Aporte escuela*	% aportado por escuela	% con ingesta inferior al EAR
Energía (kcal)	1867	209	11,2	
Proteínas (g)	70,9	5,3	7,5	7,6%
Fibra (g)	9,4	,85	9,0	99,4%
Calcio (mg)	680	106	15,5	90,6%
Hierro (mg)	14,9	4,7	31,5	5,2%
Zinc (mg)	10,9	2,6	23,5	21,1%
Vit A (ugRE)	843	208	24,7	19,4%
Vit C (mg)	38,2	6,1	15,8	71,0%
Tiamina (mg)	1,35	,35	25,8	12,3%
Riboflavina (mg)	1,82	,46	25,2	5,4%

CONCLUSIONES:

El programa alimentario escolar realiza un importante aporte de micronutrientes a la alimentación de los escolares, pero aún así no alcanza a complementar la baja ingesta de vit C y calcio de la alimentación del hogar.



GASTROSTOMÍA ENDOSCÓPICA PERCUTÁNEA. SIETE AÑOS DE EXPERIENCIA EN HOSPITAL PEDIÁTRICO

RPD 9

**Keller M.¹; Hidalgo M.²; Ramacciotti G.³; Scarafoni S.⁴;
Fontana C.⁵**

HIEMI VICTORIO TETAMANTI^{1,2,3,4,5}
<kellereli@hotmail.com>

La gastrostomía endoscópica percutánea (GEP) se ha convertido en un aporte esencial en el soporte nutricional y en la terapéutica de múltiples enfermedades crónicas. Es un método seguro y efectivo para ofrecer nutrición enteral prolongada en pacientes pediátricos que presentan trastornos de la deglución o en los cuales la ingesta calórica es insuficiente. Revisamos las indicaciones de dicha técnica y nuestra experiencia de 53 GEP en 7 años.

El objetivo fue evaluar las indicaciones de esta técnica, la edad de los pacientes, la presencia de complicaciones me-

nores y mayores, la necesidad de re intervención quirúrgica y la mortalidad. Método: estudio retrospectivo de los pacientes con GEP llevadas a cabo por un equipo multidisciplinario integrado por gastroenterólogos infantiles, endoscopista y cirujanos en el Hospital Interzonal Especializado Materno Infantil de Mar del Plata entre los años 2007 y 2013. No se incluyeron en este trabajo los pacientes con clínica de reflujo gastroesofágico a los que se les indicó funduplicatura simultáneamente con la gastrostomía.

Como conclusión, la principal indicación para la GEP son los trastornos deglutorios en pacientes neurológicos y a pesar de ser una técnica práctica y segura, presenta en algunas ocasiones complicaciones menores y mayores; requiriendo en algunos casos una segunda intervención quirúrgica.



Por un niño sano
en un mundo mejor

TRASPLANTE HEPÁTICO EN LA INSUFICIENCIA HEPÁTICA AGUDA: RESULTADOS DE LOS PRIMEROS 7 AÑOS EN LA PROVINCIA DE SANTA FE

TLS 13

Costaguta A.¹; Beltramino D.²; Bitetti L.³; Gutierrez M.⁴; Ruiz M.⁵; Pochettino S.⁶; Plaza S.⁷; Reyes N.⁸
SANATORIO DE NIÑOS^{1,2,3,4,5,7,8}; SANATORIO DE NIÑOS; HOSPITAL DE NIÑOS DE ROSARIO; HOSPITAL DE NIÑOS DE SANTA FE.⁶
<alejandro.costaguta@gmail.com>

INTRODUCCIÓN:

El advenimiento del trasplante hepático (TxH) ha significado un avance notable en el tratamiento de niños con Insuficiencia Hepática Aguda (IHA). Contar con centros capacitados en diversos puntos del país facilita el acceso a un mayor número de pacientes en forma oportuna.

OBJETIVO:

Reportar los resultados de los primeros 7 años de aplicación del TxH para el tratamiento de IHA en pacientes pediátricos de la provincia de Santa Fe.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Estudio descriptivo, retrospectivo. Se revisaron las historias de todos los pacientes sometidos a TxH por IHA entre marzo de 2007 y septiembre de 2013. Las variables analizadas fueron: edad, sexo, etiología de la IHA, score MELD/PELD, tipo de injerto, tiempo de seguimiento, sobrevida del paciente, sobrevida del injerto y causa de muerte.

RESULTADOS:

Total de la muestra: 11 pacientes (8 varones), con edad promedio de 6,8 años (20 días-16 años). Todos los pacientes presentaron un score MELD/PELD mayor a 30 (9 en ventilación mecánica, 2 en hemodiálisis, 1 con monitoreo invasivo de presión intracraneana). Etiología de la IHA: Enfermedad de Wilson: 3, Indeterminada: 3, Hepatitis Autoinmune: 2, Isquemia Hepática: 2 (1 postraumática, 1 descompensación hemodinámica en atresia de vías biliares), Hepatitis Fetal Aloinmune: 1. Tipo de injerto: cadavérico entero: 8, donante vivo: 2, cadavérico reducido: 2. Tiempo de seguimiento promedio 45,2 meses (6-84). Sobrevida global: 82%, 2 pacientes fallecidos (1 absceso cerebral, 1 trombosis aguda de la porta). Sobrevida del injerto: 82%, 1 trombosis aguda de la porta (fallecido), 1 falla primaria del injerto (retrasplante).

CONCLUSIÓN:

Los resultados obtenidos concuerdan con lo publicado por otros grupos, demostrando que el TxH es una opción terapéutica que debería estar disponible para todos los niños con IHA. La ausencia de hepatitis por virus A como etiología de IHA en esta serie es un dato destacado.

EVOLUCIÓN DE LA ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL EN EL POSTRASPLANTE HEPÁTICO

RPD 14

Manterola M.¹; Besga A.²; Gonzalez T.³; Ben R.⁴

HOSPITAL SOR MARIA LUDOVICA^{1,2,3,4}
<manuelamanterola@gmail.com>

La Enfermedad Inflamatoria Intestinal (EII) tanto la colitis ulcerosa (CU) como la enfermedad de Crohn (EC) en muchos casos puede ser refractaria al tratamiento estándar o recaer luego del trasplante hepático a pesar del tratamiento inmunosupresor postrasplante.

OBJETIVO:

Presentar un paciente con CU con reactivación severa luego del trasplante de hígado y evaluar su respuesta a la terapia anti-TNF (Infliximab).

MATERIAL Y METODOS:

Se recolectaron datos de una historia clínica de un paciente asistido por el Servicio de gastroenterología Sor María Ludovica trasplantado hepático por Hepatitis Autoinmune con reactivación severa de su colitis ulcerosa (CU)

RESULTADOS:

Paciente de 17 años, sexo femenino, trasplantada hepática en año 2008 por hepatitis autoinmune/hipertensión portal (diagnóstico a los 7 años) con colitis ulcerosa desde los 5 años de edad. Recibió tratamiento inmunosupresor postrasplante con tracolimus (dosajes 5-6) + deltisona + mesalazina 4 g/día sin complicaciones desde el aspecto hepático. En año 2012 la paciente comienza con diarrea con sangre (7-8 por día), deposiciones nocturnas, dolor abdominal y anemia severa requiriendo internación y transfusión de glóbulos rojos. Se descartan causas infecciosas y colitis pseudomembranosa. La-

boratorio de Ingreso: GB: 6500 HTO 17% Plaquetas 129.000 Albumina: 31 PCR 41 Hepatograma Normal Dosaje de FK: 5,1. VCC: Pancolitis con actividad moderada-severa. Anatomía patológica: Recto-Colon-Ciego: erosión del epitelio con cambios regenerativos, criptitis con denso infiltrado inflamatorio mixto en lamina propia con formación de folículos. Abscesos cripticos. Depleción de moco. Diagnóstico: COLITIS CRONICA ACTIVA. Inicia tratamiento con hidrocortisona EV durante 5 días sin obtener mejoría clínica ni de laboratorio. Por este motivo comienza tratamiento con infliximab 0,2, 6 semanas y luego 2 dosis de mantenimiento cada 8 semanas. Luego de la 5ta dosis de infliximab debió interrumpirse por presentar infección grave maxilo facial por Actinomicas con compromiso óseo y de piezas dentarias por lo que requirió tratamiento con penicilina y seguimiento odontológico. Luego de 8 meses de haber suspendido el infliximab la paciente se encuentra asintomática. Laboratorio: GB 7500 HTO 32% Plaquetas 257.000 PCR negativa Albumina 38. VCC: Íleon y válvula íleo-cecal sin lesiones. Ciego con pérdida de patrón vascular en forma circunferencial continua y simétrica sin ulceraciones. Colon descendente con aislados pseudopolipos. PANCOLITIS CON ACTIVIDAD LEVE.

CONCLUSIONES:

La terapia anti-TNF (infliximab) para la EII después del trasplante hepático parece ser beneficiosa clínica y endoscópicamente a 8 meses de haber sido interrumpido el tratamiento por infección grave. Estos resultados corroboran los hallazgos de un pequeño número de casos descriptos en la literatura. Se necesitan estudios adicionales para evaluar mejor los riesgos asociados con este tratamiento.



TRATAMIENTO CON LAMIVUDINE DE LA HEPATITIS AGUDA POR VIRUS B EN UN NIÑO DE 2 AÑOS: RESOLUCIÓN DE LA INFECCIÓN EN UN BREVE PLAZO

RPD 15

Costaguta A.¹; Doba N.²; Rodriguez Vulycher F.³

SANATORIO DE NIÑOS^{1,2,3}
<alejandro.costaguta@gmail.com>

INTRODUCCIÓN:

La infección por el virus B de la hepatitis (HBV) puede evolucionar a la cronicidad en 1/3 de los niños infectados horizontalmente antes de los 5 años de edad. La detección de la infección en el período agudo es poco frecuente, pero ofrece una ventana de oportunidad terapéutica única, con posibilidad de resolución completa de la infección (desarrollo de anti-HBs). El lamivudine (LAM) ha demostrado seguridad y eficacia en el tratamiento de la hepatitis crónica por HBV en niños, pero su utilización en el contexto de la infección aguda es menos conocido. Nosotros reportamos el resultado del tratamiento con LAM de una hepatitis aguda por HBV en un niño pequeño, infectado por vía horizontal.

CASO CLÍNICO:

Un varón de 2 años de edad nos fue derivado por detección de hipertransaminasemia durante una virosis respiratoria febril. Al examen físico sólo evidenciaba hepatomegalia a 3 cm del reborde costal. El niño era producto de un embarazo gemelar, sin antecedentes perinatales destacables. El laboratorio mos-

traba: Leucocitos 16.900 (N 68%, L 21%), Hto 35%, Plaquetas 255.000/mm³, ALT 1619 UI/ml, AST 771 UI/ml, GGT 66 UI/ml, Bilirrubina total 0.2 mg%, HBsAg (+), HBeAg (+), anticore IgM (+), anti-HBs (-), anti-HBe (-), carga viral HBV >110.000.000 UI/ml, genotipo A2. La ecografía de abdomen era normal. Su madre, padre, hermana gemelar y otro hermano mayor presentaban marcadores negativos para HBV, incluyendo HBsAg, anticore IgG, y HBeAg. El DNA HBV en la madre y hermana gemelar eran también (-). Adicionalmente todos (excepto el paciente y su padre) presentaban anti-HBs (+) a títulos protectores. LAM (3 mg/K/d VO) fue administrado a partir del día 15 desde la primera consulta. A 90 días de iniciado el tratamiento el paciente mostraba normalización de las transaminasas (previo aumento durante la seroconversión anti-HBe), con DNA HBV (-), HBeAg (-), anti-HBe (+), HBsAg (-), y anti-HBs (+) >1.000 UI/L. El tratamiento se mantuvo por 6 meses, sin complicaciones.

CONCLUSIÓN:

El tratamiento con LAM ofreció una terapéutica segura y efectiva de la hepatitis aguda por HBV en nuestro paciente, permitiendo la resolución definitiva de la infección en un plazo breve.

EVALUACIÓN DE LA SENSIBILIDAD (SE) Y ESPECIFICIDAD (ES) DE LAS VARIABLES DE CORRELACIÓN SINTOMÁTICA (VCS) EN PACIEN- TES CON ENFERMEDAD POR REFLUJO GASTROESOFÁGICO ACIDO (ERGEA) Y ENFERMEDAD RESPIRATORIA EN EDAD PEDIÁTRICA

RPD 16

Boggio Marzet C.¹; Zurita Yong W.²; Tennina C.³;

Rapetti M.⁴; Ko M.⁵; Tilli M.⁶; Basaldúa M.⁷

GASTROENTEROLOGÍA Y NUTRICIÓN PEDIÁTRICA. HOSPITAL GRAL.
DE AGUDOS "DR. I. PIROVANO". CABA^{1,2,3,4,5,6,7}
<cboggio@intramed.net>

INTRODUCCIÓN:

La asociación entre síntomas respiratorios y ERGEa obliga a la realización de pHmetría esofágica de 24 horas doble canal para intentar establecer una asociación causal. Objetivo: Valorar la Se y Es de las VCS a nivel proximal y distal en la phmetría de doble canal en pacientes con diagnóstico de ERGEa y patología respiratoria asociada.

MATERIALES Y MÉTODOS:

Período de estudio: 01-01-09 al 31-12-12. Muestra: niños de 1 a 14 años con diagnóstico de laringitis recurrente (LR), BOR, Asma y tos crónica (TC) refractarias al tratamiento habitual. Se realizó phmetría esofágica de 24 hs doble canal. Se evaluaron VCS: Índice sintomático (IS), Índice de Sensibilidad Sintomático (ISS) y Probabilidad de Asociación Sintomática (SAP) en ambos sensores determinando

Se, Es, Valor predictivo positivo (VPP) y Valor predictivo negativo (VPN).

RESULTADOS:

n=147. Sexo masculino (59,2%). Diagnósticos: BOR 48,9%, LR 37,4%, Asma 11,5%, TC 2,1%. Análisis de VCS. IS: Se 42,25% (IC95% 30,81-54,54), Es 96,05% (IC95% 88,12-98,98), VPP 90,91% (IC95% 74,53-97,62) VPN 64,04% (IC95% 54,45-72,66). ISS: Se 70,37% (IC95% 60,70-78,57), Es 89,74% (IC95% 74,84-96,66), VPP 95,00% (IC95% 87,01-98,39) y VPN 52,24% (IC95% 39,77-64,45). SAP: Se 31,58% (IC95% 13,56-56,50), Es 96,09% (IC95% 90,66-98,55), VPP 54,55% (IC95% 24,56-81,86) y VPN 90,44% (IC95% 83,90-94,61).

CONCLUSIONES:

De las 3 VCS el ISS demostró la mejor Se y Es con un VPP del 95% para la detección de ERGEa a nivel proximal. Intentar probar la asociación directa entre enfermedad respiratoria y ERGEa sigue resultando un desafío para el gastroenterólogo.



Por un niño sano
en un mundo mejor

EVALUACIÓN DE ALFA 1 ANTITRIPSINA EN MATERIA FECAL EN NEONATOS SANOS

TLS 17

Boggio Marzet C.¹; Campoverde S.²; Deforel M.³; Basaldúa M.⁴; Rodríguez G.⁵; Litwin N.⁶

GASTROENTEROLOGÍA Y NUTRICIÓN PEDIÁTRICA. HOSPITAL GRAL. DE AGUDOS "DR. I. PIROVANO". CABA^{1,2,3,4}; SECCIÓN NEONATOLOGÍA. HOSPITAL GRAL. DE AGUDOS "DR. I. PIROVANO". CABA⁵; LABORATORIO DE INVESTIGACIÓN EN GASTROENTEROLOGÍA. CABA⁶ <cboggio@intramed.net>

INTRODUCCIÓN:

La permeabilidad intestinal (PI) permite el paso de macromoléculas a través de la barrera epitelial aumentando fisiológicamente durante el período neonatal temprano. Representa un proceso dinámico de adaptación en el recién nacido influenciado por agentes exógenos que pueden modificar la misma.

OBJETIVO:

Determinar el dosaje de alfa 1 antitripsina (A1AT) en materia fecal en neonatos sanos menores a 4 días de vida y asociarlo a edad gestacional y horas de vida.

MÉTODOS:

Estudio observacional de corte transversal. Población: recién nacidos sanos a término peso adecuado del Hospital Pirovano. Período de estudio: 1-10-12 al 31-12-12. Se estimó PI por determinación de A1AT en heces mediante inmunodifusión radial de alta sensibilidad antes de las 96

hs de vida. Variables: edad gestacional (EG), sexo, peso al nacer (PN), tipo de alimentación (TA) y valores de A1AT.

RESULTADOS:

Muestra= 31 pacientes. Sexo femenino (53.3%). \bar{x} de EG: 39.19 ± 1.01 sem. \bar{x} de peso al nacer: 3307 ± 389.38 gr. Las Medianas (Me) de A1AT fueron inversamente proporcionales a la edad de vida considerando los grupos de menos de 48 horas de vida (Me 51 mg/dl [diferencia intercuartilar 121.5 mg/dl]) y mayores a 48 hs (Me 0 mg/dl [diferencia intercuartilar 16 mg/dl]) Test Wilcoxon $p=0.0019$. Las Me de A1AT en niños nacidos de parto vaginal fue de 0 mg/dl (diferencia intercuartilar 46 mg/dl) y los de cesárea fue de 0 (diferencia intercuartilar de 78 mg/dl) sin diferencias significativas (Wilcoxon Test $p=0.99$). Las Me de niños con alimentación mixta fue de 13 mg/dl vs 0 mg/dl de aquellos con lactancia materna (Wilcoxon Test $p=0.34$) aunque el tiempo de vida resultó un factor confundidor ya que el 88.9% de los niños del 1° grupo fueron testeados más allá de las 48 hs de vida.

CONCLUSIONES:

La A1AT podría ser un indicador de PI dada la relación observada según los días de vida del RN. Futuros estudios debieran reunir nuevas evidencias para confirmarlo.

¿SON LOS EVENTOS DE ESTRÉS NEONATAL (EEN) FACTORES DE RIESGO PARA EL DESARROLLO DE TRASTORNOS FUNCIONALES DIGESTIVOS (TFD) EN NIÑOS?

PO 18

Boggio Marzet C.¹; Palacios Perez C.²; Deforel M.³; Vecchiarelli C.⁴; Bastón C.⁵; Rodríguez G.⁶

GASTROENTEROLOGÍA Y NUTRICIÓN PEDIÁTRICA. HOSPITAL GRAL. DE AGUDOS "DR. I. PIROVANO". CABA^{1,2,3}; SECCIÓN NEONATOLOGÍA. SANATORIO OTAMENDI. CABA^{4,5}; SECCIÓN NEONATOLOGÍA. HOSPITAL GRAL. DE AGUDOS "DR. I. PIROVANO". CABA⁶ <cboggio@intramed.net>

INTRODUCCIÓN:

Los TFD representan un motivo de consulta frecuente en la práctica pediátrica. Exposiciones ambientales pre y posnatales ejercen influencias sobre el desarrollo del organismo y un modelo de respuesta al stress alterado se cree que desempeña un papel en el desarrollo de los TFD. Objetivo: Analizar la presencia de EEN como factores de riesgo para el desarrollo de TFD en niños de 5 a 15 años.

MÉTODOS:

Estudio de cohorte retrospectivo. Población: niños de 5 a 15 años del Hospital Pirovano y el Sanatorio Otamendi. Se dividió la muestra en dos grupos: Grupo I (GI): con exposición a EEN y Grupo II (GII): sin exposición. Respondieron encuesta guiada por profesional sobre TFD. Variables: edad, sexo, peso de nacimiento (PN), edad gestacional (EG), EEN (intubación endotraqueal (IET), sonda nasogástrica (SNG), canalización, luminoterapia) y TFD analizado.

RESULTADOS:

Muestra=50 pacientes en cada una de las cohortes. No se observaron diferencias estadísticamente significativas entre ambas cohortes (GI/GII) por distribución de sexos (48% vs 56% varones [Test Z proporciones $p=0.42$]) y \bar{x} de edad (8.81 ± 2.52 vs 8.39 ± 2.79 [t Test $p=0.42$]). TFD global 24% (GI 26% [95%CI 13,8-38,1] y GII 22% [95%CI 10,5-33,4] sin diferenciarse significativamente [Test Z $p=0.63$]). La \bar{x} de EG del GI no presentó diferencias según presencia o no de TFD (31.38 vs 32.27 semanas [t Test $p=0.40$]). Si bien la \bar{x} de z-score de peso tuvo un valor menor para los TFD dentro del GI (-0.42 vs -0.12) esta diferencia no fue significativa respecto a aquellos sin TFD (t Test $p=0.17$). Los EEN más vistos fueron canalización, IET y SNG (100% vs 94%) y no se encontraron asociados a TFD (Fisher Test $p=0.60$).

CONCLUSIONES:

El presente trabajo no arroja evidencia suficiente para demostrar asociación entre TFD y presencia de EEN. Serían necesarias futuras investigaciones que incluyan mayor número de pacientes y que exploren en particular la afectación del PN como posible factor de riesgo asociado al mismo.



ENFERMEDAD HEPATOBILIAR EN PACIENTES CON FIBROSIS QUÍSTICA (FQ)

PO 19

Solis Neffa R.¹; Mora M.²; Herrera J.³

HOSP CETRÁNGOLO, HOSPITAL MATERNO INFANTIL SAN ISIDRO^{1,2} ;
HOSPITAL CETRÁNGOLO³
<rosana.solis@gmail.com>

INTRODUCCIÓN:

La FQ es una enfermedad monogénica, de transmisión autosómica recesiva, que afecta las glándulas exocrinas del organismo, y se manifiesta en todos los órganos. El pronóstico de la enfermedad en general lo marca la patología respiratoria. Sin embargo puede producir enfermedad hepatobiliar a causa de las secreciones biliares espesas. La cirrosis biliar focal es la lesión patognomónica. Un 5-10% de pacientes desarrollarán cirrosis en la primera década y signos de hipertensión portal en la segunda. Raramente ocurre fallo hepático en la edad pediátrica.

OBJETIVO:

Describir la prevalencia de la enfermedad hepatobiliar en pacientes con FQ del Hospital Cetrángolo, Vicente López.

PACIENTES Y MÉTODOS:

Se incluyeron todos los pacientes seguidos en la unidad de FQ desde 2009-2014, con edades comprendidas entre 8 meses a 55 años (90% menores de 25 años)

RESULTADOS:

De 83 pacientes, se encontró enfermedad hepática en 8 y biliar en 2 (12% total), todos menores de 25 años. Cinco (50%) con hipertensión portal, todos anictéricos. Ninguno presentó hemorragia digestiva. Con alteración de la función hepática, 2 (1 trasplantado de hígado y pulmón y otro en plan de trasplante hepático). Todos los pacientes tratados con URSO

Caso	Edad	Sexo	Mutación	IP	IMC	VEH	Patología hepática	Quock Bil	Píntil biliar	HP	Otros
1	8 (M)	Homo	DF508 cigota	Si	19.2	58	Cirrosis (PHH)	Anict	No	Si	En plan Tx Hepático
2	17 (F)		DF508/311-1g	Si	20.96	45	Esteato	82/	No	No	
3	12 (F)			Si	17.83	73	Hígado nodular (ecog)	86/	No	Si	
4	8 (M)	Homo	DF508 cigota	Si	15.87	96	Hígado nodular (ecog)	89/	No	Si	
5	22 (M)	Neg 29 mutac		Si	18.78	73	Hígado heterog	70/	No	No	
6	17 (M)	G542X/?		Si	19.32	76	Aumento transam	74/	No	No	
7	21 (M)	Neg 29 mutac		No	20.62	73	Aumento transam	80/	No	No	
8	23 (M)			Si	22	67	Angioma	90/	Litiasis vesic	No	
9	18 (F)	DF508/?		Si	23.03	67	Nodular (ecog)	75/	Vesic Atrófica	Si	Diabetes
10	18 (M)	DF508 homo cigota		Si	17.91	28	Cirrosis	40/	Anict	Si	Tx HP

CONCLUSIÓN:

La enfermedad hepática es una importante causa de morbilidad en la FQ. Alta proporción de pacientes con hipertensión portal. La ecografía fue importante para detectar patología hepatobiliar, aún con laboratorios normales

ADENOCARCINOMA DE COLON EN UNA NIÑA DE 5 AÑOS DE EDAD

RPD 20

Pais A.¹; Candarle P.²; Tabacco O.³; Costaguta A.⁴

SANATORIO DE NIÑOS^{1,2,3,4}
<alejandropais@hotmail.com>

INTRODUCCIÓN:

El Adenocarcinoma Colorrectal (ACC) es muy frecuente en la edad adulta pero excepcional en niños y adolescentes. Ocasionalmente se observa asociado a enfermedades predisponentes, como síndromes de poliposis o colitis ulcerosa. El ACC esporádico en niños pequeños es aún más infrecuente por lo que se lo diagnostica generalmente en estadios avanzados, con peor pronóstico (sobrevivencia menor al 20% en series publicadas).

OBJETIVO:

Reportar un caso de ACC esporádico atendido por nuestro grupo, enfatizando la necesidad de considerarlo en el diagnóstico diferencial de una proctorragia persistente también en edades pediátricas.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Se realizó una revisión de la historia clínica de la paciente, con especial interés en la forma de presentación, metodología de estudio y resultado inmediato del tratamiento.

POBLACIÓN:

Niña de 5 años de edad atendida en nuestro Servicio, durante el año 2013 con diagnóstico de adenocarcinoma infiltrante de colon sigmoides.

RESULTADO:

La paciente consultó por cuadro de 2 meses de evolución de deposiciones formadas, con sangre roja escasa, intermitente, ocasionalmente con coágulos, sin otros síntomas. Los exámenes de laboratorio de rutina, coagulación y coproparasitológico no revelaron anomalías. La endoscopia digestiva baja mostró una lesión polipoidea a 10 cm del margen anal, subpediculada, de base amplia, que se extrajo parcialmente con asa diatérmica con gran dificultad debido a la dureza inusual. El diagnóstico histológico informó adenocarcinoma moderadamente diferenciado infiltrante de colon, confirmado por 2 patólogos independientes. Por RMI de alta resolución, se observó compromiso de grasa perisigmoidea y adenopatía vecina. Se practicó resección laparoscópica de colon sigmoides distal con anastomosis termino-terminal, junto a la resección de 23 ganglios linfáticos regionales (3 con compromiso metastásico). La secuenciación de ADN y marcación por inmunohistoquímica no evidenciaron mutaciones ni genes aberrantes. Actualmente realiza tratamiento quimioterápico adyuvante con buena evolución.

CONCLUSIÓN:

A pesar de su baja prevalencia, el ACC esporádico debe ser incluido en el diagnóstico diferencial de la proctorragia persistente en pacientes pediátricos. El diagnóstico temprano facilita el tratamiento y probablemente mejora el pronóstico.



Por un niño sano en un mundo mejor

OBSTRUCCIÓN DE INTESTINO DELGADO COMO CAUSA DE FALLO DE CRECIMIENTO Y DESNUTRICIÓN CRÓNICA

RPD 21

Barboni F.¹; Paredes N.²; Hernanz P.³; Ferreyra M.⁴; Roldán O.⁵; Ferreyra M.⁶; Peinado D.⁷; Grinblat V.⁸; Defagó V.⁹; Leanza M.¹⁰

SANATORIO DEL SALVADOR^{1 23 45 6 7 8 9 10}
<fabricobarboni@hotmail.com>

INTRODUCCIÓN:

La obstrucción intestinal alta comprende signos y síntomas (vómitos, dolor/distensión abdominal, pérdida de peso, saciedad precoz) producidos por patologías lumbinales, extralumbinales o intramurales del tracto gastrointestinal, peritoneales o sistémicas. Pueden ser congénitas (atresia duodenal, malrotación, vólvulo, divertículos de Meckel) o adquiridas (adherencias, Crohn, fibrosis quística, invaginación, síndrome de la arteria mesentérica superior o SAMS). El SAMS es causa infrecuente de obstrucción de origen vascular, generalmente secundaria a estados caquéticos o postquirúrgicos de escoliosis, en donde se produce una rápida y significativa pérdida de peso. Los hallazgos radiológicos son: distancia entre arterias mesentérica superior y aorta menor de 10 mm, y ángulo entre ellas inferior a 25°. Incidencia: 0,013 al 0,3 %, de predominio femenino y presentación crónica.

OBJETIVO:

Presentar caso clínico de una rara causa de obstrucción intestinal sin los factores predisponentes habituales.

DESCRIPCIÓN:

Paciente de 17 años, sexo femenino, con antecedente de fallo de crecimiento, reflujo gastroesofágico, gastritis y esofagitis crónica en tratamiento y seguimiento desde la infancia. Se interna para estudio por empeoramiento de epigastralgia crónica y vómitos, en ocasiones biliosos, sin respuesta a medicación. Se realiza fibroendoscopia digestiva alta, tránsito seriado esofagogastroduodenal y revisión de TAC abdominal, que informa: distancia entre aorta y arteria mesentérica superior de 4,6 mm, medición de ángulo aorto-mesentérico 6°. Se decide alimentación enteral hipercalórica continua por sonda nasoyeyunal y apoyo psicológico. Por ausencia de mejoría clínica se realiza tratamiento quirúrgico mediante técnica de desrotación intestinal.

CONCLUSIONES:

El SAMS es causa de obstrucción extrínseca de la 3ª porción duodenal de origen vascular con características clínicas de obstrucción intestinal alta crónica. El estudio imagenológico es fundamental para el diagnóstico. El tratamiento inicial es conservador, con el objetivo de recuperar la grasa retroperitoneal, reservando la intervención quirúrgica para los casos en que falla el tratamiento médico. Debido a su escasa incidencia y la inespecificidad clínica, en este caso sin antecedentes de pérdida abrupta de peso ni cirugía previa, constituye un reto diagnóstico que requiere alto índice de sospecha para evitar que transiten por múltiples consultas médicas y sean sometidos a métodos diagnósticos sin resultado alguno.

RESISTENCIA INSULÍNICA Y SU ASOCIACIÓN CON ÍNDICES GINGIVOPERIODONTALES

TLS 22

Casavalle P.¹; Antona M.²; Romano L.³; Pandolfo M.⁴; Maselli M.⁵; Caamaño A.⁶; Ramos M.⁷; Rodríguez P.⁸; Friedman S.⁹

HOSPITAL DE CLÍNICAS^{1 3 4 5 6 7}; FACULTAD DE ODONTOLOGÍA^{2 8 9}
<pcasav@hotmail.com>

INTRODUCCIÓN:

Se observó en adolescentes que la Resistencia Insulínica (RI) era el nexo entre la obesidad y el riesgo de periodontitis. Debido a lo referido anteriormente, se estudió en nuestra población dicha relación.

OBJETIVO:

Estimar en niños y adolescentes con sobrepeso (SP) y obesidad (OB) la prevalencia de RI y su asociación con características clínicas e índices gingivoperiodontales.

POBLACIÓN:

Se estudiaron 50 pacientes de ambos sexos, de 8-14 años, que concurren a la Sección de Nutrición Pediátrica, desde el Abril-2010 a Mayo-2013. Se excluyeron los pacientes con obesidad de etiopatogenia endocrinológica, hipotálámica, farmacológica o por síndromes genéticos.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Diseño descriptivo, observacional, prospectivo, transversal y de comparación a muestras independientes. El SP o la OB se determinó según Z score de Índice de Masa Corporal de

OMS. La circunferencia de la cintura (CC) estaba aumentada si era >Pc90 según tabla de Freedman et al. Se estableció Pubertad con estadios de Tanner II-V y prepubertad con estadio I. RI fue con HOMA > 3. Los índices gingivoperiodontales se consideraron positivos si el de placa era >1, el gingival >0 y el sangrado al sondaje >0.

RESULTADOS:

La prevalencia de RI fue 26% (IC 95%15,1-40,6 %) y estuvo asociada de manera significativa (p<0,05): a los pacientes de 11- 14 años, púberes y con el índice de sangrado al sondaje positivo. Hubo una asociación con tendencia hacia la significación (p=0,08) en los pacientes con aumento de la CC. No tuvo relación significativa con el sexo, con el grado de exceso de grasa corporal, ni con los otros índices gingivoperiodontales.

CONCLUSIONES:

Uno de cada cuatro pacientes presentó RI y su asociación con el índice de sangrado al sondaje, el cual detecta la presencia de inflamación gingival, podría estar indicando una precoz conexión entre la salud bucal y sistémica. Esto remarca la importancia que tiene para la salud sistémica, el cuidado de la salud bucal, no solo en la adultez, sino también en la población pediátrica.



BIOPSIAS DE CONTROL EN TRASPLANTE HEPÁTICO PEDIÁTRICO

TLS 23

Malla I.¹; Cheang Y.²; Lagues C.³; Silva M.⁴

HOSPITAL UNIVERSITARIO AUSTRAL^{1,2,3,4}

<IMALLA@cas.austral.edu.ar>

INTRODUCCIÓN:

Las biopsias de control en trasplante hepático (TH) son controvertidas. Muchos centros las realizan para diagnóstico y monitoreo de evolución del injerto. Comenzamos biopsias de control en nuestro centro en 2010.

OBJETIVO:

Describir los hallazgos histológicos en receptores pediátricos de trasplante hepático con buena evolución clínico-humoral.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Analizamos retrospectivamente historias clínicas y 42 biopsias hepáticas de 26 pacientes con TH entre 01/2003 y 12/2013 y biopsias de control entre 01/2010 y 03/2014. Se excluyeron pacientes con hallazgos clínicos y/o humorales anormales (tolerando leve alteración de transaminasas x1.5-2 VN).

RESULTADOS:

26 pacientes, 9 varones (34.6%) y 17 mujeres (65.4%). Mediana de edad al trasplante: 21 meses (5m-15a). Etiologías: 11 AVB (42.3%), 9 FHA (34.6%), 2 HAI (7.7%), otras (15%); 16 trasplantes con DVR (61.3%). Inmunosupresión: esteroides y Tacrolimus. La primera biopsia se realizó alrededor de los 6 meses postrasplante en 10 pacientes, 1 año postrasplante en 6 y entre 2 y 9 años postrasplante en 10

pacientes que estaban en ese período cuando comenzamos los procedimientos. 11 pacientes tuvieron segunda biopsia alrededor de un año luego de la primera. En 5 pacientes realizamos una tercera entre 1 y 2 años luego de la segunda. No hubo complicaciones relacionadas a los procedimientos. Los hallazgos histológicos fueron normales o casi normales en 9 muestras (21.4%); diferentes grados de fibrosis en 9 (21.4%); hepatitis crónica inespecífica (HCl) en 6 (14.2%); HCl con fibrosis 2/6 en 4 (9.5%); reacción ductular en 6 (14.2%) e indeterminado para rechazo celular agudo en 4 (9.5%). Menos comunes fueron esteatosis, congestión sinusoidal y rechazo celular agudo tardío; un paciente mostró recurrencia de HAI un año postrasplante y un paciente es tolerante con biopsia normal luego de 18 meses sin inmunosupresión. Guiamos la inmunosupresión según estos hallazgos histológicos.

CONCLUSIÓN:

La HCl y los diferentes grados de fibrosis fueron frecuentes en nuestros pacientes pediátricos con TH y las detectamos en biopsias de control. En un paciente pudimos ajustar la inmunosupresión por recurrencia de hepatitis autoinmune antes de la aparición de alteraciones clínico-humorales. Ciertas anomalías histológicas permanecen sin explicación, pero las biopsias de control permitieron ajustar el tratamiento inmunosupresor y monitorear la evolución del injerto en pacientes pediátricos con TH.

HIDATIDOSIS HEPÁTICA, 36 CIRUGÍAS PREVENIBLES

TLS 24

Garses E.¹; Sablilmbeni A.²; Perez Maldonado J.³

HTAL ZONAL ESQUEL^{1,2,3}

<llorengarses@hotmail.com>

OBJETIVO:

Evaluar distintas características de presentación de hidatidosis hepática en pediatría, teniendo en cuenta edad, sexo, signos y síntomas iniciales, localización y tratamiento.

MATERIAL Y MÉTODO:

Se realizó un estudio descriptivo retrospectivo analizándose fichas de denuncia obligatoria, historias clínicas e informes de anatomía patológica de niños intervenidos quirúrgicamente en el servicio de pediatría del hospital zonal de Esquel comprendiendo el período entre el 01/01/99 al 01/01/14. Se analizó; un total de 71 casos clínicos con diagnóstico de hidatidosis.

RESULTADOS:

Del total de las cirugías pediátricas hidatídicas realizadas en el HZE en los últimos 15 años, de un total de 71 (100%); 36 (51%) correspondieron a cirugías hepáticas, n:31 (43%) pulmonares, n:5 (7%) múltiple. La media de edad en las cirugías hepáticas es de 9,6 años con una frecuencia de

9;predominio en el sexo masculino n: 21(58%) sexo femenino n:15(42%). Diagnóstico pre quirúrgico ecográfico n:41 (100%) de los casos, requiriendo TAC previo al abordaje quirúrgico n:3(8,3%). Presentación asintomática hallados por catastro n: 24(67%), presentación sintomática n:12(33%) de ellos n:1(8%) complicados. Anatomía patológica hidatídica positiva n:36(100%).Perteneciendo n:18 (50%) al departamento de Futaleufú,n:9 (25%) al departamento de Cushamen,n:5(25%) al departamento Tehuelche y n:4(12%) al departamento de Languinao.

CONCLUSIÓN:

La HIDATIDOSIS en el noroeste de la provincia del Chubut es una zoonosis endémica, presentando una morbilidad con altos costos sanitarios, familiares y sociales, siendo una enfermedad radicable como se demostró en otros países. A través de un programa sanitario provincial que incluye actividad veterinaria, atención médica, educación para la salud, y vigilancia epidemiológica, el objetivo es reducir la incidencia, hasta lograr la erradicación definitiva.



Por un niño sano en un mundo mejor

EL COSTO DEL HAMBRE: IMPACTO SOCIAL Y ECONÓMICO DE LA DESNUTRICIÓN INFANTIL EN ARGENTINA

RPD 25

Espagnol M.¹; Carumega E.²

CESNI¹²

<melisa.espagnol@gmail.com>

INTRODUCCIÓN:

La desnutrición durante los primeros 5 años produce consecuencias a lo largo de todo el ciclo de vida de las personas. Es decir, que es posible estimar efectos y costos diferenciales asociados a la desnutrición infantil en cada etapa por la cual transita un individuo. Un niño desnutrido posee una probabilidad adicional de morir y contraer enfermedades generando, posteriormente, problemas cognitivos y de desempeño educativo que se traducen en aumentos en las tasas de abandono, repitencia, rezago y deserción escolar. La conjunción entre una salud endeble y una menor acumulación de capital humano obstaculizan el acceso a empleos de mayor calificación. La economía en su conjunto, ve reducida su capacidad de progreso. Todos estos efectos representan un incremento en los costos asumidos tanto por el sector público como el sector privado, debiéndose destinar recursos físicos y humanos a fin de hacer frente a las demandas adicionales de atención médica y educativa. En términos productivos los costos son interpretados como la cantidad de horas de trabajo que se han perdido producto de la desnutrición infantil. A pesar de existir metodologías para su estimación, estas no han sido aplicadas hasta el momento en nuestro país.

OBJETIVO:

Definir la ecuación y componentes que permitan estimar efectos y costos presentes y futuros en salud, educación y productividad consecuencia de la desnutrición.

POBLACION:

La estimación de efectos y costos presentes se realiza para la población argentina de entre 0 y 64 años. Las proyecciones se efectúan en 2010 para los niños argentinos menores de 5 años.

MATERIAL Y METODOS:

Elaboración propia en base a estadísticas oficiales provenientes de los Ministerios Nacionales y de Organismos Internacionales. Teniendo como referencia el "Modelo de análisis del impacto social y económico de la desnutrición infantil en América Latina" desarrollado por CEPAL- PMA en 2006.

RESULTADOS:

Se exponen las ecuaciones y componentes del costo de oportunidad en términos de Producto Bruto Interno y del Gasto Público Social como consecuencia de las prevalencias de las distintas formas de desnutrición infantil.

CONCLUSIONES:

La desnutrición infantil dificulta que un país alcance su máximo potencial de crecimiento y desarrollo tanto económico como social. Se presenta una metodología para su estimación.

COMPLICACIONES DE LA CIRROSIS EN NIÑOS CON FIBROSIS QUÍSTICA

PO 26

Malla I.¹; López S.²; Oropeza G.³; Castaños C.⁴; Herrera J.⁵; Halac E.⁶; Fauda M.⁷; Battiston F.⁸; Bottero A.⁹; Mora M.¹⁰; Solís R.¹¹; Cuarterolo M.¹²

HOSPITAL UNIVERSITARIO AUSTRAL¹²; HOSPITAL GARRAHAN² 4 6 9 10 12; HOSPITAL INFANTIL MUNICIPAL DE CÓRDOBA³; HOSPITAL DE TÓRAX CETRÁNGOLO⁴; HOSPITAL MATERNO-INFANTIL DE SAN ISIDRO⁵ 11 <imalla@cas.austral.edu.ar>

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVO:

La Fibrosis Quística (FQ) es una enfermedad genética que afecta 1:2500 nacidos vivos (Argentina 1:6000). El compromiso respiratorio es el más frecuente. La enfermedad hepática es la tercera causa de muerte. El 5-10% desarrollan cirrosis e hipertensión portal (HTP) y la mayoría de los casos se diagnostica en edad pediátrica. El tratamiento médico con ácido ursodesoxicólico y endoscópico de las vórices esofágicas es aceptado por la mayoría de los centros. En los no respondedores, la indicación y el momento oportuno de las derivaciones porto-sistémicas (P-S) y el trasplante hepático (TH) son discutidos. Presentamos una serie de casos atendidos en nuestros centros, el tratamiento implementado y la evolución.

POBLACIÓN Y MÉTODOS:

Se recolectaron retrospectivamente datos de 7 pacientes pediátricos con FQ y manifestaciones hepáticas durante el período 12/2010 - 12/2013.

RESULTADOS:

Al diagnóstico de enfermedad hepática todos los pacientes presentaron bilirrubina normal y manifestaciones de HTP (hiperesple-

nismo y/o hemorragia digestiva alta (HDA)). Se descartó síndrome hepato-pulmonar. La mediana de seguimiento fue de 12 meses.

Caso	Sexo	FQ	Ent. Hepat.	Z-score (P-T)	HEP	GGT S/VN	HDA	Ascid.	VEF (Pto)	TTO	Atm. DHR
1	F	EN	Ba	-0.74	1.1	506	Ni	Nao	80	Endosc.	4
2	M	EN	3a	-0.01	2.1	70	Nao	Ni	58	TH (Horta)	4
3	M	Im	10a	-2.33	1.4	264	Ni	Nao	62	TH	5
4	M	10a	10a	-0.72	1.1	70	Nao	Nao	80	Deriv. P-S	2
5	F	2a	2a	-0.42	1.8	50	Ni	Nao	80	TH	2
6	M	3ra	Ba	-1.89	1.1	268	Ni	Nao	78	Deriv. P-S	1
7	M	5ra	norm	-1	1.5	70	Ni	Nao	50	Deriv. P-S	12

DISCUSIÓN:

Los pacientes con FQ y cirrosis pueden presentar complicaciones graves en su evolución, relacionadas con la HTP y/o el deterioro de la función hepática. Los tratamientos indicados en nuestra serie, según el estado clínico-humoral de los pacientes, fueron en forma progresiva endoscópico, derivación P-S quirúrgica o TH. En pacientes con vórices esofágicas sin defectos de la síntesis y buen crecimiento, se planteó erradicación endoscópica. Las derivaciones P-S se indicaron a pacientes con marcada HTP y fallo en el manejo endoscópico, sin alteración de la función hepática. El TH se realizó en pacientes con HTP, deterioro de la síntesis y/o fallo de crecimiento. Son necesarios trabajos con mayor número de pacientes para establecer las pautas de tratamiento adecuado en esta población.



ABSCESOS HEPÁTICOS EN PEDIATRIA

PO 27

Chereau C.¹; Balcarce N.²; Beltramone M.³; Ben R.⁴;
Besga A.⁵; Borobia P.⁶; Corfield E.⁷; Guzman L.⁸;
Ibañez O.⁹; Luque C.¹⁰; Manterola M.¹¹; Menendez L.¹²;
Miculan S.¹³; Nanfite G.¹⁴; Zubiri C.¹⁵; Gonzalez T.¹⁶

HOSPITAL SOR MARIA LUDOVICA LA PLATA^{1,2,3,4,5,6,7,8,9,10,11,12,13,14,15,16}

<clarachereau@gmail.com>

INTRODUCCIÓN:

Los abscesos hepáticos (AH) en la infancia son una patología bien definida y requieren un diagnóstico precoz y tratamiento oportuno para evitar su morbimortalidad.

OBJETIVO:

Analizar las características clínicas, epidemiológicas, diagnósticas, terapéuticas y evolutivas de los AH en 5 pacientes pediátricos.

POBLACIÓN, MATERIAL Y MÉTODOS:

Estudio descriptivo, retrospectivo, donde se revisaron las historias clínicas de 5 pacientes con diagnóstico de AH ingresados entre febrero 2013 y febrero 2014 en nuestro hospital.

RESULTADOS:

Se incluyeron 5 pacientes, 3 femeninos, 2 masculinos entre 1 y 9 años de edad (media 4,2 años). Condiciones ambientales: vivienda de material 4/5, cloacas, agua corriente y mascotas 3/5. Comorbilidades: bajo peso 1/5, impétigo recurrente 1/5, cirugía por peritonitis 1/5, Elisa para Toxocara positivo 1/5, CMV positivo 1/5. Clínica: fiebre 5/5 (tiempo promedio de duración prehospitalaria 11 días y hospitalaria

10 días), dolor abdominal 2/5, palidez 5/5, distensión abdominal 3/5, hepatomegalia 2/5.

Laboratorio: leucocitosis con neutrofilia 4/5, anemia 5/5, reactantes de fase aguda aumentados 5/5, transaminasas elevadas 2/5, coagulograma alterado 2/5, hipoalbuminemia 3/5, serologías positivas 1/5 (IgM Citomegalovirus positivo), hemocultivos positivos 1/5 *Staphylococcus aureus* meticilino resistente (SAMR). Todos fueron evaluados mediante ecografía abdominal: 2 AH únicos heterogéneos, medidas promedio 7.4 x 6.1cm. AH múltiples heterogéneos 3/5. 4 pacientes recibieron ceftriaxona, asociados a clindamicina o vancomicina durante un tiempo promedio de 31 días. 2 de estos además recibieron metronidazol desde el inicio, como triple esquema. Un paciente fue tratado inicialmente con ceftriaxona y metronidazol pero debido a evolución tórpida se rotó esquema antibiótico a piperacilina-tazobactam y vancomicina. Evolución: A 2 pacientes se les realizó punción percutánea debido a mala evolución clínica, solo uno tuvo cultivo positivo para SAMR. Todos resolvieron con tratamiento antibiótico, con ecografías normales a las 6-9 semanas del diagnóstico. Tiempo promedio de internación 31 días.

CONCLUSIONES:

Los hallazgos clínico-epidemiológicos y estudios de imagen permiten establecer el diagnóstico preciso e instaurar la antibioticoterapia adecuada, reduciendo significativamente su morbilidad y mortalidad. Es necesario protocolizar el manejo de esta patología.

BIODISPONIBILIDAD Y APORTE POTENCIAL DE MINERALES EN GALLETITAS DESTINADAS A ESCOLARES ELABORADAS CON HARINA DE TRIGO, HARINA DE ALGARROBA (PROSOPIS ALBA) Y AVENA.

PO 28

PARCIALMENTE FINANCIADO POR UBACYT 20020100100166

Binaghi M.¹; Costa K.²; Di Geronimo S.³; Macias S.⁴;
Generoso S.⁵; Ronayne P.⁶

CAT BROMATOLOGÍA. FFYB. UBA^{1,6}; INSTITUTO DE TECNOLOGÍA DE ALIMENTOS Y NUTRICIÓN. FACULTAD DE AGRONOMÍA Y AGROINDUSTRIAS, UNIVERSIDAD NACIONAL DE SANTIAGO DEL ESTERO.^{2,3,4,5}
<jbinaghi@ffyb.uba.ar>

Las galletitas son alimentos adecuados para optimizar su valor nutritivo e incorporarlas a planes sociales para escolares. La sustitución parcial de la harina de trigo por harina de algarroba, tradicionalmente consumida en el NOA, incrementa el aporte de hierro y calcio. Sin embargo, hay poca información sobre su biodisponibilidad.

OBJETIVO:

Evaluar dializabilidad de hierro, zinc y calcio como indicador de su biodisponibilidad potencial en galletitas destinadas a escolares elaboradas con mezclas de harina de trigo, de algarroba y avena, fortificadas o no. Se evaluaron: harina de trigo: harina de algarroba: avena 80:10:10 (TAA); TAA + esencia de naranja (TAAN); TAAN fortificadas con hierro y zinc (TAANF); TAA + cacao (TAAC); TAAC fortificadas (TAACF).

MÉTODOS:

La concentración total de cada mineral se determinó por espectrometría de absorción atómica y la disponibilidad potencial por un método in vitro que mide dializabilidad (D%) en condiciones que simulan los procesos fisiológicos. Las determinaciones se hicieron por cuadruplicado, y el análisis

estadístico se realizó utilizando ANOVA, con test de Tukey como test a posteriori.

RESULTADOS:

Las concentraciones de hierro, zinc y calcio en TAA fueron de 4,2; 0,9 y 111 mg/100g, respectivamente. TAANF y TAACF contenían 16,2 y 17,5 mg/100g de hierro y 8,3 y 9,0 mg/100g de zinc, respectivamente.

La D%Fe en las galletitas TAAN (7,4) fue mayor que la de TAA (5,9) y de TAAC (3,7) (p<0,05). Para las D%Zn fueron: 27,5 en TAAN; 23,4 en TAA, y 19,3 en TAAC (p<0,05). Estas cifras puede atribuirse a la presencia de ácido cítrico, que es un promotor de la absorción mineral, en TAAN y la presencia de polifenoles, que son inhibidores de la absorción, en TAAC. Respecto a las muestras fortificadas, las D%Fe y D%Zn disminuyeron en ambos casos. Sin embargo, el aporte potencial de hierro (calculado en base al contenido total y a su dializabilidad) fue similar en todas las galletitas. El aporte potencial de zinc fue mayor en las galletitas fortificadas. El contenido de calcio, la D% y el aporte potencial no mostraron diferencias significativas entre ninguna de las muestras analizadas.

CONCLUSIONES:

La disponibilidad mineral puede verse modificada dependiendo de la combinación de ingredientes empleados. La fortificación aumentó el contenido de hierro, pero redujo la disponibilidad potencial obteniéndose por lo tanto valores similares de aporte potencial.



Por un niño sano en un mundo mejor

DIFERENCIAS EN LOS INDICADORES BÁSICOS DE LACTANCIA MATERNA Y ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA PROPUESTOS POR LA OMS EN NIÑOS CON DIFERENTES CONDICIONES SOCIODEMOGRÁFICAS DE ROSARIO

TLS 29

Zapata M.¹; Fortino J.²; Palmucci C.³; Padros S.⁴; Palanca E.⁵; Venesia A.⁶; Carmuega E.⁷

CESNI^{1, 2, 3}; UNIVERSIDAD DEL CENTRO EDUCATIVO LATINOAMERICANO, FACULTAD DE QUÍMICA, LICENCIATURA EN NUTRICIÓN.^{2, 3, 4, 5, 6}
<mariaelisazapata@gmail.com>

INTRODUCCIÓN:

La Organización Mundial de la Salud ha elaborado una serie de indicadores básicos que proporcionan información sobre las prácticas de lactancia y alimentación en niños de 0 a 23 meses de edad.

OBJETIVO:

Evaluar los 8 indicadores básicos de lactancia materna y alimentación complementaria en niños menores de 24 meses atendidos en un centro asistencial público y uno privado de la ciudad de Rosario, Argentina.

MÉTODOS:

Estudio transversal. Se evaluaron 400 niños (200 de cada centro). Se aplicó un cuestionario general y un recordatorio de 24h. El análisis se basó en 381 niños a término, menores de 24 meses (192 público y 189 privado). Las diferencias fueron evaluadas por la prueba de Chi-cuadrado.

RESULTADOS:

En el centro asistencial público y privado, el inicio temprano de la lactancia materna fue de 83,3 vs 87,8%, la lactancia materna exclusiva en menores de 6 meses fue 79,1 vs 46,7% (p<0,001), la lactancia materna continua al año de vida fue 29,4 vs 38,9%, la introducción de alimentos sólidos, semisólidos o suaves fue 71,4 vs 100% (p=0,012), la diversidad alimentaria mínima fue de 45,3 vs 70,7% (p<0,001), la frecuencia mínima de comidas 74,5 vs 98,0% (p<0,001), la dieta mínima aceptable fue 41,5 vs 70,7% (p<0,001) y el consumo de alimentos ricos en hierro o fortificados con hierro fue 66,0 vs 93,9% (p <0,001).

CONCLUSIÓN:

Mientras que los indicadores de la lactancia materna fueron mejores en el sector público, los indicadores de alimentación complementaria presentaron mayor cumplimiento en el privado. Esto puede estar relacionado con las características sociodemográficas de la población atendida en ambos centros, como así también con la modalidad de atención y el apoyo e información que brindan ambos centros asistenciales a sus pacientes.

PATRONES DE INGESTA DE LÁCTEOS DE LA POBLACIÓN ARGENTINA

TLS 30

Zapata M.¹; Roviroso A.²; Carmuega E.³

CESNI^{1, 2, 3}
<mariaelisazapata@gmail.com>

INTRODUCCIÓN:

Los productos lácteos son importantes fuentes de calcio, vitaminas y proteínas de alta calidad, y están incluidos como un grupo independiente en las Guías Alimentarias para la población Argentina

OBJETIVO:

Evaluar el consumo de lácteos y su aporte de calcio en la población Argentina.

METODOLOGÍA:

Estudio transversal en una muestra probabilística, polietápica con cuotas de región, sexo y edad, en las principales ciudades de Argentina. La muestra fue conformada por 1137 individuos (563 hombres; 574 mujeres), de 2 a 65 años, que completaron un registro semanal de consumo. Se consideraron las porciones de las Guías Alimentarias para la población Argentina, 200ml de leche o yogur, 50g queso fresco, 60g queso de untable y 15g queso duro.

RESULTADOS:

El consumo promedio de lácteos fue de 2.1 ± 1.2 porciones diarias (p/d). En los niños preescolares (2-4años) fue 3.3±1.3p/d, en los escolares (5-12años) 2.6 ± 1.0p/d, en los adolescentes (13-18años) 2.0 ± 1.0p/d, en adultos jóvenes (19-30años) 1.7 ± 0.9p/d, en adultos de mediana edad (31-50años) 1.7 ± 1.0p/d y en los adultos de 51 a 65 años fue de 1.6 ± 1.1p/d. En comparación con las guías alimentarias el 45% de los niños preescolares, el 72% de los escolares y el 87% de los adolescentes consumieron menos de las 3 porciones recomendadas por día, y 65% de los adultos jóvenes y el 69% de los adultos mayores de 31 años no alcanzaron las 2 porciones diarias recomendadas por las guías. El consumo de calcio proveniente de lácteos fue de 719 ± 265mg/d en preescolares, 570 ± 211mg/d en escolares, 444 ± 222mg/d en adolescentes, 372 ± 195mg/d en adultos jóvenes, 352 ± 205mg/d en adultos de 31 a 50 años y 352 ± 239mg/d en adultos de 51 a 65 años.

CONCLUSIONES:

El consumo de productos lácteos comienza a descender en la edad escolar y se mantiene a la baja a lo largo de la edad adulta. Por lo tanto sus hábitos de consumo deberían fomentarse desde edades tempranas



PREVALENCIA Y CLÍNICA DE LOS NIÑOS CON LITIASIS BILIAR EN HPMI DE SALTA

TLS 31

Bastianelli C.¹

HOSPITAL PÚBLICO MATERNO INFANTIL DE SALTA¹

<cvbastianelli@yahoo.com.ar>

OBJETIVOS:

- 1- Calcular prevalencia de litiasis.
- 2- Analizar edad y modos de presentación
- 4- Identificar factores de riesgo

MATERIALES Y MÉTODOS:

Retrospectivo, descriptivo. Pacientes pediátricos con litiasis biliar desde 9/2009 a 12/2010. Datos recogidos: edad, sexo, peso y talla (gráfica de Lejarraga y OMS) antecedentes personales y familiares. Síntomas al inicio: Dolor abdominal recurrente (DAR); Colecistitis aguda; Colangitis; Pancreatitis. Análisis estadístico: análisis descriptivos y T de Student y Chi cuadrado.

RESULTADOS:

51/1734 pacientes de 1º vez. Prevalencia 2.94%. Rango etario: 8-15 años; x: 12.9; mediana: 13 años. Sin diferencia etaria entre sexos. Sexo: 44/51 mujeres y 7/51 varones. Antecedentes antropométricos: 30 (59 %) Obesos (IMC >2DS; 21 (41 %) normales.

Ninguno recibió drogas ni alimentación parenteral total. Se asoció a (embarazo, pancreatitis, Hodking, Gilbert, autismo y mielomeningocele).

Ant. Familiares: 17/51 (34%) obesidad; 11/51 (21%) hiperlipidemia familiar. 26/51 (51%) litiasis biliar en familiares, 50% madres con litiasis. El antecedente materno de litiasis es variable independiente del sexo del paciente.

Sintomatología: 34/51 (67%) DAR; 7/51 colecistitis; 5/51 pancreatitis; 4/51 colangitis; 3/51 hallazgo ecográfico.

Tratamiento médico: 3/51; 2/3 cirugía posterior.

Tratamiento quirúrgico: 45 (88%) colecistectomías laparoscópicas, 92% sin complicaciones. Complicaciones: 6/45 (13%); 4 cálculos residuales tratados con CPRE posterior, 1 pancreatitis por calculo residual y 1 lesión de vía biliar.

CONCLUSIONES:

Prevalencia de 2.94%, mayor a la que muestra bibliografía en menor tiempo de estudio. El sobrepeso es factor predisponente más importante. 51% con antecedentes familiares de litiasis con predominio en madres. El DAR fue el síntomas más frecuente. 59% con obesidad 88% se operaron con un éxito del 92%. Las complicaciones fueron en obesos

ADECUACIÓN DE ALIMENTOS COMPLEMENTARIOS EN RELACIÓN CON SU DENSIDAD ENERGÉTICA Y SU VISCOSIDAD APARENTE

RPD 32

Greco C.¹; Ronayne de Ferrer P.²

CÁTEDRA DE BROMATOLOGÍA, FACULTAD DE FARMACIA Y

BIOQUÍMICA, UNIVERSIDAD DE BUENOS AIRES^{1,2}

<cgreco@ffyba.uba.ar>

INTRODUCCIÓN:

La viscosidad de los alimentos complementarios podría condicionar su ingesta y el aporte energético total de la dieta. Ello se debe a que una elevada viscosidad se relaciona con una saciedad temprana y un menor consumo del alimento.

OBJETIVOS:

Determinar la densidad energética y la viscosidad aparente en alimentos comerciales destinados a lactantes a partir del 6º mes.

MATERIALES Y MÉTODOS:

Se analizaron dos tipos de alimentos infantiles comerciales: a) específicamente diseñados para el lactante: 10 productos en polvo para preparar papillas con leche o agua y 23 productos listos para consumir de tipo colados (8 salados y 5 dulces) y picados (10 salados); b) alimentos de uso habitual en la primera infancia: polenta, sémola sola, con zapallo y con espinaca, preparados con leche y agua.

El aporte calórico (kcal/g) se obtuvo por combustión total en una bomba calorimétrica, con las correcciones pertinentes. La viscosidad se midió en un viscosímetro Brookfield DV-E, simulando las condiciones fisiológicas del consumo de alimentos en los niños.

RESULTADOS:

Se clasificaron en 6 grupos según: baja densidad energética + baja, moderada o elevada viscosidad, o bien, adecuada densidad energética + baja, moderada o elevada viscosidad. De los trece alimentos colados, los tres de aporte energético adecuado poseían una elevada viscosidad; mientras que los de viscosidad baja o moderada, tenían bajo contenido energético. La mayoría de los alimentos picados no sólo tenían baja densidad energética, sino además viscosidad elevada. Las papillas preparadas a partir de los productos en polvo eran en su mayoría adecuadas energéticamente, con una viscosidad de baja a moderada. Sin embargo, a partir de los 9 meses, casi todas serían energéticamente inadecuadas, con viscosidad variable.

La polenta preparada con agua tenía baja viscosidad y aporte calórico adecuado sólo para niños de 6 a 8 meses; preparada con leche, presentaba una viscosidad elevada. Las sémolas con agua resultaban inadecuadas en su energía y de baja viscosidad. Al prepararlas con leche tendrían un contenido energético acorde sólo con el mínimo requerido para lactantes de 6 a 8 meses; el alimento a base de sémola sola mostró una elevada viscosidad.

CONCLUSIONES:

En los alimentos predominó una combinación de bajo aporte calórico con elevada viscosidad. Sería aconsejable que estos productos aseguraran una viscosidad moderada, que no condicione la cantidad a ingerir ni el aporte energético. UBACyT 20020100100166.



LEYES Y PROYECTOS DE LEY SOBRE REGULACIÓN DE KIOSCOS ESCOLARES EN ARGENTINA

RPD 33

Gomez P.¹; Zapata M.²; Carmuega E.³

CESNI^{1,2,3}

<paula.gomez@cesni.org.ar>

INTRODUCCIÓN:

Numerosos estudios demuestran que la alimentación en el ámbito escolar representa un aporte significativo de la ingesta diaria. Los programas de desayuno y merienda, las viandas y los kioscos escolares son sus principales componentes modificables para promover un estilo de alimentación más saludable

OBJETIVO:

El objetivo fue evaluar la situación de los proyectos de ley y leyes a nivel nacional y regional que regulan que regulan la oferta de alimentos y bebidas disponibles en el kiosco escolar.

MATERIALES Y MÉTODOS:

Se contactó con las escuelas de nutrición y asociaciones provinciales a través de la Federación Argentina de Nutrición Graduados (FAGRAN) y a las cámaras nacionales y provinciales de Diputados y Senadores de todas las provincias para conocer el estado de situación y de avance de los proyectos y leyes en la materia.

RESULTADOS:

A nivel nacional, en 2008 se sancionó la ley N° 26.396/08

que se centra en los trastornos de la conducta alimentaria y promueve la implementación de kioscos saludables, sin embargo no especifica sobre su aplicación y las responsabilidades en cuanto a su ejecución. Actualmente, la Cámara de Diputados de la Nación envió a senadores una ley nacional sobre kiosco saludable.

Se obtuvieron datos de 16 provincias. El 83% presentaron leyes o proyectos de ley sobre kiosco saludable, 33% de las provincias tenían una ley reglamentada, el 8% presentaron leyes sancionadas y promulgadas y el 25% un proyecto de ley. El 29% de las provincias tenían ordenanza municipal en las ciudades capitales y el 13% proyecto de ordenanza municipal.

CONCLUSIONES:

El seguimiento del avance de la iniciativa de reglamentación de kioscos escolares pone de manifiesto el complejo proceso de instalar cambios en la nutrición escolar en un país que cuenta con una organización federal y pone de relevancia la importancia de los acuerdos y consenso técnicos para acelerar y brindar consistencia al proceso. Esta diversidad de reglamentaciones con regulaciones complejas promulgadas desde el 2008 hasta la fecha puede dificultar el propósito de lograr una oferta variada de alimentos en las escuelas, promover un consumo responsable y hábitos saludables.

MARCADORES SEROLÓGICOS EN EL SEGUIMIENTO DE NIÑOS CON ENFERMEDAD CELIACA

RPD 34

Zosi A.¹; Beltramone M.²; Ben R.³; Borobia P.⁴; Chereau C.⁵; Cordfield E.⁶; Lucero N.⁷; Menendez L.⁸; Miculán S.⁹; Nanfito G.¹⁰; Guzmán L.¹¹

HOSPITAL DE NIÑOS SOR MARÍA LUDOVICA^{1,2,3,4,5,6,7,8,9,10,11}

<anabellazosi@hotmail.com>

INTRODUCCIÓN:

La enfermedad celíaca (EC) es una enteropatía autoinmune causada por una intolerancia permanente a las proteínas del gluten en individuos genéticamente susceptibles.

El diagnóstico se realiza por clínica compatible, alteraciones histopatológicas características en una biopsia intestinal y mejoría clínica en respuesta a dieta libre de gluten (DLG). Las pruebas serológicas resultan importantes para la confirmación de EC, el screening de individuos en riesgo y no en riesgo y la identificación de pacientes en quienes se pueda justificar una biopsia, como así también para la monitorización y vigilancia del correcto cumplimiento de la DLG.

OBJETIVO:

Evidenciar variación de marcadores serológicos de enfermedad celíaca en pacientes diagnosticados en el servicio de gastroenterología de un hospital pediátrico.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Estudio descriptivo retrospectivo de 60 Historias Clínicas de pacientes celíacos diagnosticados entre el 01/01/2011 al 31/12/2011 en el Hospital Sor María Ludovica de La Plata. Se analizaron: IgA total, AGA II IgA, tTGlgA y EMAIgA al diagnóstico, a los seis meses, al año y a los 2 años de dieta libre de gluten

RESULTADOS:

Diagnóstico: de 60 pacientes, 4 con déficit de IgA (2,4%), en 45 se determinó AGA II IgA y fue positiva en el 93%, de 58 pacientes el 91% tTG IgA positivo, de 48 el 92% EMAIgA positiva.

Primer control n34 (6 meses DLG): 67% AGA II IgA negativos; 43% tTG IgA negativo; 50% en descenso y 41% EMAIgA negativos.

Segundo control n23 (al año DLG): 82% AGA II IgA negativos; 69% tTGlgA negativos; 21% en descenso y 58% EMAIgA negativos.

Tercer control n10 (2 años DLG): 63% AGA II IgA negativos; 70% tTGlgA negativos; 83% EMAIgA negativos.

Muchos de estos pacientes continuaron su seguimiento luego del diagnóstico en su hospital de origen.

CONCLUSIONES:

La respuesta de los distintos marcadores tras la DLG es variable. Los AGA II tendieron a negativizarse a los 6 meses de DLG, con 82% de valores negativos al año. Los tTGlgA se mostraron en descenso a los 6 meses y al año, con un 70% de negativos a los dos años. Los EMA IgA descendieron más lentamente que los otros marcadores.

El seguimiento serológico es importante para verificar el cumplimiento de la DLG. En el control a los dos años se encontró mayor porcentaje de EMAIgA y tTGlgA negativos. El aumento de AGA II IgA se correlacionó con transgresiones en la DLG. El seguimiento con AGA II IgA debe alertarnos sobre incumplimientos de la DLG.



EVALUACIÓN DE LA ACTIVIDAD FÍSICA EN RECREOS MEDIANTE SISTEMA DE OBSERVACIÓN DEL JUEGO Y OCIO EN ESCOLARES (SOPLAY) DE CORRIENTES

PO 35

Zapata M.¹; Rovirosa A.²; Trifilio C.³; Berta C.⁴; Carmuega E.⁵
CESNI^{1,2,5}; UNIVERSIDAD DE LA CUENCA DEL PLATA, FACULTAD DE INGENIERÍA, LICENCIATURA EN NUTRICIÓN.³; COLEGIO DE NUTRICIONISTAS Y LICENCIADOS EN NUTRICIÓN DE LA PCIA. DE CORRIENTES⁴
<marialisazapata@gmail.com>

INTRODUCCIÓN:

La encuesta nutricional de escolares de Corrientes 2013 fue un estudio transversal que comprendió 2135 niños de 1°, 3° y 5° grado pertenecientes a 32 escuelas de las principales ciudades realizado a partir de una iniciativa del Ministerio de Educación en la evaluación de su programa de alimentación escolar.

OBJETIVO:

Observar y analizar el comportamiento motor espontáneo y el uso del espacio en los recreos escolares mediante una metodología de observación estandarizada.

METODOLOGÍA:

El sistema SOPLAY se basa en las técnicas de muestreo de tiempo momentáneo en el que se realizan exploraciones sistemáticas y periódicas de los individuos y los factores contextuales dentro de zonas delimitadas. Este fue utilizado para medir objetivamente el nivel de actividad física durante los recreos, para el cual niño o niña dentro del área observada es codificado como sedentario -S- (acostado, sentado o de pie), moderado -M- (caminando), o muy activo -MA-. Para estimar la tasa de gasto de energía, se asignaron valores estándar de MET a cada uno de los códigos SOPLAY (S=1.5, M=3, MA=6). Las observaciones fueron realizadas por nutricionistas entrenadas

RESULTADOS:

Se observaron 181 áreas en 32 escuelas, las áreas observadas fueron los espacios donde los niños tenían sus recreos durante la jornada escolar. La temperatura media durante los momentos de observación fue de 24.3±3.6°C (Min 19°C Max 32°C). El 86.7% correspondieron a áreas utilizables para actividad física, el 77.9% estaban supervisadas por docentes o adultos, el 2.8% era un área donde se realizaba actividad física organizada y el 12.7% contaba con equipamiento no fijo provisto por la escuela (como pelotas, sogas, etc). En las observaciones se registraron 1154 niñas y 1307 niños. Las niñas fueron menos activas que los varones durante los recreos escolares.

Tabla. Cantidad de niños realizando cada actividad por área y tasa metabólica

	Número por área - media (DS)-		% del total		METs totales	
	F	M	F	M	F	M
Sedentaria	2.4 (2.6)	2.1 (3.0)	30.9	23.6	535	462
Moderada	3.0 (2.8)	2.9 (3.7)	39.9	32.7	1362	1281
Muy activa	2.3 (3.1)	3.9 (4.3)	29.7	43.8	2058	3432
Total	7.7 (5.6)	9.0 (6.5)	100	100	3955	5175

CONCLUSIONES:

Algunos escolares usan los recreos como oportunidades para estar físicamente activos en la escuela. Las intervenciones ambientales basadas en la supervisión, disponibilidad de elementos, programas estructurados podrían contribuir a mejorar la práctica de actividad física durante los recreos.

EFICACIA DE UNA PRUEBA RÁPIDA CON ANTICUERPOS IGA ANTITRANSGLUTAMINASA TISULAR EN LA DETECCIÓN DE ENFERMEDAD CELIACA EN PEDIATRÍA

TLS 36

Zosi A.¹; Balcarce N.²; Beltramone M.³; Ben R.⁴;
Borobia P.⁵; Chereau C.⁶; Corfield E.⁷; Cueto Rúa E.⁸;
Lucero N.⁹; Menendez L.¹⁰; Miculan S.¹¹; Nanfito G.¹²;
Zubiri C.¹³; Guzman L.¹⁴

HOSPITAL DE NIÑOS SOR MARÍA LUDOVICA^{1,2,3,4,5,6,7,8,9,10,11,12,13,14}
<anabellazosi@hotmail.com>

INTRODUCCIÓN:

La Enfermedad celíaca (EC) es una enteropatía autoinmune precipitada por la ingesta de alimentos con gluten, en individuos predispuestos genéticamente. El diagnóstico se realiza por características histopatológicas de biopsia intestinal y mejoría clínica con dieta libre de gluten (DLG). Las pruebas serológicas se utilizan para confirmar diagnóstico, screening, y seguimiento de DLG. Pese a ser una enfermedad tratable, el porcentaje de celíacos no diagnosticados es elevado. El cribado de la población general con pruebas serológicas convencionales sería costoso y de difícil aceptación. Existen métodos rápidos para la detección de autoanticuerpos, que pueden realizarse durante la consulta médica.

OBJETIVO:

Determinar la sensibilidad, especificidad y valores pronósticos de diagnóstico de EC mediante la detección rápida de anticuerpos IgA transglutaminasa tisular.

POBLACIÓN: Niños de 1 a 16 años con clínica compatible con EC atendidos en el Servicio de Gastroenterología del Hospital de Niños Sor María Ludovica en el año 2009.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Estudio descriptivo retrospectivo. Se analizaron 45 historias clínicas de pacientes con sintomatología de EC; se les realizó Test Rápido, dosaje de IgA total, Acs IgAtTG, AGA y EMA, y biopsia duodenal.

RESULTADOS:

De 45 pacientes, 35 tuvieron Test Rápido positivo. En 31 se confirmó el diagnóstico con biopsia intestinal, y en 4 ésta fue normal descartando EC. 10 pacientes tuvieron Test Rápido negativo, 7 con serologías negativas y biopsia normal; 2 presentaban déficit de IgA, test rápido y serologías IgA negativas, pero EC por histología duodenal. 1 paciente tuvo Test Rápido negativo, serologías positivas y biopsia con enteropatía. El Test Rápido tuvo sensibilidad del 93% (cercana al 100% si eliminamos los pacientes con déficit de IgA); la especificidad fue del 63%. El valor predictivo positivo 88%, y predictivo negativo 70% (87% sin los déficits de IgA).

CONCLUSIONES:

El Test Rápido es una herramienta útil en el screening de EC en pacientes sintomáticos, con probabilidad diagnóstica cercana al 100%, si se excluyen individuos con déficit de IgA; con Test Positivo debería hacerse la biopsia duodenal para confirmar diagnóstico. La especificidad no fue tan elevada; ante un resultado negativo y sospecha clínica deberíamos solicitar serologías convencionales y biopsia diagnóstica.



Por un niño sano en un mundo mejor

HIDRATAR I: PERFIL DE INGESTA DE BEBIDAS NO ALCOHÓLICAS DE LA POBLACIÓN ARGENTINA

RPD 37

Chamorro V.¹; Rovirosa A.²; Zapata M.³; Carmuega E.⁴

CESNI - CENTRO DE ESTUDIOS SOBRE NUTRICIÓN INFANTIL^{1,2,3,4}

<vchamorro@cesni.org.ar>

INTRODUCCIÓN:

La importancia de una adecuada hidratación es ampliamente reconocida, pero los líquidos consumidos pueden ser una fuente importante de azúcares y calorías. Existe muy poca información con respecto al perfil de ingesta de bebidas de la población argentina

OBJETIVO:

Evaluar el consumo de bebidas e infusiones en la población Argentina.

METODOLOGÍA:

Estudio transversal en una muestra probabilística, polietápica, estratificada por conglomerados, con cuotas de región, sexo y edad en las principales ciudades de Argentina. La muestra fue conformada por 800 individuos, menores de 65 años, que completaron un cuestionario autoadministrado de consumo de bebidas y alimentos por 7 días. Se categorizó a las bebidas en tres grupos: el agua pura; las bebidas e infusiones con sabor sin azúcar (≤ 4 kcal%) y las bebidas e infusiones con sabor con azúcar (> 4 kcal%). No se incluyeron en el análisis a las bebidas lácteas, sopas, licuados o jugos naturales de frutas ni las bebidas con alcohol.

RESULTADOS:

El consumo promedio de líquidos fue de 2,05 l/día. En los niños preescolares (<5 años) fue 1099 \pm 917ml/d, en los escolares (6-12 años) 1399 \pm 888ml/d, en los adolescentes (13-17 años) 1719 \pm 1059ml/d. Solo el 21% de la ingesta total de líquidos estuvo representada por agua, el 29% por bebidas e infusiones sin azúcar y el 50% por bebidas e infusiones con azúcar. Los adolescentes fueron los que presentaron el menor consumo de agua (13.2% de la ingesta total) y el mayor consumo de bebidas e infusiones con azúcar (67.2%). La cantidad media de azúcar aportado por las bebidas e infusiones azucaradas fue de 41 g en los preescolares, 52 g en los escolares y 88 g en los adolescentes. Esto representa entre 164 y 350 kcal, y determina que solo a partir de los líquidos ingeridos se alcance o supere el límite superior de ingesta de azúcares libres recomendado por la OMS (10 % de las calorías).

CONCLUSIONES:

El consumo promedio de líquidos es adecuado en términos cuantitativos, pero su composición es inadecuada. El agua pura constituye menos de una cuarta parte del total de líquidos ingeridos, mientras que la mitad de los líquidos consumidos fueron bebidas e infusiones azucaradas. Esto determina un consumo excesivo de azúcares libres y calorías. Promover una ingesta saludable de líquidos desde los primeros años de vida es una de las estrategias que se deben tener en cuenta para contrarrestar la epidemia de obesidad.

FRECUENCIA DE ESTEATOSIS HEPÁTICA Y CORRELACIÓN CON CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS Y BIOQUÍMICAS EN NIÑOS Y ADOLESCENTES OBESOS ASISTIDOS EN CONSULTORIO DE ENFERMEDADES METABÓLICAS DEL HOSPITAL DE NIÑOS DE SALTA

TLS 38

Pacheco G.¹; Burgos M.²; Yapura C.³

HOSPITAL PÚBLICO MATERNO INFANTIL DE SÁLTA,¹; PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN SALTA,²; PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN JUJUY,³

<talpacheco@arnet.com.ar>

INTRODUCCIÓN:

La Enfermedad Hepática Grasa No Alcohólica (EHGNA) es frecuente en pediatría. La prevalencia en diferentes países entre el 2,6 al 22 %. En niños obesos aumenta entre 30 a 53%. Se considera que los niños obesos constituyen un grupo de riesgo para la EHGNA.

OBJETIVOS:

Determinar la frecuencia de presentación de Hígado Graso (HG) mediante ultrasonografía. Correlacionar HG con datos antropométricos, clínicos y bioquímicos en niños y adolescentes obesos asistidos en el consultorio de Enf. Metabólicas del Hosp. de Niños de Salta.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Diseño observacional, descriptivo, de corte transversal y retrospectivo. Población: Todos los pacientes entre 2-14 años con diagnóstico de obesidad primaria que se asistieron entre Marzo 2007 a Junio 2009. Variables en estudio: Edad. Sexo. Talla. Índice de cintura. BMI. Z Score BMI. Índice Cintura. TA. Pseudo acantosis Nigricans Glucemia. GOT. GPT. Colesterol Total. HDL Colesterol. LDL Colesterol. Triglicéridos. Insulina Basal. Índice HOMA. Esteatosis Hepática. Procesamiento y análisis de datos: soporte informático Excel 2007 y Epi Info Versión 6. Se realizó el estudio

de asociación con las diferentes variables y esteatosis, se utilizó tablas de 2x2 y se consideró significativa un valor de p< de 0,05

RESULTADOS:

Se incluyeron 58 niños de ambos sexos, entre 2 a 14 años. La frecuencia de esteatosis hepática por ecografía fue del 43,1%(25). La distribución según sexo fue 22 (38%) femenino y 36 (62%) masculino. La media de edad para ambos fue de 9,7 años. El Z score del IMC muestra el 100% de los niños y niñas presentaban obesidad grave. El 100% presentó Índice de Cintura > al Percentil 90. T.A. 17% (10 pacientes) > al percentil 95. Acantosis el 89,6% (n=52pacientes). GOT elevada 15,5%(9) y GPT elevada 29,3% (17). Todos tuvieron glucemia basal normal. HOMA IR elevado un 41,37% (n=24). Insulina Basal elevada 39,65% (n=23). Un 15,5% (n=9 pacientes) Colesterol Total elevado, HDL bajo 34,48% (n=20 pacientes), Triglicéridos elevados 63,79% (n=37 pacientes), LDL aumentado 8,6 % (5 pacientes).

CONCLUSIONES:

La frecuencia de esteatosis hepática por ultrasonografía fue del 43,1%. Similar al reportado por otros trabajos realizados en nuestro país. La circunferencia de cintura presentó una correlación significativa con la EHGNA. Encontramos asociación significativa en relación a los valores de GPT y HOMA IR, lo cual coincide con la bibliografía analizada. El estudio muestra que la obesidad infantil presenta alteraciones metabólicas desde edad temprana por lo cual se deberían implementar programas de prevención y detección a nivel poblacional capacitando a los efectores de salud en la promoción de hábitos saludables.



DEFICIENCIA DE MICRONUTRIENTES: A PROPÓSITO DE UN CASO

RPD 39

**Grabois F.¹; Galizzi M.²; Arias L.³; Roussos A.⁴;
Tonietti M.⁵; Gaete L.⁶; Trifone L.⁷**

HOSPITAL DE NIÑOS RICARDO GUTIERREZ²³⁴⁵⁶⁷
<flgrabois@gmail.com>

MATERIAL Y MÉTODOS:

Se presenta el caso clínico de una paciente de ocho meses de edad que consulta por pérdida de pautas madurativas y palidez.

Al examen físico presenta hipotonía generalizada, arreflexia e hiporreactividad a los estímulos con tendencia al sueño. Pérdida del sostén cefálico. Reflejos fotomotores y consensuales positivos, lentos. Dermatitis perineal y perianal, pelo fino, ralo, opaco de coloración amarillento grisáceo.

Diagnóstico antropométrico: desnutrición crónica moderada. Antecedente familiares: madre vegana.

Historia alimentaria: pecho exclusivo hasta los seis meses y luego agrega recibe la misma dieta de la madre.

Exámenes complementarios: anemia megaloblástica: Hb 5.3 g/dl, Hto 14.8%, VCM 107 fl; ret 1.83%. Dosaje de Vitamina B12 <30ug, homocisteína 121.2 umol/L, Ferremia 46 mcg/ml, Ferritina 220ng/ml. (valores alterados)

Tomografía de cerebro atrofia cortical severa.

PEAT y PEV alterados y EEG normal

Recibe como tratamiento soporte enteral, suplementación con sulfato de zinc, polivitamínico y Vit B12 100 ug/k/d.

Al 5° día de tratamiento presenta mejoría del tono muscular, reflejos positivos en miembros superiores, sigue con la mirada.

Al 6° de tratamiento presenta Status parcial eléctrico posible efecto adverso del tratamiento el cual revierte luego de la interrupción del mismo.

RESULTADOS:

Luego de 18 días con la terapéutica instaurada la paciente presentó mejoría en su estado nutricional, con parámetros antropométricos acordes a su edad, corrección de déficits de micronutrientes. En su aspecto neurológico hubo progresiva mejoría de sus pautas madurativas con respecto a su ingreso. Conclusión: La deficiencia de vitamina B12 y su expresión clínica están asociadas a la alimentación vegetariana vegana. La misma se asocia a sufrir diversas carencias alimentarias como la de proteínas, hierro, zinc, calcio, omega 3, vitamina D, niacina. Es importante realizar un interrogatorio dirigido a los hábitos alimentarios de las madres para sospechar y prevenir el desarrollo de carencias de micronutrientes asociadas a dietas especiales

COMPLICACIONES ASOCIADAS A LA DUODENOPANCREATECTOMIA CEFÁLICA: EVOLUCIÓN Y SEGUIMIENTO DE TRES CASOS

RPD 40

Grabois F.¹; Galizzi M.³; Martínez P.⁴; Arias L.⁵; Dlugosevsky C.⁶; Tonietti M.⁷; Magluf R.⁸; Trifone L.⁹

HOSPITAL DE NIÑOS RICARDO GUTIERREZ³⁴⁵⁶⁷⁸⁹
<flgrabois@gmail.com>

INTRODUCCIÓN:

Los tumores pancreáticos son infrecuentes en la infancia. El más frecuente es el Tumor de Frantz o pseudopapilar. Su presentación clínica es variable de acuerdo al tamaño tumoral, la detección precoz y los antecedentes previos del paciente. El tratamiento quirúrgico de elección es la duodenopancreatectomía que puede presentar complicaciones inmediatas y alejadas. Desde el punto de vista clínico-nutricional conocer los antecedentes familiares y perinatólogicos, el estado nutricional, la función intestinal y pancreática previas es fundamental para el seguimiento y evolución en el postquirúrgico alejado

OBJETIVOS:

Describir tres casos clínicos y su evolución luego de un año de seguimiento de pacientes pediátricos entre 3 y 16 años con diagnóstico de tumor pancreático que requirieron duodenopancreatectomía cefálica M y M. Se describen tres casos clínicos, presentación clínica, tratamiento, evolución y seguimiento durante un año de pacientes pediátricos entre 3 y 16 años.

Primer paciente sexo femenino 16 años de edad que se presentó como una masa palpable. Se diagnosticó Tumor de Frantz. Requirió soporte parenteral y enteral y luego continuó con alimentación por vía oral. A los seis meses presenta esteatorrea

Segundo paciente sexo femenino 15 años de edad el cual se presentó como una masa palpable. Se realizó diagnóstico de Tumor de Frantz

Presentaba antecedentes familiares de diabetes. Como complicación postquirúrgica presentó hiperglucemia de estrés con requerimiento de insulina. Requirió soporte parenteral y enteral y luego continuó con alimentación por vía oral.

A los diez meses presenta severa pérdida de peso, esteatorrea, anemia, obstrucción del conducto hepatoyeyunal.

Tercer paciente sexo masculino de tres años de edad con diagnóstico de fibromatosis intestinal el cual se diagnosticó como hallazgo en una angiografía corporal total en el contexto de un estudio de diagnóstico por una malformación vascular congénita a nivel de miembro superior derecho. Requirió soporte parenteral y enteral. Presentó esteatorrea severa, insuficiencia pancreática (elastasa menor a 20 ug/dl) y fallo de medro. En los tres casos se realizó duodenopancreatectomía cefálica. Requirieron controles estrictos de función pancreática endocrina, exocrina y absorción intestinal.

RESULTADOS:

Todos los pacientes presentaron complicaciones clínicas nutricionales en el postquirúrgico alejado de diferente magnitud. Un paciente presentó hiperglucemia por estrés en el postquirúrgico inmediato. Un paciente presenta disfunción pancreática exocrina severa y requirió suplementación con enzimas pancreáticas y soporte enteral domiciliario. Un paciente presentó disfunción pancreática exocrina complicación mecánica en el postquirúrgico alejado.

CONCLUSIONES:

El reconocimiento y diagnóstico de esta patología tumoral pancreática poco frecuente en la infancia requiere de tratamiento quirúrgico y soporte nutricional precoz para garantizar un estado nutricional y crecimiento adecuado.



Por un niño sano
en un mundo mejor

TROMBOSIS VENOSA EN NIÑOS Y ADOLESCENTES CON ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL CRÓNICA. ¿TENEMOS PRESENTE SU POTENCIAL RIESGO?

PO 41

Busoni V.¹; Orsi M.²; Altuna D.³; Villafaña L.⁴; Martinelli J.⁵; Christiansen S.⁶; D'agostino D.⁷

HOSPITAL ITALIANO DE BUENOS AIRES^{1 2 3 4 5 6 7}
<veronica.busoni@gmail.com>

INTRODUCCIÓN:

Varios reportes sugieren una incidencia aumentada de trombosis venosa (TV) y/o tromboembolismo pulmonar (TEP) en pacientes con enfermedad inflamatoria intestinal (EII) con respecto a la población general. Esto ocurre tanto en adultos como en niños y es más frecuente en colitis ulcerosa (CU).

OBJETIVO:

Comunicar la experiencia de TV en una población pediátrica con diagnóstico de EII.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Estudio descriptivo, retrospectivo del registro de pacientes pediátricos con diagnóstico de EII que han presentado eventos tromboticos en su evolución.

RESULTADOS:

Entre enero de 1989 y octubre de 2013 se diagnosticaron 180 pacientes con EII: 61% CU, 33% enfermedad de Crohn y 6% colitis indeterminada. Dos pacientes con panCU (1,1%) presentaron trombosis venosas múltiples durante

el seguimiento, cursando ambos enfermedad activa y bajo tratamiento con corticoides e inmunomoduladores, un caso con catéter venoso central. Caso 1: varón de 19 años que luego de 5 años del diagnóstico presentó una trombosis del seno venoso lateral izquierdo cerebral y un año después trombosis de vena suprahepática derecha y vena porta. Se descartaron trombofilias hereditarias y otros factores predisponentes. Caso 2: niña de 9 años que 4 meses post diagnóstico de CU, en el contexto de una recaída y gastroenteritis por rotavirus, presentó una trombosis iliaca, femoral y renal izquierda y TEP. En la década previa al actual registro hubo 3 casos de TV, 2 fallecieron luego de un TEP en el debut de su enfermedad.

CONCLUSIÓN:

Si bien la incidencia de TV es baja en pacientes pediátricos con EEI, la alta morbimortalidad asociada a estos eventos, justifica una mayor alerta del equipo médico y la implementación de recomendaciones generales a pacientes con EII activa, como estimular la deambulación precoz, una buena hidratación, el control eficiente de infecciones y eventualmente el uso de medias elásticas, para prevenir dichos eventos.

TOLERANCIA OPERACIONAL EN TRASPLANTE HEPÁTICO PEDIÁTRICO

RPD 42

Malla I.¹; Cheang Y.²; González Campaña A.³; Lagues C.⁴; Silva M.⁵

HOSPITAL UNIVERSITARIO AUSTRAL^{1 2 3 4 5}
<imalla@cas.austral.edu.ar>

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVO:

La tolerancia operacional (ausencia de rechazo del injerto sin inmunosupresión) es objeto de intensa investigación en trasplante hepático pediátrico en los últimos años. Reportamos un caso de nuestro centro con sus características clínico-humorales e histológicas.

CASO:

Paciente varón de 4 años de edad que recibió trasplante hepático al año de vida con donante vivo relacionado (DVR) por prurito intenso grado 3, colestasis y fallo de crecimiento en síndrome de Alagille (facies peculiar, comunicación interauricular e interventricular, colestasis, hipercolesterolemia, xantomas, anatomía patológica del explante: ausencia de ductos biliares intrahepáticos, ductopenia marcada). Serologías pretrasplante: Citomegalovirus (CMV) IgG positiva donante y receptor, Epstein-Barr Virus (EBV) IgG positiva donante, negativa receptor.. Recibió inmunosupresión habitual con Metilprednisolona/Tacrolimus y tuvo una evolución postrasplante inmediato sin complicaciones,

egresando de internación 12 días luego del procedimiento. Se descendieron corticoides hasta suspender 6 meses luego del trasplante. En el primer mes postrasplante se mantuvieron niveles de Tacrolimus alrededor de 8 ng/ml. Presentó primoinfección asintomática por EBV a 2 meses del trasplante y mantuvo cargas virales elevadas (log entre 3.7 y 4.2) a pesar de descenso progresivo de niveles de inmunosupresión hasta suspender finalmente Tacrolimus a los 16 meses postrasplante. Las cargas virales de EBV se negativizaron a los 20 meses postrasplante (4 meses luego de la suspensión de Tacrolimus). Con 14 meses libre de inmunosupresión, se realizó biopsia hepática que informó parénquima sin alteraciones significativas. Actualmente el paciente se mantiene asintomático y con laboratorios normales luego de 20 meses de suspendida toda medicación inmunosupresora.

DISCUSIÓN:

Reportamos un caso tolerancia operacional en un receptor pediátrico de trasplante hepático. Nuestro paciente recibió trasplante con DVR e hizo su primoinfección asintomática por EBV en el primer trimestre postrasplante. Creemos que el reporte de estos casos es de utilidad para identificar potenciales tolerantes en trasplante hepático pediátrico.



TRASPLANTE HEPÁTICO EN NIÑOS CON UN PESO MENOR A 8 KG EN UN CENTRO DE LATINOAMERICA

TLS 43

**Sanchez M.¹; D'agostino D.²; Reynoso V.³;
Fernandez De Cuevas V.⁴; Boldrini G.⁵; Ciardullo M.⁶;
De Santibañes E.⁷**

HOSPITAL ITALIANO BUENOS AIRES^{1 2 3 4 5 6 7}
<mcamilasanchez@gmail.com>

INTRODUCCIÓN:

La escasez de donantes con dimensiones adecuadas es uno de los principales problemas en el trasplante hepático pediátrico para receptores pequeños en edad y peso. El desarrollo del donante vivo relacionado (DVR) y la técnica de hiper reducción hepática permite paliar esta dificultad en el subgrupo de niños menores de 8 kg.

OBJETIVO:

Describir una serie de niños trasplantados hepáticos menores de 8 kg en un centro en Latinoamérica.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Se realizó un estudio descriptivo, retrospectivo de corte transversal de esta población entre 1992 y 2013.

RESULTADOS:

El programa de trasplante hepático realizó hasta la fecha de estudio 320 trasplantes pediátricos, 40 (12,2%) fueron realizados en niños menores de 8 kg y con técnica de hiper

reducción en 32 (80%) de estos. La serie incluye 22 mujeres y 18 varones con una edad media de 11.42 meses (DS 4,57) y un peso medio de 7.32 kg (DS 0,72). La etiología más frecuente fue la Atresia de vía biliar (75%). En 35 casos (87,5%) el trasplante fue con DVR y en 5 con donante cadavérico. Permanecieron en UTI una media de 21,21 días (DS 14,87). La morbilidad fue del 70%. Como principales complicaciones fueron alteraciones de la vía biliar en el 20% y complicaciones vasculares 30,7%. La sobrevida al trasplante fue 95%, y actuarial total al año del 92,5% (37/40) y en el grupo de hiper reducidos al año de trasplante fue 93,7 % (30/32).

CONCLUSIÓN:

Con la implementación de la técnica de DVR y de hiper reducción se pudo trasplantar un grupo de pacientes de muy bajo peso que no tenían acceso con la técnica convencional o eran postergados y llegaban mal estado al trasplante. Esta comunicación de niños tan pequeños es la primera que realiza a nuestro conocimiento un Centro de Latino América.

UNA MIRADA AL KIOSCO DE LAS ESCUELAS DE CORRIENTES

RPD 45

**Trifilio C.¹; Zapata M.²; Rovirosa A.³; Berta M.⁴;
Carmuega E.⁵**

UNIVERSIDAD DE LA CUENCA DEL PLATA¹ ; CESNIP^{2 3 5} ;
COLEGIO DE NUTRICIONISTAS DE CORRIENTES⁴
<celinatrifilio@hotmail.com>

INTRODUCCIÓN:

La encuesta nutricional de escolares de Corrientes 2013 fue un estudio transversal de 2135 niños de 1°, 3° y 5°, de 32 escuelas de las principales ciudades, realizado a partir de una iniciativa del Ministerio de Educación en la evaluación del programa de alimentación escolar.

OBJETIVO:

Evaluar la disponibilidad de alimentos y las características de los kioscos escolares.

METODOLOGÍA:

Estudio transversal en una muestra de 27 escuelas públicas. Nutricionistas entrenadas observaron el kiosco escolar y registraron la información sobre instalaciones y disponibilidad de alimentos.

RESULTADOS:

Fueron escuelas de primer ciclo, 7% de jornada completa. El 56% de los kioscos eran concesionados por terceros, 30% por la escuela y los restantes por cooperativa o comisión de padres. Sólo uno de cada cinco kioscos (21%) adhería a iniciativas de kiosco saludable.

Las instalaciones disponibles en general fueron buenas, el 74% disponía de instalaciones eléctricas, 63% heladera,

52% freezer, el 37% agua potable, el 33% horno, el 18% desagües, el 15% pileta lavamanos, 15% microondas, 15 % anafe, mientras que el 18% no disponía de ninguna de las instalaciones mencionadas.

Se observó que el más del 90% de los kioscos vendía golosinas; tres de cada cuatro ofrecía galletitas dulces simples y rellenas, helados de agua, snacks, jugos envasados, tutucas o arroz inflado; dos terceras partes vendía gaseosas con azúcar, helados de crema; la mitad de los kioscos vendía barras de cereal, agua envasada, aguas saborizadas con azúcar, galletitas de agua o salvado; sándwichs, mientras que la oferta de ensalada de frutas fue observada en 33% de los kioscos y la de frutas sólo en 7%, y la de lácteos en 25% de los mismos. Los alimentos más vendidos fueron las golosinas, sándwich, helados, snacks, gaseosas y jugos, galletitas, en los kioscos con iniciativa saludable las frutas y yogures se encontraron entre los menos vendidos.

En relación a la oferta de agua, solamente un tercio (33%) de las escuelas contaban con bebedero y 85% con canillas donde los chicos puedan tomar agua, lo cual explica parcialmente el consumo de bebidas azucaradas por parte de los niños.

CONCLUSIONES:

Los kioscos escolares constituyen una fuente muy accesible de alimentos de pobre calidad nutricional, energéticamente densos, ricos en azúcares, grasas y sodio, y pobres en micro y fitonutrientes. A pesar de la oferta saludable, las opciones elegidas por los niños no mostraron diferencias en sus compras diarias.



HÁBITOS DE ALIMENTACIÓN EN ESCOLARES DE CORRIENTES

RPD 46

Trifilio C.1; Zapata M.2; Rovirosa A.3; Berta M.4; Carmuega E.5

UNIVERSIDAD DE LA CUENCA DEL PLATA¹; CESNF^{2,3,5};
COLEGIO DE NUTRICIONISTAS DE CORRIENTES⁴
<celinatrifilio@hotmail.com>

INTRODUCCIÓN

La encuesta nutricional de escolares de Corrientes 2013 fue un estudio transversal en niños pertenecientes a 32 escuelas de las principales ciudades, realizado a partir de una iniciativa del Ministerio de Educación en la evaluación de su programa de alimentación escolar.

OBJETIVO:

Evaluar hábitos alimentarios en relación con la distribución y lugar de ingesta de los niños de 5° grado de la provincia de Corrientes.

METODOLOGÍA:

Estudio transversal en una muestra de 679 niños de 5° grado mediante un cuestionario estructurado para evaluar los hábitos alimentarios y la frecuencia de consumo de alimentos de los escolares.

RESULTADOS:

La ingesta se organiza alrededor de las 4 principales comidas para la gran mayoría de los niños: desayuno 94%, almuerzo 99%, merienda 93% y cena 97% y dos terceras partes de los escolares realizan colaciones adicionales. El 84,5% de los niños realiza habitualmente las cuatro comidas principales, el 37,6% agrega una colación y el 33,4% incluye dos colaciones.

De los escolares que desayunan habitualmente, la mayoría (81,8%) lo hace de lunes a viernes; 13,5% 3 a 4 veces por semana, y 4,1% menos de 3 veces por semana. Al indagar sobre el lugar donde los niños desayunan, el 50,4% de los niños desayuna en la casa, el 27,9% los hace en la escuela y casa, el 16,0% en la escuela y el 5,7% en la escuela o la casa. El consumo de alimentos entre horas (picoteo) fue una práctica regular (76,0%), mayormente por su propia elección (48,9%) o compartida con adultos (39,6%). Los alimentos mayormente elegidos fueron las galletitas saladas y el pan (55%), galletitas dulces, facturas, amasados de pastelería (48%), frutas (41%) y golosinas (37%).

En la escuela, y fuera del horario del almuerzo el 50% de los niños eligen golosinas (caramelos, chupetines, chocolates) y helados, una cuarta parte elige sándwich, y 16% elige productos de copetín. En relación con las bebidas, tanto en la escuela, como en el hogar para calmar la sed eligen agua (85%) y 79% respectivamente) como gaseosas o jugos con azúcar (62% y 50% respectivamente).

CONCLUSIONES:

La ingesta de alimentos y bebidas entre comidas son muy frecuentes y predominan opciones de pobre calidad nutricional, energéticamente densos, ricos en azúcares, grasas y sodio, y bajos en micro y fitonutrientes. Conocer los hábitos de alimentación en la población escolar posibilita el diseño de mejores programas educativos para la conformación de hábitos saludables en la infancia.

EVALUACIÓN DEL TRATAMIENTO INTENSIFICADO CON CONTEO DE HIDRATOS DE CARBONO EN UN GRUPO DE NIÑOS CON DIABETES TIPO I, EN UN HOSPITAL PÚBLICO: SEGUIMIENTO A UN AÑO DE IMPLEMENTACIÓN

PO 47

Pérez M.1; Pietropaolo G.2; Ojea C.3; Balbi V.4

HOSPITAL DE NIÑOS SOR MARÍA LUDOVICA^{1,2,3,4}
<mclauperez@hotmail.com>

INTRODUCCIÓN:

El tratamiento intensificado en la diabetes mellitus tipo 1 (DM1) consiste en múltiples inyecciones de insulina y correcciones según glucemia previa e ingesta de carbohidratos. Este esquema requiere educación en conteo de carbohidratos (CHC): es un modo de planificar las comidas, conociendo la cantidad de los mismos que se ingiere. Si bien el TI otorga mayor flexibilidad, impone al paciente una serie de demandas conductuales: inyecciones frecuentes de insulina, utilización estricta del CHC, registros glucémicos y alimentarios.

OBJETIVO:

Evaluar el control metabólico en niños con DM1 seguidos en el Hospital Sor María Ludovica que utilizan TI con educación en CHC, al inicio y al año de su implementación.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Estudio clínico comparativo, prospectivo, longitudinal, descriptivo y analítico (n:47 F:22 M:25). Se evaluó edad cronológica al debut, talla (T), IMC según curvas OMS, tiempo de evolución y tipo de insulina. También modificaciones en IMC y HbA1c al año del inicio del TI. Se analizó mediante test de Student.

RESULTADOS:

La mediana de edad al diagnóstico fue 8,65 años (0.98-14.02) y el tiempo de evolución fue 3 años (0.66-14.94). El 47.1% usaba análogos lentos, 1.9% premezclas y 50.9% NPH. El 100% de TI usaba análogos rápidos. La media de HbA1C al inicio fue de 10.13±2.59% y al año 8.30±1.98%, disminuyó 1.83 (p=0.0001), con una mínima variación respecto al valor de HbA1C ya evaluado a los 6 meses del TI: 8.10±1.77%. No se encontró incremento de peso significativo. La media de ZS de T fue para TI 0.10±1.13 al inicio y -0.07±1.06 al año (p=0.056). El ZS de IMC al inicio fue 0.46±1 para TI y al año 0.45±1.05 (p=0.08).

CONCLUSIONES:

La educación en CHC mejoró el control metabólico en un grupo de niños con TI al año de su implementación, sin repercusión sobre el IMC, adaptándose al estilo de vida y otorgando mayor flexibilidad. Considerando la complejidad y cronicidad del tratamiento, se concluye que, a pesar de la dificultosa estabilidad en la adherencia en pacientes con DM1, el TI demostró ser una herramienta fundamental desde el inicio de la enfermedad y en el transcurso de ella, sosteniendo las mejoras metabólicas.



LA UTILIZACIÓN DE LOS ANTICUERPOS ANTITRANSGLUTAMINASA TISULAR IGA Y LOS DIRIGIDOS A PÉPTIDOS DE GLIADINA DEAMIDADOS IGG ES LA MEJOR COMBINACIÓN PARA PREDECIR ENFERMEDAD CELIACA (EC)?

TLS 48

Ortiz G.¹; Messere G.²; Sosa P.³; Fiorucci M.⁴; Reynoso R.⁵; Caglio P.⁶; Vidal J.⁷; Morise S.⁸; Bigliardi R.⁹; Toca M.¹⁰

HOSPITAL POSADAS¹²³⁴⁵⁶⁷⁸⁹¹⁰

<ortizgonzalojavier@gmail.com>

INTRODUCCIÓN:

Los anticuerpos contra la transglutaminasa tisular IgA (anti-tTG) y antiendomisiolga(EMA) han mejorado el diagnóstico de EC, debido a su alta especificidad y sensibilidad. Sin embargo, han mostrado una menor sensibilidad en niños menores de 2 años de edad. En los últimos años, la utilización de los Anticuerpos IgA e IgG contra péptidos de gliadina deamidada (DGP) han demostrado ser una mejor estrategia en pacientes con déficit de IgA, menores de 2 años y en pacientes con tTG negativos. Con la utilización de metodología (ELISA) no operador dependiente y de menor costo.

OBJETIVO:

Correlacionar el valor predictivo de anti-tTG IgA, EmA IgA y AGA DGP IgA e IgG para el diagnóstico de EC.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Estudio prospectivo, descriptivo. Se estudiaron 194 pacientes, 136 con EC y 58 sin EC, a quienes se les realizó dosaje de anti-tTG IgA, EmA IgA y AGA DGP IgA e IgG. Todos con indicación de VEDA. La EC fue confirmada o excluida por biopsia intestinal. Sexo: 61 % mujeres, y edad media de 78,4 m.

RESULTADOS:

De 136 con EC, AGA DGP IgA fue negativo (-) en 28 pac, AGA DGP IgG (-) en 12, EMA (-) en 8, y tTG IgA (-) en 6. De 58 pacientes sin EC: AGA DGP IgA e IgG fue (+) en 2, EMA y tTG IgA ninguno fue positivo.

Pacientes	AGA DPG IgA	AGA DPG IgG	EMA IgA	tTG IgA	EMA + AGA DPG IgG	tTG + AGA DPG IgG
Celíacos n: 136	108(+)/28(-)	124(+)/12(-)	128(+)/8(-)	130(+)/6(-)	133(+)/3(-)	134(+)/2(-)
No Celíacos n: 58	2(+)/56(-)	2(+)/56(-)	0(+)/58(-)	0(+)/58(-)	0(+)/58(-)	0(+)/58(-)
Sensibilidad	79%	91%	94%	96%	98%	99%
Especificidad	97%	97%	100%	100%	100%	100%
VPP	98%	98%	100%	100%	100%	100%
VPN	67%	82%	87%	99%	95%	97%

Cuatro de 6 con anti-tTG negativos fueron menores de 3 años de edad, cuatro de ellos tenían AGA DGP IgG elevado. Los 6 pacientes con anti-tTG negativo presentaron Marsh III. El 61,3% de los pacientes celíacos presentaron clínica clásica, el 26,4% atípica o subclínica y el 12,5% fueron silentes. Los pacientes silentes presentaron más de un anticuerpo positivo.

CONCLUSIÓN:

En este estudio la asociación de anti-tTG IgA con anti-DGP IgG ha demostrado ser la mejor combinación para el diagnóstico de EC, especialmente en menores de 3 años de edad.

CONSUMO DE FIBRA EN PACIENTES DIABÉTICOS TIPO 1 CON TRATAMIENTO INTENSIFICADO ATENDIDOS EN UN HOSPITAL PÚBLICO

RPD 49

Salerno M.¹; Jamardo J.²; Pérez M.³; Pietropaolo G.⁴; Tapia V.⁵; Viollaz R.⁶

HOSPITAL INTERZONAL DE AGUDOS ESP EN PEDIATRÍA SOR MALUDOVICA¹²³⁴⁵⁶

<mercedes.salerno@gmail.com>

INTRODUCCIÓN:

Las dietas con alto contenido de fibra en pacientes diabéticos mejoran el control glucémico y permiten reducir la dosis de insulina o antidiabéticos orales. Esto se debe a que disminuye la glucemia post-prandial permitiendo así un manejo menos estricto de los carbohidratos. La American Diabetes Association (ADA) recomienda una ingesta diaria de fibra 14 g cada 1000 Kcal (IDR*), proveniente de diferentes fuentes.

OBJETIVO:

Determinar si el consumo de fibra en niños con Diabetes Mellitus Tipo 1 tratados en el Hospital Sor María Ludovica con esquema de tratamiento intensificado (TI) y educación en conteo de hidratos de carbono cubre con las IDR*.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Estudio transversal, descriptivo y analítico (n: 22 F: 9 M: 13). Se evaluó la ingesta calórica y de fibra con un registro alimentario de 48 hs con SARA V1.2.22. Se registraron datos de las historias clínicas: edad cronológica, peso y talla. Se calculó el Índice de Masa Corporal (IMC) y se valoró el estado nutricional según OMS Anthro Plus v1.0.4. Los datos se analizaron con Microsoft Excel.

RESULTADOS:

La media de edad fue de 11.5 (R: 5-16). 21/22 pacientes presentaron normopeso con un ZS de IMC de 0.08 ± 0.94, mientras que 1/22 presentó sobrepeso con un ZS de 2.35. El consumo promedio de calorías fue de 1747.02 ± 238.78; y el promedio de fibra fue de 18.8 ± 5.42g.

En cuanto al porcentaje cubierto de fibra según la recomendación, 4/22 (18.1%) pacientes cubrieron el 100%. De los 18 pacientes que no la cubrieron, 5 superaron el 80% (tabla 1).

Tabla 1

% de fibra consumido según recomendaciones	n
80-99%	5
60-79%	8
40-59%	5

CONCLUSIONES:

Al utilizar el TI los pacientes ajustan la dosis de insulina rápida según su ingesta. Esto les permite una mayor flexibilidad en las elecciones alimentarias, lo cual trae como consecuencia la disminución del consumo de alimentos ricos en fibra. No se analizó la diferencia entre fibra soluble e insoluble. No se evaluó el nivel socioeconómico de los pacientes siendo este un factor determinante en la selección de alimentos. Se recomienda en este tipo de tratamiento, reforzar la educación alimentaria para lograr una mayor ingesta diaria de fibra.

*IDR: Dietary Reference Intakes 2002.



Por un niño sano
en un mundo mejor

HEPATITIS A CÉLULAS GIGANTES ASOCIADA A ANEMIA HEMOLÍTICA COOMBS (+) EN UN LACTANTE DE 3 MESES: TRATAMIENTO EXITOSO CON RITUXIMAB Y MEPREDNISONA

PO 50

Vicentin R.¹; Karakachoff M.²; Pochettino S.³; Costaguta A.⁴
HOSPITAL DE NIÑOS DR ORLANDO ALASSIA SANTA FE^{1,2,3,4}
<vicentinrosalia@gmail.com>

INTRODUCCIÓN:

La Hepatitis a Células Gigantes Asociada a Anemia Hemolítica Coombs (+) (HCG-AHC+) es una entidad rara y potencialmente fatal, afectando típicamente a niños pequeños. De origen probablemente autoinmune, la tasa de respuesta al tratamiento inmunosupresor convencional es inferior a otras formas de Hepatitis Autoinmune. La introducción reciente del rituximab (RTX) ha mostrado resultados alentadores en el control de esta enfermedad, mejorando el pronóstico de mediano plazo.

OBJETIVO:

Reportar el resultado favorable obtenido en 1 paciente con una insuficiencia hepática aguda por HCG-AHC+ tratado con RTX.

MATERIAL Y MÉTODO:

Revisión de la historia clínica del paciente.

RESULTADO:

Niño de 3 meses de edad, se presentó con anorexia, ictericia, coluria, síndrome purpúrico y sangrado por sitios de punción venosa. El hígado era blando, palpable a 1 cm del reborde costal. Laboratorio: hematocrito 24%, Hb 8g%, leucocitos 17.000/mm³, plaquetas 406.000/mm³, bilirrubina

total 8.3 g% (d: 6.7 mg%), ALT 2035, AST 3280 y GGT 127 UI/L respectivamente. RIN >5, KPTT: 126", factor V: 20%. Test de Coombs directo (+). Fueron normales o negativos los siguientes exámenes: IgM para HAV, HIV, CMV, EBV, parvovirus B19, enterovirus y adenovirus; HBsAg; PCR para HCV, HSV I-II-6, y CMV; FAN, AML, anti-LKM y anti LC-1; dosaje de galactosa-1-fosfato uridiltransferasa en eritrocitos; y dosaje de IgG total. Una biopsia laparoscópica demostró transformación gigantocelular de los hepatocitos en forma difusa, con escaso infiltrado inflamatorio. Se inició tratamiento con bolo EV de metilprednisolona, en dosis decrecientes, asociando RTX en 4 dosis semanales consecutivas (375 mg/m²/dosis). A los 60 días de la última dosis de RTX el paciente mostraba normalización de todos los parámetros de laboratorio alterados. Una primoinfección por CMV y una sepsis bacteriana durante el tratamiento de inducción fueron controladas con tratamiento específico. Actualmente el niño está asintomático a 6 meses de seguimiento, manteniendo meprednisona a 0.2 mg/K/d y azatioprina a 1 mg/K/d.

CONCLUSIÓN:

El RTX asociado a metilprednisolona se mostró efectivo en inducir la remisión de esta forma severa de hepatitis. La profunda inmunosupresión que sucede debe ser monitorizada rigurosamente para detectar complicaciones infecciosas potencialmente graves.

REFLUJO NO ÁCIDO COMO CAUSA DE ESOFAGITIS EN PACIENTES OPERADOS DE ATRESIA ESOFÁGICA EVALUADO POR IMPEDANCIOMETRÍA INTRALUMINAL MULTICANAL DE 24 HS.

TLS 51

Cohen Sabban J.¹; Mehaudy R.²; Christiansen S.³;
Lobos P.⁴; Orsi M.⁵

HOSPITAL ITALIANO DE BUENOS AIRES^{1,2,3,4,5}
<jsabban@hotmail.com>

INTRODUCCIÓN:

El reflujo gastroesofágico (RGE) patológico y la dismotilidad son frecuentes en niños con atresia de esófago (AE). Ambos pueden provocar daño esofágico.

OBJETIVO:

Evaluar las características dinámicas (altura y clearance) y químicas (ácido/no ácido) del RGE en niños con AE utilizando la Impedanciometría Intraluminal Multicanal-pH24hs (IIM/pH24hs). Determinar presencia o no de esofagitis con biopsias obtenidas por videoendoscopia digestiva alta (VEDA).

MATERIALES Y MÉTODOS:

Estudio retrospectivo, de niños de 1-8 años de edad, con diagnóstico perinatal de atresia de esófago entre 2003 y 2013. Todos los pacientes fueron corregidos quirúrgicamente en los primeros días de vida y recibieron medicación antiácida post quirúrgica. Se dividió en dos grupos: G1: niños con antecedentes de AE a los que se suspendió la terapéutica 10 días previos al estudio; G2: controles niños con edad semejante evaluados por síntomas exclusivamente extraeso-

fágicos con registros normales. En G1 se efectuó VEDA con biopsias esofágicas para determinar daño mucoso por RGE, conjuntamente IIM/pH24hs para determinar características del reflujo, episodio más largo (ELR), porcentaje tiempo total de reflujo (TTR), tiempo medio del clearance del bolo (TCB).

RESULTADOS:

Fueron evaluados 34 niños (19 niñas), X: 4.2 años (r 1-5 años). G1: 17 niños con AE y G2: 17 controles. Las variables analizadas mostraron: ELR media 29.3±24.3seg vs 1.3±0.8 seg. (p= 0.001), TTR 7.47%±6.78 vs 0.79%±0.43 (p= 0.001), TCB 26.3seg±16.9 vs 15.4seg±3.7 (p= 0.015). Episodios Ácidos: 16.2±14.7 vs 10.1±9.41 (p= 0.155), episodios No Ácidos: 36.7±17.8 vs 9.88±5.2 (p= 0.001). El 70.5% (12/17) pacientes con AE presentan en biopsias esofagitis leve/moderada (91.6 % tenían aumento de episodios No Ácidos).

CONCLUSIÓN

La esofagitis de los niños con AE parecería estar más vinculada al incremento de episodios No ácidos. La IIM permitió evidenciar persistencia de alteraciones dinámicas en los esófagos reparados quirúrgicamente. Reconocer tempranamente éstos hallazgos va a permitir un manejo más apropiado con menor morbilidad a largo plazo de esta población.



EXISTE DIFERENCIA EN LA LÍNEA BASAL DE IMPEDANCIOMETRÍA INTRALUMINAL MULTICANAL Y EL TIEMPO DE EXPOSICIÓN AL ÁCIDO EN NIÑOS CON ESOFAGITIS EOSINOFÍLICA VS. AQUELLOS CON REFLUJO GASTROESOFÁGICO?

TLS 52

Cohen Sabban J.¹; Donato G.²; Mehaudy R.³;
Ussher F.⁴; Christiansen S.⁵; Davila M.⁶; Orsi M.⁷
HOSPITAL ITALIANO DE BUENOS AIRES^{1,2,3,4,5,7}; HOSPITAL GARRAHAN⁶;
<jsabban@hotmail.com>

La línea basal (LB) de impedanciometría intraluminal multi-canal (IIM/pH) refleja la integridad de la mucosa esofágica. El tiempo de exposición al ácido (TEA) produciría un descenso de la LB. La histología en los niños con esofagitis eosinofílica (EEO) difiere de aquellos con esofagitis por reflujo gastroesofágico (ERGE).

OBJETIVO:

Analizar si la LB y el TEA son diferentes en niños con EEO de aquellos con ERGE.

MATERIALES Y MÉTODOS:

Se analizaron los trazados de IIM/pH realizadas entre mayo de 2008 y mayo de 2013, de niños diagnosticados con EEO o ERGE. Todos los pacientes fueron sometidos a endoscopia digestiva alta con múltiples biopsias seguidas de IIM/pH de 24 horas. Los trazados de IIM/pH fueron analizados en forma manual por dos médicos que utilizaron el software de Sandhill. La media de la LB se midió en los 6 canales de impedanciometría en intervalos de una hora durante 24 horas, con exclusión de los períodos de degluciones y

reflujo. Pruebas t-test y Mann Whitney se utilizaron para el análisis estadístico. Los pacientes fueron divididos en dos grupos: EEO y ERGE.

RESULTADOS:

Se evaluaron los estudios de 34 niños; 25 varones, mediana de edad: 9.75yrs (r 6-16yrs); EEO: 6, ERGE: 28. No hubo diferencia estadística significativa entre los grupos al comparar LB en todos los canales de impedancia y TEA (p 0.248) (Tabla).

CONCLUSIONES:

A pesar de las diferencias histopatológicas y etiológica entre los grupos, en este pequeño grupo de pacientes LB y TEA es similar entre sí.

	EEO (Omhs) (X±SD)	ERGE (Omhs) (X±SD)	P
Canal 1	2341,3 ± 641.07	3122,5 ± 812,99	p 0,065
Canal 2	2239,8 ± 544.68	2233,1 ± 542,20	p 0,981
Canal 3	2310,2 ± 319.34	2508,1 ± 650.75	p 0,476
Canal 4	2352,3 ± 551.80	3503,9 ± 1457,4	p 0,068
Canal 5	2132,2 ± 1134.7	2396,3 ± 1347,9	p 0,659
Canal 6	1947,3 ± 1192.1	2196,9 ± 1131,0	p 0,631

PRÁCTICAS EN EL CONSULTORIO DE OBESIDAD INFANTIL Y ADOLESCENTE

RPD 53

Gomez P.¹; Pueyrredón P.²; Chamorro V.³; Cotti A.⁴;
Gripio B.⁵; Carmuega E.⁶

CESNI^{1,2,3,4,5,6}
<paula.gomez@cesni.org.ar>

INTRODUCCIÓN:

Conociendo las dificultades en el manejo de la obesidad en la infancia, frente al creciente número de consultas y ante la necesidad de unificar criterios se quiso investigar sobre los diferentes abordajes en el diagnóstico, seguimiento y tratamiento de la obesidad en la infancia.

OBJETIVOS:

Conocer las herramientas de evaluación y tratamiento utilizadas en la práctica de consultorio de obesidad infantil y adolescente e identificar los principales indicadores asociados al fracaso y al éxito del tratamiento.

POBLACIÓN:

Profesionales médicos pediatras especialistas en nutrición (MPEN) y licenciados en nutrición (LN) que realizan consultorio en obesidad infantil y adolescente.

Material y métodos: Encuesta online a través de la plataforma Google® enviada a los profesionales mediante invitación por correo electrónico.

RESULTADOS:

La encuesta fue contestada por licenciados en nutrición (n=179) y médicos pediatras especialista en nutrición (n=29). El 100% de los profesionales utiliza el peso, talla y percen-

tilo de IMC como herramienta de evaluación. Para evaluar ingesta, las herramientas mas utilizadas fueron la anamnesis (86% MPEN / 83% LN) y la frecuencia de consumo (66% MPEN / 42% LN). Los profesionales aplican el interrogatorio abierto 90% versus el cuestionario con preguntas 15% para evaluar hábitos alimentarios y para evaluar actividad física (AF), el registro de AF semanal fue utilizado por el 100%. El 100% de los MPEN y el 85% de los LN evalúan actividades sedentarias, siendo las horas de pantalla la herramienta preferida. El tratamiento familiar es la intervención más utilizada (70%). En cuanto a tratamiento el 98% de los profesionales realizan educación alimentaria nutricional y el 80% indica la AF programada vs espontánea por el 75%. Realizan intervenciones sobre las conductas 80% MPEN vs 50% LN pero no tratamiento farmacológico. Las percepciones subjetivas asociadas al éxito son el acompañamiento familiar, la educación alimentaria hacia la familia y el individuo y la alimentación variada y no restrictiva. Las barreras que se destacan son poco estímulo familiar, el ambiente obesogénico y el familiar que boicotea el tratamiento.

CONCLUSIONES:

Ambos profesionales eligen mayoritariamente las herramientas de diagnóstico y tratamiento convencionales. En relación al éxito del tratamiento los componentes más destacados son tanto el acompañamiento como la cooperación familiar y la educación alimentaria



Por un niño sano en un mundo mejor

ESTEATOHEPATITS NO ALCOHOLICA EN NIÑOS

TLS 54

Solaegui M.1; Galoppo M.2; Lezama Elecharri C.3; Galoppo M.4; Pedreira A.5; De Matteo E.6; Trifone L.7; Roussos A.8

HOSPITAL DE NIÑOS RICARDO GUTIERREZ 2345678 <molsolaegui@hotmail.com>

INTRODUCCIÓN:

La esteatohepatitis no alcohólica (NASH) es una entidad emergente en pediatría que requiere de alta sospecha diagnóstica. Los niños con NASH presentan con frecuencia sobrepeso u obesidad, son oligosintomáticos, con escasa repercusión bioquímica y con un amplio espectro de compromiso histológico. El diagnóstico se basa en hallazgos histológicos específicos.

OBJETIVOS:

Comunicar las características clínicas, bioquímicas e histológicas en 55 niños con diagnóstico de NASH.

MÉTODOS:

55 niños con diagnósticos de NASH establecido por clínica, bioquímica y características histológicas, atendidos en forma consecutiva entre Marzo 2001 y Diciembre 2013 en los servicios de Hepatología y Nutrición del Hospital de Niños Ricardo Gutiérrez. Se descartaron otras causas de esteatosis hepática. Se determinó resistencia a la insulina (IR) según modelo matemático HOMA. Se evaluó el grado de obesidad por índice de masa corporal. En todos los pacientes se realizó ecografía abdominal y biopsia hepática.

La evaluación histológica se realizó según NASH CRN Scoring System 2005 por un sólo observador, de reconocida experiencia en patología hepática. El análisis estadístico fue realizado con Statistix, version 3.1.

RESULTADOS:

55 niños, 34 varones. Edad media al diagnóstico 10a5m (r 6a - 18a). 38 pacientes obesos, 15 con sobrepeso y 2 con peso en rango normal. Las transaminasas fueron elevadas al inicio o en algún momento del seguimiento en 89%, a expensas de ALT. Se encontraron alteraciones del lipidograma en 67,2% de los casos. IR fue demostrada en el 56% de los pacientes. La ecografía abdominal evidenció aumento difuso de la ecogenicidad hepática, sugestivo de esteatosis en 98%. Los hallazgos histológicos incluyen esteatosis macrovacuolar, balonización hepatocelular, inflamación lobular y portal en todos los pacientes. Hepatitis de interfase se presentó en 89% de las muestras y lesión del epitelio ductal en 85%. El índice de actividad en 42% de los casos fue de 6, y de 5 en 33%. El estadio de fibrosis fue de 3 en 58% de los casos; 2 niños presentaron cirrosis. No existió asociación estadística significativa entre los niveles de ALT, BMI, HOMA y características histológicas.

CONCLUSIÓN:

El NASH no es una entidad benigna en niños. La biopsia hepática es necesaria par establecer el diagnóstico y establecer el compromiso histológico.

EVALUACIÓN ANTROPOMÉTRICA EN LA POBLACIÓN DE ESCOLARES DE CORRIENTES

RPD 55

Zapata M.125; Roviroso A.2; Trifilio C.3; Berta C.4; Carmuega E.5

CESNI25; UNIVERSIDAD DE LA CUENCA DEL PLATA, FACULTAD DE INGENIERÍA, LICENCIATURA EN NUTRICIÓN.3; COLEGIO DE NUTRICIONISTAS Y LICENCIADOS EN NUTRICION DE LA PCIA. DE CORRIENTES4 <mariaeliszapata@gmail.com>

INTRODUCCIÓN:

La encuesta nutricional de escolares de Corrientes 2013 fue un estudio transversal en niños de 1°, 3° y 5° grado pertenecientes a 32 escuelas de las principales ciudades realizado a partir de una iniciativa del Ministerio de Educación en la evaluación de su programa de alimentación.

OBJETIVO:

Evaluar el estado nutricional a través de indicadores antropométricos en la población escolar de Corrientes.

Metodología: En este trabajo se describen los resultados antropométricos de una muestra representativa de 2135 niños de 1°, 3° y 5° grado. Un equipo de 20 nutricionistas, fueron entrenadas y estandarizadas para realizar mediciones de peso y talla, a partir de las cuales se construyeron los indicadores de IMC/edad y talla/edad, expresados en forma estandarizada (puntaje Z), según poblaciones de referencia de OMS y referencias nacionales para talla/edad, tomando como puntos de corte las recomendaciones del Ministerio de Salud y Consenso de Obesidad del Comité de Nutrición de la SAP.

RESULTADOS:

La edad media fue de 8.9±2.0 años. La prevalencia de baja talla fue 0,9% (IC 95% 0,6-1,4%) utilizando la población de referencia (PR) de la SAP y de 2.9% (IC95% 2,3-3,7%) cuando se utiliza la PR de la OMS. En términos globales, 34,8% de los niños en edad escolar

presentaron sobrepeso u obesidad. La prevalencia de sobrepeso fue similar en ambos sexos, mientras que la de obesidad fue ligeramente superior en los varones respecto a las mujeres. Se observó prácticamente una superposición de la distribución de talla para la edad con la población de referencia propuesta por OMS, mientras que toda la distribución del índice de masa corporal (IMC) mostró un significativo desplazamiento hacia la derecha.

Tabla 1. Prevalencias según indicadores antropométricos, total y por sexo

Table with 4 columns: Talla/Edad, Estimación, IC 95% Inf, IC 95% Sup. Rows include categories like <-2DS, +1DS a +2DS, >+2DS with sub-rows for Total, M, F.

CONCLUSIONES:

El retraso crónico de crecimiento no es un problema prevalente en la población escolar de Corrientes y ha disminuido su prevalencia comparado con una evaluación similar realizada hace una década atrás. El exceso de peso, afecta a toda la población infantil, sin mayor diferenciación por género y requiere de la implementación de programas para su prevención.



OBESIDAD E HÍGADO GRASO EN ADOLESCENTES: ¿UNA RELACIÓN DIRECTA?

RPD 56

Hernandez J.¹; Garrido V.²; Sbarbati G.³; Barcellandi P.⁴; Prozzi M.⁵; Besga A.⁶; Gonzalez T.⁷; Fernandez A.⁸

HOSPITAL DE NIÑOS SOR MARIA LUDOVICA LA PLATA^{1 2 3 4 5 6 7 8}

<julietaher77@hotmail.com>

OBJETIVO

Comparar 2 grupos de adolescentes obesos que presenten o no ecografía con signos compatibles con esteatosis hepática y/o enzimas hepáticas elevadas.

INTRODUCCION

La obesidad es el trastorno nutricional más frecuente en la infancia y adolescencia en países desarrollados y es cada vez mas frecuente en los subdesarrollados. Una de las alteraciones gastrointestinales en la obesidad es la esteatosis hepática no alcohólica, la cual es probablemente la causa más común de afectación hepática en adolescentes.

MATERIAL Y METODOS

Estudio descriptivo de corte longitudinal de datos obtenidos de historias clínicas de pacientes Adolescentes (10 a 17 años: OMS) con diagnóstico de obesidad (Puntaje Z IMC ≥ 2) que concurren al Servicio de Nutrición durante enero del 2012 hasta marzo del 2014. Se incluyeron todos los adolescentes obesos, con pliegue tricipital > pc 95 (Según tablas de referencia para edad y sexo SAP), circunferencia de cintura > a pc 80 (tabla de Taylor). Se dividieron en 2 grupos: G1: Ecografía hepática normal y G2: con signos compatibles con esteatosis hepática y/o enzimas hepáticas elevadas. Se evaluó presencia de acantosis nigricans, valores de insulina y glucemia plasmática en ayunas y enzimas hepáticas, realización de actividad física.

RESULTADOS

De los 447 pacientes obesos que asistieron al Servicio de Nutrición en el periodo enero 2012 hasta marzo de 2014, se analizaron 200 pacientes adolescentes (sexo femenino 55 %,45% masculino(M) Media (X) Edad 12,38 años,(r 10-16,91). Del total de pacientes adolescentes 134 concurren al control con la ecografía solicitada. Se conformaron 2 grupos: G1 con ecografía hepática normal: 85 pacientes (63%) y G2 con signos compatibles con esteatosis hepática y/o enzimas hepáticas elevadas: 49 pacientes (37%). En la tabla 1 se detallan características de cada grupo.

	Sexo M	X Edad	Z IMC	Acantosis	Actividad Física	Insulina (>20mp. U/l)	Gluc ayunas(>100 mg/d)
Grupo 1 n 85	28%	12,47 (r 10-16,91)	2,83	58%	34,5 %	5%	3%
Grupo 2: n 49	62%	11,98 (r 10,5-13,83)	3,28	90%	15 %	30 %	30%
	p0,08		p0,000	p0,4	p0,4	p0,005	p0,002

CONCLUSIONES

37% de los pacientes adolescentes obesos analizados tienen enzimas hepáticas elevadas y/o signos ecográficos compatibles con esteatosis hepática. Es significativa la relación entre esteatosis y mayor Z de IMC. Este grupo presenta mayores niveles de insulina y glucemia, acantosis nigricans y realiza menor actividad física.

EFFECTO DE LA SUPLEMENTACIÓN CON ÁCIDOS GRASOS POLIINSATURADOS N-3 SOBRE LA DISLIPIDEMIA EN NIÑOS ADOLESCENTES INFECTADOS POR HIV BAJO TRATAMIENTO ANTIRRETROVIRAL DE ALTA EFICACIA

TLS 57

Agustinho A.¹; Goyheneix M.²; Escobal N.³; Araujo M.⁴

HOSPITAL GARRAHAN^{1 2 3 4}

<ariguess@yahoo.com.ar>

INTRODUCCIÓN:

La mayor expectativa de vida alcanzada con el tratamiento antirretroviral de alta eficacia (TARV) en pacientes con HIV favoreció el desarrollo de alteraciones metabólicas que contribuyen a la progresión acelerada de enfermedad cardiovascular (ECV), siendo la dislipidemia la alteración más frecuente en la población pediátrica. El tratamiento de la misma ayudaría a reducir el riesgo de ECV precoz.

OBJETIVO:

Investigar el efecto de la suplementación con ácidos grasos (AG) poliinsaturados n-3 sobre la dislipidemia y/o aterosclerosis subclínica en niños y adolescentes infectados por el virus HIV bajo TARV.

MÉTODOS:

Estudio prospectivo no aleatorizado de intervención. Se analizaron variables relacionadas a enfermedad, antropométricas, de laboratorio y grosor de la íntima media carotídea valorando el efecto de la administración diaria de 2 gr de AG poliinsaturados n-3 durante 6 meses a un grupo de 25 pacientes entre 8 y 18 años de edad con dislipidemia e infec-

ción controlada por HIV seguidos en un Hospital pediátrico de alta complejidad.

RESULTADOS:

La población estudiada presentó adherencia adecuada a la suplementación con AG n-3 evidenciada por aumento significativo del ácido docosahexanoico (2,6 % a 5,1%; p <0,001) y ácido eicosapentaenoico (0,18% a 0,42%; p <0,001) en la membrana eritrocitaria. Los niveles de colesterol total, HDL-c, LDL-c y/o triglicéridos no mostraron cambios significativos luego del periodo de intervención. No se evidenció disminución significativa del espesor de la íntima media de las arterias carótidas (0,50 mm basal - 0,51 mm a los 6 meses; p 0,36). Se evidenció un descenso significativo en el ácido 6), precursores de $\omega 6$) y ácido dihomo-gamma-linolénico (20:3 ω araquidónico (20:4 mediadores inflamatorios, en los lípidos de la membrana eritrocitaria (p <0,001).

CONCLUSIÓN:

La suplementación de AG omega-3 no mostró efecto sobre la dislipidemia y/o aterosclerosis subclínica en este grupo de pacientes con adecuada adherencia al tratamiento. Se evidenció descenso significativo en los precursores de algunos de los marcadores inflamatorios implicados en la enfermedad cardiovascular."



Por un niño sano
en un mundo mejor

Sociedad Argentina de Pediatría

Dirección de Congresos y Eventos

Comités Nacionales de Gastroenterología, Hepatología y Nutrición Pediátricas

SINDROME DE ALAGILLE

TLS 59

Torres S.¹; Galoppo M.²; Galoppo M.³; Lezama Elecharri C.⁴; Pedreira A.⁵; Solaegui M.⁶; De Matteo E.⁷

HOSPITAL DE NIÑOS RICARDO GUTIERREZ¹²³⁴⁵⁶⁷

<sabrinavi@yahoo.com.ar>

INTRODUCCIÓN:

El Síndrome de Alagille (SA) es una enfermedad autosómica dominante con defecto en el gen jagged1-Notch involucrado en la diferenciación celular. El diagnóstico clínico se establece por la presencia de 3 o más criterios mayores: colestasis, facies características, cardiopatía, vértebras en alas de mariposas y embriotoxon posterior. La mayoría de los pacientes presenta pobreza de conductos biliares interlobulares. Si bien su fisiopatogenia no está bien establecida, se trataría de una falta de elongación y ramificación de conductos preexistentes.

OBJETIVO:

Comunicar la experiencia del servicio de Hepatología del Hospital de Niños Ricardo Gutiérrez en pacientes con diagnóstico de SA.

MATERIAL:

Análisis retrospectivo de 31 pacientes con diagnóstico clínico de SA atendidos desde julio/1974 a marzo/2014. Sexo femenino 52%. Mediana de edad a la primera consulta x: 2m 23d (r: 1m-10a 9m). Tiempo de seguimiento x: 2a 4m (r: 2m-29a 11m).

RESULTADOS:

Motivo de consulta: colestasis 23 pacientes (19/23 colestasis del 1º trimestre), aumento de transaminasas 7, valoración pretrasplante 1. Criterios diagnósticos: 5 pacientes (16%) 5 criterios, 14 pacientes (45%) 4, 12 pacientes (39%) 3. Criterios Mayores: colestasis 30 pacientes (97%), facies 28 (90%), cardiopatía 24 (77%), embriotoxon posterior 16 (52%), vértebras alas mariposa 16. Cardiopatía Congénita: Estenosis rama pulmonar 18 (58%), DAP 4, CIV 4, CIA 2, T.Fallot 1. Manifestaciones Renales: quiste único 2, agenesia renal 1, hidronefrosis bilateral 1, insuficiencia renal 1. Biopsia Hepática: 23/31; pobreza conductos biliares 18 (índice Alagille <0,7), cirrosis 3, colangitis esclerosante 1. AVB 6/31 (19%). Evolución: de 18 pacientes con colestasis del 1º trimestre 33% resolvieron la ictericia; mediana de resolución 6 meses (r 4m-4a). Diversión biliar 1 (prurito). Indicación Trasplante: 8/31 (25.8%), 5/8 AVB y 3/8 prurito. Fallecidos: 4/31 (1 sepsis, 1 IR, 1 cardiopatía, 1 post TH).

CONCLUSIONES:

Enfermedad poco frecuente. Es posible la resolución espontánea de la ictericia. De los 6 pacientes asumidos como AVB, 5 se trasplantaron y uno persiste acólico 2 meses post Kasai. La búsqueda de los criterios mayores evitaría cirugías innecesarias. La diversión biliar puede evitar o demorar la indicación de TH. 22% no presentó pobreza de conductos al igual que otras series publicadas. El estudio de la mutación JAGGED/NOTCH establecería el Dx en pacientes sin pobreza de conductos biliares y/o con < 3 criterios mayores.

XANTOGRANULOMATOSIS JUVENIL: PRESENTACION SISTEMICA CON FALLA HEPATICA NEONATAL

RPD 60

Pochettino S.¹; Bordato J.²; Gonzalez A.³; Piotto M.⁴;

Berutto V.⁵; Corini M.⁶; Macario M.⁷

HOSPITAL DE NIÑOS VICTOR J. VILELA¹²³⁴⁵⁶⁷

<sandrapochettino@hotmail.com>

INTRODUCCION:

La Xantogranulomatosis Juvenil (XGJ) es un trastorno histiocítico que se presenta habitualmente como lesión cutánea solitaria. El compromiso sistémico con falla hepática neonatal (FHN) ha sido reportado y es potencialmente fatal. Se presenta un neonato con FHN debida a XGJ sistémica con tratamiento con corticoterapia.

OBJETIVOS:

Reportar evolución y respuesta al tratamiento con corticoides en un neonato con falla hepática y XGJ.

POBLACION:

Caso clínico: paciente de sexo femenino, sin antecedentes prenatales, RNTPAEG. Presenta en las primeras horas de vida signo sintomatología y laboratorio de FHN: ictericia generalizada, hepatoesplenomegalia, síndrome ascítico edematoso. Lesión papular rojo violácea de 2 x 1 cm, en región axilar derecha, y múltiples lesiones menores en cuero cabelludo. Laboratorio: BT 8.3 mg%, BD 7.8 mg%, TP 24 seg, Albuminemia 2.5 g%, GOT 330 UI/L, GPT 325 UI/L, Glicemia 37 mg%, Alfa Feto Proteína 12739 ng/ml. TAC multislice abdomen: hepatomegalia difusa. Hígado con múltiples imágenes nodulares de 0.5 x 1 cm de diámetro que comprometen ambos lóbulos. Esplenomegalia, con una

imagen heterogénea de tipo nodular de 2 x 1 cm. Imagen solitaria en base pulmonar derecha. Punción biopsia hepática: imagen histológica propia de Hepatitis Neonatal con puentes de fibrosis incompletos asociada a presencia de aislados elementos histiocitarios de localización periportal, CD 68 (+) y CD 1a (-). Biopsia de lesión cutánea: proliferación histiocítica, CD 68 (+) y CD 1a (-), constituida por elementos de citoplasma vacualizado, xantomizado con aisladas células gigantes multinucleadas que compromete la dermis y se extiende hacia el tejido hipodérmico. Cultivo y serologías para bacterias, hongos y virus negativos. Se descarta Galactosemia, Tirosinemia y Hepatitis Fetal Aloinmunitaria. Recibe tratamiento de inducción con metilprednisolona a 1,5 mg/kg/d durante 4 semanas, con descenso gradual cada 2 semanas. Completa 6 meses de tratamiento en ciclos de 5 días cada 3 semanas.

MATERIAL Y METODOS:

Historias clínicas de Servicios de Gastroenterología, Dermatología y Hematología; Archivo de Anatomía Patológica.

RESULTADOS:

El paciente mejora la suficiencia hepatocelular y retrotraen las lesiones cutáneas.

CONCLUSIONES:

Es infrecuente la presentación sistémica de la Xantogranulomatosis Juvenil con Falla Hepática Neonatal, presentando en nuestro caso respuesta favorable a corticoterapia.



SINDROME DE QUILOMICRONEMIA EN PEDIATRIA

RPD 61

Pacce M.¹; Araujo M.²

HOSPITAL GARRAHAN^{1,2}

<mariasolp@hotmail.com>

INTRODUCCIÓN:

El síndrome de quilomicronemia (SQ) es una entidad rara en pediatría (prevalencia 1:1000000) que se caracteriza por presencia de quilomicrones en ayunas y valores de triglicéridos (TG) elevados, en general > a 1000mg/dl. Las formas más comunes se deben a la deficiencia de la lipoproteinlipasa (LPL) o a la de su cofactor apo CII. La LPL es la enzima responsable de la hidrólisis de los TG en el endotelio. Existen más de 70 mutaciones en el gen de la LPL. El cuadro clínico puede presentar dolor abdominal recurrente, xantomas eruptivos, hepatomegalia, pancreatitis y sme de hiperviscosidad sanguínea. Muchas veces es asintomática siendo un hallazgo de laboratorio. El tratamiento convencional es restricción grasa dietaria a menos del 10% del valor calórico total. Se encuentran en desarrollo terapias génicas.

OBJETIVOS:

Evaluar evolución clínica de 10 pacientes con SQ en seguimiento por servicio de nutrición.

POBLACIÓN:

Pacientes pediátricos con SQ e hipertrigliceridemia mayor a 800mg/dl al momento del diagnóstico.

MyM: Estudio retrospectivo descriptivo. Se revisaron las historias clínicas de pacientes con SQ en el período 1986-2014. Se obtuvieron datos de edad, síntomas, valor de TG y estado nutricional al inicio y con tratamiento instaurado; diagnóstico genético; tipo y tiempo de tratamiento y complicaciones.

RESULTADOS:

n: 10 pacientes. En 7 pacientes se realizó diagnóstico genético, 6 fueron déficit de LPL y 1 paciente presentó déficit de APO CII. La edad X de inicio del tratamiento fue de 4.9 años (r: 0.25 a 14), el tiempo de evolución fue de X 8.6 años (r: 0.2 a 11), los TG al diagnóstico fueron de X 2170mg/dl (r:800- 3600), luego de tratamiento dietético los TG descendieron a X 366 mg/dl (r:155-700 mg/dl). Los 10 pacientes fueron tratados con dieta hipograsa < de 10% del VCT. Los datos antropométricos estuvieron dentro de límites normales. No se encontraron deficiencias nutricionales. La adherencia al tratamiento dietético fue variable; 1 paciente con mala adherencia presentó pancreatitis a repetición y se agregó orlistat a su tratamiento.

CONCLUSIONES:

El tratamiento dietético con restricción de grasas en pacientes pediátricos con SQ es efectivo y seguro, pero es difícil conseguir la adherencia a largo plazo. La terapia génica aún en desarrollo requiere más estudios antes de su implementación.

IMPACTO CLINICO DEL TRATAMIENTO COMBINADO EN PACIENTES PEDIATRICOS CON HIPERCOLESTEROLEMIA FAMILIAR HOMOCIGOTA

TLS 62

Mira M.¹; Marcarian G.²; Pugliese A.³; Araujo M.⁴

GARRAHAN^{1,2,3,4}

<estefaniamira@hotmail.com>

La hipercolesterolemia familiar homocigota (HFho) es una rara enfermedad con una prevalencia que varía de 1/360000 a 1/1000000 según distintas poblaciones. Más del 95% de los pacientes tienen una mutación en el receptor de LDL con una alteración grave en su función, en el resto puede deberse a mutaciones de la apoB o de la proproteína PCSK9. La HFho se manifiesta con valores muy elevados de C-LDL. La evolución natural provoca enfermedad cardiovascular precoz y a menudo muerte en la infancia. La recomendación actual es comenzar tratamiento farmacológico (TF) agresivo desde el momento del diagnóstico, agregando aféresis de LDL o en su defecto plasmaféresis (PA) desde el momento en que ésta es técnicamente posible. Las altas dosis de medicamentos hipolipemiantes y los procedimientos utilizados por tiempo prolongado son excepcionales en pediatría y generan dudas acerca del impacto en el crecimiento y desarrollo de estos pacientes.

OBJETIVO:

Presentar la evolución antropométrica y bioquímica de 3 pacientes que reciben tratamiento farmacológico y plasmaféresis para HFho.

MyM: trabajo descriptivo, retrospectivo por revisión de historias clínicas

RESULTADOS:

	Paciente1	Paciente2	Paciente3
Edad diagnóstico (años)	4	0,3	6,9
edad inicio fármacos (años)	10	6,5	7
Edad inicio aféresis (años)	12,5	9,6	8,2
Dosis de Atorvastatina actual (mg/d)	40	40	40
Dosis de Ezetimibe actual (mg/d)	10	10	10
Tiempo total de aféresis (años)	5,7	4,4	1,3
Número de procedimientos PA	70	53	30
Frecuencia de la PA	mensual	mensual	quincenal
C-LDL INICIAL (mg/dl)	410	408	482
C-LDL CON TF (mg/dl)	336	361	315
C-LDL MEDIO CON TF+PA (mg/dl)	198,7	213,3	143,5
DE talla inicial	+0,77	+0,51	+1,44
DE talla con TF	+0,54	+0,56	+1,47
DE talla con TF + PA (último control)	-0,08	+0,95	+1,21

No se encontraron alteraciones clínicamente significativas durante la evolución. El crecimiento en talla no se vio afectado en los pacientes evaluados, manteniendo adecuada velocidad de crecimiento para la edad según población de referencia. Los datos antropométricos y de laboratorio permanecieron dentro de los valores de referencia, sin presentar déficit de minerales, micronutrientes, vitaminas ni ácidos grasos esenciales.

CONCLUSIÓN:

El tratamiento combinado y agresivo desde el diagnóstico ha sido efectivo para descender el C-LDL sin causar alteraciones en el crecimiento ni en los parámetros bioquímicos controlados. Si bien se recomienda la aféresis selectiva de LDL, la plasmaféresis ha sido bien tolerada en estos pacientes.



Por un niño sano
en un mundo mejor

EXPERIENCIA EN EL TRATAMIENTO CON BIOPTERINAS (BH4) EN PACIENTES FENILCETONURICOS (PKU)

RPD 63

Salerno M.¹; Nuñez Miñana M.²; Muschietti L.³; Collini M.⁴; Spécola N.⁵

HOSPITAL INTERZONAL DE AGUDOS SOR MA LUDOVICA^{1,2,3,4,5}
<mercedes.salerno@gmail.com>

INTRODUCCION:

La BH4 (cofactor de la fenilalanina hidroxilasa) aumenta la tolerancia de fenilalanina (Phe) en algunos pacientes en tratamiento nutricional, mejorando su calidad de vida. Su uso exige una prueba previa de respuesta. Se acepta como respuesta positiva un descenso de Phe > al 30%, en prueba de 48 hs. Esta respuesta no asegura cubrir las recomendaciones con proteínas naturales.

OBJETIVOS:

Presentar la experiencia inicial del tratamiento con BH4 en un grupo seleccionado de pacientes PKU BH4 sensibles, con respuestas de diferente magnitud. Según el grado de respuesta distinguimos: R1 corresponde a no respondedor (descenso < a 30%), R2 descenso de 30 a 40%, R3 descenso > a 40%.

METODOS:

De los 158 pacientes PKU en seguimiento, se seleccionaron 19 mayores de 4 años, con formas moderadas y leves (ingesta > 500 mg de Phe/ día) con cobertura social. Se realizó prueba de sobrecarga con BH4 de 48 hs. Dependiendo de la respuesta a la prueba se indica tratamiento con BH4 a 10 pacientes. Se realizaron evaluaciones del

rendimiento escolar y parámetros metabólicos durante un período de 2 meses a 2 años. Se registraron datos de las historias clínicas: edad cronológica, peso y talla. Se calculó el Índice de Masa Corporal (IMC) y se valoró el estado nutricional según OMS Anthro Plus v1.0.4. Se calcularon los porcentajes cubiertos de nutrientes con Microsoft Excel SARA V1.2.22 y se compararon con DRI (Dietary Reference Intakes 2002). Se calculó 50mg de Phe por cada gramo de proteína natural ingerida.

RESULTADOS:

Los 10 pacientes en tratamiento aumentaron la tolerancia a la ingesta de Phe. Siete pacientes, con respuesta > a 40%, no reciben fórmula sin Phe y cubren las recomendaciones nutricionales. Tres pacientes, con respuesta entre 30 y 40 %, se encuentran bajo tratamiento combinado (fórmula sin Phe y BH4). En referencia al diagnóstico nutricional, 5/10 presentaron IMC de peso adecuado, 2/10 riesgo de sobrepeso y 3/10 alto y muy alto peso.

CONCLUSIONES:

La respuesta positiva de 30% no permite asegurar la liberación de la dieta. Solo aquellos que responden > a 40% pueden suspender la fórmula sin Phe sin evidenciar carencias nutricionales. No se produjeron efectos colaterales y la calidad de vida mejoró en ambos grupos de respondedores. Los tratamientos combinados son de dificultosa cobertura en nuestro país por su alto costo.

CARACTERISTICAS CLINICAS Y EPIDEMIOLOGICAS DE UNA POBLACION CELIACA PEDIATRICA

PO 64

López M.¹; Sprang M.²; Vinuesa F.³

HOSPITAL DE PEDIATRIA DR. F. BARREYRO^{1,2,3}
<mslopez2009@hotmail.com>

INTRODUCCION:

La enfermedad celiaca es la enteropatía crónica más frecuente.

El objetivo de este estudio fue identificar las características clínicas y epidemiológicas de presentación de la enfermedad celiaca en una población pediátrica que concurrió a un hospital público durante el año 2013.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Estudio transversal y descriptivo en el que se investigó enfermedad celiaca en individuos con sospecha clínica o pertenecientes a grupos de riesgo, que concurrieron a un Hospital Nivel III de Posadas (Misiones) desde diciembre de 2012 a diciembre de 2013, mediante la determinación de anticuerpos antitransglutaminasa IgA (valor de referencia < 10 U/ml) e IgA total. A los que resultaron positivos o negativos con IgA total baja se les proponía la realización de biopsia endoscópica de intestino delgado considerándose con diagnóstico de enfermedad celiaca a pacientes con anatomía patológica tipos Marsh 2 y 3.

RESULTADOS:

En el período que abarcó el estudio se realizó la determinación de anticuerpos antitransglutaminasa tisular IgA a 921 pacientes pediátricos (492 mujeres/429 varones).

La prevalencia encontrada fue 8,25% (IC 95% 6,44-10,06). La incidencia en el periodo estudiado fue 3,8% (IC 95% 2,54-5,06). Los celíacos diagnosticados abarcaron un rango etario entre 1 y 15 años (9 niños < de 2 años y 26 > de 2 años) siendo el mayor número entre 5 a 9 años con una semejante proporción mujeres: hombres. Los casos positivos hallados fueron en su mayoría por síntomas clásicos(39%) o como grupos de riesgo (44%) y solo 17% por síntomas no clásicos. La tasa de familiares de primer grado con enfermedad celiaca fue de 15%.

Se destaca la gran proporción de pacientes clasificados con atrofia vellositaria (89%) que comprende a la lesión Marsh tipo 3 (7 niños < de 2 años y 23 > de 2 años).

CONCLUSIONES:

La enfermedad celiaca tiene alta prevalencia en la población estudiada, siendo frecuentes las formas sintomáticas y los grupos de riesgo, constituyendo un reto para el sistema sanitario su detección precoz en estos grupos



ASOCIACIÓN DE COLITIS ULCEROSA Y DÉFICIT DE IGA

RPD 65

**Diaz Sotelo M.¹; Caglio P.²; Messere G.³; Morise S.⁴;
Toca M.⁵**

HOSPITAL POSADAS^{1,2,3,4,5}
<mlidiazs@hotmail.com>

INTRODUCCIÓN:

La Colitis Ulcerosa (CU) es una enfermedad inflamatoria crónica que afecta el colon, en cuya patogenia intervienen complejas interacciones genéticas, con inmunidad innata, adquirida y factores ambientales. El déficit de IgA sérica es la inmunodeficiencia primaria más frecuente producida por defecto en la maduración de las células B. Puede afectar el intestino generando infecciones y diversos trastornos secundarios. Se ha asociado a diferentes enfermedades autoinmunes pero hay pocas comunicaciones de su coexistencia con CU

OBJETIVO:

Presentar 2 pacientes con asociación de déficit de Ig A y colitis ulcerosa.

Los dos pacientes tenían 6 años al diagnóstico (varón y mujer) con antecedentes de diarrea crónica con moco y sangre, dolor abdominal, pujos y tenesmos. Ambos tienen además talasemia menor. El niño ingresa por pérdida de peso con distensión abdominal (PUCAI 60) La niña presenta

distensión abdominal y hepatomegalia. (PUCAI 45). Ecografía: dilatación de vía biliar intra y extrahepática confirmado por colangiografía por RNM. Laboratorio de ingreso con aumento de transaminasas, GGT y aumento de Gamma globulina, pANCA +ASMA +. Biopsia compatible con Colangitis Autoinmune. En ambos Ig A total no dosable. VEDA normal y VCC: en toda la extensión del colon se observa edema, úlceras con fibrina, pseudopólipos con zonas de mucosa indemne, compatible con colitis ulcerosa activa. La anatomía patológica informa distorsión de arquitectura criptica con criptitis, eosinófilos y abscesos cripticos en mucosa. Se medica con Mesalazina, Meprednisona, Azatioprina, Vitaminas y Calcio con buena evolución de la colitis, pero con reiterados episodios de deposiciones fermentativas que se atribuyen al déficit de Ig A mejorando francamente con metronidazol y dieta.

COMENTARIO:

La CU y el déficit de Ig A afectan la integridad, función y homeostasis intestinal. El déficit de Ig A con compromiso intestinal puede modificar la evolución de la EII lo que obliga a descartar complicaciones y tratar oportunamente el sobrecrecimiento bacteriano para disminuir el impacto en la calidad de vida y crecimiento de estos pacientes

ANTICUERPOS ANTI TRANSGLUTAMINASA IGA (TTGA) Y ANTI ENDOMISIO IGA (EMA) COMO PREDICTORES DE ENFERMEDAD CELÍACA

TLS 66

**Messere G.¹; Ortiz G.²; Caglio P.³; Bigliardi R.⁴; Vidal J.⁵;
Morise S.⁶; Reynoso R.⁷; Fiorucci M.⁸; Sosa P.⁹; Toca M.¹⁰**

HOSPITAL POSADAS^{1,2,3,4,5,6,7,8,9,10}
<gabrielamessere@yahoo.com.ar>

INTRODUCCIÓN:

La enfermedad celíaca es una combinación de manifestaciones clínicas gluten dependientes, anticuerpos específicos, HLA DQ2 y DQ8. En la actualidad, se plantea en la literatura médica, la omisión de la biopsia intestinal en aquellos pacientes sintomáticos, con valores tTGA > 10 veces el valor normal más EMA positivo y HLA DQ8/DQ2 positivos.

OBJETIVO:

Evaluar si la asociación de anticuerpos antitransglutaminasa tisular IgA (tTGA) (≥ 100 U/ml) y anti endomisio IgA (EMA) positivos tienen una alta predictibilidad de daño intestinal para el diagnóstico de enfermedad celíaca (EC).

MÉTODOS:

Niños con indicación de VEDA fueron incluidos en estudio prospectivo, realizándose medición de tTGA por ELISA (QUANTA Lite valor de corte 20 U/ml) y EMA por Inmunofluorescencia y biopsia de intestino delgado por videoendoscopia digestiva. Hallazgos histológicos según clasificación de Marsh.

RESULTADOS:

De 191 pacientes con mediana de edad 68 m, 117 (61,3%) fueron mujeres, 132 (69%) con diagnóstico histológico de

EC y 59 (31%) con biopsia normal. Clínica: 82/132 (62%) síntomas típicos; 34 (25,7%) síntomas extraintestinales y 16 (12,2%) silentes. Tres de 132 pac Marsh II, 17 Marsh IIIa, 16 Marsh IIIb, 96 Marsh IIIc. Dosaje de anticuerpos: EMA positivo en 125/132 celíacos, y en 1 pac sin EC. Sensibilidad: 99%, Especificidad: 89%, VPP: 95 %, VPN 98%. tTGA elevados en 129/132 celíacos, y en 1 pac no celíaco. En 3 de los pacientes celíacos tTGA fue normal. Sensibilidad 99%, Especificidad 95%, VPP 98%, VPN 98%. (Valores de EMA(+) y tTGA elevado en paciente no celíaco coincide con su debut diabético y DQ2 /DQ8 negativos). Según valores de corte para tTGA: <20 U/ml 3/132, entre 20-30 U/ml 4/132, entre 31-99 U/ml 19/132, ≥ 100 U/ml 106/132. tTGA ≥ 100 U/ml: Sensibilidad 80%, Especificidad 100%, VPP 100%, VPN 69%. Todos los 106 niños con valores ≥ 100 U/ml fueron celíacos. Dos de 106 pacientes presentaron Marsh II, 9/106 Marsh IIIa, 14/106 Marsh IIIb, 81/106 Marsh IIIc. Todos los pacientes con clínica típica + tTGA ≥ 100 U/ml + EMA positivo, n: 63 niños, tuvieron en biopsia duodenal lesión histológica: Marsh III.

CONCLUSIONES:

Este estudio confirma que los valores de anti tTGA ≥ 100 U/ml (que superan 5 veces el valor normal Método QUANTA) + EMA positivos son predictivos de daño duodenal y enfermedad celíaca, con VPP y especificidad de 100%. En cambio con valores de tTGA menores de 100 U/ml la especificidad cae al 95%,



Por un niño sano
en un mundo mejor

CAPILLARIASIS HEPÁTICA: OTRA CAUSA DE SÍNDROME HIPEREOSINOFÍLICO, REPORTE DE UN CASO

RPD 67

Crespo Quinteros E.¹; López Giacinti L.²; Herrera M.³; Framarin R.⁴; Alvarez E.⁵; Peluffo G.⁶; Caglio P.⁷; Morise S.⁸
HOSPITAL POSADAS^{1 2 3 4 5 6 7 8}
<eber_gonzalo@yahoo.es>

INTRODUCCIÓN:

La capillariasis hepática es un cuadro muy infrecuente, provocada por un parásito nematode, que se encuentra en el hígado de roedores y otros animales, siendo el hombre un huésped accidental. La mayoría de los casos se presenta como una afección intestinal, con cuadro de dolor abdominal y diarrea. Los huevos infiltran el parénquima hepático provocando hepatitis granulomatosa.

CASO CLÍNICO:

Paciente de 2 años de edad, proveniente de zona suburbana, sin servicios sanitarios básicos. Consulta por fiebre persistente de 15 días de evolución. Al examen físico se encuentra emaciado, con hepatoesplenomegalia. Se decide su internación para diagnóstico y tratamiento. Sin antecedentes personales, ni heredo-familiares de importancia, salvo marcado hábito de pica. Laboratorio de ingreso: Hto 28 %, GB 17100/mm3 con eosinofilia 30%, transaminasas x 20 VN y LDH x 4 VN, PCR cuantitativa 13.5mg, Albúmina 2.6 g/dl, TP 24,6" Actividad 35%, RIN 1,2, KPTT 36". Ecografía: hígado y bazo aumentado de tamaño y ecogenicidad. Serología: HIV, HCV, HBV, CMV, Mycoplasma, EBV negativo. Toxocara canis positivo.

Anticuerpos FAN, ASMA, anti LKM, negativos. Fondo de ojo normal. PAMO descarta síndrome mieloproliferativo. Por presentar síndrome hipereosinofílico y mala evolución clínica se administra metilprednisolona IV y albendazol VO. Al normalizar la coagulación se realiza Biopsia Hepática. Cultivo bacteriológico y estudio micológico negativo. Examen microbiológico en fresco: huevos característicos identificados como Capillaria hepática. Anatomía Patológica: hepatitis granulomatosa con incontables huevos que confirma el diagnóstico. El niño completa tratamiento con corticoides y albendazol, durante 4 semanas con mejoría clínica y disminución progresiva del tamaño de hígado y bazo. Al año de evolución continuaba con eosinofilia e hipergamaglobulinemia con transaminasas y coagulograma normales. Actualmente (3 años de evolución) se encuentra asintomático.

COMENTARIO:

La capillariasis hepática es un cuadro muy infrecuente. Hasta comienzos de esta década solo se habían publicado 85 casos en el mundo y hasta la actualidad, ningún caso reportado en la Argentina. Debe ser diagnóstico diferencial en las hipereosinofilias en regiones con condiciones sanitarias inadecuadas.

Se han descrito presentaciones clínicas leves a graves y casos fatales, donde el diagnóstico se realizó en las autopsias. La biopsia hepática oportuna permite el diagnóstico precoz y tratamiento.

ESCLERODERMIA Y DISFAGIA. NO TODO ES LO QUE PARECE

RPD 68

Malagrino P.¹; Aliboni V.²; Cirincione V.³; Guglielmino A.⁴; Mavromatopulos E.⁵; Cichowski V.^{6,7}
HOSPITAL DE NIÑOS DR RICARDO GUTIÉRREZ^{1 2 3 4 5 6 7}
<pmalagrino@hotmail.com>

OBJETIVO

Reportar la asociación infrecuente de quiste esplénico como causa de disfagia en una paciente pediátrica con esclerodermia.

RESÚMEN DE HISTORIA CLÍNICA

Paciente de 15 años, de sexo femenino con diagnóstico a los 8 años de esclerodermia localizada en pierna derecha. Recibió tratamiento con metotrexate y UVB inicialmente y dos meses previos a la consulta suspendió el mismo por indicación del Servicio de Reumatología. Se indicó tratamiento local en la zona de la esclerosis.

MOTIVO DE CONSULTA:

Disfagia intermitente de 18 meses de evolución con sensación de atascamiento. Clínica de reflujo gastroesofágico, sin antecedente de hematemesis ni melena. Peso y talla Pc 50. Se plantea por su enfermedad de base la presencia de un trastorno motor (en este caso se trataría de una forma sistémica de esclerosis y/o disfagia secundaria a enfermedad por reflujo gastroesofágico.) Se solicita una SEGD y videode-

glución normal. VEDA: Esófago: normal. En techo próximo al cardias imagen redondeada de aproximadamente 3x4 cm cubierta por mucosa sana, firme, no renitente, no desplazable con el movimiento de la pinza. Se solicita ecografía y TAC abdominal con contraste oral y EV: imagen redondeada hipodensa de bordes netos en continuidad o contigüidad con el techo gástrico y/o con el polo superior del bazo. Impresiona lesión quística que podría estar vinculada a cámara gástrica (¿duplicación gástrica?) o al polo superior del bazo. Laparoscopia exploratoria: quiste esplénico pediculado y móvil. Se realiza excéresis quirúrgica por vía laparoscópica. Anatomía patológica: quiste esplénico epitelial. Paciente actualmente asintomática digestiva.

CONCLUSIONES:

Existen pocos reportes de disfagia 2a a pseudoquiste pancreático y ninguno por quiste esplénico, dado que la mayoría son hallazgos incidentales. Esto sumado al hecho de que la paciente presenta una enfermedad de base que por sí sola podría justificar la clínica hace al caso y su secuencia de estudios aún más interesante.



ESTUDIO FUNCIONAL EN NIÑOS CON ATRESIA ESOFÁGICA (AE) CORREGIDA

RPD 69

Zubiri C.¹; Miculan S.²; Nanfito G.³; Borobia P.⁴;
Balcarce N.⁵; Guzmán L.⁶; Ben R.⁷

HTAL LUDOVICA^{1,2,3,4,5,6,7}
<cecizubiri03@hotmail.com>

OBJETIVO

Evaluar motilidad esofágica en atresia de esófago (AE) corregida, correlacionando clínica, impedanciometría-fimetría, manometría, evaluación endoscópica y anatomopatológica de mucosa esofágica.

MATERIALES Y MÉTODOS

11 pacientes con AE 10 Tipo III y 1 tipo V.
7 femeninos y 4 masculinos entre 7 y 18 años (media 12).
Evaluados clínicamente, 10 asintomáticos. Se realizó impedanciometría-pHmetría, manometría esofágica, videoendoscopia y biopsia esofágica. Se analizaron los datos obtenidos en los diferentes estudios, con el programa Epi Info 6.

RESULTADOS

7 presentaron patologías asociadas a AE. Complicaciones tardías: 7 estenosis esofágica (63%) 2 Re-fistulización traqueoesofágica (18%), 5 ERGE (45%), 8 Síndrome obstructivo bronquial (72.7%), 2 laringitis recurrentes (18%), 1 bronquiectasias y 1 celiacía.

8 Desarrollo pondoestatural adecuado (72.7%).

Manometría: 9 presión, relajación y duración normal del EEI (81.8%). Uno presión aumentada con relajación normal y otro presión aumentada y ausencia de relajación (Acalasia). Todos con aperistalsis, 10 en todo el cuerpo esofágico (90,9%).

9 presión basal EES normal (81.8%). 100% relajación completa y duración normal. Coordinación faringo-esofágica normal 100%.

9 endoscopia e histopatología normal (81.8%). 2 esofagitis grado II y III (Clasificación Los Ángeles).

10 impedanciometrías: 4 pacientes presentaron todos los parámetros de reflujo normales. Seis impedanciometrías fueron patológicas, por lo que se indicó tratamiento antirreflujo, requiriendo en dos casos cirugía con técnica de Nissen.

CONCLUSION

Los pacientes con AE corregida requieren adecuada evaluación y seguimiento con atención multidisciplinaria permanente por alto riesgo de ERGE y otras complicaciones tardías.

GASTO ENERGÉTICO, COMPOSICIÓN CORPORAL, TRASTORNOS METABÓLICOS E INGESTA ENERGÉTICA EN PACIENTES CON ANTECEDENTES DE CRANEOFARINGIOMA

PO 70

Bomer I.¹; Saure C.²; Caminiti C.³

GARRAHAN^{1,2,3}
<bomerit@hotmail.com>

INTRODUCCIÓN:

Los craneofaringiomas son malformaciones histológicamente benignas de origen embriogénico que se sitúan entre el hipotálamo y la hipófisis, zonas de regulación endocrina y modulación de la saciedad. Aunque se trata de un tumor benigno y la tasa de supervivencia es alta presenta una considerable morbilidad. La obesidad está presente después de la operación hasta un 52%. Estudios previos demostraron que el compromiso del tumor hipotalámico conduce a una mayor resistencia a la leptina, reducción del gasto energético, disminución de la actividad física y menor ingesta energética en pacientes con craneofaringioma comparado con obesos control.

OBJETIVO:

Describir la población de pacientes operados de craneofaringioma en nuestro hospital. Caracterizar factores de riesgo cardiovascular. Comparar pacientes con craneofaringioma obesos con obesos multifactoriales.

MATERIAL Y MÉTODO:

Se incluyeron niños y adolescentes de ambos sexos con resección quirúrgica de craneofaringioma, seguidos en Hospital J.P Garrahan hasta abril/2013. Se realizó antropometría, composición corporal, gasto energético, registro alimentario. Se determinó resistencia a la insulina y dislipemia. Se compararon pacientes con craneofaringioma obesos con obesos multifactoriales sin diferencias en edad y sexo.

RESULTADOS:

La población accesible fue de 70 pacientes operados de craneofaringioma en nuestro hospital entre el 2000 y 2012, menores de 21 años. Se estudiaron 39 pacientes. El 59% de los pacientes con antecedente de craneofaringioma era obeso. Los obesos con antecedente de craneofaringioma presentaron menor % de masa magra (62.4 vs 67.5 p=0.01) y mayor % de masa grasa (37.5 vs 32.5 p=0.01) comparados con los obesos multifactoriales, diferencias estadísticamente significativas. No se encontró diferencia en el compromiso metabólico entre los obesos con y sin antecedente de craneofaringioma. Se dividieron los pacientes en tertiles según % de gasto energético y se tomó el primer tercio (82% del predicho) como punto de corte para categorizar en bajo vs normal gasto energético. En el análisis bivariado se encontró asociación positiva entre % de gasto energético predicho y % de masa magra en obesos multifactoriales. Sin embargo, no hubo diferencia significativa en el % de masa magra entre los pacientes con gasto energético normal vs bajo dentro de la población de obesos con craneofaringioma. El gasto energético basal fue menor en los pacientes con craneofaringioma vs obesos multifactoriales y persistió bajo independientemente de la masa magra, lo que sustenta que otros factores actuarían disminuyendo el gasto energético. No hubo diferencia en la ingesta en ambos grupos.

CONCLUSIONES:

Se objetivó menor gasto energético no relacionado a la masa magra y similar ingesta energética en los pacientes con antecedente de craneofaringioma vs obesos multifactoriales. No hubo diferencia en el compromiso metabólico entre los obesos con y sin craneofaringioma.



Por un niño sano
en un mundo mejor

CUERPOS EXTRAÑOS DIGESTIVOS. NUESTRA EXPERIENCIA

RPD 71

Wayar A.¹; Bastianelli C.²

HOSPITAL PÚBLICO MATERNO INFANTIL^{1,2}

<awayar@yahoo.com>

INTRODUCCION:

La ingesta de cuerpos extraños en vía digestiva se presenta como una consulta cada vez más frecuente.

OBJETIVOS:

Realizar un análisis descriptivos de los cuerpos extraños extraídos en relación a: edad, tipo, sexo, forma de extracción y evolución.

MATERIAL Y METODOS:

Análisis retrospectivo de 286 consultas con 145 procedimientos en niños < de 13 años, utilizando gastroscopio KARL STORZ, ingresando a quirófano todos con estudios prequirúrgicos, laboratorio y cardiovascular, ayuno anestésico, siendo considerados todos como urgencias, en un tiempo de 24 meses.

RESULTADOS:

De 286 consultas se realizaron 145 procedimientos, 138 con éxito, 7 empujados a estómago los que fueron eliminados por vía anorectal, constituyendo un 98 % del total. 50 se dieron en > de 5 años, 95 en < de 5 años, el rango de edad fue entre 3 meses y 13 años, 66 fueron mujeres y 79 varones. 108 fueron monedas, 14 pilas de reloj, 2 con esofagitis, que remitieron con tratamiento de IBP y 23 otros objetos. El resto progresó sin necesidad de procedimiento endoscópico.

CONCLUSIONES:

Las ingestas en edad pediátrica son accidentales. La edad más frecuente fue entre 1-5 años. Fueron más numerosas las monedas. La localización más frecuente fue tercio superior de esófago. Método de extracción resultó ser seguro y eficaz. Hay que crear conciencia en la población.

PREVALENCIA DE INFECCIÓN POR *HELICOBACTER PYLORI* EN NIÑOS Y ADOLESCENTES SOMETIDOS A ENDOSCOPIA DIGESTIVA

PO 72

Candarle P.¹; Rodriguez Vulycher F.²; Ferrer M.³; Tabacco O.⁴; Costaguta A.⁵

SANATORIO DE NIÑOS DE ROSARIO SANTA FE^{1,2,3,4,5}

<pabloelcolfa@hotmail.com>

INTRODUCCION:

El método de referencia para diagnóstico de infección por *Helicobacter pylori* Hp es el estudio de biopsias gástricas múltiples, aunque por tratarse de un procedimiento invasivo, son escasos los resultados reportados en pacientes pediátricos.

OBJETIVO:

- 1) Evaluar la prevalencia de infección por Hp en biopsias gástricas obtenidas en una población de niños sometidos a endoscopia digestiva alta.
- 2) Compararla con una población de pacientes adultos que realizaron endoscopia digestiva alta durante el mismo período.

PACIENTES Y METODOS:

Se analizaron prospectivamente los informes histopatológicos de todos los pacientes sometidos a endoscopias digestivas altas de 0 a 18 años de edad (\bar{X} = 7,6) entre Enero de 2013 y Febrero de 2014. Se estableció la prevalencia a través del cociente entre el número de pacientes (+) para Hp y el total de individuos estudiados en el período descripto, comparándolos con los datos obtenidos en 534

adultos estudiados simultáneamente (\bar{X} = 44,6 años, rango = 20-72). En cada niño se tomaron sistemáticamente al menos 2 biopsias de antro y 1 de cuerpo gástrico. En los pacientes adultos se tomó al menos 1 biopsia, a criterio del endoscopista. Las muestras se fijaron en formol al 10%, y se tiñeron con hematoxilina-eosina y Giemsa modificado para la identificación del Hp. Las indicaciones de endoscopia entre los pacientes pediátricos fueron: sospecha de enfermedad celíaca (47,5%), epigastralgia (18,3%), reflujo gastroesofágico (11,6%), dolor abdominal recurrente (8%), diarrea crónica (6,6%), vómitos (5,8%), y hemorragia digestiva (1,6%). No se incluyeron los pacientes sometidos a procedimientos terapéuticos (n: 16). La comparación entre medias se realizó a través del test exacto de Fisher.

RESULTADOS:

Sobre un total de 119 pacientes pediátricos estudiados (61 niñas), se identificó Hp en 2 casos, lo que determina una prevalencia de 1,68%. Esto contrasta con el 15,9% obtenido sobre 534 estudios realizados en pacientes que concurren al servicio de adultos de la misma institución (p = 0.00002).

CONCLUSIÓN:

- 1) La prevalencia de la infección por Hp en niños puede estar sobreestimada cuando se basa en estudios serológicos. 2) La infección se contrae fundamentalmente a partir de la segunda década de vida entre nuestros pacientes.

INCIDENCIA DE HEMORRAGIA DIGESTIVA EN PACIENTES CRÍTICAMENTE ENFERMOS BAJO PROFILAXIS CON OMEPRAZOL

RPD 74

Weinschelbaum R.¹; Marmarusso D.²; Tabacco O.³;
Costaguta A.⁴; Lemelson L.⁵

SANATORIO DE NIÑOS DE ROSARIO^{1,2,3,4,5}
<renuwein@hotmail.com>

INTRODUCCIÓN:

La hemorragia digestiva (HD) en el niño es una entidad poco frecuente con consecuencias potencialmente graves en pacientes críticamente enfermos. Por tal motivo es práctica común indicar profilaxis con drogas antisecretoras aunque disponemos de muy pocos datos sobre la verdadera magnitud del problema.

OBJETIVO:

Evaluar la incidencia de HD en una unidad polivalente de cuidados intensivos pediátricos a lo largo de 1 año.

MATERIAL Y MÉTODO:

Estudio retrospectivo, descriptivo, incluyendo todos los pacientes de 30 días a 18 años de vida, internados en la Unidad de Cuidados Intensivos de nuestra institución entre los meses de junio del 2012 a junio del 2013, que presentaron uno o más de los siguientes: melena, hematemesis, enterorragia, caída del hematocrito ($\geq 5\%$), e inestabilidad hemodinámica sin causa aparente. Se excluyeron pacientes con sangrado originado en la vía aérea, vrices esofágicas,

gastropatía hipertensiva, úlcera previa en tratamiento anti-secretor o coagulopatías. Los diagnósticos de base fueron muy diversos, incluyendo trasplantes hepáticos, politraumatismos, neurocirugías y cirugía cardiovascular, aunque la causa principal fueron patologías respiratorias. Todos los pacientes recibieron profilaxis desde su ingreso, con 20 mg/día de omeprazol EV, independientemente del peso corporal.

RESULTADOS:

Sobre 316 pacientes (55% masculinos, promedio de edad de 61 meses), la incidencia de hemorragia digestiva encontrada fue de 0,63 % (2 pacientes). Ambos presentaron sangrado evidente (1 enterorragia, 1 melena); uno de ellos, con descompensación hemodinámica.

CONCLUSIÓN:

La incidencia de hemorragia digestiva en pacientes críticamente enfermos fue baja en esta población. No podemos descartar el efecto de la profilaxis en estos resultados. Un estudio controlado y aleatorizado será necesario para aclarar este último punto.

MICRONUTRIENTES Y FIBRA EN LA DIETA CETOGÉNICA: APORTES Y SUPLEMENTACION

TLS 75

Viollaz R.¹; Alberti J.²; Fernandez A.³

HOSPITAL SOR MARIA LUDOVICA^{1,2,3}
<rvioillaz@gmail.com>

INTRODUCCIÓN:

La dieta cetogénica (DC) es una opción válida en el tratamiento de la epilepsia refractaria (ER) pero debe ser monitoreada por ser deficitaria en diversos nutrientes.

OBJETIVOS:

Analizar la ingesta de micronutrientes y fibra en las distintas modalidades de DC y determinar la suplementación adecuada.

POBLACIÓN:

Pacientes con ER seguidos durante 2013. Material y métodos: estudio descriptivo, analítico, transversal. Se realizó registro alimentario de 48 hs en 7 pacientes: 2 en Dieta Atkins Modificada (DAM), 2 en DC Clásica con Ketocal (DCC-K) relación 4:1 y 3 en DC Clásica (DCC) siendo 2 con relación 3,5:1 y 1 con 4:1. Se determinó la ingesta de fibra y 13 micronutrientes utilizando Sistema SARA v1.2.22. Se registró el aporte de micronutrientes dado por suplemento multivitamínico-multimineral (Centrum). Los datos fueron comparados con las IDR según sexo y edad para establecer el porcentaje de adecuación (%AD) del aporte. Análisis de datos con Excel, expresando los resultados como medias.

RESULTADOS:

En la *tabla 1* se muestran los aportes, comparando el %AD con y sin suplemento.

	DCC (n=3)	%AD*	%AD**	DCC-K (n=2)	%AD*	%AD**	DAM (n=2)	%AD*	%AD**
Edad(meses)	58			30			132		
Calorias(kcal)	1152			993,1			2338,8		
Fibra(gramos)	3,7	20,8		0	0		5	16,4	
Sodio(mg)	1134,8	106,5		680	68		2421,3	161,4	
Potasio(mg)	1036,2	31,3	31,9	1088	36,3	36,9	2266,1	50,4	50,8
Calcio(mg)	233,2	39,9	54	584,8	117	133,2	602,7	46,45	53,6
Fosforo(mg)	343	72,1	85,3	705,2	153,3	166,9	1255	100,4	105,4
Hierro(mg)	5,6	69,1	159,1	10	143,4	243,1	13,3	166,4	253,9
Cinc(mg)	2,9	83,2	299,8	8,2	272	522	10,8	135,4	229,4
Niacina(mg)	3,5	53,8	191,3	10,2	170	320	21,3	177,6	252,7
Acido fólico(ug)	153,9	92,3	153,4	149,6	99,7	166,4	394,6	131,5	164,9
Vitamina A(ug)	877,5	257,7	349,5	516,5	172,2	272,3	1572,7	262,1	312,2
Tiamina(mg)	0,4	76,3	208,6	0,9	189	329	2	227,2	305
Riboflavina(mg)	0,7	129,6	280,7	1	203	364	1,8	197,2	286,1
Vitamina B12(ug)	1	103,5	154,4	1,1	120	176,1	5,4	301,4	329,4
Vitamina C(mg)	27,6	156,6	329,9	61,2	408	608	41,7	92,6	159,3

*sin suplemento,**con suplemento

CONCLUSIONES:

Todos presentaron déficit de fibra y potasio. En la DCC y DAM no se cubre la recomendación de calcio con el suplemento utilizado. En la DCC-K es insuficiente el aporte de sodio. En la DCC el aporte de fósforo fue bajo, aún con suplemento. El aporte de la mayoría de las vitaminas con suplemento es excesivo. Sería ideal disponer en Argentina de un suplemento multivitamínico-multimineral específico para este tratamiento. Es necesario aumentar el aporte de fibra en todos los tipos de DC.



Por un niño sano
en un mundo mejor

CONOCIMIENTOS DEL PEDIATRA CLÍNICO SOBRE ALERGIA A LAS PROTEÍNAS DE LA LECHE DE VACA

PO 76

Doba N.¹; Marmarusso D.²; Ruggieri M.³; Costaguta A.⁴; Tabacco O.⁵

ROSARIO^{7 2345}

<noedoba@hotmail.com>

INTRODUCCIÓN:

La alergia a la proteína de la leche de vaca ha incrementado su prevalencia. Sin embargo, el conocimiento que poseen los pediatras es probablemente insuficiente, dado que el diagnóstico suele ser tardío y el tratamiento, errático. Lo expresado se asocia a persistencia de los síntomas, afectación nutricional del paciente y emocional de la familia, reiterados cambios de fórmulas, interconsultas múltiples e incremento de los costos de atención.

OBJETIVOS:

Evaluar el conocimiento de los pediatras clínicos, que se desempeñan en consultorio de atención primaria, en el diagnóstico, terapéutica y prevención de la alergia a las proteínas de la leche de vaca.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Estudio descriptivo en base a entrevistas a pediatras clínicos de atención primaria, elegidos al azar, pertenecientes a efectores públicos y privados de la ciudad de Rosario. El instrumento de recolección de datos consistió en una encuesta por medio de un cuestionario impreso, anónimo, con respuestas de opciones múltiples a completar por el

entrevistado. La muestra quedó conformada por un total de 85 encuestas luego de 13 (13,2%) exclusiones por rechazo. La encuesta incluyó tres preguntas sobre diagnóstico, dos de tratamiento y una de prevención con tres opciones múltiples cada una, con una puntuación de 0 para las incorrectas y 1 para las correctas. Una de las preguntas de tratamiento fue de respuesta abierta, a completar un nombre comercial para cada fórmula genérica (hidrolizado extenso, parcial, aminoácidos, soja) con una puntuación del 0 al 4. El valor máximo esperado por pediatra fue 10 puntos, el máximo esperado de la muestra fue 850 puntos. Las proporciones se expresan como porcentajes.

RESULTADOS:

El mínimo alcanzado por pediatra fue 1 punto y el máximo 10 puntos, mediana: 7 (desvío intercuartil: 4-8 puntos). La proporción total de aciertos fue 60,47% (514/850); en diagnóstico 78,21%; en tratamiento 47,84%; en prevención 80% y la relación entre el conocimiento de la fórmula genérica y el nombre comercial fue 21,18%.

CONCLUSIONES:

En relación a diagnóstico y prevención las proporciones de aciertos superaron a los otros tópicos. Las preguntas referidas a tratamiento y a la asignación de, al menos, un nombre comercial fueron respondidas con una elevada tasa de errores. La proporción de rechazo del 13,2% podría introducir un sesgo de selección en los resultados obtenidos.

ASOCIACIÓN ENTRE ENFERMEDAD CELIACA Y ENFERMEDAD DE CROHN EN PEDIATRÍA

TLS 77

Antoniska M.¹; Contreras M.²; Weyersberg C.³; Rocca A.⁴; Bottero A.⁵; Sanchez C.⁶; Sasson L.⁷; Bosaleh A.⁸; Davila M.⁹

SERVICIO GASTROENTEROLOGÍA HOSPITAL GARRAHAN^{1 234567};

SERVICIO ANATOMÍA PATOLÓGICA HOSPITAL GARRAHAN^{8 9}

<antoniska1@hotmail.com>

INTRODUCCIÓN:

La Enfermedad de Crohn y la Enfermedad Celiaca son enfermedades crónicas del tubo digestivo cuya incidencia se encuentra en aumento en las últimas décadas, siendo más frecuente de lo esperado. Ambas enfermedades podrían compartir factores inmunológicos y genéticos relevantes en la patogenia, con pérdida de la tolerancia a antígenos de la dieta y a ciertos componentes de la flora bacteriana, desencadenando una respuesta inadecuada y excesiva frente a estos antígenos provocando la lesión intestinal. La evaluación de la presentación clínica, la pesquisa mediante las pruebas serológicas (TGT; EMA), la endoscopia y la anatomía patológica son los pilares para establecer dicha asociación.

OBJETIVOS:

Establecer la prevalencia de Enfermedad Celiaca en una cohorte de pacientes con Enfermedad de Crohn seguidos en el servicio de gastroenterología de un Hospital Pediátrico de Alta Complejidad.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Se realizó un estudio observacional retrospectivo. Desde diciembre del 2008 a diciembre del 2012, se diagnosticaron

49 pacientes (pctes) con Enfermedad de Crohn acorde a los criterios de Porto, se les solicitaron Ac Enf Celiaca (AGA; TTG; EMA). En aquellos pacientes con resultados positivos se les realizó nuevo control endoscópico y revisiones de endoscopias e histologías previas.

RESULTADOS:

Se incluyeron 49 pacientes, 25 Masculinos y 24 Femeninos. La media de edad de diagnóstico de Enf de Crohn fue 8 años +/- 4 (3m-16 años). Según Clasificación de Paris L2 31 pacientes (63.26%), L3 6 pacientes (12.24%), L2+L4 6 pacientes (12.24%), L1 3 pacientes (6.12%), L3+L4 3 pacientes (6.12%). Tuvieron Diagnóstico de Enfermedad Celiaca 7/49 pctes (14.28%), media de edad: 8 años (3,5 años-15 años), 7/7 presentaron Ac Positivos y Endoscopia con atrofia vellositaria y aumento de LIES. 7/7 ASCA Negativo y 3/7 pANCA positivo. 1/7 pacientes se diagnosticó Enfermedad Celiaca simultáneamente a la Enf. de Crohn y 6/7 pacientes durante los 4 años posteriores al diagnóstico de Crohn. 4/7 pacientes tenían diagnóstico inicial de CU y reclasificaron a Enf. Crohn. El 34,78% de los pacientes presentaron baja talla al diagnóstico de Crohn, 6 de estos (37,4%) fueron Celiacos. De los 34 pctes (70.83%) presentaron Anemia al diagnóstico de EII, 7 tenían TTG positiva (20.6%).

CONCLUSIÓN:

La prevalencia de Enfermedad Celiaca parece ser alta en pacientes con Enfermedad de Crohn, nuestro hallazgo fue de 14.28%. Es importante solicitar anticuerpos específicos e investigar dicha asociación al inicio y durante la evolución de la enfermedad.



USO DE TERAPIA BIOLÓGICA EN PACIENTES PEDIÁTRICOS CON ENFERMEDAD DE CROHN MODERADA A SEVERA

TLS 78

Contreras M.¹; Weyersberg C.²; Rocca A.³; Paz S.⁴;
Antoniska M.⁵; Gallardo A.⁶; Sasson L.⁷

SERVICIO GASTROENTEROLOGÍA HOSPITAL GARRAHAN²³⁴⁵⁶⁷
<contreras118@hotmail.com>

INTRODUCCIÓN:

La terapia anti TNF esta recomendada como terapia de Inducción y mantenimiento en pacientes pediátricos con enfermedad crónica luminal sin respuesta al tratamiento inmunomodulador optimizado, en pacientes con enfermedad activa refractaria a esteroides y en enfermedad fistulizante.

OBJETIVO:

1. Evaluar la respuesta terapéutica de los anticuerpos monoclonales anti TNF en pacientes pediátricos con Enfermedad de Crohn. 2. Evaluar los efectos adversos.

POBLACIÓN: 31pacientes(pac).

MATERIAL Y MÉTODOS:

Estudio retrospectivo de una cohorte de pacientes seguidos en un hospital pediátrico de alta complejidad en el período 2000 a 2013. Se evaluó respuesta clínica a las 12 semanas de acuerdo a PCDAI, evaluación endoscópica, efectos adversos y relación con el fenotipo.

RESULTADOS:

31pacientes (14Femeninos y 17Masculinos), mediana de comienzo de los síntomas 8 años y 8 meses (23 días-16 años7meses). Mediana de edad diagnóstico 9años5meses(1año1mes 16años9meses). Tiempo de evolución de la enfermedad a la primera dosis de Infliximab/ Adalimumab, menos de 1 año de evolución 11 pac. y 18 pac.

más de 1 año de evolución. Según clasificación de Paris: A1a 16 pacientes, A1b 15 pacientes, L2+L4 5 pac, L3+L4 5 pacientes, L2 11 pacientes, L3 10 pacientes, P 4 pacientes. B1 22 paciente, B2 1 pacientes, B3 7 pacientes, B2+B3 1pacientes. 18 pacientes (58%) actividad endoscópica severa y 11pacientes (42%)moderada. Indicación de la medicación fue corticoresistencia en 5 pacientes, 7 por enfermedad fistulizante y 19 por falta de respuesta a inmunosupresores (corticoides/6 mercaptopurina). De los 29 pacientes que recibieron Infliximab (0,2 y 6 semanas), 26 completaron el esquema de inducción. El 73%(19 pacientes) presentó buena respuesta clínica con descenso del PCDAI y 42.3%(7 pacientes) remisión clínica a las 12 semanas. Evaluando la respuesta terapéutica según el tiempo de evolución de la enfermedad, el 90%(10/11) tenían menos de 1 año de evolución comparado con 60%(9/15) que tenían mas de 1 año de evolución. 8 pacientes no respondieron y 6 de estos tenían más de 1 año de evolución de la enfermedad. De los 18 pacientes que presentaron buena respuesta, 6 eran L2, 6 L3, 4 L2+L4 y 2 L3+L4. Efectos adversos: De las 208 infusiones se registró un episodio de bradicardia, 2 leucopenia, 1 lupus like, 1 hipogammaglobulinemia, 1 herpes zóster y 3 aumento de transaminasas.

CONCLUSIÓN:

Los datos de respuesta clínica y remisión clínica coinciden con los publicados en el estudio REACH, a diferencia de la población adulta los resultados son ligeramente superiores con menos efectos adversos.

ACCIDENTES PREVENIBLES EN LA INFANCIA: INGESTA DE CÁUSTICO

PO 79

Beltramone M.¹; Ben R.²; Cueto Rúa E.³; Menendez L.⁴;
Chereau C.⁵; Corfield E.⁶; Balcarce N.⁷; Borobia P.⁸;
Guzman L.⁹; Miculan S.¹⁰; Zosi A.¹¹

LUDOVICA¹²³⁴⁵⁶⁷⁸⁹¹⁰¹¹

<mapabe12@hotmail.com>

INTRODUCCIÓN:

La ingesta de caustico es un problema frecuente dentro de los accidentes infantiles, y sus complicaciones pueden tener consecuencias negativas en la calidad de vida del niño. Es un problema de interés mundial. Las estadísticas generales rebelan un mayor porcentaje en edad pre- escolar seguido de niños lactantes y escolares.

OBJETIVO:

Mostrar nuestra experiencia endoscópica sobre la ingesta accidental de cáustico.

MATERIAL Y MÉTODO:

Estudio retrospectivo de 5 años (2008- 2012). Incluyó pacientes de 0- 10 años con antecedentes de ingesta de cáustico del servicio de gastroenterología de un hospital pediátrico. Se analizó VEDAs diagnósticas y terapéuticas registradas con Epi Info 6. Se excluyeron ingestas de pilas botón. Se estableció grado de lesión mucosa con escala de Zargar.

RESULTADOS:

En el servicio de gastroenterología se registraron desde

el 2008 al 2012, 1883 VEDAs; 162 fueron motivadas por distintas causas de ingestas accidentales, 59 fueron por ingesta de cáustico. El 95% fueron sustancias alcalinas (n56) y 5% ácidas (n3). El 74% fueron varones y 26% niñas. De las diferentes causas de ingesta accidental, en relación con ingesta de cuerpo extraño se encontró que los cáusticos en su totalidad fueron 37,6% y la ingesta de moneda 36,4%. El 83% de la ingesta cáustica fueron niños de 1 a 5 años, y 17% entre 6 y 10 años. En menores de 1 año no se registraron casos. El 56% de los hallazgos macroscópicos en los procedimientos diagnósticos fueron normales y 44% patológicos, solo 4 pacientes presentaron lesiones tipo IIb y III que requirieron posteriormente VEDAs terapéuticas (rango de 2 a 11 dilataciones) por estenosis cicatrizal.

CONCLUSIONES:

- Fueron más frecuentes los varones que ingirieron sustancias alcalinas.
- Los accidentes por cáusticos fueron más frecuentes en pre- escolares.
- Fueron más frecuentes las endoscopias diagnósticas normales.
- Los cáusticos y las monedas, son las causas más frecuentes de ingestas accidentales.

Remarcar la importancia de la necesidad de prevención en el manejo de sustancias cáusticas.



Por un niño sano
en un mundo mejor

RESISTENCIA A LA INSULINA EN PACIENTES OBESOS PEDIÁTRICOS Y SU ASOCIACIÓN CON DIFERENTES CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS Y METABÓLICAS

RPD 80

Casavalle P.¹; Romano L.²; Rodriguez P.³; Ortiz V.⁴; Pandolfo M.⁵; Balanzat A.⁶; Friedman S.⁷

HOSPITAL DE CLÍNICAS^{1,2,4,5,6};

CÁTEDRA DE BIOQUÍMICA GENERAL Y BUCAL, FOUBA^{3,7}

<pcasav@hotmail.com>

INTRODUCCIÓN:

La resistencia insulínica es uno de los factores esenciales en la génesis del síndrome metabólico por este motivo planteamos los siguientes objetivos.

OBJETIVOS:

Estimar : 1) la prevalencia de resistencia insulínica (RI) en pacientes con sobrepeso (SP) y obesidad (OB); 2) su asociación con sexo, desarrollo puberal (DP), tensión arterial (TA), Circunferencia de cintura (CC), glucemia (GL), colesterol (COL), triglicéridos (TG), lipoproteínas de baja densidad (LDL), lipoproteínas de alta densidad (HDL), Apo B 100 y factor de necrosis tumoral alfa (FNTalfa).

POBLACIÓN, MATERIAL Y MÉTODOS:

Se estudiaron 79 pacientes, de ambos sexos, de 8 – 14 años de edad, que concurrieron a la Sección de Nutrición Pediátrica, junio 2012-marzo 2014. Criterios de exclusión: obesidad endocrinológica, hipotalámica, farmacológica y secundaria a síndromes genéticos.

Diseño descriptivo, observacional, prospectivo, transversal y de comparación a muestras independientes. Consideramos:

1) SP y OB según Z score de Índice de Masa Corporal (IMC); 2) DP según estadios de Tanner; 3) Hipercolesterolemia > 200 mg/dl; 4) LDL aumentada > 130 mg/dl; 5) Hipertrigliceridemia > 110 mg/dl; 6) HDL descendida < 40 mg/dl 7) CC aumentada: > Percentilo (Pc) 90; 8) RI: HOMA > 3 y 9) TA > Pc 90, 10) GL > 110 mg/dl; 11) Apo b > 105 mg/dl; 12) FNT alfa elevado: > 8,1 pg/dl.

RESULTADOS:

La prevalencia de RI fue del 48,1% (IC 95 %: 36,8-59,6). No se encontró asociación con sexo (p = 0,21), edad (p = 0,097), TA > Pc 90 (p = 0,124), COL (p > 0,999), TG (p = 0,148), HDL (p = 0,476), LDL (p > 0,999), Apo B100 (p = 0,239), FNTalfa (p = 0,307) y tampoco con la glucemia, ya que ningún paciente presentó un valor mayor a 110 mg/dl. Se vio una asociación estadísticamente significativa para CC > Pc 90 (p = 0,042) y Z score IMC (p = 0,044) y tuvo tendencia a la significación con el DP (p = 0,052). Los pacientes con obesidad tuvieron en promedio más chances de presentar RI que los que presentaron SP (OR 3,95 IC 95%: 1,157-13,464), al igual que aquellos con CC aumentada (OR 2,94 IC95%: 1,140-7,577).

CONCLUSIÓN:

La prevalencia de resistencia insulínica fue elevada y se asoció significativamente con la circunferencia de la cintura aumentada y la obesidad.

OBESIDAD EN PACIENTES ADOLESCENTES TRASPLANTADOS HEPÁTICOS

PO 81

Cavaliere M.¹; Boldrini H.²; Fernandez De Cuevas V.³; Sanchez M.⁴; Orsi M.⁵; D'agostino D.⁶

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

<mlcavaliere@yahoo.com.ar>

INTRODUCCIÓN:

La obesidad infantil representa un problema mundial para la salud pública. Al igual que en la población general se reportó alta prevalencia en los trasplantados hepáticos. Esto puede relacionarse a efectos adversos de la medicación inmunosupresora, al estilo de vida post trasplante, en especial en sociedades con alta prevalencia de obesos.

OBJETIVOS:

Evaluar prevalencia de obesidad en pacientes adolescentes que cumplieron más de 10 años post trasplante hepático, y compararlos con pacientes adolescentes sanos. Describir la causa de trasplante en los pacientes obesos y con sobrepeso post trasplante.

MÉTODOS:

Estudio retrospectivo de corte transversal. Se estudiaron pacientes trasplantados hepáticos de 10 o más años de evolución entre 11 y 21 años de edad y se los comparó con un grupo de adolescentes sanos seguidos en el hospital. Se analizaron las variables edad, sexo, peso, talla, IMC, colesterol total. Se definió obesidad a IMC mayor al percentil 97 y sobrepeso a IMC con percentiles entre 85 y 97 para edad y sexo. Se excluyeron pacientes fuera del rango etario,

tratamiento con corticoides hasta un año previo al estudio y enfermos hepáticos crónicos.

RESULTADOS:

De 320 pacientes trasplantados totales, 157 superaron los 10 años de trasplante. De ellos se analizaron 33 (21%) cuya media de edad fue 13,3 años (DS 3,1), el 48,5 % fueron mujeres y la media de tiempo post trasplante fue 14,7 años (DS 4). La mediana de colesterol fue 141 mg/dl, 2 pacientes tuvieron colesterol mayor a 200 mg/dl y 3 menores de 100 mg/dl. De los 33 pacientes evaluados, 21 (63,3%) fueron AVB (Atresia de vías biliares) y 12 (36,7%) no AVB. El IMC fue elevado en el 33,3 % (11/33) del total de pacientes, 12 % (4/33) presentó obesidad y el 21,2 % (7/33) presentó sobrepeso. En 9 de los 11 pacientes con IMC elevado tuvo como etiología AVB (82%), 3 obesos y 6 con sobrepeso. De 14743 pacientes pediátricos sanos que consultaron al hospital nuestro grupo control fueron 3531 (24 %). De ellos, 20,77% tuvieron IMC elevados, 6,77 % obesidad y el 14 % sobrepeso.

CONCLUSIÓN:

Este trabajo comprueba, como en estudios previos en otras poblaciones con diferentes estilos de vida y cultura alimentaria, que el sobrepeso y la obesidad son más frecuentes en la población trasplantada que en la sana. La mayor prevalencia de obesidad en AVB podría estar vinculado a factores como el rápido crecimiento a temprana edad. Estudios multicéntricos serán necesarios para corroborar estas afirmaciones.



ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL (EII) EN PACIENTE CON INMUNODEFICIENCIA PRIMARIA (IDP)

PO 82

**Dobry M.¹; Rocca A.²; Sassón L.³; García De Dávila M.⁴;
Oleastro M.⁵; Solernou V.⁶; Bernasconi A.⁷;
Danielian S.⁸; Wiesztort G.⁹; Acerenza M.¹⁰**

SANATORIO SAGRADO CORAZÓN¹; GASTROENTEROLOGÍA
SANATORIO SAGRADO CORAZÓN; HOSPITAL GARRAHAN^{3 4 5 6 7 8};
CLÍNICA PEDIÁTRICA SANATORIO SAGRADO CORAZÓN^{9 10}
<martindobry@outlook.com>

INTRODUCCIÓN:

La EII es infrecuente en los primeros años de vida. Ciertas inmunodeficiencias primarias cursan con compromiso intestinal precoz y agresivo simulando una EII.

OBJETIVO:

Describir las características y complicaciones de un caso de EII secundaria a IDP.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Revisión de la historia clínica de un paciente con diagnóstico inicial de enfermedad de Crohn en quien después se confirma enfermedad linfoproliferativa ligada al X tipo 2 (XLP2) por déficit de la proteína XIAP.

CASO CLÍNICO:

Paciente de 10 meses con retraso pondoestatural y antecedente de deposiciones con sangre, intermitentes desde los 45 días de vida. Laboratorio: Hb 5.8 g/dl, albúmina 2 g/dl, ERS 45 mm/h, PCR 237 mg/L. Endoscopia digestiva baja:

úlceras redondeadas y serpiginosas, áreas de mucosa sana interpuesta. Anatomía patológica: colitis crónica con severa actividad. INH negativo para CMV. Tratamiento: corticoides y mesalazina con buena evolución. Después del alta no vuelve a control y suspende tratamiento. Reingresa 2 meses más tarde por recaída. Se repite endoscopia: alta normal y baja con actividad severa. Anatomía patológica: colitis crónica con presencia de granulomas. Tránsito de intestino delgado: dilatación de asas de yeyuno. Reinicia tratamiento con corticoides y se agrega 6 mercaptopurina sin cambios. Evaluación inmunológica: con prueba DHR negativa se descarta enfermedad granulomatosa crónica. Con inversión CD4/CD8, linfocitos T activados, linfopenia NKT, expresión disminuida de proteína XIAP en linfocitos (por citometría de flujo), se confirma diagnóstico de síndrome linfoproliferativo ligado al sexo (XLP) tipo 2 al documentar mutación en gen BIRC4 (XIAP). Recibe dos dosis de infliximab presentando rash en la segunda aplicación. Se indica adalimumab, observándose mejoría clínica y descenso de reactantes de fase aguda. Inicia evaluación para trasplante de médula ósea.

CONCLUSIÓN:

LA aparición de EII en los primeros años de vida obliga a descartar IDP. Esta suele tener un curso agresivo y refractario al tratamiento médico.

DILATACIÓN ENDOSCÓPICA CON BALÓN EN EL TRATAMIENTO DEL SÍNDROME PILÓRICO EN NIÑOS: REPORTE DE 5 CASOS

PO 85

**Contreras M.¹; Weyersberg C.²; Contreras Ramirez M.³;
Busquet L.⁴; Sasson L.⁵**

SERVICIO GASTROENTEROLOGÍA HOSPITAL GARRAHAN^{2 3 4 5}
<contreras118@hotmail.com>

INTRODUCCIÓN:

Los casos de estenosis antral pilórica secundaria a úlcera péptica en niños son poco frecuentes y tradicionalmente el método de tratamiento ha sido el quirúrgico. La dilatación endoscópica con balón neumático es ampliamente utilizada en niños con estenosis esofágicas y acalasia de esófago pero su uso a nivel antral-pilórico y duodenal esta menos documentado.

OBJETIVO:

Establecer la respuesta terapéutica mediante dilatación endoscópica en el Síndrome pilórico secundario a úlcera antral en niños.

MATERIAL Y MÉTODO:

Entre 8/2006 y 8/2010 se trataron 5 pacientes con síndrome pilórico en el Servicio de Gastroenterología de un Hospital Universitario. Se evaluó edad de consulta, sexo, duración y síntomas de ingreso, antecedente de ingesta de AINES, hallazgos endoscópicos, número de dilataciones, complicaciones y respuesta al tratamiento.

RESULTADOS:

Se trataron 5 pacientes (3 varones, 2 mujeres) Edad Media al diagnóstico: 5 años (3-5a11m). Los 5 pacientes consultaron por vómitos, (2/5 pacientes por descenso de peso), entre los 15 y 60 días de evolución. Antecedentes: Úlcera péptica 2 pacientes. Ingesta de AINES 3 pacientes. En la SEG D dilatación gástrica en 3 pacientes y en 5 pacientes mínimo pasaje de contraste a través del píloro. VEDA: Estenosis antral pilórica en 5 pacientes y en 1 paciente Úlcera Forrest III. Se dilato con balón endoscópico progresivo (CRE) hasta 18mm. Se realizaron 2 dilataciones en 2 pacientes, 3 dilataciones en 2 pacientes y 4 dilataciones en 1 paciente. No hubo complicaciones durante un seguimiento entre 4 y 26 meses.

CONCLUSIONES:

En nuestra experiencia la dilatación endoscópica con balón para obstrucción del tracto de salida demostró ser un procedimiento eficaz, seguro y sin morbilidad.



Por un niño sano
en un mundo mejor

FINES DEL SIGLO XX-COMIENZOS DEL XXI ¿ENCONTRAMOS DIFERENCIAS EN LA INGESTA DE CORROSIVOS? TRATAMIENTO

PO 86

Bravo S.¹; Aliverti G.²; Baigorri E.³; Gonzalez A.⁴; Piotto M.⁵; Bordato J.⁶

HOSPITAL DE NIÑOS VICTOR J VILELA^{1 2 3 4 5 6}
<silviabravo@hotmail.com>

INTRODUCCIÓN:

La ingesta de sustancias corrosivas (SC) constituye una causa de morbilidad inmediata y a largo plazo en edad pediátrica que requiere en general seguimiento prolongado y tratamientos que no están exentos de complicaciones. Consideramos utilizar otras herramientas terapéuticas.

OBJETIVO:

Evaluar SC, grado de afectación, secuela esofagogástrica, tratamiento y compararlo con estudio anterior realizado por nuestro servicio en igual lapso.

POBLACIÓN:

Pacientes que ingirieron sustancias corrosivas y fueron evaluados en servicio de Gastroenterología.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Análisis retrospectivo de Historias Clínicas de pacientes que ingirieron SC entre 01-08 y 12-13 que consultaron o fueron derivados a nuestro servicio. Estudio realizado entre 01-96 y 12-01. En ambos se evaluaron edad, sexo, SC, sintomatología, hallazgos endoscópicos y tratamiento.

RESULTADOS:

22 niños ingirieron SC por accidente en el hogar, 21 OH

de Na y 1 ác. sulfúrico. La edad promedio fue de 37 meses (rango 15 a 141). Varones 13 y mujeres 9. La sintomatología predominante fue odinofagia y sialorrea, 1 paciente tuvo lesión en vía aérea que requirió traqueostomía.

En 19 se realizó endoscopia en las primeras 24 hs de la ingesta, presentando todos lesiones en boca y 12 en esófago (4 de éstos con lesión gástrica asociada). 3 niños fueron derivados de otros Servicios, uno con severa estenosis esofágica, otro con perforación post dilatación de esófago y otro con lesión de 3 meses de evolución que había recibido solo tratamiento médico (presentaba estenosis esofágica y luego de la 1° dilatación se perforó). Del total 6 pacientes presentaron secuelas de jerarquía (estenosis de esófago) que requirieron dilataciones y a uno se le colocó un stent autoexpansible. Comparado con el estudio previo (n19) encontramos un promedio de edad menor (37 vs.57 m). La distribución por sexo, SC, grado de afectación y secuela esofágica fueron similares.

CONCLUSIONES:

La ingesta de SC sigue siendo un problema vigente que constituye una urgencia y requiere de un equipo de salud capacitado. La endoscopia alta es el método que nos permite valorar las lesiones y realizar tratamiento. Muchos de estos niños requieren dilataciones endoscópicas reiteradas, siendo la colocación de stent autoexpansibles removibles y reposicionables una alternativa terapéutica.

AFECTACION GASTROINTESTINAL Y HEPATOBILIAR DE PACIENTES FIBROQUISTICOS ATENDIDOS EN UN HOSPITAL PÚBLICO PEDIÁTRICO: EXPERIENCIA EN 25 AÑOS

RPD 87

Lande H.¹; Pochettino S.²; Bordato J.³; Bravo S.⁴; Aliverti G.⁵; Gonzalez A.⁶

HOSPITAL VILELA DE ROSARIO^{1 2 3 4 5 6}
<Hildalande@gmail.com>

INTRODUCCION:

La Fibrosis quística (FQ) es una enfermedad genética, autosómica recesiva, cuyo defecto molecular altera la expresión de la proteína CFTR, reguladora del transporte transepitelial de líquidos y electrolitos. En el aparato digestivo afecta colangiocito, epitelio ductular pancreático y enterocito con el consiguiente compromiso pancreático, hepatobiliar e intestinal. Es la principal causa de Insuficiencia Pancreática exocrina (IP) en la infancia y se describen Ileo meconial (IM), Síndrome Obstrucción Distal (SOID), Pancreatitis (Pa), Invaginación Intestinal (II), Reflujo Gastroesofágico (RGE), Prolapso Rectal (PR), etc con distinta frecuencia y evolución clínica que en población no afectada. El espectro de enfermedad hepatobiliar (EHB) puede relacionarse con alteración del CFTR (Cirrosis focal biliar o biliar multilobular) por déficit nutricional (esteatosis) o bilis litogénica (litisias).

OBJETIVOS:

Describir la patología gastrointestinal y hepatobiliar observada en nuestros pacientes con FQ

POBLACION:

Pacientes con diagnóstico confirmado de FQ atendidos en Servicio de Gastroenterología Hepatología y Endoscopia del Hospital de Niños V. J. Vilela.

MATERIAL Y METODOS:

Estudio retrospectivo, descriptivo mediante revisión de historias clínicas de 64 pacientes atendidos desde el 30/3/89 al 30/3/14.

Se analizaron variables como sexo, edad actual, número de pacientes fallecidos y en seguimiento, causa de fallecimiento, ocurrencia de IP, IM, SOID, PR, II, RGE, Pa, EHB.

RESULTADOS:

N: 64. Sexo: 36 mujeres, 28 varones.

14 ptes fallecidos, sexo: F 7, M 7

Causa fallecimiento: respiratoria : 13, cirrosis biliar complicada con sangrado variceal:1

50 ptes en seguimiento

Edad actual 1mes a 23 años, mediana de 10 años y 6meses

Sexo F 29 M 21

Manifestaciones: *Pancreáticas: pancreatitis: 2(3,1%), insuficiencia pancreática 53 (82%) *Hepatobiliares: microvesícula 3(4,6%), litiasis biliar 3(4,6%), barro biliar:1(1,5%), esteatosis hepática 3(6,4%), cirrosis 5 (7,8%), hipertensión portal 3(4,6%). *Gastrointestinales: ileo meconial: 7(10,9%) SOID 2(3,1%), prolapso rectal 1(1,5%), invaginación intestinal 2(3,1%), reflujoGE 25(39%)

CONCLUSIONES

En concordancia con las publicaciones encontramos similar % de pacientes afectados de Insuficiencia Pancreática, Ileo Meconial, RGE y Cirrosis, siendo ésta con sus complicaciones la 2ª causa de muerte después de la respiratoria.



PATOLOGÍA AUTOINMUNE MÚLTIPLE EN UN PACIENTE CON INMUNODEFICIENCIA PRIMARIA

RPD 88

**Pochettino S.¹; Bernasconi A.²; Costagutta A.³;
Galicchio M.⁴; Trotta L.⁵; Vicentin R.⁶; Wagener M.⁷**

HOSPITAL DE NIÑOS ORLANDO ALASSIA^{1,2,3,7}; HOSPITAL NACIONAL DE
PEDIATRÍA J. GARRAHAN⁴; SANATORIO DE NIÑOS ROSARIO^{5,6}
<sandrapochettino@hotmail.com>

INTRODUCCIÓN:

Se describe afectación gastrointestinal en el 5 al 50% de los pacientes con inmunodeficiencia primarias. El déficit de IGA sérica, altamente prevalente en la raza blanca, se relaciona con patologías como Enfermedad Celíaca, Crohn, entre otras, mientras que la inmunodeficiencia común variable puede asociarse con hepatitis autoinmune. Ocurrencia de patologías autoinmune múltiple obligan a descartar disfunción inmune con poliendocrinopatía y enteropatía ligada al X(IPEX) y vigilancia epidemiológica exhaustiva del paciente y familiares de primer grado.

OBJETIVO:

Investigar la presencia de inmunodeficiencia primaria (IDP) en un paciente con patología autoinmune múltiple: hepatitis autoinmune (HAI), enfermedad celíaca (EC) y diabetes mellitus (DBM).

POBLACION:

Paciente de 4 años de edad con enfermedad autoinmune múltiple e inmuno deficiencia, atendido en Servicio de Gastroenterología y Hepatología y Unidad de Transplante Hepático.

MATERIALES Y MÉTODOS:

Revisión de las historias clínicas del lo servicios de Gastroenterología y Hepatología y de la Unidad de Transplante Hepático.

RESULTADOS:

Paciente que consulta a los 4 años por cuadro de hepatitis y diarrea de 1 mes de evolución, P/T en Pc 3 para la edad. Cuadro clínico empeora agregando signo-sintomatología y laboratorio compatible con Insuficiencia hepática, siendo derivado a centro de Transplante hepático. Mejora suficiencia hepatocelular, realizándose PBH (hepatitis necrótica inflamatoria portal con ruptura de la limitante vinculable a HAI). Se asume como probable HAI, inicia tratamiento con dosis inicial de metil-prednisolona a 1,5mg/kg/día, continuando en forma ambulatoria con dosis en descenso y azathioprina a 1,5 mg/kg/d. Reingresa a los 10 días con cuadro compatible con ceftoacidosis diabética, diagnóstico de DBM, recibe tratamiento con Insulina. Se reciben marcadores de HAI negativos (panel ampliado), IGA serica no detectable y AcDPG en IGG positivos. VEA con biopsia de duodeno, confirma diagnóstico de EC (Enteropatía grado 3b.LIES>20%). Por screening familiar de EC, se diagnostica celiaquía a la madre. Se descarta IPEX (porcentaje de células T reg dentro de los valores normales). Expresión de proteína FOXP3 y estudio molecular gen FOXP3 normales. Evolución: favorable, alcanza remisión laboratorio hepático, recuperación nutricional

CONCLUSIONES:

Investigar IDP en todo paciente con patología autoinmune múltiple.
Descartar IPEX en pacientes con patología autoinmune múltiple.

LINFANGIECTASIA INTESTINAL PRIMARIA: REPORTE DE UN CASO

RPD 89

**Rojas Molina C.¹; Gonzalez R.²; Gonzalez M.³; Iaria D.⁴;
Nugnes C.⁵; Kuglien Y.⁶**

HOSPITAL CHURRUCA^{1,2,3,4,5,6}
<vmolina@intramed.net>

INTRODUCCIÓN:

La linfangiectasia intestinal es una causa inusual de enteropatía perdedora de proteínas y puede ser primaria (LIP) o secundaria (LIS). La LIP, es una linfopatía intestinal congénita caracterizada por la dilatación de los vasos linfáticos y el paso de linfa hacia la luz intestinal, con la consecuente pérdida crónica de proteínas, lípidos, linfocitos e inmunoglobulinas por las heces.

OBJETIVOS:

Describir a través de un caso clínico una patología inusual con graves consecuencias clínicas.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Revisión de la historia clínica de un paciente de 6 años de edad previamente sano, que consulta a la guardia, por dolor abdominal difuso, a predominio periumbilical, de 24 hs de evolución acompañado de edema generalizado. Como antecedente refiere, 2 meses previos a la consulta, varicela no complicada. Sin antecedentes familiares de relevancia. Se interna y al examen físico se encontraba hemodinámicamente compensado, edemas generalizados con

ascitis. El laboratorio informa: hemograma, hepatograma, coagulograma y función renal: normal, proteinograma con proteínas totales, albumina y gammaglobulinas disminuidas, Proteinuria de 24 hs significativa: 9 mg/kg/día; Clearance de α 1 antitripsina en materia fecal: aumentado; ecografía abdominal que evidencia paredes intestinales engrosadas y líquido libre en fondo de saco de Douglas. Hormonas tiroideas normales. Anticuerpos para Enfermedad Celíaca negativos. Se realiza Video endoscopia digestiva alta (VEDA) de duodeno que informa: sobre los pliegues se observan lesiones sobreelevadas de 1mm blanquecinas, se toman muestras para biopsia con diagnóstico presuntivo de Linfangiectasia Intestinal, confirmada por anatomía patológica. Se interpreta el cuadro como Enteropatía Perdedora de Proteínas secundaria a Linfangiectasia Intestinal. Se instaura tratamiento dietario (hipograsa, hiperproteica, hiposódica) y seguimiento multidisciplinario. Presentó reiteradas internaciones por distintos motivos, se diagnóstico déficit de CD3 y CD4. Se indica profilaxis antibiótica y gammaglobulinas endovenosa ante determinadas situaciones clínicas.

CONCLUSIONES:

Destacar la importancia de la sospecha clínica y realizar diagnósticos diferenciales teniendo en cuenta las causas gastrointestinales en pacientes que se presentan con edemas generalizados.



Por un niño sano
en un mundo mejor

UTILIDAD DEL HLA DQ COMO HERRAMIENTA EN EL DIAGNÓSTICO DE LA ENFERMEDAD CELÍACA

TLS 90

Furnes R.¹; Alvarellos T.²; Mas L.³; Daruich L.⁴; Kohn I.⁵; Sartori L.⁶; Diller A.⁷

HOSPITAL PRIVADO DE CORDOBA¹; HISTOCOMPATIBILIDAD HOSPITAL PRIVADO DE CORDOBA^{2,3}; GASTROENTEROLOGIA INFANTIL HOSPITAL PRIVADO DE CORDOBA^{4,5}; PEDIATRIA HOSPITAL PRIVADO DE CORDOBA⁶; ANATOMIA PATOLOGICA HOSPITAL PRIVADO DE CORDOBA⁷
<rafurnes@gmail.com>

INTRODUCCIÓN:

La enfermedad celíaca (EC) es una enfermedad sistémica autoinmune a partir de la ingesta de gluten, mediada por células T, en individuos genéticamente predispuestos. La EC presenta una fuerte asociación con determinados alelos del sistema HLA de clase II, el heterodímero DQ2 (DQA1*0501-DQB1*02) y el heterodímero DQ8 (DQA1*0301-DQB1*0302).

OBJETIVO:

Establecer las asociaciones de los alelos del sistema HLA con parámetros clínicos, de laboratorio e histológicos y su utilidad en el dg. de EC.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Un total de 158 pacientes (97 F/ 61 M). Edad Promedio de 9,2 con un rango 0,40-44 años, atendidos en el Servicio de Gastroenterología Pediátrica de nuestro hospital, entre

abril 2009 - junio 2013. Fueron pacientes de grupos de riesgo (familiares de primer grado) y pacientes con sospecha clínica/ laboratorio de EC. Se realizó la tipificación del locus DQ, y se relacionó con histología en el caso de tener biopsia duodenal.

RESULTADOS:

En 64 pacientes se realizó Biopsia de ID por Clínica y Ac positivos. De ellos se confirmó el dg de EC en 40 (62%); en 19 (29,6%) tuvieron Biopsia Normal. De 94 pacientes negativos en clínica y anticuerpos, sin biopsia de ID, el 72,3% tuvo HLA relacionado a EC. La presencia de DQ2 /DQ8 en población de riesgo con anticuerpos y/o biopsia negativos, permitió identificar EC Potencial y en ciertos pacientes descartar riesgo de desarrollar EC.

CONCLUSIONES:

Los datos indican que el DQ2 está presente en un gran porcentaje de pacientes con clínica y serología de EC. La tipificación HLA puede ser considerada como una herramienta útil en el diagnóstico de esta patología, también útil en descartar EC, así como identificar la población con EC Potencial.

EVOLUCIÓN NUTRICIONAL EN LACTANTES CON ALERGIA A LAS PROTEÍNAS DE LA LECHE DE VACA (APLV)

RPD 91

Furnes R.¹; Laquis M.²; Allende M.³; Maldonado C.⁴; Daruich L.⁵

HOSPITAL PRIVADO DE CORDOBA¹; ESCUELA DE NUTRICION FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS UNC^{2,3,4}; GASTROENTEROLOGIA INFANTIL HOSPITAL PRIVADO DE CORDOBA⁵
<rafurnes@gmail.com>

INTRODUCCIÓN:

El lactante recibe en la leche materna, nutrientes, sustancias inmunológicamente activas y flora intestinal saludable. El tracto GI es el primer órgano en ponerse en contacto con dichos componentes, así también con proteínas heterólogas, alérgenos potenciales y flora bacteriana patógena. Las floras lácteas de hidrolizados proteicos, para lactantes, se utilizan en prevención primaria y secundaria de APLV en los 2 primeros años de vida, como suplemento o sustituto de la LM.

OBJETIVO:

Evaluar la evolución nutricional de lactantes con APLV, en base al Peso/Edad y Talla/Edad, según el tipo de manifestación clínica y la fórmula de sustitución utilizada.

MYM:

Estudio de casos, retrospectivo, correlacional simple. Se revisaron las historias clínicas de 23 lactantes entre 0 y 24 meses de edad (70% menor de un año), con diagnóstico de

APLV, y un año de seguimiento. Se evaluó su P/E, T/E al diagnóstico y al año, presentación clínica, fórmula de sustitución. Atendidos en nuestro consultorio de Gastroenterología Pediátrica, entre los años 2011 y 2013.

RESULTADOS:

Los síntomas digestivos fueron: colitis alérgica, diarrea crónica, eczema atópico. Las fórmulas de sustitución fueron Hidrolizado extenso en el 70% de los niños y fórmula elemental en el resto. Casi el 60% de los pacientes estuvieron en P/E, T/E, IMC/E normales, al diagnóstico y al año de seguimiento. Sin relación estadísticamente significativa en relación a la presentación clínica y a la fórmula de sustitución. El 90% de los pacientes superó la sintomatología al año de control.

CONCLUSIONES:

Lactantes con APLV tuvieron una evolución favorable en la clínica y en la nutrición con fórmulas de sustitución en base a hidrolizados extensos y a aminoácidos. El diagnóstico precoz y la elección de la fórmula adecuada permite asegurar una evolución nutricional y clínica favorable.



SINDROME DE BERARDINELLI SEIP. ANÁLISIS DE CASOS CLÍNICOS

Papendieck L.¹; Araujo M.²

HOSPITAL GARRAHAN^{1,2}
<laurapapendieck@yahoo.com.ar>

INTRODUCCIÓN:

El Síndrome de Berardinelli Seip (SBS) es una Lipodistrofia Generalizada Congénita de herencia autosómica recesiva. Es una enfermedad rara generalmente detectada al nacimiento o poco después, caracterizada por ausencia de tejido graso y tejido muscular prominente que dan un fenotipo característico. Los lípidos se depositan en otros tejidos, como hígado y músculo, provocando importantes alteraciones metabólicas. Una característica de estos niños es la hiperfagia, no siempre reconocida. Se sabe que la restricción calórica y/o grasa benefician el perfil metabólico.

OBJETIVO:

Mostrar la importancia de una intervención temprana para evitar o revertir la morbilidad y prevenir las complicaciones en pacientes con SBS.

POBLACIÓN:

Pacientes con diagnóstico clínico de SBS desde 1986 a 2014 atendidos en el Servicio de Nutrición.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Trabajo descriptivo, retrospectivo a través de revisión de historias clínicas. Luego del diagnóstico los pacientes recibieron indicación de dieta acorde a RDA según edad y peso con restricción de azúcares rápidos y grasa que se fue ajustando durante el seguimiento. Se muestran datos de laboratorio al

RPD 92

ingreso al hospital y a los 3-6 meses de tratamiento dietario.

RESULTADOS:

N: 7 pacientes. Todos los pacientes se presentaron al ingreso con alteraciones metabólicas que mejoraron luego de 3 a 6 meses de dieta. Cuadro 1.

CONCLUSIONES:

Una dieta ajustada a los requerimientos fue efectiva para mejorar el perfil metabólico de pacientes con SBS, sugiriendo mejor evolución de ellos a largo plazo.

Cuadro 1 Paciente	1	2	3	4	5	6	7
Sexo	F	F	M	M	F	F	M
Edad In consulta(años)	0.7	0.25	0.25	9.3	0.3	0.8	1.3
Tiempo de seguimiento (años)	18.7	4	3.7	2	1.4	0.9	0.3
HOMA pretratamiento	3.3	12.7	1.21	23.2	1.32	4.35	8.7
HOMA postratamiento	0.61	0.13	0.6	1.02	0.58	0.28	2.5
C-LDL pretratamiento (mg/dl)	370	170	154	231	158	156	135
C-LDL postrat (mg/dl)	167	78	101	95	66	188	90
TG pretratamiento (mg/dl)	3590	327	1893	470	815	357	562
TG postratamiento (mg/dl)	115	67	101	90	274	189	214
GOAT/GPT pretratamiento	875/157	51/51	380/295	53/107	75/75	120/179	45/108
GOAT/GPT postratamiento	20/32	31/14	31/44	34/50	57/17	55/63	39/97
Última Ecografía Abdominal	HM HO AU ECOG	HM HO AU ECOG	N	HM HO AU ECOG	N	N	HM HO AU ECOG
Últimos Ecocardiograma	HVI HVD Fv N	HVI HS Fv N	N		HM	HIV	HVI HVD Fv N
Z talla(DE)	+0.1	-2.4	+1.49	+2.1	-1.6	+0.3	+2

HM: hepatomegalia, HO: homogénea, AU ECOG: aumento de ecogenicidad, HVI HVD: hipertrofia de ventrículo izquierdo o derecho, Fv: función, N: normal

PREVALENCIA DE INSULINO-RESISTENCIA EN ADOLESCENTES CON DIABETES TIPO 1 Y SU RELACIÓN CON COMPLICACIONES MICROVASCULARES

Botto M.¹; Mazza C.²; Krochik G.³

HOSPITAL GARRAHAN^{1,2,3}
<marianbotto@hotmail.com>

INTRODUCCIÓN:

La insulino-resistencia se relaciona con el desarrollo de complicaciones tanto macrovasculares como microvasculares en la diabetes tipo 1. La medición de la misma en este grupo de pacientes es compleja, sin embargo, se ha desarrollado, para adultos, un método matemático para medirla basado en parámetros clínicos incluyendo la presencia de hipertensión arterial y el radio cintura/cadera, denominado Tasa Estimada de Utilización de Glucosa, con buena correlación con clamp hiperinsulinémico. Recientemente, se ha adaptado para su utilización en niños.

OBJETIVO:

Determinar la prevalencia de insulino-resistencia en niños y adolescentes con diabetes tipo 1, su asociación con otras variables clínicas y la asociación de esta con la presencia de complicaciones micro y macrovasculares de la enfermedad.

POBLACIÓN:

Se estudiaron 150 pacientes con diabetes tipo 1 entre 5 a 19 años de edad, 55.3% mujeres; con un tiempo medio de evolución de 5.8 años, todos mayor a 1 año de evolución de diabetes tipo 1.

TLS 94

MATERIAL Y MÉTODOS:

Se calculó insulino-sensibilidad. Se realizó antropometría, bioimpedanciometría y ecografía doppler carotídea. Se registraron complicaciones microvasculares. Se realizó dosaje de factor de VonWillebrand, fibrinógeno, leucocitos, enzimas hepáticas, plaquetas, ácido úrico, HbA1C y Fructosamina.

RESULTADOS:

Un 26,8% de la población presentó insulino-resistencia (valor menor a 1° tercil de sensibilidad). Este grupo mostró valores mayores de HbA1c 9,12±1,6 vs 7,74±0,9 (p<0.0001), dosis de insulina/kg 1.1±0,2 vs 0.9±0,2 (p=0.001), IMC 22.4±3.1 vs 18.7±2.8 (p<0.0001), y espesor de la capa íntima media carotídea 0.52±0.08 vs 0.47±0.07 (p=0.005). No hemos hallado diferencias significativas en cuanto a complicaciones microvasculares o macrovasculares.

CONCLUSIÓN:

Si bien no hemos encontrado asociación entre la cuantificación de insulino-resistencia y las complicaciones micro o macrovasculares, esta medición se asoció a factores de riesgo relacionado con las mismas, por lo que es posible asumir que la presencia de insulino-resistencia en pacientes pediátricos, sin complicaciones clínicas, constituye un estadio temprano en la evolución de la complicación vascular.



Por un niño sano en un mundo mejor

EVALUACIÓN DE DISTINTOS PUNTOS DE CORTE DE ANTICUERPOS ANTITRANSGLUTAMINASA (ATGH) PARA EL DIAGNÓSTICO DE ENFERMEDAD CELÍACA (EC) EN PEDIATRÍA

RPD 95

Wagener M.¹; Becker M.²; Trotta L.³; Fernandez De Carrera E.⁴

HOSPITAL DE NIÑOS DR O ALASSIA^{1,3}; FAC DE CS MÉDICAS- UNL²; DPTO DE MATEMÁTICAS - FAC. DE BIOQUÍMICA Y CS BIOLÓGICAS - UNL⁴ <martawagener@gmail.com>

INTRODUCCIÓN

La EC es una enteropatía autoinmune sensible al gluten que se desarrolla en pacientes genéticamente predispuestos, cuyo único tratamiento es la dieta libre de gluten de por vida. En Argentina se estima una prevalencia en población pediátrica de 1,26%. El diagnóstico se sustenta en datos clínicos, laboratorio y la biopsia duodenal considerada hasta el momento el gold standard. Trabajos de investigación recientemente publicados evalúan la validez de IgA aTGH para realizar el diagnóstico de la enfermedad en pacientes con títulos elevados y evitar la realización de una biopsia

OBJETIVOS

Evaluar aTGH en distintos puntos de corte para el diagnóstico de EC en población pediátrica. Analizar el desempeño de los anticuerpos para predecir el grado de lesión histológica.

MATERIAL Y MÉTODO

Observacional, transversal, retrospectivo. Se evaluaron historias clínicas de pacientes entre 2 y 15 años de edad con sospecha de EC, con IgA aTGH los 3 meses previos a la biopsia y biopsia duodenal. Se excluyeron pacientes con dieta sin gluten y/o déficit de IgA.

Se determinó aTGH por ELISA. Se incluyeron biopsias con al menos una muestra proximal y otra distal. Se consideró EC Marsh igual o mayor a II. Se analizaron los valores de aTGH y su concordancia con el resultado de la biopsia, sensibilidad, especificidad, valor predictivo positivo (VPP) y valor predictivo negativo (VPN). Se evaluó el desempeño de los anticuerpos con títulos mayores a 100U/ml como predictores de la enfermedad.

RESULTADOS

Se analizaron aTGH y biopsia de 66 pacientes con sospecha de EC. Se confirmó diagnóstico en 48p. Biopsias positivas: 18,75% (n=9) Marsh IIIa, 35,4% (n=17) Marsh IIIb y 45,8% (n= 22) Marsh IIIc. Los valores de aTGH en los diferentes grupos fueron independientes del grado de atrofia. Todos los pacientes con aTGH >100 U/ml (n=17) presentaron biopsia compatible con EC: sensibilidad 35,4%, especificidad 100%, VPP 100%, VPN 36,7%. Se evaluaron parámetros de validez para corte 35 U/ml y 45 U/ml de pacientes con Marsh 0 y para el punto de corte del kit de laboratorio.

CONCLUSIONES

Es posible evitar la biopsia duodenal en pacientes con valores aTGH 10 x.

El punto de corte del laboratorio es 100% sensible y presenta VPN 100%

No existe punto de corte debajo de 100 U/ml en el que sea posible evitar la biopsia.

No se encontró relación entre valores de anticuerpo y grado de atrofia.

ENFERMEDAD DE CROHN (EC) EN PACIENTES MENORES Y MAYORES DE 5 AÑOS, ¿HAY DIFERENCIAS?

TLS 96

Sánchez C.¹; Contreras M.²; Weyersberg C.³; Rocca A.⁴; Bottero A.⁵; Antoniska M.⁶; Wede G.⁷; Gonzalez J.⁸; Liliana S.⁹

HOSPITAL DR. JUAN P. GARRAHAN^{1,2,3,4,5,6,7,8,9} <karitosanchez@hotmail.com>

INTRODUCCIÓN:

Publicaciones previas sugieren que el comienzo temprano de la EC se caracteriza por un compromiso colónico predominante y una mayor positividad con respecto a la historia familiar. Otros estudios establecen una mayor proporción de enfermedad perianal en pacientes con EC de comienzo temprano.

OBJETIVO:

Evaluar si existen diferencias fenotípicas en cuanto a la clínica, localización, curso evolutivo, respuesta terapéutica de la EC a diferentes edades pediátricas. Hipótesis: La edad de comienzo de la EC pediátrica determina un fenotipo distintivo.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Estudio observacional analítico de cohorte retrospectivo. Se realizó la revisión de las historias clínicas de una cohorte de pacientes con diagnóstico de EC seguidos en el consultorio de Gastroenterología de un Hospital de alta complejidad desde 1/2000 a 12/ 2013. El diagnóstico de EC se estableció de acuerdo a los criterios de Porto, se excluyeron aquellos pacientes con diagnóstico dudoso o de Enfermedad Inflamatoria aún no clasificada. Se recolectaron los siguientes datos: sexo, edad al diagnóstico, tiempo de demora diagnóstica, motivo de consulta, localización y extensión según clasificación de París,

manifestaciones extraintestinales, PCDAI, tratamiento instituido y respuesta terapéutica. Se determinó para el análisis 2 grupos (variable dicotómica) grupo 1 pacientes menores de 4 a 11 m y grupo 2 pacientes entre 5 años y 17 a 11 meses.

RESULTADOS:

Total 84 pacientes (p) evaluando los 2 grupos: grupo 1) 21p (13 varones 61%) grupo 2) 63p (36 varones 57%). En ambos grupos el motivo de consulta fue diarrea crónica y deposiciones con sangre. Síndrome febril prolongado (SFP) 28,5% en el grupo 1 vs 9,5 % en el grupo 2, hipoalbuminemia grupo 1) 52% vs 42% en el grupo 2). CLASIFICACION DE PARÍS: grupo1) L2 15p (71%) L2+L4 2p (9,5%) L3 1p (4,7%) L3+L4 3p (14,2%) grupo 2) L2 32 p. (50%) L2+L4 6p. (9,5%) L3+L4 6p. (9,5%) L1 2p. (3,1%) L1+L4 1p. (1,5%) grupo 1) G1 (52,3%) grupo 2) G1 (65%). Antecedentes familiares: grupo 1) 2 p. vs grupo 2) 5 p. Manifestaciones extraintestinales en 7 pacientes en grupo 1) vs 21 p en grupo 2) sólo en este último grupo 7 pacientes con enfermedad Celíaca, 3 compromiso hematológico. Tratamiento: grupo 1) el 90 % tratamiento con 6mp y respuesta del 57% vs 95 % en el grupo 2) y respuesta del 63%. Uso de biológicos en el 38 % en el grupo 1) vs el 35 % en el grupo 2).

CONCLUSIONES:

La clínica no difiere en ambos grupos, salvo por la presencia de la asociación de enfermedad Celíaca que fue más frecuente en el grupo 2) y el SFP en el grupo 1) y la localización de L2 más frecuente en el grupo 1) y la L1 en el grupo 2). La necesidad de tratamiento inmunosupresor , tratamiento biológico y su respuesta terapéutica es similar.



REGISTRO PROSPECTIVO DE ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL (EII) EN POBLACIÓN PEDIÁTRICA ARGENTINA

TLS 97

Vicentin R.¹; Pais A.²; Chavez E.³; Orsi M.⁴;

Contreras M.⁵; Wagener M.⁶

HOSPITAL DE NIÑOS DR ORLANDO ALASSIA SANTA FE^{1,3,6}; HOSPITAL DE NIÑOS DR ORLANDO ALASSIA SANTA FE; SANATORIO DE NIÑOS ROSARIO²; HOSPITAL ITALIANO DE BUENOS AIRES⁴; HOSPITAL DE PEDIATRÍA PROF DR JUAN P. GARRAHAN-CABA⁵

<vicentinrosalia@gmail.com>

INTRODUCCIÓN:

La mayoría de los datos sobre incidencia y prevalencia de la enfermedad se obtienen de publicaciones provenientes de países europeos o de Estados Unidos.

OBJETIVOS:

Determinar los casos nuevos diagnosticados de EII en pacientes pediátricos en Argentina durante un año. Determinar aspectos epidemiológicos y formas clínicas de presentación de la enfermedad. Generar un recurso técnico informático para continuar prospectivamente el registro.

MATERIAL Y MÉTODO:

Se invitó a todos los gastroenterólogos infantiles del país a incluir los pacientes <18 años, de centros públicos y privados, que se diagnosticaran como EII desde 01/06/2012 al 31/05/2013. Los datos fueron cargados en un protocolo con formato electrónico, cifrado y codificado, directamente en la web. Para su proceso se utilizaron los programas Epi Info 2000, SPSS Windows 2006 y M. Office 2000.

RESULTADOS:

Para el cálculo de incidencia se utilizaron los datos publicados por INDEC. Participaron 17 centros, registrándose 50 pacientes de 10 centros. La incidencia global fue 0,4/100.000, encontrándose 2,4/100.000 en CABA. Se registraron 20 pacientes con Enfermedad de Crohn (EC),

25 con Colitis Ulcerosa (CU) y 5 Colitis Indeterminada (CI). La distribución fue similar para ambos sexos. La edad promedio al diagnóstico 9,7 años (rango: 2,6 -17,8) y la demora diagnóstica promedio desde el debut de síntomas: 16,5 meses. Todos los pacientes en edad escolar se encontraban incluidos en el sistema de aprendizaje, poseían agua corriente el 97,9% y cloaca el 89,5%. Antecedentes patológicos en familiares de primero y segundo grado 18 pacientes (36%), siendo 13 de carácter autoinmune (26%). Los síntomas y signos más frecuentes porcentuales para EC/ CU fueron: diarrea crónica 90/72, con sangre y moco 80/92, DAR 85/76, adelgazamiento 75/60. Retraso del crecimiento 20/8. El 30% presentó manifestaciones extraintestinales siendo: Artritis 20/4 y HAI 0/25 El dosaje de albúmina hallado en EC fue el único dato de laboratorio significativamente más bajo. La VEDA y VCC fueron realizadas en 100% de EC (solo en 10% no se alcanzó ileon) y en 87% de las CU. La Rx intestinal fue realizada en el 40% de los casos. La localización y extensión de la enfermedad fue para EC: 80% (16 p) ileocolónicas, 3 colitis y 1 rectocolónica; para CU: 76% (19p) pancolitis, 4 colitis izquierdas y 2 rectales. El índice de actividad según Truelove-Witts fue: CU 70% leves y 26% moderadas; CI: 40% inactivas y 60% leves.

CONCLUSIONES:

Incidencia menor que la reportada por otros registros; ningún caso menor de 2 años. No se observó diferencia de distribución según sexo. La tríada clásica: diarrea con moco y/o sangre, dolor abdominal y adelgazamiento, se reconoció en más de dos tercios de pacientes. El retraso del crecimiento fue menor que el esperado. Albúmina significativamente más baja en EC. EC: predomina forma ileocolónica y CU: pancolitis. No se observó CU con formas graves. La experiencia lograda estimula a continuar el Registro y hacerlo extensivo a Latinoamérica



ALERGIA A PROTEINAS DE LECHE DE VACA (APLV) EN NIÑOS ALIMENTADOS A PECHO EXCLUSIVO. REINTRODUCCION DE LA PROTEINA LECHE DE VACA (PLV)

RPD 99

Radionovas P.¹; Sosa P.²; Morise S.³; Messere G.⁴; Toca M.⁵
HOSPITAL PROFESOR ALEJANDRO POSADAS^{1,2,3,4,5}
<paoradionovas@gmail.com>

INTRODUCCION:

La APLV es la alergia alimentaria más común en pediatría, más frecuente en menores de 3 años. Pudiendo ocurrir en niños alimentados a pecho materno exclusivo ya que la PLV puede ser excretada por la glándula mamaria, pero en concentraciones muy bajas, 100.000 veces inferior que en la leche de vaca. Su tratamiento se basa en la exclusión de PLV en la dieta materna, por un tiempo mínimo recomendado de 6 meses posteriores a la realización del diagnóstico y/o a los 12 meses de vida del niño, momento en el cual se realizaría el enfrentamiento terapéutico.

OBJETIVO:

Investigar si es posible acortar el tiempo de exclusión de PLV de la dieta materna, realizando el enfrentamiento con PLV en dieta materna a los 9 meses del niño en lugar de los 12 meses.

MATERIALES Y METODOS:

Estudio prospectivo descriptivo que incluyó 47 niños alimentados a pecho materno exclusivo con sospecha de APLV por síntomas, diagnosticados mediante la prueba de desafío oral.

Variables evaluadas: sexo, edad de inicio de los síntomas y del diagnóstico, síntoma prevalente, edad de enfrentamiento terapéutico, edad del alta y edad de incorporación de la PLV

a la dieta materna.

Se distribuyeron en 2 grupos: G1 (23 pacientes) exclusión de PLV en la dieta materna hasta los 9 meses de edad y G2 (24 pacientes) exclusión hasta los 12 meses. Todos con un mínimo de 6 meses de exclusión de PLV en dieta materna. Todos los niños continuaron recibiendo su alimentación complementaria sin PLV hasta los 12 meses de edad.

RESULTADOS:

	Sexo	Inicio síntomas	Edad diagnóstico	Proctocolitis	Tiempo medio tratamiento	Edad media de tolerancia
G1	Masc	2m	3m	16/23	10m	13m
n:23	15 NS	NS	NS	NS	NS	NS
G2	Masc	1.5m	4m	13/24	10m	14m
n:24	11 NS	NS	NS	NS	NS	(p 0,0018)

No hubo diferencias significativas en las variantes analizadas excepto en la media de tiempo de adquisición de tolerancia a PLV, G1: 13 meses y G2: 14 meses (p 0,0018).

Los 47 niños toleraron la PLV luego de los 17 meses de edad.

CONCLUSIONES:

La introducción de PLV en la dieta materna a los 9 meses de edad del niño, cumplidos los 6 meses de exclusión, acortó el tiempo de suspensión de PLV en la dieta materna, con buena respuesta al enfrentamiento para el alta, disminuyendo la edad de la tolerancia a la PLV en el niño.

RELACIÓN DE LA INGESTA PROTEICA CON EL BALANCE NITROGENADO Y EL ESTADO NUTRICIONAL EN PACIENTES PEDIÁTRICOS CON ENFERMEDAD FIBROQUÍSTICA (FQ)

TLS 101

Cabrera C.¹; Noroña M.²; Wagener M.³
FACULTAD DE BIOQUIMICA Y CIENCIAS BIOLÓGICAS (UNL)^{1,2} ;
HOSPITAL DE NIÑOS "DR ORLANDO ALASSIA"³
<corinaccabrera@hotmail.com>

INTRODUCCIÓN:

FQ es una enfermedad genética cuyas consecuencias clínicas se vinculan a las alteraciones multisistémicas originadas por las mutaciones del CFTR. El sistema respiratorio y el páncreas son los órganos más frecuentemente comprometidos afectando por diversos mecanismos el estado nutricional y condicionando la evolución de la enfermedad. Varios autores han demostrado que en pacientes fibroquísticos con retraso en el crecimiento y enfermedad pulmonar crónica la síntesis proteica podría aumentar si se incrementa la ingesta de proteínas.

OBJETIVO:

Evaluar la relación entre una ingesta proteica mayor a la recomendada por la pauta argentina, el balance nitrogenado y el estado nutricional, en pacientes FQ con desmedro nutricional.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Estudio de casos de tipo correlacional con intervención y longitudinal de tipo prospectivo. Pacientes FQ de 12 meses a 14 años, que asistieron al Servicio de Gastroenterología y Nutrición del Hospital desde Julio a Diciembre de 2010

inclusive. Se indicó aporte proteico de 4 a 5 g proteínas/kg/día a través de una alimentación adecuada y el uso de una fórmula rica en proteínas que se administró por sonda nasogástrica o botón gástrico según necesidad para asegurar el cumplimiento. Se midieron consumo proteico y consumo energético con recordatorio de 24hs y registro alimentario de 3 días con planillas para el caso. Se recolectó orina de 24 hrs y dosaje de urea. Se calculó balance nitrogenado. Se evaluó estado nutricional mediante indicadores antropométricos (peso, talla, perímetro braquial y pliegue tricipital) y bioquímicos (creatinina, albúmina).

RESULTADOS:

El consumo energético fue adecuado en la mayoría de los casos. El consumo proteico mostró un incremento porcentual. El balance nitrogenado fue positivo en todos los casos que pudieron evaluarse. Los indicadores antropométricos denotaron mejoría en el peso de los pacientes. Los indicadores del compartimento proteico mostraron su mayor valor hacia el final del estudio.

CONCLUSIONES:

Los pacientes con aumento moderado del consumo proteico lograron una marcada mejoría clínica evidenciada por los parámetros antropométricos. No se pudo demostrar un incremento en la síntesis de proteínas mediante el balance nitrogenado. Se necesitan mayor número de pacientes para obtener resultados estadísticamente significativos.



INCIDENCIA DE MALNUTRICIÓN Y APLICACIÓN DE UN SCORE DE RIESGO NUTRICIONAL EN UNA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS PEDIÁTRICOS

TLS 102

Fraire R.¹; Silvio T.²; General F.³; Cotti A.⁴; Follet F.⁵

HOSPITAL UNIVERSITARIO AUSTRAL^{1,2,3,4,5}

<rafa_doc@yahoo.com>

INTRODUCCIÓN:

Los niños admitidos en una terapia intensiva tiene alto riesgo de desarrollar desnutrición. La identificación de estos pacientes puede facilitar la participación de un temprano soporte por un equipo nutricional y de esta forma prevenir el riesgo de mal desarrollo y crecimiento. Diferentes scores validados se han utilizado para definir los pacientes con mayor riesgo nutricional.

OBJETIVOS:

- Describir la incidencia de desnutrición en una unidad de cuidados intensivos pediátricos.
- Aplicar una herramienta de screening nutricional para identificar pacientes con riesgo de malnutrición durante la internación en UCIPS.

DISEÑO:

Estudio descriptivo de una cohorte prospectiva sobre 80 pacientes desde el nacimiento hasta los 16 años de edad.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se consignaron los datos de edad, sexo, medidas antropométricas (pliegues), pérdida de peso > 2% de su peso de

referencia, tipo de nutrición recibida (parenteral, enteral), diagnóstico de base, motivo de ingreso a UCIP, PIM al ingreso, requerimientos de drogas vasoactivas, necesidad de asistencia ventilatoria mecánica, días de internación en UCIP y parámetros bioquímicos.

RESULTADOS:

En el periodo 1/06/2013 a 1/04/2014, 80 niños ingresados a UCIP fueron evaluados. El 60.5 % fueron varones, la mediana de edad fue de 69.5 meses (rango 1- 192 meses), pérdida de peso > al 2% ocurrió en el 57% de los pacientes. De estos, el 72% tubo un descenso importante en los valores absolutos de linfocitos. En el 55% cayeron los valores de albumina, el 79% de los niños tuvieron descenso de los valores del pliegue braquial y el 65% presento caída en la medición del pliegue subescapular al día once de internación. El análisis multivariado indicó que score severo, necesidad de inotrópicos, asistencia ventilatoria y días de hospitalización se asociaron con significancia estadística de malnutrición.

CONCLUSIÓN:

La malnutrición es frecuente en pacientes pediátricos críticos. La aplicación de una herramienta que valore Scores de riesgo nutricional nos alertará a prevenir esta variable.

EVALUACIÓN DEL CRECIMIENTO PONDOESTADURAL EN PACIENTES CON PROCTORRAGIA COMO FORMA DE PRESENTACIÓN DE LA ALERGIA A PROTEÍNA DE LECHE DE VACA. COMPARACIÓN ENTRE FÓRMULAS DE AMINOÁCIDOS E HIDROLIZADO EXTENSO DE PROTEÍNAS

TLS 103

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

GASTROENTEROLOGÍA Y NUTRICIÓN PEDIÁTRICA. HOSPITAL GRAL.

DE AGUDOS "DR. I. PIROVANO". CABA^{1,2,3}

<cboggio@intramed.net>

INTRODUCCIÓN:

La proctorragia aislada en la infancia es una forma de presentación de la Alergia a la Proteína de Leche de Vaca (APLV), suele tener un curso benigno y responde satisfactoriamente a la dieta de exclusión y al uso de fórmulas hipopérgénicas. Diversos estudios demostraron una disminución en los indicadores de crecimiento, tanto de peso como de talla para la edad, en niños con APLV.

OBJETIVOS:

Evaluar si existen diferencias en el crecimiento pondoestatural de niños con diagnóstico confirmado de APLV cuya manifestación inicial fue proctorragia de acuerdo al tratamiento recibido (fórmulas a base de hidrolizado extenso de proteínas versus fórmulas a base de aminoácidos libres).

MATERIAL Y MÉTODOS:

Se incluyeron niños con diagnóstico confirmado de APLV, cuya manifestación clínica inicial fue proctorragia, que concurren al Consultorio de Gastroenterología y Nutrición Infantil del Hospital I. Pirovano de la Ciudad de Buenos Aires

(C.A.B.A.). Período de estudio: 1-1-2009 al 31-12-2013. El tratamiento recibido fue indicado según el médico tratante. Se revisaron las historias clínicas y se obtuvieron de las mismas las medidas pondoestaturales al momento del diagnóstico, a los 3, 6 y 9 meses de tratamiento.

RESULTADOS:

Se incluyeron un total de 38 pacientes. Los tratamientos recibidos fueron fórmula a base de aminoácidos libres (n=8), fórmula de hidrolizado extenso de proteínas (n=7) y fórmula a base de aminoácidos libres asociada a dieta materna de exclusión de lácteos (n=23). Las medias de Z de talla y peso basal fueron similares entre los tres grupos de tratamiento (p=0,79 y p=0,49 respectivamente Kruskal Wallis Test). A los 9 meses de tratamiento el grupo que recibió fórmula de aminoácidos libres demostró un mayor incremento en la curva de crecimiento de peso, siendo estadísticamente diferente a los otros grupos (p=0,03 Kruskal Wallis Test).

CONCLUSIÓN:

El uso de fórmula a base de aminoácidos libres como tratamiento de pacientes con APLV cuya manifestación inicial fue la proctorragia, resulta en un mayor incremento del peso del niño a los 9 meses en comparación con los otros tratamientos evaluados.



Por un niño sano
en un mundo mejor

INSUFICIENCIA INTESTINAL EN PEDIATRÍA: ¿ES POSIBLE REHABILITAR PACIENTES CON INDICACIÓN DE TRASPLANTE DE INTESTINO?

TLS 104

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

HOSPITAL ITALIANO DE BUENOS AIRES^{1,2,3,4,5,6,7,8}
<veronica.busoni@gmail.com>

INTRODUCCIÓN:

La insuficiencia intestinal (II) requiere un manejo multidisciplinario enfocado en la rehabilitación intestinal (RI), con el objetivo de lograr autonomía enteral. El trasplante intestinal (TI) es el tratamiento indicado cuando existen complicaciones relacionadas a la nutrición parenteral (NP) con riesgo de vida. Sin embargo la sobrevida a largo plazo no supera el 60%.

OBJETIVO:

Describir los resultados de la RI de niños con II en lista de espera para TI.

MATERIALES Y MÉTODOS:

Estudio retrospectivo, descriptivo. Todos los pacientes incluyendo aquellos en lista de espera para TI fueron incluidos en el programa de RI. Se establecieron estrategias nutricionales (ciclización de NP, nuevas emulsiones lipídicas, aumento progresivo de la nutrición enteral), tratamiento farmacológico individualizado y/o intervenciones quirúrgicas como la enteroplastia serial transversa (STEP), indicada en pacientes con dilatación intestinal significativa.

RESULTADOS:

Entre diciembre de 2008 y diciembre de 2013, 56 niños con II fueron derivados a nuestro centro. Edad mediana: 0,5 años (0-14). Evaluación pretrasplante en 26/56. Todos los pacientes iniciaron RI. 20/26 evaluados ingresaron a lista de espera, 6 fueron no aptos. 5/20 fueron trasplantados, 3/20 fallecieron en lista y 4 aún aguardan. 8/20 (40%) fueron excluidos de la lista de TI debido a que lograron suspender la NP. En 6/8 se realizó un STEP, 2 de los cuales presentaban fibrosis hepática avanzada (Metavir 3 y 4) con función hepática conservada.

CONCLUSIÓN:

Aun en aquellos pacientes que esperan un TI, es posible lograr la autonomía intestinal mediante un programa de RI. De esta manera se puede evitar la necesidad de trasplante. No se deben contraindicar las cirugías de elongación intestinal en pacientes en lista para TI, salvo que presenten una enfermedad hepática avanzada irreversible con signos de hipertensión portal.

IMPACTO DEL ESTADO NUTRICIONAL MATERNO, ANTES Y DURANTE EL EMBARAZO, SOBRE LA COMPOSICIÓN CORPORAL NEONATAL. ESTUDIO DE CORRELACIÓN EN UNA MATERNIDAD PÚBLICA DE ARGENTINA

TLS 105

Pacce M.¹; Krochik G.²; Saure C.³; Mazza C.⁴; Garcia S.⁵; Tomsig R.⁶; Lopez A.⁷; Ribola L.⁸

HOSPITAL GARRAHAN^{1,2,3,4}; HOSPITAL POSADAS^{5,6,7,8}
<mariasolp@hotmail.com>

INTRODUCCIÓN

Existen factores tempranos, que actuando durante periodos críticos del desarrollo intrauterino o posnatal inmediato programan la salud a largo plazo. El alto y bajo peso al nacer han sido asociados con factores de riesgo cardiovascular en la adultez. Se ha establecido que la estimación de la composición corporal al nacer, más que el peso de nacimiento, sería el factor de riesgo capaz de predecir enfermedad futura. Nuestra hipótesis fue que el peso materno previo al embarazo y el ganado durante el mismo (GPM) se asocian positivamente con la masa grasa (MG) corporal neonatal.

OBJETIVO

Evaluar la correlación entre el estado nutricional materno previo y durante el embarazo y la composición corporal del recién nacido (RN).

MATERIAL Y MÉTODOS

Se efectuó un estudio descriptivo observacional de corte transversal. Se estudiaron todos los binomios madre-hijo nacidos en un hospital público argentino durante 5 meses consecutivos, de acuerdo a criterios de inclusión, evaluando la antropometría materna y neonatal antes de cumplir las 24hs de vida junto con los antecedentes maternos previos

y concomitantes al embarazo. La composición corporal neonatal fue calculada según fórmula matemática a partir de medición de pliegues validados para neonatos. Se expresaron los datos como mediana y rango, media \pm DS, o proporción. Las diferencias fueron comparadas usando test t de Student, test χ^2 , o Test de Fisher, según correspondiera. Se utilizó una $p < 0.5$ como significativa. La MG corporal total neonatal fue dividida en cuartiles. Los niños cuya MG corporal excedió el valor del tercer cuartil (557g), fueron categorizados como RN con alta MG corporal.

RESULTADOS

Las madres de los niños con alta grasa corporal fueron más frecuentemente obesas (72,7% versus 35,1%, $p < 0,005$), y presentaron más frecuentemente ganancia de peso durante el embarazo mayor a 18 kg (76,4% versus 31%, $p < 0,03$). En la regresión lineal, la cantidad de MG neonatal total presentó relación positiva con IMC materno previo al embarazo, GPM durante el embarazo, edad gestacional neonatal y paridad.

En el análisis de regresión logística, solo permaneció significativamente asociada a alta MG neonatal la obesidad materna previa al embarazo.

CONCLUSIÓN

Los hallazgos confirmaron la hipótesis que la obesidad materna previa al embarazo se correlaciona con la cantidad de grasa neonatal en las primeras horas de vida.



ENCUESTA NACIONAL A GASTROENTERÓLOGOS PEDIATRAS, SOBRE DISPONIBILIDAD DE MÉTODOS DIAGNÓSTICOS PARA ENFERMEDAD CELÍACA (EC)

TLS 107

Kahane V.¹; Silvestri G.²; Toca M.³

HOSPITAL POSADAS^{1,2,3}

<verokahane@gmail.com>

INTRODUCCIÓN:

La guía de ESPGHAN para el diagnóstico de Enfermedad Celíaca (EC) 2012 presenta un nuevo escenario, en el que el diagnóstico ya no se basa únicamente en el hallazgo de la enteropatía. En pacientes sintomáticos con anticuerpos tTG IgA 10 veces el VN, con EMA y HLA DQ2 y/o DQ8 positivos podría omitirse la biopsia. La pregunta que surge es si estas guías son aplicables a nuestro país. Para ello deberíamos asegurarnos la existencia de controles de calidad internos y externos en todos los laboratorios, la validación de valores de corte, y la accesibilidad de todos los centros gastroenterológicos del país a todos los estudios diagnósticos necesarios.

OBJETIVOS:

Conocer la disponibilidad de los marcadores diagnósticos de EC en Argentina, tanto en el ámbito de la salud pública como privada.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Mediante una encuesta electrónica, a través de la red nacional Notigastro, se consultó a todos los gastroenterólogos pediátricos del país, 23 provincias y Ciudad Autónoma de Buenos Aires (CABA), acerca de la disponibilidad tanto a nivel público, como en privado de marcadores serológicos: Anticuerpos contra péptidos de antigliadina deaminados (AGA PDG) IgA e IgG, Anticuerpos antiendomio (EMA) IgA e IgG

y Anticuerpos antitransglutaminasa (tTG), IgA e IgG : HLA DQ. Los resultados fueron agrupados por provincias, 22 de las cuales respondieron a la encuesta y Tierra del Fuego sólo informó el ámbito privado.

RESULTADOS:

Número de respuestas: 75 (100% de los centros de gastroenterología pediátrica de La República Argentina). Se informó la disponibilidad de métodos diagnósticos de todas las provincias argentinas.

	Público	Obra Social	Privado
AGA	9/22 (40.9%)	12/23 (52.2%)	19/23 (82.6%)
tTG	22/22 (100%)	21/22 (91.3%)	23/23 (100%)
EMA	17/22 (77.27%)	22/23 (95.6%)	23/23 (100%)
DQ	5/22 (22.7%)	9/23 (39%)	17/23 (73.9%)

En las provincias de Formosa, Santiago del Estero y Chubut no se realizan en ningún ámbito AGA ni DQ; en Catamarca, Tucumán y La Rioja no cuentan en ningún ámbito con DQ. En CABA sólo se realiza DQ a nivel público en el Hospital Duran. El anticuerpo tTG esta disponible en todas las provincias debido al Programa Nacional de Enfermedad Celíaca del Ministerio de Salud de La Nación

CONCLUSIONES:

Se encontró una predominancia del marcador tTG sobre el resto en el ámbito público, y del EMA y tTG en el ámbito privado. El AGA y el DQ tienen una disponibilidad limitada en todas las provincias por lo que es infrecuente que se use para diagnóstico.

ALERGIA A LAS PROTEÍNAS DE LECHE DE VACA (APLV) EN NIÑOS CON ALIMENTACIÓN MATERNA VERSUS FÓRMULA LÁCTEA. EVOLUCIÓN CLÍNICA Y TERAPÉUTICA

PO 109

Valenzuela Vera M.¹; Morise S.²; Sosa P.³; Toca M.⁴

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

<lauravalenzuelavera@gmail.com>

INTRODUCCIÓN:

La APLV suele ser sub-diagnosticada, debiéndose tener en cuenta ante una diversidad manifestaciones y síntomas clínicos. Se puede presentar en lactantes alimentados con leche materna (LM) o bien comenzar luego de la incorporación de la proteína. La importancia del diagnóstico precoz radica en la rápida instauración del tratamiento (dieta de exclusión) para evitar los síntomas relacionados con esta dolencia.

OBJETIVOS:

Describir y comparar la presentación y evolución clínica, y respuesta terapéutica de niños con APLV, alimentados exclusivamente con LM, o con fórmula láctea (FLA).

MÉTODO:

Estudio prospectivo, descriptivo. Se evaluaron el diagnóstico, cuadro clínico, evolución, y tratamiento de niños con APLV entre 2010 a 2013. Población: 204 niños. 89 mujeres (44%). Se agruparon:

Grupo 1 (G1): 140 APLV por recibir fórmula con PLV
Grupo 2 (G2): 64 alimentados exclusivamente con LM

RESULTADOS:

Inicio síntomas: Mediana de edad 2m en ambos grupos, en G2 87% comenzó en el primer trimestre. Edad diagnóstico: G1: 5 m y G2: 4 m. (p.0001) Demora al diagnóstico: G1: 2m y G2:

1m (p.003) Familiares con antecedente de alergia: 85 (59%)
Clínica: Proctocolitis en G1 46 (33%) y G2 39 (61%) (p.0002). Enteropatía con diarrea crónica en G1 39 (27.8%) y G2 7 (10.9%) (p.0006). Vómitos: G1 51 (36.4%) y G2 8 (12.5%)
Dermatitis Atópica G1 15 (10.7%) y G2 8 (12.5%). Llantos y Cólicos G1 22 (15.7%) y G2 12 (18.7%)
Urticaria sólo en el G1 35 (25%).
Formas graves: G1 11 (7.8%), 10 de ellos requirieron internación y G2 1 (1.5%)
Tratamiento: G1: Hidrolizado parcial (HP) 50 (36%), Hidrolizado extenso (HE) 66 (47%), Aminoácidos (AA) 18 (13%) y Fórmula Soja 6 (4%).
G2: LM 57 (90%), HP 2 (3%), HE 3 (4%), y AA 2 (3%).

La utilización de fórmulas (10% de pacientes) fue en todos los casos por causa materna laboral o por hipogalactia. Ningún paciente requirió suspender lactancia materna ni otro alérgeno de la dieta materna.

La mediana de: Tiempo de tratamiento: G1 12m y G2 10m (p.00025). Edad enfrentamiento: G1 16m y G2 12,5m (p.00001). Edad de alta: G1 19m y G2 14m (p.00001)

CONCLUSIONES:

Hay diferencias significativas en la presentación clínica, tratamiento y tiempo de evolución de los niños con APLV. Los alimentados exclusivamente con LM tienen una edad de inicio menor, con formas clínicas más leves y de más rápida resolución, con tolerancia a la PLV más temprana. No requirieron la utilización de fórmulas especiales, ni la exclusión de otros alérgenos de la dieta materna.



GASTO ENERGÉTICO, COMPOSICIÓN CORPORAL Y PREVALENCIA DE TRASTORNOS METABÓLICOS EN PACIENTES CON DISTROFIA MUSCULAR DE DUCHENNE

PO 111

Weglinski J.¹

HOSPITAL GARRAHAN¹

<julietaweglinski@gmail.com>

INTRODUCCIÓN:

Los pacientes con Distrofia Muscular de Duchenne(DMD) presentan alteración en la composición corporal con aumento de masa grasa(MG) y disminución de la masa magra (MM), y como consecuencia, sobrepeso/obesidad (SP/OB). Pocos estudios han evaluado el gasto energético en reposo, así como el riesgo metabólico asociado a DMD o al uso de corticoides como tratamiento. Es dificultosa la interpretación de los indicadores antropométricos para objetivar el estado nutricional.

OBJETIVOS:

Describir la Composición Corporal (CC), Gasto Energético en Reposo (REE) y trastornos metabólicos en la población de pacientes con DMD seguidos en nuestro Hospital.

Población:

Estudio transversal, prospectivo, descriptivo. Se incluyeron 63 pacientes por muestreo consecutivo con diagnóstico confirmado de DMD, en su cita programada a Hospital de Día Polivalente, entre 06/2013-03/2014

MATERIAL Y MÉTODOS:

Se midieron Peso, Talla, Índice de Masa Corporal(IMC), Perímetro abdominal(PA), tensión arterial(TA), glucemia, insulina, colesterol total, LDL, HDL, triglicéridos, tipo de

corticoide, CC con impedanciometría bioeléctrica de monofrecuencia (BIA) y REE con calorimetría indirecta. Se asumió HOMA >2.5 como resistencia a la insulina(RI).

RESULTADOS:

98,5% varones. Edad media 11,4 años (5,4-8,7), 58% es deambulador y 83% recibe tratamiento con corticoides (59% deflazacort /41% metilprednisona), con una mediana de 4 años de tratamiento (0 a 11años). Por IMC, el 5% presento bajo peso y el 53%, SP/OB. El 14% cintura patológica. El 10 % TA elevada y glucemia alterada en ayunas el 6,3% de la población estudiada. El 29% presento RI y en el 40 % se detectó dislipemia. No hubo diferencia estadísticamente significativa en RI en función del tipo de corticoide recibido (p 0.9) En relación a la CC el 71% de los pacientes presento %MG superior a parámetros normales. El REE fue 1061 calorías (501-1754 cal) siendo del 89% (38 a 143%) del REE predicho por formula. El 29% de los pacientes presentaron bajo REE, sin diferencias significativas entre pacientes con o sin SP/OB.

CONCLUSIONES:

La prevalencia de OB por composición corporal es mayor a la detectada por IMC con talla. Hallamos complicaciones metabólicas en un alto porcentaje de pacientes. El REE fue menor que el de referencia, por lo que sobreestimar el aporte energético sería factor de riesgo del desarrollo de obesidad y sus complicaciones metabólicas y no metabólicas.

LIPODISTROFIA CONGÉNITA: CAUSA NO HABITUAL DE UNA CONSULTA FRECUENTE EN GASTROENTEROLOGÍA INFANTIL

RPD 112

Uhlir A.¹; Dumondin V.²; Debernardi F.³; Leidi G.⁴

HOSPITAL INTERUNCIONAL DR JOSE PENNA^{1,2,3}; HOSPITAL MUNICIPAL DR LEONIDAS LUCERO⁴

<anabelauhlir@hotmail.com>

INTRODUCCIÓN:

Diarrea crónica y bajo peso usualmente están asociados y motivan frecuentemente derivación al gastroenterólogo infantil. Las causas mas frecuentes son infecciones, alteraciones estructurales del enterocito, alteraciones en digestión y absorción, alergias, celiaquía, alteraciones de la motilidad intestinal. Existen causas menos frecuentes de delgadez... el Síndrome de Lipodistrofia Congénita (BSCL) es una enfermedad rara, diagnosticada usualmente en los primeros meses de vida, estos niños presentan un fenotipo particular debido a la falta de tejido adiposo generalizada.

OBJETIVO:

Presentar un caso de consulta frecuente en Gastroenterología Infantil, diarrea y bajo peso con un diagnóstico infrecuente lipodistrofia congénita.

DESCRIPCIÓN DEL CASO:

Niña de 1 año derivada por diarrea crónica y bajo peso, Peso Pc10 Talla Pc90, al examen físico se observa lactante con marcada masa muscular, disminución del tejido celular subcutáneo, rostro triangular, extremidades y articulaciones impresionan aumentadas de tamaño, venas superficiales agrandadas, pautas madurativas acordes. Alimentándose

con pecho y alimentación complementaria. Se indica tratamiento parasitológico, pautas alimentarias y fórmula deslactosada. Presentando notable mejoría los días posteriores al comienzo del tratamiento. Se sospecha de síndrome genético y se inicia plan de estudios. Laboratorio: Triglicéridos 260 g/l, TGO 45, TGP 50, resto normal. Evaluación cardiológica soplo funcional, Ecocardiografía normal.

Antecedentes familiares: Media hermana materna neuroblastoma. Padre insuficiencia renal crónica congénita, trasplantado de riñón.

DISCUSIÓN:

En nuestro hospital el 25% de la derivación es por diarrea crónica y bajo peso. La paciente presenta escasez de tejido adiposo, fascie delgada y triangular, talla alta, pies y manos grandes, maduración dentaria acelerada, hipertrofia muscular, hepato – esplenomegalia, hipertrigliceridemia. Se constata que reúne 4 criterios mayores y 1 un menor de BSCL (diagnóstico: 3 mayores o 2 mayores y un menor). Ante la falta de diagnóstico molecular se les explica a los padres naturaleza de la enfermedad, acordándose seguimiento.

CONCLUSIÓN:

Las causas mas frecuentes de diarrea y bajo peso son bien conocidas por el especialista y el pediatra clínico pero existen causas infrecuentes frente a las cuales hay que ampliar el espectro de diagnóstico diferencial.



GASTO ENERGÉTICO, COMPOSICIÓN CORPORAL Y PREVALENCIA DE TRASTORNOS METABÓLICOS EN PACIENTES CON MIELOMENINGOCELE

PO 114

Weglinski J.¹

HOSPITAL GARRAHAN¹

<julietaweglinski@gmail.com>

INTRODUCCIÓN:

En los niños con mielomeningocele(MMC), la severidad de su enfermedad y el grado de discapacidad depende del nivel de la lesión y de otros factores neurológicos. Determinar el requerimiento energético es muy dificultoso debido a que las mediciones antropométricas son significativamente diferentes a los niños normales. Es sabido la afectación en la talla y existen escasas publicaciones sobre composición corporal en estos pacientes.

OBJETIVOS:

Describir la composición corporal (CC), gasto metabólico basal (REE) y trastornos metabólicos en la población de pacientes con MMC seguidos en nuestro hospital.

Población: estudio transversal, descriptivo, prospectivo. Se incluyeron 131 pacientes por muestreo consecutivo con diagnóstico MMC en su cita programada a Hospital de Día Polivalente y Consultorio Interdisciplinario de MMC, entre 06/2013-03/2014 y que hubieran firmado Consentimiento Informado.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Se midieron Peso, Talla, Envergadura(E) y Talla por segmentos(TS) y se calculó IMC con las tres medidas.

Perímetro abdominal(PA), Tensión arterial(TA), Glucemia, insulina, colesterol total, LDL, HDL, Triglicéridos. Se definió resistencia a la insulina(RI) con HOMA>2.5. Se objetivó CC con impedanciometría bioeléctrica de monofrecuencia y REE con Calorimetría Indirecta.

RESULTADOS:

El 50% fueron varones. Edad media 8,1 años (0,72-18,6). El 61% no era deambulador. El 43,4% presentaron sobrepeso/obesidad (SP/OB) y 14,6%, bajo peso. El 20 % tuvieron cintura patológica. Se detectó TA elevada en el 25% y proteinuria en el 20% de los pacientes. Presentaron glucemia alterada en ayunas el 5,4%. El 14% de los pacientes presento RI y 18%, dislipemia. En cuanto a la CC, presentaron 75,5% de MM y 24,6% de MG. El 38% de los pacientes presentó OB por medición indirecta de MG. El REE fue de 906 calorías (440 a 1655 cal) que corresponde al 80% del REE predicho por fórmula (35 a 134% del predicho). La regresión lineal entre %MG y SZ-IMC con las tres mediciones de talla (Talla, E y TS) fue mayor con la última (R2: 0.38)

CONCLUSIONES:

Constatamos que los pacientes con MMC tienen menor REE que el predicho por lo que el aporte energético debería estar ajustado al mismo para evitar desarrollo de obesidad. Por otra parte, realizar la medición antropométrica adecuada permite diagnosticar la presencia de OB y sus complicaciones metabólicas.

PREVALENCIA DE FACTORES DE RIESGO DE ENFERMEDAD CARDIOVASCULAR EN NIÑOS Y ADOLESCENTES CON INFECCIÓN POR HIV

PO 116

Agustinho A.¹; Escobal N.²; Bologna R.³; Bravo M.⁴; Buchovsky A.⁵; Araujo M.⁶; Mazza C.⁷

HOSPITAL GARRAHAN^{2,3,4,5,6,7}

<ariguss@yahoo.com.ar>

INTRODUCCIÓN:

El tratamiento antirretroviral de alta eficacia (HAART) cambió la historia natural del síndrome de inmunodeficiencia adquirida al disminuir las complicaciones asociadas y aumentar la expectativa de vida. Sin embargo la exposición prolongada al mismo puede generar alteraciones metabólicas y lipodistrofia que sumadas a la inflamación crónica de la infección aumentan el riesgo de enfermedad cardiovascular precoz (ECVP). En la población pediátrica HIV+ existen pocos estudios y las medidas de intervención para disminuir el riesgo de ECVP no han sido definidas. Objetivo: investigar la prevalencia de factores de riesgo de ECVP en niños y adolescentes con infección por HIV en un hospital pediátrico de alta complejidad.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Se realizó un estudio descriptivo, prospectivo, controlado, de corte transversal en 77 niños con infección vertical por HIV entre 2 y 18 años de edad estratificados según esquema antirretroviral (con y sin Inhibidores de la Proteasa-IP-) y 60 controles seronegativos. Se realizó antropometría, impedanciometría bioeléctrica, ecodoppler carotídeo y laboratorio:glucemia e insulina basal, perfil lipídico, linfocitos TCD4+, carga viral, proteína C Reactiva cuantitativa de alta sensibilidad(PCRHs). Se consideraron pacientes con riesgo de ECVP a aquellos con obesidad, hipertensión

arterial, intolerancia a la glucosa/diabetes, resistencia a la insulina, dislipemia, aumento de PCRHS o aumento del grosor arterial.

RESULTADOS:

Ambos grupos HIV+ presentaron score Z para peso, talla y BMI significativamente menor que el grupo control. No hubo diferencias en circunferencia de cintura ni en los cuatro pliegues entre los grupos. La frecuencia de aparición del índice Circunferencia Cintura/Talla con valores patológicos fue significativamente mayor en el grupo HIV+. El 18% de los pacientes HIV+ presentó lipodistrofia. El grupo HIV+ presento un % de Masa Grasa(MG) significativamente mayor y un % de Masa Libre de Grasa(MLG) y Masa Celular(MC) menor que el grupo control. El grupo HIV+ presento alta prevalencia de dislipidemia, con niveles medios más altos de Colesterol total, c-LDL, y Triglicéridos, esto fue significativamente mayor en el grupo IP. Los niveles de Colesterol total y LDL-C fueron significativamente más altos y los de HDL-C más bajos en el grupo HIV+ con carga viral controlada. No hubo diferencias en el metabolismo de los hidratos de carbono entre los grupos analizados. En el subgrupo HIV+ estudiado se observó un aumento del espesor de la íntima media carotídea.

CONCLUSIÓN:

En un grupo de niños y adolescentes infectados verticalmente por HIV bajo HAART el peso, talla, % de MLG y MC fue significativamente menor y el % de MG mayor que el grupo control. La alta prevalencia de dislipidemia en el grupo HIV+, particularmente en aquellos expuestos a IP y la relación CC/Talla con valores patológicos en un número importante de estos pacientes constituyen factores que aumentarían el riesgo de desarrollar ECVP.



Por un niño sano
en un mundo mejor

Sociedad Argentina de Pediatría

Dirección de Congresos y Eventos

Comités Nacionales de Gastroenterología, Hepatología y Nutrición Pediátricas

HIPERTRANSAMINASEMIA EN LA ENFERMEDAD CELIACA

RPD 117

**Menendez L.¹; Balcarce N.²; Beltramone M.³;
Bernedo V.⁴; Besga A.⁵; Borobia P.⁶; Corfield E.⁷;
Cueto Rua E.⁸; Chereau C.⁹; Gonzalez T.¹⁰;
Guzman L.¹¹; Lucero N.¹²; Luque C.¹³; Manterola M.¹⁴;
Miculan S.¹⁵; Nanfito G.¹⁶; Ben R.¹⁷**

SOR MARIA LUDOVICA LA PLATA^{1,2,3,4,5,6,7,8,9,10,11,12,13,14,15,16,17}
<lorena.menendez@hotmail.com>

INTRODUCCION:

La elevación de transaminasas es un hallazgo frecuente en los pacientes con enfermedad celiaca. Un resultado común en todos los estudios es la normalización de las mismas a los 6 meses del inicio y la casi totalidad en el primer año de dieta sin gluten, lo que indica la necesidad de descartar otras causas de daño hepático en aquellos pacientes con elevación persistente y que cumplen correctamente la dieta.

OBJETIVO:

Valorar la frecuencia y relevancia de la patología hepática asociada a enfermedad celiaca.

POBLACIÓN Y MATERIAL Y METODOS:

Se realizó un estudio retrospectivo mediante la revisión de historias clínicas de pacientes que concurrieron al servicio de Gastroenterología del HIAEP Sor María Ludovica de La Plata durante 1 de agosto de 2012 al 1 de marzo de 2014.

Se valoró el laboratorio al inicio del diagnóstico y luego a los 6 meses de la indicación de la dieta sin gluten.

RESULTADOS:

Se han diagnosticado 61 pacientes con enfermedad celiaca en este período. 37 pacientes presentaban hepatograma al inicio del diagnóstico. Este se encontraba alterado en 9 pacientes (24.3%). Presentaban una edad media de 4.53 años (rango 8 meses y 6 años); 6 niñas y 3 niños. Los valores de transaminasas se encontraron dentro de un valor medio para TGO de 115.3 (rango 49-244) y para TGP 103.1 (rango 34-322).

En el control de los 6 meses, 3 pacientes no volvieron a control, 5 pacientes normalizaron el valor de las enzimas luego de seguir la dieta sin gluten y 1 paciente no pudo ser evaluado al no ajustarse a la dieta.

CONCLUSIONES:

Será un proyecto realizar este trabajo en forma prospectiva para aumentar el porcentaje de pacientes celíacos en los que se evalúe el valor de transaminasas. Se recomienda buscar hepatitis en pacientes celíacos evaluando el hepatograma. El tratamiento consigue la normalización de las alteraciones hepáticas en la práctica totalidad de los casos.

ACALASIA COMO FORMA DE PRESENTACIÓN DE MIOPATÍA VISCERAL

RPD 118

**Cieri P.¹; Liberto D.²; Salomon A.³; Prodan S.⁴; Calello S.⁵;
Cohen J.⁶; Elmo G.⁷; Urquiza M.⁸; Lobos P.⁹**

HOSPITAL ITALIANO^{1,2,3,4,5,6,7,8,9}
<patricio.cieri@hospitalitaliano.org.ar>

INTRODUCCIÓN:

La miopatía visceral una entidad poco descrita en la bibliografía, que afecta la motilidad intestinal generando cuadros de obstrucción intestinal, en ausencia de una oclusión mecánica. Una rara forma de presentación en la edad pediátrica (0,11/100,000) es la Acalasia. Reportamos nuestra experiencia en el manejo de una paciente con acalasia en el contexto de una miopatía visceral.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Presentación de un caso clínico tratado en el Hospital Italiano de Buenos Aires en 2012 por miopatía visceral con forma de presentación atípica y revisión bibliográfica de los últimos 10 años sobre el manejo de la patología.

RESULTADOS:

Paciente de sexo femenino, de 8 años con antecedentes de constipación pertinaz desde los 4 años, tratada con Baxex unipeg con escasa respuesta. Curso con dos internaciones por suboclusión intestinal que resolvieron con tratamiento médico. Posteriormente comienza con episodios de vómitos frecuentes que alteraron la curva de crecimiento. Se realizó

SEG D sin evidencia de RGE y tránsito de intestino delgado que fue informado como normal. Por persistencia de los síntomas inicia tratamiento anti-reflujo sin evidenciar mejoría clínica por lo que se indica VEDA, la cual se suspende en la inducción anestésica por episodio de vómito y broncoaspiración, a pesar de 12 hs de ayuno. Se sospecha el diagnóstico de acalasia esofágica, que se confirma mediante manometría esofágica y nueva SEG D. Se descartan metabolopatías, colagenopatías y enfermedad de Chagas.

La paciente sufre nuevo episodio de oclusión intestinal asociada a neumonía por broncoaspiración lo que inicia NPT y una vez resuelto el episodio, se realizó cirugía de Heller – Door laparoscópica + mapeo intestinal total y vesical laparoscópico. Mediante microscopía óptica y electrónica, se llegó al diagnóstico de miopatía visceral. Actualmente la paciente evoluciona con buena tolerancia a vía oral con buen progreso ponderal y deposiciones cada 1-2 días con medicación proquinética, inhibidores de bomba de protones y catárticos.

DISCUSIÓN:

La miopatía visceral es una entidad con formas de presentación variables. El objetivo de esta presentación es aumentar el índice de sospecha de esta patología en pacientes con acalasia. Destacamos la necesidad del manejo multidisciplinario de esta patología.



MANEJO CONSERVADOR DE LA FÍSTULA BILIAR POST TRAUMÁTICA

PO 119

Cieri P.¹; Libertó D.²; Salomon A.³; Prodan S.⁴; Calello S.⁵;
Elmo G.⁶; Urquiza M.⁷; Lobos P.⁸

HOSPITAL ITALIANO²³⁴⁵⁶⁷⁸

<patricio.cieri@hospitalitaliano.org.ar>

INTRODUCCIÓN:

Las fistulas biliares son una complicación rara de los traumas hepáticos cerrados. El tratamiento conservador del trauma cerrado hepático en pacientes pediátricos hemodinámicamente estables es actualmente el criterio de elección. Reportamos nuestra experiencia en un caso manejado de forma mínimamente invasiva.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Se efectuó revisión de un caso clínico mediante análisis de protocolo quirúrgico, historia clínica de internación y ambulatoria digitalizada del Hospital Italiano de San Justo, además de búsqueda bibliográfica en MEDLINE de los últimos 10 años.

RESULTADOS:

Reportamos el caso de un paciente de 4 años con antecedente de trauma abdominal cerrado moto Vs auto. Paciente sometido a 2 laparotomías exploradoras por hemoperitoneo de probable origen esplénico no tratada durante la primera cirugía. Se deriva al Hospital Italiano de San Justo al 18° día post operatorio en mal estado general, séptico, con mala perfusión periférica. Distensión abdominal marcada con episodios de vómitos gástricos. Desnutrición aguda grave.

Al ingreso a nuestro hospital se le realiza laboratorio: HTO 16, GB 10000. Resto s/p. Ecografía abdominal que informa abundante líquido intra abdominal. Se transfunden GR y se optimiza al paciente con expansiones con cristaloides y antibióticos de amplio espectro. Una vez compensado se realizó paracentesis diagnóstica que evidencia coleperitoneo purulento, con amilasa y fibras alimentarias negativas y tomografía abdominal con contraste endovenoso que evidencia colección de gran tamaño a nivel del flanco izquierdo y perí hepático con lesión a nivel de segmento V-VIII. Se decide drenaje percutáneo de las mismas con un catéter tipo Nephrostomy® y otro tipo Ring-Maclean® drenándose en total 1300 ml de bilis purulenta. Se inicia nutrición parenteral total y ayuno. Luego de SEGDN normal, inicia alimentación enteral al 5° día post operatorio. Se retiró drenaje de flanco a los 15 días y el subfrénico al mes. Realizo catch-up alimentario con nutrición entero-parenteral. Alta a los 30 días de internación. Actualmente, paciente creciendo en percentilo 50 de peso y talla, con un seguimiento clínico e imagenológico normal, de dos años.

DISCUSIÓN:

La incidencia de fistula biliar post traumática reportada en la bibliografía es baja (2%), por lo que requiere de un alto índice de sospecha. Dentro de las alternativas terapéuticas, coincidimos en que los pacientes hemodinámicamente estables se beneficiarán con el manejo percutáneo de la misma.

RESULTADOS DEL TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DEL REFLUJO GASTROESOFÁGICO EN PACIENTES CON ATRESIA ESOFÁGICA

RPD 120

Cieri P.¹; Prodan S.²; Salomon A.³; Calello S.⁴; Libertó D.⁵;
Elmo G.⁶; Urquiza M.⁷; Lobos P.⁸

HOSPITAL ITALIANO²³⁴⁵⁶⁷⁸

<patricio.cieri@hospitalitaliano.org.ar>

INTRODUCCIÓN:

El reflujo gastroesofágico (RGE) es una complicación frecuente en pacientes con atresia esofágica (AE) corregida y un problema en pacientes con complicaciones de la anastomosis esofágica. Cuando el tratamiento médico fracasa, la cirugía antirreflujo constituye una alternativa útil, aunque existen reservas para su utilización en ellos, debido a que motilidad esofágica se encuentra previamente alterada. El objetivo es reportar nuestra experiencia y resultados en la cirugía antirreflujo en pacientes con AE.

: Análisis retrospectivo de base de datos e historias clínicas, analizando las variables edad, sexo, tipo de AE, métodos diagnósticos, síntomas preoperatorios, técnica quirúrgica, tiempo de reinicio de alimentación, complicaciones postoperatorias, resultados y seguimiento.

: N= 19 ptes. Edad: 5.6 años (r: 2m-21a), 16 (84.2%) presentaron AE tipo III y 3 (15.7%) tipo I. Los estudios realizados fueron: SEGDN en 100%, phmetría de 24 hs: 57.8% (21% con IMM), videoendoscopia en 52%. La SEGDN resultó patológica

en 100 % de los pacientes. Los síntomas preoperatorios fueron vómitos (52.6%), hematemesis (5.2%), regurgitación (42%), pirosis (10.8%), dolor retroesternal (10.8%), neumonías recurrente (36.8%), ALTE (5.2%), laringitis recurrente (15.7%), Bronquitis Obstructiva Recurrente (47.3%), secreciones respiratorias persistentes (52.6%), síndrome de Sandifer (5.2%). Técnica quirúrgica: Nissen en 84.2%, Thal en 5.2%, Toupet en 5.2%. Se realizó una re-funduplicatura (Nissen operado previamente en otro centro). No hubo complicaciones intraoperatorias. Reinicio de alimentación: 1.5 días (r: 1-3). 4 ptes. (21%) presentaron vómitos, arcadas, regurgitación y náuseas en POP inmediato. 15.3% presentó disfagia, dos fueron transitorias y una requirió dilatación por estrechez del manguito. 5 pacientes permanecen con medicación antirreflujo. El seguimiento medio fue de 21.7 meses (r: 1-77)

La incidencia de RGE en pacientes con AE corregida, en nuestra experiencia es elevada. La SEGDN es un método útil y confiable en el diagnóstico preoperatorio. La operación de Nissen ha sido un método seguro y efectivo para el tratamiento del RGE, aún en pacientes con motilidad esofágica alterada por su enfermedad de base.



CONTENIDO DE AZÚCARES DE ALIMENTOS DISPONIBLES EN KIOSCOS

RPD 121

Vazquez C.1; Rovirosa A.2; Uicich R.3; Carmuega E.4
CESNI.1,2,3,4
<claudia.vazquez@cesni.org.ar>

INTRODUCCIÓN:

La OMS recomienda reducir la ingesta de azúcares libres, pero el contenido de azúcares de los alimentos no es de declaración obligatoria en el rotulado nutricional...

OBJETIVO:

Medir el contenido de azúcares totales, y su perfil de mono y disacáridos en alimentos habitualmente disponibles en kioscos.

METODOLOGÍA:

Se realizó la determinación del contenido de azúcares en 12 alimentos disponibles en kioscos, incluyendo algunos de los habitualmente recomendados para kiosco saludable...

RESULTADOS:

En la tabla se presentan los resultados de contenido de azúcares totales y perfil de los mismos. La mayoría de los alimentos analizados se encuentra alrededor del 30 % de azúcares o supera ese valor...

Table with 7 columns: Producto, Az tot (g%), Glucosa (g%), Fructosa (g%), Sacarosa (g%), Lactosa (g%), Maltosa (g%). Rows include Vainillas, Gallet. dulces rellenas, Gallet. dulces light, Alfajor de arroz, alfajor de maicena, alfajor de chocolate, Copos de maiz azucarados, Turrón, Tutucas, Gelatina envasada, Aguas saborizadas, Jugos de fruta envasados.

ND= no detectable

CONCLUSIÓN:

Muchos de los productos disponibles en el kiosco tiene alto contenido de azúcares. Dado que no son de declaración obligatoria en la etiqueta, es importante contar con datos del contenido de azúcares de los alimentos producidos en nuestro país

LIGADURA ENDOSCOPICA VARICEAL: EXPERIENCIA DE 10 AÑOS EN UN HOSPITAL PEDIATRICO DE ALTA COMPLEJIDAD

TLS 122

Busquet L.1; Antoniska M.2; Bottero A.3; Gonzalez J.4; Rocca A.5; Weyersberg C.6; Neder D.7; Sasson L.8
SERVICIO GASTROENTEROLOGIA HOSPITAL GARRAHAN 2345678
<l_busquet@yahoo.com>

INTRODUCCIÓN:

La hemorragia variceal (HV) es una de las complicaciones más importantes de la hipertensión portal (HP) y la causa más común de sangrado gastrointestinal severo en niños.

OBJETIVOS:

Describir la experiencia con esta técnica endoscópica en pediatría.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Se realizó un estudio retrospectivo descriptivo de 130 pacientes sometidos a LEV en el período comprendido entre 10/2003 y 02/2014. Todos los pacientes ingresaron a un plan de LEV mensual hasta la erradicación y luego control a los 6 meses y anual.

RESULTADOS:

Se evaluaron 60 pacientes femeninos y 70 masculinos, edad media de 8 años (rango 1- 19 años). La etiología de la Hipertensión portal fue: pre hepática en 55 (42.3%), hepática en 77 (60%). Se realizaron 383 sesiones de ligaduras en total.

CONCLUSIÓN:

La LEV es un tratamiento efectivo y seguro en Pediatría. Requiere escaso número de sesiones, con pocas complicaciones, siendo altamente efectiva en lograr erradicación variceal.



EVOLUCION A LARGO PLAZO DEL POUCH ILEOANAL EN PACIENTES CON ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL (EII)

TLS 123

**Neder M.¹; Antoniska M.²; Rocca A.³; Weyersberg C.⁴;
Contreras M.⁵; Bottero A.⁶; Gonzalez J.⁷; Fraire C.⁸;
Bailez M.⁹; Bosaleh A.¹⁰; Davila M.¹¹; Sasson L.¹²**

SERVICIO GASTROENTEROLOGIA HOSPITAL GARRAHAN^{1,2,3,4,5,6,7,12},
SERVICIO DE CIRUGIA HOSPITAL GARRAHAN^{8,9}; SERVICIO ANATOMIA
PATOLOGICA HOSPITAL GARRAHAN^{10,11}

<nederdaniela@yahoo.com>

INTRODUCCION:

La proctocolectomía con pouch ileoanal es la cirugía de elección en pacientes con colitis ulcerosa (CU) refractaria al tratamiento médico.

OBJETIVOS:

Describir la evolución de pacientes con CU sometidos a pouch ileoanal. Evaluar la asociación entre complicaciones y resultados funcionales. Comparar resultados de la cirugía abierta vs laparoscópica

MATERIALES Y METODOS:

Estudio retrospectivo de pacientes pediátricos con CU, colectomizados entre 1991 y 2013, con anastomosis con pouch ileoanal. Se analizaron variables pre y postoperatorias.

RESULTADOS:

De 131 niños con CU fueron colectomizados 32 (24,4%). La media de edad al diagnóstico de CU fue de 9.08 a ± 4.01 y al momento de la cirugía 11.6 a ± 3.7. En 20 (62.5%) se indicó cirugía por corticorresistencia, en 9 (28.1%) por corticodependencia y en 3 (9.4%) por megacolon tóxico. Se realizó cirugía convencional en el 59.4% (19) y laparoscópica en el 40.6% (13).

El 59.4% (19) de los pacientes tuvo complicaciones precierre, la más frecuente la estenosis ileo-anal (7/19). El tiempo de seguimiento postcierre de la ostomía fue de 17.8 meses (r: 4.08 a 138.6). La complicación postcierre más frecuente fue la pouchitis (55%, 11 casos). Otras: cuffitis en 6 pac (35.3%), compromiso del asa aferente en 4 (22.2%) oclusión intestinal en 4, estenosis en 3 (16.7%). El número de deposiciones diarias en la última consulta fue 4 (r: 2 a 8). Al año de cierre de la ostomía 17 (68%) eran continentes y 8 (32%) presentaban escapes ocasionales. No encontramos asociación entre complicaciones y resultados funcionales (p= ns). Tampoco entre el tipo de cirugía y complicaciones o resultados funcionales. Se diagnosticó EC en 5 niños (3 compromiso del asa aferente, 1 patología perianal, 1 fistula rectovaginal). Sin evidencia histológica de EC en la revisión de biopsias endoscópicas, pieza de colectomía y del pouch. Iniciaron tratamiento inmunosupresor pudiendo conservar el pouch.

CONCLUSIONES:

El pouch ileoanal tiene una elevada morbilidad. La prevalencia encontrada de pouchitis es similar a la descrita en la bibliografía. La mayoría de los pacientes logra una continencia normal. No encontramos asociación entre la presencia de complicaciones e incontinencia, tampoco entre cirugía abierta vs laparoscópica. 15% de los pacientes fueron reclassificados como EC por clínica y endoscopia sin confirmación histológica. Con tratamiento inmunomodulador pudieron conservar el pouch.

¿CUALES FUERON LOS MOTIVOS DE ENDOSCOPIAS Y SU ASPECTO MACROSCÓPICO EN PACIENTES CON HALLAZGO DE *HELICOBACTER PYLORI*?

PO 125

**Quispe C.¹; Lucero N.²; Borobia P.³; Balcarce N.⁴;
Beltramone M.⁵; Bernedo V.⁶; Besga A.⁷; Corfield E.⁸;
Cueto Rua E.⁹; González T.¹⁰; Guzmán L.¹¹;
Manterola M.¹²; Menéndez L.¹³; Miculán S.¹⁴;
Nanfito G.¹⁵; Zubiri C.¹⁶; Ben R.¹⁷; Chereau C.¹⁸**

HOSPITAL DE NIÑOS SOR MARÍA LUDOVICA^{1,2,3,4,5,6,7,8,9,10,11,12,13,14,15,16,17,18}
<cintiadiq@hotmail.com>

INTRODUCCIÓN:

El *Helicobacter pylori* (HP) es una de las causas más frecuentes de infección crónica. La prevalencia aumenta con la edad. En niños puede dar gastritis crónica y con menos frecuencia ulcera gástrica y duodenal.

El dolor abdominal, principalmente epigástrico, es el motivo de consulta más frecuente. Los hallazgos endoscópicos van desde leve eritema a nodularidad, principalmente en antro gástrico.

OBJETIVOS:

Analizar: 1) Motivos de indicación de videoendoscopia digestiva alta (VEDA) en pacientes con posterior diagnóstico de HP. 2) Edad al diagnóstico. 3) Relación entre aspecto macroscópico y HP

POBLACIÓN:

Pacientes entre 7 meses a 17 años con infección por HP en el Hospital de Niños de la Plata. Se excluyó a los pacientes celíacos en el análisis de motivo de VEDA y aspecto macroscópico de la mucosa del duodeno.

MATERIALES Y MÉTODOS:

Estudio descriptivo retrospectivo: VEDA registradas en el sistema Epi info, período de Enero 2010 a Marzo del 2014, Hospital Sor María Ludovica. Se observó aspecto de la mucosa por médicos con experiencia en VEDA pediátricas. Diagnóstico mediante microscopía directa (tinción Giemsa)

RESULTADOS:

De 1435 VEDA con 724 biopsias de estómago se hallaron 145 (20%) positivas para HP. Motivos de indicación de VEDA: dolor abdominal recurrente 29 (28%), en epigastrio 8 (8%), sangrado digestivo alto 8 (8%), disfagia 4, ERGE 4, vómitos 4, anemia 4. Se encontraron 31 (30%) pacientes sin síntomas asociados a HP. Edad de diagnóstico: 0-4 años (25%), 5-8 años (26%), 9-12 (27%), 12-16 (21%). Aspecto de mucosa gástrica: 45 normales (31%) y 100 patológicos: 57 (39%) nodularidad, 20 (14%) eritema, 4 (3%) úlceras. Localización de la nodularidad: 25 antro, 22 cuerpo y antro y 10 en todo el estómago. En duodeno se excluyeron los 41 pacientes celíacos, se observó en 17 (16%) nodularidad en bulbo, 3 imagen en nevado, 3 atrofia y 2 úlceras. La nodularidad en estómago y duodeno se observó en 22 (21%).

CONCLUSIONES:

Con respecto a los motivos de indicación de VEDA, el dolor abdominal fue el más frecuente, aunque no la localización epigástrica. Se observó alto porcentaje de pacientes sin síntomas asociados a HP. De los hallazgos macroscópicos lo más frecuente fue nodularidad en antro. Las úlceras se hallaron en bajo porcentaje y fueron mayores en estómago. No se halló mayor prevalencia en ningún grupo etario, siendo llamativo el alto porcentaje en menores de 4 años.



Por un niño sano en un mundo mejor

Sociedad Argentina de Pediatría

Dirección de Congresos y Eventos

Comités Nacionales de Gastroenterología, Hepatología y Nutrición Pediátricas

OCCLUSIÓN INTESTINAL POR *CLOSTRIDIUM DIFICILE*

RPD 126

Calello S.¹; Bortagaray J.²; Salomon A.³; Prodan S.⁴; Cieri P.⁵; Ferraris T.⁶; Libertó D.⁷; Udaquiola J.⁸; Urquiza M.⁹; Elmo G.¹⁰; Lobos P.¹¹; De Badiola F.¹²

HOSPITAL ITALIANO¹ 23456789101112

<calellosantiago@gmail.com>

REPORTE DE CASO:

17 años. - 12 años Macburney por abdomen agudo, divertículo de mekel complicado, resección intestinal y entero entero anastomosis. Gastroenterología de adultos 2 meses previos por presentar diarrea incoercible con toxina de clostridium difficile positiva. Tratamiento - metronidazol VO primero por 10 días, continuando con síntomas se repite tratamiento por 1 mes. Guardia Mal estado general. Febril. Abdomen distendido y doloroso. Sonda naso gástrica, débito 250ml en la primera hora y vómitos fecaloides. Se estabiliza y se decide cirugía. Lap exp. Escasas adherencias en FID (antecedentes quirúrgicos) distensión de asas de intestino delgado desde ángulo de trez hasta ciego, Colon desfuncionalizado. Ante gran componente inflamatorio en FID y presencia de asa fina asa gruesa, conversión para palpación manual de asas. Incisión sobre cicatriz previa. Evisceración intestinal. Componente ganglionar inflamatorio, segmento de asa fina asa gruesa sobre válvula ileo cecal con engrosamiento de la pared y segmento intestinal con pérdida de la luz intestinal. Evisceración de ciego e íleon terminal. Resección intestinal e íleo ascendo anastomosis con toma de muestra de ganglios mesentéricos. Tórpida evolución, requerimiento de ARM e inotrópicos en el pop inmediato. Deposiciones de 1500ml por ano a las 24 horas de la cirugía. Diagnóstico de

clostridium difficile resistente. Anatomía patológica compatible con pseudomembranas constituidas por fibrina y leucocitos pmn. 7mo día continua con distensión abdominal, gran débito seroso por herida Tc muestra tra neumoperitoneo. Re exploración donde se constata fuga puntiforme sobre bode mesentérico de anastomosis previa. Lavado de cavidad e ileostomía. Realiza tratamiento oral y endovenoso con vancomicina para clostridim. Buena evolución. Tolerada dieta vía oral al 7mo día pop y alta al 16vo día pop. 2 meses pop consulta por vómitos y ausencia de débito por la ileostomía. Se coloca sonda naso gástrica y se toma conducta expectante. Hisopado de la ileostomía para toxina *clostridium difficile* por PCR - real time dando Positivo nuevamente. Comienza nuevamente con tratamiento antibiótico. 48hrs - débito por la ileostomía (2000ml en las primeras 2hrs) 4000ml en 24 hrs. Dieta a las 72hrs Alta al 5to día del ingreso con antibioticoterapia por vía oral.

DISCUSIÓN:

Ante esto se indago sobre anatomía patológica previa que también mostraba pseudomembranas constituidas por fibrina y leucocitos pmn, (¿Primo infección por *clostridium*?). Presentando un nuevo episodio de oclusión intestinal y reinfección por clostridium por lo que actualmente se encuentra nuevamente en tratamiento antibiótico. Se encuentran múltiples reportes en la bibliografía de pacientes con reinfecciones por *clostridium difficile*, y de pacientes con resistencia antibiótica incluso reportes de trasplante de materia fecal como tratamiento para estos pacientes. No se encuentran así reportes de oclusión intestinal secundario a estas infecciones.

HIDRATAR II: PATRÓN DE INGESTA DE BEBIDAS NO ALCOHÓLICAS DE LA POBLACIÓN INFANTIL ARGENTINA

PO 127

Zapata M.¹; Roviroso A.²; Carmuega E.³

CESNI¹ - CENTRO DE ESTUDIOS SOBRE NUTRICIÓN INFANTIL (CESNI)²;

CESMI - CENTRO DE ESTUDIOS SOBRE NUTRICIÓN INFANTIL³

<marialiszapata@gmail.com>

INTRODUCCIÓN:

La importancia de una adecuada hidratación es ampliamente reconocida, pero los líquidos consumidos pueden ser una fuente importante de azúcares y calorías.

OBJETIVO:

Determinar el patrón cualitativo de ingesta de bebidas e infusiones en la población Argentina.

METODOLOGÍA:

Estudio transversal en una muestra probabilística, polietápica, estratificada por conglomerados, con cuotas de región, sexo y edad en las principales ciudades de Argentina. La muestra fue conformada por 1362 individuos, entre 3 y 69 años, que completaron un cuestionario autoadministrado de consumo de bebidas y alimentos por 7 días. Se categorizó a las bebidas en tres grupos: el agua pura; las bebidas e infusiones con sabor sin azúcar (≤ 4 kcal%) y las bebidas e infusiones con sabor con azúcar (> 4 kcal%). No se incluyeron en el análisis a las bebidas lácteas, sopas, licuados o jugos naturales de frutas ni las bebidas con alcohol. Se contabilizaron la totalidad de actos de ingesta de cada tipo de bebidas a lo largo de una semana, y calculó el porcentaje correspondiente a cada tipo de bebida, en base al cual se establecieron patrones. Se identificaron patrones simples a los individuos en los cuales al menos el 70% de sus actos

de ingesta a lo largo de semana correspondieron a un único tipo de bebidas, pudiendo ser simple a predominio de agua, de bebidas sin azúcar o de bebidas con azúcar; y mixtos de dos tipos de bebidas en los que el 90% de sus actos de ingesta correspondieran a dos tipos de bebidas; y mixto de tres tipos de bebidas en los que combinara todas las bebidas a lo largo de la semana.

RESULTADOS:

La tabla muestra la representatividad de cada tipo de bebida en cada patrón, y el porcentaje de niños y adolescentes que presentan cada patrón. Sólo uno de cada diez niños y adolescentes (11%) tuvo a lo largo de la semana un patrón de ingesta de bebidas e infusiones sin calorías.

	% consumo semanal de Agua	% consumo semanal de Bebidas e infusiones sin azúcar	% consumo semanal de Bebidas e infusiones con azúcar	% en cada patrón
Agua	62	2	36	0
Infusión y bebida sin azúcar	2	85	13	3
Infusión y bebida con azúcar	4	3	93	63
Mixto azucaradas y no azucaradas	2	43	55	5
Mixto agua y azucaradas	46	1	53	10
Mixto agua y no azucaradas	46	49	5	1
Mixto (todas las infusiones y bebidas)	30	27	42	12

CONCLUSIONES:

El perfil de ingesta predominante en la infancia y adolescencia es el de bebidas e infusiones con azúcar. Es importante promover el consumo de agua, bebidas e infusiones sin azúcar desde la infancia como una estrategia para la prevención del sobrepeso y la obesidad.



EVALUACIÓN DE LA ACTIVIDAD FÍSICA EN LA POBLACIÓN DE ESCOLARES DE CORRIENTES

RPD 128

Rovirosa A.¹; Zapata M.²; Trifilo C.³; Berta C.⁴; Carmuega E.⁵
CESNI^{1,2,3,4,5}
<arovirosa@cesni.org.ar>

INTRODUCCIÓN:

Durante la edad escolar se consolidan muchos de los hábitos alimentarios y de actividad física (AF), así como patrones de conducta importantes para la salud y la prevención de enfermedades crónicas.

OBJETIVO:

Estimar el tiempo destinado a actividad física y actividades sedentarias en niños de 5° grado de Corrientes.

METODOLOGÍA:

La encuesta nutricional de escolares de Corrientes 2013 fue un estudio transversal que comprendió a 2135 niños de 1°, 3° y 5° grado de 32 escuelas de las principales ciudades de la provincia. En este trabajo se describe la muestra de 679 escolares de 5° grado que realizaron un cuestionario estructurado para relevar la frecuencia y tiempo dedicado a la AF extraescolar estructurada (AFEE) y no estructurada (AFENE), actividad física escolar (AFE), actividades sedentarias, tiempo de pantalla, tiempo en la escuela y tiempo de sueño, durante la última semana.

RESULTADOS:

Después de las horas de sueño, la escuela ocupa la mayor parte del tiempo de los escolares. Considerando todas las actividades no sedentarias, el 81% de los niños realiza al menos 60 minutos de AF a diario, siendo la AFENE la que

representa el mayor aporte en términos cuantitativos. En relación a la TV, el 83% destina <2h/d y cuando se agrega tiempo de computadora o videojuegos la proporción se reduce al 62%. En comparación con los escolares evaluados por la encuesta de ciudad de Buenos Aires (2011), donde la mitad destinaba más de 2h/d a la TV y el 37.3% no alcanzaba a realizar los 60 minutos de AF a diario, los escolares de Corrientes son más activos.

Tabla. Resumen de las actividades en escolares (h/d)

	Media	DS
Dormir	9.8	1.5
Escuela (L a V)	4.2	0.5
Act. extraescolares sedentarias (tareas, clases)	0.7	0.6
Pantalla	2.0	1.5
Clases de AF en la escuela	0.3	0.1
AFNE en recreos	0.2	0.2
AFE extraescolar	0.4	0.5
AFNE extraescolar	1.2	1.0
Juegos pasivos	0.1	0.2
Transporte activo (bicicleta o caminar)	0.1	0.3
Transporte pasivo (auto, colectivo)	0.2	0.4

CONCLUSIONES:

La promoción de la actividad física –tanto en la escuela como fuera de ella– es una de las bases de la prevención de la obesidad. Conocer el perfil de las actividades que realizan los niños contribuye al diseño de políticas preventivas más efectivas. El rol de la escuela en la actividad de los niños es central en virtud del número de horas que transcurren en ella los niños.

CIRUGIA DE ELONGACION INTESTINAL EN NIÑOS CON SINDROME DE INTESTINO CORTO

TLS 129

Lobos P.¹; Busoni V.²; D'agostino D.³; Prodan S.⁴;
Ussher F.⁵; Liberto D.⁶; Sanchez Clara R.⁷

HOSPITAL ITALIANO DE BUENOS AIRES^{1,2,3,4,5,6,7}
<pablo.lobos@hospitalitaliano.org.ar>

INTRODUCCIÓN:

El trasplante intestinal (TI) es hoy una realidad para tratar el síndrome de intestino corto (SIC) en América Latina, pero c/alta morbimortalidad. Un programa multidisciplinario de rehabilitación intestinal permite en muchos casos evitarlo. La enteroplastia serial transversa (STEP) es una técnica quirúrgica de elongación intestinal, destinada a mejorar la tolerancia enteral cuando el tratamiento médico no es suficiente.

OBJETIVOS:

Reportar nuestra experiencia con esta técnica en niños con SIC. Jerarquizar el rol de la rehabilitación intestinal en el tratamiento de la insuficiencia intestinal.

POBLACION:

Niños con diagnóstico de SIC, con + de 3 meses de dependencia de nutrición parenteral (NP), sometidos a un STEP e/ marzo de 2008 y noviembre de 2013.

MATERIAL Y METODOS:

Análisis retrospectivo de un registro prospectivo. Indicaciones: Niños dependientes de NP, no respondedores al tratamiento médico, y c/dilatación intestinal significativa. Va-

riables: Edad, peso, enfermedad de base, necesidad de NP, longitud intestinal residual (LIR) Pre y PO, complicaciones.

RESULTADOS:

55 ptes derivados al programa. Se realizó un STEP en 16 (29%), con 4 re-STEP. Edad mediana: 15 m (r: 1-32). Peso medio: 7.1 kg (r: 2.1-17). Enfermedad de base: gastrosquisis (8), atresia intestinal (6), enterocolitis necrotizante (1), vólvulo (1). LIR pre-STEP mediana: 57 cm. Media de aumento de LIR: 25.9 cm (r: 8-75) o 46.6% (r: 9.3-96,1), 17,9% (r: 9,3-27,1) para re-STEP. Seguimiento: 23.5 m (r :6-48). En 9/16 ptes operados (56.25%) se logró suspender la NP. 8/16 (50%) se encontraban en lista de TI; 5/8 (62%) fueron retirados de la lista al suspender la NP (media de 3 meses PO). Complicaciones: 4/20 procedimientos (20%): shock anafiláctico (1), hemorragia intraperitoneal (2), fístula enterocutánea (1). No se registró mortalidad relacionada con la cirugía. 5 (31%) fallecieron por complicaciones infecciosas alejadas, post-TI en 2 casos, aún dependientes de NP.

CONCLUSIONES:

En nuestra experiencia, fue posible suspender la NP en 56% de los ptes no respondedores al tratamiento médico, c/una cirugía de elongación intestinal. Aunque no exenta de complicaciones, puede permitir incluso evitar la necesidad de un TI en algunos casos.



Por un niño sano
en un mundo mejor

ADHERENCIA A LARGO PLAZO EN UNA INTERVENCIÓN GRUPAL DE PACIENTES CON SOBREPESO Y OBESIDAD

TLS 130

Armeno M.¹; Caminiti C.²; Raspini M.³; Brea M.⁴

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

<mlarmeno@gmail.com>

INTRODUCCIÓN:

La obesidad es una enfermedad crónica, compleja y multifactorial que suele iniciarse en la infancia y la adolescencia. Tiene una etiología multifactorial, donde la libre disponibilidad de alimentos, los cambios en los hábitos alimentarios, el sedentarismo o los factores psicológicos y sociales tienen una importancia fundamental. Su tratamiento es complejo y los resultados son generalmente poco alentadores a largo plazo, sin embargo existen estrategias que incluyen actividades educativas grupales enfocadas en el niño y en su familia que promueven hábitos alimentarios y estilos de vida saludables.

OBJETIVO:

Evaluar la adherencia a largo plazo de una estrategia de intervención grupal para el tratamiento del sobrepeso y obesidad.

POBLACION:

Pacientes con sobrepeso y obesidad sin complicaciones mayores asociadas, de 6 a 16 años, que asisten a la consulta con los servicios de Alimentación y Nutrición del hospital Garrahan.

MATERIAL Y METODOS:

Se realizó una intervención en forma de taller grupal de 4 encuentros semanales y un seguimiento prospectivo y longitudinal cada tres meses durante 2 años en niños y adolescentes en grupos de menores (6-11 años) y de adolescentes (11.1-16 año de edad). Se analizaron peso, talla y la circunferencia de cintura al inicio, al final de cada taller y el peso y talla en los talleres de mantenimiento trimestrales.

RESULTADOS:

Se analizaron datos de 130 pacientes con una edad media de inicio de 11.2 años (6-16), IMC inicial de 27.7 (+4.1DS). IMC al final del taller grupal 27.2 (+4DS) con p 0.83. Solo el 60 % (78) completo el taller. El 32% (42) concurrió a la primera consulta de mantenimiento trimestral, y al finalizar el primer año solo el 6.2 % continuo el seguimiento. El 1.5 % cumplió con los dos años de seguimiento.

CONCLUSIÓN:

La deserción durante el taller y la fase de mantenimiento en estrategia grupal del tratamiento de obesidad fue muy importante, lo que realiza la necesidad de generar estrategias para aumentar la adherencia (llamados telefónicos, mail, recordatorios gráficos) en el tratamiento de la obesidad.

ALTERACIÓN DE LA DINÁMICA BILIAR EN TRASPLANTADOS HEPÁTICOS PEDIÁTRICOS EN UN CENTRO DE TRASPLANTE. ¿UNA CAUSA DE COLESTASIS CRÓNICA?

TLS 131

Reynoso Lopez V.¹; Mehaudy R.²; Hume Braun I.³;

Mollerach A.⁴; D'agostino D.⁵

HOSPITAL ITALIANO^{1,2,3,4,5}

<patitoreynoso@hotmail.com>

INTRODUCCIÓN:

Las complicaciones biliares luego del trasplante hepático pediátrico aumentan la morbimortalidad de estos pacientes. En estenosis severas, el retrasplante termina siendo la última opción de tratamiento. El estudio de la vía biliar en relación a la eliminación del contraste en el asa anastomótica no ha sido estudiado convenientemente hasta la fecha.

OBJETIVOS:

Determinar la dinámica del flujo biliar en pacientes trasplantados hepáticos con derivación biliodigestiva.

MÉTODOS:

Se evaluaron prospectivamente pacientes trasplantados hepáticos entre Julio 2013-Abril 2014 en un centro de Trasplante. Se incluyeron pacientes con más de 6 meses de trasplante con derivación biliodigestiva, excluyéndose los que presentaron internación durante el último mes y antecedente de lesión en la vía biliar instrumentada con buen drenaje posterior.

Se realizó Centellograma de vías biliares con Tecnecio 99-Mebrofenin, utilizando 50 microcuries/Kg en <50 kg y 3-5 milicuries en >50 kg. Se tomaron imágenes dinámicas

con SPECT hepático e imágenes secuenciales cada hora hasta las 6 horas o mientras se observaba el contraste en la anastomosis biliodigestiva. Tiempo máximo 24 hs.

La población total fue dividida en 2 grupos: G1: sin lesión de la vía biliar y G2: con lesión (estenosis, instrumentación de la vía biliar y reanastomosis). Se comparó el tiempo de permanencia del contraste entre ambos grupos.

RESULTADOS:

Se analizaron 20 pacientes con una mediana de edad 22.5 meses (RIC 8.75-34.75), 50% sexo femenino. Atresia de vías biliares fue la etiología más frecuente (n=14). La mediana de edad al estudio fue de 157.5 meses (RIC 70.25-260.5) y del tiempo del trasplante al estudio: 106.5 meses (RIC 48.5-211.25). La mediana de tiempo de permanencia del contraste en la anastomosis: 165 min (RIC 120-225).

Se encontró una diferencia estadísticamente significativa en la mediana de tiempo de permanencia del contraste entre el G1 (n=12) 120 min (RIC 120-172.5) y G2 (n=8) 300 min (RIC 60-360) (p=0,0028)

CONCLUSIONES:

Pacientes con lesión de la vía biliar presentaron alteración en la dinámica biliar y probablemente un mayor riesgo a futuro con lesión del injerto. Nuevos estudios prospectivos, con análisis multivariado y mayor número de pacientes podrían caracterizar mejor estas diferencias.



UTILIZACIÓN DE BETABLOQUEANTES EN HEMANGIOMAS HEPÁTICOS

RPD 132

Mehaudy R.¹; Boldrini G.²; Reynoso V.³; Sanchez C.⁴

HOSPITAL ITALIANO^{1,2,3,4}
<rominamehaudy@hotmail.com>

Los hemangiomas hepáticos (HH) constituyen un problema de tratamiento cuando se manifiestan en los primeros meses de vida. Varios tratamientos se realizaron con resultados dispares, desde el 2008 el uso de propanolol comenzó a implementarse

OBJETIVO:

Evaluar el tratamiento propanolol en niños con HH.

CASO 1:

Niño de 17 días. No presenta hemangiomas en piel, RMN hepática muestra: lesión hiperintensa en T2 en segmento VI-VII-VIII de 49 mm x 42 mm x 60 mm y otro de 6 mm en segmento VI, 5 mm en segmento V y 6 mm en segmento IV. Diagnóstico de HH Multifocal. Comienza con Propanolol 2 mg/kg/día. A los 9 meses RMN lesiones de iguales características mitad del tamaño de la anterior (29mm x 40 mm).

CASO 2:

Niña de 4 meses, hemangiomas en piel con numerosas lesiones HH RMN: hepatomegalia heterogénea con múltiples imágenes nodulares en ambos lóbulos, hiperintensas en T2. Diagnóstico HH difuso. Tratamiento con propanolol a 2 mg/ kg/ día. A los 12 meses de tratamiento no presenta hemangiomas en piel ni en hígado

DISCUSIÓN:

Evaluar el remplazo de corticoides por propanolol para el tratamiento de HH.

CONCLUSIÓN:

El propanolol resulto ser efectivo, sin efectos adversos, como primera opción terapéutica, contando a la fecha numerosos niños en protocolo, cuyos resultados serán próximamente comunicados

VARIABLES MANOMÉTRICAS Y RESPUESTA AL TRATAMIENTO CON BIOFEEDBACK EN PACIENTES CON MIELOMENINGOCELE

PO 133

**Tarifa C.¹; Bigliardi R.²; Ditaranto A.³; Reynoso R.⁴;
Vidal J.⁵; Toca C.⁶; Varela A.⁷; Perea C.⁸; Salas E.⁹; Vitre I.¹⁰**

HOSPITAL NACIONAL DR. ALEJANDRO POSADAS^{1,2,3,4,5,6,7,8,9,10}
<vero_tarifa@hotmail.com>

INTRODUCCION:

El mielomeningocele(mmc) es un defecto embriológico del tubo neural que produce alteracion de la fusion vertebral y de la piel adyacente.Los trastornos defecatorios, constipacion y/o incontinencia fecal(if),se deben a alteraciones en la motilidad colorectal,disminucion de la sensibilidad anorrectal y disfuncion del esfinter anal.

OBJETIVOS:

Analizar la motilidad rectoanal y evaluar la respuesta al tratamiento con biofeedback en pacientes con mmc e if previamente seleccionados.

POBLACIÓN:

32 pacientes con mmc + if. 16 Varones.Edad media:12,7 años(6 -26).Criterios de inclusion:edad mayor de 6 años,sin retraso madurativo y ano no complaciente.

MATERIALES Y METODOS:

Estudio descriptivo prospectivo.Se realizó manometría anorrectal previo al tratamiento con biofeedback. 5 Pacientes con nivel medular alto(torácico y lumbar alto) y 27 con nivel medular bajo(lumbar medio, lumbar bajo y sacro).

RESULTADOS:

Hallazgos manométricos:reflejo rectoanal inhibitorio(rrai): 25

positivo y 1 negativo.Presión de reposo del canal anal:24 normal, 2 baja(v.N. 35 A 50 mmhg).Presión de contracción:7 positiva,9 débil y 10 negativa(presión positiva cuando alcanza el doble de la presión basal).Reflejo tusígeno: 13 positivo,5 negativo,6 débil.Sensorialidad:14 positiva y 9 negativa(con insuflación hasta 100 cc de aire). Tratamiento(dieta + hábitos + biofeedback):18 lograron continencia total:15 bajos(83%) y 3 altos(17%);4 mejoría parcial:2 altos(50%) y 2 bajos(50%); 2 no respondieron(2 bajos);4 se perdieron y 4 continúan en tratamiento(t.Fisher p:0,2).Con contracción positiva:5 buena respuesta,1 respuesta parcial y 1 mala respuesta.Con contracción negativa:5/8 buena respuesta y 3/8 mejoría parcial. 5/5 Con contracción débil buena respuesta(t.Fisherp:0,4). Sensación positiva:7 buena respuesta(78%) y 2 mejoría parcial(22%). Sensación negativa:6 buena respuesta(67%), 2 mejoría parcial(22%) y 1 sin respuesta(11%).

CONCLUSIÓN:

1)el rrai fue positivo en 25 de 26 pacientes.2) La mayoría de nuestros pacientes tuvieron presiones de reposo del canal anal normales, mientras que la presión de contracción fue negativa o baja en el 76% de los pacientes.3)El nivel de lesión medular, la presión de contracción, y la sensación no fueron útiles para predecir la respuesta al biofeedback.4)El tratamiento combinado de dieta,hábitos y biofeedback fue muy efectivo para el control de la continencia fecal en este grupo seleccionado de pacientes.

Palabras-clave: mielomeningocele, manometria, biofeedback



Por un niño sano
en un mundo mejor

CÁPSULA ENDOSCÓPICA: RÉDITO DIAGNÓSTICO EN UNA POBLACIÓN PEDIÁTRICA

TLS 134

Gonzalez J.1; Waldbaum C.2; Bottero A.3; Busquet L.4; Rocca A.5; Weyersberg C.6; Contreras M.7; Sasson L.8

HTAL. J.P.GARRAHAN¹; HTAL. DE CLÍNICAS JOSÉ DE SAN MARTÍN²;

HTAL. J.P.GARRAHAN^{3,4,5,6,7,8}

<juliglz@yahoo.com.ar>

INTRODUCCIÓN:

La Cápsula endoscópica (CE) constituye un método de diagnóstico , poco invasivo, que permite la valoración completa del intestino delgado, aceptada actualmente en niños mayores de dos años de edad. En la actualidad existen escasos estudios que analizan su utilidad en Pediatría.

OBJETIVO:

Describir la utilidad de la CE para la detección de lesiones de intestino delgado en pacientes pediátricos.

MATERIALES Y MÉTODOS:

Se diseñó un estudio retrospectivo observacional en el Servicio de Gastroenterología de un Hospital de Pediatría . entre abril de 2006 a abril de 2014, fueron analizados 41 pacientes quienes fueron sometidos a video capsula endoscópica. De las historias clínicas se recopilaron datos demográficos y clínicos relevantes.

RESULTADOS:

Fueron incluidos 41 pacientes (21 mujeres 20 varones) , con edad comprendida entre 2 y 21 años (promedio 11.5 años). Del total de procedimientos , solo dos fueron incompletos ,

uno sin pasaje a intestino delgado y el otro sin evidencia de pasaje a ciego (retención de cápsula).

Las indicaciones de la CE fueron: Síndrome de Peutz Jeghers 9 (22%) , Sospecha de Enfermedad de Crohn 8 (19%) , HDO 7 (17%), Control de Enfermedad de Crohn 5 (12%), Control de Poliposis Juvenil 4 (10%), Síndrome de Bean 4 (10), Dolor abdominal 1 (2,5%), Anemia 1 (2,5%), Melena 1 (2,5%) y Hematoquezia 1 (2,5%).

La CE demostró hallazgos positivos en 33 pacientes (80%). Entre estos, Pólipos múltiples 10 (30 %), Úlcera 8 (24%), Hiperplasia nodular linfóide 8 (24%), Malformación vascular 7 (21%), signos de inflamación 4 (12%), Divertículo de Meckel 2 (6%), Pólipo único 1 (3%), Duplicación intestinal 1 (3%), Páncreas ectópico 1 (3%). Cabe destacar que existieron cuatro pacientes con más de una lesión. Sangrado activo sólo en un 21%.

En cuanto a la localización de las lesiones, en los pacientes con hallazgos positivos , se encontró que los sitios más frecuentes fueron, yeyuno e ileon (80%). El resto se ubicaban en colon, duodeno, estómago y pouch en orden decreciente.

CONCLUSIÓN:

En la actualidad, la cápsula endoscópica resulta un método útil, seguro y con alto rendimiento diagnóstico en la población pediátrica, para el reconocimiento de lesiones del intestino delgado en patologías en las cuales se sospecha compromiso del mismo, permitiendo modificar conductas terapéuticas.

DATOS NUTRICIONALES PRELIMINARES DE UNA COHORTE EN SEGUIMIENTO DE PACIENTES CON EPILEPSIA REFRACTARIA EN TRATAMIENTO CON DIETA CETOGENICA

RPD 135

Armeno M.1; Agostinho A.2; Mestre G.3; Cresta A.4; Caraballo R.5

HOSPITAL J.P.GARRAHAN^{1,2,3,4,5}

<mlarmeno@gmail.com>

INTRODUCCIÓN:

La Epilepsia es una enfermedad originada en la corteza cerebral que genera predisposición a convulsiones. La dieta cetogenica, de eficacia comprobada, constituye la alternativa terapéutica no farmacológica mas importante en la actualidad. Existen pocos estudios que valoren el impacto de la misma sobre el aspecto clínico y nutricional de los pacientes más allá de su efecto sobre las convulsiones.

OBJETIVO:

Describir las características del estado nutricional en un grupo de niños y adolescentes con Epilepsia Refractaria al tratamiento en seguimiento en un Hospital pediátrico de alta complejidad.

POBLACIÓN, MATERIAL Y MÉTODOS:

Se describira un grupo de 50 niños y adolescentes entre 2 y 18 años con Epilepsia Refractaria derivados al Hospital J P Garrahan que iniciaron tto con DC en sus dos variantes (dieta cetogenica clasica y Dieta modificada de Atkins) entre junio del 2012 y junio 2014 como parte de un estudio cuasi-

experimental, antes-después, prospectivo, longitudinal que se lleva a cabo en nuestro hospital. Se analizaran variables relacionadas al tipo de epilepsia, al control de convulsiones, al estado nutricional previo al inicio de la dieta cetogenica.

RESULTADOS:

Hasta el momento iniciaron tratamiento con DC un total de 50 pacientes (45 DC Clásica-5 DAM), 56 %varones - 44% mujeres, con una mediana de edad de 7.05 años (rango 1.2-18.3). La mediana del peso en kg fue de 18.7 (10.1-63), la de talla 114.02 cm (79-157) y la de IMC de 16.2 (10.6-25.9). El 80 % (40) realizan el tratamiento con dieta via oral, un 12 % por SNG o gastrostomia con formula especial, y 8% ambas modalidades. El 50 %(25) de los pacientes al comienzo del tratamiento eran eutrofos, un 24 % (12) presentaba desnutricion y un 26% (13) sobrepeso u obesidad. Un 10 %(5) presento anemia y un 30 % (9) insuficiencia de vitamina D.

CONCLUSIONES:

Dado el incremento en la indicacion de la Dieta cetogenica en pacientes con epilepsia refractaria es de fundamental importancia conocer las características nutricionales y antropometricas de dicha población previos y durante dicho tratamiento para asegurar un crecimiento adecuado en nuestros pacientes.



SÍNDROME DE POLIPOSIS EN PEDIATRÍA: EXPERIENCIA DE 21 AÑOS

TLS 136

**Contreras M.¹; Sambuseti E.²; Rocca A.³;
Weyersberg C.⁴; Busquet L.⁵; Bottero A.⁶; Neder M.⁷;
Gonzalez J.⁸; Sasson L.⁹**

SERVICIO GASTROENTEROLOGIA HOSPITAL GARRAHAN^{1,2,3,4,5,6,7,8,9}
<contreras118@hotmail.com>

INTRODUCCIÓN:

Los Síndromes de Poliposis comprenden un grupo de condiciones en los que se desarrollan numerosos pólipos gastrointestinales, son hereditarios y presentan riesgo elevado de cáncer colorectal. Es frecuente la coexistencia de manifestaciones Extraintestinales y mayor incidencia de cáncer extradiagnóstico. Hay pocos trabajos en pediatría sobre diagnóstico, tratamiento y seguimiento en este grupo etario.

OBJETIVO:

Establecer la presentación, diagnóstico, tratamiento y seguimiento de los Síndromes.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Estudio retrospectivo, observacional. Se revisaron historias clínicas de pacientes con Poliposis Adenomatosa familiar (PAF), Peutz Jeghers (PJ) y Poliposis Juvenil Coli (PJC) diagnosticados entre 1992 a 2013 en un hospital pediátrico de alta complejidad. Se evaluó sexo, edad al diagnóstico, motivo de consulta, antecedentes familiares, manifestaciones extraintestinales (ecografía abdominal, tiroidea, ginecológica, testicular, Rx huesos largos, calota y mandíbula), hallazgos endoscópicos (VEDA y VCC), histológicos, tránsito intestinal, cápsula endoscópica, tratamiento y control evolutivo.

RESULTADOS:

Síndrome PAF: 19p (13 varones). Edad Media al diagnóstico:

11 años (1-17a) 14p tenían antecedentes familiares y 4/19p PAF atenuada. Consulta inicial: 8p catastro familiar, 9p proctorragia, 1p fibromatosis de mesenterio, 1p anemia severa y 1p manifestaciones extraintestinales (Sme Gardner). 7/19p se encontró (osteomas 3p, quiste epidermis 1p y 3p fibromatosis). A 17/19p se les hizo colectomía (12p colectomía total con Pouch ileal, 1p anastomosis ileoanal y 4p anastomosis ileoanal). Síndrome PJC: 18p (10 varones). Edad Media al dx: 5 años (6m-14 a) 4p por antecedentes familiares. Consulta Inicial: 15p proctorragia, 4p anemia severa y 3p enteropatía perdedora de proteínas. Se hizo VEDA: 4p pólipos sésiles hiperplásicos y VCC: 6p pólipos sésiles y pediculados múltiples, 12p pólipos pediculados tipo histológico juvenil y 1p área adenomatosa. (4p se colectomizaron). Síndrome PJ: 12p (5 varones). Edad Media dx: 8 años (2-17a). 6p con antecedentes familiares. Motivo de consulta: 5p catastro familiar, 3p Invaginación intestinal, 6p anemia, 8p manchas melánicas y 5p proctorragia. VEDA: Pólipos sésiles y pediculados en esófago en 3p, 9p estómago y 1p en duodeno. VCC en 11p pólipos pediculados. La cápsula endoscópica en 10p (7p presentaron pólipos yeyuno-ileales). Enteroscopia con balón en 4p y 3p laparotomía por Invaginación intestinal con resección de pólipos. Evolución: 1p presentó cáncer germinal de testículo, 4p microcalcificaciones testiculares y 1p quiste tiroideo.

CONCLUSIONES:

Dado la herencia autonómica dominante de estos Síndromes, la presencia de síntomas digestivos y/o extraintestinales a temprana edad y la posibilidad de patología tumoral, es necesario considerar la endoscopia digestiva, la cápsula endoscópica y estudios por imágenes tanto al diagnóstico como durante el seguimiento.

MANOMETRÍA DE ALTA RESOLUCIÓN EN PEDIATRÍA. A PROPÓSITO DE UN CASO

PO 137

**Kakisu M.¹; Rocca A.²; Ramos R.³; Weyersberg C.⁴;
Sasson L.⁵**

CLINICA COLON¹; HOSPITAL DE PEDIATRÍA J.P. GARRAHAN²; HOSPITAL EL CRUCE³; HOSPITAL DE PEDIATRÍA J.P. GARRAHAN^{4,5}
<chisaekakisu@hotmail.com>

INTRODUCCION.

La manometría de alta resolución (MAR) permite una nueva clasificación de los trastornos motores esofágicos en la edad adulta. Sólo existen experiencias preliminares en la población pediátrica.

OBJETIVO.

Mostrar la utilidad de la MAR en el diagnóstico de los trastornos motores en pediatría.

MATERIAL Y METODO.

Revisión de la historia clínica de un paciente con síntomas compatibles con trastorno de la motilidad esofágica.

RESULTADO.

Paciente de sexo femenino de 15 años de edad con diagnóstico de displasia cortical, acalasia cricofaríngea y enfermedad por reflujo gastroesofágico (ERGE). Desde el nacimiento presenta vómitos, ahogos durante y fuera de la alimentación, y neumonías a repetición. Estudios realizados en otro centro: videodeglución (VDG) sin pasaje de contraste a vía aérea, apertura intermitente del cricofaríngeo, videoesofagogastroduodenoscopia (VEDA) con esofagitis. Se realizan tres dilataciones del cricofaríngeo. Inicia tratamiento antireflujo

con mejoría clínica pero recaída al suspender. A los seis años, ante la persistencia de manifestaciones digestivas y respiratorias, con phmetría de 24 horas patológica se indica funduplicatura de Nissen. Phmetría postquirúrgica normal. Resuelve los síntomas de ERGE.

Consulta actual (15 años): síntomas intermitentes de disfagia, dolor torácico y pirosis. VDG: apertura incompleta del cricofaríngeo que no mejora con nueva dilatación. Phmetría con impedanciometría normal. VEDA sin lesión endoscópica, biopsias sin infiltrado de eosinófilos. Se realiza MAR que informa: Esfínter esofágico superior: coordinación normal, relajación adecuada y presiones basales normales. Cuerpo esofágico con amplitud de la onda muy aumentada, más de una deglución con DCI (integral de contracción distal) > a 8000 mmHg/seg/cm (normal 5000-8000). Duración promedio aumentada de las ondas, en esófago inferior. Peristalsis conservada, contracciones aperistálticas en el 20%. Esfínter esofágico inferior: relajación completa en el 70% de las degluciones y presión de reposo levemente aumentada, igual que el IRP (presión de relajación integrada) 19 (normal hasta 17). Hallazgos compatibles con esófago hipercontráctil o de Jackhammer, los cuales pueden ser debidos a obstrucción del tracto de salida por funduplicatura previa.

CONCLUSION.

La MAR se abre como una herramienta útil de diagnóstico, no sólo para clasificar los trastornos motores primarios esofágicos, sino para comprender la fisiopatología de los síntomas persistentes luego de una funduplicatura.



ESOFAGITIS EOSINOFILICA. EXPERIENCIA EN UN CENTRO PEDIATRICO

RPD 138

Chereau C.¹; Balcarce N.²; Beltramone M.³; Bernedo V.⁴; Besga A.⁵; Borobia P.⁶; Corfield E.⁷; Gonzalez T.⁸; Guzman L.⁹; Lucero N.¹⁰; Luque C.¹¹; Manterola M.¹²; Menendez L.¹³; Miculan S.¹⁴; Nanfita G.¹⁵; Zubiri C.¹⁶; Ben R.¹⁷

HOSPITAL SOR MARIA LUDOVICA LA PLATA^{1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17}
<clarachereau@gmail.com>

INTRODUCCIÓN:

La esofagitis eosinofílica (EoE) es una enfermedad esofágica crónica, inmunomediada que ha aumentado su prevalencia en los últimos años. Se caracteriza clínicamente por síntomas relacionados con disfunción esofágica e histológicamente por inflamación a predominio eosinofílico.

OBJETIVOS:

Analizar las características epidemiológicas, clínicas, diagnósticas y terapéuticas de pacientes pediátricos con diagnóstico de EoE

POBLACIÓN, MATERIAL Y MÉTODOS:

Estudio descriptivo, donde se analizaron en forma retrospectiva las historias clínicas de los pacientes diagnosticados con EoE entre el periodo de Enero 2008 y Marzo 2014, en nuestro centro asistencial. El diagnóstico fue realizado en base a la clínica de los pacientes, sus antecedentes personales y familiares, y finalmente con una VEDA con toma de biopsias. Se definió histológicamente a la EoE, por la presencia de un recuento de eosinófilos (Eo) mayor a 15/campo de gran aumento (CGA).

RESULTADOS:

Se encontraron 5 pacientes que presentaron los criterios diagnósticos durante ese periodo. Todos fueron masculinos con una media de edad de 10 años (rango de edad:7-13). Forma de presentación: síntomas de reflujo gastroesofágico (RGE) (5/5), dolor epigástrico (3/5), disfagia (2/5) y atascamiento (1/5). Antecedentes de Asma (4/5) y alergia (2/5). Eosinofilia periférica (3/5). Esofagograma normal (5/5). A 3 pacientes se les realizó Ph-Impedanciometría resultando patológica en todos los casos. Hallazgos endoscópicos: surcos longitudinales (3/5), pérdida del patrón vascular (2/5), fragilidad de la mucosa (2/5). Hallazgos histológicos: 5/5 más de 15 Eo/CGA, hiperplasia de células basales (3/5), microabscesos eosinofílicos (2/5). Todos los pacientes fueron tratados con corticoides tópicos-deglutidos (Fluticasona 440 mcg/d o Budesonide oral 1mg/d mas sucralosa) y al no observar respuesta recibieron corticoides sistémicos (Meprednisona 1mg/kg/d, máximo 40 mg/d) por vía oral. Evolución: pacientes asintomáticos (5/5), 3 con histología normal, 1 histología patológica y a 1 no se le realizó nueva biopsia.

CONCLUSIÓN:

La EoE ha presentado un aumento en su prevalencia, y debe ser considerada un importante diagnóstico diferencial en pacientes con esofagitis por reflujo. Debe sospecharse principalmente en niños varones con síntomas de RGE de difícil manejo, generalmente con un componente atópico asociado. El tratamiento médico parece prometedor, pero se necesitan más estudios sobre la evolución a largo plazo.

TUMOR RECTAL DE ORIGEN MESENQUIMATOSO EN PEDIATRÍA. PRESENTACIÓN DE UN CASO

PO 139

Barboni F.¹; Paredes N.²; Hernanz P.³; Oller A.⁴; Roldán O.⁵; Ferreyra M.⁶; Peynado D.⁷; Grinblat V.⁸

SANATORIO DEL SALVADOR^{1 2 3 4 5 6 7 8}
fabriciobarboni@hotmail.com

INTRODUCCIÓN:

Los tumores gastrointestinales mesenquimatosos incluyen los tumores del estroma gastrointestinal (GIST), leiomiomas, leiomiomasarcomas y schwannomas. Las manifestaciones clínicas son: sangrado digestivo, dolor y anemia.

Los más frecuentes son los GIST (0,02 por millón de niños menores de 14 años), de predominio femenino y en la 2ª década de la vida, con comportamiento agresivo en un 50 % de los casos. Los schwannomas son tumores benignos infrecuentes de buen pronóstico y de crecimiento lento que pueden confundirse con los GIST. La localización más común es estómago (80%).

OBJETIVO:

Presentar un caso pediátrico de schwannoma rectal en el contexto de una hemorragia digestiva baja destacando la importancia de la inmunohistoquímica (IHQ) en el diagnóstico.

CASO CLINICO:

Niña de 11 años, sin antecedentes patológicos que ingresa por proctorragia de 2 meses de evolución, dolor anal, astenia y anorexia.

EF: IMC 14 kg/m2. Palidez generalizada, soplo sistólico 2/6 en foco mitral, taquicardia. No visceromegalias. Al examen proctológico, tumoración dura de 5 cm de diámetro, a 1 cm de margen anal.

Laboratorio: Hto 25 %. Hb 7.5 g/dl. APP 87%. KPTT: 37 segun-

dos. Transfusión de GRS.

Fibrocolonoscopia: tumor duro, de 4.5 cm, sésil, adherencia a pared rectal en hora 1. Sangrado en base. Resto de recto libre. Se toma biopsia que informa: lesión de origen mesenquimal, células fusadas, núcleos elongados, baja actividad mitótica (1/50 campos), citoplasma eosinófilo. Bordes expansivos, hemorragias. Superficie de lesión ulcerada. Compatible con GIST. Se solicita IHQ.

RMN: lesión de 45 x 30 x 35 mm. Márgenes netos, sin cambios luego de inyección de contraste. En cara anterior de recto y posterior de vagina. Sin linfadenomegalias.

Cirugía: se realiza ligadura de vasos con disección de base y exéresis tumoral, la cual es redondeada, sésil de 50x 50x 50 mm, unida a pared rectal en hora 1.

IHQ: CD117 (-). CD34 (+). S 100(+). ACTINA ESPECIFICA ML (-). KI-67 2%.

Diagnóstico de egreso:

Sindrómico: Proctorragia. Síndrome anémico. Tumor rectal. Desnutrición.

Anatomopatológico: Schwannoma rectal.

CONCLUSIÓN:

La rareza de la localización rectal sumado a la mayor frecuencia de los GIST entre los tumores de origen mesenquimatoso puede llevar a un enfoque diagnóstico y terapéutico inapropiado, lo que aumenta la necesidad de establecer la sospecha de schwannoma ante un paciente con proctorragia, ya que son benignos y de buen pronóstico, incluso cuando se tratan mediante enucleación. El diagnóstico diferencial se basa en la morfología, la inmunohistoquímica, y en caso de ser necesario, el estudio molecular.



MOTILIDAD RECTOANAL Y RESPUESTA AL TRATAMIENTO CON BIOFEEDBACK EN PACIENTES CON MALFORMACIONES ANORRECTALES

Tarifa C.¹; Bigliardi R.²; Ditaranto A.³; Ortiz G.⁴; Reynoso R.⁵; Vidal J.⁶; Messere G.⁷; Silvestri G.⁸; Kahane V.⁹; Toca C.¹⁰; Varela A.¹¹; Noriega S.¹²

HOSPITAL NACIONAL DR. ALEJANDRO POSADAS^{1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12}

<vero_tarifa@hotmail.com>

INTRODUCCION

Las anomalías anorrectales son malformaciones anatómicas infrecuentes, cuya prevalencia es de 1:4000 a 1:5000 n vivos. Constipación e incontinencia fecal se producen en la mayoría de los pacientes con malformaciones. Hay pocos reportes en la bibliografía sobre estudios manométricos y tratamiento con biofeedback en pacientes malformados

OBJETIVOS

- 1) Evaluar la funcionalidad anorrectal en una etapa alejada de su cirugía, mediante manometría anorrectal.
- 2) Valorar la respuesta a dieta, entrenamiento de hábitos evacuatorios y/o biofeedback.

MÉTODOS

Se realizó manometría anorrectal a 34 pacientes mayores de 6 años con malformación anorrectal operada con técnica de peña y tratamiento combinado a 29. Edad: 6 a 17 años (media: 8,05 años). Malformaciones altas en 13 pacientes (38%), bajas en 14 (41%) y cloacas en 7(21%).

RESULTADOS

El promedio de las presiones de reposo del canal anal de los

TLS 140

pacientes con lesiones altas fue de 25,5 mmhg y con lesiones bajas 29.8 MmHg. El tratamiento combinado de dieta, hábitos y biofeedback logró continencia total en 20 pacientes (4 cloacas, 11 altas, 5 bajas), continencia parcial en 2 (2 bajas) y sin respuesta en 6 (5 bajas y 1 cloaca); 3 pacientes continentes solo con hábitos (t.Fisher:0,1). 65% Reflejo rectoanal inhibitorio (rrai) positivo: malformaciones-altas positivo (+) en 7 y negativo (-) en 6. En cloacas (+) en 3, (-) en 3 y dudoso en 1. En bajas 12(+), 1(-) y 1 dudoso. De 20 con continencia total, el rrai fue (+) en 11, (-) en 7 y dudoso en 2. Mejoraron parcialmente 2 con reflejo (+). Los 6 incontinentes tuvieron rrai (+) en 5 y (-) en 1. De 20 pacientes con continencia total, 11 tenían presión de reposo del canal anal normal y 9 baja. La presión de contracción fue (+) en 29 y (-) en 4, considerándose positiva cuando alcanza el doble de la presión basal.

CONCLUSIONES

- 1) El RRAI fue (+) en la mayoría de las malformaciones bajas, mientras que en las altas y las cloacas solo la mitad fueron (+).
- 2) La presencia de rrai y la presión de reposo del canal anal, no fueron útiles para predecir la respuesta al tratamiento.
- 3) La altura de la malformación no fue significativa para determinar la respuesta al tratamiento.
- 4) El tratamiento combinado de dieta, hábitos defecatorios y biofeedback fue efectivo para el control de la continencia fecal en nuestra población

ULCERA GÁSTRICA POR *HELICOBACTER PYLORI* EN LACTANTE MENOR DE 2 MESES, REPORTE DE UN CASO CLINICO

Padilla Arancibia M.¹; Toapanta D.²; Quintana C.³

HTAL PEDRO DE ELIZALDE^{1 2 3}

<lalpesa@hotmail.com>

RESUMEN:

El *Helicobacter pylori* es una bacteria, capaz de lesionar y radicar en la mucosa gástrica gracias a la presencia de adhesinas, afecta la integridad de la mucosa mediante la producción de proteasa, lipasa y el mayor factor de virulencia es la producción de citotoxinas vacuolizante. La infección por *Helicobacter pylori* tiene distribución mundial, en especial en países en vías de desarrollo. La vía de contagio más frecuente es la fecal-oral y oral-oral. Es poco frecuente en pediatría, la infancia es considerada como el periodo de adquisición, durante el primer año de vida un factor importante es la presencia de madres o familiares infectados. Los síntomas más frecuentes son dolor abdominal recurrente, epigastralgia, vómitos, anorexia, hemorragia Digestiva alta, ocasionalmente síntomas de enteropatía perdedora de proteínas, reflujogastroesofágico. El método diagnóstico más preciso es la endoscopia digestiva alta y biopsia. Existen otros métodos diagnósticos no invasivos, el más usado antígenos en materia fecal el cual cuenta con alta sensibilidad y especificidad. El tratamiento se realiza en base a inhibidores de la bomba de protones, antibióticos y antiulcerosos. Caso Clínico Paciente masculino, nacido de término, con peso adecuado a edad gestacional, alimentado con fórmula de inicio, madre VDRL +, recibió tratamiento incompleto, por sífilis congénita recibió tratamiento con Penicilina 10 días. presenta

RPD 141

antecedente de internación, a la edad de 1 mes y 13 días por desnutrición, anemia, sospecha de sepsis, hipoglucemia, enfermedad metabólica en estudio, hemorragia digestiva alta, sospecha APLV. Recibió tratamiento con meropenem y vancomicina por 7 días, hidrolizado proteico. A la edad de 1 mes y 28 días consulta en nuestro Hospital, por deposiciones melénicas, se interna con diagnóstico de hemorragia digestiva alta, sospecha de APLV, enf. metabólica en estudio. Al examen físico se encontraba clínica y hemodinámicamente compensado, eupneico, abdomen blando depresible, indoloro. Laboratorio Hto 26,4 %, Hb8,5 g/dl, GB10.5x10⁹/L, PL 585 x 10⁹/L. Inicio tratamiento con omeprazol. Se realiza Endoscopia Digestiva Alta, observándose estómago con puntillado escarlatiniforme en cuerpo, Antro: entre piloro y curvatura menor se observa ulcera pequeña de 2 mm. Informe Histopatológico: gastritis crónica corpo-antral en actividad de grado leve a moderado, por *Helicobacter pylori*, se agrega tratamiento antibiótico. Presento buena evolución, sin signos de hemorragia digestiva alta, se diagnóstico de Enfermedad de Jarabe de Arce, no se reporta afección al tracto gastrointestinal. es derivado a centro especializado en errores congénitos del metabolismo.

COMENTARIO

Al ser la infección por *Helicobacter pylori* una enfermedad cosmopolita y de predominio de países en vías de desarrollo, la enfermedad ulcero péptica es poco frecuente en la infancia, se debe tener presente la signostomatología sugestiva, para llegar a un diagnóstico oportuno y preciso



Por un niño sano
en un mundo mejor

TRATAMIENTO DE STATUS EPILÉPTICO REFRACTARIO CON DIETA CETOGENICA. PRESENTACIÓN DE UN CASO

RPD 142

De Grandis E.¹; Rubio M.²; Colazo P.³

HOSPITAL DE NIÑOS DE LA SANTÍSIMA TRINIDAD^{1,2,3}
<esdegrandis@msn.com>

INTRODUCCION.

La dieta cetogénica produce como respuesta un estado de cetosis crónica que imita los efectos del ayuno mientras provee al paciente de suficientes calorías y otros requerimientos para mantener su estado nutricional. Se describe que el aumento de las reservas de energía que ocurre en el tejido cerebral cetogénico podría ser el factor más importante en el aumento de la estabilidad neuronal y en la resistencia a las convulsiones que se observan durante la cetosis crónica.

OBJETIVO.

Presentar el caso de un paciente con status epileptico refractario al tratamiento convencional que revierte con dieta cetogénica.

CASO CLÍNICO.

Un niño de 7 años previamente sano, sufre un episodio de convulsión tónico-clónica generalizada que requiere su internación. Se realiza tomografía axial computada de cerebro y punción lumbar normal; test para procesos bacterianos, virales, inmunológicos en sangre y líquido cefalorraquídeo negativos. Se interna en terapia intensiva. Luego del episodio convulsivo queda con vigilia deteriorada que progresa a

coma profundo que requiere asistencia respiratoria mecánica y se reinician las convulsiones. Las mismas no ceden con medicación anticonvulsivante. Permanece 6-7 días en status epiléptico, con controles de electroencefalograma anormal. RNM de cerebro con lesiones difusas en sustancia gris. Por refractariedad de las convulsiones al tratamiento endovenoso convencional se inicia dieta cetogénica: fórmula por sonda nasogástrica. En la primera semana de dieta, se observa mejoría clínica y electroencefalográfica; se rotan progresivamente anticonvulsivantes de infusión continua endovenosa a intermitente por vía enteral. Se llega al diagnóstico de encefalopatía autoinmune. En 9 meses de evolución y tratamiento no ha repetido crisis clínicas o en el EEG.

RESUMEN Y CONCLUSIONES.

El paciente presenta en buena respuesta a la incorporación de dieta cetogénica en un cuadro de encefalopatía y status epiléptico que se sostiene a los 9 meses de tratamiento. La dieta cetogénica es una opción terapéutica para aquellos pacientes críticos con status convulsivo refractario al tratamiento farmacológico convencional.

ANEMIA MEGALOBLÁSTICA Y DESHIDRATACIONES GRAVES, MANIFESTACIONES DE UNA ENFERMEDAD METABOLICA INFRECIENTE. PRESENTACIÓN DE UN CASO.

RPD 143

De Grandis E.¹; Dujé M.²; García G.³

HOSPITAL DE NIÑOS DE LA SANTÍSIMA TRINIDAD^{1,2,3}
<esdegrandis@msn.com>

INTRODUCCION.

La hiperhomocisteinemia es una enfermedad producida por un fallo en el metabolismo de la metionina. Existen 3 formas según la alteración enzimática. La más frecuente 1/300.000 se manifiesta en mayores de 3 años con retraso de crecimiento y desarrollo, alteraciones oculares, esqueléticas y eventos tromboembólicos. Otra variante se presenta con alteraciones neurológicas. La forma menos frecuente presenta vómitos, rechazo alimentario, pancitopenia, anemia megaloblástica, retraso del desarrollo.

OBJETIVO.

Presentar un caso de hiperhomocisteinemia, una metabolopatía de baja frecuencia.

CASO CLÍNICO.

Un niño nacido a término con antropometría normal, requirió 5 internaciones entre los 3 y 7 meses de vida por vómitos, deshidrataciones graves, anemia, retraso psicomotor, e infecciones recurrentes. Tenía una hermana de 3 años sana y no se referían en la familia antecedentes de importancia. El estado nutricional se deterioró progresivamente. Entre

los estudios realizados durante las diferentes internaciones se hallaron en los métodos complementarios: pancitopenia, perfil de dotación de hierro normal y ácido fólico bajo. En punción biopsia de médula ósea se observaron megaloblastos como único hallazgo anormal. Entre otros estudios se describieron poblaciones linfocitarias e inmunoglobulinas normales, vitamina B12 normal y serología para HIV negativa. Se inicia evaluación para enfermedades metabólicas. Se realizaron tratamientos de sostén y administración parenteral de vitamina B 12 y ácido fólico. El paciente fallece a los 7 meses de edad por un cuadro de shock séptico por *Klebsiella pneumoniae*. Posteriormente a su fallecimiento se recibe un informe del laboratorio de enfermedades metabólicas con diagnóstico de hiperhomocisteinemia. Se planifican estudios genéticos y metabólicos en la familia.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES.

El diagnóstico en el paciente fue difícil debido a la inespecificidad de los síntomas y la baja frecuencia de esta variante de la enfermedad. Se debe considerar el diagnóstico de hiperhomocisteinemia en niños con retraso del crecimiento y desarrollo, asociado a síntomas inespecíficos como, anemia, vómitos y rechazo alimentario



NUTRICIÓN ENTERAL AMBULATORIA (NEA) EN PACIENTES PEDIÁTRICOS CON CARDIOPATÍAS EN AUTO CUIDADO DOMICILIARIO

RPD 144

Bouquet M.¹; Sosa P.²; Eiberman G.³; Mougel C.⁴;

Fariáz Saenz M.⁵; Palacios Porta F.⁶

HOSPITAL NACIONAL A POSADAS^{1 2 3 4 5 6}

<ceciliabouquet@hotmail.com>

La incidencia de cardiopatías congénitas (CC) en nuestro país es de 5 a 8 cada mil RNV. Presentan trastornos nutricionales por múltiples mecanismos que impactan en el crecimiento. Muchos pacientes requieren frecuentemente NEA como parte de su tratamiento.

OBJETIVO:

Ver características poblacionales, diagnósticos de patología de base, indicaciones del soporte, grado de aceptación familiar, complicaciones y respuesta en niños con cardiopatía congénita al tratamiento con SNE, en un hospital nacional.

POBLACIÓN Y MÉTODO:

Niños con CC, a los que se les indique NEA, desde 1 de enero de 2012 hasta el 30 octubre de 2013, tiempo mínimo de seguimiento de 3 meses. Trabajo prospectivo, observacional.

RESULTADOS:

n 35. Edad meses m: 4, med: 3 (min 0.5, max 18), 14 fem (40%).

Dx principal: c/ hiperflujoacianótico 22 (63%), cianótico 2 (6%), c / normo/o hiporflujo cianótico 3 (9%), acianótico 8 (23 %)

13 dx secundario: 12, sdr. Down, 1 secular respiratorio. Indicación de soporte: 3 (9%) por trastorno deglutorio, 32 (91%) por aporte insuficiente. Vía de administración: 15 (43%) SNG y 20 (57%) SNG v.oral.

Dx nutricional: emaciados 22 (63%), 5 acortados (14 %) eutróficos 8 (23 %).

Aceptación: 26% buena, regular 6% y 68 % no consta registro.

Complicaciones: salida de la sonda 25 %

Respuesta al soporte nutricional: n 25 Analizando la comparación de mediana de peso y talla, entre los tiempos 0, 1 mes y 3 meses, la intervención nutricional muestra una diferencia estadísticamente significativa en al menos una de sus comparaciones con $p < 0.0001$ (test de friedman)

CONCLUSIONES:

Los niños con CC, presentan complicaciones en su nutrición y el SNE muestra una respuesta bien aceptada, con pocas complicaciones y con muy buena respuesta en su recuperación nutricional

ÍNDICE DE PARTICIPACIONES CIENTÍFICAS

APELLIDO	NOMBRE	FUNCIÓN	DÍA	HORA	SALÓN	TÍTULO
A						
ABEYA GILARDON	Enrique	Coordinador	14	11:30 a 13:10	Petit Doree	Diagnóstico de situación nutricional en Argentina: enfoque desde diferentes ámbitos
ABEYA GILARDON	Enrique	Panelista	14	11:30 a 13:10	Petit Doree	Diagnóstico de situación nutricional en Argentina: enfoque desde diferentes ámbitos
AFAZANI	Adriana	Coordinadora	15	11:20 a 12:20	Monet	Hepatología, cuidando al niño con enfermedad hepática
AGUSTINHO	Ariela	Secretaria	14	17:15 a 18:45	Doree	Masa ósea en la infancia: nuevos conocimientos
ALBERTI	María Julia	Panelista	15	11:30 a 13:00	Doree	¿Dietas especiales como estrategias terapéuticas o electivas?
ALONSO	Guillermo	Panelista	15	11:20 a 12:20	Monet	Hepatología, cuidando al niño con enfermedad hepática
ALVAREZ	Fernando	Conferencista	14	18:00 a 18:30	Pigalle	Enfermedad inmunológica con compromiso hepático en pediatría
ALVAREZ	Fernando	Panelista	15	9:00 a 11:00	Pigalle	Progresos en la investigación
ALVAREZ	Fernando	Conferencista	16	12:45 a 13:15	Pigalle	Nuevos tratamientos para la hepatitis autoinmune, del modelo animal a la práctica clínica
ANDRÉS	María Eugenia	Coordinadora	13	8:00 a 18:30	Auditorio	Gastroenterología, hepatología y nutrición
ARANZAMENDI	Roberto	Coordinador	13	16:25 a 17:30	Auditorio	Actualización de pruebas y métodos de estudios
ARAUJO	María Beatriz	Coordinadora	13	14:00 a 15:05	Auditorio	Fibrosis quística de páncreas: el desafío permanente
ARAUJO	María Beatriz	Panelista	14	13:15 a 14:15	Monet	Almuerzo hepatoprotector, ¿qué onda?
ARAUJO	María Beatriz	Coordinadora	14	17:15 a 18:45	Petit Doree	Dislipidemia en pediatría: "hacia la construcción de un consenso"
ARAUJO	María Beatriz	Discutidora	15	14:00 a 15:30	Petit Doree	Recorrida de pósters digitales
ARIAS	Lilia	Panelista	13	11:15 a 12:20	Auditorio	Colestasis crónica desde el neonato al adolescente. Diagnóstico y evolución al largo seguimiento
ARMENO	Marisa Laura	Panelista	13	16:25 a 17:30	Auditorio	Actualización de pruebas y métodos de estudios
ARMENO	Marisa Laura	Panelista	15	8:30 a 10:00	Doree	Controversias sobre cirugía bariátrica en la obesidad mórbida
B						
BAI	Julio	Panelista	15	14:30 a 16:30	Pigalle	Enfermedad celíaca, la enfermedad prevalente
BALBI	Viviana	Panelista	15	8:30 a 10:00	Petit Doree	Educación terapéutica en la enfermedad crónica nutricional: hacia el empoderamiento del paciente
BARBEITO	Susana	Panelista	13	14:00 a 15:05	Auditorio	Fibrosis quística de páncreas: el desafío permanente



Sociedad Argentina de Pediatría

Dirección de Congresos y Eventos

Comités Nacionales de Gastroenterología, Hepatología y Nutrición Pediátricas

APELLIDO	NOMBRE	FUNCIÓN	DÍA	HORA	SALÓN	TITULO
BASTIANELLI	Cinthia	Coordinadora	14	13:15 a 14:15	Rodin	Almuerzo Grupo de Trabajo de Alergia
BEN	Ricardo	Panelista	15	18:45 a 20:15	Auditorio	Endoscopia
BENEDETTI	Laura	Coordinadora	15	11:20 a 12:20	Renoir	Gastroenterología, ampliando el horizonte
BENEGAS	Miguel	Secretario	16	10:00 a 1:30	Auditorio	Soporte nutricional en el paciente crítico
BIGLIARDI	Román	Coordinador	14	16:45 a 17:45	Renoir	Trastornos de la Motilidad
BILDER	Claudio	Panelista	15	11:20 a 12:20	Renoir	Gastroenterología, ampliando el horizonte
BISIGNIANO	Liliana	Panelista	16	11:20 a 12:30	Monet	Hepatología, la opción final. Trasplante hepático
BOGGIO MARZET	Christian	Coordinador	15	13:15 a 14:15	Renoir	Almuerzo, mejorando el dolor y la función intestinal. ¿Dónde está la magia?
BOLDRINI	Gustavo	Panelista	13	16:25 a 17:30	Auditorio	Actualización de pruebas y métodos de estudios
BOLDRINI	Gustavo	Coordinador	15	11:20 a 12:20	Monet	Hepatología, cuidando al niño con enfermedad hepática
BOROBIA	Paula	Coordinadora	14	13:15 a 14:15	Auditorio	Presentación de casos clínicos de endoscopia
BOTTERO	Adriana	Coordinadora	15	14:30 a 16:30	Pigalle	Enfermedad celiaca, la enfermedad prevalente
BOYER	Patricia	Panelista	14	17:15 a 18:45	Doree	Masa ósea en la infancia: nuevos conocimientos
BRASESCO	Oscar E.	Panelista	15	8:30 a 10:00	Doree	Controversias sobre cirugía bariátrica en la obesidad mórbida
BRAVO	Silvia	Discutidora	14	18:45 a 20:15	Pigalle	Presentación oral de trabajos libres
BUSONI	Verónica	Coordinadora	13	8:00 a 18:30	Auditorio	Gastroenterología, hepatología y nutrición
BUSONI	Verónica	Panelista	13	9:45 a 10:50	Auditorio	Enfermedad inflamatoria intestinal, un paso adelante en la epidemiología: clínica y tratamiento
BUSONI	Verónica	Coordinadora	16	9:00 a 11:00	Pigalle	Aproximación diagnóstica y evaluación terapéutica
BUSQUET	Laura	Panelista	13	11:15 a 12:20	Auditorio	Colestasis crónica desde el neonato al adolescente. Diagnóstico y evolución al largo seguimiento
BUSTOS	Mariela	Discutidora	14	13:15 a 14:15	Aula 1	Recorrida de pósters digitales
C						
CABRAL	Ana	Secretaria	14	14:30 a 16:00	Doree	Desafíos en el manejo nutricional del recién nacido prematuro
CABROL	Mónica	Discutidora	15	18:45 a 20:15	Doree	Presentación oral de trabajos libres
CAGLIO	Patricia	Presentadora	14	12:30 a 13:00	Pigalle	Esteatosis (NAFLD) / Esteatohepatitis (NASH)
CAGLIO	Patricia	Coordinadora	14	16:45 a 17:45	Monet	Enfoques de la hipertensión portal
CAMINITI	Carolina	Panelista	16	10:00 a 1:30	Auditorio	Soporte nutricional en el paciente crítico
CAÑERO VELASCO	María Cristina	Coordinadora	13	11:15 a 12:20	Auditorio	Colestasis crónica desde el neonato al adolescente. Diagnóstico y evolución al largo seguimiento
CAÑERO VELASCO	María Cristina	Presentadora	15	8:30 a 9:00	Pigalle	Enfermedad de Wilson. Actualización
CAPRA	Daniel	Panelista	16	10:00 a 1:30	Auditorio	Soporte nutricional en el paciente crítico
CARBONATTO	Patricia	Secretaria	15	9:00 a 11:00	Pigalle	Progresos en la investigación

**5° CONGRESO ARGENTINO DE GASTROENTEROLOGÍA,
HEPATOLOGÍA Y NUTRICIÓN PEDIÁTRICAS**

Ciudad de Buenos Aires, 13 al 16 de Agosto de 2014



APPELLIDO	NOMBRE	FUNCIÓN	DÍA	HORA	SALÓN	TITULO
CASAVALLE	Patricia	Coordinadora	14	17:15 a 18:45	Petit Doree	Dislipidemia en pediatría: "hacia la construcción de un consenso"
CASAVALLE	Patricia	Coordinadora	15	11:30 a 13:00	Petit Doree	Salud bucal: un enfoque desde la nutrición
CASAVALLE	Patricia	Discutidora	15	18:00 a 19:15	Doree	Presentación oral de trabajos libres
CATSICARIS	Cristina	Panelista	15	8:30 a 10:00	Petit Doree	Educación terapéutica en la enfermedad crónica nutricional: hacia el empoderamiento del paciente
CERVIO	Guillermo	Panelista	14	14:30 a 16:30	Pigalle	Patología biliopancreática y tumor
CHELIMSKY	Gisela	Panelista	15	9:00 a 11:00	Pigalle	Progresos en la investigación
CHELIMSKY	Gisela	Conferencista	16	8:30 a 9:00	Pigalle	Interacción cerebro intestino
CHELIMSKY	Gisela	Panelista	16	11:20 a 12:30	Renoir	Gastroenterología. Estudiando al niño vomitador
CHERNAVSKY	Alejandra	Panelista	14	11:30 a 13:10	Doree	Complicaciones en órganos "blanco" de la obesidad
CIOCCA	Mirta	Panelista	13	15:05 a 16:10	Auditorio	Alergia. ¿El enemigo oculto o no tanto?
CIOCCA	Mirta	Coordinadora	14	11:20 a 12:20	Monet	¿Qué nos dice la histología? Ayuda para el hepatólogo
COHEN						
SABBAN	Emilia Judith	Panelista	16	11:20 a 12:30	Renoir	Gastroenterología. Estudiando al niño vomitador
CONTRERAS	Mónica	Presentadora	14	8:30 a 9:00	Pigalle	Guías basadas en la evidencia para el manejo de la colitis ulcerosa
CONTRERAS	Mónica	Coordinadora	14	9:00 a 11:00	Pigalle	Enfermedad inflamatoria intestinal
COSTAGUTA	Alejandro	Panelista	14	16:45 a 17:45	Monet	Enfoques de la hipertensión portal
CUARTEROLO	Miriam	Coordinadora	15	18:45 a 20:15	Rodin	Hepatitis C en pediatría
CUARTEROLO	Miriam	Discutidora	14	18:45 a 20:15	Pigalle	Presentación oral de trabajos libres
CUATTRONE	Fabiana	Panelista	15	8:30 a 10:00	Petit Doree	Educación terapéutica en la enfermedad crónica nutricional: hacia el empoderamiento del paciente
CUETO RUA	Eduardo	Coordinador	14	13:15 a 14:15	Renoir	Almorzando sin gluten
D						
D'AGOSTINO	Daniel	Coordinador	15	9:00 a 11:00	Pigalle	Progresos en la investigación
D'AGOSTINO	Daniel	Panelista	15	14:30 a 16:30	Pigalle	Enfermedad celíaca, la enfermedad prevalente
DALESSANDRO	Marcelo	Panelista	14	14:30 a 16:30	Pigalle	Patología biliopancreática y tumor
D'ALIA	Patricia	Discutidora	14	13:15 a 14:15	Aula 1	Recorrida de pósters digitales
DE CUNTO	Carmen	Panelista	16	9:00 a 11:00	Pigalle	Aproximación diagnóstica y evaluación terapéutica
DE GRANDIS	Elizabeth S.	Coordinadora	14	11:30 a 13:10	Doree	Complicaciones en órganos "blanco" de la obesidad
DE GRANDISE	Elizabeth S.	Discutidora	15	14:00 a 15:30	Doree	Recorrida de pósters digitales
de MATTEO	Elena	Panelista	15	11:20 a 12:20	Monet	Hepatología, cuidando al niño con enfermedad hepática
DEFORREL	María Luisa	Panelista	15	13:15 a 14:15	Renoir	Almuerzo, mejorando el dolor y la función intestinal. ¿Dónde está la magia?



Sociedad Argentina de Pediatría

Dirección de Congresos y Eventos

Comités Nacionales de Gastroenterología, Hepatología y Nutrición Pediátricas

APELLIDO	NOMBRE	FUNCIÓN	DÍA	HORA	SALÓN	TÍTULO
DEL CAMPO	María Lis	Panelista	14	11:30 a 13:10	Petit Doree	Diagnóstico de situación nutricional en Argentina: enfoque desde diferentes ámbitos
DESANTADINA	Virginia	Coordinadora	14	14:30 a 16:00	Doree	Desafíos en el manejo nutricional del recién nacido prematuro
DESANTADINA	Virginia	Panelista	16	10:00 a 1:30	Auditorio	Soporte nutricional en el paciente crítico
DINERSTEIN	Alejandro	Panelista	14	14:30 a 16:00	Doree	Desafíos en el manejo nutricional del recién nacido prematuro
DLUGOSZEWSKI	Corina	Coordinadora	15	11:30 a 13:00	Doree	¿Dietas especiales como estrategias terapéuticas o electivas?
DOBRY	Martín	Discutidor	14	13:15 a 14:15	Aula 1	Recorrida de pósters digitales
DONATO	Gabriela	Discutidora	15	13:15 a 14:15	Aula 1	Recorrida de pósters digitales
DUCA	Pablo	Coordinador	16	11:20 a 12:30	Monet	Hepatología, la opción final. Trasplante hepático

E

EIBERMAN	Gabriel	Coordinador	16	10:00 a 1:30	Auditorio	Soporte nutricional en el paciente crítico
EIROA	Hernán	Panelista	15	16:45 a 17:45	Monet	Hepatología. Desafíos diagnósticos y estrategia terapéutica
ESCOBAL	Nidia	Coordinadora	14	14:30 a 16:00	Petit Doree	Deficiencias de nutrientes: la cara oculta de la malnutrición
ESCOBAL	Nidia	Presentadora	14	16:15 a 17:00	Doree	Lactancia materna: propuestas concretas
ESCOBAL	Nidia	Discutidora	15	14:00 a 15:30	Doree	Recorrida de pósters digitales
ESCUDERO	Gabriela	Coordinadora	16	11:20 a 12:30	Renoir	Gastroenterología. Estudiando al niño vomitador
EVANGELISTA	Patricia	Secretaria	14	14:30 a 16:00	Petit Doree	Deficiencias de nutrientes: la cara oculta de la malnutrición

F

FABEIRO	Marcela	Panelista	14	13:15 a 14:15	Monet	Almuerzo hepatoprotector, ¿qué onda?
FABEIRO	Marcela	Presentadora	15	10:15 a 11:15	Doree	Rehabilitación intestinal: estrategias de manejo
FERNÁNDEZ	Adriana	Panelista	13	9:45 a 10:50	Auditorio	Enfermedad inflamatoria intestinal, un paso adelante en la epidemiología: clínica y tratamiento
FERNÁNDEZ	Adriana	Panelista	14	14:30 a 16:00	Petit Doree	Deficiencias de nutrientes: la cara oculta de la malnutrición
FERNÁNDEZ	Victoria	Discutidora	14	13:15 a 14:15	Aula 1	Recorrida de pósters digitales
FERRARIS	Jorge	Panelista	15	16:45 a 17:45	Monet	Hepatología. Desafíos diagnósticos y estrategia terapéutica
FERRARO	Mabel	Coordinadora	13	8:00 a 18:30	Auditorio	Gastroenterología, hepatología y nutrición
FERRARO	Mabel	Panelista	14	8:30 a 10:00	Doree	Tratamiento de niños con diabetes 1: ¿estamos haciendo lo suficiente?
FLAX	Florencia	Panelista	14	11:30 a 13:10	Petit Doree	Diagnóstico de situación nutricional en Argentina: enfoque desde diferentes ámbitos

**5° CONGRESO ARGENTINO DE GASTROENTEROLOGÍA,
HEPATOLOGÍA Y NUTRICIÓN PEDIÁTRICAS**

Ciudad de Buenos Aires, 13 al 16 de Agosto de 2014



APPELLIDO	NOMBRE	FUNCIÓN	DÍA	HORA	SALÓN	TITULO
FOLLETT	Francisco	Panelista	13	15:05 a 16:10	Auditorio	Alergia. ¿El enemigo oculto o no tanto?
FRIEDMAN	Silvia	Coordinadora	14	17:15 a 18:45	Doree	Masa ósea en la infancia: nuevos conocimientos
FRIEDMAN	Silvia	Panelista	15	11:30 a 13:00	Petit Doree	Salud bucal: un enfoque desde la nutrición
FURNES	Raquel	Panelista	15	14:30 a 16:30	Pigalle	Enfermedad celiaca, la enfermedad prevalente
FURNES	Raquel	Coordinadora	16	9:00 a 11:00	Pigalle	Aproximación diagnóstica y evaluación terapéutica

G

GAETE	Laura	Coordinadora	14	8:30 a 10:00	Doree	Tratamiento de niños con diabetes 1: ¿estamos haciendo lo suficiente?
GALOPPO	Cristina	Coordinadora	15	18:45 a 20:15	Rodin	Hepatitis C en pediatría
GALOPPO	María Cristina	Presentadora	16	12:45 a 13:15	Pigalle	Nuevos tratamientos para la hepatitis autoinmune, del modelo animal a la práctica clínica
GALOPPO	Marcela	Discutidora	14	18:45 a 20:15	Pigalle	Presentación oral de trabajos libres
GARCÍA BARTHE	Mónica	Conferencista	15	17:00 a 18:00	Doree	Del alimento a la comida. Las transformaciones en la comensalidad y su efecto en los cuerpos de los niños
GARCÍA DE DÁVILA	María Teresa	Panelista	14	11:20 a 12:20	Monet	¿Qué nos dice la histología? Ayuda para el hepatólogo
GERBI	María Daniela	Panelista	15	11:20 a 12:20	Renoir	Gastroenterología, ampliando el horizonte
GIACCO	Mónica	Discutidora	14	13:15 a 14:15	Aula 1	Recorrida de pósters digitales
GONCALVES	Silvina	Panelista	15	16:45 a 17:45	Renoir	Vigilancia endoscópica y complicaciones de la enfermedad inflamatoria intestinal
GONDOLESI	Gabriel	Panelista	16	9:00 a 11:00	Pigalle	Aproximación diagnóstica y evaluación terapéutica
GONZÁLEZ	Lucio	Discutidor	15	13:15 a 14:15	Aula 1	Recorrida de pósters digitales
GONZÁLEZ	María T.	Coordinadora	14	16:45 a 17:45	Monet	Enfoques de la hipertensión portal
GONZÁLEZ CHÁVES	Macarena	Panelista	15	11:30 a 13:00	Petit Doree	Salud bucal: un enfoque desde la nutrición
GRIFFITHS	Anne	Conferencista	14	8:30 a 9:00	Pigalle	Guías basadas en la evidencia para el manejo de la colitis ulcerosa
GRIFFITHS	Anne	Panelista	15	9:00 a 11:00	Pigalle	Progresos en la investigación
GRIFFITHS	Anne	Conferencista	15	12:30 a 13:00	Pigalle	Terapia médica y manejo de la Enfermedad de Crohn. Estrategias para la curación de la mucosa
GRINBLAT	Víctor	Presentador	16	8:30 a 9:00	Pigalle	Interacción cerebro intestino
GUIDA	Marcelo	Panelista	14	11:30 a 13:10	Doree	Complicaciones en órganos "blanco" de la obesidad
GUOUMAN	Alejandro	Panelista	13	8:30 a 9:35	Auditorio	Obesidad, enfoque amplio



Sociedad Argentina de Pediatría

Dirección de Congresos y Eventos

Comités Nacionales de Gastroenterología, Hepatología y Nutrición Pediátricas

APELLIDO	NOMBRE	FUNCIÓN	DÍA	HORA	SALÓN	TÍTULO
H						
HASSAN	Amal	Secretaria	14	11:30 a 13:10	Petit Doree	Diagnóstico de situación nutricional en Argentina: enfoque desde diferentes ámbitos
HASSAN	Amal	Discutidora	15	14:00 a 15:30	Doree	Recorrida de pósters digitales
I						
IANTORNO	Guido	Panelista	14	16:45 a 17:45	Renoir	Trastornos de la Motilidad
K						
KOHN	Joaquín	Coordinador	16	11:20 a 12:30	Monet	Hepatología, la opción final. Trasplante hepático
KOVALSKYS	Irina	Coordinadora	15	8:30 a 10:00	Doree	Controversias sobre cirugía bariátrica en la obesidad mórbida
KOVALSKYS	Irina	Discutidora	15	18:00 a 19:15	Doree	Presentación oral de trabajos libres
KROCHIK	Gabriela	Panelista	14	8:30 a 10:00	Doree	Tratamiento de niños con diabetes 1: ¿estamos haciendo lo suficiente?
KROCHIK	Gabriela	Presentadora	15	15:45 a 16:40	Doree	Avances en la etiopatogenia de la obesidad
L						
LANDE	Hilda	Discutidora	14	18:45 a 20:15	Pigalle	Presentación oral de trabajos libres
LARGUÍA	Miguel	Conferencista	14	16:15 a 17:00	Doree	Lactancia materna: propuestas concretas
LETA	Karina	Discutidora	15	13:15 a 14:15	Aula 1	Recorrida de pósters digitales
LEZAMA	Carol	Panelista	13	8:30 a 9:35	Auditorio	Obesidad, enfoque amplio
LEZAMA	Carol	Coordinadora	14	11:20 a 12:20	Monet	¿Qué nos dice la histología? Ayuda para el hepatólogo
LIBERTO	Daniel	Panelista	14	14:30 a 16:30	Pigalle	Patología biliopancreática y tumor
LIFSCHITZ	Carlos	Conferencista	13	18:00 a 18:30	Auditorio	Importancia de la microbiota en las manifestaciones gastrointestinales y hepáticas
LIFSCHITZ	Carlos	Coordinador	15	9:00 a 11:00	Pigalle	Progresos en la investigación
LITWIN	Néstor	Coordinador	15	13:15 a 14:15	Monet	Pipeteando en el almuerzo
LITWIN	Néstor	Panelista	15	16:45 a 17:45	Renoir	Vigilancia endoscópica y complicaciones de la enfermedad inflamatoria intestinal
LOBOS	Pablo	Coordinador	14	14:30 a 16:30	Pigalle	Patología biliopancreática y tumor
LÓPEZ	Susana Inés	Panelista	16	11:20 a 12:30	Monet	Hepatología, la opción final. Trasplante hepático
LUCCONI	Verónica	Panelista	14	8:30 a 10:00	Petit Doree	Programas nutricionales relacionados con la salud pública
M						
MALAGRINO	Pablo	Secretario	14	9:00 a 11:00	Pigalle	Enfermedad inflamatoria intestinal
MALLA	Ivone	Discutidora	15	18:45 a 20:15	Doree	Presentación oral de trabajos libres
MARCHISONE	Silvia	Discutidora	15	18:45 a 20:15	Doree	Presentación oral de trabajos libres
MARTÍN	Graciela	Coordinadora	14	9:00 a 11:00	Pigalle	Enfermedad inflamatoria intestinal

**5° CONGRESO ARGENTINO DE GASTROENTEROLOGÍA,
HEPATOLOGÍA Y NUTRICIÓN PEDIÁTRICAS**

Ciudad de Buenos Aires, 13 al 16 de Agosto de 2014



APELLIDO	NOMBRE	FUNCIÓN	DÍA	HORA	SALÓN	TÍTULO
MARTÍNEZ	Sonia	Secretaria	14	11:30 a 13:10	Doree	Complicaciones en órganos "blanco" de la obesidad
MARTÍNEZ MATEU	Carolina	Secretaria	15	11:30 a 13:00	Doree	¿Dietas especiales como estrategias terapéuticas o electivas?
MASCARENHAS	María	Panelista	14	14:30 a 16:00	Petit Doree	Deficiencias de nutrientes: la cara oculta de la malnutrición
MASCARENHAS	María	Panelista	14	17:15 a 18:45	Doree	Masa ósea en la infancia: nuevos conocimientos
MASCARENHAS	María	Conferencista	15	10:15 a 11:15	Doree	Rehabilitación intestinal: estrategias de manejo
MASCARENHAS	María	Conferencista	16	11:45 a 12:45	Auditorio	La nutrición en la enfermedad fibroquística
MATANÓ	Raúl	Panelista	15	18:45 a 20:15	Auditorio	Endoscopia
MAZZA	Carmen	Conferencista	15	15:45 a 16:40	Doree	Avances en la etiopatogenia de la obesidad
MERICQ	Verónica	Conferencista	14	10:15 a 11:15	Doree	Impacto de la nutrición temprana en el crecimiento compensador
MERICQ	Verónica	Panelista	14	14:30 a 16:00	Doree	Desafíos en el manejo nutricional del recién nacido prematuro
MORA	Mabel	Presentadora	15	18:00 a 18:30	Pigalle	Nuevos datos en el manejo clínico de la alergia a la proteína de la leche de vaca. Adquisición de la tolerancia
MORISE	Silvia	Coordinadora	15	16:45 a 17:45	Monet	Hepatoología. Desafíos diagnósticos y estrategia terapéutica
MULLEN	Eduardo	Panelista	14	11:20 a 12:20	Monet	¿Qué nos dice la histología? Ayuda para el hepatólogo
MÜLLER	Carlos	Panelista	15	18:45 a 20:15	Auditorio	Endoscopia
N						
NUCIFORA	Silvia	Discutidora	15	18:45 a 20:15	Doree	Presentación oral de trabajos libres
NUÑEZ	María Haydee	Coordinadora	15	18:45 a 20:15	Auditorio	Endoscopia
O						
OLEASTRO	Matías	Panelista	14	9:00 a 11:00	Pigalle	Enfermedad inflamatoria intestinal
OROPEZA	Gabriela	Secretaria	15	14:30 a 16:30	Pigalle	Enfermedad celíaca, la enfermedad prevalente
ORSI	Marina	Coordinadora	13	8:00 a 18:30	Auditorio	Gastroenterología, hepatología y nutrición
ORSI	Marina	Panelista	13	16:25 a 17:30	Auditorio	Actualización de pruebas y métodos de estudios
ORSI	Marina	Coordinadora	14	11:20 a 12:20	Renoir	El reflujo gastroesofágico, ¿no está tan solo?
ORTALE	María Susana	Panelista	14	8:30 a 10:00	Petit Doree	Programas nutricionales relacionados con la salud pública
ORTIZ	Gonzalo	Coordinador	15	13:15 a 14:15	Rodin	Almuerzo Grupo de Trabajo de Enfermedad celíaca
OZUNA	Blanca	Presentadora	16	9:00 a 9:50	Auditorio	La diabetes en los niños hoy
OZUNA	Blanca	Discutidora	15	18:00 a 19:15	Doree	Presentación oral de trabajos libres



Sociedad Argentina de Pediatría

Dirección de Congresos y Eventos

Comités Nacionales de Gastroenterología, Hepatología y Nutrición Pediátricas

APPELLIDO	NOMBRE	FUNCIÓN	DÍA	HORA	SALÓN	TITULO
P						
PACCE	Sol	Secretaria	15	8:30 a 10:00	Doree	Controversias sobre cirugía bariátrica en la obesidad mórbida
PACHECO	Gabriela	Panelista	13	8:30 a 9:35	Auditorio	Obesidad, enfoque amplio
PALACIOS						
PORTA	Luis Fabio	Secretario	14	8:30 a 10:00	Doree	Tratamiento de niños con diabetes 1: ¿estamos haciendo lo suficiente?
PEDREIRA	Alejandra	Discutidora	14	13:15 a 14:15	Aula 1	Recorrida de pósters digitales
PEDREIRA	Alejandra	Coordinadora	15	16:45 a 17:45	Monet	Hepatología. Desafíos diagnósticos y estrategia terapéutica
PEREZ						
CARUSI	Rosana Virginia	Panelista	14	13:15 a 14:15	Monet	Almuerzo hepatoprotector, ¿qué onda?
PERNAS	Gladys	Secretaria	14	8:30 a 10:00	Petit Doree	Programas nutricionales relacionados con la salud pública
PETRIZ	Natalia	Panelista	15	11:30 a 13:00	Doree	¿Dietas especiales como estrategias terapéuticas o electivas?
PIAZZA	Norma	Panelista	14	14:30 a 16:00	Petit Doree	Deficiencias de nutrientes: la cara oculta de la malnutrición
PIAZZA	Norma	Panelista	15	11:30 a 13:00	Doree	¿Dietas especiales como estrategias terapéuticas o electivas?
PIAZZA	Norma	Discutidora	15	18:00 a 19:15	Doree	Presentación oral de trabajos libres
PRIETO	Mariana	Secretaria	15	8:30 a 10:00	Petit Doree	Educación terapéutica en la enfermedad crónica nutricional: hacia el empoderamiento del paciente
Q						
QUATTRONE	Fabiana	Panelista	15	8:30 a 10:00	Petit Doree	Educación terapéutica en la enfermedad crónica nutricional: hacia el empoderamiento del paciente
R						
RAMONET	Margarita	Coordinadora	13	8:00 a 18:30	Auditorio	Gastroenterología, hepatología y nutrición
RAMONET	Margarita	Panelista	13	11:15 a 12:20	Auditorio	Colestasis crónica desde el neonato al adolescente. Diagnóstico y evolución al largo seguimiento
RAMONET	Margarita	Presentadora	14	18:00 a 18:30	Pigalle	Enfermedad inmunológica con compromiso hepático en pediatría
RAMOS	Olga	Presentadora	14	10:15 a 11:15	Doree	Impacto de la nutrición temprana en el crecimiento compensador
RAMOS	Rosa	Panelista	14	11:20 a 12:20	Renoir	El reflujo gastroesofágico, ¿no está tan solo?
REEVES	Ziomara	Presentadora	14	8:30 a 9:00	Pigalle	Guías basadas en la evidencia para el manejo de la colitis ulcerosa

**5° CONGRESO ARGENTINO DE GASTROENTEROLOGÍA,
HEPATOLOGÍA Y NUTRICIÓN PEDIÁTRICAS**

Ciudad de Buenos Aires, 13 al 16 de Agosto de 2014



APELLIDO	NOMBRE	FUNCIÓN	DÍA	HORA	SALÓN	TÍTULO
REYNOSO	Ricardo	Coordinador	13	9:45 a 10:50	Auditorio	Enfermedad inflamatoria intestinal, un paso adelante en la epidemiología: clínica y tratamiento
REYNOSO	Ricardo	Coordinador	15	18:45 a 20:15	Auditorio	Endoscopia
RIGA	Carolina	Secretaria	16	9:00 a 11:00	Pigalle	Aproximación diagnóstica y evaluación terapéutica
ROBERTS	Eve	Conferencista	14	12:30 a 13:00	Pigalle	Esteatosis (NAFLD) / Esteatohepatitis (NASH)
ROBERTS	Eve	Conferencista	15	8:30 a 9:00	Pigalle	Enfermedad de Wilson. Actualización
ROBERTS	Eve	Panelista	15	9:00 a 11:00	Pigalle	Progresos en la investigación
ROCCA	Ana	Presentadora	15	12:30 a 13:00	Pigalle	Terapia médica y manejo de la Enfermedad de Crohn. Estrategias para la curación de la mucosa
ROCCA	Ana	Coordinadora	16	11:20 a 12:30	Renoir	Gastroenterología. Estudiando al niño vomitador
RODRÍGUEZ	Patricia	Panelista	15	11:30 a 13:00	Petit Doree	Salud bucal: un enfoque desde la nutrición
ROJAS	Luis	Panelista	14	16:45 a 17:45	Monet	Enfoques de la hipertensión portal
ROMANO	Laura	Secretaria	15	11:30 a 13:00	Petit Doree	Salud bucal: un enfoque desde la nutrición
ROMANO						
CASCO	Fernanda	Discutidora	14	13:15 a 14:15	Aula 1	Recorrida de pósters digitales
ROUSSOS	Adriana	Coordinadora	15	8:30 a 10:00	Petit Doree	Educación terapéutica en la enfermedad crónica nutricional: hacia el empoderamiento del paciente
ROUSSOS	Mariana	Discutidora	15	14:00 a 15:30	Doree	Recorrida de pósters digitales
RUSCASSO	Javier	Panelista	14	11:30 a 13:10	Doree	Complicaciones en órganos "blanco" de la obesidad
S						
SAIEG	Graciela	Coordinadora	14	13:15 a 14:15	Rodin	Almuerzo Grupo de Trabajo de Alergia
SAIEG	Graciela	Coordinadora	15	16:45 a 17:45	Renoir	Vigilancia endoscópica y complicaciones de la enfermedad inflamatoria intestinal
SALGUEIRO	Fabián	Coordinador	14	14:30 a 16:30	Pigalle	Patología biliopancreática y tumor
SÁNCHEZ	María Camila	Panelista	13	14:00 a 15:05	Auditorio	Fibrosis quística de páncreas: el desafío permanente
SÁNCHEZ	María Camila	Discutidora	14	13:15 a 14:15	Aula 1	Recorrida de pósters digitales
SANSALONE	María L.	Panelista	14	8:30 a 10:00	Petit Doree	Programas nutricionales relacionados con la salud pública
SASSON	Liliana	Panelista	15	18:45 a 20:15	Auditorio	Endoscopia
SAURE	Carola	Panelista	14	14:30 a 16:00	Doree	Desafíos en el manejo nutricional del recién nacido prematuro
SEEHAUS	Alberto	Panelista	14	9:00 a 11:00	Pigalle	Enfermedad inflamatoria intestinal
SETTON	Débora	Coordinadora	13	8:30 a 9:35	Auditorio	Obesidad, enfoque amplio
SETTON	Débora	Panelista	15	8:30 a 10:00	Doree	Controversias sobre cirugía bariátrica en la obesidad mórbida



Sociedad Argentina de Pediatría

Dirección de Congresos y Eventos

Comités Nacionales de Gastroenterología, Hepatología y Nutrición Pediátricas

APELLIDO	NOMBRE	FUNCIÓN	DÍA	HORA	SALÓN	TITULO
SOLAEGUI	María	Panelista	13	9:45 a 10:50	Auditorio	Enfermedad inflamatoria intestinal, un paso adelante en la epidemiología: clínica y tratamiento
SOLZI	Gabriel	Coordinador	14	16:45 a 17:45	Renoir	Trastornos de la Motilidad
SOSA	Patricia	Panelista	13	15:05 a 16:10	Auditorio	Alergia. ¿El enemigo oculto o no tanto?
SOSA	Patricia	Coordinadora	14	13:15 a 14:15	Monet	Almuerzo hepatoprotector, ¿qué onda?
SOSA	Patricia	Presentadora	16	11:45 a 12:45	Auditorio	La nutrición en la enfermedad fibroquística
SOSA	Patricia	Discutidora	15	14:00 a 15:30	Petit Doree	Recorrida de pósters digitales
SPERANZA	Ana	Coordinadora	14	8:30 a 10:00	Petit Doree	Programas nutricionales relacionados con la salud pública
SPIESS	Adriana	Discutidora	15	13:15 a 14:15	Aula 1	Recorrida de pósters digitales
T						
TABACCO	Omar	Coordinador	13	15:05 a 16:10	Auditorio	Alergia. ¿El enemigo oculto o no tanto?
TAIRE	Valeria	Discutidora	15	13:15 a 14:15	Aula 1	Recorrida de pósters digitales
TAU	Cristina	Panelista	14	17:15 a 18:45	Doree	Masa ósea en la infancia: nuevos conocimientos
TEPER	Alejandro	Panelista	14	11:20 a 12:20	Renoir	El reflujo gastroesofágico, ¿no está tan solo?
TOCA	María del Carmen	Coordinadora	15	14:30 a 16:30	Pigalle	Enfermedad celiaca, la enfermedad prevalente
TONIETTI	Miriam	Presentadora	13	18:00 a 18:30	Auditorio	Importancia de la microbiota en las manifestaciones gastrointestinales y hepáticas
TONIETTI	Miriam	Panelista	14	8:30 a 10:00	Doree	Tratamiento de niños con diabetes 1: ¿estamos haciendo lo suficiente?
TONIETTI	Miriam	Coordinadora	14	17:15 a 18:45	Petit Doree	Dislipidemia en pediatría: "hacia la construcción de un consenso"
TONIETTI	Miriam	Presentadora	15	17:00 a 18:00	Doree	Del alimento a la comida. Las transformaciones en la comensalidad y su efecto en los cuerpos de los niños
TRIFONE	Liliana	Conferencista	16	9:00 a 9:50	Auditorio	La diabetes en los niños hoy
U						
USSHER	Federico	Discutidor	14	13:15 a 14:15	Aula 1	Recorrida de pósters digitales
V						
VANDERHOOF	Jon	Conferencista	15	18:00 a 18:30	Pigalle	Nuevos datos en el manejo clínico de la alergia a la proteína de la leche de vaca. Adquisición de la tolerancia
VANDERHOOF	Jon	Panelista	16	9:00 a 11:00	Pigalle	Aproximación diagnóstica y evaluación terapéutica
VARELA	Amanda	Panelista	14	16:45 a 17:45	Renoir	Trastornos de la Motilidad
VECCHIARELLI	Carmen	Panelista	14	14:30 a 16:00	Doree	Desafíos en el manejo nutricional del recién nacido prematuro

5° CONGRESO ARGENTINO DE GASTROENTEROLOGÍA,
HEPATOLOGÍA Y NUTRICIÓN PEDIÁTRICAS

Ciudad de Buenos Aires, 13 al 16 de Agosto de 2014



APELLIDO	NOMBRE	FUNCIÓN	DÍA	HORA	SALÓN	TÍTULO
VILLAMIL	Alejandra	Panelista	14	9:00 a 11:00	Pigalle	Enfermedad inflamatoria intestinal
VILLARRUEL	Gladys	Coordinadora	14	11:20 a 12:20	Renoir	El reflujo gastroesofágico, ¿no está tan solo?
VINUESA	Fernando	Coordinador	15	11:20 a 12:20	Renoir	Gastroenterología, ampliando el horizonte

W

WAGENER	Marta	Panelista	13	14:00 a 15:05	Auditorio	Fibrosis quística de páncreas: el desafío permanente
WAGENER	Marta	Coordinadora	15	16:45 a 17:45	Renoir	Vigilancia endoscópica y complicaciones de la enfermedad inflamatoria intestinal
WALDBAUM	Carlos	Panelista	15	18:45 a 20:15	Auditorio	Endoscopia
WEYERSBERG	Christian	Secretario	14	14:30 a 16:30	Pigalle	Patología biliopancreática y tumor

Y

YERACI	Romina	Discutidora	15	13:15 a 14:15	Aula 1	Recorrida de pósters digitales
--------	--------	-------------	----	---------------	--------	--------------------------------



ÍNDICE DE AUTORES DE TRABAJOS LIBRES

Autores (c/inicial)	Título	N°	Día	Hora	Ubicación	Modalidad
A						
ACERENZA M.	ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL (EII) EN PACIENTE CON INMUNODEFICIENCIA PRIMARIA (IDP)	82	14	18:45 a 20:15	Salón Pigalle	PO
AGUSTINHO A.	DATOS NUTRICIONALES PRELIMINARES DE UNA COHORTE EN SEGUIMIENTO DE PACIENTES CON EPILEPSIA REFRACTARIA EN TRATAMIENTO CON DIETA CETOGENICA.	135	14	14:00 a 15:30	Salón Petit Doree	RPD
AGUSTINHO A.	EFFECTO DE LA SUPLEMENTACIÓN CON ÁCIDOS GRASOS POLIINSATURADOS N-3 SOBRE LA DISLIPIDEMIA EN NIÑOS Y ADOLESCENTES INFECTADOS POR HIV BAJO TRATAMIENTO ANTIRRETROVIRAL DE ALTA EFICACIA	57	14	17:15 a 18:45	Salón Petit Doree	TLS
AGUSTINHO A.	PREVALENCIA DE FACTORES DE RIESGO DE ENFERMEDAD CARDIOVASCULAR EN NIÑOS Y ADOLESCENTES CON INFECCIÓN POR HIV TITULO O TITULO DEMASIADO CORTO	116	14	18:00 a 19:15	Salón Doree	PO
ALARCON G.	PREVALENCIA DE ENFERMEDAD CELIACA EN LA POBLACIÓN PEDIÁTRICA DEL ALTO VALLE DE RÍO NEGRO.	6	14	13:15 a 14:15	Aula 1	RPD
ALBERTI J.	MICRONUTRIENTES Y FIBRA EN LA DIETA CETOGENICA: APORTES Y SUPLEMENTACION	75	14	11:30 a 13:00	Salón Doree	TLS
ALIBONI V.	ESCLERODERMIA Y DISFAGIA. NO TODO ES LO QUE PARECE	68	14	13:15 a 14:15	Aula 1	RPD
ALIVERTI G.	FINES DEL SIGLO XX-COMIENZOS DEL XXI ¿ENCONTRAMOS DIFERENCIAS EN LA INGESTA DE CORROSIVOS? TRATAMIENTO.	86	14	18:45 a 20:15	Salón Pigalle	PO
ALIVERTI G.	TITULO: AFECTACION GASTROINTESTINAL Y HEPATOBILIAR DE PACIENTES FIBROQUISTICOS ATENDIDOS EN UN HOSPITAL PÚBLICO PEDIÁTRICO: EXPERIENCIA EN 25 AÑOS.	87	14	13:15 a 14:15	Aula 1	RPD
ALLENDE M.	EVOLUCIÓN NUTRICIONAL EN LACTANTES CON ALERGIA A LAS PROTEÍNAS DE LA LECHE DE VACA (APLV)	91	14	13:15 a 14:15	Aula 1	RPD
ALTUNA D.	TROMBOSIS VENOSA EN NIÑOS Y ADOLESCENTES CON ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL CRÓNICA. ¿TENEMOS PRESENTE SU POTENCIAL RIESGO?	41	14	18:45 a 20:15	Salón Pigalle	PO
ALVARELLOS T.	UTILIDAD DEL HLA DQ COMO HERRAMIENTA EN EL DIAGNÓSTICO DE LA ENFERMEDAD CELIACA	90	14	14:30 a 16:30	Salón Pigalle	TLS
ALVAREZ E.	CAPILLARIASIS HEPÁTICA: OTRA CAUSA DE SÍNDROME HIPEREOSINOFILICO, REPORTE DE UN CASO	67	14	13:15 a 14:15	Aula 1	RPD
ANTONA M.	RESISTENCIA INSULÍNICA Y SU ASOCIACIÓN CON ÍNDICES GINGIVOPERIODONTALES	22	14	11:30 a 13:00	Salón Petit Doree	TLS
ANTONISKA M.	ASOCIACIÓN ENTRE ENFERMEDAD CELIACA Y ENFERMEDAD DE CROHN EN PEDIATRÍA	77	14	9:00 a 11:00	Salón Pigalle	TLS
ANTONISKA M.	ENFERMEDAD DE CROHN (EC) EN PACIENTES MENORES Y MAYORES DE 5 AÑOS, ¿HAY DIFERENCIAS?	96	14	9:00 a 11:00	Salón Pigalle	TLS
ANTONISKA M.	EVOLUCION A LARGO PLAZO DEL POUCH ILEOANAL EN PACIENTES CON ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL (EII)	123	14	9:00 a 11:00	Salón Pigalle	TLS
ANTONISKA M.	LIGADURA ENDOSCOPICA VARICEAL: EXPERIENCIA DE 10 AÑOS EN UN HOSPITAL PEDIATRICO DE ALTA COMPLEJIDAD	122	14	16:45 a 17:45	Salón Monet	TLS
ANTONISKA M.	USO DE TERAPIA BIOLÓGICA EN PACIENTES PEDIÁTRICOS CON ENFERMEDAD DE CROHN MODERADA A SEVERA.	78	14	9:00 a 11:00	Salón Pigalle	TLS

**5° CONGRESO ARGENTINO DE GASTROENTEROLOGÍA,
HEPATOLOGÍA Y NUTRICIÓN PEDIÁTRICAS**

Ciudad de Buenos Aires, 13 al 16 de Agosto de 2014



Autores (c/inicial)	Título	N°	Día	Hora	Ubicación	Modalidad
ARAUJO M.	EFFECTO DE LA SUPLEMENTACIÓN CON ÁCIDOS GRASOS POLIINSATURADOS N-3 SOBRE LA DISLIPIDEMIA EN NIÑOS Y ADOLESCENTES INFECTADOS POR HIV BAJO TRATAMIENTO ANTIRRETROVIRAL DE ALTA EFICACIA	57	14	17:15 a 18:45	Salón Petit Doree	TLS
ARAUJO M.	IMPACTO CLINICO DEL TRATAMIENTO COMBINADO EN PACIENTES PEDIÁTRICOS CON HIPERCOLESTEROLEMIA FAMILIAR HOMOCIGOTA	62	14	17:15 a 18:45	Salón Petit Doree	TLS
ARAUJO M.	PREVALENCIA DE FACTORES DE RIESGO DE ENFERMEDAD CARDIOVASCULAR EN NIÑOS Y ADOLESCENTES CON INFECCIÓN POR HIV TITULO O TITULO DEMASIADO CORTO	116	14	18:00 a 19:15	Salón Doree	PO
ARAUJO M.	SINDROME DE BERARDINELLI SEIP. ANÁLISIS DE CASOS CLÍNICOS.	92	14	14:00 a 15:30	Salón Doree	RPD
ARAUJO M.	SINDROME DE QUILOMICRONEMIA EN PEDIATRIA	61	14	14:00 a 15:30	Salón Doree	RPD
ARIAS L.	COMPLICACIONES ASOCIADAS A LA DUODENOPANCREATECTOMIA CEFÁLICA: EVOLUCIÓN Y SEGUIMIENTO DE TRES CASOS	40	14	13:15 a 14:15	Aula 1	RPD
ARIAS L.	DEFICIENCIA DE MICRONUTRIENTES: A PROPÓSITO DE UN CASO	39	14	14:00 a 15:30	Salón Doree	RPD
ARMENO M.	ADHERENCIA A LARGO PLAZO EN UNA INTERVENCIÓN GRUPAL DE PACIENTES CON SOBREPESO Y OBESIDAD	130	14	8:30 a 10:00	Salón Petit Doree	TLS
ARMENO M.	DATOS NUTRICIONALES PRELIMINARES DE UNA COHORTE EN SEGUIMIENTO DE PACIENTES CON EPILEPSIA REFRACTARIA EN TRATAMIENTO CON DIETA CETOGENICA.	135	14	14:00 a 15:30	Salón Petit Doree	RPD
ÁVILA DIEZ M.	MANEJO DE INFECCIÓN POR CITOMEGALOVIRUS EN TRASPLANTE HEPÁTICO PEDIÁTRICO	4	14	14:30 a 16:30	Salón Pigalle	TLS

B

BAIGORRI E.	FINES DEL SIGLO XX-COMIENZOS DEL XXI ¿ENCONTRAMOS DIFERENCIAS EN LA INGESTA DE CORROSIVOS? TRATAMIENTO.	86	14	18:45 a 20:15	Salón Pigalle	PO
BAILEZ M.	EVOLUCION A LARGO PLAZO DEL POUCH ILEOANAL EN PACIENTES CON ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL (EII)	123	14	9:00 a 11:00	Salón Pigalle	TLS
BALANZAT A.	RESISTENCIA A LA INSULINA EN PACIENTES OBESOS PEDIÁTRICOS Y SU ASOCIACIÓN CON DIFERENTES CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS Y METABÓLICAS	80	14	14:00 a 15:30	Salón Petit Doree	RPD
BALBI V.	EVALUACIÓN DEL TRATAMIENTO INTENSIFICADO CON CONTEO DE HIDRATOS DE CARBONO EN UN GRUPO DE NIÑOS CON DIABETES TIPO I, EN UN HOSPITAL PÚBLICO: SEGUIMIENTO A UN AÑO DE IMPLEMENTACIÓN.	47	14	18:00 a 19:15	Salón Doree	PO
BALCARCE N.	¿CUALES FUERON LOS MOTIVOS DE ENDOSCOPÍAS Y SU ASPECTO MACROSCÓPICO EN PACIENTES CON HALLAZGO DE HELICOBACTER PYLORI?	125	14	18:45 a 20:15	Salón Pigalle	PO
BALCARCE N.	ABSCESOS HEPÁTICOS EN PEDIATRIA	27	14	18:45 a 20:15	Salón Pigalle	PO
BALCARCE N.	ACCIDENTES PREVENIBLES EN LA INFANCIA: INGESTA DE CÁUSTICO.	79	14	18:45 a 20:15	Salón Pigalle	PO
BALCARCE N.	EFICACIA DE UNA PRUEBA RÁPIDA CON ANTICUERPOS IGA ANTITRANSGLUTAMINASA TISULAR EN LA DETECCIÓN DE ENFERMEDAD CELIACA EN PEDIATRIA.	36	14	14:30 a 16:30	Salón Pigalle	TLS
BALCARCE N.	ESOFAGITIS EOSINOFILICA. EXPERIENCIA EN UN CENTRO PEDIATRICO	138	14	13:15 a 14:15	Aula 1	RPD
BALCARCE N.	ESTUDIO FUNCIONAL EN NIÑOS CON ATRESIA ESOFÁGICA (AE) CORREGIDA.	69	14	13:15 a 14:15	Aula 1	RPD
BALCARCE N.	HIPERTRANSAMINASEMIA EN LA ENFERMEDAD CELIACA	117	14	13:15 a 14:15	Aula 1	RPD
BARBONI F.	OBSTRUCCIÓN DE INTESTINO DELGADO COMO CAUSA DE FALLO DE CRECIMIENTO Y DESNUTRICIÓN CRÓNICA.	21	14	13:15 a 14:15	Aula 1	RPD

PO: Presentación oral
 TLS: Trabajo libre seleccionado
 RPD: Recorrida póster digital



Sociedad Argentina de Pediatría

Dirección de Congresos y Eventos

Comités Nacionales de Gastroenterología, Hepatología y Nutrición Pediátricas

Autores (c/inicial)	Título	N°	Día	Hora	Ubicación	Modalidad
BARBONI F.	TUMOR RECTAL DE ORIGEN MESENQUIMATOSO EN PEDIATRÍA. PRESENTACIÓN DE UN CASO.	139	14	18:45 a 20:15	Salón Pigalle	PO
BARCELLANDI P.	¿OBESIDAD E HÍGADO GRASO EN ADOLESCENTES: UNA RELACIÓN DIRECTA?	56	14	14:00 a 15:30	Salón Petit Doree	RPD
BASALDÚA M.	EVALUACIÓN DE ALFA 1 ANTITRIPSINA EN MATERIA FECAL EN NEONATOS SANOS.	17	14	9:00 a 11:00	Salón Pigalle	TLS
BASALDÚA M.	EVALUACIÓN DE LA SENSIBILIDAD (SE) Y ESPECIFICIDAD (ES) DE LAS VARIABLES DE CORRELACIÓN SINTOMÁTICA (VCS) EN PACIENTES CON ENFERMEDAD POR REFLUJO GASTROESOFÁGICO ACIDO (ERGEA) Y ENFERMEDAD RESPIRATORIA EN EDAD PEDIÁTRICA.	16	14	13:15 a 14:15	Aula 1	RPD
BASTIANELLI C.	CUERPOS EXTRAÑOS DIGESTIVOS. NUESTRA EXPERIENCIA	71	14	13:15 a 14:15	Aula 1	RPD
BASTIANELLI C.	PREVALENCIA Y CLÍNICA DE LOS NIÑOS CON LITIASIS BILIAR EN HPMI DE SALTA	31	14	14:30 a 16:30	Salón Pigalle	TLS
BASTÓN C.	¿SON LOS EVENTOS DE ESTRÉS NEONATAL (EEN) FACTORES DE RIESGO PARA EL DESARROLLO DE TRASTORNOS FUNCIONALES DIGESTIVOS (TFD) EN NIÑOS?	18	14	18:45 a 20:15	Salón Pigalle	PO
BATTISTON F.	COMPLICACIONES DE LA CIRROSIS EN NIÑOS CON FIBROSIS QUÍSTICA	26	14	18:45 a 20:15	Salón Pigalle	PO
BECKER M.	EVALUACIÓN DE DISTINTOS PUNTOS DE CORTE DE ANTICUERPOS ANTITRANSGLUTAMINASA (ATGH) PARA EL DIAGNÓSTICO DE ENFERMEDAD CELÍACA (EC) EN PEDIATRÍA	95	14	13:15 a 14:15	Aula 1	RPD
BELTRAMINO D.	TRASPLANTE HEPÁTICO EN LA INSUFICIENCIA HEPÁTICA AGUDA: RESULTADOS DE LOS PRIMEROS 7 AÑOS EN LA PROVINCIA DE SANTA FE.	13	14	11:20 a 12:20	Salón Monet	TLS
BELTRAMONE M.	¿CUALES FUERON LOS MOTIVOS DE ENDOSCOPIAS Y SU ASPECTO MACROSCÓPICO EN PACIENTES CON HALLAZGO DE HELICOBACTER PYLORI?	125	14	18:45 a 20:15	Salón Pigalle	PO
BELTRAMONE M.	ABSCESOS HEPÁTICOS EN PEDIATRÍA	27	14	18:45 a 20:15	Salón Pigalle	PO
BELTRAMONE M.	ACCIDENTES PREVENIBLES EN LA INFANCIA: INGESTA DE CÁUSTICO.	79	14	18:45 a 20:15	Salón Pigalle	PO
BELTRAMONE M.	EFICACIA DE UNA PRUEBA RÁPIDA CON ANTICUERPOS IGA ANTITRANSGLUTAMINASA TISULAR EN LA DETECCIÓN DE ENFERMEDAD CELIACA EN PEDIATRÍA.	36	14	14:30 a 16:30	Salón Pigalle	TLS
BELTRAMONE M.	ESOFAGITIS EOSINOFILICA. EXPERIENCIA EN UN CENTRO PEDIATRICO	138	14	13:15 a 14:15	Aula 1	RPD
BELTRAMONE M.	HIPERTRANSAMINASEMIA EN LA ENFERMEDAD CELIACA	117	14	13:15 a 14:15	Aula 1	RPD
BELTRAMONE M.	MARCADORES SEROLÓGICOS EN EL SEGUIMIENTO DE NIÑOS CON ENFERMEDAD CELIACA	34	14	13:15 a 14:15	Aula 1	RPD
BEN R.	¿CUALES FUERON LOS MOTIVOS DE ENDOSCOPIAS Y SU ASPECTO MACROSCÓPICO EN PACIENTES CON HALLAZGO DE HELICOBACTER PYLORI?	125	14	18:45 a 20:15	Salón Pigalle	PO
BEN R.	ABSCESOS HEPÁTICOS EN PEDIATRÍA	27	14	18:45 a 20:15	Salón Pigalle	PO
BEN R.	ACCIDENTES PREVENIBLES EN LA INFANCIA: INGESTA DE CÁUSTICO.	79	14	18:45 a 20:15	Salón Pigalle	PO
BEN R.	EFICACIA DE UNA PRUEBA RÁPIDA CON ANTICUERPOS IGA ANTITRANSGLUTAMINASA TISULAR EN LA DETECCIÓN DE ENFERMEDAD CELIACA EN PEDIATRÍA.	36	14	14:30 a 16:30	Salón Pigalle	TLS
BEN R.	ESOFAGITIS EOSINOFILICA. EXPERIENCIA EN UN CENTRO PEDIATRICO	138	14	13:15 a 14:15	Aula 1	RPD
BEN R.	ESTUDIO FUNCIONAL EN NIÑOS CON ATRESIA ESOFÁGICA (AE) CORREGIDA.	69	14	13:15 a 14:15	Aula 1	RPD

**5° CONGRESO ARGENTINO DE GASTROENTEROLOGÍA,
HEPATOLOGÍA Y NUTRICIÓN PEDIÁTRICAS**

Ciudad de Buenos Aires, 13 al 16 de Agosto de 2014



Autores (c/inicial)	Título	N°	Día	Hora	Ubicación	Modalidad
BEN R.	EVOLUCIÓN DE LA ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL EN EL POSTRASPLANTE HEPÁTICO	14	14	13:15 a 14:15	Aula 1	RPD
BEN R.	HIPERTRANSAMINASEMIA EN LA ENFERMEDAD CELIACA	117	14	13:15 a 14:15	Aula 1	RPD
BEN R.	MARCADORES SEROLÓGICOS EN EL SEGUIMIENTO DE NIÑOS CON ENFERMEDAD CELIACA	34	14	13:15 a 14:15	Aula 1	RPD
BERNASCONI A.	ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL (EII) EN PACIENTE CON INMUNODEFICIENCIA PRIMARIA (IDP)	82	14	18:45 a 20:15	Salón Pigalle	PO
BERNASCONI A.	PATOLOGÍA AUTOINMUNE MULTIPLE EN UN PACIENTE CON INMUNODEFICIENCIA PRIMARIA	88	14	13:15 a 14:15	Aula 1	RPD
BERNEDO V.	¿CUALES FUERON LOS MOTIVOS DE ENDOSCOPIAS Y SU ASPECTO MACROSCÓPICO EN PACIENTES CON HALLAZGO DE HELICOBACTER PYLORI?	125	14	18:45 a 20:15	Salón Pigalle	PO
BERNEDO V.	ESOFAGITIS EOSINOFILICA. EXPERIENCIA EN UN CENTRO PEDIATRICO	138	14	13:15 a 14:15	Aula 1	RPD
BERNEDO V.	HIPERTRANSAMINASEMIA EN LA ENFERMEDAD CELIACA	117	14	13:15 a 14:15	Aula 1	RPD
BERTA C.	APORTE DEL PROGRAMA DE COMEDORES ESCOLARES A LA INGESTA DE NUTRIENTES DE NIÑOS DE 5°GRADO DE ESCUELAS PÚBLICAS DE LA PROVINCIA DE CORRIENTES	7	14	8:30 a 10:00	Salón Petit Doree	TLS
BERTA C.	EVALUACIÓN ANTROPOMÉTRICA EN LA POBLACIÓN DE ESCOLARES DE CORRIENTES	55	14	14:00 a 15:30	Salón Doree	RPD
BERTA C.	EVALUACIÓN DE LA ACTIVIDAD FÍSICA EN LA POBLACIÓN DE ESCOLARES DE CORRIENTES	128	14	14:00 a 15:30	Salón Petit Doree	RPD
BERTA C.	EVALUACIÓN DE LA ACTIVIDAD FÍSICA EN RECREOS MEDIANTE SISTEMA DE OBSERVACIÓN DEL JUEGO Y OCIO EN ESCOLARES (SOPLAY) DE CORRIENTES	35	14	18:00 a 19:15	Salón Doree	PO
BERTA M.	HÁBITOS DE ALIMENTACIÓN EN ESCOLARES DE CORRIENTES	46	14	14:00 a 15:30	Salón Doree	RPD
BERTA M.	UNA MIRADA AL KIOSCO DE LAS ESCUELAS DE CORRIENTES	45	14	14:00 a 15:30	Salón Doree	RPD
BERUTTO V.	XANTOGRANULOMATOSIS JUVENIL: PRESENTACION SISTEMICA CON FALLA HEPATICA NEONATAL	60	14	13:15 a 14:15	Aula 1	RPD
BESGA A.	¿CUALES FUERON LOS MOTIVOS DE ENDOSCOPIAS Y SU ASPECTO MACROSCÓPICO EN PACIENTES CON HALLAZGO DE HELICOBACTER PYLORI?	125	14	18:45 a 20:15	Salón Pigalle	PO
BESGA A.	¿OBESIDAD E HÍGADO GRASO EN ADOLESCENTES: UNA RELACIÓN DIRECTA?	56	14	14:00 a 15:30	Salón Petit Doree	RPD
BESGA A.	ABSCESOS HEPÁTICOS EN PEDIATRIA	27	14	18:45 a 20:15	Salón Pigalle	PO
BESGA A.	ESOFAGITIS EOSINOFILICA. EXPERIENCIA EN UN CENTRO PEDIATRICO	138	14	13:15 a 14:15	Aula 1	RPD
BESGA A.	EVOLUCIÓN DE LA ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL EN EL POSTRASPLANTE HEPÁTICO	14	14	13:15 a 14:15	Aula 1	RPD
BESGA A.	HIPERTRANSAMINASEMIA EN LA ENFERMEDAD CELIACA	117	14	13:15 a 14:15	Aula 1	RPD
BIGLIARDI R.	¿LA UTILIZACIÓN DE LOS ANTICUERPOS ANTITRANSGLUTAMINASA TISULAR IGA Y LOS DIRIGIDOS A PÉPTIDOS DE GLIADINA DEAMIDADOS IGG ES LA MEJOR COMBINACIÓN PARA PREDECIR ENFERMEDAD CELIACA? (EC)	48	14	9:00 a 11:00	Salón Pigalle	TLS
BIGLIARDI R.	ANTICUERPOS ANTI TRANSGLUTAMINASA IGA (TTGA) Y ANTI ENDOMISIO IGA (EMA) COMO PREDICTORES DE ENFERMEDAD CELÍACA.	66	14	14:30 a 16:30	Salón Pigalle	TLS
BIGLIARDI R.	MOTILIDAD RECTOANAL Y RESPUESTA AL TRATAMIENTO CON BIOFEEDBACK EN PACIENTES CON MALFORMACIONES ANORRECTALES	140	14	16:45 a 17:45	Salón Renoir	TLS

PO: Presentación oral
TLS: Trabajo libre seleccionado
RPD: Recorrida póster digital



Sociedad Argentina de Pediatría

Dirección de Congresos y Eventos

Comités Nacionales de Gastroenterología, Hepatología y Nutrición Pediátricas

Autores (c/inicial)	Título	N°	Día	Hora	Ubicación	Modalidad
BIGLIARDI R.	VARIABLES MANOMÉTRICAS Y RESPUESTA AL TRATAMIENTO CON BIOFEEDBACK EN PACIENTES CON MIELOMENINGOCELE	133	14	18:45 a 20:15	Salón Pigalle	PO
BINAGHI M.	BIODISPONIBILIDAD Y APORTE POTENCIAL DE MINERALES EN GALLETITAS DESTINADAS A ESCOLARES ELABORADAS CON HARINA DE TRIGO, HARINA DE ALGARROBA (PROSOPIS ALBA) Y AVENA. PARCIALMENTE FINANCIADO POR UBACYT 20020100100166	28	14	18:00 a 19:15	Salón Doree	PO
BITETTI L.	TRASPLANTE HEPÁTICO EN LA INSUFICIENCIA HEPÁTICA AGUDA: RESULTADOS DE LOS PRIMEROS 7 AÑOS EN LA PROVINCIA DE SANTA FE.	13	14	11:20 a 12:20	Salón Monet	TLS
BOGGIO MARZET C.	¿SON LOS EVENTOS DE ESTRÉS NEONATAL (EEN) FACTORES DE RIESGO PARA EL DESARROLLO DE TRASTORNOS FUNCIONALES DIGESTIVOS (TFD) EN NIÑOS?	18	14	18:45 a 20:15	Salón Pigalle	PO
BOGGIO MARZET C.	EVALUACIÓN DE ALFA 1 ANTITRIPSINA EN MATERIA FECAL EN NEONATOS SANOS.	17	14	9:00 a 11:00	Salón Pigalle	TLS
BOGGIO MARZET C.	EVALUACIÓN DE LA SENSIBILIDAD (SE) Y ESPECIFICIDAD (ES) DE LAS VARIABLES DE CORRELACIÓN SINTOMÁTICA (VCS) EN PACIENTES CON ENFERMEDAD POR REFLUJO GASTROESOFÁGICO ACIDO (ERGEA) Y ENFERMEDAD RESPIRATORIA EN EDAD PEDIÁTRICA.	16	14	13:15 a 14:15	Aula 1	RPD
BOGGIO PACIENTES	EVALUACIÓN DEL CRECIMIENTO PONDOESTRUTURAL EN PACIENTES CON PROCTORRAGIA COMO FORMA DE PRESENTACIÓN DE LA ALERGIA A PROTEÍNA DE LECHE DE VACA. COMPARACIÓN ENTRE FÓRMULAS DE AMINOÁCIDOS E HIDROLIZADO EXTENSO DE PROTEÍNAS.	103	14	9:00 a 11:00	Salón Pigalle	TLS
BOLDRINI G.	TRASPLANTE HEPÁTICO EN NIÑOS CON UN PESO MENOR A 8 KG EN UN CENTRO DE LATINOAMERICA	43	14	9:00 a 11:00	Salón Pigalle	TLS
BOLDRINI G.	UTILIZACIÓN DE BETABLOQUEANTES EN HEMANGIOMAS HEPÁTICOS	132	14	13:15 a 14:15	Aula 1	RPD
BOLDRINI H.	OBESIDAD EN PACIENTES ADOLESCENTES TRASPLANTADOS HEPÁTICOS	81	14	18:45 a 20:15	Salón Pigalle	PO
BOLOGNA R.	PREVALENCIA DE FACTORES DE RIESGO DE ENFERMEDAD CARDIOVASCULAR EN NIÑOS Y ADOLESCENTES CON INFECCIÓN POR HIV TITULO O TITULO DEMASIADO CORTO	116	14	18:00 a 19:15	Salón Doree	PO
BOMER I.	GASTO ENERGÉTICO, COMPOSICIÓN CORPORAL, TRASTORNOS METABÓLICOS E INGESTA ENERGÉTICA EN PACIENTES CON ANTECEDENTES DE CRANEOFARINGIOMA	70	14	18:00 a 19:15	Salón Doree	PO
BORDATO J.	FINES DEL SIGLO XX-COMIENZOS DEL XXI ¿ENCONTRAMOS DIFERENCIAS EN LA INGESTA DE CORROSIVOS? TRATAMIENTO.	86	14	18:45 a 20:15	Salón Pigalle	PO
BORDATO J.	TITULO: AFECTACION GASTROINTESTINAL Y HEPATOBILIAR DE PACIENTES FIBROQUÍSTICOS ATENDIDOS EN UN HOSPITAL PÚBLICO PEDIÁTRICO: EXPERIENCIA EN 25 AÑOS.	87	14	13:15 a 14:15	Aula 1	RPD
BORDATO J.	XANTOGRANULOMATOSIS JUVENIL: PRESENTACION SISTEMICA CON FALLA HEPATICA NEONATAL	60	14	13:15 a 14:15	Aula 1	RPD
BOROBIA P.	¿CUALES FUERON LOS MOTIVOS DE ENDOSCOPIAS Y SU ASPECTO MACROSCÓPICO EN PACIENTES CON HALLAZGO DE HELICOBACTER PYLORI?	125	14	18:45 a 20:15	Salón Pigalle	PO
BOROBIA P.	ABSCESOS HEPÁTICOS EN PEDIATRIA	27	14	18:45 a 20:15	Salón Pigalle	PO
BOROBIA P.	ACCIDENTES PREVENIBLES EN LA INFANCIA: INGESTA DE CÁUSTICO.	79	14	18:45 a 20:15	Salón Pigalle	PO
BOROBIA P.	EFICACIA DE UNA PRUEBA RÁPIDA CON ANTICUERPOS IGA ANTITRANSGLUTAMINASA TISULAR EN LA DETECCIÓN DE ENFERMEDAD CELIACA EN PEDIATRIA.	36	14	14:30 a 16:30	Salón Pigalle	TLS
BOROBIA P.	ESOFAGITIS EOSINOFILICA. EXPERIENCIA EN UN CENTRO PEDIATRICO	138	14	13:15 a 14:15	Aula 1	RPD

**5° CONGRESO ARGENTINO DE GASTROENTEROLOGÍA,
HEPATOLOGÍA Y NUTRICIÓN PEDIÁTRICAS**

Ciudad de Buenos Aires, 13 al 16 de Agosto de 2014



Por un niño sano,
en un momento.

Autores (c/inicial)	Título	N°	Día	Hora	Ubicación	Modalidad
BOROBIA P.	ESTUDIO FUNCIONAL EN NIÑOS CON ATRESIA ESOFÁGICA (AE) CORREGIDA.	69	14	13:15 a 14:15	Aula 1	RPD
BOROBIA P.	HIPERTRANSAMINASEMIA EN LA ENFERMEDAD CELIACA	117	14	13:15 a 14:15	Aula 1	RPD
BOROBIA P.	MARCADORES SEROLÓGICOS EN EL SEGUIMIENTO DE NIÑOS CON ENFERMEDAD CELIACA	34	14	13:15 a 14:15	Aula 1	RPD
BORTAGARAY J.	OCCLUSIÓN INTESTINAL POR CLOSTRIDIUM DIFICILE	126	14	13:15 a 14:15	Aula 1	RPD
BOSALEH A.	ASOCIACIÓN ENTRE ENFERMEDAD CELIACA Y ENFERMEDAD DE CROHN EN PEDIATRÍA	77	14	9:00 a 11:00	Salón Pigalle	TLS
BOSALEH A.	EVOLUCION A LARGO PLAZO DEL POUCH ILEOANAL EN PACIENTES CON ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL (EII)	123	14	9:00 a 11:00	Salón Pigalle	TLS
BOTTERO A.	ASOCIACIÓN ENTRE ENFERMEDAD CELIACA Y ENFERMEDAD DE CROHN EN PEDIATRÍA	77	14	9:00 a 11:00	Salón Pigalle	TLS
BOTTERO A.	CÁPSULA ENDOSCÓPICA: RÉDITO DIAGNÓSTICO EN UNA POBLACIÓN PEDIÁTRICA.	134	14	9:00 a 11:00	Salón Pigalle	TLS
BOTTERO A.	COMPLICACIONES DE LA CIRROSIS EN NIÑOS CON FIBROSIS QUÍSTICA	26	14	18:45 a 20:15	Salón Pigalle	PO
BOTTERO A.	ENFERMEDAD DE CROHN (EC) EN PACIENTES MENORES Y MAYORES DE 5 AÑOS, ¿HAY DIFERENCIAS?	96	14	9:00 a 11:00	Salón Pigalle	TLS
BOTTERO A.	EVOLUCION A LARGO PLAZO DEL POUCH ILEOANAL EN PACIENTES CON ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL (EII)	123	14	9:00 a 11:00	Salón Pigalle	TLS
BOTTERO A.	LIGADURA ENDOSCÓPICA VARICEAL: EXPERIENCIA DE 10 AÑOS EN UN HOSPITAL PEDIATRICO DE ALTA COMPLEJIDAD	122	14	16:45 a 17:45	Salón Monet	TLS
BOTTERO A.	SÍNDROME DE POLIPOSIS EN PEDIATRÍA: EXPERIENCIA DE 21 AÑOS	136	14	16:45 a 17:45	Salón Renoir	TLS
BOTTO M.	PREVALENCIA DE INSULINO-RESISTENCIA EN ADOLESCENTES CON DIABETES TIPO 1 Y SU RELACIÓN CON COMPLICACIONES MICROVASCULARES.	94	14	8:30 a 10:00	Salón Doree	TLS
BOUQUET M.	NUTRICIÓN ENTERAL AMBULATORIA (NEA) EN PACIENTES PEDIÁTRICOS CON CARDIOPATÍAS EN AUTO CUIDADO DOMICILIARIO	144	15	14:00 a 15:30	Salón Doree	RPD
BRAVO M.	PREVALENCIA DE FACTORES DE RIESGO DE ENFERMEDAD CARDIOVASCULAR EN NIÑOS Y ADOLESCENTES CON INFECCIÓN POR HIV TITULO O TITULO DEMASIADO CORTO	116	14	18:00 a 19:15	Salón Doree	PO
BRAVO S.	FINES DEL SIGLO XX-COMIENZOS DEL XXI ¿ENCONTRAMOS DIFERENCIAS EN LA INGESTA DE CORROSIVOS? TRATAMIENTO.	86	14	18:45 a 20:15	Salón Pigalle	PO
BRAVO S.	TITULO: AFECTACION GASTROINTESTINAL Y HEPATOBILIAR DE PACIENTES FIBROQUISTICOS ATENDIDOS EN UN HOSPITAL PÚBLICO PEDIÁTRICO: EXPERIENCIA EN 25 AÑOS.	87	14	13:15 a 14:15	Aula 1	RPD
BREA M.	ADHERENCIA A LARGO PLAZO EN UNA INTERVENCIÓN GRUPAL DE PACIENTES CON SOBREPESO Y OBESIDAD	130	14	8:30 a 10:00	Salón Petit Doree	TLS
BUCHOVSKY A.	PREVALENCIA DE FACTORES DE RIESGO DE ENFERMEDAD CARDIOVASCULAR EN NIÑOS Y ADOLESCENTES CON INFECCIÓN POR HIV TITULO O TITULO DEMASIADO CORTO	116	14	18:00 a 19:15	Salón Doree	PO
BURGOS M.	FRECUENCIA DE ESTEATOSIS HEPÁTICA Y CORRELACION CON CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS Y BIOQUÍMICAS EN NIÑOS Y ADOLESCENTES OBESOS ASISITIDOS EN CONSULTORIO DE ENFERMEDADES METABÓLICAS DEL HOSPITAL DE NIÑOS DE SALTA	38	14	11:30 a 13:10	Salón Doree	TLS
BUSONI V.	CIRUGIA DE ELONGACION INTESTINAL EN NIÑOS CON SINDROME DE INTESTINO CORTO	129	14	9:00 a 11:00	Salón Pigalle	TLS
BUSONI V.	INSUFICIENCIA INTESTINAL EN PEDIATRÍA: ¿ES POSIBLE REHABILITAR PACIENTES CON INDICACIÓN DE TRASPLANTE DE INTESTINO?	104	14	9:00 a 11:00	Salón Pigalle	TLS

PO: Presentación oral
TLS: Trabajo libre seleccionado
RPD: Recorrida póster digital



Sociedad Argentina de Pediatría

Dirección de Congresos y Eventos

Comités Nacionales de Gastroenterología, Hepatología y Nutrición Pediátricas

Autores (c/inicial)	Título	N°	Día	Hora	Ubicación	Modalidad
BUSONI V.	TROMBOSIS VENOSA EN NIÑOS Y ADOLESCENTES CON ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL CRÓNICA. ¿TENEMOS PRESENTE SU POTENCIAL RIESGO?	41	14	18:45 a 20:15	Salón Pigalle	PO
BUSQUET L.	CÁPSULA ENDOSCÓPICA: RÉDITO DIAGNÓSTICO EN UNA POBLACIÓN PEDIÁTRICA.	134	14	9:00 a 11:00	Salón Pigalle	TLS
BUSQUET L.	DILATACIÓN ENDOSCÓPICA CON BALÓN EN EL TRATAMIENTO DEL SÍNDROME PILÓRICO EN NIÑOS: REPORTE DE 5 CASOS.	85	14	18:45 a 20:15	Salón Pigalle	PO
BUSQUET L.	LIGADURA ENDOSCOPICA VARICEAL: EXPERIENCIA DE 10 AÑOS EN UN HOSPITAL PEDIATRICO DE ALTA COMPLEJIDAD	122	14	16:45 a 17:45	Salón Monet	TLS
BUSQUET L.	SÍNDROME DE POLIPOSIS EN PEDIATRÍA: EXPERIENCIA DE 21 AÑOS	136	14	16:45 a 17:45	Salón Renoir	TLS

C

CAAMAÑO A.	RESISTENCIA INSULÍNICA Y SU ASOCIACIÓN CON ÍNDICES GINGIVOPERIODONTALES	22	14	11:30 a 13:00	Salón Petit Doree	TLS
CABRERA C.	RELACIÓN DE LA INGESTA PROTEICA CON EL BALANCE NITROGENADO Y EL ESTADO NUTRICIONAL EN PACIENTES PEDIÁTRICOS CON ENFERMEDAD FIBROQUÍSTICA (FQ)	101	14	14:30 a 16:00	Salón Petit Doree	TLS
CAGLIO P.	¿LA UTILIZACIÓN DE LOS ANTICUERPOS ANTITRANSGLUTAMINASA TISULAR IGA Y LOS DIRIGIDOS A PÉPTIDOS DE GLIADINA DEAMIDADOS IGG ES LA MEJOR COMBINACIÓN PARA PREDECIR ENFERMEDAD CELIACA? (EC)	48	14	9:00 a 11:00	Salón Pigalle	TLS
CAGLIO P.	ANTICUERPOS ANTI TRANSGLUTAMINASA IGA (TTGA) Y ANTI ENDOMISIO IGA (EMA) COMO PREDICTORES DE ENFERMEDAD CELÍACA.	66	14	14:30 a 16:30	Salón Pigalle	TLS
CAGLIO P.	ASOCIACIÓN DE COLITIS ULCEROSA Y DÉFICIT DE IGA	65	14	13:15 a 14:15	Aula 1	RPD
CAGLIO P.	CAPILLARIASIS HEPÁTICA: OTRA CAUSA DE SÍNDROME HIPEREOSINOFILICO, REPORTE DE UN CASO	67	14	13:15 a 14:15	Aula 1	RPD
CALELLO S.	ACALASIA COMO FORMA DE PRESENTACIÓN DE MIOPATÍA VISCERAL	118	14	13:15 a 14:15	Aula 1	RPD
CALELLO S.	MANEJO CONSERVADOR DE LA FÍSTULA BILIAR POST TRAUMÁTICA	119	14	18:45 a 20:15	Salón Pigalle	PO
CALELLO S.	OCCLUSIÓN INTESTINAL POR CLOSTRIDIUM DIFICILE	126	14	13:15 a 14:15	Aula 1	RPD
CALELLO S.	RESULTADOS DEL TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DEL REFLUJO GASTROESOFÁGICO EN PACIENTES CON ATRESIA ESOFÁGICA.	120	14	13:15 a 14:15	Aula 1	RPD
CAMINITI C.	ADHERENCIA A LARGO PLAZO EN UNA INTERVENCIÓN GRUPAL DE PACIENTES CON SOBREPESO Y OBESIDAD	130	14	8:30 a 10:00	Salón Petit Doree	TLS
CAMINITI C.	GASTO ENERGÉTICO, COMPOSICIÓN CORPORAL, TRASTORNOS METABÓLICOS E INGESTA ENERGÉTICA EN PACIENTES CON ANTECEDENTES DE CRANEOFARINGIOMA	70	14	18:00 a 19:15	Salón Doree	PO
CAMPOVERDE S.	EVALUACIÓN DE ALFA 1 ANTITRIPSINA EN MATERIA FECAL EN NEONATOS SANOS.	17	14	9:00 a 11:00	Salón Pigalle	TLS
CANDARLE P.	ADENOCARCINOMA DE COLON EN UNA NIÑA DE 5 AÑOS DE EDAD	20	14	13:15 a 14:15	Aula 1	RPD
CANDARLE P.	PREVALENCIA DE INFECCIÓN POR HELICOBACTER PYLORI EN NIÑOS Y ADOLESCENTES SOMETIDOS A ENDOSCOPIA DIGESTIVA.	72	14	18:45 a 20:15	Salón Pigalle	PO
CANÉ A.	MANEJO DE INFECCIÓN POR CITOMEGALOVIRUS EN TRASPLANTE HEPÁTICO PEDIÁTRICO	4	14	14:30 a 16:30	Salón Pigalle	TLS
CARABALLO R.	DATOS NUTRICIONALES PRELIMINARES DE UNA COHORTE EN SEGUIMIENTO DE PACIENTES CON EPILEPSIA REFRACTARIA EN TRATAMIENTO CON DIETA CETOGENICA.	135	14	14:00 a 15:30	Salón Petit Doree	RPD
CARBONATTO P.	PREVALENCIA DE ENFERMEDAD CELIACA EN LA POBLACIÓN PEDIÁTRICA DEL ALTO VALLE DE RÍO NEGRO.	6	14	13:15 a 14:15	Aula 1	RPD

**5° CONGRESO ARGENTINO DE GASTROENTEROLOGÍA,
HEPATOLOGÍA Y NUTRICIÓN PEDIÁTRICAS**

Ciudad de Buenos Aires, 13 al 16 de Agosto de 2014



Autores (c/inicial)	Título	N°	Día	Hora	Ubicación	Modalidad
CARELLA B.	HACIA EL MAPA DE OBESIDAD EN LA ARGENTINA	3	14	11:30 a 13:10	Salón Petit Doree	TLS
CARMUEGA E.	APORTE DEL PROGRAMA DE COMEDORES ESCOLARES A LA INGESTA DE NUTRIENTES DE NIÑOS DE 5°GRADO DE ESCUELAS PÚBLICAS DE LA PROVINCIA DE CORRIENTES	7	14	8:30 a 10:00	Salón Petit Doree	TLS
CARMUEGA E.	CONTENIDO DE AZÚCARES DE ALIMENTOS DISPONIBLES EN KIOSCOS	121	14	14:00 a 15:30	Salón Petit Doree	RPD
CARMUEGA E.	DIFERENCIAS EN LOS INDICADORES BÁSICOS DE LACTANCIA MATERNA Y ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA PROPUESTOS POR LA OMS EN NIÑOS CON DIFERENTES CONDICIONES SOCIODEMOGRÁFICAS DE ROSARIO.	29	14	11:30 a 13:10	Salón Petit Doree	TLS
CARMUEGA E.	EVALUACIÓN ANTROPOMÉTRICA EN LA POBLACIÓN DE ESCOLARES DE CORRIENTES	55	14	14:00 a 15:30	Salón Doree	RPD
CARMUEGA E.	EVALUACIÓN DE LA ACTIVIDAD FÍSICA EN LA POBLACIÓN DE ESCOLARES DE CORRIENTES	128	14	14:00 a 15:30	Salón Petit Doree	RPD
CARMUEGA E.	EVALUACIÓN DE LA ACTIVIDAD FÍSICA EN RECREOS MEDIANTE SISTEMA DE OBSERVACIÓN DEL JUEGO Y OCIO EN ESCOLARES (SOPLAY) DE CORRIENTES	35	14	18:00 a 19:15	Salón Doree	PO
CARMUEGA E.	HÁBITOS DE ALIMENTACIÓN EN ESCOLARES DE CORRIENTES	46	14	14:00 a 15:30	Salón Doree	RPD
CARMUEGA E.	HACIA EL MAPA DE OBESIDAD EN LA ARGENTINA	3	14	11:30 a 13:10	Salón Petit Doree	TLS
CARMUEGA E.	HIDRATAR I: PERFIL DE INGESTA DE BEBIDAS NO ALCOHÓLICAS DE LA POBLACIÓN ARGENTINA	37	14	14:00 a 15:30	Salón Doree	RPD
CARMUEGA E.	HIDRATAR II: PATRÓN DE INGESTA DE BEBIDAS NO ALCOHÓLICAS DE LA POBLACIÓN INFANTIL ARGENTINA	127	14	18:00 a 19:15	Salón Doree	PO
CARMUEGA E.	LEYES Y PROYECTOS DE LEY SOBRE REGULACIÓN DE KIOSCOS ESCOLARES EN ARGENTINA.	33	14	14:00 a 15:30	Salón Doree	RPD
CARMUEGA E.	PATRONES DE INGESTA DE LÁCTEOS DE LA POBLACIÓN ARGENTINA	30	14	17:15 a 18:45	Salón Doree	TLS
CARMUEGA E.	PRÁCTICAS EN EL CONSULTORIO DE OBESIDAD INFANTIL Y ADOLESCENTE	53	14	14:00 a 15:30	Salón Doree	RPD
CARMUEGA E.	UNA MIRADA AL KIOSCO DE LAS ESCUELAS DE CORRIENTES	45	14	14:00 a 15:30	Salón Doree	RPD
CARMUEGA E.	"EL COSTO DEL HAMBRE: IMPACTO SOCIAL Y ECONÓMICO DE LA DESNUTRICIÓN INFANTIL EN ARGENTINA"	25	14	14:00 a 15:30	Salón Doree	RPD
CASANUEVA E.	MANEJO DE INFECCIÓN POR CITOMEGALOVIRUS EN TRASPLANTE HEPÁTICO PEDIÁTRICO	4	14	14:30 a 16:30	Salón Pigalle	TLS
CASAVALLE P.	RESISTENCIA A LA INSULINA EN PACIENTES OBESOS PEDIÁTRICOS Y SU ASOCIACIÓN CON DIFERENTES CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS Y METABÓLICAS	80	14	14:00 a 15:30	Salón Petit Doree	RPD
CASAVALLE P.	RESISTENCIA INSULÍNICA Y SU ASOCIACIÓN CON ÍNDICES GINGIVOPERIODONTALES	22	14	11:30 a 13:00	Salón Petit Doree	TLS
CASTAÑOS C.	COMPLICACIONES DE LA CIRROSIS EN NIÑOS CON FIBROSIS QUÍSTICA	26	14	18:45 a 20:15	Salón Pigalle	PO
CAVALIERI M.	OBESIDAD EN PACIENTES ADOLESCENTES TRASPLANTADOS HEPÁTICOS	81	14	18:45 a 20:15	Salón Pigalle	PO
CHAMORRO V.	HIDRATAR I: PERFIL DE INGESTA DE BEBIDAS NO ALCOHÓLICAS DE LA POBLACIÓN ARGENTINA	37	14	14:00 a 15:30	Salón Doree	RPD
CHAMORRO V.	PRÁCTICAS EN EL CONSULTORIO DE OBESIDAD INFANTIL Y ADOLESCENTE	53	14	14:00 a 15:30	Salón Doree	RPD
CHAVEZ E.	REGISTRO PROSPECTIVO DE ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL (EII) EN POBLACIÓN PEDIÁTRICA ARGENTINA	97	14	9:00 a 11:00	Salón Pigalle	TLS
CHEANG Y.	BIOPSIAS DE CONTROL EN TRASPLANTE HEPÁTICO PEDIÁTRICO	23	14	11:20 a 12:20	Salón Monet	TLS

PO: Presentación oral

TLS: Trabajo libre seleccionado

RPD: Recorrida póster digital



Sociedad Argentina de Pediatría

Dirección de Congresos y Eventos

Comités Nacionales de Gastroenterología, Hepatología y Nutrición Pediátricas

Autores (c/inicial)	Título	N°	Día	Hora	Ubicación	Modalidad
CHEANG Y.	MANEJO DE INFECCIÓN POR CITOMEGALOVIRUS EN TRASPLANTE HEPÁTICO PEDIÁTRICO	4	14	14:30 a 16:30	Salón Pigalle	TLS
CHEANG Y.	TOLERANCIA OPERACIONAL EN TRASPLANTE HEPÁTICO PEDIÁTRICO	42	14	13:15 a 14:15	Aula 1	RPD
CHEANG Y.	TRASPLANTE HEPÁTICO PARA HEPATOBLASTOMA DE ALTO RIESGO	5	14	13:15 a 14:15	Aula 1	RPD
CHEREAU C.	¿CUALES FUERON LOS MOTIVOS DE ENDOSCOPIAS Y SU ASPECTO MACROSCÓPICO EN PACIENTES CON HALLAZGO DE HELICOBACTER PYLORI?	125	14	18:45 a 20:15	Salón Pigalle	PO
CHEREAU C.	ABSCESOS HEPÁTICOS EN PEDIATRIA	27	14	18:45 a 20:15	Salón Pigalle	PO
CHEREAU C.	ACCIDENTES PREVENIBLES EN LA INFANCIA: INGESTA DE CÁUSTICO.	79	14	18:45 a 20:15	Salón Pigalle	PO
CHEREAU C.	EFICACIA DE UNA PRUEBA RÁPIDA CON ANTICUERPOS IGA ANTITRANSGLUTAMINASA TISULAR EN LA DETECCIÓN DE ENFERMEDAD CELIACA EN PEDIATRIA.	36	14	14:30 a 16:30	Salón Pigalle	TLS
CHEREAU C.	ESOFAGITIS EOSINOFÍLICA. EXPERIENCIA EN UN CENTRO PEDIATRICO	138	14	13:15 a 14:15	Aula 1	RPD
CHEREAU C.	HIPERTRANSAMINASEMIA EN LA ENFERMEDAD CELIACA	117	14	13:15 a 14:15	Aula 1	RPD
CHEREAU C.	MARCADORES SEROLÓGICOS EN EL SEGUIMIENTO DE NIÑOS CON ENFERMEDAD CELIACA	34	14	13:15 a 14:15	Aula 1	RPD
CHRISTIANSEN S.	EXISTE DIFERENCIA EN LA LÍNEA BASAL DE IMPEDANCIOMETRÍA INTRALUMINAL MULTICANAL Y EL TIEMPO DE EXPOSICIÓN AL ÁCIDO EN NIÑOS CON ESOFAGITIS EOSINOFÍLICA VS AQUELLOS CON REFLUJO GASTROESOFÁGICO?	52	14	11:20 a 12:20	Salón Renoir	TLS
CHRISTIANSEN S.	REFLUJO NO ÁCIDO COMO CAUSA DE ESOFAGITIS EN PACIENTES OPERADOS DE ATRESIA ESOFÁGICA EVALUADO POR IMPEDANCIOMETRÍA INTRALUMINAL MULTICANAL DE 24 HS.	51	14	11:20 a 12:20	Salón Renoir	TLS
CHRISTIANSEN S.	TROMBOSIS VENOSA EN NIÑOS Y ADOLESCENTES CON ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL CRÓNICA. ¿TENEMOS PRESENTE SU POTENCIAL RIESGO?	41	14	18:45 a 20:15	Salón Pigalle	PO
CIARDULLO M.	TRASPLANTE HEPÁTICO EN NIÑOS CON UN PESO MENOR A 8 KG EN UN CENTRO DE LATINOAMERICA	43	14	9:00 a 11:00	Salón Pigalle	TLS
CICHOWOLSKI V.	ESCLERODERMIA Y DISFAGIA. NO TODO ES LO QUE PARECE	68	14	13:15 a 14:15	Aula 1	RPD
CIERI P.	ACALASIA COMO FORMA DE PRESENTACIÓN DE MIOPATÍA VISCERAL	118	14	13:15 a 14:15	Aula 1	RPD
CIERI P.	MANEJO CONSERVADOR DE LA FÍSTULA BILIAR POST TRAUMÁTICA	119	14	18:45 a 20:15	Salón Pigalle	PO
CIERI P.	OCLUSIÓN INTESTINAL POR CLOSTRIDIUM DIFICILE	126	14	13:15 a 14:15	Aula 1	RPD
CIERI P.	RESULTADOS DEL TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DEL REFLUJO GASTROESOFÁGICO EN PACIENTES CON ATRESIA ESOFÁGICA.	120	14	13:15 a 14:15	Aula 1	RPD
CIRINCIONE V.	ESCLERODERMIA Y DISFAGIA. NO TODO ES LO QUE PARECE	68	14	13:15 a 14:15	Aula 1	RPD
COHEN J.	ACALASIA COMO FORMA DE PRESENTACIÓN DE MIOPATÍA VISCERAL	118	14	13:15 a 14:15	Aula 1	RPD
COHEN SABBAN J.	EXISTE DIFERENCIA EN LA LÍNEA BASAL DE IMPEDANCIOMETRÍA INTRALUMINAL MULTICANAL Y EL TIEMPO DE EXPOSICIÓN AL ÁCIDO EN NIÑOS CON ESOFAGITIS EOSINOFÍLICA VS AQUELLOS CON REFLUJO GASTROESOFÁGICO?	52	14	11:20 a 12:20	Salón Renoir	TLS
COHEN SABBAN J.	REFLUJO NO ÁCIDO COMO CAUSA DE ESOFAGITIS EN PACIENTES OPERADOS DE ATRESIA ESOFÁGICA EVALUADO POR IMPEDANCIOMETRÍA INTRALUMINAL MULTICANAL DE 24 HS.	51	14	11:20 a 12:20	Salón Renoir	TLS
COLAZO P.	TRATAMIENTO DE STATUS EPILÉPTICO REFRACTARIO CON DIETA CETOGENICA. PRESENTACIÓN DE UN CASO	142	15	14:00 a 15:30	Salón Doree	RPD
COLLINI M.	EXPERIENCIA EN EL TRATAMIENTO CON BIOPTERINAS (BH4) EN PACIENTES FENILCETONURICOS (PKU).	63	14	14:00 a 15:30	Salón Petit Doree	RPD
CONTRERAS M.	ASOCIACIÓN ENTRE ENFERMEDAD CELIACA Y ENFERMEDAD DE CROHN EN PEDIATRIA	77	14	9:00 a 11:00	Salón Pigalle	TLS

**5° CONGRESO ARGENTINO DE GASTROENTEROLOGÍA,
HEPATOLOGÍA Y NUTRICIÓN PEDIÁTRICAS**

Ciudad de Buenos Aires, 13 al 16 de Agosto de 2014



Autores (c/inicial)	Título	N°	Día	Hora	Ubicación	Modalidad
CONTRERAS M.	CÁPSULA ENDOSCÓPICA: RÉDITO DIAGNÓSTICO EN UNA POBLACIÓN PEDIÁTRICA.	134	14	9:00 a 11:00	Salón Pigalle	TLS
CONTRERAS M.	DILATACIÓN ENDOSCÓPICA CON BALÓN EN EL TRATAMIENTO DEL SÍNDROME PILÓRICO EN NIÑOS: REPORTE DE 5 CASOS.	85	14	18:45 a 20:15	Salón Pigalle	PO
CONTRERAS M.	ENFERMEDAD DE CROHN (EC) EN PACIENTES MENORES Y MAYORES DE 5 AÑOS, ¿HAY DIFERENCIAS?	96	14	9:00 a 11:00	Salón Pigalle	TLS
CONTRERAS M.	EVOLUCION A LARGO PLAZO DEL POUCH ILEOANAL EN PACIENTES CON ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL (EII)	123	14	9:00 a 11:00	Salón Pigalle	TLS
CONTRERAS M.	REGISTRO PROSPECTIVO DE ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL (EII) EN POBLACIÓN PEDIÁTRICA ARGENTINA	97	14	9:00 a 11:00	Salón Pigalle	TLS
CONTRERAS M.	SÍNDROME DE POLIPOSIS EN PEDIATRÍA: EXPERIENCIA DE 21 AÑOS	136	14	16:45 a 17:45	Salón Renoir	TLS
CONTRERAS M.	USO DE TERAPIA BIOLÓGICA EN PACIENTES PEDIÁTRICOS CON ENFERMEDAD DE CROHN MODERADA A SEVERA.	78	14	9:00 a 11:00	Salón Pigalle	TLS
CONTRERAS RAMIREZ M.	DILATACIÓN ENDOSCÓPICA CON BALÓN EN EL TRATAMIENTO DEL SÍNDROME PILÓRICO EN NIÑOS: REPORTE DE 5 CASOS.	85	14	18:45 a 20:15	Salón Pigalle	PO
CORDFIELD E.	MARCADORES SEROLÓGICOS EN EL SEGUIMIENTO DE NIÑOS CON ENFERMEDAD CELIACA	34	14	13:15 a 14:15	Aula 1	RPD
CORFIELD E.	¿CUALES FUERON LOS MOTIVOS DE ENDOSCOPIAS Y SU ASPECTO MACROSCÓPICO EN PACIENTES CON HALLAZGO DE HELICOBACTER PYLORI?	125	14	18:45 a 20:15	Salón Pigalle	PO
CORFIELD E.	ABSCESOS HEPÁTICOS EN PEDIATRÍA	27	14	18:45 a 20:15	Salón Pigalle	PO
CORFIELD E.	ACCIDENTES PREVENIBLES EN LA INFANCIA: INGESTA DE CÁUSTICO.	79	14	18:45 a 20:15	Salón Pigalle	PO
CORFIELD E.	EFICACIA DE UNA PRUEBA RÁPIDA CON ANTICUERPOS IGA ANTITRANSGLUTAMINASA TISULAR EN LA DETECCIÓN DE ENFERMEDAD CELIACA EN PEDIATRÍA.	36	14	14:30 a 16:30	Salón Pigalle	TLS
CORFIELD E.	ESOFAGITIS EOSINOFÍLICA. EXPERIENCIA EN UN CENTRO PEDIÁTRICO	138	14	13:15 a 14:15	Aula 1	RPD
CORFIELD E.	HIPERTRANSAMINASEMIA EN LA ENFERMEDAD CELIACA	117	14	13:15 a 14:15	Aula 1	RPD
CORINI M.	XANTOGRANULOMATOSIS JUVENIL: PRESENTACION SISTEMICA CON FALLA HEPATICA NEONATAL	60	14	13:15 a 14:15	Aula 1	RPD
COSTA K.	BIODISPONIBILIDAD Y APORTE POTENCIAL DE MINERALES EN GALLETITAS DESTINADAS A ESCOLARES ELABORADAS CON HARINA DE TRIGO, HARINA DE ALGARROBA (PROSOPIS ALBA) Y AVENA. PARCIALMENTE FINANCIADO POR UBACYT 20020100100166	28	14	18:00 a 19:15	Salón Doree	PO
COSTAGUTA A.	ADENOCARCINOMA DE COLON EN UNA NIÑA DE 5 AÑOS DE EDAD	20	14	13:15 a 14:15	Aula 1	RPD
COSTAGUTA A.	CONOCIMIENTOS DEL PEDIATRA CLÍNICO SOBRE ALERGIA A LAS PROTEÍNAS DE LA LECHE DE VACA.	76	14	18:45 a 20:15	Salón Pigalle	PO
COSTAGUTA A.	HEPATITIS A CÉLULAS GIGANTES ASOCIADA A ANEMIA HEMOLÍTICA COOMBS (+) EN UN LACTANTE DE 3 MESES: TRATAMIENTO EXITOSO CON RITUXIMAB Y MEPREDNISONA.	50	14	18:45 a 20:15	Salón Pigalle	PO
COSTAGUTA A.	INCIDENCIA DE HEMORRAGIA DIGESTIVA EN PACIENTES CRÍTICAMENTE ENFERMOS BAJO PROFILAXIS CON OMEPRAZOL.	74	14	13:15 a 14:15	Aula 1	RPD
COSTAGUTA A.	PREVALENCIA DE INFECCIÓN POR HELICOBACTER PYLORI EN NIÑOS Y ADOLESCENTES SOMETIDOS A ENDOSCOPIA DIGESTIVA.	72	14	18:45 a 20:15	Salón Pigalle	PO
COSTAGUTA A.	TRASPLANTE HEPÁTICO EN LA INSUFICIENCIA HEPÁTICA AGUDA: RESULTADOS DE LOS PRIMEROS 7 AÑOS EN LA PROVINCIA DE SANTA FE.	13	14	11:20 a 12:20	Salón Monet	TLS
COSTAGUTA A.	TRATAMIENTO CON LAMIVUDINE DE LA HEPATITIS AGUDA POR VIRUS B EN UN NIÑO DE 2 AÑOS: RESOLUCIÓN DE LA INFECCIÓN EN UN BREVE PLAZO.	15	14	13:15 a 14:15	Aula 1	RPD

PO: Presentación oral
TLS: Trabajo libre seleccionado
RPD: Recorrida póster digital



Sociedad Argentina de Pediatría

Dirección de Congresos y Eventos

Comités Nacionales de Gastroenterología, Hepatología y Nutrición Pediátricas

Autores (c/inicial)	Título	N°	Día	Hora	Ubicación	Modalidad
COSTAGUTTA A.	PATOLOGÍA AUTOINMUNE MULTIPLE EN UN PACIENTE CON INMUNODEFICIENCIA PRIMARIA	88	14	13:15 a 14:15	Aula 1	RPD
COTTI A.	INCIDENCIA DE MALNUTRICIÓN Y APLICACIÓN DE UN SCORE DE RIESGO NUTRICIONAL EN UNA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS PEDIÁTRICOS.	102	14	10:00 a 11:30	Auditorio	TLS
COTTI A.	PRÁCTICAS EN EL CONSULTORIO DE OBESIDAD INFANTIL Y ADOLESCENTE	53	14	14:00 a 15:30	Salón Doree	RPD
CRESPO QUINTEROS E.	CAPILLARIASIS HEPÁTICA: OTRA CAUSA DE SÍNDROME HIPEREOSINOFILICO, REPORTE DE UN CASO	67	14	13:15 a 14:15	Aula 1	RPD
CRESTAA.	DATOS NUTRICIONALES PRELIMINARES DE UNA COHORTE EN SEGUIMIENTO DE PACIENTES CON EPILEPSIA REFRACTARIA EN TRATAMIENTO CON DIETA CETOGENICA.	135	14	14:00 a 15:30	Salón Petit Doree	RPD
CUARTEROLO M.	COMPLICACIONES DE LA CIRROSIS EN NIÑOS CON FIBROSIS QUÍSTICA	26	14	18:45 a 20:15	Salón Pigalle	PO
CUETO RUA E.	¿CUALES FUERON LOS MOTIVOS DE ENDOSCOPIÁS Y SU ASPECTO MACROSCÓPICO EN PACIENTES CON HALLAZGO DE HELICOBACTER PYLORI?	125	14	18:45 a 20:15	Salón Pigalle	PO
CUETO RUA E.	ACCIDENTES PREVENIBLES EN LA INFANCIA: INGESTA DE CÁUSTICO.	79	14	18:45 a 20:15	Salón Pigalle	PO
CUETO RUA E.	EFICACIA DE UNA PRUEBA RÁPIDA CON ANTICUERPOS IGA ANTITRANSGLUTAMINASA TISULAR EN LA DETECCIÓN DE ENFERMEDAD CELIACA EN PEDIATRIA.	36	14	14:30 a 16:30	Salón Pigalle	TLS
CUETO RUA E.	HIPERTRANSAMINASEMIA EN LA ENFERMEDAD CELIACA	117	14	13:15 a 14:15	Aula 1	RPD

D

D'AGOSTINO D.	INSUFICIENCIA INTESTINAL EN PEDIATRÍA: ¿ES POSIBLE REHABILITAR PACIENTES CON INDICACIÓN DE TRASPLANTE DE INTESTINO?	104	14	9:00 a 11:00	Salón Pigalle	TLS
D'AGOSTINO D.	OBESIDAD EN PACIENTES ADOLESCENTES TRASPLANTADOS HEPÁTICOS	81	14	18:45 a 20:15	Salón Pigalle	PO
D'AGOSTINO D.	TRASPLANTE HEPÁTICO EN NIÑOS CON UN PESO MENOR A 8 KG EN UN CENTRO DE LATINOAMERICA	43	14	9:00 a 11:00	Salón Pigalle	TLS
D'AGOSTINO D.	TROMBOSIS VENOSA EN NIÑOS Y ADOLESCENTES CON ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL CRÓNICA. ¿TENEMOS PRESENTE SU POTENCIAL RIESGO?	41	14	18:45 a 20:15	Salón Pigalle	PO
D'AGOSTINO D.	ALTERACIÓN DE LA DINÁMICA BILIAR EN TRASPLANTADOS HEPÁTICOS PEDIÁTRICOS EN UN CENTRO DE TRASPLANTE. ¿UNA CAUSA DE COLESTASIS CRÓNICA?	131	14	14:30 a 16:30	Salón Pigalle	TLS
D'AGOSTINO D.	CIRUGIA DE ELONGACION INTESTINAL EN NIÑOS CON SINDROME DE INTESTINO CORTO	129	14	9:00 a 11:00	Salón Pigalle	TLS
DANIELIAN S.	ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL (EII) EN PACIENTE CON INMUNODEFICIENCIA PRIMARIA (IDP)	82	14	18:45 a 20:15	Salón Pigalle	PO
DARUICH L.	EVOLUCIÓN NUTRICIONAL EN LACTANTES CON ALERGIA A LAS PROTEÍNAS DE LA LECHE DE VACA (APLV)	91	14	13:15 a 14:15	Aula 1	RPD
DARUICH L.	UTILIDAD DEL HLA DQ COMO HERRAMIENTA EN EL DIAGNÓSTICO DE LA ENFERMEDAD CELÍACA	90	14	14:30 a 16:30	Salón Pigalle	TLS
DAVILA M.	ASOCIACIÓN ENTRE ENFERMEDAD CELIACA Y ENFERMEDAD DE CROHN EN PEDIATRÍA	77	14	9:00 a 11:00	Salón Pigalle	TLS
DAVILA M.	EVOLUCION A LARGO PLAZO DEL POUCH ILEOANAL EN PACIENTES CON ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL (EII)	123	14	9:00 a 11:00	Salón Pigalle	TLS

**5° CONGRESO ARGENTINO DE GASTROENTEROLOGÍA,
HEPATOLOGÍA Y NUTRICIÓN PEDIÁTRICAS**

Ciudad de Buenos Aires, 13 al 16 de Agosto de 2014



Autores (c/inicial)	Título	N°	Día	Hora	Ubicación	Modalidad
DAVILA M.	EXISTE DIFERENCIA EN LA LÍNEA BASAL DE IMPEDANCIOMETRÍA INTRALUMINAL MULTICANAL Y EL TIEMPO DE EXPOSICIÓN AL ÁCIDO EN NIÑOS CON ESOFAGITIS EOSINOFÍLICA VS AQUELLOS CON REFLUJO GASTROESOFÁGICO?	52	14	11:20 a 12:20	Salón Renoir	TLS
DE BADIOLA F.	OCCLUSIÓN INTESTINAL POR CLOSTRIDIUM DIFICILE	126	14	13:15 a 14:15	Aula 1	RPD
DE DOMINICIS G.	HACIA EL MAPA DE OBESIDAD EN LA ARGENTINA	3	14	11:30 a 13:10	Salón Petit Doree	TLS
DE GRANDIS E.	ANEMIA MEGALOBLÁSTICA Y DESHIDRATACIONES GRAVES, MANIFESTACIONES DE UNA ENFERMEDAD METABOLICA INFRECUENTE. PRESENTACIÓN DE UN CASO.	143	15	14:00 a 15:30	Salón Doree	RPD
DE GRANDIS E.	TRATAMIENTO DE STATUS EPILÉPTICO REFRACTARIO CON DIETA CETOGENICA. PRESENTACIÓN DE UN CASO	142	15	14:00 a 15:30	Salón Doree	RPD
DE MATTEO E.	ESTEATOHEPATITIS NO ALCOHOLICA EN NIÑOS	54	14	16:45 a 17:45	Salón Monet	TLS
DE MATTEO E.	SINDROME DE ALAGILLE	59	14	11:20 a 12:20	Salón Monet	TLS
DE SANTIBAÑES E.	TRASPLANTE HEPÁTICO EN NIÑOS CON UN PESO MENOR A 8 KG EN UN CENTRO DE LATINOAMERICA	43	14	9:00 a 11:00	Salón Pigalle	TLS
DEBERNARDI F.	LIPODISTROFIA CONGÉNITA: CAUSA NO HABITUAL DE UNA CONSULTA FRECUENTE EN GASTROENTEROLOGÍA INFANTIL.	112	14	13:15 a 14:15	Aula 1	RPD
DEFAGÓ V.	OBSTRUCCIÓN DE INTESTINO DELGADO COMO CAUSA DE FALLO DE CRECIMIENTO Y DESNUTRICIÓN CRÓNICA.	21	14	13:15 a 14:15	Aula 1	RPD
DEFOREL M.	¿SON LOS EVENTOS DE ESTRÉS NEONATAL (EEN) FACTORES DE RIESGO PARA EL DESARROLLO DE TRASTORNOS FUNCIONALES DIGESTIVOS (TFD) EN NIÑOS?	18	14	18:45 a 20:15	Salón Pigalle	PO
DEFOREL M.	EVALUACIÓN DE ALFA 1 ANTITRIPSINA EN MATERIA FECAL EN NEONATOS SANOS.	17	14	9:00 a 11:00	Salón Pigalle	TLS
DI GERONIMO S.	BIODISPONIBILIDAD Y APORTE POTENCIAL DE MINERALES EN GALLETITAS DESTINADAS A ESCOLARES ELABORADAS CON HARINA DE TRIGO, HARINA DE ALGARROBA (PROSOPIS ALBA) Y AVENA. PARCIALMENTE FINANCIADO POR UBACYT 20020100100166	28	14	18:00 a 19:15	Salón Doree	PO
DIAZ SOTELO M.	ASOCIACIÓN DE COLITIS ULCEROSA Y DÉFICIT DE IGA	65	14	13:15 a 14:15	Aula 1	RPD
DILLER A.	UTILIDAD DEL HLA DQ COMO HERRAMIENTA EN EL DIAGNÓSTICO DE LA ENFERMEDAD CELÍACA	90	14	14:30 a 16:30	Salón Pigalle	TLS
DITARANTO A.	MOTILIDAD RECTOANAL Y RESPUESTA AL TRATAMIENTO CON BIOFEEDBACK EN PACIENTES CON MALFORMACIONES ANORRECTALES	140	14	16:45 a 17:45	Salón Renoir	TLS
DITARANTO A.	VARIABLES MANOMÉTRICAS Y RESPUESTA AL TRATAMIENTO CON BIOFEEDBACK EN PACIENTES CON MIELOMENINGOCELE	133	14	18:45 a 20:15	Salón Pigalle	PO
DLUGOSEVSKY C.	COMPLICACIONES ASOCIADAS A LA DUODENOPANCREATECTOMIA CEFÁLICA: EVOLUCIÓN Y SEGUIMIENTO DE TRES CASOS	40	14	13:15 a 14:15	Aula 1	RPD
DOBA N.	CONOCIMIENTOS DEL PEDIATRA CLÍNICO SOBRE ALERGIA A LAS PROTEÍNAS DE LA LECHE DE VACA.	76	14	18:45 a 20:15	Salón Pigalle	PO
DOBA N.	TRATAMIENTO CON LAMIVUDINE DE LA HEPATITIS AGUDA POR VIRUS B EN UN NIÑO DE 2 AÑOS: RESOLUCIÓN DE LA INFECCIÓN EN UN BREVE PLAZO.	15	14	13:15 a 14:15	Aula 1	RPD
DOBRY M.	ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL (EII) EN PACIENTE CON INMUNODEFICIENCIA PRIMARIA (IDP)	82	14	18:45 a 20:15	Salón Pigalle	PO
DONATO G.	EXISTE DIFERENCIA EN LA LÍNEA BASAL DE IMPEDANCIOMETRÍA INTRALUMINAL MULTICANAL Y EL TIEMPO DE EXPOSICIÓN AL ÁCIDO EN NIÑOS CON ESOFAGITIS EOSINOFÍLICA VS AQUELLOS CON REFLUJO GASTROESOFÁGICO?	52	14	11:20 a 12:20	Salón Renoir	TLS

PO: Presentación oral
TLS: Trabajo libre seleccionado
RPD: Recorrida póster digital



Sociedad Argentina de Pediatría

Dirección de Congresos y Eventos

Comités Nacionales de Gastroenterología, Hepatología y Nutrición Pediátricas

Autores (c/inicial)	Título	N°	Día	Hora	Ubicación	Modalidad
DUJE M.	ANEMIA MEGALOBLÁSTICA Y DESHIDRATACIONES GRAVES, MANIFESTACIONES DE UNA ENFERMEDAD METABOLICA INFRECIENTE. PRESENTACIÓN DE UN CASO.	143	15	14:00 a 15:30	Salón Doree	RPD
DUMONDIN V.	LIPODISTROFIA CONGÉNITA: CAUSA NO HABITUAL DE UNA CONSULTA FRECUENTE EN GASTROENTEROLOGÍA INFANTIL.	112	14	13:15 a 14:15	Aula 1	RPD

E

EIBERMAN G.	NUTRICIÓN ENTERAL AMBULATORIA (NEA) EN PACIENTES PEDIÁTRICOS CON CARDIOPATÍAS EN AUTO CUIDADO DOMICILIARIO	144	15	14:00 a 15:30	Salón Doree	RPD
ELMO G.	ACALASIA COMO FORMA DE PRESENTACIÓN DE MIOPATÍA VISCERAL	118	14	13:15 a 14:15	Aula 1	RPD
ELMO G.	MANEJO CONSERVADOR DE LA FÍSTULA BILIAR POST TRAUMÁTICA	119	14	18:45 a 20:15	Salón Pigalle	PO
ELMO G.	OCCLUSIÓN INTESTINAL POR CLOSTRIDIUM DIFICILE	126	14	13:15 a 14:15	Aula 1	RPD
ELMO G.	RESULTADOS DEL TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DEL REFLUJO GASTROESOFÁGICO EN PACIENTES CON ATRESIA ESOFÁGICA.	120	14	13:15 a 14:15	Aula 1	RPD
ESCOBAL N.	EFFECTO DE LA SUPLEMENTACIÓN CON ÁCIDOS GRASOS POLIINSATURADOS N-3 SOBRE LA DISLIPIDEMIA EN NIÑOS Y ADOLESCENTES INFECTADOS POR HIV BAJO TRATAMIENTO ANTIRRETROVIRAL DE ALTA EFICACIA	57	14	17:15 a 18:45	Salón Petit Doree	TLS
ESCOBAL N.	PREVALENCIA DE FACTORES DE RIESGO DE ENFERMEDAD CARDIOVASCULAR EN NIÑOS Y ADOLESCENTES CON INFECCIÓN POR HIV TITULO O TITULO DEMASIADO CORTO	116	14	18:00 a 19:15	Salón Doree	PO
ESPAGNOL M.	"EL COSTO DEL HAMBRE: IMPACTO SOCIAL Y ECONÓMICO DE LA DESNUTRICIÓN INFANTIL EN ARGENTINA"	25	14	14:00 a 15:30	Salón Doree	RPD

F

FARIAZ SAENZ M.	NUTRICIÓN ENTERAL AMBULATORIA (NEA) EN PACIENTES PEDIÁTRICOS CON CARDIOPATÍAS EN AUTO CUIDADO DOMICILIARIO	144	15	14:00 a 15:30	Salón Doree	RPD
FAUDA M.	COMPLICACIONES DE LA CIRROSIS EN NIÑOS CON FIBROSIS QUÍSTICA	26	14	18:45 a 20:15	Salón Pigalle	PO
FAUDA M.	TRASPLANTE HEPÁTICO PARA HEPATOBLASTOMA DE ALTO RIESGO	5	14	13:15 a 14:15	Aula 1	RPD
FERNANDEZ A.	¿OBESIDAD E HÍGADO GRASO EN ADOLESCENTES: UNA RELACIÓN DIRECTA?	56	14	14:00 a 15:30	Salón Petit Doree	RPD
FERNANDEZ A.	MICRONUTRIENTES Y FIBRA EN LA DIETA CETOGÉNICA: APORTES Y SUPLEMENTACION	75	14	11:30 a 13:00	Salón Doree	TLS
FERNANDEZ DE CARRERA E.	EVALUACIÓN DE DISTINTOS PUNTOS DE CORTE DE ANTICUERPOS ANTITRANSGLUTAMINASA (ATGH) PARA EL DIAGNÓSTICO DE ENFERMEDAD CELÍACA (EC) EN PEDIATRÍA	95	14	13:15 a 14:15	Aula 1	RPD
FERNANDEZ DE CUEVAS V	OBESIDAD EN PACIENTES ADOLESCENTES TRASPLANTADOS HEPÁTICOS	81	14	18:45 a 20:15	Salón Pigalle	PO
FERNANDEZ DE CUEVAS V	TRASPLANTE HEPÁTICO EN NIÑOS CON UN PESO MENOR A 8 KG EN UN CENTRO DE LATINOAMERICA	43	14	9:00 a 11:00	Salón Pigalle	TLS
FERRARIS T.	OCCLUSIÓN INTESTINAL POR CLOSTRIDIUM DIFICILE	126	14	13:15 a 14:15	Aula 1	RPD
FERRER M.	PREVALENCIA DE INFECCIÓN POR HELICOBACTER PYLORI EN NIÑOS Y ADOLESCENTES SOMETIDOS A ENDOSCOPIA DIGESTIVA.	72	14	18:45 a 20:15	Salón Pigalle	PO
FERREYRA M.	OBSTRUCCIÓN DE INTESTINO DELGADO COMO CAUSA DE FALLO DE CRECIMIENTO Y DESNUTRICIÓN CRÓNICA.	21	14	13:15 a 14:15	Aula 1	RPD
FERREYRA M.	OBSTRUCCIÓN DE INTESTINO DELGADO COMO CAUSA DE FALLO DE CRECIMIENTO Y DESNUTRICIÓN CRÓNICA.	21	14	13:15 a 14:15	Aula 1	RPD

**5° CONGRESO ARGENTINO DE GASTROENTEROLOGÍA,
HEPATOLOGÍA Y NUTRICIÓN PEDIÁTRICAS**

Ciudad de Buenos Aires, 13 al 16 de Agosto de 2014



Autores (c/inicial)	Título	N°	Día	Hora	Ubicación	Modalidad
FERREYRA M.	TUMOR RECTAL DE ORIGEN MESENQUIMATOSO EN PEDIATRÍA. PRESENTACIÓN DE UN CASO.	139	14	18:45 a 20:15	Salón Pigalle	PO
FIORUCCI M.	¿LA UTILIZACIÓN DE LOS ANTICUERPOS ANTITRANSGLUTAMINASA TISULAR IGA Y LOS DIRIGIDOS A PÉPTIDOS DE GLIADINA DEAMIDADOS IGG ES LA MEJOR COMBINACIÓN PARA PREDECIR ENFERMEDAD CELÍACA? (EC)	48	14	9:00 a 11:00	Salón Pigalle	TLS
FIORUCCI M.	ANTICUERPOS ANTI TRANSGLUTAMINASA IGA (TTGA) Y ANTI ENDOMISIO IGA (EMA) COMO PREDICTORES DE ENFERMEDAD CELÍACA.	66	14	14:30 a 16:30	Salón Pigalle	TLS
FOLLET F.	INCIDENCIA DE MALNUTRICIÓN Y APLICACIÓN DE UN SCORE DE RIESGO NUTRICIONAL EN UNA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS PEDIÁTRICOS.	102	14	10:00 a 11:30	Auditorio	TLS
FONTANA C.	GASTROSTOMÍA ENDOSCÓPICA PERCUTÁNEA. SIETE AÑOS DE EXPERIENCIA EN HOSPITAL PEDIÁTRICO	9	14	13:15 a 14:15	Aula 1	RPD
FORTINO J.	DIFERENCIAS EN LOS INDICADORES BÁSICOS DE LACTANCIA MATERNA Y ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA PROPUESTOS POR LA OMS EN NIÑOS CON DIFERENTES CONDICIONES SOCIODEMOGRÁFICAS DE ROSARIO.	29	14	11:30 a 13:10	Salón Petit Doree	TLS
FRAIRE C.	EVOLUCION A LARGO PLAZO DEL POUCH ILEOANAL EN PACIENTES CON ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL (EII)	123	14	9:00 a 11:00	Salón Pigalle	TLS
FRAIRE R.	INCIDENCIA DE MALNUTRICIÓN Y APLICACIÓN DE UN SCORE DE RIESGO NUTRICIONAL EN UNA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS PEDIÁTRICOS.	102	14	10:00 a 11:30	Auditorio	TLS
FRAMARIN R.	CAPILLARIASIS HEPÁTICA: OTRA CAUSA DE SÍNDROME HIPEREOSINOFILICO, REPORTE DE UN CASO	67	14	13:15 a 14:15	Aula 1	RPD
FRANGI F.	INSUFICIENCIA INTESTINAL EN PEDIATRÍA: ¿ES POSIBLE REHABILITAR PACIENTES CON INDICACIÓN DE TRASPLANTE DE INTESTINO?	104	14	9:00 a 11:00	Salón Pigalle	TLS
FRIEDMAN S.	RESISTENCIA A LA INSULINA EN PACIENTES OBESOS PEDIÁTRICOS Y SU ASOCIACIÓN CON DIFERENTES CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS Y METABÓLICAS	80	14	14:00 a 15:30	Salón Petit Doree	RPD
FRIEDMAN S.	RESISTENCIA INSULÍNICA Y SU ASOCIACIÓN CON ÍNDICES GINGIVOPERIODONTALES	22	14	11:30 a 13:00	Salón Petit Doree	TLS
FURNES R.	EVOLUCIÓN NUTRICIONAL EN LACTANTES CON ALERGIA A LAS PROTEÍNAS DE LA LECHE DE VACA (APLV)	91	14	13:15 a 14:15	Aula 1	RPD
FURNES R.	UTILIDAD DEL HLA DQ COMO HERRAMIENTA EN EL DIAGNÓSTICO DE LA ENFERMEDAD CELÍACA	90	14	14:30 a 16:30	Salón Pigalle	TLS

G

GAETE L.	DEFICIENCIA DE MICRONUTRIENTES: A PROPÓSITO DE UN CASO	39	14	14:00 a 15:30	Salón Doree	RPD
GALICCHIO M.	PATOLOGÍA AUTOINMUNE MULTIPLE EN UN PACIENTE CON INMUNODEFICIENCIA PRIMARIA	88	14	13:15 a 14:15	Aula 1	RPD
GALIZZI M.	COMPLICACIONES ASOCIADAS A LA DUODENOPANCREATECTOMIA CEFÁLICA: EVOLUCIÓN Y SEGUIMIENTO DE TRES CASOS	40	14	13:15 a 14:15	Aula 1	RPD
GALIZZI M.	DEFICIENCIA DE MICRONUTRIENTES: A PROPÓSITO DE UN CASO	39	14	14:00 a 15:30	Salón Doree	RPD
GALLARDO A.	USO DE TERAPIA BIOLÓGICA EN PACIENTES PEDIÁTRICOS CON ENFERMEDAD DE CROHN MODERADA A SEVERA.	78	14	9:00 a 11:00	Salón Pigalle	TLS
GALOPPO M.	ESTEATOHEPATITS NO ALCOHOLICA EN NIÑOS	54	14	16:45 a 17:45	Salón Monet	TLS
GALOPPO M.	ESTEATOHEPATITS NO ALCOHOLICA EN NIÑOS	54	14	16:45 a 17:45	Salón Monet	TLS

PO: Presentación oral
 TLS: Trabajo libre seleccionado
 RPD: Recorrida póster digital



Sociedad Argentina de Pediatría

Dirección de Congresos y Eventos

Comités Nacionales de Gastroenterología, Hepatología y Nutrición Pediátricas

Autores (c/inicial)	Título	N°	Día	Hora	Ubicación	Modalidad
GALOPPO M.	SINDROME DE ALAGILLE	59	14	11:20 a 12:20	Salón Monet	TLS
GALOPPO M.	SINDROME DE ALAGILLE	59	14	11:20 a 12:20	Salón Monet	TLS
GARCÍA DE DÁVILA M.	ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL (EII) EN PACIENTE CON INMUNODEFICIENCIA PRIMARIA (IDP)	82	14	18:45 a 20:15	Salón Pigalle	PO
GARCÍA G.	ANEMIA MEGALOBLÁSTICA Y DESHIDRATACIONES GRAVES, MANIFESTACIONES DE UNA ENFERMEDAD METABOLICA INFRECUENTE. PRESENTACIÓN DE UN CASO.	143	15	14:00 a 15:30	Salón Doree	RPD
GARCIA S.	IMPACTO DEL ESTADO NUTRICIONAL MATERNO, ANTES Y DURANTE EL EMBARAZO, SOBRE LA COMPOSICIÓN CORPORAL NEONATAL. ESTUDIO DE CORRELACIÓN EN UNA MATERNIDAD PÚBLICA DE ARGENTINA.	105	14	14:30 a 16:00	Salón Doree	TLS
GARRIDO V.	¿OBESIDAD E HÍGADO GRASO EN ADOLESCENTES: UNA RELACIÓN DIRECTA?	56	14	14:00 a 15:30	Salón Petit Doree	RPD
GARSES E.	HIDATIDOSIS HEPÁTICA, 36 CIRUGÍAS PREVENIBLES.	24	14	14:30 a 16:30	Salón Pigalle	TLS
GENERAL F.	INCIDENCIA DE MALNUTRICIÓN Y APLICACIÓN DE UN SCORE DE RIESGO NUTRICIONAL EN UNA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS PEDIÁTRICOS.	102	14	10:00 a 11:30	Auditorio	TLS
GENEROSO S.	BIODISPONIBILIDAD Y APORTE POTENCIAL DE MINERALES EN GALLETTITAS DESTINADAS A ESCOLARES ELABORADAS CON HARINA DE TRIGO, HARINA DE ALGARROBA (PROSOPIS ALBA) Y AVENA. PARCIALMENTE FINANCIADO POR UBACYT 20020100100166	28	14	18:00 a 19:15	Salón Doree	PO
GÓMEZ P.	LEYES Y PROYECTOS DE LEY SOBRE REGULACIÓN DE KIOSCOS ESCOLARES EN ARGENTINA.	33	14	14:00 a 15:30	Salón Doree	RPD
GÓMEZ P.	PRÁCTICAS EN EL CONSULTORIO DE OBESIDAD INFANTIL Y ADOLESCENTE	53	14	14:00 a 15:30	Salón Doree	RPD
GONZALEZ A.	FINES DEL SIGLO XX-COMIENZOS DEL XXI ¿ENCONTRAMOS DIFERENCIAS EN LA INGESTA DE CORROSIVOS? TRATAMIENTO.	86	14	18:45 a 20:15	Salón Pigalle	PO
GONZALEZ A.	TÍTULO: AFECTACION GASTROINTESTINAL Y HEPATOBILIAR DE PACIENTES FIBROQUÍSTICOS ATENDIDOS EN UN HOSPITAL PÚBLICO PEDIÁTRICO: EXPERIENCIA EN 25 AÑOS.	87	14	13:15 a 14:15	Aula 1	RPD
GONZALEZ A.	XANTOGRANULOMATOSIS JUVENIL: PRESENTACION SISTEMICA CON FALLA HEPATICA NEONATAL	60	14	13:15 a 14:15	Aula 1	RPD
GONZÁLEZ CAMPAÑA A.	TOLERANCIA OPERACIONAL EN TRASPLANTE HEPÁTICO PEDIÁTRICO	42	14	13:15 a 14:15	Aula 1	RPD
GONZÁLEZ CAMPAÑA A.	TRASPLANTE HEPÁTICO PARA HEPATOBLASTOMA DE ALTO RIESGO	5	14	13:15 a 14:15	Aula 1	RPD
GONZALEZ J.	CÁPSULA ENDOSCÓPICA: RÉDITO DIAGNÓSTICO EN UNA POBLACIÓN PEDIÁTRICA.	134	14	9:00 a 11:00	Salón Pigalle	TLS
GONZALEZ J.	ENFERMEDAD DE CROHN (EC) EN PACIENTES MENORES Y MAYORES DE 5 AÑOS, ¿HAY DIFERENCIAS?	96	14	9:00 a 11:00	Salón Pigalle	TLS
GONZALEZ J.	EVOLUCION A LARGO PLAZO DEL POUCH ILEOANAL EN PACIENTES CON ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL (EII)	123	14	9:00 a 11:00	Salón Pigalle	TLS
GONZALEZ J.	LIGADURA ENDOSCOPICA VARICEAL: EXPERIENCIA DE 10 AÑOS EN UN HOSPITAL PEDIATRICO DE ALTA COMPLEJIDAD	122	14	16:45 a 17:45	Salón Monet	TLS
GONZALEZ J.	SÍNDROME DE POLIPOSIS EN PEDIATRÍA: EXPERIENCIA DE 21 AÑOS	136	14	16:45 a 17:45	Salón Renoir	TLS
GONZALEZ M.	LINFANGIECTASIA INTESTINAL PRIMARIA: REPORTE DE UN CASO.	89	14	13:15 a 14:15	Aula 1	RPD
GONZALEZ R.	LINFANGIECTASIA INTESTINAL PRIMARIA: REPORTE DE UN CASO.	89	14	13:15 a 14:15	Aula 1	RPD
GONZÁLEZ T.	¿CUALES FUERON LOS MOTIVOS DE ENDOSCOPIAS Y SU ASPECTO MACROSCÓPICO EN PACIENTES CON HALLAZGO DE HELICOBACTER PYLORI?	125	14	18:45 a 20:15	Salón Pigalle	PO

**5° CONGRESO ARGENTINO DE GASTROENTEROLOGÍA,
HEPATOLOGÍA Y NUTRICIÓN PEDIÁTRICAS**

Ciudad de Buenos Aires, 13 al 16 de Agosto de 2014



Autores (c/inicial)	Título	N°	Día	Hora	Ubicación	Modalidad
GONZALEZ T.	¿OBESIDAD E HÍGADO GRASO EN ADOLESCENTES: UNA RELACIÓN DIRECTA?	56	14	14:00 a 15:30	Salón Petit Doree	RPD
GONZALEZ T.	ABSCESOS HEPÁTICOS EN PEDIATRIA	27	14	18:45 a 20:15	Salón Pigalle	PO
GONZALEZ T.	ESOFAGITIS EOSINOFILICA. EXPERIENCIA EN UN CENTRO PEDIATRICO	138	14	13:15 a 14:15	Aula 1	RPD
GONZALEZ T.	EVOLUCIÓN DE LA ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL EN EL POSTRASPLANTE HEPÁTICO	14	14	13:15 a 14:15	Aula 1	RPD
GONZALEZ T.	HIPERTRANSAMINASEMIA EN LA ENFERMEDAD CELIACA	117	14	13:15 a 14:15	Aula 1	RPD
GORBARAN M.	PREVALENCIA DE ENFERMEDAD CELIACA EN LA POBLACIÓN PEDIÁTRICA DEL ALTO VALLE DE RÍO NEGRO.	6	14	13:15 a 14:15	Aula 1	RPD
GOYHENEIX M.	EFEECTO DE LA SUPLEMENTACIÓN CON ÁCIDOS GRASOS POLIINSATURADOS N-3 SOBRE LA DISLIPIDEMIA EN NIÑOS Y ADOLESCENTES INFECTADOS POR HIV BAJO TRATAMIENTO ANTIRRETROVIRAL DE ALTA EFICACIA	57	14	17:15 a 18:45	Salón Petit Doree	TLS
GRABOIS F.	COMPLICACIONES ASOCIADAS A LA DUODENOPANCREATECTOMIA CEFÁLICA: EVOLUCIÓN Y SEGUIMIENTO DE TRES CASOS	40	14	13:15 a 14:15	Aula 1	RPD
GRABOIS F.	DEFICIENCIA DE MICRONUTRIENTES: A PROPÓSITO DE UN CASO	39	14	14:00 a 15:30	Salón Doree	RPD
GRECO C.	ADECUACIÓN DE ALIMENTOS COMPLEMENTARIOS EN RELACIÓN CON SU DENSIDAD ENERGÉTICA Y SU VISCOSIDAD APARENTE.	32	14	14:00 a 15:30	Salón Doree	RPD
GRINBLAT V.	OBSTRUCCIÓN DE INTESTINO DELGADO COMO CAUSA DE FALLO DE CRECIMIENTO Y DESNUTRICIÓN CRÓNICA.	21	14	13:15 a 14:15	Aula 1	RPD
GRINBLAT V.	TUMOR RECTAL DE ORIGEN MESENQUIMATOSO EN PEDIATRÍA. PRESENTACIÓN DE UN CASO.	139	14	18:45 a 20:15	Salón Pigalle	PO
GRIPPO B.	PRÁCTICAS EN EL CONSULTORIO DE OBESIDAD INFANTIL Y ADOLESCENTE	53	14	14:00 a 15:30	Salón Doree	RPD
GUGLIELMINO A.	ESCLERODERMIA Y DISFAGIA. NO TODO ES LO QUE PARECE	68	14	13:15 a 14:15	Aula 1	RPD
GUTIERREZ M.	TRASPLANTE HEPÁTICO EN LA INSUFICIENCIA HEPÁTICA AGUDA: RESULTADOS DE LOS PRIMEROS 7 AÑOS EN LA PROVINCIA DE SANTA FE.	13	14	11:20 a 12:20	Salón Monet	TLS
GUZMÁN L.	¿CUALES FUERON LOS MOTIVOS DE ENDOSCOPIAS Y SU ASPECTO MACROSCÓPICO EN PACIENTES CON HALLAZGO DE HELICOBACTER PYLORI?	125	14	18:45 a 20:15	Salón Pigalle	PO
GUZMAN L.	ABSCESOS HEPÁTICOS EN PEDIATRIA	27	14	18:45 a 20:15	Salón Pigalle	PO
GUZMAN L.	ACCIDENTES PREVENIBLES EN LA INFANCIA: INGESTA DE CÁUSTICO.	79	14	18:45 a 20:15	Salón Pigalle	PO
GUZMAN L.	EFICACIA DE UNA PRUEBA RÁPIDA CON ANTICUERPOS IGA ANTITRANSGLUTAMINASA TISULAR EN LA DETECCIÓN DE ENFERMEDAD CELIACA EN PEDIATRIA.	36	14	14:30 a 16:30	Salón Pigalle	TLS
GUZMAN L.	ESOFAGITIS EOSINOFILICA. EXPERIENCIA EN UN CENTRO PEDIATRICO	138	14	13:15 a 14:15	Aula 1	RPD
GUZMÁN L.	ESTUDIO FUNCIONAL EN NIÑOS CON ATRESIA ESOFÁGICA (AE) CORREGIDA.	69	14	13:15 a 14:15	Aula 1	RPD
GUZMAN L.	HIPERTRANSAMINASEMIA EN LA ENFERMEDAD CELIACA	117	14	13:15 a 14:15	Aula 1	RPD
GUZMÁN L.	MARCADORES SEROLÓGICOS EN EL SEGUIMIENTO DE NIÑOS CON ENFERMEDAD CELIACA	34	14	13:15 a 14:15	Aula 1	RPD
H						
HALAC E.	COMPLICACIONES DE LA CIRROSIS EN NIÑOS CON FIBROSIS QUÍSTICA	26	14	18:45 a 20:15	Salón Pigalle	PO

PO: Presentación oral
TLS: Trabajo libre seleccionado
RPD: Recorrida póster digital



Sociedad Argentina de Pediatría

Dirección de Congresos y Eventos

Comités Nacionales de Gastroenterología, Hepatología y Nutrición Pediátricas

Autores (c/inicial)	Título	N°	Día	Hora	Ubicación	Modalidad
HERNANDEZ J.	¿OBESIDAD E HÍGADO GRASO EN ADOLESCENTES: UNA RELACIÓN DIRECTA?	56	14	14:00 a 15:30	Salón Petit Doree	RPD
HERNANZ P.	OBSTRUCCIÓN DE INTESTINO DELGADO COMO CAUSA DE FALLO DE CRECIMIENTO Y DESNUTRICIÓN CRÓNICA.	21	14	13:15 a 14:15	Aula 1	RPD
HERNANZ P.	TUMOR RECTAL DE ORIGEN MESENQUIMATOSO EN PEDIATRÍA. PRESENTACIÓN DE UN CASO.	139	14	18:45 a 20:15	Salón Pigalle	PO
HERRERA J.	COMPLICACIONES DE LA CIRROSIS EN NIÑOS CON FIBROSIS QUÍSTICA	26	14	18:45 a 20:15	Salón Pigalle	PO
HERRERA J.	ENFERMEDAD HEPATOBILIAR EN PACIENTES CON FIBROSIS QUÍSTICA (FQ)	19	14	18:45 a 20:15	Salón Pigalle	PO
HERRERA M.	CAPILLARIASIS HEPÁTICA: OTRA CAUSA DE SÍNDROME HIPEREOSINOFILICO, REPORTE DE UN CASO	67	14	13:15 a 14:15	Aula 1	RPD
HIDALGO M.	GASTROSTOMÍA ENDOSCÓPICA PERCUTÁNEA. SIETE AÑOS DE EXPERIENCIA EN HOSPITAL PEDIÁTRICO	9	14	13:15 a 14:15	Aula 1	RPD
HOTTINGER K.	TRASTORNOS GASTROINTESTINALES Y CONDUCTAS ALIMENTARIAS EN NIÑOS CON AUTISMO	1	15	11:20 a 12:20	Salón Renoir	TLS
HUME BRAUN I.	ALTERACIÓN DE LA DINÁMICA BILIAR EN TRASPLANTADOS HEPÁTICOS PEDIÁTRICOS EN UN CENTRO DE TRASPLANTE. ¿UNA CAUSA DE COLESTASIS CRÓNICA?	131	14	14:30 a 16:30	Salón Pigalle	TLS
I						
IRIA D.	LINFANGIECTASIA INTESTINAL PRIMARIA: REPORTE DE UN CASO.	89	14	13:15 a 14:15	Aula 1	RPD
IBAÑEZ O.	ABSCESOS HEPÁTICOS EN PEDIATRÍA	27	14	18:45 a 20:15	Salón Pigalle	PO
J						
JAMARDO J.	CONSUMO DE FIBRA EN PACIENTES DIABÉTICOS TIPO 1 CON TRATAMIENTO INTENSIFICADO ATENDIDOS EN UN HOSPITAL PÚBLICO	49	14	14:00 a 15:30	Salón Petit Doree	RPD
JORGE L.	PREVALENCIA DE ENFERMEDAD CELIACA EN LA POBLACIÓN PEDIÁTRICA DEL ALTO VALLE DE RÍO NEGRO.	6	14	13:15 a 14:15	Aula 1	RPD
K						
KAHANE V.	ENCUESTA NACIONAL A GASTROENTERÓLOGOS PEDIATRAS, SOBRE DISPONIBILIDAD DE MÉTODOS DIAGNÓSTICOS PARA ENFERMEDAD CELÍACA (EC).	107	14	14:30 a 16:30	Salón Pigalle	TLS
KAHANE V.	MOTILIDAD RECTOANAL Y RESPUESTA AL TRATAMIENTO CON BIOFEEDBACK EN PACIENTES CON MALFORMACIONES ANORRECTALES	140	14	16:45 a 17:45	Salón Renoir	TLS
KAKISU M.	MANOMETRÍA DE ALTA RESOLUCIÓN EN PEDIATRÍA. A PROPÓSITO DE UN CASO.	137	14	18:45 a 20:15	Salón Pigalle	PO
KARAKACHOFF M.	HEPATITIS A CÉLULAS GIGANTES ASOCIADA A ANEMIA HEMOLÍTICA COOMBS (+) EN UN LACTANTE DE 3 MESES: TRATAMIENTO EXITOSO CON RITUXIMAB Y MEPREDNISONA.	50	14	18:45 a 20:15	Salón Pigalle	PO
KELLER M.	GASTROSTOMÍA ENDOSCÓPICA PERCUTÁNEA. SIETE AÑOS DE EXPERIENCIA EN HOSPITAL PEDIÁTRICO	9	14	13:15 a 14:15	Aula 1	RPD

**5° CONGRESO ARGENTINO DE GASTROENTEROLOGÍA,
HEPATOLOGÍA Y NUTRICIÓN PEDIÁTRICAS**

Ciudad de Buenos Aires, 13 al 16 de Agosto de 2014



Autores (c/inicial)	Título	N°	Día	Hora	Ubicación	Modalidad
KO M.	EVALUACIÓN DE LA SENSIBILIDAD (SE) Y ESPECIFICIDAD (ES) DE LAS VARIABLES DE CORRELACIÓN SINTOMÁTICA (VCS) EN PACIENTES CON ENFERMEDAD POR REFLUJO GASTROESOFÁGICO ACIDO (ERGEA) Y ENFERMEDAD RESPIRATORIA EN EDAD PEDIÁTRICA.	16	14	13:15 a 14:15	Aula 1	RPD
KOHN I.	UTILIDAD DEL HLA DQ COMO HERRAMIENTA EN EL DIAGNÓSTICO DE LA ENFERMEDAD CELÍACA	90	14	14:30 a 16:30	Salón Pigalle	TLS
KROCHIK G.	IMPACTO DEL ESTADO NUTRICIONAL MATERNO, ANTES Y DURANTE EL EMBARAZO, SOBRE LA COMPOSICIÓN CORPORAL NEONATAL. ESTUDIO DE CORRELACIÓN EN UNA MATERNIDAD PÚBLICA DE ARGENTINA.	105	14	14:30 a 16:00	Salón Doree	TLS
KROCHIK G.	PREVALENCIA DE INSULINO-RESISTENCIA EN ADOLESCENTES CON DIABETES TIPO 1 Y SU RELACIÓN CON COMPLICACIONES MICROVASCULARES.	94	14	8:30 a 10:00	Salón Doree	TLS
KUGLIEN Y.	LINFANGIECTASIA INTESTINAL PRIMARIA: REPORTE DE UN CASO.	89	14	13:15 a 14:15	Aula 1	RPD
L						
LAGUES C.	BIOPSIAS DE CONTROL EN TRASPLANTE HEPÁTICO PEDIÁTRICO	23	14	11:20 a 12:20	Salón Monet	TLS
LAGUES C.	TOLERANCIA OPERACIONAL EN TRASPLANTE HEPÁTICO PEDIÁTRICO	42	14	13:15 a 14:15	Aula 1	RPD
LANDE H.	TITULO: AFECTACION GASTROINTESTINAL Y HEPATOBILIAR DE PACIENTES FIBROQUÍSTICOS ATENDIDOS EN UN HOSPITAL PÚBLICO PEDIÁTRICO: EXPERIENCIA EN 25 AÑOS.	87	14	13:15 a 14:15	Aula 1	RPD
LAQUIS M.	EVOLUCIÓN NUTRICIONAL EN LACTANTES CON ALERGIA A LAS PROTEÍNAS DE LA LECHE DE VACA (APLV)	91	14	13:15 a 14:15	Aula 1	RPD
LAWSON K.	TRASTORNOS GASTROINTESTINALES Y CONDUCTAS ALIMENTARIAS EN NIÑOS CON AUTISMO	1	15	11:20 a 12:20	Salón Renoir	TLS
LEANZA M.	OBSTRUCCIÓN DE INTESTINO DELGADO COMO CAUSA DE FALLO DE CRECIMIENTO Y DESNUTRICIÓN CRÓNICA.	21	14	13:15 a 14:15	Aula 1	RPD
LEIDI G.	LIPODISTROFIA CONGÉNITA: CAUSA NO HABITUAL DE UNA CONSULTA FRECUENTE EN GASTROENTEROLOGÍA INFANTIL.	112	14	13:15 a 14:15	Aula 1	RPD
LEMELSON L.	INCIDENCIA DE HEMORRAGIA DIGESTIVA EN PACIENTES CRÍTICAMENTE ENFERMOS BAJO PROFILAXIS CON OMEPRAZOL.	74	14	13:15 a 14:15	Aula 1	RPD
LEZAMA						
ELECHARRI C.	ESTEATOHEPATITS NO ALCOHOLICA EN NIÑOS	54	14	16:45 a 17:45	Salón Monet	TLS
LEZAMA						
ELECHARRI C.	SINDROME DE ALAGILLE	59	14	11:20 a 12:20	Salón Monet	TLS
LIBERTO D.	ACALASIA COMO FORMA DE PRESENTACIÓN DE MIOPATÍA VISCERAL	118	14	13:15 a 14:15	Aula 1	RPD
LIBERTO D.	CIRUGIA DE ELONGACION INTESTINAL EN NIÑOS CON SINDROME DE INTESTINO CORTO	129	14	9:00 a 11:00	Salón Pigalle	TLS
LIBERTO D.	MANEJO CONSERVADOR DE LA FÍSTULA BILIAR POST TRAUMÁTICA	119	14	18:45 a 20:15	Salón Pigalle	PO
LIBERTO D.	OCLUSIÓN INTESTINAL POR CLOSTRIDIUM DIFICILE	126	14	13:15 a 14:15	Aula 1	RPD
LIBERTO D.	RESULTADOS DEL TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DEL REFLUJO GASTROESOFÁGICO EN PACIENTES CON ATRESIA ESOFÁGICA.	120	14	13:15 a 14:15	Aula 1	RPD
LILIANA S.	ENFERMEDAD DE CROHN (EC) EN PACIENTES MENORES Y MAYORES DE 5 AÑOS, ¿HAY DIFERENCIAS?	96	14	9:00 a 11:00	Salón Pigalle	TLS
LITWIN N.	EVALUACIÓN DE ALFA 1 ANTITRIPSINA EN MATERIA FECAL EN NEONATOS SANOS.	17	14	9:00 a 11:00	Salón Pigalle	TLS
LOBOS P.	ACALASIA COMO FORMA DE PRESENTACIÓN DE MIOPATÍA VISCERAL	118	14	13:15 a 14:15	Aula 1	RPD

PO: Presentación oral
 TLS: Trabajo libre seleccionado
 RPD: Recorrida póster digital



Sociedad Argentina de Pediatría

Dirección de Congresos y Eventos

Comités Nacionales de Gastroenterología, Hepatología y Nutrición Pediátricas

Autores (c/inicial)	Título	N°	Día	Hora	Ubicación	Modalidad
LOBOS P.	CIRUGIA DE ELONGACION INTESTINAL EN NIÑOS CON SINDROME DE INTESTINO CORTO	129	14	9:00 a 11:00	Salón Pigalle	TLS
LOBOS P.	INSUFICIENCIA INTESTINAL EN PEDIATRÍA: ¿ES POSIBLE REHABILITAR PACIENTES CON INDICACIÓN DE TRASPLANTE DE INTESTINO?	104	14	9:00 a 11:00	Salón Pigalle	TLS
LOBOS P.	MANEJO CONSERVADOR DE LA FÍSTULA BILIAR POST TRAUMÁTICA	119	14	18:45 a 20:15	Salón Pigalle	PO
LOBOS P.	OCLUSIÓN INTESTINAL POR CLOSTRIDIUM DIFICILE	126	14	13:15 a 14:15	Aula 1	RPD
LOBOS P.	REFLUJO NO ÁCIDO COMO CAUSA DE ESOFAGITIS EN PACIENTES OPERADOS DE ATRESIA ESOFÁGICA EVALUADO POR IMPEDANCIOMETRÍA INTRALUMINAL MULTICANAL DE 24 HS.	51	14	11:20 a 12:20	Salón Renoir	TLS
LOBOS P.	RESULTADOS DEL TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DEL REFLUJO GASTROESOFÁGICO EN PACIENTES CON ATRESIA ESOFÁGICA.	120	14	13:15 a 14:15	Aula 1	RPD
LOPEZ A.	IMPACTO DEL ESTADO NUTRICIONAL MATERNO, ANTES Y DURANTE EL EMBARAZO, SOBRE LA COMPOSICIÓN CORPORAL NEONATAL. ESTUDIO DE CORRELACIÓN EN UNA MATERNIDAD PÚBLICA DE ARGENTINA.	105	14	14:30 a 16:00	Salón Doree	TLS
LÓPEZ GIACINTI L.	CAPILLARIASIS HEPÁTICA: OTRA CAUSA DE SÍNDROME HIPEREOSINOFILICO, REPORTE DE UN CASO	67	14	13:15 a 14:15	Aula 1	RPD
LÓPEZ M.	CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS Y EPIDEMIOLÓGICAS DE UNA POBLACIÓN CELIACA PEDIATRICA	64	14	18:45 a 20:15	Salón Pigalle	PO
LÓPEZ S.	COMPLICACIONES DE LA CIRROSIS EN NIÑOS CON FIBROSIS QUÍSTICA	26	14	18:45 a 20:15	Salón Pigalle	PO
LUCERO N.	¿CUALES FUERON LOS MOTIVOS DE ENDOSCOPIÁS Y SU ASPECTO MACROSCÓPICO EN PACIENTES CON HALLAZGO DE HELICOBACTER PYLORI?	125	14	18:45 a 20:15	Salón Pigalle	PO
LUCERO N.	EFICACIA DE UNA PRUEBA RÁPIDA CON ANTICUERPOS IGA ANTITRANSGLUTAMINASA TISULAR EN LA DETECCIÓN DE ENFERMEDAD CELIACA EN PEDIATRIA.	36	14	14:30 a 16:30	Salón Pigalle	TLS
LUCERO N.	ESOFAGITIS EOSINOFILICA. EXPERIENCIA EN UN CENTRO PEDIATRICO	138	14	13:15 a 14:15	Aula 1	RPD
LUCERO N.	HIPERTRANSAMINASEMIA EN LA ENFERMEDAD CELIACA	117	14	13:15 a 14:15	Aula 1	RPD
LUCERO N.	MARCADORES SEROLÓGICOS EN EL SEGUIMIENTO DE NIÑOS CON ENFERMEDAD CELIACA	34	14	13:15 a 14:15	Aula 1	RPD
LUQUE C.	ABSCESOS HEPÁTICOS EN PEDIATRIA	27	14	18:45 a 20:15	Salón Pigalle	PO
LUQUE C.	ESOFAGITIS EOSINOFILICA. EXPERIENCIA EN UN CENTRO PEDIATRICO	138	14	13:15 a 14:15	Aula 1	RPD
LUQUE C.	HIPERTRANSAMINASEMIA EN LA ENFERMEDAD CELIACA	117	14	13:15 a 14:15	Aula 1	RPD
M						
MACARIO M.	XANTOGRANULOMATOSIS JUVENIL: PRESENTACION SISTEMICA CON FALLA HEPATICA NEONATAL	60	14	13:15 a 14:15	Aula 1	RPD
MACIAS S.	BIODISPONIBILIDAD Y APORTE POTENCIAL DE MINERALES EN GALLETTAS DESTINADAS A ESCOLARES ELABORADAS CON HARINA DE TRIGO, HARINA DE ALGARROBA (PROSOPIS ALBA) Y AVENA. PARCIALMENTE FINANCIADO POR UBACYT 20020100100166	28	14	18:00 a 19:15	Salón Doree	PO
MAGLUF R.	COMPLICACIONES ASOCIADAS A LA DUODENOPANCREATECTOMIA CEFÁLICA: EVOLUCIÓN Y SEGUIMIENTO DE TRES CASOS	40	14	13:15 a 14:15	Aula 1	RPD
MALAGRINO P.	ESCLERODERMIA Y DISFAGIA. NO TODO ES LO QUE PARECE	68	14	13:15 a 14:15	Aula 1	RPD
MALDONADO C.	EVOLUCIÓN NUTRICIONAL EN LACTANTES CON ALERGIA A LAS PROTEÍNAS DE LA LECHE DE VACA (APLV)	91	14	13:15 a 14:15	Aula 1	RPD

**5° CONGRESO ARGENTINO DE GASTROENTEROLOGÍA,
HEPATOLOGÍA Y NUTRICIÓN PEDIÁTRICAS**

Ciudad de Buenos Aires, 13 al 16 de Agosto de 2014



Por un niño sano,
en un momento

Autores (c/inicial)	Título	N°	Día	Hora	Ubicación	Modalidad
MALLA I.	BIOPSIAS DE CONTROL EN TRASPLANTE HEPÁTICO PEDIÁTRICO	23	14	11:20 a 12:20	Salón Monet	TLS
MALLA I.	COMPLICACIONES DE LA CIRROSIS EN NIÑOS CON FIBROSIS QUÍSTICA	26	14	18:45 a 20:15	Salón Pigalle	PO
MALLA I.	MANEJO DE INFECCIÓN POR CITOMEGALOVIRUS EN TRASPLANTE HEPÁTICO PEDIÁTRICO	4	14	14:30 a 16:30	Salón Pigalle	TLS
MALLA I.	TOLERANCIA OPERACIONAL EN TRASPLANTE HEPÁTICO PEDIÁTRICO	42	14	13:15 a 14:15	Aula 1	RPD
MALLA I.	TRASPLANTE HEPÁTICO PARA HEPATOBLASTOMA DE ALTO RIESGO	5	14	13:15 a 14:15	Aula 1	RPD
MANTEROLA M.	¿CUALES FUERON LOS MOTIVOS DE ENDOSCOPIAS Y SU ASPECTO MACROSCÓPICO EN PACIENTES CON HALLAZGO DE HELICOBACTER PYLORI?	125	14	18:45 a 20:15	Salón Pigalle	PO
MANTEROLA M.	ABSCESOS HEPÁTICOS EN PEDIATRIA	27	14	18:45 a 20:15	Salón Pigalle	PO
MANTEROLA M.	ESOFAGITIS EOSINOFILICA. EXPERIENCIA EN UN CENTRO PEDIATRICO	138	14	13:15 a 14:15	Aula 1	RPD
MANTEROLA M.	EVOLUCIÓN DE LA ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL EN EL POSTRASPLANTE HEPÁTICO	14	14	13:15 a 14:15	Aula 1	RPD
MANTEROLA M.	HIPERTRANSAMINASEMIA EN LA ENFERMEDAD CELIACA	117	14	13:15 a 14:15	Aula 1	RPD
MARCARIAN G.	IMPACTO CLINICO DEL TRATAMIENTO COMBINADO EN PACIENTES PEDIATRICOS CON HIPERCOLESTEROLEMIA FAMILIAR HOMOCIGOTA	62	14	17:15 a 18:45	Salón Petit Doree	TLS
MARCÓ DEL PONT M.	MANEJO DE INFECCIÓN POR CITOMEGALOVIRUS EN TRASPLANTE HEPÁTICO PEDIÁTRICO	4	14	14:30 a 16:30	Salón Pigalle	TLS
MARMARUSSO D.	CONOCIMIENTOS DEL PEDIATRA CLÍNICO SOBRE ALERGIA A LAS PROTEÍNAS DE LA LECHE DE VACA.	76	14	18:45 a 20:15	Salón Pigalle	PO
MARMARUSSO D.	INCIDENCIA DE HEMORRAGIA DIGESTIVA EN PACIENTES CRÍTICAMENTE ENFERMOS BAJO PROFILAXIS CON OMEPRAZOL.	74	14	13:15 a 14:15	Aula 1	RPD
MARTINELLI J.	TROMBOSIS VENOSA EN NIÑOS Y ADOLESCENTES CON ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL CRÓNICA. ¿TENEMOS PRESENTE SU POTENCIAL RIESGO?	41	14	18:45 a 20:15	Salón Pigalle	PO
MARTINEZ P.	COMPLICACIONES ASOCIADAS A LA DUODENOPANCREATECTOMIA CEFÁLICA: EVOLUCIÓN Y SEGUIMIENTO DE TRES CASOS	40	14	13:15 a 14:15	Aula 1	RPD
MAS L.	UTILIDAD DEL HLA DQ COMO HERRAMIENTA EN EL DIAGNÓSTICO DE LA ENFERMEDAD CELÍACA	90	14	14:30 a 16:30	Salón Pigalle	TLS
MASELLI M.	RESISTENCIA INSULÍNICA Y SU ASOCIACIÓN CON ÍNDICES GINGIVOPERIODONTALES	22	14	11:30 a 13:00	Salón Petit Doree	TLS
MAVROMATOPULOS E.	ESCLERODERMIA Y DISFAGIA. NO TODO ES LO QUE PARECE	68	14	13:15 a 14:15	Aula 1	RPD
MAZZA C.	IMPACTO DEL ESTADO NUTRICIONAL MATERNO, ANTES Y DURANTE EL EMBARAZO, SOBRE LA COMPOSICIÓN CORPORAL NEONATAL. ESTUDIO DE CORRELACIÓN EN UNA MATERNIDAD PÚBLICA DE ARGENTINA.	105	14	14:30 a 16:00	Salón Doree	TLS
MAZZA C.	PREVALENCIA DE FACTORES DE RIESGO DE ENFERMEDAD CARDIOVASCULAR EN NIÑOS Y ADOLESCENTES CON INFECCIÓN POR HIV TITULO O TITULO DEMASIADO CORTO	116	14	18:00 a 19:15	Salón Doree	PO
MAZZA C.	PREVALENCIA DE INSULINO-RESISTENCIA EN ADOLESCENTES CON DIABETES TIPO 1 Y SU RELACIÓN CON COMPLICACIONES MICROVASCULARES.	94	14	8:30 a 10:00	Salón Doree	TLS
MEHAUDY R.	ALTERACIÓN DE LA DINÁMICA BILIAR EN TRASPLANTADOS HEPÁTICOS PEDIÁTRICOS EN UN CENTRO DE TRASPLANTE. ¿UNA CAUSA DE COLESTASIS CRÓNICA?	131	14	14:30 a 16:30	Salón Pigalle	TLS



Sociedad Argentina de Pediatría

Dirección de Congresos y Eventos

Comités Nacionales de Gastroenterología, Hepatología y Nutrición Pediátricas

Autores (c/inicial)	Título	N°	Día	Hora	Ubicación	Modalidad
MEHAUDY R.	EXISTE DIFERENCIA EN LA LÍNEA BASAL DE IMPEDANCIOMETRÍA INTRALUMINAL MULTICANAL Y EL TIEMPO DE EXPOSICIÓN AL ÁCIDO EN NIÑOS CON ESOFAGITIS EOSINOFÍLICA VS AQUELLOS CON REFLUJO GASTROESOFÁGICO?	52	14	11:20 a 12:20	Salón Renoir	TLS
MEHAUDY R.	REFLUJO NO ÁCIDO COMO CAUSA DE ESOFAGITIS EN PACIENTES OPERADOS DE ATRESIA ESOFÁGICA EVALUADO POR IMPEDANCIOMETRÍA INTRALUMINAL MULTICANAL DE 24 HS.	51	14	11:20 a 12:20	Salón Renoir	TLS
MEHAUDY R.	UTILIZACIÓN DE BETABLOQUEANTES EN HEMANGIOMAS HEPÁTICOS	132	14	13:15 a 14:15	Aula 1	RPD
MENÉNDEZ L.	¿CUALES FUERON LOS MOTIVOS DE ENDOSCOPIAS Y SU ASPECTO MACROSCÓPICO EN PACIENTES CON HALLAZGO DE HELICOBACTER PYLORI?	125	14	18:45 a 20:15	Salón Pigalle	PO
MENENDEZ L.	ABSCESOS HEPÁTICOS EN PEDIATRIA	27	14	18:45 a 20:15	Salón Pigalle	PO
MENENDEZ L.	ACCIDENTES PREVENIBLES EN LA INFANCIA: INGESTA DE CÁUSTICO.	79	14	18:45 a 20:15	Salón Pigalle	PO
MENENDEZ L.	EFICACIA DE UNA PRUEBA RÁPIDA CON ANTICUERPOS IGA ANTITRANGLUTAMINASA TISULAR EN LA DETECCION DE ENFERMEDAD CELIACA EN PEDIATRIA.	36	14	14:30 a 16:30	Salón Pigalle	TLS
MENENDEZ L.	ESOFAGITIS EOSINOFILICA. EXPERIENCIA EN UN CENTRO PEDIATRICO	138	14	13:15 a 14:15	Aula 1	RPD
MENENDEZ L.	HIPERTRANSAMINASEMIA EN LA ENFERMEDAD CELIACA	117	14	13:15 a 14:15	Aula 1	RPD
MENENDEZ L.	MARCADORES SEROLÓGICOS EN EL SEGUIMIENTO DE NIÑOS CON ENFERMEDAD CELIACA	34	14	13:15 a 14:15	Aula 1	RPD
MESSERE G.	¿LA UTILIZACIÓN DE LOS ANTICUERPOS ANTITRANGLUTAMINASA TISULAR IGA Y LOS DIRIGIDOS A PÉPTIDOS DE GLIADINA DEAMIDADOS IGG ES LA MEJOR COMBINACIÓN PARA PREDECIR ENFERMEDAD CELIACA? (EC)	48	14	9:00 a 11:00	Salón Pigalle	TLS
MESSERE G.	ALERGIA A PROTEINAS DE LECHE DE VACA (APLV) EN NIÑOS ALIMENTADOS A PECHO EXCLUSIVO. REINTRODUCCION DE LA PROTEINA LECHE DE VACA (PLV).	99	14	13:15 a 14:15	Aula 1	RPD
MESSERE G.	ANTICUERPOS ANTI TRANGLUTAMINASA IGA (TTGA) Y ANTI ENDOMISIO IGA (EMA) COMO PREDICTORES DE ENFERMEDAD CELIACA.	66	14	14:30 a 16:30	Salón Pigalle	TLS
MESSERE G.	ASOCIACIÓN DE COLITIS ULCEROSA Y DÉFICIT DE IGA	65	14	13:15 a 14:15	Aula 1	RPD
MESSERE G.	MOTILIDAD RECTOANAL Y RESPUESTA AL TRATAMIENTO CON BIOFEEDBACK EN PACIENTES CON MALFORMACIONES ANORRECTALES	140	14	16:45 a 17:45	Salón Renoir	TLS
MESTRE G.	DATOS NUTRICIONALES PRELIMINARES DE UNA COHORTE EN SEGUIMIENTO DE PACIENTES CON EPILEPSIA REFRACTARIA EN TRATAMIENTO CON DIETA CETOGENICA.	135	14	14:00 a 15:30	Salón Petit Doree	RPD
MICULÁN S.	¿CUALES FUERON LOS MOTIVOS DE ENDOSCOPIAS Y SU ASPECTO MACROSCÓPICO EN PACIENTES CON HALLAZGO DE HELICOBACTER PYLORI?	125	14	18:45 a 20:15	Salón Pigalle	PO
MICULAN S.	ABSCESOS HEPÁTICOS EN PEDIATRIA	27	14	18:45 a 20:15	Salón Pigalle	PO
MICULAN S.	ACCIDENTES PREVENIBLES EN LA INFANCIA: INGESTA DE CÁUSTICO.	79	14	18:45 a 20:15	Salón Pigalle	PO
MICULAN S.	EFICACIA DE UNA PRUEBA RÁPIDA CON ANTICUERPOS IGA ANTITRANGLUTAMINASA TISULAR EN LA DETECCION DE ENFERMEDAD CELIACA EN PEDIATRIA.	36	14	14:30 a 16:30	Salón Pigalle	TLS
MICULAN S.	ESOFAGITIS EOSINOFILICA. EXPERIENCIA EN UN CENTRO PEDIATRICO	138	14	13:15 a 14:15	Aula 1	RPD
MICULAN S.	ESTUDIO FUNCIONAL EN NIÑOS CON ATRESIA ESOFÁGICA (AE) CORREGIDA.	69	14	13:15 a 14:15	Aula 1	RPD

**5° CONGRESO ARGENTINO DE GASTROENTEROLOGÍA,
HEPATOLOGÍA Y NUTRICIÓN PEDIÁTRICAS**

Ciudad de Buenos Aires, 13 al 16 de Agosto de 2014



Autores (c/inicial)	Título	N°	Día	Hora	Ubicación	Modalidad
MICULAN S.	HIPERTRANSAMINASEMIA EN LA ENFERMEDAD CELIACA	117	14	13:15 a 14:15	Aula 1	RPD
MICULÁN S.	MARCADORES SEROLÓGICOS EN EL SEGUIMIENTO DE NIÑOS CON ENFERMEDAD CELIACA	34	14	13:15 a 14:15	Aula 1	RPD
MIRA M.	IMPACTO CLINICO DEL TRATAMIENTO COMBINADO EN PACIENTES PEDIATRICOS CON HIPERCOLESTEROLEMIA FAMILIAR HOMOCIGOTA	62	14	17:15 a 18:45	Salón Petit Doree	TLS
MOLLERACH A.	ALTERACIÓN DE LA DINÁMICA BILIAR EN TRASPLANTADOS HEPÁTICOS PEDIÁTRICOS EN UN CENTRO DE TRASPLANTE. ¿UNA CAUSA DE COLESTASIS CRÓNICA?	131	14	14:30 a 16:30	Salón Pigalle	TLS
MORA M.	COMPLICACIONES DE LA CIRROSIS EN NIÑOS CON FIBROSIS QUÍSTICA	26	14	18:45 a 20:15	Salón Pigalle	PO
MORA M.	ENFERMEDAD HEPATOBILIAR EN PACIENTES CON FIBROSIS QUÍSTICA (FQ)	19	14	18:45 a 20:15	Salón Pigalle	PO
MORISE S.	¿LA UTILIZACIÓN DE LOS ANTICUERPOS ANTITRANSGLUTAMINASA TISULAR IGA Y LOS DIRIGIDOS A PÉPTIDOS DE GLIADINA DEAMIDADOS IGG ES LA MEJOR COMBINACIÓN PARA PREDECIR ENFERMEDAD CELIACA? (EC)	48	14	9:00 a 11:00	Salón Pigalle	TLS
MORISE S.	ALERGIA A LAS PROTEÍNAS DE LECHE DE VACA (APLV) EN NIÑOS CON ALIMENTACIÓN MATERNA VERSUS FÓRMULA LÁCTEA. EVOLUCIÓN CLÍNICA Y TERAPÉUTICA.	109	14	18:45 a 20:15	Salón Pigalle	PO
MORISE S.	ALERGIA A PROTEINAS DE LECHE DE VACA (APLV) EN NIÑOS ALIMENTADOS A PECHO EXCLUSIVO. REINTRODUCCION DE LA PROTEINA LECHE DE VACA (PLV).	99	14	13:15 a 14:15	Aula 1	RPD
MORISE S.	ANTICUERPOS ANTI TRANSGLUTAMINASA IGA (TTGA) Y ANTI ENDOMISIO IGA (EMA) COMO PREDICTORES DE ENFERMEDAD CELÍACA.	66	14	14:30 a 16:30	Salón Pigalle	TLS
MORISE S.	ASOCIACIÓN DE COLITIS ULCEROSA Y DÉFICIT DE IGA	65	14	13:15 a 14:15	Aula 1	RPD
MORISE S.	CAPILLARIASIS HEPÁTICA: OTRA CAUSA DE SÍNDROME HIPEREOSINOFILICO, REPORTE DE UN CASO	67	14	13:15 a 14:15	Aula 1	RPD
MOUGEL C.	NUTRICIÓN ENTERAL AMBULATORIA (NEA) EN PACIENTES PEDIÁTRICOS CON CARDIOPATÍAS EN AUTO CUIDADO DOMICILIARIO	144	15	14:00 a 15:30	Salón Doree	RPD
MUSCHIETTI L.	EXPERIENCIA EN EL TRATAMIENTO CON BIOPTERINAS (BH4) EN PACIENTES FENILCETONURICOS (PKU).	63	14	14:00 a 15:30	Salón Petit Doree	RPD

N

NALDA G.	TRASPLANTE HEPÁTICO PARA HEPATOBLASTOMA DE ALTO RIESGO	5	14	13:15 a 14:15	Aula 1	RPD
NANFITO G.	¿CUALES FUERON LOS MOTIVOS DE ENDOSCOPIÁS Y SU ASPECTO MACROSCÓPICO EN PACIENTES CON HALLAZGO DE HELICOBACTER PYLORI?	125	14	18:45 a 20:15	Salón Pigalle	PO
NANFITO G.	ABSCESOS HEPÁTICOS EN PEDIATRIA	27	14	18:45 a 20:15	Salón Pigalle	PO
NANFITO G.	EFICACIA DE UNA PRUEBA RÁPIDA CON ANTICUERPOS IGA ANTITRANSGLUTAMINASA TISULAR EN LA DETECCION DE ENFERMEDAD CELIACA EN PEDIATRIA.	36	14	14:30 a 16:30	Salón Pigalle	TLS
NANFITO G.	ESOFAGITIS EOSINOFILICA. EXPERIENCIA EN UN CENTRO PEDIÁTRICO	138	14	13:15 a 14:15	Aula 1	RPD
NANFITO G.	ESTUDIO FUNCIONAL EN NIÑOS CON ATRESIA ESOFÁGICA (AE) CORREGIDA.	69	14	13:15 a 14:15	Aula 1	RPD
NANFITO G.	HIPERTRANSAMINASEMIA EN LA ENFERMEDAD CELIACA	117	14	13:15 a 14:15	Aula 1	RPD

PO: Presentación oral
TLS: Trabajo libre seleccionado
RPD: Recorrida póster digital



Sociedad Argentina de Pediatría

Dirección de Congresos y Eventos

Comités Nacionales de Gastroenterología, Hepatología y Nutrición Pediátricas

Autores (c/inicial)	Título	N°	Día	Hora	Ubicación	Modalidad
NANFITO G.	MARCADORES SEROLÓGICOS EN EL SEGUIMIENTO DE NIÑOS CON ENFERMEDAD CELIACA	34	14	13:15 a 14:15	Aula 1	RPD
NEDER D.	LIGADURA ENDOSCÓPICA VARICEAL: EXPERIENCIA DE 10 AÑOS EN UN HOSPITAL PEDIÁTRICO DE ALTA COMPLEJIDAD	122	14	16:45 a 17:45	Salón Monet	TLS
NEDER M.	EVOLUCION A LARGO PLAZO DEL POUCH ILEOANAL EN PACIENTES CON ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL (EII)	123	14	9:00 a 11:00	Salón Pigalle	TLS
NEDER M.	SÍNDROME DE POLIPOSIS EN PEDIATRÍA: EXPERIENCIA DE 21 AÑOS	136	14	16:45 a 17:45	Salón Renoir	TLS
NORIEGA S.	MOTILIDAD RECTOANAL Y RESPUESTA AL TRATAMIENTO CON BIOFEEDBACK EN PACIENTES CON MALFORMACIONES ANORRECTALES	140	14	16:45 a 17:45	Salón Renoir	TLS
NOROÑA M.	RELACIÓN DE LA INGESTA PROTEICA CON EL BALANCE NITROGENADO Y EL ESTADO NUTRICIONAL EN PACIENTES PEDIÁTRICOS CON ENFERMEDAD FIBROQUÍSTICA (FQ)	101	14	14:30 a 16:00	Salón Petit Doree	TLS
NUGNES C.	LINFANGIECTASIA INTESTINAL PRIMARIA: REPORTE DE UN CASO.	89	14	13:15 a 14:15	Aula 1	RPD
NUÑEZ MIÑANA M.	EXPERIENCIA EN EL TRATAMIENTO CON BIOPTERINAS (BH4) EN PACIENTES FENILCETONURICOS (PKU).	63	14	14:00 a 15:30	Salón Petit Doree	RPD
O						
OJEA C.	EVALUACIÓN DEL TRATAMIENTO INTENSIFICADO CON CONTEO DE HIDRATOS DE CARBONO EN UN GRUPO DE NIÑOS CON DIABETES TIPO I, EN UN HOSPITAL PÚBLICO: SEGUIMIENTO A UN AÑO DE IMPLEMENTACIÓN.	47	14	18:00 a 19:15	Salón Doree	PO
OLEASTRO M.	ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL (EII) EN PACIENTE CON INMUNODEFICIENCIA PRIMARIA (IDP)	82	14	18:45 a 20:15	Salón Pigalle	PO
OLLER A.	TUMOR RECTAL DE ORIGEN MESENQUIMATOSO EN PEDIATRÍA. PRESENTACIÓN DE UN CASO.	139	14	18:45 a 20:15	Salón Pigalle	PO
OROPEZA G.	COMPLICACIONES DE LA CIRROSIS EN NIÑOS CON FIBROSIS QUÍSTICA	26	14	18:45 a 20:15	Salón Pigalle	PO
ORSI M.	EXISTE DIFERENCIA EN LA LÍNEA BASAL DE IMPEDANCIOMETRÍA INTRALUMINAL MULTICANAL Y EL TIEMPO DE EXPOSICIÓN AL ÁCIDO EN NIÑOS CON ESOFAGITIS EOSINOFÍLICA VS AQUELLOS CON REFLUJO GASTROESOFÁGICO?	52	14	11:20 a 12:20	Salón Renoir	TLS
ORSI M.	INSUFICIENCIA INTESTINAL EN PEDIATRÍA: ¿ES POSIBLE REHABILITAR PACIENTES CON INDICACIÓN DE TRASPLANTE DE INTESTINO?	104	14	9:00 a 11:00	Salón Pigalle	TLS
ORSI M.	OBESIDAD EN PACIENTES ADOLESCENTES TRASPLANTADOS HEPÁTICOS	81	14	18:45 a 20:15	Salón Pigalle	PO
ORSI M.	REFLUJO NO ÁCIDO COMO CAUSA DE ESOFAGITIS EN PACIENTES OPERADOS DE ATRESIA ESOFÁGICA EVALUADO POR IMPEDANCIOMETRÍA INTRALUMINAL MULTICANAL DE 24 HS.	51	14	11:20 a 12:20	Salón Renoir	TLS
ORSI M.	REGISTRO PROSPECTIVO DE ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL (EII) EN POBLACIÓN PEDIÁTRICA ARGENTINA	97	14	9:00 a 11:00	Salón Pigalle	TLS
ORSI M.	TROMBOSIS VENOSA EN NIÑOS Y ADOLESCENTES CON ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL CRÓNICA. ¿TENEMOS PRESENTE SU POTENCIAL RIESGO?	41	14	18:45 a 20:15	Salón Pigalle	PO
ORTIZ G.	¿LA UTILIZACIÓN DE LOS ANTICUERPOS ANTITRANSGLUTAMINASA TISULAR IGA Y LOS DIRIGIDOS A PÉPTIDOS DE GLIADINA DEAMIDADOS IGG ES LA MEJOR COMBINACIÓN PARA PREDECIR ENFERMEDAD CELIACA? (EC)	48	14	9:00 a 11:00	Salón Pigalle	TLS

**5° CONGRESO ARGENTINO DE GASTROENTEROLOGÍA,
HEPATOLOGÍA Y NUTRICIÓN PEDIÁTRICAS**

Ciudad de Buenos Aires, 13 al 16 de Agosto de 2014



Autores (c/inicial)	Título	N°	Día	Hora	Ubicación	Modalidad
ORTIZ G.	ANTICUERPOS ANTI TRANSGLUTAMINASA IGA (TTGA) Y ANTI ENDOMISIO IGA (EMA) COMO PREDICTORES DE ENFERMEDAD CELÍACA.	66	14	14:30 a 16:30	Salón Pigalle	TLS
ORTIZ G.	MOTILIDAD RECTOANAL Y RESPUESTA AL TRATAMIENTO CON BIOFEEDBACK EN PACIENTES CON MALFORMACIONES ANORRECTALES	140	14	16:45 a 17:45	Salón Renoir	TLS
ORTIZ V.	RESISTENCIA A LA INSULINA EN PACIENTES OBESOS PEDIÁTRICOS Y SU ASOCIACIÓN CON DIFERENTES CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS Y METABÓLICAS	80	14	14:00 a 15:30	Salón Petit Doree	RPD

P

PACCE M.	IMPACTO DEL ESTADO NUTRICIONAL MATERNO, ANTES Y DURANTE EL EMBARAZO, SOBRE LA COMPOSICIÓN CORPORAL NEONATAL. ESTUDIO DE CORRELACIÓN EN UNA MATERNIDAD PÚBLICA DE ARGENTINA.	105	14	14:30 a 16:00	Salón Doree	TLS
PACCE M.	SINDROME DE QUILOMICRONEMIA EN PEDIATRIA	61	14	14:00 a 15:30	Salón Doree	RPD
PACHECO G.	FRECUENCIA DE ESTEATOSIS HEPÁTICA Y CORRELACION CON CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS Y BIOQUÍMICAS EN NIÑOS Y ADOLESCENTES OBESOS ASISITIDOS EN CONSULTORIO DE ENFERMEDADES METABÓLICAS DEL HOSPITAL DE NIÑOS DE SALTA	38	14	11:30 a 13:10	Salón Doree	TLS
PADILLA ARANCIBIA M.	ULCERA GÁSTRICA POR HELICOBACTER PYLORI EN LACTANTE MENOR DE 2 MESES, REPORTE DE UN CASO CLINICO	141	15	13:15 a 14:15	Aula 1	RPD
PADROS S.	DIFERENCIAS EN LOS INDICADORES BÁSICOS DE LACTANCIA MATERNA Y ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA PROPUESTOS POR LA OMS EN NIÑOS CON DIFERENTES CONDICIONES SOCIODEMOGRÁFICAS DE ROSARIO.	29	14	11:30 a 13:10	Salón Petit Doree	TLS
PAIS A.	ADENOCARCINOMA DE COLON EN UNA NIÑA DE 5 AÑOS DE EDAD	20	14	13:15 a 14:15	Aula 1	RPD
PAIS A.	REGISTRO PROSPECTIVO DE ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL (EII) EN POBLACIÓN PEDIÁTRICA ARGENTINA	97	14	9:00 a 11:00	Salón Pigalle	TLS
PALACIOS PEREZ C.	¿SON LOS EVENTOS DE ESTRÉS NEONATAL (EEN) FACTORES DE RIESGO PARA EL DESARROLLO DE TRASTORNOS FUNCIONALES DIGESTIVOS (TFD) EN NIÑOS?	18	14	18:45 a 20:15	Salón Pigalle	PO
PALACIOS PORTA F.	NUTRICIÓN ENTERAL AMBULATORIA (NEA) EN PACIENTES PEDIÁTRICOS CON CARDIOPATÍAS EN AUTO CUIDADO DOMICILIARIO	144	15	14:00 a 15:30	Salón Doree	RPD
PALANCA E.	DIFERENCIAS EN LOS INDICADORES BÁSICOS DE LACTANCIA MATERNA Y ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA PROPUESTOS POR LA OMS EN NIÑOS CON DIFERENTES CONDICIONES SOCIODEMOGRÁFICAS DE ROSARIO.	29	14	11:30 a 13:10	Salón Petit Doree	TLS
PALMUCCI C.	DIFERENCIAS EN LOS INDICADORES BÁSICOS DE LACTANCIA MATERNA Y ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA PROPUESTOS POR LA OMS EN NIÑOS CON DIFERENTES CONDICIONES SOCIODEMOGRÁFICAS DE ROSARIO.	29	14	11:30 a 13:10	Salón Petit Doree	TLS
PANDOLFO M.	RESISTENCIA A LA INSULINA EN PACIENTES OBESOS PEDIÁTRICOS Y SU ASOCIACIÓN CON DIFERENTES CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS Y METABÓLICAS	80	14	14:00 a 15:30	Salón Petit Doree	RPD
PANDOLFO M.	RESISTENCIA INSULÍNICA Y SU ASOCIACIÓN CON ÍNDICES GINGIVOPERIODONTALES	22	14	11:30 a 13:00	Salón Petit Doree	TLS
PAPENDIECK L.	SINDROME DE BERARDINELLI SEIP. ANÁLISIS DE CASOS CLÍNICOS.	92	14	14:00 a 15:30	Salón Doree	RPD
PAREDES N.	OBSTRUCCIÓN DE INTESTINO DELGADO COMO CAUSA DE FALLO DE CRECIMIENTO Y DESNUTRICIÓN CRÓNICA.	21	14	13:15 a 14:15	Aula 1	RPD

PO: Presentación oral
TLS: Trabajo libre seleccionado
RPD: Recorrida póster digital



Sociedad Argentina de Pediatría

Dirección de Congresos y Eventos

Comités Nacionales de Gastroenterología, Hepatología y Nutrición Pediátricas

Autores (c/inicial)	Título	N°	Día	Hora	Ubicación	Modalidad
PAREDES N.	TUMOR RECTAL DE ORIGEN MESENQUIMATOSO EN PEDIATRÍA. PRESENTACIÓN DE UN CASO.	139	14	18:45 a 20:15	Salón Pigalle	PO
PAZ S.	USO DE TERAPIA BIOLÓGICA EN PACIENTES PEDIÁTRICOS CON ENFERMEDAD DE CROHN MODERADA A SEVERA.	78	14	9:00 a 11:00	Salón Pigalle	TLS
PEDREIRA A.	ESTEATOHEPATITIS NO ALCOHOLICA EN NIÑOS	54	14	16:45 a 17:45	Salón Monet	TLS
PEDREIRA A.	SÍNDROME DE ALAGILLE	59	14	11:20 a 12:20	Salón Monet	TLS
PEINADO D.	OBSTRUCCIÓN DE INTESTINO DELGADO COMO CAUSA DE FALLO DE CRECIMIENTO Y DESNUTRICIÓN CRÓNICA.	21	14	13:15 a 14:15	Aula 1	RPD
PELUFFO G.	CAPILLARIASIS HEPÁTICA: OTRA CAUSA DE SÍNDROME HIPEREOSINOFÍLICO, REPORTE DE UN CASO	67	14	13:15 a 14:15	Aula 1	RPD
PEREA C.	VARIABLES MANOMÉTRICAS Y RESPUESTA AL TRATAMIENTO CON BIOFEEDBACK EN PACIENTES CON MIELOMENINGOCELE	133	14	18:45 a 20:15	Salón Pigalle	PO
PÉREZ M.	CONSUMO DE FIBRA EN PACIENTES DIABÉTICOS TIPO 1 CON TRATAMIENTO INTENSIFICADO ATENDIDOS EN UN HOSPITAL PÚBLICO	49	14	14:00 a 15:30	Salón Petit Doree	RPD
PÉREZ M.	EVALUACIÓN DEL TRATAMIENTO INTENSIFICADO CON CONTEO DE HIDRATOS DE CARBONO EN UN GRUPO DE NIÑOS CON DIABETES TIPO I, EN UN HOSPITAL PÚBLICO: SEGUIMIENTO A UN AÑO DE IMPLEMENTACIÓN.	47	14	18:00 a 19:15	Salón Doree	PO
PEREZ MALDONADO J.	HIDATIDOSIS HEPÁTICA, 36 CIRUGÍAS PREVENIBLES.	24	14	14:30 a 16:30	Salón Pigalle	TLS
PEYNADO D.	TUMOR RECTAL DE ORIGEN MESENQUIMATOSO EN PEDIATRÍA. PRESENTACIÓN DE UN CASO.	139	14	18:45 a 20:15	Salón Pigalle	PO
PIETROPAOLO G.	CONSUMO DE FIBRA EN PACIENTES DIABÉTICOS TIPO 1 CON TRATAMIENTO INTENSIFICADO ATENDIDOS EN UN HOSPITAL PÚBLICO	49	14	14:00 a 15:30	Salón Petit Doree	RPD
PIETROPAOLO G.	EVALUACIÓN DEL TRATAMIENTO INTENSIFICADO CON CONTEO DE HIDRATOS DE CARBONO EN UN GRUPO DE NIÑOS CON DIABETES TIPO I, EN UN HOSPITAL PÚBLICO: SEGUIMIENTO A UN AÑO DE IMPLEMENTACIÓN.	47	14	18:00 a 19:15	Salón Doree	PO
PIOTTO M.	FINES DEL SIGLO XX-COMIENZOS DEL XXI ¿ENCONTRAMOS DIFERENCIAS EN LA INGESTA DE CORROSIVOS? TRATAMIENTO.	86	14	18:45 a 20:15	Salón Pigalle	PO
PIOTTO M.	XANTOGRANULOMATOSIS JUVENIL: PRESENTACION SISTEMICA CON FALLA HEPATICA NEONATAL	60	14	13:15 a 14:15	Aula 1	RPD
PLAZA S.	TRASPLANTE HEPÁTICO EN LA INSUFICIENCIA HEPÁTICA AGUDA: RESULTADOS DE LOS PRIMEROS 7 AÑOS EN LA PROVINCIA DE SANTA FE.	13	14	11:20 a 12:20	Salón Monet	TLS
POCHETTINO S.	HEPATITIS A CÉLULAS GIGANTES ASOCIADA A ANEMIA HEMOLÍTICA COOMBS (+) EN UN LACTANTE DE 3 MESES: TRATAMIENTO EXITOSO CON RITUXIMAB Y MEPREDNISONA.	50	14	18:45 a 20:15	Salón Pigalle	PO
POCHETTINO S.	PAATOLOGÍA AUTOINMUNE MÚLTIPLE EN UN PACIENTE CON INMUNODEFICIENCIA PRIMARIA	88	14	13:15 a 14:15	Aula 1	RPD
POCHETTINO S.	TÍTULO: AFECTACIÓN GASTROINTESTINAL Y HEPATOBILIAR DE PACIENTES FIBROQUÍSTICOS ATENDIDOS EN UN HOSPITAL PÚBLICO PEDIÁTRICO: EXPERIENCIA EN 25 AÑOS.	87	14	13:15 a 14:15	Aula 1	RPD
POCHETTINO S.	TRASPLANTE HEPÁTICO EN LA INSUFICIENCIA HEPÁTICA AGUDA: RESULTADOS DE LOS PRIMEROS 7 AÑOS EN LA PROVINCIA DE SANTA FE.	13	14	11:20 a 12:20	Salón Monet	TLS
POCHETTINO S.	XANTOGRANULOMATOSIS JUVENIL: PRESENTACION SISTEMICA CON FALLA HEPATICA NEONATAL	60	14	13:15 a 14:15	Aula 1	RPD

**5° CONGRESO ARGENTINO DE GASTROENTEROLOGÍA,
HEPATOLOGÍA Y NUTRICIÓN PEDIÁTRICAS**

Ciudad de Buenos Aires, 13 al 16 de Agosto de 2014



Autores (c/inicial)	Título	N°	Día	Hora	Ubicación	Modalidad
PODESTÁ G.	TRASPLANTE HEPÁTICO PARA HEPATOBLASTOMA DE ALTO RIESGO	5	14	13:15 a 14:15	Aula 1	RPD
POMAR P.	PREVALENCIA DE ENFERMEDAD CELIACA EN LA POBLACIÓN PEDIÁTRICA DEL ALTO VALLE DE RÍO NEGRO.	6	14	13:15 a 14:15	Aula 1	RPD
PRODAN S.	ACALASIA COMO FORMA DE PRESENTACIÓN DE MIOPATÍA VISCERAL	118	14	13:15 a 14:15	Aula 1	RPD
PRODAN S.	CIRUGIA DE ELONGACION INTESTINAL EN NIÑOS CON SINDROME DE INTESTINO CORTO	129	14	9:00 a 11:00	Salón Pigalle	TLS
PRODAN S.	MANEJO CONSERVADOR DE LA FÍSTULA BILIAR POST TRAUMÁTICA	119	14	18:45 a 20:15	Salón Pigalle	PO
PRODAN S.	OCLUSIÓN INTESTINAL POR CLOSTRIDIUM DIFICILE	126	14	13:15 a 14:15	Aula 1	RPD
PRODAN S.	RESULTADOS DEL TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DEL REFLUJO GASTROESOFÁGICO EN PACIENTES CON ATRESIA ESOFÁGICA.	120	14	13:15 a 14:15	Aula 1	RPD
PROZZI M.	¿OBESIDAD E HÍGADO GRASO EN ADOLESCENTES: UNA RELACIÓN DIRECTA?	56	14	14:00 a 15:30	Salón Petit Doree	RPD
PUEYRRREDON P.	HACIA EL MAPA DE OBESIDAD EN LA ARGENTINA	3	14	11:30 a 13:10	Salón Petit Doree	TLS
PUEYRRREDÓN P.	PRÁCTICAS EN EL CONSULTORIO DE OBESIDAD INFANTIL Y ADOLESCENTE	53	14	14:00 a 15:30	Salón Doree	RPD
PUGLIESE A.	IMPACTO CLINICO DEL TRATAMIENTO COMBINADO EN PACIENTES PEDIATRICOS CON HIPERCOLESTEROLEMIA FAMILIAR HOMOCIGOTA	62	14	17:15 a 18:45	Salón Petit Doree	TLS
Q						
QUINTANA C.	ULCERA GÁSTRICA POR HELICOBACTER PYLORI EN LACTANTE MENOR DE 2 MESES, REPORTE DE UN CASO CLINICO	141	15	13:15 a 14:15	Aula 1	RPD
QUISPE C.	¿CUALES FUERON LOS MOTIVOS DE ENDOSCOPIÁS Y SU ASPECTO MACROSCÓPICO EN PACIENTES CON HALLAZGO DE HELICOBACTER PYLORI?	125	14	18:45 a 20:15	Salón Pigalle	PO
R						
RADIONOVAS P.	ALERGIA A PROTEÍNAS DE LECHE DE VACA (APLV) EN NIÑOS ALIMENTADOS A PECHO EXCLUSIVO. REINTRODUCCION DE LA PROTEINA LECHE DE VACA (PLV).	99	14	13:15 a 14:15	Aula 1	RPD
RAMACCIOTTI G.	ESTUDIO RETROSPECTIVO SOBRE LA ENDOSCOPIA PEDIÁTRICA DESARROLLADA EN EL SERVICIO DE GASTROENTEROLOGÍA DEL HOSPITAL INTERZONAL ESPECIALIZADO MATERNO INFANTIL "VICTORIO TETAMANTI" DE MAR DEL PLATA	8	14	13:15 a 14:15	Aula 1	RPD
RAMACCIOTTI G.	GASTROSTOMÍA ENDOSCÓPICA PERCUTÁNEA. SIETE AÑOS DE EXPERIENCIA EN HOSPITAL PEDIÁTRICO	9	14	13:15 a 14:15	Aula 1	RPD
RAMOS M.	RESISTENCIA INSULÍNICA Y SU ASOCIACIÓN CON ÍNDICES GINGIVOPERIODONTALES	22	14	11:30 a 13:00	Salón Petit Doree	TLS
RAMOS R.	MANOMETRÍA DE ALTA RESOLUCIÓN EN PEDIATRÍA. A PROPÓSITO DE UN CASO.	137	14	18:45 a 20:15	Salón Pigalle	PO
RAPETTI M.	EVALUACIÓN DE LA SENSIBILIDAD (SE) Y ESPECIFICIDAD (ES) DE LAS VARIABLES DE CORRELACIÓN SINTOMÁTICA (VCS) EN PACIENTES CON ENFERMEDAD POR REFLUJO GASTROESOFÁGICO ACIDO (ERGEA) Y ENFERMEDAD RESPIRATORIA EN EDAD PEDIÁTRICA.	16	14	13:15 a 14:15	Aula 1	RPD
RASPINI M.	ADHERENCIA A LARGO PLAZO EN UNA INTERVENCIÓN GRUPAL DE PACIENTES CON SOBREPESO Y OBESIDAD	130	14	8:30 a 10:00	Salón Petit Doree	TLS
REYES N.	TRASPLANTE HEPÁTICO EN LA INSUFICIENCIA HEPÁTICA AGUDA: RESULTADOS DE LOS PRIMEROS 7 AÑOS EN LA PROVINCIA DE SANTA FE.	13	14	11:20 a 12:20	Salón Monet	TLS

PO: Presentación oral
TLS: Trabajo libre seleccionado
RPD: Recorrida póster digital



Sociedad Argentina de Pediatría

Dirección de Congresos y Eventos

Comités Nacionales de Gastroenterología, Hepatología y Nutrición Pediátricas

Autores (c/inicial)	Título	N°	Día	Hora	Ubicación	Modalidad
REYNOSO LOPEZ V.	ALTERACIÓN DE LA DINÁMICA BILIAR EN TRASPLANTADOS HEPÁTICOS PEDIÁTRICOS EN UN CENTRO DE TRASPLANTE. ¿UNA CAUSA DE COLESTASIS CRÓNICA?	131	14	14:30 a 16:30	Salón Pigalle	TLS
REYNOSO R.	¿LA UTILIZACIÓN DE LOS ANTICUERPOS ANTITRANSGLUTAMINASA TISULAR IGA Y LOS DIRIGIDOS A PÉPTIDOS DE GLIADINA DEAMIDADOS IGG ES LA MEJOR COMBINACIÓN PARA PREDECIR ENFERMEDAD CELIACA? (EC)	48	14	9:00 a 11:00	Salón Pigalle	TLS
REYNOSO R.	ANTICUERPOS ANTI TRANSGLUTAMINASA IGA (TTGA) Y ANTI ENDOMISIO IGA (EMA) COMO PREDICTORES DE ENFERMEDAD CELÍACA.	66	14	14:30 a 16:30	Salón Pigalle	TLS
REYNOSO R.	MOTILIDAD RECTOANAL Y RESPUESTA AL TRATAMIENTO CON BIOFEEDBACK EN PACIENTES CON MALFORMACIONES ANORRECTALES	140	14	16:45 a 17:45	Salón Renoir	TLS
REYNOSO R.	VARIABLES MANOMÉTRICAS Y RESPUESTA AL TRATAMIENTO CON BIOFEEDBACK EN PACIENTES CON MIELOMENINGOCELE	133	14	18:45 a 20:15	Salón Pigalle	PO
REYNOSO V.	TRASPLANTE HEPÁTICO EN NIÑOS CON UN PESO MENOR A 8 KG EN UN CENTRO DE LATINOAMERICA	43	14	9:00 a 11:00	Salón Pigalle	TLS
REYNOSO V.	UTILIZACIÓN DE BETABLOQUEANTES EN HEMANGIOMAS HEPÁTICOS	132	14	13:15 a 14:15	Aula 1	RPD
RIBOLA L.	IMPACTO DEL ESTADO NUTRICIONAL MATERNO, ANTES Y DURANTE EL EMBARAZO, SOBRE LA COMPOSICIÓN CORPORAL NEONATAL. ESTUDIO DE CORRELACIÓN EN UNA MATERNIDAD PÚBLICA DE ARGENTINA.	105	14	14:30 a 16:00	Salón Doree	TLS
RICHARD L.	TRASPLANTE HEPÁTICO PARA HEPATOBLASTOMA DE ALTO RIESGO	5	14	13:15 a 14:15	Aula 1	RPD
ROCCA A.	ASOCIACIÓN ENTRE ENFERMEDAD CELIACA Y ENFERMEDAD DE CROHN EN PEDIATRÍA	77	14	9:00 a 11:00	Salón Pigalle	TLS
ROCCA A.	CÁPSULA ENDOSCÓPICA: RÉDITO DIAGNÓSTICO EN UNA POBLACIÓN PEDIÁTRICA.	134	14	9:00 a 11:00	Salón Pigalle	TLS
ROCCA A.	ENFERMEDAD DE CROHN (EC) EN PACIENTES MENORES Y MAYORES DE 5 AÑOS, ¿HAY DIFERENCIAS?	96	14	9:00 a 11:00	Salón Pigalle	TLS
ROCCA A.	ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL (EII) EN PACIENTE CON INMUNODEFICIENCIA PRIMARIA (IDP)	82	14	18:45 a 20:15	Salón Pigalle	PO
ROCCA A.	EVOLUCION A LARGO PLAZO DEL POUCH ILEOANAL EN PACIENTES CON ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL (EII)	123	14	9:00 a 11:00	Salón Pigalle	TLS
ROCCA A.	LIGADURA ENDOSCÓPICA VARICEAL: EXPERIENCIA DE 10 AÑOS EN UN HOSPITAL PEDIATRICO DE ALTA COMPLEJIDAD	122	14	16:45 a 17:45	Salón Monet	TLS
ROCCA A.	MANOMETRÍA DE ALTA RESOLUCIÓN EN PEDIATRÍA. A PROPÓSITO DE UN CASO.	137	14	18:45 a 20:15	Salón Pigalle	PO
ROCCA A.	SÍNDROME DE POLIPOSIS EN PEDIATRÍA: EXPERIENCIA DE 21 AÑOS	136	14	16:45 a 17:45	Salón Renoir	TLS
ROCCA A.	USO DE TERAPIA BIOLÓGICA EN PACIENTES PEDIÁTRICOS CON ENFERMEDAD DE CROHN MODERADA A SEVERA.	78	14	9:00 a 11:00	Salón Pigalle	TLS
RODRIGUEZ G.	¿SON LOS EVENTOS DE ESTRÉS NEONATAL (EEN) FACTORES DE RIESGO PARA EL DESARROLLO DE TRASTORNOS FUNCIONALES DIGESTIVOS (TFD) EN NIÑOS?	18	14	18:45 a 20:15	Salón Pigalle	PO
RODRIGUEZ G.	EVALUACIÓN DE ALFA 1 ANTITRIPSINA EN MATERIA FECAL EN NEONATOS SANOS.	17	14	9:00 a 11:00	Salón Pigalle	TLS
RODRIGUEZ P.	RESISTENCIA A LA INSULINA EN PACIENTES OBESOS PEDIÁTRICOS Y SU ASOCIACIÓN CON DIFERENTES CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS Y METABÓLICAS	80	14	14:00 a 15:30	Salón Petit Doree	RPD
RODRIGUEZ P.	RESISTENCIA INSULÍNICA Y SU ASOCIACIÓN CON ÍNDICES GINGIVOPERIODONTALES	22	14	11:30 a 13:00	Salón Petit Doree	TLS

**5° CONGRESO ARGENTINO DE GASTROENTEROLOGÍA,
HEPATOLOGÍA Y NUTRICIÓN PEDIÁTRICAS**

Ciudad de Buenos Aires, 13 al 16 de Agosto de 2014



Autores (c/inicial)	Título	N°	Día	Hora	Ubicación	Modalidad
RODRIGUEZ VULYCHER F.	PREVALENCIA DE INFECCIÓN POR HELICOBACTER PYLORI EN NIÑOS Y ADOLESCENTES SOMETIDOS A ENDOSCOPIA DIGESTIVA.	72	14	18:45 a 20:15	Salón Pigalle	PO
RODRIGUEZ VULYCHER F.	TRATAMIENTO CON LAMIVUDINE DE LA HEPATITIS AGUDA POR VIRUS B EN UN NIÑO DE 2 AÑOS: RESOLUCIÓN DE LA INFECCIÓN EN UN BREVE PLAZO.	15	14	13:15 a 14:15	Aula 1	RPD
ROJAS MOLINA C.	LINFANGIECTASIA INTESTINAL PRIMARIA: REPORTE DE UN CASO.	89	14	13:15 a 14:15	Aula 1	RPD
ROLDÁN O.	OBSTRUCCIÓN DE INTESTINO DELGADO COMO CAUSA DE FALLO DE CRECIMIENTO Y DESNUTRICIÓN CRÓNICA.	21	14	13:15 a 14:15	Aula 1	RPD
ROLDÁN O.	TUMOR RECTAL DE ORIGEN MESENQUIMATOSO EN PEDIATRÍA. PRESENTACIÓN DE UN CASO.	139	14	18:45 a 20:15	Salón Pigalle	PO
ROMANO L.	RESISTENCIA A LA INSULINA EN PACIENTES OBESOS PEDIÁTRICOS Y SU ASOCIACIÓN CON DIFERENTES CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS Y METABÓLICAS	80	14	14:00 a 15:30	Salón Petit Doree	RPD
ROMANO L.	RESISTENCIA INSULÍNICA Y SU ASOCIACIÓN CON ÍNDICES GINGIVOPERIODONTALES	22	14	11:30 a 13:00	Salón Petit Doree	TLS
RONAYNE DE FERRER P.	ADECUACIÓN DE ALIMENTOS COMPLEMENTARIOS EN RELACIÓN CON SU DENSIDAD ENERGÉTICA Y SU VISCOSIDAD APARENTE.	32	14	14:00 a 15:30	Salón Doree	RPD
RONAYNE P.	BIODISPONIBILIDAD Y APORTE POTENCIAL DE MINERALES EN GALLETTAS DESTINADAS A ESCOLARES ELABORADAS CON HARINA DE TRIGO, HARINA DE ALGARROBA (PROSOPIS ALBA) Y AVENA. PARCIALMENTE FINANCIADO POR UBACYT 20020100100166	28	14	18:00 a 19:15	Salón Doree	PO
ROUSSOS A.	DEFICIENCIA DE MICRONUTRIENTES: A PROPOSITO DE UN CASO	39	14	14:00 a 15:30	Salón Doree	RPD
ROUSSOS A.	ESTEATOHEPATITS NO ALCOHOLICA EN NIÑOS	54	14	16:45 a 17:45	Salón Monet	TLS
ROVIROSA A.	APORTE DEL PROGRAMA DE COMEDORES ESCOLARES A LA INGESTA DE NUTRIENTES DE NIÑOS DE 5°GRADO DE ESCUELAS PÚBLICAS DE LA PROVINCIA DE CORRIENTES	7	14	8:30 a 10:00	Salón Petit Doree	TLS
ROVIROSA A.	CONTENIDO DE AZÚCARES DE ALIMENTOS DISPONIBLES EN KIOSCOS	121	14	14:00 a 15:30	Salón Petit Doree	RPD
ROVIROSA A.	EVALUACIÓN ANTROPOMÉTRICA EN LA POBLACIÓN DE ESCOLARES DE CORRIENTES	55	14	14:00 a 15:30	Salón Doree	RPD
ROVIROSA A.	EVALUACIÓN DE LA ACTIVIDAD FÍSICA EN LA POBLACIÓN DE ESCOLARES DE CORRIENTES	128	14	14:00 a 15:30	Salón Petit Doree	RPD
ROVIROSA A.	EVALUACIÓN DE LA ACTIVIDAD FÍSICA EN RECREOS MEDIANTE SISTEMA DE OBSERVACIÓN DEL JUEGO Y OCIO EN ESCOLARES (SÓPLAY) DE CORRIENTES	35	14	18:00 a 19:15	Salón Doree	PO
ROVIROSA A.	HÁBITOS DE ALIMENTACIÓN EN ESCOLARES DE CORRIENTES	46	14	14:00 a 15:30	Salón Doree	RPD
ROVIROSA A.	HIDRATAR I: PERFIL DE INGESTA DE BEBIDAS NO ALCOHÓLICAS DE LA POBLACIÓN ARGENTINA	37	14	14:00 a 15:30	Salón Doree	RPD
ROVIROSA A.	HIDRATAR II: PATRÓN DE INGESTA DE BEBIDAS NO ALCOHÓLICAS DE LA POBLACIÓN INFANTIL ARGENTINA	127	14	18:00 a 19:15	Salón Doree	PO
ROVIROSA A.	PATRONES DE INGESTA DE LÁCTEOS DE LA POBLACIÓN ARGENTINA	30	14	17:15 a 18:45	Salón Doree	TLS
ROVIROSA A.	UNA MIRADA AL KIOSCO DE LAS ESCUELAS DE CORRIENTES	45	14	14:00 a 15:30	Salón Doree	RPD
RUBIO M.	TRATAMIENTO DE STATUS EPILÉPTICO REFRACTARIO CON DIETA CETOGENICA. PRESENTACIÓN DE UN CASO	142	15	14:00 a 15:30	Salón Doree	RPD
RUGGIERI M.	CONOCIMIENTOS DEL PEDIATRA CLÍNICO SOBRE ALERGIA A LAS PROTEÍNAS DE LA LECHE DE VACA.	76	14	18:45 a 20:15	Salón Pigalle	PO
RUIZ M.	TRASPLANTE HEPÁTICO EN LA INSUFICIENCIA HEPÁTICA AGUDA: RESULTADOS DE LOS PRIMEROS 7 AÑOS EN LA PROVINCIA DE SANTA FE.	13	14	11:20 a 12:20	Salón Monet	TLS

PO: Presentación oral
TLS: Trabajo libre seleccionado
RPD: Recorrida póster digital



Sociedad Argentina de Pediatría

Dirección de Congresos y Eventos

Comités Nacionales de Gastroenterología, Hepatología y Nutrición Pediátricas

Autores (c/inicial)	Título	N°	Día	Hora	Ubicación	Modalidad
S						
SABLIMBENI A.	HIDATIDOSIS HEPÁTICA, 36 CIRUGÍAS PREVENIBLES.	24	14	14:30 a 16:30	Salón Pigalle	TLS
SALAS E.	VARIABLES MANOMÉTRICAS Y RESPUESTA AL TRATAMIENTO CON BIOFEEDBACK EN PACIENTES CON MIELOMENINGOCELE	133	14	18:45 a 20:15	Salón Pigalle	PO
SALERNO M.	CONSUMO DE FIBRA EN PACIENTES DIABÉTICOS TIPO 1 CON TRATAMIENTO INTENSIFICADO ATENDIDOS EN UN HOSPITAL PÚBLICO	49	14	14:00 a 15:30	Salón Petit Doree	RPD
SALERNO M.	EXPERIENCIA EN EL TRATAMIENTO CON BIOPTERINAS (BH4) EN PACIENTES FENILCETONURICOS (PKU).	63	14	14:00 a 15:30	Salón Petit Doree	RPD
SALOMON A.	ACALASIA COMO FORMA DE PRESENTACIÓN DE MIOPATÍA VISCERAL	118	14	13:15 a 14:15	Aula 1	RPD
SALOMON A.	MANEJO CONSERVADOR DE LA FÍSTULA BILIAR POST TRAUMÁTICA	119	14	18:45 a 20:15	Salón Pigalle	PO
SALOMON A.	OCLUSIÓN INTESTINAL POR CLOSTRIDIUM DIFICILE	126	14	13:15 a 14:15	Aula 1	RPD
SALOMON A.	RESULTADOS DEL TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DEL REFLUJO GASTROESOFÁGICO EN PACIENTES CON ATRESIA ESOFÁGICA.	120	14	13:15 a 14:15	Aula 1	RPD
SAMBUSETI E.	SÍNDROME DE POLIPOSIS EN PEDIATRÍA: EXPERIENCIA DE 21 AÑOS	136	14	16:45 a 17:45	Salón Renoir	TLS
SANCHEZ C.	ASOCIACIÓN ENTRE ENFERMEDAD CELIACA Y ENFERMEDAD DE CROHN EN PEDIATRÍA	77	14	9:00 a 11:00	Salón Pigalle	TLS
SÁNCHEZ C.	ENFERMEDAD DE CROHN (EC) EN PACIENTES MENORES Y MAYORES DE 5 AÑOS, ¿HAY DIFERENCIAS?	96	14	9:00 a 11:00	Salón Pigalle	TLS
SANCHEZ C.	UTILIZACIÓN DE BETABLOQUEANTES EN HEMANGIOMAS HEPÁTICOS	132	14	13:15 a 14:15	Aula 1	RPD
SANCHEZ CLARIA R.	CIRUGIA DE ELONGACION INTESTINAL EN NIÑOS CON SÍNDROME DE INTESTINO CORTO	129	14	9:00 a 11:00	Salón Pigalle	TLS
SANCHEZ CLARIA R.	INSUFICIENCIA INTESTINAL EN PEDIATRÍA: ¿ES POSIBLE REHABILITAR PACIENTES CON INDICACIÓN DE TRASPLANTE DE INTESTINO?	104	14	9:00 a 11:00	Salón Pigalle	TLS
SANCHEZ M.	OBESIDAD EN PACIENTES ADOLESCENTES TRASPLANTADOS HEPÁTICOS	81	14	18:45 a 20:15	Salón Pigalle	PO
SANCHEZ M.	TRASPLANTE HEPÁTICO EN NIÑOS CON UN PESO MENOR A 8 KG EN UN CENTRO DE LATINOAMERICA	43	14	9:00 a 11:00	Salón Pigalle	TLS
SARTORI L.	UTILIDAD DEL HLA DQ COMO HERRAMIENTA EN EL DIAGNÓSTICO DE LA ENFERMEDAD CELIACA	90	14	14:30 a 16:30	Salón Pigalle	TLS
SASSON L.	ASOCIACIÓN ENTRE ENFERMEDAD CELIACA Y ENFERMEDAD DE CROHN EN PEDIATRÍA	77	14	9:00 a 11:00	Salón Pigalle	TLS
SASSON L.	CÁPSULA ENDOSCÓPICA: RÉDITO DIAGNÓSTICO EN UNA POBLACIÓN PEDIÁTRICA.	134	14	9:00 a 11:00	Salón Pigalle	TLS
SASSON L.	DILATACIÓN ENDOSCÓPICA CON BALÓN EN EL TRATAMIENTO DEL SÍNDROME PILÓRICO EN NIÑOS: REPORTE DE 5 CASOS.	85	14	18:45 a 20:15	Salón Pigalle	PO
SASSÓN L.	ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL (EII) EN PACIENTE CON INMUNODEFICIENCIA PRIMARIA (IDP)	82	14	18:45 a 20:15	Salón Pigalle	PO
SASSON L.	EVOLUCION A LARGO PLAZO DEL POUCH ILEOANAL EN PACIENTES CON ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL (EII)	123	14	9:00 a 11:00	Salón Pigalle	TLS
SASSON L.	LIGADURA ENDOSCOPICA VARICEAL: EXPERIENCIA DE 10 AÑOS EN UN HOSPITAL PEDIATRICO DE ALTA COMPLEJIDAD	122	14	16:45 a 17:45	Salón Monet	TLS
SASSON L.	MANOMETRÍA DE ALTA RESOLUCIÓN EN PEDIATRÍA. A PROPÓSITO DE UN CASO.	137	14	18:45 a 20:15	Salón Pigalle	PO
SASSON L.	SÍNDROME DE POLIPOSIS EN PEDIATRÍA: EXPERIENCIA DE 21 AÑOS	136	14	16:45 a 17:45	Salón Renoir	TLS
SASSON L.	USO DE TERAPIA BIOLÓGICA EN PACIENTES PEDIÁTRICOS CON ENFERMEDAD DE CROHN MODERADA A SEVERA.	78	14	9:00 a 11:00	Salón Pigalle	TLS

**5° CONGRESO ARGENTINO DE GASTROENTEROLOGÍA,
HEPATOLOGÍA Y NUTRICIÓN PEDIÁTRICAS**

Ciudad de Buenos Aires, 13 al 16 de Agosto de 2014



Por un niño sano,
en un ambiente sano

Autores (c/inicial)	Título	N°	Día	Hora	Ubicación	Modalidad
SAURE C.	GASTO ENERGÉTICO, COMPOSICIÓN CORPORAL, TRASTORNOS METABÓLICOS E INGESTA ENERGÉTICA EN PACIENTES CON ANTECEDENTES DE CRANEOFARINGIOMA	70	14	18:00 a 19:15	Salón Doree	PO
SAURE C.	IMPACTO DEL ESTADO NUTRICIONAL MATERNO, ANTES Y DURANTE EL EMBARAZO, SOBRE LA COMPOSICIÓN CORPORAL NEONATAL. ESTUDIO DE CORRELACIÓN EN UNA MATERNIDAD PÚBLICA DE ARGENTINA.	105	14	14:30 a 16:00	Salón Doree	TLS
SBARBATI G.	¿OBESIDAD E HÍGADO GRASO EN ADOLESCENTES: UNA RELACIÓN DIRECTA?	56	14	14:00 a 15:30	Salón Petit Doree	RPD
SCARAFONI S.	GASTROSTOMÍA ENDOSCÓPICA PERCUTÁNEA. SIETE AÑOS DE EXPERIENCIA EN HOSPITAL PEDIÁTRICO	9	14	13:15 a 14:15	Aula 1	RPD
SCHECHTMAN M.	TRASTORNOS GASTROINTESTINALES Y CONDUCTAS ALIMENTARIAS EN NIÑOS CON AUTISMO	1	15	11:20 a 12:20	Salón Renoir	TLS
SEIJO R.	TRASTORNOS GASTROINTESTINALES Y CONDUCTAS ALIMENTARIAS EN NIÑOS CON AUTISMO	1	15	11:20 a 12:20	Salón Renoir	TLS
SHINNAR S.	TRASTORNOS GASTROINTESTINALES Y CONDUCTAS ALIMENTARIAS EN NIÑOS CON AUTISMO	1	15	11:20 a 12:20	Salón Renoir	TLS
SHULMAN L.	TRASTORNOS GASTROINTESTINALES Y CONDUCTAS ALIMENTARIAS EN NIÑOS CON AUTISMO	1	15	11:20 a 12:20	Salón Renoir	TLS
SILVA M.	BIOPSIAS DE CONTROL EN TRASPLANTE HEPÁTICO PEDIÁTRICO	23	14	11:20 a 12:20	Salón Monet	TLS
SILVA M.	MANEJO DE INFECCIÓN POR CITOMEGALOVIRUS EN TRASPLANTE HEPÁTICO PEDIÁTRICO	4	14	14:30 a 16:30	Salón Pigalle	TLS
SILVA M.	TOLERANCIA OPERACIONAL EN TRASPLANTE HEPÁTICO PEDIÁTRICO	42	14	13:15 a 14:15	Aula 1	RPD
SILVA M.	TRASPLANTE HEPÁTICO PARA HEPATOBLASTOMA DE ALTO RIESGO	5	14	13:15 a 14:15	Aula 1	RPD
SILVESTRI G.	ENCUESTA NACIONAL A GASTROENTERÓLOGOS PEDIATRAS, SOBRE DISPONIBILIDAD DE MÉTODOS DIAGNÓSTICOS PARA ENFERMEDAD CELÍACA (EC).	107	14	14:30 a 16:30	Salón Pigalle	TLS
SILVESTRI G.	MOTILIDAD RECTOANAL Y RESPUESTA AL TRATAMIENTO CON BIOFEEDBACK EN PACIENTES CON MALFORMACIONES ANORRECTALES	140	14	16:45 a 17:45	Salón Renoir	TLS
SILVIO T.	INCIDENCIA DE MALNUTRICIÓN Y APLICACIÓN DE UN SCORE DE RIESGO NUTRICIONAL EN UNA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS PEDIÁTRICOS.	102	14	10:00 a 11:30	Auditorio	TLS
SOLAEGUI M.	ESTEATOHEPATITIS NO ALCOHOLICA EN NIÑOS	54	14	16:45 a 17:45	Salón Monet	TLS
SOLAEGUI M.	SINDROME DE ALAGILLE	59	14	11:20 a 12:20	Salón Monet	TLS
SOLERNOU V.	ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL (EII) EN PACIENTE CON INMUNODEFICIENCIA PRIMARIA (IDP)	82	14	18:45 a 20:15	Salón Pigalle	PO
SOLÍS NEFFA R.	ENFERMEDAD HEPATOBILIAR EN PACIENTES CON FIBROSIS QUÍSTICA (FQ)	19	14	18:45 a 20:15	Salón Pigalle	PO
SOLÍS R.	COMPLICACIONES DE LA CIRROSIS EN NIÑOS CON FIBROSIS QUÍSTICA	26	14	18:45 a 20:15	Salón Pigalle	PO
SOSA P.	¿LA UTILIZACIÓN DE LOS ANTICUERPOS ANTITRANSGLUTAMINASA TISULAR IGA Y LOS DIRIGIDOS A PÉPTIDOS DE GLIADINA DEAMIDADOS IGG ES LA MEJOR COMBINACIÓN PARA PREDECIR ENFERMEDAD CELIACA? (EC)	48	14	9:00 a 11:00	Salón Pigalle	TLS
SOSA P.	ALERGIA A LAS PROTEÍNAS DE LECHE DE VACA (APLV) EN NIÑOS CON ALIMENTACIÓN MATERNA VERSUS FÓRMULA LÁCTEA. EVOLUCIÓN CLÍNICA Y TERAPÉUTICA.	109	14	18:45 a 20:15	Salón Pigalle	PO

PO: Presentación oral
TLS: Trabajo libre seleccionado
RPD: Recorrida póster digital



Sociedad Argentina de Pediatría

Dirección de Congresos y Eventos

Comités Nacionales de Gastroenterología, Hepatología y Nutrición Pediátricas

Autores (c/inicial)	Título	N°	Día	Hora	Ubicación	Modalidad
SOSA P.	ALERGIA A PROTEINAS DE LECHE DE VACA (APLV) EN NIÑOS ALIMENTADOS A PECHO EXCLUSIVO. REINTRODUCCION DE LA PROTEINA LECHE DE VACA (PLV).	99	14	13:15 a 14:15	Aula 1	RPD
SOSA P.	ANTICUERPOS ANTI TRANSGLUTAMINASA IGA (TTGA) Y ANTI ENDOMISIO IGA (EMA) COMO PREDICTORES DE ENFERMEDAD CELÍACA.	66	14	14:30 a 16:30	Salón Pigalle	TLS
SOSA P.	NUTRICIÓN ENTERAL AMBULATORIA (NEA) EN PACIENTES PEDIÁTRICOS CON CARDIOPATÍAS EN AUTO CUIDADO DOMICILIARIO	144	15	14:00 a 15:30	Salón Doree	RPD
SPÉCOLA N.	EXPERIENCIA EN EL TRATAMIENTO CON BIOPTERINAS (BH4) EN PACIENTES FENILCETONURICOS (PKU).	63	14	14:00 a 15:30	Salón Petit Doree	RPD
SPRANG M.	CARACTERISTICAS CLINICAS Y EPIDEMIOLÓGICAS DE UNA POBLACIÓN CELIACA PEDIATRICA	64	14	18:45 a 20:15	Salón Pigalle	PO

T

TABACCO O.	ADENOCARCINOMA DE COLON EN UNA NIÑA DE 5 AÑOS DE EDAD	20	14	13:15 a 14:15	Aula 1	RPD
TABACCO O.	CONOCIMIENTOS DEL PEDIATRA CLÍNICO SOBRE ALERGIA A LAS PROTEÍNAS DE LA LECHE DE VACA.	76	14	18:45 a 20:15	Salón Pigalle	PO
TABACCO O.	INCIDENCIA DE HEMORRAGIA DIGESTIVA EN PACIENTES CRÍTICAMENTE ENFERMOS BAJO PROFILAXIS CON OMEPRAZOL.	74	14	13:15 a 14:15	Aula 1	RPD
TABACCO O.	PREVALENCIA DE INFECCIÓN POR HELICOBACTER PYLORI EN NIÑOS Y ADOLESCENTES SOMETIDOS A ENDOSCOPIA DIGESTIVA.	72	14	18:45 a 20:15	Salón Pigalle	PO
TAPIA V.	CONSUMO DE FIBRA EN PACIENTES DIABETICOS TIPO 1 CON TRATAMIENTO INTENSIFICADO ATENDIDOS EN UN HOSPITAL PÚBLICO	49	14	14:00 a 15:30	Salón Petit Doree	RPD
TARIFA C.	MOTILIDAD RECTOANAL Y RESPUESTA AL TRATAMIENTO CON BIOFEEDBACK EN PACIENTES CON MALFORMACIONES ANORRECTALES	140	14	16:45 a 17:45	Salón Renoir	TLS
TARIFA C.	VARIABLES MANOMÉTRICAS Y RESPUESTA AL TRATAMIENTO CON BIOFEEDBACK EN PACIENTES CON MIELOMENINGOCELE	133	14	18:45 a 20:15	Salón Pigalle	PO
TENNINA C.	EVALUACIÓN DE LA SENSIBILIDAD (SE) Y ESPECIFICIDAD (ES) DE LAS VARIABLES DE CORRELACIÓN SINTOMÁTICA (VCS) EN PACIENTES CON ENFERMEDAD POR REFLUJO GASTROESOFÁGICO ACIDO (ERGEA) Y ENFERMEDAD RESPIRATORIA EN EDAD PEDIÁTRICA.	16	14	13:15 a 14:15	Aula 1	RPD
TENNINA C.	EVALUACIÓN DEL CRECIMIENTO PONDOESTRUTURAL EN PACIENTES CON PROCTORRAGIA COMO FORMA DE PRESENTACIÓN DE LA ALERGIA A PROTEÍNA DE LECHE DE VACA. COMPARACIÓN ENTRE FÓRMULAS DE AMINOÁCIDOS E HIDROLIZADO EXTENSO DE PROTEÍNAS.	103	14	9:00 a 11:00	Salón Pigalle	TLS
TILLI M.	EVALUACIÓN DE LA SENSIBILIDAD (SE) Y ESPECIFICIDAD (ES) DE LAS VARIABLES DE CORRELACIÓN SINTOMÁTICA (VCS) EN PACIENTES CON ENFERMEDAD POR REFLUJO GASTROESOFÁGICO ACIDO (ERGEA) Y ENFERMEDAD RESPIRATORIA EN EDAD PEDIÁTRICA.	16	14	13:15 a 14:15	Aula 1	RPD
TILLI M.	EVALUACIÓN DEL CRECIMIENTO PONDOESTRUTURAL EN PACIENTES CON PROCTORRAGIA COMO FORMA DE PRESENTACIÓN DE LA ALERGIA A PROTEÍNA DE LECHE DE VACA. COMPARACIÓN ENTRE FÓRMULAS DE AMINOÁCIDOS E HIDROLIZADO EXTENSO DE PROTEÍNAS.	103	14	9:00 a 11:00	Salón Pigalle	TLS
TOAPANTA D.	ULCERA GÁSTRICA POR HELICOBACTER PYLORI EN LACTANTE MENOR DE 2 MESES, REPORTE DE UN CASO CLINICO	141	15	13:15 a 14:15	Aula 1	RPD

**5° CONGRESO ARGENTINO DE GASTROENTEROLOGÍA,
HEPATOLOGÍA Y NUTRICIÓN PEDIÁTRICAS**

Ciudad de Buenos Aires, 13 al 16 de Agosto de 2014



Autores (c/inicial)	Título	N°	Día	Hora	Ubicación	Modalidad
TOCA C.	MOTILIDAD RECTOANAL Y RESPUESTA AL TRATAMIENTO CON BIOFEEDBACK EN PACIENTES CON MALFORMACIONES ANORRECTALES	140	14	16:45 a 17:45	Salón Renoir	TLS
TOCA C.	VARIABLES MANOMÉTRICAS Y RESPUESTA AL TRATAMIENTO CON BIOFEEDBACK EN PACIENTES CON MIELOMENINGOCELE	133	14	18:45 a 20:15	Salón Pigalle	PO
TOCA M.	¿LA UTILIZACIÓN DE LOS ANTICUERPOS ANTITRANSGLUTAMINASA TISULAR IGA Y LOS DIRIGIDOS A PÉPTIDOS DE GLIADINA DEAMIDADOS IGG ES LA MEJOR COMBINACIÓN PARA PREDECIR ENFERMEDAD CELÍACA? (EC)	48	14	9:00 a 11:00	Salón Pigalle	TLS
TOCA M.	ALERGIA A LAS PROTEÍNAS DE LECHE DE VACA (APLV) EN NIÑOS CON ALIMENTACIÓN MATERNA VERSUS FÓRMULA LÁCTEA. EVOLUCIÓN CLÍNICA Y TERAPÉUTICA.	109	14	18:45 a 20:15	Salón Pigalle	PO
TOCA M.	ALERGIA A PROTEÍNAS DE LECHE DE VACA (APLV) EN NIÑOS ALIMENTADOS A PECHO EXCLUSIVO. REINTRODUCCION DE LA PROTEINA LECHE DE VACA (PLV).	99	14	13:15 a 14:15	Aula 1	RPD
TOCA M.	ANTICUERPOS ANTI TRANSGLUTAMINASA IGA (TTGA) Y ANTI ENDOMISIO IGA (EMA) COMO PREDICTORES DE ENFERMEDAD CELÍACA.	66	14	14:30 a 16:30	Salón Pigalle	TLS
TOCA M.	ASOCIACIÓN DE COLITIS ULCEROSA Y DÉFICIT DE IGA	65	14	13:15 a 14:15	Aula 1	RPD
TOCA M.	ENCUESTA NACIONAL A GASTROENTERÓLOGOS PEDIATRAS, SOBRE DISPONIBILIDAD DE MÉTODOS DIAGNÓSTICOS PARA ENFERMEDAD CELÍACA (EC).	107	14	14:30 a 16:30	Salón Pigalle	TLS
TOMSIG R.	IMPACTO DEL ESTADO NUTRICIONAL MATERNO, ANTES Y DURANTE EL EMBARAZO, SOBRE LA COMPOSICIÓN CORPORAL NEONATAL. ESTUDIO DE CORRELACIÓN EN UNA MATERNIDAD PÚBLICA DE ARGENTINA.	105	14	14:30 a 16:00	Salón Doree	TLS
TONIETTI M.	COMPLICACIONES ASOCIADAS A LA DUODENOPANCREATECTOMIA CEFÁLICA: EVOLUCIÓN Y SEGUIMIENTO DE TRES CASOS	40	14	13:15 a 14:15	Aula 1	RPD
TONIETTI M.	DEFICIENCIA DE MICRONUTRIENTES: A PROPÓSITO DE UN CASO	39	14	14:00 a 15:30	Salón Doree	RPD
TORRES S.	SINDROME DE ALAGILLE	59	14	11:20 a 12:20	Salón Monet	TLS
TRIFILIO C.	APORTE DEL PROGRAMA DE COMEDORES ESCOLARES A LA INGESTA DE NUTRIENTES DE NIÑOS DE 5ºGRADO DE ESCUELAS PÚBLICAS DE LA PROVINCIA DE CORRIENTES	7	14	8:30 a 10:00	Salón Petit Doree	TLS
TRIFILIO C.	EVALUACIÓN ANTROPOMÉTRICA EN LA POBLACIÓN DE ESCOLARES DE CORRIENTES	55	14	14:00 a 15:30	Salón Doree	RPD
TRIFILIO C.	EVALUACIÓN DE LA ACTIVIDAD FÍSICA EN RECREOS MEDIANTE SISTEMA DE OBSERVACIÓN DEL JUEGO Y OCIO EN ESCOLARES (SOPLAY) DE CORRIENTES	35	14	18:00 a 19:15	Salón Doree	PO
TRIFILIO C.	HÁBITOS DE ALIMENTACIÓN EN ESCOLARES DE CORRIENTES	46	14	14:00 a 15:30	Salón Doree	RPD
TRIFILIO C.	UNA MIRADA AL KIOSCO DE LAS ESCUELAS DE CORRIENTES	45	14	14:00 a 15:30	Salón Doree	RPD
TRIFILIO C.	EVALUACIÓN DE LA ACTIVIDAD FÍSICA EN LA POBLACIÓN DE ESCOLARES DE CORRIENTES	128	14	14:00 a 15:30	Salón Petit Doree	RPD
TRIFONE L.	COMPLICACIONES ASOCIADAS A LA DUODENOPANCREATECTOMIA CEFÁLICA: EVOLUCIÓN Y SEGUIMIENTO DE TRES CASOS	40	14	13:15 a 14:15	Aula 1	RPD
TRIFONE L.	DEFICIENCIA DE MICRONUTRIENTES: A PROPÓSITO DE UN CASO	39	14	14:00 a 15:30	Salón Doree	RPD
TRIFONE L.	ESTEATOHEPATIS NO ALCOHOLICA EN NIÑOS	54	14	16:45 a 17:45	Salón Monet	TLS
TROTTA L.	EVALUACIÓN DE DISTINTOS PUNTOS DE CORTE DE ANTICUERPOS ANTITRANSGLUTAMINASA (ATGH) PARA EL DIAGNÓSTICO DE ENFERMEDAD CELÍACA (EC) EN PEDIATRÍA	95	14	13:15 a 14:15	Aula 1	RPD

PO: Presentación oral
TLS: Trabajo libre seleccionado
RPD: Recorrida póster digital



Sociedad Argentina de Pediatría

Dirección de Congresos y Eventos

Comités Nacionales de Gastroenterología, Hepatología y Nutrición Pediátricas

Autores (c/inicial)	Título	N°	Día	Hora	Ubicación	Modalidad
TROTTA L.	PATOLOGÍA AUTOINMUNE MULTIPLE EN UN PACIENTE CON INMUNODEFICIENCIA PRIMARIA	88	14	13:15 a 14:15	Aula 1	RPD

U

UDAQUIOLA J.	OCCLUSIÓN INTESTINAL POR CLOSTRIDIUM DIFICILE	126	14	13:15 a 14:15	Aula 1	RPD
UHLIR A.	LIPODISTROFIA CONGÉNITA: CAUSA NO HABITUAL DE UNA CONSULTA FRECUENTE EN GASTROENTEROLOGÍA INFANTIL.	112	14	13:15 a 14:15	Aula 1	RPD
UICICH R.	CONTENIDO DE AZÚCARES DE ALIMENTOS DISPONIBLES EN KIOSCOS	121	14	14:00 a 15:30	Salón Petit Doree	RPD
UNGAR L.	INSUFICIENCIA INTESTINAL EN PEDIATRÍA: ¿ES POSIBLE REHABILITAR PACIENTES CON INDICACIÓN DE TRASPLANTE DE INTESTINO?	104	14	9:00 a 11:00	Salón Pigalle	TLS
URQUIZO M.	ACALASIA COMO FORMA DE PRESENTACIÓN DE MIOPATÍA VISCERAL	118	14	13:15 a 14:15	Aula 1	RPD
URQUIZO M.	MANEJO CONSERVADOR DE LA FÍSTULA BILIAR POST TRAUMÁTICA	119	14	18:45 a 20:15	Salón Pigalle	PO
URQUIZO M.	OCCLUSIÓN INTESTINAL POR CLOSTRIDIUM DIFICILE	126	14	13:15 a 14:15	Aula 1	RPD
URQUIZO M.	RESULTADOS DEL TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DEL REFLUJO GASTROESOFÁGICO EN PACIENTES CON ATRESIA ESOFÁGICA.	120	14	13:15 a 14:15	Aula 1	RPD
USSHER F.	CIRUGIA DE ELONGACIÓN INTESTINAL EN NIÑOS CON SINDROME DE INTESTINO CORTO	129	14	9:00 a 11:00	Salón Pigalle	TLS
USSHER F.	EXISTE DIFERENCIA EN LA LÍNEA BASAL DE IMPEDANCIOMETRÍA INTRALUMINAL MULTICANAL Y EL TIEMPO DE EXPOSICIÓN AL ÁCIDO EN NIÑOS CON ESOFAGITIS EOSINOFÍLICA VS AQUELLOS CON REFLUJO GASTROESOFÁGICO?	52	14	11:20 a 12:20	Salón Renoir	TLS
USSHER F.	INSUFICIENCIA INTESTINAL EN PEDIATRÍA: ¿ES POSIBLE REHABILITAR PACIENTES CON INDICACIÓN DE TRASPLANTE DE INTESTINO?	104	14	9:00 a 11:00	Salón Pigalle	TLS

V

VALENZUELA VERA M.	ALERGIA A LAS PROTEÍNAS DE LECHE DE VACA (APLV) EN NIÑOS CON ALIMENTACIÓN MATERNA VERSUS FÓRMULA LÁCTEA. EVOLUCIÓN CLÍNICA Y TERAPÉUTICA.	109	14	18:45 a 20:15	Salón Pigalle	PO
VALICENTI-MCDERMOTT M.	TRASTORNOS GASTROINTESTINALES Y CONDUCTAS ALIMENTARIAS EN NIÑOS CON AUTISMO	1	15	11:20 a 12:20	Salón Renoir	TLS
VARELA A.	MOTILIDAD RECTOANAL Y RESPUESTA AL TRATAMIENTO CON BIOFEEDBACK EN PACIENTES CON MALFORMACIONES ANORRECTALES	140	14	16:45 a 17:45	Salón Renoir	TLS
VARELA A.	VARIABLES MANOMÉTRICAS Y RESPUESTA AL TRATAMIENTO CON BIOFEEDBACK EN PACIENTES CON MIELOMENINGOCELE	133	14	18:45 a 20:15	Salón Pigalle	PO
VAZQUEZ C.	CONTENIDO DE AZÚCARES DE ALIMENTOS DISPONIBLES EN KIOSCOS	121	14	14:00 a 15:30	Salón Petit Doree	RPD
VECCHIARELLI C.	¿SON LOS EVENTOS DE ESTRÉS NEONATAL (EEN) FACTORES DE RIESGO PARA EL DESARROLLO DE TRASTORNOS FUNCIONALES DIGESTIVOS (TFD) EN NIÑOS?	18	14	18:45 a 20:15	Salón Pigalle	PO
VENESIA A.	DIFERENCIAS EN LOS INDICADORES BÁSICOS DE LACTANCIA MATERNA Y ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA PROPUESTOS POR LA OMS EN NIÑOS CON DIFERENTES CONDICIONES SOCIODEMOGRÁFICAS DE ROSARIO.	29	14	11:30 a 13:10	Salón Petit Doree	TLS
VICENTIN R.	HEPATITIS A CÉLULAS GIGANTES ASOCIADA A ANEMIA HEMOLÍTICA COOMBS (+) EN UN LACTANTE DE 3 MESES: TRATAMIENTO EXITOSO CON RITUXIMAB Y MEPREDNISONA.	50	14	18:45 a 20:15	Salón Pigalle	PO

**5° CONGRESO ARGENTINO DE GASTROENTEROLOGÍA,
HEPATOLOGÍA Y NUTRICIÓN PEDIÁTRICAS**

Ciudad de Buenos Aires, 13 al 16 de Agosto de 2014



Por un niño sano,
en un momento.

Autores (c/inicial)	Título	N°	Día	Hora	Ubicación	Modalidad
VICENTIN R.	PATOLOGÍA AUTOINMUNE MULTIPLE EN UN PACIENTE CON INMUNODEFICIENCIA PRIMARIA	88	14	13:15 a 14:15	Aula 1	RPD
VICENTIN R.	REGISTRO PROSPECTIVO DE ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL (EII) EN POBLACIÓN PEDIÁTRICA ARGENTINA	97	14	9:00 a 11:00	Salón Pigalle	TLS
VIDAL J.	¿LA UTILIZACIÓN DE LOS ANTICUERPOS ANTITRANSGLUTAMINASA TISULAR IGA Y LOS DIRIGIDOS A PÉPTIDOS DE GLIADINA DEAMIDADOS IGG ES LA MEJOR COMBINACIÓN PARA PREDECIR ENFERMEDAD CELIACA? (EC)	48	14	9:00 a 11:00	Salón Pigalle	TLS
VIDAL J.	ANTICUERPOS ANTI TRANSGLUTAMINASA IGA (TTGA) Y ANTI ENDOMISIO IGA (EMA) COMO PREDICTORES DE ENFERMEDAD CELÍACA.	66	14	14:30 a 16:30	Salón Pigalle	TLS
VIDAL J.	MOTILIDAD RECTOANAL Y RESPUESTA AL TRATAMIENTO CON BIOFEEDBACK EN PACIENTES CON MALFORMACIONES ANORRECTALES	140	14	16:45 a 17:45	Salón Renoir	TLS
VIDAL J.	VARIABLES MANOMÉTRICAS Y RESPUESTA AL TRATAMIENTO CON BIOFEEDBACK EN PACIENTES CON MIELOMENINGOCELE	133	14	18:45 a 20:15	Salón Pigalle	PO
VILLAFANE L.	TROMBOSIS VENOSA EN NIÑOS Y ADOLESCENTES CON ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL CRÓNICA. ¿TENEMOS PRESENTE SU POTENCIAL RIESGO?	41	14	18:45 a 20:15	Salón Pigalle	PO
VILTRE I.	VARIABLES MANOMÉTRICAS Y RESPUESTA AL TRATAMIENTO CON BIOFEEDBACK EN PACIENTES CON MIELOMENINGOCELE	133	14	18:45 a 20:15	Salón Pigalle	PO
VINUESA F.	CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS Y EPIDEMIOLÓGICAS DE UNA POBLACIÓN CELIACA PEDIATRICA	64	14	18:45 a 20:15	Salón Pigalle	PO
VIOLLAZ R.	CONSUMO DE FIBRA EN PACIENTES DIABETICOS TIPO 1 CON TRATAMIENTO INTENSIFICADO ATENDIDOS EN UN HOSPITAL PÚBLICO	49	14	14:00 a 15:30	Salón Petit Doree	RPD
VIOLLAZ R.	MICRONUTRIENTES Y FIBRA EN LA DIETA CETOGÉNICA: APORTES Y SUPLEMENTACION	75	14	11:30 a 13:00	Salón Doree	TLS

W

WAGENER M.	EVALUACIÓN DE DISTINTOS PUNTOS DE CORTE DE ANTICUERPOS ANTITRANSGLUTAMINASA (ATGH) PARA EL DIAGNÓSTICO DE ENFERMEDAD CELÍACA (EC) EN PEDIATRÍA	95	14	13:15 a 14:15	Aula 1	RPD
WAGENER M.	PATOLOGÍA AUTOINMUNE MULTIPLE EN UN PACIENTE CON INMUNODEFICIENCIA PRIMARIA	88	14	13:15 a 14:15	Aula 1	RPD
WAGENER M.	REGISTRO PROSPECTIVO DE ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL (EII) EN POBLACIÓN PEDIÁTRICA ARGENTINA	97	14	9:00 a 11:00	Salón Pigalle	TLS
WAGENER M.	RELACIÓN DE LA INGESTA PROTEICA CON EL BALANCE NITROGENADO Y EL ESTADO NUTRICIONAL EN PACIENTES PEDIÁTRICOS CON ENFERMEDAD FIBROQUÍSTICA (FQ)	101	14	14:30 a 16:00	Salón Petit Doree	TLS
WALDBAUM C.	CÁPSULA ENDOSCÓPICA: RÉDITO DIAGNÓSTICO EN UNA POBLACIÓN PEDIÁTRICA.	134	14	9:00 a 11:00	Salón Pigalle	TLS
WAYAR A.	CUERPOS EXTRAÑOS DIGESTIVOS. NUESTRA EXPERIENCIA	71	14	13:15 a 14:15	Aula 1	RPD
WEDE G.	ENFERMEDAD DE CROHN (EC) EN PACIENTES MENORES Y MAYORES DE 5 AÑOS, ¿HAY DIFERENCIAS?	96	14	9:00 a 11:00	Salón Pigalle	TLS
WEGLINSKI J.	GASTO ENERGÉTICO, COMPOSICIÓN CORPORAL Y PREVALENCIA DE TRASTORNOS METABÓLICOS EN PACIENTES CON Distrofia Muscular de Duchenne	111	14	18:00 a 19:15	Salón Doree	PO
WEGLINSKI J.	GASTO ENERGÉTICO, COMPOSICIÓN CORPORAL Y PREVALENCIA DE TRASTORNOS METABÓLICOS EN PACIENTES CON MIELOMENINGOCELE.	114	14	18:00 a 19:15	Salón Doree	PO

PO: Presentación oral
TLS: Trabajo libre seleccionado
RPD: Recorrida póster digital



Sociedad Argentina de Pediatría

Dirección de Congresos y Eventos

Comités Nacionales de Gastroenterología, Hepatología y Nutrición Pediátricas

Autores (c/inicial)	Título	N°	Día	Hora	Ubicación	Modalidad
WEINSCHELBAUM R.	INCIDENCIA DE HEMORRAGIA DIGESTIVA EN PACIENTES CRÍTICAMENTE ENFERMOS BAJO PROFILAXIS CON OMEPRAZOL.	74	14	13:15 a 14:15	Aula 1	RPD
WEYERSBERG C.	ASOCIACIÓN ENTRE ENFERMEDAD CELIACA Y ENFERMEDAD DE CROHN EN PEDIATRÍA	77	14	9:00 a 11:00	Salón Pigalle	TLS
WEYERSBERG C.	CÁPSULA ENDOSCÓPICA: RÉDITO DIAGNÓSTICO EN UNA POBLACIÓN PEDIÁTRICA.	134	14	9:00 a 11:00	Salón Pigalle	TLS
WEYERSBERG C.	DILATACIÓN ENDOSCÓPICA CON BALÓN EN EL TRATAMIENTO DEL SÍNDROME PILÓRICO EN NIÑOS: REPORTE DE 5 CASOS.	85	14	18:45 a 20:15	Salón Pigalle	PO
WEYERSBERG C.	ENFERMEDAD DE CROHN (EC) EN PACIENTES MENORES Y MAYORES DE 5 AÑOS, ¿HAY DIFERENCIAS?	96	14	9:00 a 11:00	Salón Pigalle	TLS
WEYERSBERG C.	EVOLUCION A LARGO PLAZO DEL POUCH ILEOANAL EN PACIENTES CON ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL (EII)	123	14	9:00 a 11:00	Salón Pigalle	TLS
WEYERSBERG C.	LIGADURA ENDOSCOPICA VARICEAL: EXPERIENCIA DE 10 AÑOS EN UN HOSPITAL PEDIATRICO DE ALTA COMPLEJIDAD	122	14	16:45 a 17:45	Salón Monet	TLS
WEYERSBERG C.	MANOMETRÍA DE ALTA RESOLUCIÓN EN PEDIATRÍA. A PROPÓSITO DE UN CASO.	137	14	18:45 a 20:15	Salón Pigalle	PO
WEYERSBERG C.	SÍNDROME DE POLIPOSIS EN PEDIATRÍA: EXPERIENCIA DE 21 AÑOS	136	14	16:45 a 17:45	Salón Renoir	TLS
WEYERSBERG C.	USO DE TERAPIA BIOLÓGICA EN PACIENTES PEDIÁTRICOS CON ENFERMEDAD DE CROHN MODERADA A SEVERA.	78	14	9:00 a 11:00	Salón Pigalle	TLS
WIESZTORT G.	ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL (EII) EN PACIENTE CON INMUNODEFICIENCIA PRIMARIA (IDP)	82	14	18:45 a 20:15	Salón Pigalle	PO
Y						
YAPURA C.	FRECUENCIA DE ESTEATOSIS HEPÁTICA Y CORRELACION CON CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS Y BIOQUÍMICAS EN NIÑOS Y ADOLESCENTES OBESOS ASISTIDOS EN CONSULTORIO DE ENFERMEDADES METABÓLICAS DEL HOSPITAL DE NIÑOS DE SALTA	38	14	11:30 a 13:10	Salón Doree	TLS
Z						
ZAPATA M.	APORTE DEL PROGRAMA DE COMEDORES ESCOLARES A LA INGESTA DE NUTRIENTES DE NIÑOS DE 5º GRADO DE ESCUELAS PÚBLICAS DE LA PROVINCIA DE CORRIENTES	7	14	8:30 a 10:00	Salón Petit Doree	TLS
ZAPATA M.	DIFERENCIAS EN LOS INDICADORES BÁSICOS DE LACTANCIA MATERNA Y ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA PROPUESTOS POR LA OMS EN NIÑOS CON DIFERENTES CONDICIONES SOCIODEMOGRÁFICAS DE ROSARIO.	29	14	11:30 a 13:10	Salón Petit Doree	TLS
ZAPATA M.	EVALUACIÓN ANTROPOMÉTRICA EN LA POBLACIÓN DE ESCOLARES DE CORRIENTES	55	14	14:00 a 15:30	Salón Doree	RPD
ZAPATA M.	EVALUACIÓN DE LA ACTIVIDAD FÍSICA EN LA POBLACIÓN DE ESCOLARES DE CORRIENTES	128	14	14:00 a 15:30	Salón Petit Doree	RPD
ZAPATA M.	EVALUACIÓN DE LA ACTIVIDAD FÍSICA EN RECREOS MEDIANTE SISTEMA DE OBSERVACIÓN DEL JUEGO Y OCIO EN ESCOLARES (SOPLAY) DE CORRIENTES	35	14	18:00 a 19:15	Salón Doree	PO
ZAPATA M.	HÁBITOS DE ALIMENTACIÓN EN ESCOLARES DE CORRIENTES	46	14	14:00 a 15:30	Salón Doree	RPD
ZAPATA M.	HIDRATAR I: PERFIL DE INGESTA DE BEBIDAS NO ALCOHÓLICAS DE LA POBLACIÓN ARGENTINA	37	14	14:00 a 15:30	Salón Doree	RPD
ZAPATA M.	HIDRATAR II: PATRÓN DE INGESTA DE BEBIDAS NO ALCOHÓLICAS DE LA POBLACIÓN INFANTIL ARGENTINA	127	14	18:00 a 19:15	Salón Doree	PO

**5° CONGRESO ARGENTINO DE GASTROENTEROLOGÍA,
HEPATOLOGÍA Y NUTRICIÓN PEDIÁTRICAS**

Ciudad de Buenos Aires, 13 al 16 de Agosto de 2014



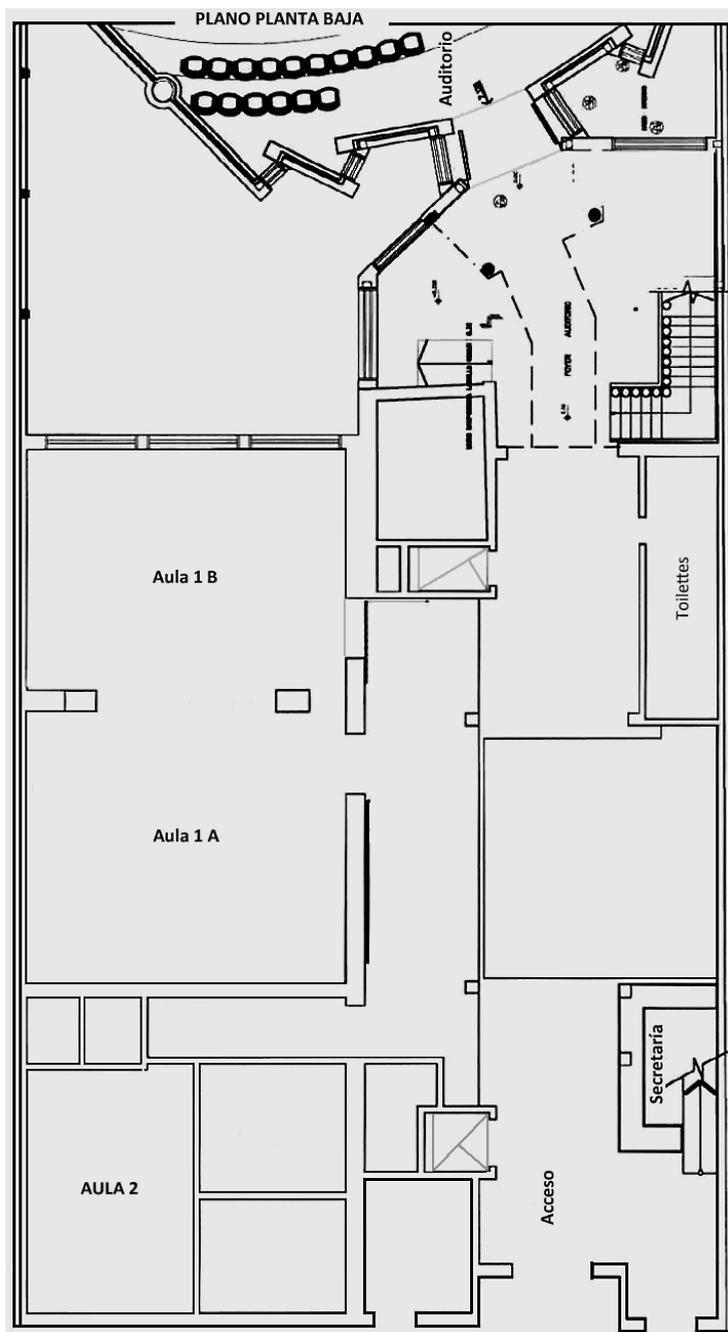
Autores (c/inicial)	Título	N°	Día	Hora	Ubicación	Modalidad
ZAPATA M.	LEYES Y PROYECTOS DE LEY SOBRE REGULACIÓN DE KIOSCOS ESCOLARES EN ARGENTINA.	33	14	14:00 a 15:30	Salón Doree	RPD
ZAPATA M.	PATRONES DE INGESTA DE LÁCTEOS DE LA POBLACIÓN ARGENTINA	30	14	17:15 a 18:45	Salón Doree	TLS
ZAPATA M.	UNA MIRADA AL KIOSCO DE LAS ESCUELAS DE CORRIENTES	45	14	14:00 a 15:30	Salón Doree	RPD
ZOSI A.	ACCIDENTES PREVENIBLES EN LA INFANCIA: INGESTA DE CAUSTICO.	79	14	18:45 a 20:15	Salón Pigalle	PO
ZOSI A.	EFICACIA DE UNA PRUEBA RÁPIDA CON ANTICUERPOS IGA ANTITRANSGLUTAMINASA TISULAR EN LA DETECCIÓN DE ENFERMEDAD CELIACA EN PEDIATRIA.	36	14	14:30 a 16:30	Salón Pigalle	TLS
ZOSI A.	MARCADORES SEROLÓGICOS EN EL SEGUIMIENTO DE NIÑOS CON ENFERMEDAD CELIACA	34	14	13:15 a 14:15	Aula 1	RPD
ZUBIRI C.	¿CUALES FUERON LOS MOTIVOS DE ENDOSCOPIAS Y SU ASPECTO MACROSCÓPICO EN PACIENTES CON HALLAZGO DE HELICOBACTER PYLORI?	125	14	18:45 a 20:15	Salón Pigalle	PO
ZUBIRI C.	ABSCESOS HEPÁTICOS EN PEDIATRIA	27	14	18:45 a 20:15	Salón Pigalle	PO
ZUBIRI C.	EFICACIA DE UNA PRUEBA RÁPIDA CON ANTICUERPOS IGA ANTITRANSGLUTAMINASA TISULAR EN LA DETECCIÓN DE ENFERMEDAD CELIACA EN PEDIATRIA.	36	14	14:30 a 16:30	Salón Pigalle	TLS
ZUBIRI C.	ESOFAGITIS EOSINOFILICA. EXPERIENCIA EN UN CENTRO PEDIATRICO	138	14	13:15 a 14:15	Aula 1	RPD
ZUBIRI C.	ESTUDIO FUNCIONAL EN NIÑOS CON ATRESIA ESOFÁGICA (AE) CORREGIDA.	69	14	13:15 a 14:15	Aula 1	RPD
ZURITA YONG W.	EVALUACIÓN DE LA SENSIBILIDAD (SE) Y ESPECIFICIDAD (ES) DE LAS VARIABLES DE CORRELACIÓN SINTOMÁTICA (VCS) EN PACIENTES CON ENFERMEDAD POR REFLUJO GASTROESOFÁGICO ACIDO (ERGEA) Y ENFERMEDAD RESPIRATORIA EN EDAD PEDIÁTRICA.	16	14	13:15 a 14:15	Aula 1	RPD



EMPRESAS QUE PARTICIPAN EN LA EXPOSICIÓN COMERCIAL

- Laboratorios Bagó S.A.
 - Laboratorios Temis Lostaló S.A.
 - Mead Johnson Nutrition Argentina S.A.
 - Nestlé Argentina S.A.
 - Nova Argentina S.A.
 - Nutricia Advanced Medical Nutrition
 - Nutricia Bagó S.A.
 - Sanofi Aventis S.A.
 - Soubeiran Chobet S.R.L.
 - Synageva BioPharma Corp.
-
- Asociación Argentina de Lucha contra la Fibrosis Quística (FIPAN)
 - Asociación La Casa de Ronald McDonald
 - Fundación Más Vida de Crohn & Colitis Ulcerosa

PLANO CENTRO CARLOS A. GIANANTONIO



PLANO PALAIS ROUGE SEGUNDO PISO

