



REVISTA DE GASTROENTEROLOGÍA DE MÉXICO

Trabajos Libres

Sábado 18 Noviembre

Pág 1-3 Trabajos libres orales

Domingo 19 Noviembre

Pág 4-25 Trabajos libres orales

Pág 26-93 Trabajos libres cartel

Lunes 20 Noviembre

Pág 94-117 Trabajos libres orales

Pág 118-177 Trabajos libres cartel

Martes 21 Noviembre

Pág 178-186 Trabajos libres orales

Pág 187-246 Trabajos libres cartel



Semana Nacional de Gastroenterología

Cancún, Quintana Roo

SEDE: Cancun International Convention Center

17 - 21
NOVIEMBRE
2023



ACADEMIA Y CIENCIA



REVISTA DE GASTROENTEROLOGÍA DE MÉXICO

Órgano Oficial de
la Asociación Mexicana
de Gastroenterología

Publicación Oficial de la Asociación Mexicana de Gastroenterología

Vol. 88 Supl. 1 Noviembre 2023

Editores titulares

Aldo J. Montano-Loza

Medicine, Division of Gastroenterology and Liver Unit, University of Alberta Hospital, Edmonton, Canada

Alejandra Noble-Lugo

Departamento de Enseñanza e Investigación, Hospital Español, Ciudad de México, México

Consejo editorial

Mario C. Peláez Luna

División de Investigación-Facultad de Medicina, Universidad Nacional Autónoma de México, Ciudad de México, México

Jesús Kazuo Yamamoto-Furusho

Clínica de Enfermedad Inflamatoria Intestinal/Departamento de Gastroenterología, Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición "Salvador Zubirán", Ciudad de México, México

José María Remes-Troche

Investigador Titular de Tiempo Completo Laboratorio de Fisiología Digestiva y Motilidad Gastrointestinal Instituto de Investigaciones Médico Biológicas de la Universidad Veracruzana (UV) Veracruz Ver., México

Max Schmulson-Wasserman

Profesor Titular de Medicina Laboratorio de Hígado, Páncreas y Motilidad (HIPAM) Departamento de Medicina Experimental Facultad de Medicina, Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM) Hospital General de México Ciudad de México, México

Comité nacional

Mercedes Amieva Balmori

Instituto de Investigaciones Médico-Biológicas de la Universidad Veracruzana. Laboratorio de fisiología y motilidad digestiva, Córdoba, Veracruz, México

Nancy Edith Aguilar Olivos

Servicio de Gastroenterología y Obesidad, Hospital Médica Sur, Ciudad de México, México

Aleida Bautista Santos

Departamento de Gastroenterología, Hospital de Especialidades Centro Médico Nacional Siglo XXI IMSS, Ciudad de México, México

María Victoria Bielsa Fernández

Práctica Privada, Zapopan, Jalisco, México

Adrián Alejandro Carballo Zárate

Servicio de Patología, Hospital Español, Ciudad de México, México

Ramón Carmona Sánchez

Práctica Privada, San Luis Potosí, S.L.P. México

Eira Cerda Reyes

Departamento de Investigación, Hospital Central Militar, Ciudad de México, México

Jony Cerna Cardona

Servicio de Endoscopia, Hospital Juárez de México, Ciudad de México, México

Alejandra Consuelo Sánchez

Gastroenterología y Nutrición Pediátrica, Hospital Infantil de Médico Federico Gómez, Instituto Nacional de Salud, Ciudad de México, México

Editores asociados

Enrique Coss-Adame

Departamento de Gastroenterología del Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición "Salvador Zubirán", Ciudad de México, México

Genaro Vázquez-Elizondo

Departamento de Gastroenterología ONCARE Gastrocenter Monterrey, NL. México

Rodrigo Vázquez-Frias

Departamento de Gastroenterología y Nutrición Hospital Infantil de México Federico Gómez Instituto Nacional de Salud Ciudad de México, México

José Antonio Velarde-Ruiz Velasco

Departamento de Gastroenterología Hospital Civil de Guadalajara Fray Antonio Alcalde Guadalajara, Jal. México

Editor administrativo

Ma. de Lourdes Torres Fuentes

Revista de Gastroenterología de México ltorres@gastro.org.mx

Asistente editorial

Pablo Sánchez Alarcón

Revista de Gastroenterología de México asisrevista@gastro.org.mx

Mesa directiva

Jesús Kazuo Yamamoto Furusho

Presidente

Octavio Gómez Escudero

Vicepresidente

José Antonio Velarde Ruiz Velasco

Secretario

Genaro Vázquez Elizondo

Tesorero

Luis Raúl Valdovinos García

Protesorero

Carmen Alicia Sánchez Ramírez

Secretario de Actas

Dra. Mónica Rocío Zavala Solares

Secretaria de relaciones

Consejo consultivo

Ricardo Humberto Raña Garibay

Servicio de Gastroenterología Hospital Español, Ciudad de México, México

Marco A. Lira Pedrín

Hospital y Centro Médico del Prado Tijuana, Baja California, México

María Eugenia Icaza Chávez

Consulta privada Hospital Faro del Mayab Mérida, Yucatán, México

Raúl Contreras Omaña

Investigación en Hepatología, Centro de Estudio e Investigación en Enfermedades Hepáticas y Toxicológicas (CEIHET), Pachuca, Hidalgo, México

Nicolás Joaquín Fernández Pérez

Departamento de Medicina Interna, servicio de gastroenterología, Hospital Ángeles León, León, Guanajuato, México

Ángel Ricardo Flores Rendón

Servicio de Gastroenterología y Endoscopia Intervencionista, Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado y Municipios de Baja California (ISSSTECALI) Hospital Mexicali, Mexicali, Baja California. México

Benjamin Gallo Arriaga

Servicio de Cirugía Gastrointestinal y Colorrectal, Hospital Ángeles León, León Guanajuato, México

Edgar Santino García Jiménez

Departamento de Gastroenterología, Hospital Civil de Guadalajara Fray Antonio Alcalde, Guadalajara, Jalisco, México

Paulo César Gómez Castaños

Servicio de Gastroenterología y Endoscopia Digestiva, Hospital Civil de Culiacán, Culiacán, Sinaloa, México

Alberto Manuel González Chávez

Servicio de Cirugía General y Laparoscópica, Hospital Español, Ciudad de México, México

Fátima Higuera de la Tijera

Departamento de Gastroenterología, Hospital General de México Dr. Eduardo Liceaga, Ciudad de México, México

María Fernanda Huerta de la Torre

Hospital Ángeles Torreón, Torreón, Coahuila, México

María del Carmen Manzano Robleda

Endoscopia Gastrointestinal. Hospital Médica Sur, Ciudad de México, México

Heriberto Medina Franco

Cirujano Oncólogo, Hospital Ángeles Morelia, Morelia, Michoacán, México

Miguel Ángel Mercado Díaz

Dirección de Cirugía, Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán, Ciudad de México, México

Rosalba Moreno Alcántar

Servicio de Gastroenterología, UMAE Hospital de Especialidades CMN SXXI del IMSS, Ciudad de México, México

Ericka Montijo Barrios

Departamento de Gastroenterología y Nutrición, Instituto Nacional de Pediatría, Ciudad de México, México

Enrique Murcio Pérez

Departamento de Endoscopia, Hospital de Especialidades CMN SXXI, Ciudad de México, México

Comité nacional

Mercedes Amieva Balmori
Instituto de Investigaciones Médico-Biológicas de la Universidad Veracruzana. Laboratorio de fisiología y motilidad digestiva, Córdoba, Veracruz, México

Nancy Edith Aguilar Olivares
Servicio de Gastroenterología y Obesidad, Hospital Médica Sur, Ciudad de México, México

Aleida Bautista Santos
Departamento de Gastroenterología, Hospital de Especialidades Centro Médico Nacional Siglo XXI IMSS, Ciudad de México, México

María Victoria Bielsa Fernández
Práctica Privada, Zapopan, Jalisco, México

Adrián Alejandro Carballo Zárate
Servicio de Patología, Hospital Español, Ciudad de México, México

Ramón Carmona Sánchez
Práctica Privada, San Luis Potosí, S.L.P. México

Eira Cerda Reyes
Departamento de Investigación, Hospital Central Militar, Ciudad de México, México

Jony Cerna Cardona
Servicio de Endoscopia, Hospital Juárez de México, Ciudad de México, México

Alejandra Consuelo Sánchez
Gastroenterología y Nutrición Pediátrica, Hospital Infantil de Médico Federico Gómez, Instituto Nacional de Salud, Ciudad de México, México

Raúl Contreras Omaña
Investigación en Hepatología, Centro de Estudio e Investigación en Enfermedades Hepáticas y Toxicológicas (CEIHET), Pachuca, Hidalgo, México

Nicolás Joaquín Fernández Pérez
Departamento de Medicina Interna, servicio de gastroenterología, Hospital Ángeles León, León, Guanajuato, México

Ángel Ricardo Flores Rendón
Servicio de Gastroenterología y Endoscopia Intervencionista, Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado y Municipios de Baja

California (ISSSTECAL) Hospital Mexicali, Mexicali, Baja California. México

Benjamin Gallo Arriaga
Servicio de Cirugía Gastrointestinal y Colorrectal, Hospital Ángeles León, León Guanajuato, México

Edgar Santino García Jiménez
Departamento de Gastroenterología, Hospital Civil de Guadalajara Fray Antonio Alcalde, Guadalajara, Jalisco, México

Paulo César Gómez Castañón
Servicio de Gastroenterología y Endoscopia Digestiva, Hospital Civil de Culiacán, Culiacán, Sinaloa, México

Alberto Manuel González Chávez
Servicio de Cirugía General y Laparoscópica, Hospital Español, Ciudad de México, México

Fátima Higuera de la Tijera
Departamento de Gastroenterología, Hospital General de México Dr. Eduardo Liceaga, Ciudad de México, México

María Fernanda Huerta de la Torre
Hospital Ángeles Torreón, Torreón, Coahuila, México

María del Carmen Manzano Robledo
Endoscopia Gastrointestinal. Hospital Médica Sur, Ciudad de México, México

Heriberto Medina Franco
Cirujano Oncólogo, Hospital Ángeles Morelia, Morelia, Michoacán, México

Miguel Ángel Mercado Díaz
Dirección de Cirugía, Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán, Ciudad de México, México

Rosalba Moreno Alcántar
Servicio de Gastroenterología, UMAE Hospital de Especialidades SMNSXXI del IMSS, Ciudad de México, México

Ericka Montijo Barrios
Departamento de Gastroenterología y Nutrición, Instituto Nacional de Pediatría, Ciudad de México, México

Enrique Murcio Pérez
Departamento de Endoscopia, Hospital de Especiali-

dades CMNSXXI, Ciudad de México, México

Laura Ofelia Olivares Guzmán
Departamento de Gastroenterología, Centro de Investigación y Docencia en Ciencias de la Salud (CIDOCS), Culiacán, Sinaloa, México

Ricardo Humberto Raña Garibay
Servicio de Gastroenterología, Hospital Español, Ciudad de México, México

Astrid Ruiz Margáin
Departamento de Gastroenterología, Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán, Ciudad de México, México

Xochiquetzal Sánchez Chávez
Departamento de Gastroenterología, Hospital San Ángel Inn Patriotismo, Ciudad de México, México

Carmen Alicia Sánchez Ramírez
Facultad de Medicina, Universidad de Colima, Colima, Colima, México

Carlos Torres Vega
Departamento de Cirugía Gastrointestinal, Hospital Star Médica Morelia, Morelia, Michoacán, México

Omar Edel Trujillo Benavides
Servicio de Gastroenterología y Endoscopia, Hospital General de Zona 42 IMSS, Puerto Vallarta, Jalisco, México

Luis F Uscanga D
Departamento de Gastroenterología, Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán, Ciudad de México, México

Alicia Sofía Villar Chávez
Servicio de Gastroenterología, Hospital Ángeles Acoxa, Ciudad de México, México

Yukiyosi Kimura F
Dirección General CT Scanner México, Ciudad de México, México

Juan Rafael Zárate Guerrero
Departamento de Gastroenterología y Nutrición Pediátrica, UMAE Hospital de Pediatría CMNO IMSS, Guadalajara, Jalisco, México

Comité del extranjero

Sami Rene Achem
Departamento de Gastroenterología, Mayo Clinic, Jacksonville, Florida, USA

Federico Argüelles-Arias
Universidad de Sevilla, Hospital Universitario Virgen Macarena, Sevilla, España

Elizabeth Barba Orozco
Unidad de Motilidad Digestiva, Departamento de Gastroenterología, Hospital Clinic de Barcelona, Barcelona, España

Daniel Borja-Cacho
División de Trasplante de Órganos Northwestern University Chicago, Illinois, USA

Herbert Burgos Quirós
Gastroclínica, San José-WGO Training Center. Tibás, San José, Costa Rica

Francisco Martín Carreras-Presas
Servicio del Aparato Digestivo, Hospital Clínico

Universitario de Santiago, Santiago de Compostela, Galicia, España

Rosita Frazier
Division of Gastroenterology and Hepatology, Mayo Clinic, Scottsdale, Arizona

Juan G. Abralades
Division of Gastroenterology (Liver Unit), University of Alberta, Edmonton, Canada

Juan F. Gallegos-Orozco
Departamento de Gastroenterología y Hepatología, Universidad de Utah, Salt Lake City, Utah, USA

José M Garza
Neurogastroenterology and Motility program, Children's Healthcare of Atlanta, Atlanta, Ga, USA

Blanca C Lizaola-Mayo
Departamento de Gastroenterología y Hepatología, Centro de Trasplante de Hígado, Mayo Clinic, Phoenix, Arizona

Antonio Mendoza Ladd MD, AGAF, FACC, FASGE
Medicina Interna, Division de Gastroenterología, University of California Davis, Sacramento, California, EUA

Félix Téllez-Ávila
Gastroenterology and Hepatology Division, University of Arkansas for Medical Sciences, Little Rock, Arkansas, USA

Luis Téllez
Servicio de Gastroenterología y Hepatología, Hospital Universitario Ramón y Cajal, Madrid, España

Marcelo F. Vela
Division of Gastroenterology and Hepatology, Mayo Clinic, Scottsdale, AZ, USA



This journal subscribes to the principles and guidelines of the Committee on Publication Ethics (COPE) www.publicationethics.org

La Revista de Gastroenterología de México (ISSN 0375-0906, e-ISSN 2255-5528) es el Órgano Oficial de la Asociación Mexicana de Gastroenterología. Título 201-90 de la Dirección General del Derecho de Autor (SEP), Certificado de Licitud de Título Núm. 4463 y Certificado de Licitud de Contenido Núm. 3618 de la Comisión Calificadora de Publicaciones y Revistas Ilustradas (SG). Arte, diseño, composición tipográfica, proceso fotomecánico e impresión por Masson Doyma México, S.A., Av. Reforma 243, Piso 15, Col. Cuauhtémoc, C.P. 06500, Alcaldía Cuauhtémoc, CDMX, México. Tel.: (55) 5200 8770. Toda correspondencia deberá dirigirse a los editores a: Nicolás San Juan, 233, Col. Del Valle, 03100 Ciudad de México. Tels.: 55 5639 7052, 55 5639 9971 y 55 5639 8757, fax: 55 5639 7222.

Revista indexada en: Directory of Open Access Journals (DOAJ), Emerging Sources Citation Index (ESCI) de Web of Science, Index Medicus Latinoamericano, Índice Mexicano de Revistas Biomédicas (IMBIOMED), Latindex, PubMed-MEDLINE, Scopus, Sistema de Clasificación de Revistas Mexicanas de Ciencia y Tecnología del CONACYT (CRM CYT).

© 2023 Asociación Mexicana de Gastroenterología. Esta revista y las contribuciones individuales contenidas en ella están protegidas por las leyes de copyright, y los siguientes términos y condiciones se aplican a su uso, además de los términos de cualquier licencia Creative Commons que el editor haya aplicado a cada artículo concreto:

Fotocopiar. Se pueden fotocopiar artículos individuales para uso personal según lo permitido por las leyes de copyright. No se requiere permiso para fotocopiar los artículos publicados bajo la licencia CC BY ni para fotocopiar con fines no comerciales de conformidad con cualquier otra licencia de usuario aplicada por el editor. Se requiere permiso de la editorial y el pago de una tasa para todas las demás fotocopias.

Productos derivados. Los usuarios pueden reproducir tablas de contenido o preparar listas de artículos, incluyendo resúmenes de circulación interna dentro de sus instituciones o empresas. A parte de los artículos publicados bajo la licencia CC BY, se requiere autorización de la editorial para su reventa o distribución fuera de la institución o empresa que se suscribe. Para cualquier artículo o artículos suscritos publicados bajo una licencia CC BY-NC-ND, se requiere autorización de la editorial para todos los demás trabajos derivados, incluyendo compilaciones y traducciones.

Almacenamiento o uso. Excepto lo indicado anteriormente, o según lo establecido en la licencia de uso correspondiente, ninguna parte de esta publicación puede ser reproducida, almacenada en sistemas de recuperación o transmitida en cualquier forma o por cualquier medio, ya sea electrónico, mecánico, fotocopia, grabación o cualquier otro, sin el permiso previo por escrito del editor.

Derechos de autor. El autor o autores pueden tener derechos adicionales en sus artículos según lo establecido en su acuerdo con el editor (más información en <http://www.elsevier.com/authorsrights>).

Nota. El contenido de los artículos firmados es responsabilidad de sus autores. Ni la editorial ni la Asociación Mexicana de Gastroenterología tendrán responsabilidad alguna por las lesiones y/o daños sobre personas o bienes que sean el resultado de presuntas declaraciones difamatorias, violaciones de derechos de propiedad intelectual, industrial o privacidad, responsabilidad por producto o negligencia. Tampoco asumirán responsabilidad alguna por la aplicación o utilización de los métodos, productos, instrucciones o ideas descritos en el presente material. En particular, se recomienda realizar una verificación independiente de los diagnósticos y de las dosis farmacológicas. Aunque el material publicitario se ajusta a los estándares éticos (médicos), su inclusión en esta publicación no constituye garantía ni refrendo alguno de la calidad o valor de dicho producto, ni de las afirmaciones realizadas por su fabricante.

Visite nuestra página de internet: www.revistagastroenterologiamexico.org



REVISTA DE GASTROENTEROLOGÍA DE MÉXICO

**SEMANA NACIONAL DE GASTROENTEROLOGÍA
DEL 19 AL 21 DE NOVIEMBRE DE 2023**

COMITÉ CIENTÍFICO DE TRABAJOS LIBRES

Presidente

Dr. José Antonio Velarde Ruiz Velasco

Secretarios

Dr. Paulo César Gómez Castaños

Dra. Eliana Carolina Morel Cerda

Vocales

Dr. Guillermo Rafael Aceves Tavares

Dra. Mercedes Amieva Balmori

Dr. Juan Manuel Blancas Valencia

Dra. Ana Delfina Cano Contreras

Dr. Jony Cerna Cardona

Dr. José Antonio Chávez Barrera

Dr. Raúl Contreras Omaña

Dra. Judith Flores Calderón

Dr. Ángel Ricardo Flores Rendón

Dr. Édgar Santino García Jiménez

Dra. Karla Rocío García Zermeño

Dra. Beatriz González Ortiz

Dr. Óscar Víctor Hernández Mondragón

Dra. María de Fátima Higuera De La Tijera

Dra. María Fernanda Huerta De La Torre

Dr. Heriberto Medina Franco

Dr. Javier Manuel Meza Cardona

Dra. Laura Ofelia Olivares Guzmán

Dr. Mario Peláez Luna

Dra. Nuria Pérez y López

Dr. José María Remes Troche

Dra. Marlene Alejandra Ruiz Castillo



REVISTA DE GASTROENTEROLOGÍA DE MÉXICO

Dra. Carmen Alicia Sánchez Ramírez
Dra. Xochiquétzal Sánchez Chávez
Dra. Miriam Sosa Arce
Dr. Gonzalo Manuel Torres Villalobos
Dr. Omar Edel Trujillo Benavides
Dr. Miguel Ángel Valdovinos Díaz
Dr. Genaro Vázquez Elizondo
Dr. Rodrigo Vázquez Frias
Dra. Mónica Rocío Zavala Solares

Directores de Congreso

Dr. Juan Miguel Abdo Francis
Dra. Graciela Elia Castro Narro
Dr. Enrique Coss Adame

Directores de Cursos de Posgrado

Curso Precongreso de Posgrado en Gastroenterología “Enfermedades del aparato digestivo inmunomediadas”

Directores de curso:

Dr. Luis Federico Uscanga Domínguez
Dr. Jesús Kazuo Yamamoto Furusho

Curso Precongreso de Posgrado en Gastroenterología y Nutrición

“A XV años de distancia”

Directores de curso:

Dra. Sophia E. Martínez Vázquez
Dra. Mercedes Amieva Balmori
Dr. José María Remes Troche



REVISTA DE GASTROENTEROLOGÍA DE MÉXICO

**VIII Congreso Internacional de Gastroenterología,
Hepatología y Nutrición Pediátrica**

Directores de curso:

Dr. José Antonio Chávez Barrera

Dra. Carmen Alicia Sánchez Ramírez

Dr. Rodrigo Vázquez Frias



REVISTA DE GASTROENTEROLOGÍA DE MÉXICO

Mensaje de bienvenida

Estimados amigos, socios y colegas:

Les doy la más cordial y calurosa bienvenida a la Semana Nacional de Gastroenterología (SNG) del año 2023, esta vez celebrada en el Centro Internacional de Convenciones de la ciudad de Cancún, Quintana Roo. Este foro constituye la reunión más importante de la Asociación Mexicana de Gastroenterología (AMG) por múltiples razones, ya que se proporcionan los cursos precongreso de gastroenterología enfocados en enfermedades inmunomediadas del aparato digestivo, se cumplen ya 15 años del curso de nutrición y tiene lugar el VIII Congreso Internacional de Gastroenterología y Nutrición Pediátrica. Cabe resaltar que por primera vez se realiza un curso internacional de gastroenterología antes de la SNG, con profesores de diversos hospitales afiliados a la Escuela Medicina de Harvard que cubren todas las áreas de la gastroenterología, lo cual le confiere un valor académico adicional. Con posterioridad se lleva a cabo el Congreso Nacional de Gastroenterología, que está integrado con simposios integrados con profesores internacionales y nacionales enfocados en áreas diversas, entre ellas la enfermedad inflamatoria intestinal, la endoscopia, el hígado, la neurogastrología, el páncreas, la coloproctología o la cirugía del aparato digestivo. Hay que señalar también que se presentan los trabajos de investigación de manera oral y en cartel realizados en nuestro país con el fin de dar a conocer la producción científica mexicana.

Algo que ha caracterizado a mi gestión como presidente de la AMG en el año 2023 puede resumirse en la frase “Academia y Ciencia”, puesto que, como academia, la AMG es una institución que realiza colectivamente diversas actividades de educación médica continua y, como ciencia, la gastroenterología es una rama del saber humano constituida por un conjunto de conocimientos objetivos y verificables sobre una materia determinada, en este caso la gastroenterología, y cuyos resultados se obtienen a través de la observación, la experimentación y la verificación de hipótesis, sustentados en una metodología científica para la producción de nuevos conocimientos. Academia y ciencia van de la mano en el progreso del avance científico y hacen posible la trasmisión a las futuras generaciones del conocimiento y los importantes avances en la medicina. Todo ello se ha plasmado en uno de mis principales proyectos en la AMG: la edición de 11 libros denominados *Clínicas Mexicanas de Gastroenterología* que se han presentado en las sesiones mensuales entre enero y noviembre del presente año y cuyos temas han abarcado la enfermedad infamatoria intestinal, endoscopia avanzada, neurogastroenterología, hepatología, microbiota, cirugía, trasplante hepático, gastroenterología pediátrica, cáncer del aparato digestivo, patología pancreática y nutrición en padecimientos gastrointestinales. Estas publicaciones conjuntan, por un lado, la academia en cuanto a la transmisión del conocimiento y, por otro, la ciencia, gracias a la cual cada capítulo describe los avances científicos en cada uno de los campos de la gastroenterología.



REVISTA DE GASTROENTEROLOGÍA DE MÉXICO

Por último, quiero agradecer a los editores huéspedes y autores de los capítulos de las *Clínicas Mexicana de Gastroenterología*, así como a todos los directores de curso, profesores nacionales e internacionales, socios y colegas de otras áreas. Todos han acudido y participado a las reuniones regionales norte, centro y sur, las llamadas TESEGA (por Temas Selectos en Gastroenterología), al Curso ECOS Internacionales y a los simposios enfocados en la enfermedad inflamatoria intestinal y la salud digestiva. Además, quiero expresar mi profundo agradecimiento al personal de la AMG conformado por Magalíe, Haydeé, Lulú, Rosa María, Carla, Pablo y Malena y, por supuesto, el apoyo incondicional de mi esposa Ana Lilia y mis hijos Katia, Karen y Hitoshi.

Para terminar, quiero desear que todas las actividades celebradas en mi año sean de gran utilidad y tengan notorios efectos en la actualización del conocimiento médico. La finalidad común es que nuestros pacientes se beneficien de la atención oportuna a las diversas enfermedades del aparato digestivo, y también de su mejor calidad de vida.

Con este magno evento académico y científico cierro mi gestión como presidente de la AMG; de nueva cuenta, agradezco el apoyo de todos nuestros socios y médicos de otras áreas por su asistencia a todas las actividades académicas realizadas durante el año 2023.

Atentamente

Dr. Jesús Kazuo Yamamoto Furusho
Presidente de la Asociación Mexicana de Gastroenterología

Academia y Ciencia



REVISTA DE GASTROENTEROLOGÍA DE MÉXICO

Contenido

■ Trabajos libres orales, sábado 18

- 1 *Reyes-Apodaca M. y cols.* Deficiencia de vitamina D, talla baja y disminución de la densidad mineral ósea, ¿siempre van de la mano en FQ?
- 2 *López-Segovia L. C. y cols.* Evaluación del riesgo nutricional por stamp en pacientes con cardiopatía congénita admitidos en un hospital pediátrico del occidente de México
- 2 *Palma-Baquedano J. R. y cols.* Complicaciones asociadas al manejo con nutrición parenteral domiciliaria en el programa de rehabilitación intestinal del Hospital Infantil de México
- 3 *Vázquez-Frias R. y cols.* Confirmación diagnóstica de alergia a las proteínas de la leche de vaca en un hospital de referencia de especialidad en México: una estrategia costo-efectiva

■ Trabajos libres orales, domingo 19

- 4 *Lizardi-Benítez G. E. y cols.* Manejo del dolor en pacientes pediátricos con pancreatitis aguda en el Hospital Civil de Guadalajara Dr. Juan I. Menchaca
- 5 *Bernal-Delgadillo N. K. y cols.* Características demográficas, etiológicas y diagnósticas de la pancreatitis aguda pediátrica en el Hospital Civil de Guadalajara Dr. Juan I. Menchaca
- 5 *Leal-Cortés S. A. y cols.* Hallazgos endoscópicos, aplicación de índices de actividad endoscópica y correlación con la actividad clínica en pacientes pediátricos con enfermedad inflamatoria intestinal
- 6 *Pérez-Xavier J. C. y cols.* Relación entre el grado de actividad con los parámetros de exámenes de laboratorio al diagnóstico en niños con enfermedad inflamatoria intestinal

- 6 *Salas-Herrera A. y cols.* Calidad de vida de padres y pacientes pediátricos portadores de enfermedad inflamatoria intestinal
- 7 *Gómez-Rodríguez A. A. y cols.* Frecuencia de enfermedades autoinmunes en pacientes pediátricos con hepatitis autoinmune en la UMAE, Hospital de Pediatría, CMNO, IMSS
- 8 *Arellano-Sánchez D. R. y cols.* Escala CLIF-C ACLF para predecir mortalidad en pacientes pediátricos con falla hepática aguda sobre crónica
- 9 *Alonso-Lárraga J. O. y cols.* Certeza diagnóstica de las biopsias guiadas por ultrasonido endoscópico para el diagnóstico de lesiones sólidas pancreáticas utilizando tres diferentes agujas
- 10 *Meléndez-Alvarado T. F. y cols.* Tratamiento de várices gástricas guiado por ultrasonido endoscópico: experiencia en un centro de atención terciaria
- 10 *Campoverde-Espinoza C. A. y cols.* Características y tratamiento de las fugas biliares posquirúrgicas por colangiopancreatografía retrógrada endoscópica
- 12 *Solís-Hernández C. G. y cols.* Estudio epidemiológico y comportamiento clínico del insulinoma en un hospital de tercer nivel durante un periodo de 22 años
- 13 *Gutiérrez-Lozano I. y cols.* Factores asociados con el desarrollo de insuficiencia pancreática exocrina en pacientes con neoplasias malignas de páncreas
- 14 *Bran-Alvarado J. P. y cols.* Detección temprana de derrame pleural por ecografía pulmonar en pacientes con pancreatitis aguda como predictor de complicaciones locales y sistémicas
- 15 *Ordaz-Álvarez H. R. y cols.* Ortorexia nerviosa y factores psicosociales del Síndrome de Intestino Irritable en pacientes mexicanos

Editado por:

Masson Doyma México, S.A.

Av. Reforma 243, Piso 15

Col. Cuauhtémoc, C.P. 06500

Alcaldía Cuauhtémoc

CDMX, México

Teléfono: (55) 5200 8770



ELSEVIER

www.elsevier.com

- 16 *García-Cedillo M. F. y cols.* Actividad de la lactasa en pacientes con Síndrome de Intestino Irritable sin estreñimiento y SIBO: efecto de la rifaximina
- 16 *Higuera-de la Tijera F. y cols.* Evaluación de la efectividad y seguridad de *Lactobacillus fermentum* y *Lactobacillus delbrueckii* (*Lactobacillus lb*) en el tratamiento de pacientes con Síndrome de Intestino Irritable con predominio de diarrea
- 17 *Miranda-Guzmán Y. A. y cols.* La diarrea y los síntomas relacionados con distensión/gas abdominal son los primeros motivos de consulta al gastroenterólogo en la clínica
- 18 *Palacios-Cruz M. y cols.* ¿Qué es el estreñimiento ocasional? un estudio multicéntrico en población mexicana
- 18 *Morales-Guzmán A. S. y cols.* Alteración de la homeostasis del estado redox celular en Síndrome de Intestino Irritable (SII)
- 18 *Priego-Parra B. A. y cols.* Cognición gastrointestinal: catastrofización del dolor en sujetos con Síndrome de Intestino Irritable
- 20 *Guerrero-Cabrera J. P. y cols.* La elastografía transitoria predice la presencia de congestión venosa sistémica en pacientes ambulatorios con hipertensión arterial pulmonar
- 21 *Cruz-Rodríguez L. M. y cols.* Alta prevalencia de fibrosis y esteatosis hepática: resultados de campaña de salud hepática
- 21 *Rosales-Rentería L. A. y cols.* El índice de miosteatosis se asocia con menor supervivencia a 30- y 90-días en hepatitis alcohólica grave aguda: un estudio transversal, retrospectivo y de cohorte
- 23 *Mendoza-Martínez V. M. y cols.* Utilidad del ángulo de fase en la evaluación del estado nutricional y la actividad de la enfermedad de pacientes con colitis ulcerosa crónica idiopática
- 23 *Torres-Díaz J. A. y cols.* Alta correlación entre la prueba inmunoquímica fecal y calprotectina fecal en la evaluación de actividad en pacientes con enfermedad inflamatoria intestinal
- 24 *Esquivel-Velázquez M. y cols.* Transgelina y calponina-1 como biomarcadores de recurrencia posoperatoria de la enfermedad de Crohn
- 25 *Fonseca-Camarillo G. y cols.* Participación de la familia de semaforinas, y su complejo de receptores (plexinas) en el curso clínico de pacientes con enfermedad inflamatoria intestinal
- 26 *Blumenstein I. y cols.* Perfil comparativo de riesgo-beneficio de la terapia de inducción y mantenimiento con upadacitinib comparada con placebo en pacientes con colitis ulcerosa activa de moderada a severa
- 27 *Andoney-Mayén J. V. y cols.* Ustekinumab en colitis ulcerosa crónica idiopática: una experiencia en la vida real
- 27 *Corral-Ceballos J. M. y cols.* Relación entre cantidad y tipo de fibra dietética con el grado de actividad de la enfermedad en personas con colitis ulcerativa crónica idiopática (CUCI)
- 28 *Meza-López L. y cols.* Asociación de los niveles séricos de vitamina D con actividad de la enfermedad en pacientes con colitis ulcerosa crónica idiopática
- 29 *Cupil-Escobedo L. V. y cols.* Relación entre actividad inflamatoria y riesgo de desnutrición evaluado mediante la escala conut en pacientes con CUCI
- 30 *Vela-Torres A. y cols.* Explorando la asociación entre los niveles de fibrinógeno y la gravedad de la colitis ulcerosa crónica idiopática: implicaciones clínicas significativas
- 30 *Medina-Ávalos E. J. y cols.* Índice PCR/albúmina: un marcador de gravedad en la colitis ulcerosa crónica inespecífica
- 31 *Sánchez-Rosado R. R. y cols.* Alteraciones en la manometría anorrectal en pacientes con colitis ulcerosa crónica idiopática: caracterización de la función anorrectal y su relevancia clínica
- 32 *Sosa-Martínez R. y cols.* Remisión histológica: el objetivo último en la colitis ulcerativa
- 33 *Meza-López L. y cols.* Infección por sars-cov-2 y su relación con el curso clínico y desenlace en pacientes con enfermedad inflamatoria intestinal
- 34 *Meza-López L. y cols.* Impacto de las vacunas contra sars-cov-2 en el curso clínico de la enfermedad inflamatoria intestinal
- 35 *Carrillo-Rojas J. I. y cols.* Infección por clostridiales en pacientes con brote en colitis ulcerativa

- 35 *Hernández-Rodríguez R. T. y cols.* Desenlace quirúrgico en la historia natural de la enfermedad inflamatoria intestinal del Centro Médico Nacional 20 de noviembre: un estudio retrospectivo en un periodo de 10 años (2013-2023)
- 36 *Dosal-Limón S. K. y cols.* Impacto económico del tratamiento médico y quirúrgico en pacientes con enfermedad inflamatoria intestinal: un enfoque hacia la rentabilidad y la gratuidad en la atención médica
- 37 *Sánchez-Rosado R. R. y cols.* Análisis de los aspectos médico-quirúrgicos de la enfermedad inflamatoria intestinal del Hospital General de México Dr. Eduardo Liceaga
- 38 *Panaccione R. y cols.* Eficacia de Risankizumab según la gravedad basal de la enfermedad clínica, bioquímica y endoscópica en la enfermedad de Crohn de moderada a gravemente activa
- 38 *Cafaggi-Padilla D. F. y cols.* Evaluación de la remisión transmural mediante enterorresonancia en pacientes con enfermedad de Crohn pertenecientes al Centro de Enfermedad Inflamatoria Intestinal del Centro Médico Nacional 20 de noviembre, ISSSTE
- 39 *Moreno-González A. E. y cols.* Asociación entre la deficiencia de vitamina D y otras variables bioquímicas con la fatiga en pacientes con enfermedad inflamatoria intestinal
- 40 *Moreno-González A. E. y cols.* Frecuencia de anemia y deficiencia de hierro sin anemia en pacientes con enfermedad inflamatoria intestinal
- 41 *Miranda-Cordero R. M. y cols.* Características clínicas del mundo real y patrones de tratamiento en pacientes con enfermedad inflamatoria intestinal moderada a grave en México: RISE-MX, un estudio multicéntrico
- 42 *Venegas-Gómez V. A. y cols.* Episodios de hospitalización por infecciones en pacientes con enfermedad inflamatoria intestinal. Reporte preliminar
- 42 *Carrillo-Rojas J. I. y cols.* Detección de esteatosis hepática en pacientes con enfermedad inflamatoria intestinal
- 43 *Cervantes-Contreras J. I. y cols.* Experiencia de tratamiento con terapias biológicas en pacientes con enfermedad inflamatoria intestinal
- 44 *Marínez-Rentería J. M. y cols.* Cumplimiento de metas terapéuticas en pacientes mexicanos con enfermedad inflamatoria intestinal bajo tratamiento biológico
- 44 *Lindoro-Barraza D. G. y cols.* Relación entre depresión detectada por test PHQ-9 y actividad de enfermedad según escala Truelove-Witts en pacientes con diagnóstico de enfermedad inflamatoria intestinal
- 45 *Pérez-López K. P. y cols.* Inducción y remisión completa: ¿es posible en enfermedad inflamatoria intestinal con una antiintegrina $\alpha4\beta7$?
- 46 *Sosa-Martínez R. y cols.* Desafiando barreras en la enfermedad inflamatoria intestinal: primer análisis observacional de doble terapia biológica en México
- 47 *Espinoza-Acuña J. R. y cols.* Estadificación de pacientes con colitis ulcerosa de acuerdo con el nuevo índice integral de enfermedad o Yamamoto-Furusho en el Hospital Regional Lic. Adolfo López Mateos
- 48 *Lanz-Zubiría L. y cols.* Terapia combinada para enfermedad inflamatoria intestinal refractaria a tratamiento biológico en monoterapia: serie de casos
- 49 *Sánchez-Rosado R. R. y cols.* La importancia de la anoscopia de alta resolución para la detección temprana de lesiones intraepiteliales escamosas anales de alto riesgo en pacientes con enfermedad inflamatoria intestinal y tratamiento inmunosupresor
- 49 *Gutiérrez-Moreno N. F. y cols.* Coexistencia de colitis ulcerativa crónica idiopática e infección por virus de inmunodeficiencia humana, una serie de casos
- 51 *Cruz-Bautista E. y cols.* Diagnóstico y tratamiento de acalasia esofágica en pacientes pediátricos
- 52 *Duarte-Torres K. G. y cols.* Factores clínicos, bioquímicos, endoscópicos e histológicos predictores de mala respuesta al tratamiento en colitis ulcerativa a 24 meses del diagnóstico
- 52 *Espinosa-Saavedra D. y cols.* Experiencia de triple terapia endoscópica para tratamiento de estenosis esofágica pediátrica
- 53 *Pineda-Cely E. C. y cols.* Extracción endoscópica de cuerpo extraño en esófago fallida: abordaje quirúrgico como alternativa poco frecuente
- 54 *Velasco-Suárez D. y cols.* Relación entre prematuridad, método de nacimiento y trastornos del eje cerebro-intestino en lactantes y preescolares de diferentes regiones de Colombia

- 55 *Velasco-Suárez D. y cols.* Trastornos del eje cerebro-intestino en niños latinoamericanos con trastornos del espectro autista
- 55 *Velasco-Suárez D. y cols.* Trastornos del sueño y del eje cerebro-intestino en escolares y adolescentes con dolor abdominal
- 55 *Velasco-Suárez D. y cols.* Estimulación transcutánea tibial posterior como terapia no invasiva de neuro-modulación en niños con estreñimiento funcional
- 56 *Sánchez-Díaz M. L. y cols.* Infiltración eosinofílica en trastornos funcionales gastrointestinales
- 56 *Muñoz-Saavedra R. y cols.* Manometría esofágica de alta resolución con impedancia en los trastornos esofágicos funcionales (TEF) en pediatría
- 57 *Velasco-Suárez D. y cols.* ¿Cuándo consideran los padres que su hijo con trastorno del eje cerebro-intestino está mejor? un enfoque en el ausentismo escolar y actividades sociales
- 57 *Zambrano-Pérez C. A. y cols.* Tacto rectal en el diagnóstico de disinerxia defecatoria en pediatría
- 58 *Ortega-Hernández A. y cols.* Métricas de manometría esofágica en pediatría: ¿cuál es la normalidad?
- 58 *Cisneros-Abundis A. R. y cols.* Factores asociados a estreñimiento en lactantes de 6 a 12 meses: estudio de casos y controles
- 59 *Velasco-Suárez D. y cols.* Trastornos del sueño y estreñimiento funcional en escolares y adolescentes de una institución educativa privada de Cali, Colombia
- 59 *Novelo-Alcocer V. y cols.* Manometría anorrectal de alta resolución en pacientes pediátricos con estreñimiento crónico en un hospital pediátrico de tercer nivel
- 60 *Mejía-Brito E. F. y cols.* Asociación de la obstrucción del tracto de salida del estómago con infección por *Helicobacter pylori* en pediatría
- 60 *Roldán-Montijo M. y cols.* Descripción clínica y terapéutica de la obstrucción del tracto de salida gástrica en niños: ¿es útil la dilatación endoscópica?
- 61 *Acevedo-Ceballos D. y cols.* Análisis nutricional de dietas enterales artesanales en pacientes con gastrostomía del Instituto Nacional de Pediatría
- 62 *Manzanera-Ornelas D. A. y cols.* Alergia a la proteína de la leche de vaca (APLV). si no hay lactancia, ¿cuál fórmula es mejor?
- 63 *Reyes-Apodaca M. y cols.* Antropometría vs. DEXA en los objetivos nutricionales del paciente pediátrico con FQ
- 64 *Rosas-García K. X. y cols.* Síndrome de realimentación, ¿realmente lo sospecha el médico de primer contacto?
- 64 *Flores-Soriano C. R. y cols.* Descripción del estado nutricional y principales hallazgos gastrointestinales en la población pediátrica con diagnóstico de esclerosis tuberosa en un hospital de tercer nivel
- 65 *Castellanos-Guerra M. J. y cols.* Contraste de los efectos nutricionales y costos entre el uso de nutrición enteral polimérica y nutrición enteral artesanal, en población pediátrica en la Cruz Blanca Neutral IAP: reporte de casos
- 66 *Torres-López P. y cols.* ¿Cuál es el tipo de soporte nutricional que reciben los pacientes de la clínica integral de fibrosis quística del Hospital Infantil de México Federico Gómez?
- 66 *Bolívar-Quiñones M. E. y cols.* Impacto de la pandemia de COVID-19 en los trastornos de la conducta alimentaria
- 67 *Sámano-Villanueva G. F. y cols.* Requerimientos energéticos basales. ¿Realmente es un parámetro que se relaciona con el desarrollo del síndrome de realimentación? estudio retrospectivo en un hospital pediátrico de tercer nivel de atención
- 67 *Rivera-Aguilera E. A. y cols.* Seguimiento nutricional en pacientes pediátricos con insuficiencia intestinal, en la clínica de nutrición parenteral ambulatoria de un centro hospitalario de tercer nivel en México
- 68 *Velasco-Suárez D. y cols.* Sobrepeso/obesidad, ansiedad/depresión y padres divorciados/separados en escolares y adolescentes de un colegio privado de Cali, Colombia
- 68 *Reyes-Apodaca M. y cols.* Retos en el diagnóstico nutricional del paciente con enfermedad hepática
- 69 *Cruz-Hernández A. M. y cols.* Impacto económico de la desnutrición en menores de cinco años con enfermedad hepática crónica

- 70 *Romo-González C. y cols.* Presencia de *Helicobacter* gástricos no *Helicobacter pylori* en niños y adultos mexicanos con manifestaciones gastroduodenales
- 70 *Escobedo-Berumen L. y cols.* Comportamiento de los patógenos gastrointestinales pospandemia en pacientes pediátricos en la Ciudad de México
- 70 *Quiroz-Mora M. F. y cols.* Reporte de casos de enteritis eosinofílica en población pediátrica en Hospital Materno Infantil ISSEMyM
- 71 *Manzanera-Ornelas D. A. y cols.* Hallazgos histológicos en niños con alergia a la proteína de la leche de vaca (APLV), ¿qué podemos esperar?
- 72 *Maldonado-Rivera C. y cols.* Enfermedad inflamatoria intestinal en pacientes pediátricos con presentación muy temprana y actual uso de Ustekinumab
- 73 *Duarte-Torres K. G. y cols.* Enfermedad inflamatoria intestinal de inicio temprano en un centro terciario de la Ciudad de México: características y abordaje clínico
- 74 *Chelius-Muñoz M. F. y cols.* Infección por citomegalovirus y virus de Epstein-Barr en pacientes pediátricos receptores de trasplante hepático
- 74 *Franco-Gutiérrez D. L. y cols.* Perfil de trombofilia en el paciente con insuficiencia hepática sometido a trasplante hepático durante 2022 en el Hospital de Pediatría UMAE, CMNO
- 75 *Lara-Castro P. I. y cols.* Reporte de serie de casos de déficit de alfa-1 antitripsina y revisión de la literatura
- 75 *Pérez-Gutiérrez R. S. y cols.* Caracterización clínica, bioquímica e histológica de hepatitis aguda de etiología desconocida en hospital de segundo nivel en México
- 77 *Maldonado-Meza M. y cols.* Determinación de los criterios diagnósticos para enfermedad hepática autoinmune juvenil y de los genotipos HLA-DRB1 en pacientes con hepatitis autoinmune del Hospital de Pediatría del CMNO
- 77 *Cárdenas-Anaya E. y cols.* Determinación de sarcopenia a través del área total del PSOAS medido por tomografía computarizada en pacientes con enfermedad hepática crónica y cirrosis: un estudio observacional en población pediátrica mexicana
- 78 *García-Barrón A. M. y cols.* Glucogenosis: manifestaciones clínicas, alteraciones bioquímicas y hallazgos histopatológicos en pacientes de una institución de tercer nivel de pediatría en la Ciudad de México
- 78 *Flores-Castillo J. L. y cols.* Síndrome de Mowat-Wilson: descripción fenotípica, genotípica e involucro gastrointestinal. Serie de casos
- 79 *Consuelo-Sánchez A. y cols.* Colestasis intrahepática familiar progresiva. Serie de casos en pacientes pediátricos
- 80 *Burboa-Tostado E. B. y cols.* Soluciones intravenosas en pancreatitis aguda durante las primeras 24 horas en pacientes pediátricos del Hospital Civil de Guadalajara Dr. Juan I. Menchaca
- 80 *Córdova-García K. G. y cols.* Impacto del manejo nutricional en la estancia hospitalaria en pacientes pediátricos con pancreatitis aguda en un centro de segundo nivel
- 81 *López-Segovia L. C. y cols.* Perfil clínico-epidemiológico en pacientes pediátricos con diagnóstico de pancreatitis aguda. Experiencia de nueve años en un centro de referencia de tercer nivel
- 81 *Gutiérrez-Herrera M. C. y cols.* Evolución clínica de pacientes pediátricos con patología pancreática sometidos a colangiopancreatografía retrógrada endoscópica (CPRE) en un hospital de tercer nivel en un periodo de seis meses
- 82 *Elizarrarás-Ortega A. N. y cols.* Incidencia de la enfermedad de injerto contra hospedero gastrointestinal y hepático en pacientes postrasplantados de células hematopoyéticas progenitoras en hospital pediátrico de tercer nivel en México
- 82 *Chino-Valderrábano D. y cols.* *Drug-induced liver injury* (DILI) en pediatría: características clínicas y evolución bioquímica

■ Trabajos libres en cartel, domingo 19

- 84 *Mulia-Mejía C. I. y cols.* Indicadores dietéticos y antropométricos asociados a esteatosis hepática en adultos aparentemente sanos
- 85 *Camacho-Hernández S. y cols.* Efecto de la combinación de orlistat/l-carnitina a corto plazo en la calidad de vida, la fatiga, la depresión y la ansiedad de pacientes con sobrepeso/obesidad

- 85 Carranza-Carrasco A. y cols. Asociación de marcadores de inflamación con el estado nutricional en pacientes con cirrosis hepática
- 86 Méndez-Guerrero O. y cols. Los niveles séricos de zinc en los pacientes con cirrosis hepática se asocian a mayor gravedad y mayores complicaciones propias de la enfermedad
- 87 Vázquez-Rodríguez D. y cols. Fragilidad e índice de calidad de la dieta en pacientes con infección crónica de VHC con y sin cirrosis. Reporte preliminar
- 87 Guzmán-Avilán K. D. y cols. Asociación de severidad, etiología y edad en pancreatitis aguda: experiencia de tres años
- 88 Coutiño-Flores M. y cols. Reporte preliminar de linfopenia como factor predictor de complicaciones tempranas en pacientes con pancreatitis aguda
- 89 Ochoa-Guerrero G. y cols. Caracterización clínico-epidemiológica de los pacientes con neoplasias quísticas pancreáticas en el Hospital de Especialidades Centro Médico Manuel Ávila Camacho, IMSS, Puebla, Puebla
- 89 Tadeo-Espinoza H. N. y cols. Los índices NLR (neutrófilos/linfocitos) y PLR (plaquetas/linfocitos) predicen el tiempo, pero no los patrones de recurrencia en pacientes con adenocarcinoma ductal de páncreas resecable
- 90 Rosales-Sotomayor G. y cols. Comparación de la precisión diagnóstica de las guías de la AGA, Fukuoka revisada y europea para la detección de malignidad en neoplasias quísticas pancreáticas
- 91 Deaquino-Reyes T. y cols. Asociación de elevación del dímero D con la severidad de pancreatitis aguda en pacientes del Hospital Juárez de México
- 92 Domínguez-Rosado I. y cols. Stent pancreático externalizado como intervención para mitigar la gravedad de la fístula pancreática posoperatoria
- 93 Sánchez-Otero M. J. y cols. Niveles de ALT a las 48 horas como predictor de coledocolitiasis en pancreatitis biliar aguda leve. Resultados de una cohorte del mundo real
- 95 Espinosa-Saavedra D. y cols. Hallazgos por videocápsula endoscópica en pacientes pediátricos con sospecha de hemorragia de intestino delgado
- 96 Méndez-Contreras A. y cols. Complicaciones relacionadas a la gastrostomía endoscópica percutánea, abierta y laparoscópica, con y sin funduplicatura
- 96 Quesada-Tortoriello A. I. y cols. Uso de nuevas herramientas (IBMN y PSPW) para aumentar la exactitud diagnóstica del monitoreo por impedancia ph-metría en pacientes pediátricos con enfermedad de reflujo gastroesofágico
- 97 Cruz-Bautista E. y cols. Hallazgos en la manometría anorrectal de alta resolución en pacientes pediátricos con estreñimiento crónico en un hospital de tercer nivel
- 98 Gordillo-Rodríguez L. y cols. Asociación entre niveles de impedancia basal diurna y aclaramiento esofágico en niños con trastornos funcionales esofágicos
- 100 Ordaz-Álvarez H. R. y cols. Prevalencia de trastornos de la conducta alimentaria en pacientes con esteatosis hepática metabólica (EHMET)
- 100 Torres-Díaz J. A. y cols. Utilidad del puntaje MAFLD-S para el diagnóstico de maflD en un grupo de adultos mexicanos
- 101 Mijangos-Trejo A. M. y cols. Alteración del perfil lipídico en LEAN-NAFLD: estudio realizado en población mexicana
- 103 Solís-Ortega A. A. y cols. Valores de referencia de presión faríngea y esfínter esofágico superior a diferentes volúmenes y viscosidades en población mexicana adulta asintomática y sin factores de riesgo para disfagia orofaríngea determinados mediante manometría faringoesofágica de alta resolución
- 105 López-Mosqueda L. G. y cols. ¿Podría la longitud esofágica explicar la inusual coexistencia de acalasia y hernia hiatal?
- 105 Carranza-Mendoza I. G. y cols. Determinantes del éxito clínico en pacientes con acalasia posoperados de miotomía de Heller con funduplicatura
- 106 Esquivel-Velázquez M. y cols. El consumo de edulcorantes no calóricos en el embarazo se asocia con cambios en la microbiota del calostro materno
- 107 Aguirre-Villarreal D. y cols. Hallazgos manométricos en pacientes con disfagia esofágica y endoscopia negativa

■ Trabajos libres orales, lunes 20

- 94 Peña-Gutiérrez J. J. y cols. Gastrostomía endoscópica percutánea en pacientes pediátricos de un hospital de tercer nivel de atención: serie de casos

- 108 *Abendaño-Rivera D. F. y cols.* Trastornos psicoafectivos, psicológicos y psiquiátricos identificados mediante consulta psicológica especializada brindada a pacientes con trastornos gastrointestinales funcionales
- 109 *Morales-Osorio G. y cols.* Prevalencia de disfunción eréctil en pacientes en lista de espera de trasplante hepático ortotópico y pacientes postrasplante hepático evaluado mediante el IIEF-5
- 109 *Dorantes-Nava C. L. y cols.* Validación de la escala LILLE 4 para predecir desenlace de pacientes con hepatitis alcohólica severa en población mexicana
- 110 *Cano-Contreras A. D. y cols.* Validación de la prueba de denominación de animales para el diagnóstico de la encefalopatía hepática mínima
- 111 *Román-Calleja B. M. y cols.* Mejoría en la microbiota intestinal y endotoxemia circulante generada por un programa de ejercicio físico en pacientes con cirrosis e hipertensión portal
- 111 *Meneses-Parga A. y cols.* Epidemiología de la peritonitis bacteriana espontánea en pacientes mexicanos con cirrosis hepática, y la resistencia a los antibióticos, en un centro de alta especialidad
- 112 *Ontiveros-López S. y cols.* Prevalencia de fatiga en enfermedad inflamatoria intestinal evaluada mediante cuestionario IBD-F
- 113 *Fonseca-Camarillo G. y cols.* La alta expresión del gen fox04 se asoció con la actividad histológica en pacientes con cuci
- 113 *Martínez-González H. y cols.* Enfermedad hepática grasa y factores relacionados en pacientes con colitis ulcerosa crónica idiopática
- 114 *Fonseca-Camarillo G. y cols.* Participación de los factores de transcripción NR4A y la familia de proteínas ndrg en pacientes con enfermedad inflamatoria intestinal y controles
- 116 *Azamar-Llamas D. y cols.* El impacto de la vacunación contra SARS-COV-2 en pacientes con trasplante hepático
- 117 *Schmulson-Wasserman M. J. y cols.* Primer estudio prospectivo de trastornos de la interacción intestino-cerebro (TIIC) post-COVID-19 en México

■ Trabajos libres en cartel, lunes 20

- 118 *Enríquez-Constantino B. A. y cols.* Factores asociados a recurrencia de hemorragia posterior a tratamiento endoscópico en pacientes con diagnóstico de cáncer gástrico
- 118 *Cortínez-Encarnación E. y cols.* Prevalencia de la anemia ferropénica en pacientes con hemorragia del tubo digestivo aguda
- 119 *Chávez-Santiago A. A. y cols.* Comparación entre el uso del cuestionario GERDQ y la endoscopia en el diagnóstico de la enfermedad por reflujo gastroesofágico
- 120 *Lajud-Barquín F. A. y cols.* Fenotipos clínicos y endoscópicos de los pacientes con enfermedad por reflujo gastroesofágico en un centro de tercer nivel
- 121 *Klimek-Albarrán G. y cols.* Apego a las indicaciones de endoscopia digestiva alta en un hospital de la Ciudad de México y su rendimiento diagnóstico
- 121 *Romero-Lozanía J. A. y cols.* Experiencia de colocación de gastrostomía endoscópica percutánea (GEP) mediante anestesia local en el Hospital General de México (HGM) Dr. Eduardo Liceaga
- 122 *Álvarez-Sánchez V. A. y cols.* Importancia de la endoscopia en el diagnóstico de sarcoma de Kaposi gastrointestinal en pacientes con HIV avanzado y síntomas gastrointestinales: serie de casos
- 123 *Figueroa-Palafox M. y cols.* Experiencia endoscópica con el uso de clip Ovesco OTSC (*over the scope clip*) en un centro de tercer nivel en México
- 124 *Montero García P. J. y cols.* Técnicas endoscópicas para reducir el tamaño de la anastomosis gastroyunal posterior a cirugía bariátrica con el uso del clip Ovesco®
- 124 *Bocchetti-García M. M. y cols.* Caracterización clínica, endoscópica e histopatológica de colitis microscópica y sus fenotipos en pacientes con diarrea crónica
- 125 *Ríos-Del Río A. S. y cols.* No olvidar la visualización del colon durante estudios de cápsula de enteroscopia
- 125 *Colín-Garnica J. y cols.* Correlación entre hallazgos endoscópicos e histopatológicos en duodeno de pacientes con diarrea crónica, en el servicio de endoscopia del Hospital General de México

- 126 *Lajud-Barquín F. A. y cols.* Hallazgos endoscópicos en el tamizaje del cáncer colorrectal en pacientes mayores y menores de 50 años en un centro de tercer nivel
- 126 *Alegría-Ovando M. C. y cols.* Factores de riesgo asociados al desarrollo de lesiones precursoras de cáncer gástrico en pacientes mexicanos
- 127 *Ponce-Kuri A. Y. y cols.* Incidencia y características histológicas de lesiones premalignas gástricas en un hospital de tercer nivel en la Ciudad de México. Médica Sur
- 127 *Paredes-Amenábar C. y cols.* Uso de inteligencia artificial en tiempo real en la identificación de lesiones premalignas durante colonoscopia en el servicio de endoscopia gastrointestinal
- 128 *Figuroa-Montaña R. C. y cols.* Factores asociados a presencia de adenomas serrados en una población al noroeste de México en pacientes sometidos a colonoscopia de tamizaje
- 128 *Ochoa-Meza L. F. y cols.* Factores asociados a una preparación colónica adecuada: la limpieza del colon en un escenario de la vida real
- 129 *Ochoa-Meza L. F. y cols.* Tolerancia y limpieza intestinal con una preparación artesanal a base de ascorbato de sodio: estudio comparativo ciego con polietilenglicol en dosis dividida
- 129 *Téllez-Hinojosa C. A. y cols.* Utilidad del ultrasonido gástrico para predecir una cámara gástrica vacía antes de la endoscopia superior
- 130 *Rodríguez-Guajardo A. y cols.* Utilidad clínica del ultrasonido endoscópico en el abordaje y tratamiento de patologías gastrointestinales en un hospital regional. Experiencia de cinco años
- 130 *Sánchez-Salinas F. y cols.* Duodenitis como manifestación de dispepsia en pacientes con infección por *Helicobacter pylori*
- 132 *Morales-Mairena E. J. y cols.* Utilidad diagnóstica de la cromoendoscopia digital I-Scan en endoscopia superior para la infección por *Helicobacter pylori* y su correlación interobservador
- 132 *Bravo-Espinoza I. E. y cols.* Caracterización de hallazgos endoscópicos e histopatológicos en pacientes con dispepsia y obesidad
- 133 *Domínguez-Cardoso P. F. y cols.* Relación de hallazgos endoscópicos y parámetros bioquímicos en pacientes que se someten a tamizaje de hipertensión portal
- 134 *Enríquez-Constantino B. A. y cols.* Efecto en la calidad de vida relacionada con la salud en pacientes cirróticos sometidos a tratamiento endoscópico de ligadura variceal
- 135 *Domínguez-Cardoso P. F. y cols.* Relación de hallazgos endoscópicos y estadio clínico en pacientes con colangitis biliar primaria
- 135 *Contreras-Chong M. F. y cols.* Aislamientos bacterianos, susceptibilidad y resistencia antimicrobiana en pacientes con colangitis aguda en Mexicali, Baja California
- 136 *Medina-Shigumatsu N. V. y cols.* Prevalencia y manejo endoscópico del lito difícil, ¿cuál es el alcance con la CPRE?
- 137 *Herrera-Sato M. y cols.* Prevalencia del divertículo periampular en pacientes detectados por colangiografía retrógrada endoscópica
- 137 *Pérez-Santos P. L. y cols.* Ultrasonido endoscópico como procedimiento diagnóstico de coledocolitiasis de pacientes con riesgo intermedio de acuerdo con los criterios ASGE
- 137 *Jiménez-Gutiérrez J. M. y cols.* Adquisición de tejido guiado por ultrasonido endoscópico en pacientes con neoplasias sólidas pseudopapilares del páncreas
- 138 *Almeida-Nieto C. y cols.* Prevalencia de divertículos duodenales periampulares en pacientes con CPRE en un hospital de tercer nivel y su influencia en la tasa de canulación exitosa
- 139 *Contreras-Villagómez C. y cols.* Resultados de la esfinteroplastia endoscópica de papila duodenal con balón grande de intervalo en la coledocolitiasis difícil
- 140 *Guzmán-Cárcamo A. R. y cols.* Experiencia de diverticulotomía de Zenker en un centro de tercer nivel de México: serie de casos
- 140 *Guirao-Pérez R. y cols.* Incremento en la frecuencia de falla hepática aguda relacionada a cambios en el comportamiento de virus de hepatitis A en el Hospital Juárez de México
- 141 *Rosales-Rentería L. A. y cols.* Validación e impacto de recompensación según los criterios de Baveno VII después de la respuesta viral sostenida en pacientes con cirrosis descompensada relacionada con la hepatitis C tratados con antivirales de acción directa
- 142 *Cazarín-Chávez K. y cols.* Insuficiencia hepática aguda en una cohorte de pacientes con hepatitis A

- 142 *Cazarín-Chávez K. y cols.* Comparativo entre las tasas de prevalencia anual de infección aguda por virus de hepatitis A entre 2016 y 2023
- 143 *Rizo-Robles M. T. y cols.* Hepatitis A en el Hospital de Especialidades Centro Médico Nacional la Raza
- 143 *Cazarín-Chávez K. y cols.* Estudio de casos y controles para valorar el impacto clínico de la presencia de colecistitis aguda alitiásica en pacientes con hepatitis viral aguda tipo A
- 144 *García-Campos K. y cols.* Falla hepática aguda secundaria a virus de hepatitis A en un hospital de tercer nivel de atención
- 144 *Govea-Mendoza B. y cols.* Falla hepática aguda secundaria a infección por virus de hepatitis A y mortalidad en el Hospital Regional Lic. Adolfo López Mateos, ISSSTE, en el periodo 2022-2023
- 145 *Chavarín-Meza A. E. y cols.* Trasplante renal con donador VHC positivo en la era de los antivirales de acción directa
- 147 *Cruz-Sancén N. A. y cols.* Ecología de la microbiota intestinal en pacientes con enfermedad hepática por esteatosis
- 148 *Martínez-Cabrera C. F. y cols.* Asociación entre el patrón de consumo de café y la presencia de esteatosis y fibrosis hepática
- 148 *Valentín-Cortez F. J. y cols.* Características antropométricas de pacientes mexicanos no obesos con NAFLD
- 149 *Bravo-Cabrera A. y cols.* Búsqueda de fibrosis hepática mediante escalas no invasivas en pacientes con diabetes *mellitus* tipo 2 en el Centro Médico IS-SEMyM Toluca
- 150 *Valentín-Cortez F. J. y cols.* Asociación entre esteatosis hepática no alcohólica diagnosticada por elastografía de transición y marcadores de riesgo cardiovascular
- 150 *Ávila-Rojo J. A. y cols.* Prevalencia de hígado graso y factores de riesgo para cirrosis hepática en población mexicana asintomática
- 151 *Navarro-Sánchez A. y cols.* Prevalencia de colelitiasis e hígado graso con componentes del síndrome metabólico en una cohorte de cinco años en un centro de tercer nivel en México
- 152 *Prieto-Nava J. D. y cols.* Prevalencia de fibrosis hepática avanzada asociada a EHGNA en pacientes con VIH estimada por FIB-4
- 152 *Herrera-López A. P. y cols.* Asociación de la fuerza y masa muscular con la esteatosis hepática en adultos mexicanos
- 153 *Fierro-Angulo O. M. y cols.* Prevalencia y factores de riesgo asociados con la presencia de esteatosis y fibrosis hepática en pacientes con diabetes *mellitus* tipo 2 de reciente diagnóstico
- 153 *Félix-Téllez F. A. y cols.* Marcadores no invasivos de fibrosis hepática y su utilidad en la enfermedad arterial coronaria
- 153 *Cano-Contreras A. D. y cols.* Prevalencia de aterosclerosis carotídea en pacientes con esteatosis hepática metabólica
- 154 *Guzmán-Uzcanga D. N. y cols.* Prevalencia de enfermedad periodontal en pacientes con esteatosis hepática metabólica
- 155 *Priego-Parra B. A. y cols.* Validación y rendimiento diagnóstico del índice de esteatosis hepática (HSI) en sujetos con MASLD
- 156 *Carrillo-Rojas J. I. y cols.* Desarrollo de enfermedad hepática esteatótica en pacientes receptores de trasplante hepático
- 157 *Mijangos-Trejo A. M. y cols.* Asociación de niveles séricos de ácido úrico y presencia de NAFLD en población mexicana
- 157 *Juárez-Hernández E. y cols.* Diferencias en la composición corporal en pacientes con MASLD de acuerdo al índice de masa corporal y perfil metabólico
- 158 *Durán-Azamar P. y cols.* Alteración de la función renal en pacientes con esteatosis hepática metabólica de reciente diagnóstico
- 159 *Sosa-Martínez R. y cols.* Correlación de calidad de vida y tasa de atenuación controlada (CAP) por elastografía hepática en pacientes con enfermedad por hígado graso asociado a disfunción metabólica (MAFLD) vs. cirrosis hepática
- 160 *Reyes-Díaz S. A. y cols.* Síndrome de intestino irritable en pacientes con hígado graso metabólico: ¿resultado de la dieta?
- 161 *Haro-Limón M. y cols.* Prevalencia del hígado graso no alcohólico en pacientes con enfermedad renal crónica en pacientes del Hospital General de Zona No. 8 Dr. Gilberto Flores Izquierdo
- 162 *Hernández-Barragán A. y cols.* Evaluación de los niveles de las proteínas de unión al factor de crecimiento insulinoide en MASLD, ALD y METALD

- 163 *Romero-Morales B. T. y cols.* El papel de los basófilos en la regeneración hepática
- 163 *Hernández-Santillán M. y cols.* Evaluación de los niveles séricos de TGF- β 1, 2 y 3 e IL-10 en enfermedades hepáticas crónicas
- 164 *Gutiérrez-Reyes G. y cols.* La regeneración hepática se mejora con la xenoinplantación de un andamio en un modelo animal de hepatectomía
- 164 *Gutiérrez-Reyes G. y cols.* Marcadores de daño oxidativo en enfermedad hepática por alcohol
- 165 *Gallegos-Calderón H. y cols.* Impacto de la activación del sistema inmune innato (neutrófilos) en la regeneración hepática
- 165 *Munguía-Guizar M. Y. y cols.* Características epidemiológicas en pacientes con colangitis biliar primaria (CBP) en Unidad Médica de Alta Especialidad (UMAE), IMSS, Puebla
- 166 *Alegría-Ovando M. C. y cols.* Características y desenlace de pacientes con absceso hepático, una cohorte retrospectiva
- 166 *Medina-Ávalos E. J. y cols.* Caracterización y determinación de prevalencia de enfermedades hepáticas autoinmunes en un centro de tercer nivel
- 167 *Zubía-Nevárez C. I. y cols.* Desenlaces asociados con la recurrencia de enfermedad hepática autoinmune posterior a un trasplante hepático en pacientes de un centro de tercer nivel en México
- 168 *Toapanta-Yanchapaxi L. y cols.* Neurotoxicidad asociada a inhibidores de calcineurina en trasplante hepático
- 168 *Aguirre-Villarreal D. y cols.* Progresión del papanicolaou en mujeres que recibieron un trasplante hepático. Una cohorte mexicana
- 169 *Tinitana-Jumbo C. S. y cols.* Sobrevida a un año de trasplante hepático en un grupo de pacientes geriátricos
- 169 *Jiménez-Hernández V. y cols.* Índice plaquetas-leucocitos como biomarcador pronóstico en absceso hepático amebiano
- 170 *Jasso-Baltazar E. A. y cols.* El nivel de educación no impacta en los desenlaces de trasplante hepático
- 171 *Ávila-Franco A. Y. y cols.* NVP-esplenomegalia score como predictor de várices esofagogástricas en pacientes con diagnóstico de colangitis biliar primaria
- 172 *Servín-Caamaño A. y cols.* Las estatinas favorecen una mejor respuesta al ácido ursodesoxicólico en pacientes con colangitis biliar primaria, mientras que la fibrosis avanzada/cirrosis, la sobreposición, la obesidad y la hiperbilirrubinemia son predictores adversos
- 173 *Rizo-Robles M. T. y cols.* Hepatopatías en el embarazo evaluadas en el servicio de gastroenterología del hospital de especialidades del Centro Médico Nacional La Raza
- 173 *Ochoa-Maya J. P. y cols.* Causas de falla hepática aguda, características de laboratorio y factores relacionados con mortalidad
- 174 *Tadeo-Jiménez Y. y cols.* Respuesta al ácido ursodesoxicólico y betabloqueador en pacientes con alteraciones hepáticas por inmunodeficiencia común variable
- 175 *Ontiveros-López S. y cols.* Citopenias en paciente receptor de trasplante hepático atendido en el HE CMN La Raza
- 175 *Prieto-Nava J. D. y cols.* Enfermedad poliquística renal y hepática. Reporte de cinco casos y revisión de la literatura
- 176 *Martínez-Castillo M. y cols.* Evaluación del estado de salud general y hepática en donadores de sangre, una praxis de atención primaria

■ Trabajos libres orales, martes 21

- 178 *Remes-Troche J. M. y cols.* Primer análisis del registro mexicano para el estudio del diagnóstico y tratamiento de la infección por *Helicobacter pylori* (HP-MEXREG): diagnóstico, indicaciones y erradicación
- 179 *Martínez-Luna A. y cols.* Porcentaje de respuesta sintomática en pacientes posterior al tratamiento de erradicación de *H. pylori*
- 179 *Velasco-Santiago Y. M. y cols.* Eficacia en la erradicación de *Helicobacter pylori* en un hospital de tercer nivel
- 181 *Rosales-Rentería L. A. y cols.* La resolución de la hipertensión portal clínicamente significativa en pacientes que lograron recompensación de cirrosis se asocia con mejores desenlaces en la infección crónica por virus de la hepatitis C después de obtener respuesta viral sostenida.
- 182 *Revuelta-Rodríguez L. A. y cols.* Volumen y presión de llenado de aurícula izquierda y lesión renal aguda en pacientes con cirrosis hepática

- 182 *Medina-Avalos E. J. y cols.* MELD 3.0 es el mejor predictor de mortalidad en pacientes con falla hepática aguda sobre crónica
- 184 *López-Romero S. y cols.* Efectividad de la preparación colónica con bajo volumen y bisacodilo en pacientes hospitalizados (PREPBI): ensayo clínico, aleatorizado, ciego simple
- 185 *Sánchez-Jiménez B. A. y cols.* Inteligencia artificial en colonoscopia para aumentar la tasa de detección de adenomas en pacientes con síndrome de Lynch
- 185 *Gutiérrez-Lozano I. y cols.* Tamizaje de cáncer colorectal en hospital de tercer nivel en México a partir del cambio en la recomendación de edad de inicio emitida por el Equipo de Trabajo de Servicios Preventivos de Estados Unidos (*Us Preventive Services Task Force, USPSTF*)
- 185 *Hernández-Guerrero A. I. y cols.* Predictores de fracaso clínico temprano (< 4 semanas) de SEMS descubiertos en la obstrucción del tracto de salida gástrica maligna

■ Trabajos libres en cartel, martes 21

- 187 *Morales-Osorio G. y cols.* Nuevas herramientas diagnósticas en enfermedad por reflujo gastroesofágico: integral contráctil de la unión esofagogástrica e impedancia basal media nocturna
- 188 *Garay-Ortega J. A. y cols.* Efecto de amitriptilina en la integral de contracción distal en pacientes mexicanos con esófago hipercontráctil
- 188 *Morales-Osorio G. y cols.* Comparación de las características de la impedancia/pH-metría y la IBMN entre individuos con síntomas laringofaríngeos y esofágicos de reflujo
- 190 *Ornelas-Arroyo V. J. y cols.* Evaluación de la función contráctil de la unión esofagogástrica en pacientes con hernia hiatal y su relación con la disfagia
- 190 *Medina-Ávalos E. J. y cols.* Correlación del tiempo de exposición al ácido y la reserva peristáltica en pacientes con motilidad esofágica inefectiva
- 191 *Solís-Ortega A. A. y cols.* Modificaciones biomecánicas de la respuesta deglutoria orofaríngea a diferentes volúmenes y viscosidades evaluadas mediante manometría faringoesofágica de alta resolución
- 191 *Camacho-Hernández S. y cols.* Calidad de vida, índice de masa corporal, escolaridad y depresión/ansiedad en la enfermedad por reflujo gastroesofágico
- 192 *Miranda-Maciel R. A. y cols.* Correlación de la integral contráctil de la unión esofagogástrica con la impedancia basal nocturna y el tiempo de exposición al ácido en los distintos fenotipos de enfermedad por reflujo gastroesofágico
- 193 *Diego-Salazar P. M. y cols.* Respuesta a inhibidor de bomba de protones y su correlación con los parámetros determinados por monitorización ambulatoria de reflujo (pH-impedancia) en pacientes con enfermedad por reflujo gastroesofágico
- 194 *Bran-Alvarado J. P. y cols.* Utilidad de la impedancia basal nocturna en el diagnóstico de reflujo gastroesofágico (RGE)
- 195 *Carranza-Mendoza I. G. y cols.* Angulación de la unión esofagogástrica evaluada por esofagografía y su asociación con el éxito de canulación en manometría y el Eckardt posquirúrgico
- 195 *Díaz-Crespo A. H. y cols.* Efectos del cannabidiol (CBD) en la motilidad esofágica
- 196 *Diego-Salazar P. M. y cols.* Factores clínicos relacionados a falla a tratamiento con inhibidores de bomba de protones en pacientes con sospecha de enfermedad por reflujo gastroesofágico en dos centros de tercer nivel
- 197 *Pena-Montes A. y cols.* Uso de la escala neqol-s para valorar la calidad de vida en pacientes con síntomas de reflujo gastroesofágico
- 197 *Tinitana-Jumbo C. S. y cols.* Evaluación de éxito tras la cirugía en pacientes con acalasia a un año de seguimiento
- 198 *Vázquez-Cruz A. P. y cols.* Impacto del distrés psicológico en la intensidad de los síntomas en el espectro de ERGE refractario orgánico-funcional
- 198 *Arenas-Martínez J. S. y cols.* Características clínicas y hallazgos endoscópicos en pacientes con disfagia esofágica. Un estudio transversal en un centro de tercer nivel de atención
- 199 *Martínez-Gómez N. y cols.* Hallazgos manométricos en adultos mayores en hospital de tercer nivel. HRAEBI ISSSTE
- 199 *García-Domínguez D. y cols.* Detección de *Helicobacter pylori* en saliva humana mediante técnica de PCR. Reporte inicial en 10 pacientes
- 200 *Asencio-Barrientos C. N. y cols.* Relación de recaída a terapia de erradicación de *Helicobacter pylori* en gastritis crónica activa y familiares positivos en una población de Guatemala

- 201 *Guirao-Pérez R. y cols.* Experiencia en el tratamiento de *Helicobacter pylori* en el Hospital Juárez de México. ¿Qué falta por hacer?
- 201 *Félix-Téllez F. A. y cols.* Prevalencia de lesiones precursoras de adenocarcinoma gástrico en pacientes con infección por *H. pylori*
- 202 *Félix-Téllez F. A. y cols.* Respuesta clínica de globus a la terapia de erradicación en pacientes con infección por *Helicobacter pylori*
- 202 *Pérez-Castañeda A. G. y cols.* Enfermedades autoinmunes en pacientes con infección por *Helicobacter pylori*
- 202 *Piedras-Hernández A. y cols.* Prevalencia de sangrado de tubo digestivo alto no variceal en pacientes hospitalizados con COVID-19: un estudio observacional
- 203 *Schmulson-Wasserman M. J. y cols.* Efectos adversos gastrointestinales posvacunación anti-SARS-COV-2
- 204 *Dosal-Limón S. K. y cols.* Características clínicas y resultados quirúrgicos en cáncer colorrectal en un hospital de tercer nivel en México: impacto de la emergencia sanitaria de COVID-19
- 205 *Alvarado-Garza P. A. y cols.* Correlación entre síntomas de dispepsia funcional y distensión abdominal: la otra cara de la moneda
- 205 *Vera-Nungaray S. A. y cols.* La longitud del bazo se relaciona con las varices esofagagástricas
- 205 *Torrez-Arias L. A. y cols.* Caracterización clínica, endoscópica e histológica en pacientes hospitalizados con adenocarcinoma gástrico en el servicio de gastroenterología del Hospital General de México Dr. Eduardo Liceaga
- 206 *Goudet-Vértiz E. y cols.* Caracterización de los hallazgos manométricos en enfermedades sistémicas en población mexicana
- 207 *Che-Cantún G. C. y cols.* Características epidemiológicas y manométricas de pacientes mexicanos con doble incontinencia (DI) en un hospital de tercer nivel de atención
- 208 *Toranzo-González C. J. y cols.* Hallazgos por manometría de alta resolución en pacientes posoperados de funduplicatura
- 209 *Chávez-Saavedra G. y cols.* Perfil epidemiológico del cáncer de colon y recto en población guanajuatense: ¿justifica una intervención preventiva efectiva?
- 209 *Tavares-Ortega J. A. y cols.* Efecto de la pirfenidona oral en la cicatrización de anastomosis de colon y la formación de adherencias en ratas
- 209 *López-Bernal N. E. y cols.* Efecto de la administración oral de pravastatina en la formación de adherencias: un modelo experimental en ratas
- 210 *Tavares-Ortega J. A. y cols.* Efectos de zafirlukast oral, sildenafil o pirfenidona en la formación de adherencias intraabdominales posquirúrgicas en un modelo experimental en ratas
- 210 *Vela-Torres A. y cols.* Correlación de los índices hematológicos IPL e INL con la gravedad y el pronóstico de la enfermedad diverticular complicada
- 211 *Abendaño-Rivera D. F. y cols.* Deficiencia de vitamina D en pacientes mexicanos con síndrome de intestino irritable
- 212 *Carmona-Guerrero D. I. y cols.* Presencia de estreñimiento en adultos mayores de 65 años con deterioro cognitivo. ¿Existe relación?
- 213 *Fernández-Ramírez A. J. y cols.* Capacidad predictiva de los niveles de anticuerpos antitransglutaminasa IGA para identificar atrofia de vellosidades intestinales en pacientes con sospecha de enfermedad celiaca
- 213 *Gómez-Mendoza R. A. y cols.* Reporte de serie de casos de tuberculosis abdominal: una patología polifacética
- 214 *Ortiz-Olvera N. y cols.* Microbiota oral y fecal de un buen donador mexicano: el paradigma de la microbiota saludable para el trasplante fecal
- 214 *Pérez-Monter C. y cols.* Correlaciones entre la microbiota intestinal y los macronutrientes de la dieta en pacientes cirróticos por VHC
- 215 *Dorantes-Nava C. L. y cols.* Eficacia del tratamiento con *biofeedback* en mujeres con disinergia defecatoria en un hospital de tercer nivel
- 216 *Dorantes-Nava C. L. y cols.* Disinergia defecatoria: características clínicas y manométricas en hospital de tercer nivel
- 216 *Carmona-Castillo M. Y. y cols.* Evaluación del sueño en pacientes con desórdenes del eje cerebro-intestino
- 217 *Valdovinos-García L. R. y cols.* Uso de neuromoduladores en la práctica clínica: resultados de una encuesta nacional a profesionales de la salud digestiva

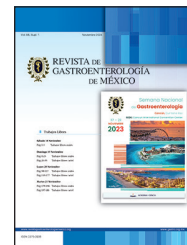
- 218 *García-Zermeño K. R. y cols.* Correlación entre escalas de síntomas anorrectales y trastornos de la sensibilidad rectal
- 218 *Reyes-Díaz S. A. y cols.* Impacto de la orientación sexual en los síntomas gastrointestinales de sujetos con síndrome de intestino irritable: un estudio transversal
- 219 *Medina-Morales K. E. y cols.* Características clínicas en pacientes con dolor abdominal de etiología no identificada: ¿qué tanto se asocia a dolor crónico de pared abdominal?
- 220 *Durán-Azamar P. y cols.* Halitosis en enfermedades gastrointestinales. ¿mito o realidad?
- 220 *Díaz-Crespo A. H. y cols.* Patrones de manometría esofágica de alta resolución en pacientes posoperados de funduplicatura tipo NISSEN
- 221 *Rangel-Zavala G. y cols.* Prevalencia e impacto del síndrome de intestino irritable en individuos con incontinencia fecal según los criterios de Roma IV
- 222 *García-Zermeño K. R. y cols.* Presión anal durante la tos en pacientes con incontinencia fecal: valor y utilidad diagnóstica
- 224 *Guerrero-Escalera D. y cols.* Galectina-3 se correlaciona con la expresión de marcadores de senescencia, *p21* y *p53* en pacientes con cirrosis
- 224 *Pérez-Reséndiz K. E. y cols.* Relación neutrófilo-linfocito como predictor de mortalidad en pacientes con falla hepática aguda sobre crónica de un tercer nivel de atención en México
- 225 *Carrillo-Rojas J. I. y cols.* Caracterización de anemia en pacientes con cirrosis hepática sin eventos de descompensación aguda
- 226 *Carmona-Castillo M. Y. y cols.* Evaluación de la escala MELNa AGIB para predecir mortalidad en pacientes con cirrosis y hemorragia variceal
- 227 *Zafra-Hernández G. y cols.* Predictores de mortalidad en falla hepática aguda sobre crónica en población mexicana
- 227 *Cervantes-Contreras J. I. y cols.* Factores de riesgo para presentar trastorno sexual según criterios del DSM-V en pacientes con cirrosis hepática
- 228 *Ortiz-Treviño J. F. y cols.* Validación de Encefal AppStroop Test, QuickStroop y prueba de nombrar animales en un minuto como herramientas diagnósticas de encefalopatía hepática mínima en el noreste de México
- 228 *Rangel-Zavala G. y cols.* Eficacia y seguridad de L-ornitina-L-aspartato endovenosa en pacientes con encefalopatía de grados III y IV
- 229 *Rangel-Zavala G. y cols.* Características de pacientes con peritonitis bacteriana espontánea, falla al tratamiento y resistencia antimicrobiana
- 229 *Pacheco-Serrano M. y cols.* Factores de riesgo de muerte posquirúrgica en pacientes con cirrosis hepática
- 230 *Santana-Vargas A. D. y cols.* Cambios inmediatos del estado mental en pacientes con encefalopatía hepática mínima tratados con L-ornitina-L-aspartato
- 231 *Santana-Vargas A. D. y cols.* Uso de la prueba S-ANT para el escrutinio de la encefalopatía hepática mínima
- 232 *Gutiérrez-Ortiz J. y cols.* Prevalencia y factores predictores de disfunción diastólica en pacientes con cirrosis de un hospital de tercer nivel de la Ciudad de México
- 233 *Rosales-Rentería L. A. y cols.* Uso de prednisona vs. prednisolona en hepatitis alcohólica aguda grave en población mexicana: un estudio abierto, prospectivo y cuasiexperimental
- 234 *García-Juárez F. I. y cols.* Utilidad de las escala MELD y MELD-lactato en pacientes con hepatitis alcohólica severa, como predictor de gravedad y mortalidad temprana
- 234 *Estrella-Sato L. A. y cols.* Desenlaces de pacientes con diagnóstico de falla hepática aguda en un hospital de tercer nivel y centro de referencia de trasplante hepático de la Ciudad de México
- 235 *Jiménez-Castillo R. A. y cols.* Acción de niveles séricos de cortisol posterior a estimulación con Cortrosyn® en pacientes con hepatitis alcohólica
- 236 *Barceló-Valdez S. M. y cols.* Sarcopenia, fragilidad y niveles de testosterona en hombres con cirrosis hepática
- 236 *Mateos-Viramontes A. L. y cols.* Utilidad diagnóstica de los índices Lok y FIB-4 en varices de alto riesgo en pacientes con cirrosis hepática compensada
- 237 *Sánchez-Sánchez C. Y. y cols.* El papel de la etiología de la cirrosis en el desarrollo de lesión renal aguda y muerte
- 237 *Mazadiego-Cid J. I. y cols.* Asociación entre la deficiencia sérica de vitamina D y peritonitis bacteriana espontánea

- 238 *Ruiz-Manríquez J. A. y cols.* Descubriendo brechas en la atención de pacientes con hemorragia aguda variceal: encuesta en multinacional sobre el manejo de la hemorragia digestiva alta en América Latina
- 239 *Teutli-Carrión S. y cols.* Impacto de la peritonitis bacteriana espontánea en el desenlace de los pacientes con cirrosis hepática
- 239 *Hernández-Maya J. R. y cols.* El uso de betabloqueadores como efecto protector para el desarrollo de lesión renal y peritonitis bacteriana espontánea en pacientes con falla hepática aguda sobre crónica en población mexicana, en un hospital de tercer nivel de atención
- 240 *Méndez-Guerrero O. y cols.* Galectina 3 como predictor de desarrollo de infecciones y mayor mortalidad en pacientes con falla hepática aguda sobre crónica (ACLF)
- 241 *Ocón-Morán B. y cols.* Factores predictores de trombosis portal no tumoral en pacientes cirróticos en un hospital de tercer nivel
- 241 *Cruz-Rodríguez L. M. y cols.* Factores de riesgo asociados a mortalidad en pacientes con cirrosis hepática y hemorragia digestiva alta
- 242 *Licona-Samperio E. A. y cols.* Comparación de la fórmula de probabilidad predicha de AKI vs. CKD-EPI en la detección temprana de lesión renal aguda en pacientes con cirrosis
- 242 *Badillo-Vázquez M. I. y cols.* Índice de calidad del sueño de Pittsburgh: validación de su traducción y primera aplicación en población mexicana con hepatopatía
- 243 *P. M. Diego-Salazar y cols.* La deficiencia de 25-hidroxivitamina D como un factor asociado al desarrollo de encefalopatía hepática en población mexicana
- 243 *Martínez-Castillo M. y cols.* Uso de un biomaterial en el transporte de nueva molécula para el tratamiento de hepatocarcinoma en un modelo *in vitro*
- 243 *Jiménez-Gutiérrez J. M. y cols.* Incidencia de tumores malignos *de novo* y factores de riesgo en pacientes con trasplante hepático: experiencia de 10 años en un centro nacional de referencia
- 244 *Salazar-Garza K. A. y cols.* Sarcoma hepático fusocelular de alto grado. Presentación de dos casos
- 245 *Cruz-Rodríguez L. M. y cols.* Caracterización clínica y epidemiológica de pacientes con hepatocarcinoma
- 246 *Cupil-Escobedo L. V. y cols.* Características clínicas, enfoque terapéutico y desenlace en pacientes con hepatocarcinoma en un hospital de tercer nivel



REVISTA DE GASTROENTEROLOGÍA DE MÉXICO

www.elsevier.es/rgmx



Sesión de trabajos libres orales

Sábado 18 de noviembre de 2023

Pediatría

Sab001

DEFICIENCIA DE VITAMINA D, TALLA BAJA Y DISMINUCIÓN DE LA DENSIDAD MINERAL ÓSEA, ¿SIEMPRE VAN DE LA MANO EN FQ?

M. Reyes-Apodaca, J. L. Lezana-Fernández, R. Vázquez-Frias, I. Ise-la-Núñez, A. Consuelo-Sánchez, M. A. Quevedo-Castillo, D. López-González, A. Almiray-Soto, M. Medeiros-Domingo, Hospital Infantil de México Federico Gómez

Introducción: La insuficiencia pancreática exocrina (IPE) es una de las afecciones que más modifican el pronóstico y la supervivencia del paciente con fibrosis quística (FQ), ya que origina la malabsorción de nutrientes, entre los que destacan las grasas y las vitaminas liposolubles, en particular la vitamina D (vitD). La vitD se considera esencial para el crecimiento, si bien aún hay limitantes por las diferencias entre la relación con talla, desarrollo óseo, estado nutricional y madurez sexual. En los pacientes con FQ intervienen otros factores, como la gravedad de la IPE, dificultades para cubrir los requerimientos energéticos que dan lugar al estado nutricional, además del proceso inflamatorio crónico que presentan. Uno de las principales dificultades de la complementación de vitD en pacientes con FQ es que no se ha consensado el punto de corte para establecer la suficiencia, dadas las limitantes mencionadas; es indispensable realizar intervenciones oportunas que favorezcan las concentraciones óptimas de vitD para promover un adecuado crecimiento, desarrollo y densidad mineral ósea (DMO) y, en condiciones ideales, regular la respuesta inflamatoria.

Objetivo: Describir la relación entre el crecimiento lineal, densidad mineral ósea y deficiencia de vitD en pacientes pediátricos con FQ.

Material y métodos: Los datos de este trabajo proceden de un estudio clínico aleatorizado doble ciego (NCT05276960). La población de estudio incluyó a los pacientes que acudieron a la Clínica de Atención Integral de FQ en el Hospital Infantil de México Federico Gómez. Se utilizaron como criterio de inclusión los valores séricos de vitD de 10-30 ng/mL y se tomaron como punto de corte las guías de la *Cystic Fibrosis Foundation* que establece como suficiencia las cifras > 30 ng/mL. Luego de la firma del consentimiento, se realizó el estudio de densitometría ósea (DEXA) que incluyó DMO, DMO-LH (menos cabeza) y las determinaciones respectivas del z-score que se compararon con los parámetros para la población pediátrica mexicana. El mismo día de la medición se obtuvieron peso y talla y se calcularon los indicadores nutricionales en el z-score de acuerdo con el sexo y la edad y se compararon con los parámetros de crecimiento de la CDC; con fines estadísticos se utilizó \pm DS para todas las variables a comparar con z-score. Se empleó estadística descriptiva y se calculó el coeficiente de correlación para vitD, DMO-LH, IMC y talla para la edad (TE).

Resultados: Se incluyó a 16 pacientes, de los cuales 10 tenían más de 10 años al momento de la medición. La mediana de vitD fue de 22,4 ng/mL. En relación con el crecimiento lineal se identificó una mediana de -1,18 z-score de TE, 4 pacientes presentaron talla baja, la mediana de IMC fue de -1,38, 2 mostraron desnutrición por IMC y ninguno superó el percentil 50° de IMC. En cuanto a la DMO, 3 tuvieron afección. La DMO-LH se vio alterada en 6 pacientes, de los cuales 3 coincidieron con talla baja. No se identificó una correlación significativa entre los valores vitD y DMO-LH; no obstante, fue

posible identificar una correlación significativa entre la talla, el IMC y la DMO-LH ($p = 0,001$).

Conclusiones: El estado nutricional de los pacientes pediátricos con FQ muestra una sólida relación con la DMO, pese a lo cual no se identificó un nexo entre la DMO y las concentraciones de vitD. Los resultados de este estudio refuerzan la necesidad de realizar un seguimiento sistemático de la salud ósea y estado nutricional en esta entidad, además de que efectuar relaciones empíricas de la DMO con base en las cifras de vitD puede subestimar el riesgo de fracturas en estos pacientes. Asimismo, es necesario demostrar el papel de la vitD en la respuesta inflamatoria que implique cambios en la DMO.

Financiamiento: Este estudio cuenta con financiamiento de la *Cystic Fibrosis Foundation* en virtud de un premio de investigación: REYES22IQ0.

Sab002

EVALUACIÓN DEL RIESGO NUTRICIONAL POR STAMP EN PACIENTES CON CARDIOPATÍA CONGÉNITA ADMITIDOS EN UN HOSPITAL PEDIÁTRICO DEL OCCIDENTE DE MÉXICO

L. C. López-Segovia, P. I. Lara-Castro, J. J. Vargas-Lares, J. C. Barrera-de León, Servicio de Gastroenterología y Nutrición Pediátrica, Centro Médico Nacional de Occidente, UMAE Hospital de Pediatría, IMSS

Introducción: Las guías internacionales recomiendan el tamizaje nutricional al ingreso hospitalario durante las primeras 48 horas para prevenir y abordar al paciente con el mejor tratamiento médico-nutricional. En pacientes con enfermedades crónicas, el riesgo de desnutrición es elevado. Los enfermos con cardiopatías congénitas tienen factores de riesgo nutricional, como mayores requerimientos energéticos, disminución del ingreso energético, incremento de la pérdida y utilización insuficiente de nutrientes. Esto predispone a desarrollar deficiencias nutricionales y de crecimiento, lo que puede vincularse con un aumento de la morbimortalidad, por lo que una identificación temprana del riesgo nutricional permitiría realizar intervenciones tempranas para reducir estas complicaciones.

Objetivo: Valorar el riesgo nutricional en pacientes pediátricos con cardiopatía congénita.

Material y métodos: Estudio transversal analítico en pacientes portadores de cardiopatía congénita que ingresaron a un hospital de tercer nivel entre marzo y junio del 2023. Se excluyó a los pacientes en terapia intensiva y se eliminaron por fallecimiento. Se recabaron datos demográficos, clínicos, antropométricos y bioquímicos (cifras de albúmina y linfocitos). Se valoró el riesgo nutricional con el cuestionario STAMP (*Screening tool for the assessment of malnutrition in pediatrics*) con sensibilidad de 70%, especificidad de 91%, valor predictivo positivo de 55% y negativo de 95%. La valoración nutricional se ajustó a estándares de la OMS. Estadística inferencial con ji cuadrada y t de Student; relación de riesgo con razón de momios (OR); relación con el coeficiente de correlación de Pearson y análisis con SPSS V25".

Resultados: Se incluyó a 66 pacientes, 35 masculinos (53%) y 31 femeninos (47%); con respecto al grupo etario, los lactantes sumaron 27 (40,9%), los preescolares 14 (21,2%), los escolares 14 (21,2%) y los adolescentes 11 (16,7%). La cardiopatía congénita fue de tipo acianógena en 45 (68,1%) y cianógena en 21 (31,9%), con flujo pulmonar aumentado en 38 (57,5%), disminuido en 16 (24,2%) y normal en 12 (18,3%). Por lo que se refiere al riesgo por STAMP, 47 (71,2%) registraron un riesgo intermedio y 19 (28,8%) uno elevado. Estado

nutricio: 39 (59,1%) eutróficos (32 con riesgo intermedio, 7 con riesgo elevado), 8 (12,1%) con desnutrición grave (8 con riesgo elevado), 7 (10,6%) con desnutrición moderada (4 con riesgo intermedio, 3 con riesgo elevado), 5 (7,6%) con sobrepeso (5 con riesgo intermedio), 4 (6,1%) con obesidad (4 con riesgo intermedio) y 3 (4,1%) con riesgo de desnutrición (2 con riesgo intermedio, 1 con riesgo elevado) ($p = 0,000$). Evaluación global subjetiva: 38 (57,6%) normal (35 con riesgo intermedio, 3 con riesgo elevado); el resto de los pacientes sospecha en más de una ocasión alguna deficiencia nutricional: 24 (36,4%) proteico-energética (9 con riesgo intermedio, 15 con riesgo elevado) ($p = 0,000$), 17 (25,8%) de zinc (7 con riesgo intermedio, 10 con riesgo elevado), 9 (13,6%) de hierro (3 con riesgo intermedio, 6 con riesgo elevado), 4 (6,1%) de vitamina D (4 con riesgo elevado) y 1 (1,5%) de flúor (1 con riesgo elevado). Las cardiopatías congénitas acianógenas tuvieron una media de puntos STAMP de $3,1 \pm 1,4$, las cianógenas una media de puntos de $3,2 \pm 1,8$. Flujo pulmonar con media de puntos STAMP: aumentado ($3,0 \pm 0,5$), disminuido ($2 \pm 1,4$) y normal ($3,2 \pm 1,6$). La puntuación STAMP mostró una correlación negativa baja con valor de albúmina ($-0,30$) y correlación positiva muy baja ($+0,19$) con las cifras de linfocitos.

Conclusiones: Los lactantes son el principal grupo etario afectado. La cardiopatía cianógena con flujo pulmonar normal se correlaciona con mayor puntuación STAMP, lo que representa un mayor riesgo nutricional. Aquellos con riesgo elevado tienen mayor probabilidad de mostrar alguna carencia nutricional acorde a la valoración global subjetiva.

Financiamiento: No se recibió financiamiento de ningún tipo.

Sab003

COMPLICACIONES ASOCIADAS AL MANEJO CON NUTRICIÓN PARENTERAL DOMICILIARIA EN EL PROGRAMA DE REHABILITACIÓN INTESTINAL DEL HOSPITAL INFANTIL DE MÉXICO

J. R. Palma-Baquedano, M. Orozco-González, M. Izquierdo-Abraham, S. Villalpando-Carrión, S. A. Leal-Cortés, J. L. Flores-Castillo, E. C. Pineda-Cely, A. N. Elizarrarás-Ortega, M. L. Sánchez-Díaz, Hospital Infantil de México Federico Gómez

Introducción: La insuficiencia intestinal se define como la necesidad de utilizar nutrición parenteral por más de 60 días o una longitud intestinal menor de 25% para la edad. Es decir, es aquella entidad en la cual el intestino es incapaz de lograr las funciones de crecimiento, regulación de líquidos y electrolitos, así como la falta de capacidad para cumplir con el adecuado crecimiento del paciente. Dentro de las causas más frecuentes figura el síndrome de intestino corto causante de numerosas complicaciones, entre ellas la desnutrición. La nutrición parenteral en el domicilio se encuentra indicada en pacientes con insuficiencia intestinal. Los individuos con insuficiencia intestinal se exponen a un tratamiento prolongado, con la posibilidad de rehabilitarse hacia la nutrición enteral, pero antes de lograr el retiro de la nutrición parenteral total; esta requiere un acceso venoso central para su administración y las complicaciones adjuntas pueden ser de origen mecánico, como la rotura del dispositivo, las infecciones relacionadas con el uso de catéteres, los episodios trombóticos y las alteraciones metabólicas propias de la insuficiencia intestinal y del uso prolongado de la nutrición parenteral.

Objetivo: Evaluar la frecuencia de complicaciones adjuntas en pacientes con insuficiencia intestinal inscritos en el programa de rehabilitación intestinal.

Material y métodos: Se trata de un estudio observacional, retrospectivo, longitudinal y descriptivo realizado en la Clínica de Rehabilitación

Intestinal del Hospital Infantil de México en el periodo de enero de 2018 a enero de 2023 en individuos de 0 a 17 años 11 meses con diagnóstico de insuficiencia intestinal o síndrome de intestino corto.

Resultados: Se incluyó a 9 pacientes con nutrición parenteral domiciliaria; el 66% correspondió a hombres, con una proporción H:M de 2:1. El diagnóstico más frecuente de la resección intestinal (100% de los pacientes) fue la atresia intestinal con 4 casos (45%), seguida de gastrosquisis con 2 (23%). El promedio de días con CVC fue de 744 (320-1.709) con una tasa calculada de 6,5 casos de infecciones relacionadas con catéter venoso central (IReCa) por cada 1.000 días/catéter, si bien con una tasa de 1,85 IReCa \pm 1,45 por cada 1.000 días/catéter al encontrarse en tratamiento domiciliario contra 12,3 \pm 9 IReCa por cada 1.000 días/catéter. Se registró relevancia estadística ($p < 0,009$). El 77% recibió NPT por cinco a seis días por semana y 1 paciente (11%) por tres o menos días. La frecuencia de conexión semanal se mantuvo con promedio de 2,5 conexiones/sem con un mínimo de una conexión (NPT por 72 horas) y un máximo 6 conexiones/sem.

Conclusiones: Se observó que el tiempo promedio de NPT domiciliaria fue de 276 \pm 199, el cual es menor al notificado en las publicaciones médicas. El 100% de los pacientes mostró complicaciones vinculadas con nutrición parenteral y las principales fueron las infecciosas, con una tasa informada de 1,85 \pm 1,45 IReCa por cada 1.000 días/catéter al encontrarse en tratamiento domiciliario contra 12,3 \pm 9 IReCa por cada 1.000 días/catéter; este resultado se interpreta con relevancia estadística ($p < 0,009$) y es similar al comunicado en la bibliografía médica con una tasa de 1,7 \pm 0,5 IReCa por cada 1.000 días/catéter y en otros autores con tasas similares (1,3 \pm 1,05 IReCa por cada 1.000 días/catéter y 1,58 \pm 1 IReCa por cada 1.000 días/catéter). Entre las complicaciones relacionadas con la nutrición parenteral domiciliaria, las más frecuentes fueron las infecciones por catéter venoso central; y, de manera relevante, los pacientes con NPT domiciliaria tuvieron menos infecciones en casa que durante la atención intrahospitalaria.

Financiamiento: Ninguno.

Sab004

CONFIRMACIÓN DIAGNÓSTICA DE ALERGIA A LAS PROTEÍNAS DE LA LECHE DE VACA EN UN HOSPITAL DE REFERENCIA DE ESPECIALIDAD EN MÉXICO: UNA ESTRATEGIA COSTO-EFECTIVA

R. Vázquez-Frias, Y. Rivera-Suazo, A. M. Cruz-Hernández, G. A. Torres-Martínez, R. Ortega-Gallareta, M. V. Pasos-Caamal, M. Reyes-Apodaca, Hospital Infantil de México Federico Gómez

Introducción: La alergia a las proteínas de la leche de vaca (APLV) es la alergia alimentaria más frecuente en los menores de cinco años, con una prevalencia calculada de 2% a 7,5%. Sin embargo, esta prevalencia puede estar sobreestimada debido a que el diagnóstico establecido en esos estudios se basa en el autodiagnóstico o

diagnóstico clínico que determina el médico, sin una prueba de reto oral (PRO), que es la norma de referencia para establecer el diagnóstico. En la mayoría de las ocasiones no hay confirmación diagnóstica de APLV, por lo que se produce un sobrediagnóstico y se incrementan los gastos de atención y tratamiento.

Objetivo: Conocer la proporción de casos confirmados de APLV por PRO que acuden a la consulta de gastroenterología de un hospital de referencia y determinar si es en realidad una medida eficaz en términos del costo.

Material y métodos: Estudio observacional y retrolectivo, con evaluación económica de tipo costo-efectividad, con perspectiva de análisis institucional, y de casos consecutivos de expedientes de pacientes pediátricos (menores de cinco años) con diagnóstico probable de APLV que acudieron a la consulta de gastroenterología en un hospital de alta especialidad, en el periodo de enero de 2017 a diciembre de 2022. Todos los pacientes que acudieron a consulta de gastroenterología con sospecha de APLV se sometieron a restricción de las proteínas de la leche de vaca (PLV); si consumían leche humana, la madre fue objeto de dieta de restricción indicada por un especialista en nutrición clínica pediátrica y, en los casos que recibían fórmula infantil, ya sea de forma parcial o total, se suministró fórmula extensamente hidrolizada. Se citó a todos los pacientes a las cuatro semanas para corroborar la remisión de los síntomas; en caso de resolución, se programó PRO, ya sea en el domicilio o, en casos de síntomas de gravedad, en el hospital. En caso de PRO abierto positivo se continuó con la dieta de restricción y, ante PRO abierto negativo, se continuó la administración de al menos 200 mL de fórmula con proteína de leche de vaca (o dieta sin restricción a la madre si suministraba leche humana); tras dos semanas se liberó completamente la restricción y se citó a las cuatro semanas para confirmar la evolución. Se realizó estadística descriptiva y se determinaron frecuencias y proporciones para variables cualitativas y medidas de tendencia central o dispersión para variables cuantitativas. Se calcularon los costos mediante estudio de microcosteo a nivel institucional y, con base en la frecuencia encontrada de retos positivo, considerada como medida de eficacia, se alimentó la evaluación económica y se determinó la razón de costo-eficacia incremental y análisis de sensibilidad.

Resultados: En el periodo referido se identificaron 278 expedientes de pacientes con diagnóstico preliminar de APLV. El 56% correspondió al sexo femenino. La edad promedio de envío fue de 3,6 \pm 1,9 meses (mediana, 3,4; RIC, 3,6 meses). Los síntomas identificados fueron llanto/irritabilidad en 88%, regurgitaciones en 74%, vómito en 33%, distensión abdominal en 43%, alteraciones en las heces en 58% (rectorragia, 9%) y alteraciones dermatológicas en 36%. Se realizó PRO en todos los pacientes, con un resultado positivo en 41 (14,74%). La alternativa de contar con confirmación diagnóstica mediante PRO es más efectiva y menos costosa que no disponer de ella para APLV.

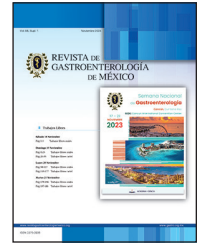
Conclusiones: En el grupo de pacientes con alta sospecha de APLV, el diagnóstico confirmatorio reduce en grado considerable el número de pacientes tratados como APLV y reduce los gastos adjuntos, sobre todo en aquellos que utilizan fórmula sustitutiva.

Financiamiento: Ninguno.



REVISTA DE GASTROENTEROLOGÍA DE MÉXICO

www.elsevier.es/rgmx



Sesión de trabajos libres orales

Domingo 19 de noviembre de 2023

Pediatría

Dom005

MANEJO DEL DOLOR EN PACIENTES PEDIÁTRICOS CON PANCREATITIS AGUDA EN EL HOSPITAL CIVIL DE GUADALAJARA DR. JUAN I. MENCHACA

G. E. Lizardi-Benítez, L. E. Flores-Fong, E. V. Estrada-Arce, K. G. Córdova-García, E. Burboa-Tostado, N. K. Bernal-Delgadillo, F. J. Obando-Lazo, Hospital Civil de Guadalajara Dr. Juan I. Menchaca

Introducción: La pancreatitis aguda (PA) es una entidad poco frecuente en la edad pediátrica, con incremento de la prevalencia y mortalidad en los últimos años, sobre todo en relación con anomalías sistémicas y neoplásicas. El Hospital Civil de Guadalajara Dr. Juan I. Menchaca es un centro de referencia para pacientes pediátricos oncológicos. Aún existe controversia acerca del tratamiento de la PA en niños, debido en gran parte a sus adaptaciones en adultos.

Objetivo: Determinar los analgésicos y su tiempo de uso en el control del dolor en pacientes pediátricos con PA en el Hospital Civil de Guadalajara Dr. Juan I. Menchaca.

Material y métodos: Pacientes pediátricos de 2,5 a 16,5 años con diagnóstico de PA hospitalizados en el Hospital Civil de Guadalajara Dr. Juan I. Menchaca en el periodo comprendido entre 2020 y 2023. Tipo de estudio: descriptivo de corte transversal, retrospectivo y observacional. Variables analizadas: género, edad, analgésico y tiempo de analgesia. Las variables se analizaron con estadística descriptiva.

Resultados: Se obtuvieron 19 casos con diagnóstico de PA. La edad promedio fue de 9,5 años (DE \pm 4,3), con predominio del género masculino (52,60%); en 7 pacientes se utilizaron AINE como único control analgésico (36,30%), en 8 se administraron AINE + opioides (42,10%), en 2 sólo un opioide (10,50%), en 1 dos opioides (5,20%) y 1 no requirió control analgésico (5,20%). El tiempo de analgesia promedio en los que se prescribieron sólo AINE fue de 4,14 días (DE 1,5), AINE con opioides de 16,5 días (DE 14,9), sólo con opioides de 7 días (DE 0,7) y con dos opioides de 5 días. La estancia intrahospitalaria sólo con AINE fue de 8,2 días (DE 6,2), con AINE + opioides de 22,2 días (DE 25,05), sólo con opioides de 9 días (DE 14,14) y con dos opioides de 25 días. Se utilizó la escala visual analógica (EVA) del dolor para el retiro de éste.

Conclusiones: El control del dolor en la PA en niños depende de la intensidad, gravedad del cuadro, causas, comorbilidades y complicaciones que influyen en el criterio médico para su indicación. Los AINE tienen una buena respuesta analgésica en el dolor leve a moderado, a pesar de su techo terapéutico a dosis máxima; en esta institución se utilizó más la combinación de AINE con opioides, con un tiempo de analgesia y estancia intrahospitalaria mayores en comparación con el grupo que sólo consumió AINE. En todos se utilizó la EVA, lo que demostró que los AINE en el control del dolor en la PA evita los efectos adversos de los opioides, como la dependencia farmacológica o el síndrome de abstinencia, y se logra menor tiempo de estancia intrahospitalaria.

Financiamiento: No se recibió financiamiento de ningún tipo.

Dom006

CARACTERÍSTICAS DEMOGRÁFICAS, ETIOLÓGICAS Y DIAGNÓSTICAS DE LA PANCREATITIS AGUDA PEDIÁTRICA EN EL HOSPITAL CIVIL DE GUADALAJARA DR. JUAN I. MENCHACA

N. K. Bernal-Delgadillo, L. E. Flores-Fong, E. V. Estrada-Arce, Hospital Civil de Guadalajara Dr. Juan I. Menchaca

Introducción: La pancreatitis aguda (PA) pediátrica ha incrementado su prevalencia de 1 a 13 casos por 100.000 niños/año, debido a la mejoría de las herramientas diagnósticas; sin embargo, aún no existe una escala que valide el riesgo de PA, lo cual ha suscitado controversia debido a las adaptaciones terapéuticas en el adulto.

Objetivo: Identificar las características demográficas, etiológicas y diagnósticas en pacientes pediátricos del Hospital Civil de Guadalajara.

Material y métodos: Estudio descriptivo de corte transversal y retrospectivo conducido en el periodo de enero de 2020 a abril de 2023; se emplearon criterios del Grupo de Estudio Internacional de Pancreatitis Pediátrica (INSPPIRE).

Resultados: Se incluyó a 19 pacientes de predominio en hombres (53%); la edad promedio fue de 9,5 años (DE \pm 4,3). Por grupo etario: preescolares con 26% (n = 5), escolares con 26% (n = 5) y adolescentes con 47% (n = 9). La etiología se clasificó en cinco grupos:

afección biliar en 26% (n = 5), inducida por medicamentos en 42% (n = 8) (L- asparaginasa con 7 pacientes), causa sistémica en 11% (n = 2) e idiopática en 11% (n = 2) (lupus eritematoso sistémico y acidemia isovalérica con un caso descrito en cada una. Por presentación clínica, el dolor abdominal se identificó en 38%, seguido del vómito en 31%. Entre las características de imágenes en las primeras 48 horas, el 37% (n = 7) no registró alteraciones y el 21% (n = 4) tuvo cambios inflamatorios del parénquima pancreático y líquido libre. Entre las complicaciones tempranas, el 12% correspondió a insuficiencia multiorgánica y el 8% a colección peripancreática; las complicaciones tardías más comunes fueron la necrosis pancreática (5%) y las colecciones peripancreáticas (10%). El 63% mostró un grado leve, con estancia hospitalaria media de 16 días (DE \pm 17,9). La recurrencia se observó en 26%, con media de tres episodios y el 40% se relacionó con L- asparaginasa (Tabla 1).

Discusión: La PA en pediatría aún cuenta con escasa información con respecto a las escalas imagenológicas y gravedad. La mortalidad y recurrencia en esta población fueron bajas, dado que las causas y los factores de riesgo difieren respecto de la población adulta.

Conclusiones: La relevancia de este trabajo reside en notificar los casos pediátricos para la generación de nuevas estrategias terapéuticas futuras.

Financiamiento: No se recibió financiamiento.

Dom007

HALLAZGOS ENDOSCÓPICOS, APLICACIÓN DE ÍNDICES DE ACTIVIDAD ENDOSCÓPICA Y CORRELACIÓN CON LA ACTIVIDAD CLÍNICA EN PACIENTES PEDIÁTRICOS CON ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL

S. A. Leal-Cortés, R. Vázquez-Frias, A. N. Elizarrarás-Ortega, M. Orozco-González, J. R. Palma-Baquedano, M. L. Sánchez-Díaz, Hospital Infantil de México Federico Gómez

Introducción: Hasta la fecha existen pocos datos acerca de la relación entre la apariencia de la mucosa observada mediante endoscopia y los índices de actividad clínica en niños con enfermedad inflamatoria intestinal (EII).

Objetivo: Comparar los índices de actividad clínica PUCAI y wPCDAI y los índices de actividad endoscópica UCEIS y SES-CD en pacientes pediátricos con EII en cualquier momento de la evolución, así como su correlación con parámetros bioquímicos. Se obtuvieron datos epidemiológicos y sociodemográficos.

Material y métodos: Éste es un estudio latinoamericano multicéntrico, analítico y de corte transversal. Muestra: pacientes de 0 a < 18 años con diagnóstico de EII atendidos en el Hospital Infantil de México Federico Gómez. Variables continuas: medidas de resumen y dispersión de acuerdo con su distribución; variables categóricas: proporciones/porcentajes. Las variables cualitativas se presentan como frecuencias/proporciones; las variables con distribución normal como media/desviación estándar; y las variables con distribución no normal como medianas/rangos intercuartílicos. Las variables de laboratorio categorizadas por grupos de edad se presentan como números absolutos/frecuencias. Para la correlación entre variables cuantitativas se usó el coeficiente de correlación de Pearson y la prueba χ^2 de diferencia de proporciones en variables cualitativas. Las variables cuantitativas se analizaron con distribución normal con prueba t de Student y en las que no tienen distribución normal se usó la prueba no paramétrica U de Mann-Whitney.

Resultados: Se analizaron los datos de 33 pacientes con sospecha o diagnóstico ya establecido de EII, de 2019 a 2023, de los cuales

Tabla 1. Características demográficas, etiológicas, clínicas y de gravedad en pacientes pediátricos con pancreatitis aguda. (Dom006)

Variable	Número de pacientes (n = 19 casos)	Porcentaje (%)
Sexo		
Masculino	9	47%
Femenino	10	53%
Edad		
Preescolar	5	26%
Escolar	5	26%
Adolescentes	9	47%
Etiología		
Afección biliar	5	26%
Inducida por medicamentos	9	47%
Sistémica	1	5%
Idiopática	2	11%
Acidemia isovalérica	1	5%
LES	1	5%
Presentación inicial		
Dolor abdominal	15	38%
Ictericia	3	8%
Vómito	12	31%
Gravedad		
Leve	12	63%
Moderada	2	11%
Alta	5	26%

81,8% correspondió a CU y 18,1% a EC. En el grupo de EC, la mediana de edad fue de 85 meses, 66,6% de sexo femenino y 33,3% del masculino. Se correlacionó wPCDAI con SESCD y se observó una $r = 0,871$ ($p = 0,024$). No se pudo correlacionar wPCDAI con CDEIS al no contar con variabilidad. La comparación wPCDAI con parámetros bioquímicos muestra correlación estadísticamente significativa con Hb: $r = -0,808$ ($p = 0,052$); albúmina: $r = -0,927$ ($p = 0,008$); y calprotectina: $r = 0,930$ ($p = 0,022$). SES-CD se correlaciona a su vez con Hb: $r = -0,845$ ($p = 0,034$) y albúmina: $r = -0,845$ ($p = 0,34$). En el grupo de CU, la mediana de edad fue de 169 meses, con 62,96% de sexo femenino y 37,03% del masculino. Se correlacionó PUCAL con UCEIS y se observó una $r = 0,648$ ($p = 0,000$) y con la escala endoscópica de Mayo una $r = 0,534$ ($p = 0,004$). Al comparar ambas escalas endoscópicas se identificó $r = 0,864$ ($p = 0,000$). La comparación PUCAL con parámetros bioquímicos muestra correlación estadísticamente significativa con Hb: $r = -0,572$ ($p = 0,002$); albúmina: $r = -0,441$ ($p = 0,021$); y plaquetas: $r = 0,468$ ($p = 0,014$). La UCEIS se correlaciona sólo con Hb: $r = -0,387$ ($p = 0,051$). La escala de Mayo no se correlaciona con ningún parámetro bioquímico.

Conclusiones: Este estudio concuerda con los datos epidemiológicos publicados en pacientes latinoamericanos, con mayor prevalencia de CU que EC. Los marcadores bioquímicos comentados poseen correlación estadísticamente significativa con ambas escalas clínicas. La calprotectina es el único marcador inflamatorio que muestra correlación con el índice clínico en EC; no se identificó correlación con CU. A diferencia de lo descrito en las publicaciones médicas, en los pacientes con EC se encontró que la wPCDAI tiene correlación estadísticamente significativa con SES-CD. En concordancia con la bibliografía médica en CU, la PUCAL tiene correlación estadísticamente significativa con la UCEIS. Se observó también esta correlación con la calificación endoscópica de Mayo; no se ha avalado aún su uso en niños. Al encontrar que estas relaciones son estadísticamente significativas, se podrían reducir los procedimientos endoscópicos utilizados en el seguimiento de los pacientes con EII.

Financiamiento: No se recibió financiamiento de ningún tipo.

Dom008

RELACIÓN ENTRE EL GRADO DE ACTIVIDAD CON LOS PARÁMETROS DE EXÁMENES DE LABORATORIO AL DIAGNÓSTICO EN NIÑOS CON ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL

J. C. Pérez-Xavier, J. A. Chávez-Barrera, J. A. Fonseca-Nájera, L. P. Bilbao-Chávez, M. Cervantes-Garduño, S. M. Téllez-Salmerón, J. Monroy-Ubaldo, B. Araiza-Ramírez, K. A. Cosétl-Sánchez, V. Álvarez-Banda, M. Sosa-Arce, Unidad Médica de Alta Especialidad, Hospital General, Centro Médico Nacional La Raza, IMSS

Introducción: En los niños con sospecha de enfermedad inflamatoria intestinal (EII) se realizan diversos estudios de laboratorio al momento del diagnóstico. En algunos se ha investigado la relación del grado de actividad de la EII con los resultados en parámetros de estudios de laboratorio.

Objetivo: Determinar la relación entre el grado de actividad con los parámetros de los estudios de laboratorio realizados al diagnóstico en niños con enfermedad inflamatoria intestinal.

Material y métodos: Estudio retrospectivo, observacional, descriptivo y analítico. Se revisaron expedientes clínicos de niños con EII, menores de 18 años de edad al diagnóstico, atendidos de 2011 a abril de 2022, en el servicio de gastroenterología pediátrica de un hospital de tercer nivel de atención. Según fuera la distribución de las variables, se utilizó estadística paramétrica o no paramétrica. La relación entre variables cuantitativas se calculó mediante las

pruebas de Spearman o Pearson. Para establecer si la actividad de la EII al diagnóstico predice el resultado de los parámetros de estudios de laboratorio, se exploró mediante regresión lineal. Se trata de una investigación sin riesgo y recibió aprobación del comité local de investigación.

Resultados: Se incluyó a 52 expedientes de niños con EII; predominó el sexo masculino (53,8%) y la mediana de edad al diagnóstico fue de 131 meses (RIC, 69,25-185,4); 42,3% de los niños ($n = 22$) tuvo EII de inicio temprano (edad al diagnóstico menor de 10 años); el tipo más frecuente fue la colitis ulcerosa (CU) (78,8%). En niños con CU se reconoció una relación entre la puntuación por PUCAL (índice pediátrico de actividad de CU) con los valores de hemoglobina ($r = -0,420$, $p = 0,005$), albúmina ($r = -0,467$, $p = 0,002$), cifra de plaquetas ($r = 0,307$, $p = 0,045$), y puntuación endoscópica UCEIS (índice de gravedad endoscópica de CU) ($\rho = 0,333$, $p = 0,029$). El incremento de las concentraciones de hemoglobina, plaquetas y albúmina predice el aumento del PUCAL en 24,9%. En el modelo de regresión lineal múltiple en el grupo con CU, el descenso de albúmina predice el incremento de PUCAL ($p = 0,029$) y se registró una diferencia al contrastar medias, entre valor predicho y valor real ($p = 1,0$). En cuanto a los niños con enfermedad de Crohn (EC), al evaluar el PCDAI (índice pediátrico de actividad en EC) al diagnóstico, se encontró sólo una relación con la cifra de plaquetas ($r = 0,705$, $p = 0,034$), y esta cifra en el modelo de regresión lineal explica el incremento de PCDAI en 6 puntos, en el 9,4%. Sin embargo, al contrastar las medias entre el valor predicho y el valor real no se identificó diferencia ($p = 0,000$).

Conclusiones: En la CU existe una débil relación negativa entre el PUCAL, con la cifra de hemoglobina y albúmina, así como relación débil positiva con la cifra de plaquetas y la puntuación endoscópica UCEIS. En el modelo de regresión lineal múltiple, el modelo que incluye las variables hemoglobina, plaquetas y albúmina puede explicar el incremento de la puntuación de PUCAL en 24,9% y predice el aumento de la puntuación de PUCAL. En EC existe una relación moderada a buena entre la puntuación obtenida por PCDAI y la cifra de plaquetas. En el modelo de regresión lineal, el incremento de plaquetas puede explicar el aumento de PCDAI en 9,4%, pero no predice el de la puntuación de PCDAI.

Financiamiento: Ninguno.

Dom009

CALIDAD DE VIDA DE PADRES Y PACIENTES PEDIÁTRICOS PORTADORES DE ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL

A. Salas-Herrera, S. Balseca-López, J. A. Chávez-Barrera, L. P. Bilbao-Chávez, M. Sosa-Arce, UMAE Hospital General, Centro Médico Nacional La Raza, IMSS

Introducción: La enfermedad inflamatoria intestinal (EII) incluye las alteraciones crónicas y progresivas; 25% se presenta en niños y la CU es más común en preescolares y la EC más frecuente en niños mayores. La cronicidad de éstas puede afectar la calidad de vida en relación con tratamientos prolongados, efectos secundarios, realización de pruebas diagnósticas invasivas e incómodas, intervenciones quirúrgicas e ingresos hospitalarios frecuentes.

Objetivo: Conocer la percepción de la calidad de vida de los pacientes pediátricos portadores de enfermedad inflamatoria intestinal y sus padres mediante la aplicación del cuestionario PedsQL™4.0.

Material y métodos: Se realizó un estudio observacional, analítico, transversal y prospectivo que incluyó a niños con enfermedad inflamatoria intestinal atendidos en un hospital de tercer nivel. Los antecedentes, características clínicas y estudios de laboratorio se

obtuvieron del expediente clínico y los datos de calidad de vida de la aplicación del cuestionario de calidad de vida (PedsQL™4.0.) tanto a los padres como a los niños con EII. Según fuera la distribución de los datos, se usó estadística paramétrica o no paramétrica. El estudio recibió aprobación del comité de ética.

Resultados: Se incluyó a 12 niños con EII entre enero y febrero del 2022; 8 (66,7%) con CU y 4 (33,3%) con EC; 7 experimentaban remisión clínica de la enfermedad. El género femenino predominó en 58,3%. La media de edad al momento del cuestionario fue de 10,9 años ($\pm 3,65$). La mediana de edad al momento del diagnóstico de EII fue de 7 años. La media del tiempo de evolución de la enfermedad fue de 6 años ($+ 4,49$). Los niños que tuvieron percepción de regular o mala calidad de vida fueron 8 (66,6%); en cuanto los padres, percibieron que 7 niños tuvieron regular o mala calidad de vida (58,33%). Respecto de los estudios de laboratorio, se observó una diferencia al comparar los grupos de los niños con percepción de buena calidad de vida y regular o mala calidad de vida, mediante la prueba t de Student para hemoglobina ($p = 0,025$), hematócrito ($p = 0,006$), albúmina ($p = 0,008$) y velocidad de sedimentación globular ($p = 0,015$). Se identificó una relación con significancia estadística, de moderada a buena entre la puntuación obtenida de los padres de niños con EII con los valores de hemoglobina ($r = 0,645$, $p = 0,024$) y el hematócrito ($r = 0,659$, $p = 0,020$). La relación entre la puntuación obtenida en el cuestionario de calidad de vida en los niños con EII fue moderada a buena, sin significancia estadística; con el hematócrito ($r = 0,551$, $p = 0,064$) se encontró una correlación negativa de moderada a buena entre la puntuación total del cuestionario respondido por los padres y el número de plaquetas ($r = 0,568$, $p = 0,054$) (Tabla 1). Las variables hemoglobina y hematócrito de los niños con EII pueden explicar en 37,8% de la puntuación del cuestionario de calidad de vida PedsQL™4.0 respondido por los padres. La variable con mayor fuerza de predicción es el hematócrito (65,3%); por cada porcentaje de incremento de éste aumenta 1,924 puntos la puntuación del cuestionario PedsQL™4.0 respondido por los padres ($p = 0,020$).

Conclusiones: Conforme a la puntuación obtenida por el cuestionario PedsQL™4.0, la percepción de la calidad de vida de los niños con EII fue de regular o mala en el 65% de los pacientes y en la percepción

de los padres fue de 58,3%. La variable hematócrito es la de mayor fuerza de predicción en la puntuación del cuestionario de calidad de vida PedsQL™4.0 respondido por los padres.

Financiamiento: Ninguno.

Dom010

FRECUENCIA DE ENFERMEDADES AUTOINMUNES EN PACIENTES PEDIÁTRICOS CON HEPATITIS AUTOINMUNE EN LA UMAE, HOSPITAL DE PEDIATRÍA, CMNO, IMSS

A. A. Gómez-Rodríguez, Y. A. Castillo-De León, J. N. Rodríguez-Villa, M. Maldonado-Meza, J. D. López-Palomera, M. Méndez-Núñez, Centro Médico Nacional de Occidente UMAE Pediatría

Introducción: La hepatitis autoinmunitaria representa una de las principales causas de hepatopatía en la edad pediátrica. En general tiene una incidencia de 0,23/100.000 habitantes por año y una prevalencia de 11,6-34,5/100.000 habitantes. Las enfermedades autoinmunitarias concomitantes son muy frecuentes, hasta en 20% de los casos. Aproximadamente un 40% de los pacientes con hepatitis autoinmunitaria tiene un familiar de primer grado afectado con alguna enfermedad autoinmunitaria. Cuando se presenta una afección de este tipo en el contexto de hepatitis autoinmunitaria, es de vital importancia tratar la primera para controlar la segunda; con ello se logra la remisión de la hepatitis autoinmunitaria (al detectar la enfermedad concomitante y tratarla se favorece la remisión de la hepatitis autoinmunitaria) y mejora el pronóstico de la enfermedad para prevenir la disfunción hepática.

Objetivo: Establecer la frecuencia de enfermedades autoinmunitarias en pacientes pediátricos con hepatitis autoinmunitaria en la UMAE, Hospital de Pediatría, CMN, IMSS.

Material y métodos: Estudio transversal que incluyó a pacientes pediátricos con diagnóstico de hepatitis autoinmunitaria en seguimiento en el servicio de Gastroenterología y Nutrición Pediátrica

Tabla 1. Relación entre las variables de estudio y la puntuación obtenida en los funcionamientos evaluados con el cuestionario PedsQL-4.0 en niños con enfermedad inflamatoria intestinal y sus padres (n = 12). (Dom009)

Variables	Puntuación total			Puntuación total		
	Peds QL 4.0 en cuestionario aplicado a niños			Peds QL 4.0 en cuestionario aplicado a padre o tutor		
	Valor de r	R ² %	Valor de p	Valor de r	R ² %	Valor de p
Edad del niño (años) ^a	0,245	6	0,443	0,067	0,044	0,835
Edad al diagnóstico de la EII ^b	0,381	14,51	0,222	0,250	6,25	0,433
Tiempo de evolución de la enfermedad ^a	0,014	0,019	0,966	- 0,114	1,29	0,725
Hemoglobina (g/dL) ^a	0,412	16,97	0,184	0,645	41,60	0,024
Hematócrito (%) ^a	0,551	30,36	0,064	0,659	43,42	0,020
Plaquetas (K/ μ L) ^a	- 0,390	15,21	0,211	- 0,568	32,26	0,054
Albúmina (g/dL) ^b	0,469	21,99	0,124	0,434	18,83	0,159
Velocidad de sedimentación globular (mm/h) ^a	- 0,441	19,44	0,151	- 0,205	4,20	0,523
Proteína C reactiva (mg/L) ^b	- 0,056	0,31	0,863	- 0,385	14,82	0,217
Número de medicamentos recibidos para tratar la EII al momento de la aplicación del cuestionario ^b	0,360	12,96	0,251	0,185	3,42	0,565
Edad del padre o tutor (años) ^a	0,233	5,42	0,467	0,274	7,50	0,389

^a Prueba de correlación de Pearson para determinar el valor de p. ^b Prueba rho de Spearman para determinar el valor de p.

hasta julio de 2023. En todos los pacientes se realizó tamizaje de enfermedades autoinmunitarias concomitantes.

Resultados: Se integró a 21 pacientes en seguimiento por la consulta externa con los diagnósticos de hepatitis autoinmunitaria y se exploraron 14 enfermedades en cada uno de los participantes. Predominó el sexo femenino con el 80,9% (17 pacientes), con inicio predominante en la edad preescolar para las hepatitis autoinmunitarias tipos 1 y 2. La presentación de la enfermedad fue predominante como hepatopatía crónica en el 38,09% de los casos (8 pacientes) en la hepatitis autoinmunitaria de tipo 1, mientras que en el tipo 2 se identificó igualdad ante la presentación como insuficiencia hepática aguda y hepatopatía crónica con el 9,5% (2 pacientes) en cada presentación. Hasta 38,09% (8 pacientes) tenía un familiar afectado por una enfermedad autoinmunitaria. La frecuencia de enfermedades autoinmunitarias concomitantes fue de 28,5% (6 pacientes) y las enfermedades encontradas fueron enfermedad celiaca en 1 paciente (4,7%), enfermedad inflamatoria intestinal en 1 (4,7%), vitiligo en 1 (4,7%), hipoparatiroidismo en 1 (5,5%), tiroiditis autoinmunitaria en 1 (4,7%) y lupus eritematosos sistémico en 1 (5,5%).

Conclusiones: La frecuencia de enfermedades autoinmunitarias concomitantes en pacientes con hepatitis autoinmunitaria del hospital de pediatría en el CMNO fue de 28,5%; entre ellas figuran vitiligo, enfermedad inflamatoria intestinal, enfermedad celiaca, lupus eritematoso sistémico, tiroiditis autoinmunitaria e hipoparatiroidismo. En consecuencia, al momento del diagnóstico de hepatitis autoinmunitaria, se recomienda solicitar estudios tiroideos y serología para enfermedad celiaca debido a que son enfermedades más frecuentes vinculadas con hepatitis autoinmunitaria y por lo general suelen ser asintomáticas. Durante el seguimiento se solicitaron de manera periódica o en aquellos casos de descontrol clínico o bioquímico sin otro factor adjunto. En pacientes con enfermedades inmunomediadas extrahepáticas, como tiroiditis, vitiligo o enfermedad inflamatoria intestinal, debe descartarse hepatitis autoinmunitaria cuando haya pruebas de función hepática anormales.

Financiamiento: No se recibió financiamiento de ningún tipo.

Dom011

ESCALA CLIF-C ACLF PARA PREDECIR MORTALIDAD EN PACIENTES PEDIÁTRICOS CON FALLA HEPÁTICA AGUDA SOBRE CRÓNICA

D. R. Arellano-Sánchez, E. Hernández-Chávez, Gastroenterología y Nutrición Pediátrica, Unidad Médica de Alta Especialidad, Hospital de Pediatría, Centro Médico Nacional de Occidente, IMSS

Introducción: La descompensación aguda de la cirrosis hepática relacionada con insuficiencia orgánica se conoce como falla hepática aguda sobre crónica (FHAC); esta entidad se presenta hasta en un 40% de los casos de forma asintomática y con un curso silente inicial. En pediatría se desarrolla > 22%, con mortalidad > 33% al mes según sea el número de órganos afectados; CLIF-C ACLF es una escala pronóstica con mayor capacidad de diferenciación para predecir mortalidad a corto plazo (25%) en comparación con escalas ya establecidas que requieren variables más complejas.

Objetivo: Describir la utilidad de la escala CLIF-C ACLF en pacientes pediátricos con diagnóstico de FHAC. En los niños con cirrosis que desarrollaron FHAC se describieron las características sociodemográficas, clínicas y bioquímicas; también se determinaron las escalas MELD, PELD, Child-Pugh, AARC y CLIF-C ACLF y se compararon su valor predictivo y la mortalidad.

Material y métodos: Estudio de cohorte retrospectivo; se incluyó a pacientes de edades de 6 meses a 18 años, y se condujo entre marzo de 2018 y febrero de 2022. Universo de estudio: expedientes de

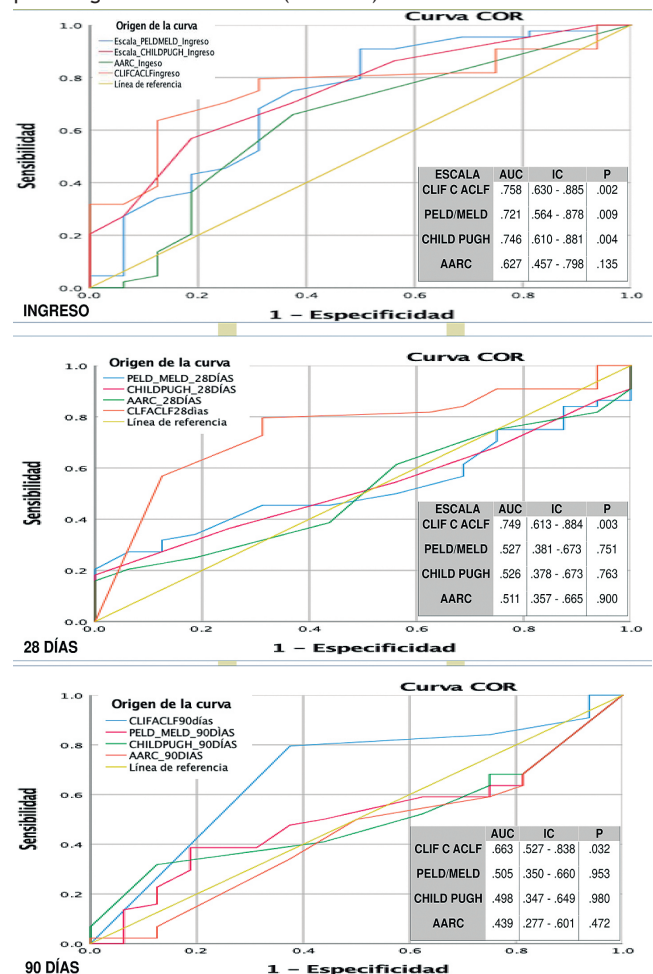
pacientes con diagnóstico de FHAC en un hospital de tercer nivel. Se determinaron frecuencia y porcentaje para variables cualitativas y mediana y rango para las cuantitativas; se empleó análisis inferencial con correlación de Pearson y Spearman entre las escalas al ingreso, 28 y 90 días, curva ROC y U de Whitney.

Resultados: De 95 casos con hepatopatía crónica, 63,1% tenía FHAC, y el grado II fue el más frecuente (35,3%). Predominó el sexo femenino (72,1%) y la atresia de vías biliares fue la entidad más común (80%), con una media de edad al diagnóstico de 38 meses y mortalidad de 55%. La ascitis (97%) y la encefalopatía hepática (58,3%) fueron las principales complicaciones, con desnutrición crónica grave (45%). El factor precipitante principal fue infeccioso (57,4%): colangitis bacteriana (16,2%) y neumonías (8,8%). Mediante curvas ROC se compararon CLIF-C ACLF con PELD, MELD, Child-Pugh y AARC, y se identificó mayor significancia estadística a 28 y 90 días (sensibilidad: 0,63; especificidad: 0,85) y por medio de la prueba U se observó que la coagulopatía es el índice bioquímico con mayor predicción para la descompensación aguda en FHAC (Fig. 1).

Conclusiones: CLIF-C ACLF, en comparación con las escalas, predijo mayor riesgo de mortalidad a 28 días (AUC: 0,758) en relación con PELD, MELD (AUC: 0,721), Child-Pugh (AUC: 0,746), AARC (AUC: 0,621) y a 90 días (AUC: 0,663) con PELD, MELD (AUC: 0,505), Child-Pugh (AUC: 0,598), AARC (AUC: 0,357). Se estableció un punto de corte de CLIF-C ACLF $\geq 77,5$ como alto valor predictivo de mortalidad (IC95%); ésta es una escala accesible y aplicable en pediatría para enfermos críticos con cirrosis hepática y FHAC.

Financiamiento: Los autores declaran no tener conflicto de intereses.

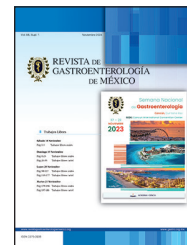
Figura 1. Área bajo la curva (AUC). Escalas pronósticas en falla hepática aguda sobre crónica. (Dom011)





REVISTA DE GASTROENTEROLOGÍA DE MÉXICO

www.elsevier.es/rgmx



Sesión de trabajos libres orales

Domingo 19 de noviembre de 2023

Endoscopia

Dom012

CERTEZA DIAGNÓSTICA DE LAS BIOPSIAS GUIADAS POR ULTRASONIDO ENDOSCÓPICO PARA EL DIAGNÓSTICO DE LESIONES SÓLIDAS PANCREÁTICAS UTILIZANDO TRES DIFERENTES AGUJAS

J. O. Alonso-Lárraga, J. M. Jiménez-Gutiérrez, M. Meneses-Mayo, L. C. Cetina-Pérez, Instituto Nacional de Cancerología

Introducción: Las lesiones sólidas del páncreas comprenden un amplio espectro de anomalías benignas y malignas. Por mucho tiempo, la técnica diagnóstica habitual fue la punción del páncreas mediante ultrasonido endoscópico, con uso de agujas que permitían aspirar células para análisis citológico. Con estas agujas, la sensibilidad fluctuaba entre 54% y 95%. Dada la variabilidad de los resultados, se optó por contar con un citopatólogo en la sala de endoscopia para el diagnóstico durante la intervención. Con este cambio, el rendimiento diagnóstico aumentó entre 10% y 30%. Sin embargo, esta propuesta depende de la disponibilidad de citopatólogos. En fecha reciente, con la fabricación de agujas que permiten tomar verdaderas biopsias, la sensibilidad se elevó. No obstante, se desconoce la certeza diagnóstica de las agujas Franseen, Fork-tip y con bisel lateral invertido cuando no se utiliza análisis citológico rápido durante el procedimiento. Los autores creen que la certeza diagnóstica puede ser mayor de 90% con al menos una de estas tres agujas.

Objetivo: Comparar la certeza diagnóstica de las biopsias por aspiración para el diagnóstico de lesiones sólidas pancreáticas con empleo de tres clases de agujas diferentes.

Material y métodos: Estudio observacional, retrospectivo y comparativo. Se revisaron los expedientes de pacientes con lesiones sólidas de páncreas atendidos entre enero de 2017 y junio de 2021. Se incluyó a pacientes de ambos sexos, mayores de 18 años, sin cirugías del tracto digestivo. Se excluyó a los enfermos con expedientes incompletos. Los participantes se incluyeron en tres grupos de acuerdo con la aguja empleada para la biopsia: a) Franseen, b) Fork-tip y c) bisel lateral invertido. Se analizaron variables, como edad, sexo, tamaño de la lesión, localización de la lesión, calibre de la aguja, número de pases con la aguja, diagnóstico histológico y complicaciones del procedimiento. Análisis estadístico: las variables nominales se presentaron como frecuencias y porcentajes y las variables continuas como medianas y rangos intercuartílicos. Para la prueba de hipótesis se utilizó la ji cuadrada de Pearson. Para comparar los resultados entre las agujas se usó la prueba exacta de Fisher con intervalos de confianza del 95%. Un valor de $p < 0,05$ se consideró estadísticamente significativo.

Resultados: Se analizaron los expedientes de 263 sujetos con una mediana de edad de 62 años. El 56% de las lesiones se identificó en mujeres y la localización predominante fue la cabeza del páncreas en 69,2% de los casos. El tamaño de las lesiones pancreáticas tuvo una mediana de 30,7 mm. El total de agujas Franseen, Fork-tip y con bisel lateral invertido correspondió a 154 (58,6%), 55 (20,9%) y 54 (20,5%), respectivamente. La certeza diagnóstica para las agujas Franseen, Fork-tip y con bisel lateral invertido fue de 93,5%, 87,3% y 83,3%, ($p = 0,023$).

Conclusiones: Las biopsias con agujas tipo Franseen mostraron una certeza diagnóstica superior al 90% y podrían ser la primera opción para tomar biopsias cuando no se dispone de un citopatólogo. Las agujas Fork-tip pueden ser una alternativa para las agujas Franseen.

Financiamiento: Ninguno.

Dom013

TRATAMIENTO DE VÁRICES GÁSTRICAS GUIADO POR ULTRASONIDO ENDOSCÓPICO: EXPERIENCIA EN UN CENTRO DE ATENCIÓN TERCIARIA

T. F. Meléndez-Alvarado, J. L. Romero-Flores, A. Saúl-Pérez, M. A. Ramírez-Luna, Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán

Introducción: Las várices gástricas representan 10% a 30% de las hemorragias variceales y se relacionan con una morbilidad y mortalidad significativas con un mayor riesgo de resangrado. Las opciones actuales de tratamiento endoscópico de las várices gástricas se basan en la inyección de cianoacrilato, que es técnicamente desafiante y se acompaña de complicaciones, como embolización sistémica, retiro fallido de la aguja después de la inyección variceal, y ulceración profunda que ocasiona resangrado. El tratamiento de inyección de várices gástricas guiada por ultrasonido endoscópico (USE) confiere ventajas potenciales sobre la visualización endoscópica convencional, ya que mejora la precisión de la inyección, corrobora la obliteración de las várices con Doppler y permite la inyección de las venas perforantes o alimentadoras. La cantidad de cianoacrilato necesaria para la obliteración completa podría reducirse, lo que a su vez podría disminuir las complicaciones adjuntas. Otra técnica emergente es la introducción de espirales bajo guía ecoendoscópica seguida de la inyección de pegamento. El objetivo del tratamiento combinado consiste en inyectar menos volumen de cianoacrilato y atenuar el riesgo de embolización. Este método ha demostrado tasas elevadas de éxito clínico y técnico con un perfil de seguridad favorable. **Objetivo:** Describir la eficacia y seguridad del tratamiento de las várices gástricas guiado por ultrasonido endoscópico.

Material y métodos: Se realizó una revisión retrospectiva de los datos de pacientes sometidos a tratamiento de várices gástricas guiado por USE en el servicio de endoscopia gastrointestinal del Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán (INCMNSZ) durante un periodo de 18 meses (noviembre del 2021 a abril del 2023). Se excluyó a los pacientes con várices gástricas GOV-1, hemodinámicamente inestables y menores de 18 años. Dos ecoendoscopistas expertos efectuaron el procedimiento con el paciente bajo sedación procedural. Se utilizó un ecoendoscopio lineal Olympus 190 y se usó el Doppler para la inyección de espirales, con subsecuente inyección de cianoacrilato, o bien tan sólo inyección de cianoacrilato y uso de agujas FNA de 19 G o 22 G. Se documentaron los episodios adversos luego del procedimiento endoscópico de acuerdo con la clasificación AGREE. Se documentó el seguimiento posterior al procedimiento para determinar nuevos episodios de hemorragia digestiva alta variceal. Los datos se tabularon y analizaron con el software Microsoft® Excel para Mac V 16.62.

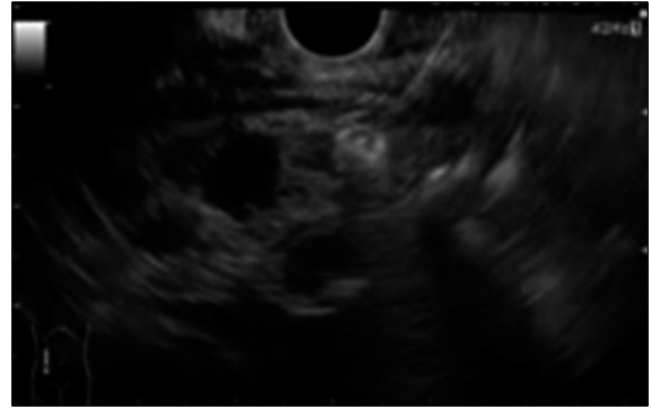
Resultados: Se incluyó a un total de cinco pacientes en el análisis. La edad promedio fue de 64 años con límites de edad de 54 a 71 años. Todos los pacientes tenían hipertensión portal secundaria a cirrosis hepática. La calificación MELD-Na osciló entre 10 y 12 puntos. Los cinco pacientes se sometieron al procedimiento como profilaxis secundaria. El 80% tenía várices gástricas IGV-1 y el resto IGV-2. El tamaño de las várices varió de 2 cm a 10 cm. En dos pacientes se realizó inyección de una espiral (8 mm x 10 cm y 4 mm x 4 cm) con posterior inyección de 1 mL de 2-octil-cianoacrilato (Fig. 1); en el resto de los individuos sólo se empleó una inyección de 1 mL de cianoacrilato. En 1 (20%) de los pacientes se identificó durante la punción un sangrado aproximado de 250 mL que se autolimitó y no requirió ningún control adicional. Se alcanzó el éxito técnico en el 100% de los casos. Ningún sujeto desarrolló embolismo sistémico como complicación durante el seguimiento. La erradicación

de las várices gástricas se logró en 3 (60%) individuos, que tuvieron un seguimiento de seis a 15 meses.

Conclusiones: En la experiencia de los autores se observaron seguridad y eficacia en el tratamiento de las várices gástricas guiado por USE, con complicaciones mínimas.

Financiamiento: No se recibió financiamiento de ningún tipo.

Figura 1. Inyección de una espiral dentro de una várice gástrica. (Dom013)



Dom014

CARACTERÍSTICAS Y TRATAMIENTO DE LAS FUGAS BILIARES POSQUIRÚRGICAS POR COLANGIO-PANCREATOGRAFÍA RETRÓGRADA ENDOSCÓPICA

C. A. Campoverde-Espinoza, B. A. Enríquez-Constantino, J. C. Zavala-Castillo, D. Muñoz-Fuentes, R. Herrera-Gallo, D. Ruiz-Reyes, C. D. Arteaga-González, A. J. García-Cortés, L. A. Molina-Arroyo, Hospital General de México Dr. Eduardo Liceaga

Introducción: La colecistectomía laparoscópica es el tratamiento para la colelitiasis sintomática o complicada. Las fugas biliares posteriores a ésta pueden ocurrir en 0,3% a 2,7%. El tratamiento de estas fugas ha evolucionado desde la cirugía hasta la endoscopia por colangiopancreatografía retrógrada endoscópica (CPRE), que disminuye o elimina el gradiente de presión entre el conducto biliar común y el duodeno, lo cual crea un flujo de bilis transpapilar y permite sellar la fuga con éxito del 90% para fugas Strasberg A, B y D.

Objetivo: Determinar las características epidemiológicas y el tratamiento por colangiopancreatografía retrógrada endoscópica en pacientes con fuga biliar posquirúrgica.

Material y métodos: Diseño descriptivo, observacional, transversal y retrospectivo. Se identificaron los informes de CPRE de pacientes con diagnóstico de fuga biliar desde el 1 de enero de 2021 hasta el 31 de marzo de 2023; se incluyeron los expedientes clínicos, informes endoscópicos, notas quirúrgicas y de laboratorio. Las fugas biliares se clasificaron de acuerdo con Strasberg y de alto o bajo grados por colangiografía. Para valorar su tratamiento se incluyó a pacientes con dos o más CPRE y se definió la refractariedad cuando la fuga persistía en la segunda CPRE. Las variables cualitativas se expresaron en frecuencias y porcentajes; las numéricas en medias y desviación estándar. Se usaron las pruebas χ^2 , exacta de Fisher, t de Student y U de Mann-Whitney (comparación de grupos) según correspondiera. El valor $p < 0,05$ se consideró estadísticamente significativo.

Resultados: De 2018 pacientes que ingresaron al servicio de endoscopia gastrointestinal con indicación de CPRE de enero de 2021 a marzo de 2023 se incluyeron 69 con diagnóstico de fuga biliar (3,42%). El 54,9% correspondió a mujeres y la edad fue de 47,74 ±

17,71 años. En el 73,9%, la fuga biliar se presentó después de cirugía urgente, con abordaje laparoscópico en el 62,3%, y se practicó colecistectomía subtotal en el 18,8%. El 69,6% tuvo drenaje con gasto biliar de $263,40 \pm 392,45$ mL, leucocitos: $9,70 \pm 4,88 \times \text{mm}^3$, bilirrubina total: $1,82 \pm 2,59$ mg/dL, bilirrubina directa: $0,95 \pm 1,42$ mg/dL, indirecta: $0,90 \pm 1,24$ mg/dL, fosfatasa alcalina: $234,42 \pm 196,90$ U/L, AST: $42,47 \pm 37,65$ U/L y ALT: $55,77 \pm 48,76$ U/L. Al clasificarlas por CPRE, el 52,2% correspondió a Strasberg A, el 21,7% a D, el 4,3% a E y el 17,4% tuvo fuga del remanente vesicular; el 69,6% fue de bajo grado y el diámetro del colédoco fue de $8,48 \pm 4,50$ mm, con coledocolitiasis residual en 29,0%. La canulación fue difícil en 53,6% y se consiguió con precorte tipo fistulotomía hasta en el 44,11%. En la terapéutica, el 98,6% fue objeto de prótesis biliar plástica tipo Ámsterdam 10 Fr x 10 cm, esfinterotomía o ampliación de una previa en el 100%. El 53,62% tuvo seguimiento y de esa proporción el 89,5% experimentó remisión de la fuga identificada en la CPRE de seguimiento; el 18,92% mostró refractariedad,

pero todas remitieron después de dos o más CPRE. En relación con las complicaciones, el 16,2% sufrió estenosis de la vía biliar y de éstas el 83,3% tenía diagnóstico de afección Strasberg D. Por último, la canulación fue difícil en pacientes con fuga de bajo grado ($p = 0,036$); la mayoría de las fugas de alto grado fue Strasberg D ($p = 0,024$). Todas las de tipos A y D remitieron en comparación con las del remanente vesicular y el tipo E 100% contra 87,7% y 0% ($p = 0,000$), sin existir diferencia con respecto a la coledocolitiasis, diámetro del colédoco, número de CPRE o el tiempo.

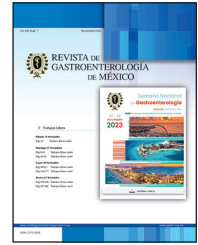
Conclusiones: El 3,42% de las CPRE se practicó por fuga biliar y la más frecuente fue de bajo grado y Strasberg A. El 89,5% de los pacientes con seguimiento remitió. Casi todos los pacientes sometidos a colecistectomía subtotal tuvieron fuga biliar, lo que es esperable por el tipo de procedimiento. Se concluye que en el centro de los autores la frecuencia y la resolución son iguales respecto de los estudios internacionales.

Financiamiento: Ninguno.



REVISTA DE GASTROENTEROLOGÍA DE MÉXICO

www.elsevier.es/rgmx



Sesión de trabajos libres orales

Domingo 19 de noviembre de 2023

Páncreas

Dom015

ESTUDIO EPIDEMIOLÓGICO Y COMPORTAMIENTO CLÍNICO DEL INSULINOMA EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL DURANTE UN PERIODO DE 22 AÑOS

C. G. Solís-Hernández, Y. M. Velasco-Santiago, O. Chapa-Azuela, C. J. Roca-Vásquez, A. R. Collazo-Moreno, F. Higuera-de la Tijera, Hospital General de México Dr. Eduardo Liceaga

Introducción: El insulinoma es el tumor neuroendocrino funcional del páncreas más frecuente; sin embargo, del grupo de los tumores neuroendocrinos (TNE) sólo representa 1 caso por cada 250.000-100.000 individuos por año y es más prevalente en el sexo femenino con una relación de 3:2; su incidencia máxima se observa entre la cuarta y sexta décadas de la vida y es además el TNE con mejor pronóstico una vez que se reseca totalmente, con tasa de malignidad menor al 10%. Son tumores hiperfuncionantes con presentación de hiperinsulinismo. Su detección representa un reto diagnóstico, ya que sus síntomas son muy variables e inespecíficos. Suelen ser únicos y de pequeño tamaño por lo que su localización anatómica preoperatoria no siempre es posible.

Objetivo: Determinar la frecuencia y el comportamiento epidemiológico de los insulinomas en el Hospital General de México.

Material y métodos: Estudio descriptivo, observacional, transversal y retrolectivo de serie de casos en el que se analizó a los pacientes con insulinoma de páncreas atendidos en la clínica de cirugía hepatopancreatobiliar en el Hospital General de México en el periodo

comprendido entre 2000 y 2022. Se realizó una búsqueda en los expedientes clínicos en los que se analizaron variables clínicas demográficas, antecedentes, síntomas, informe histológico y localización anatómica. Se utilizó estadística descriptiva y los resultados se analizaron con medidas de frecuencia relativas y centrales para la obtención de porcentajes, media, promedio y desviación estándar. **Resultados:** En el periodo de estudio se llevaron a cabo 181.324 valoraciones en la consulta de cirugía hepatopancreatobiliar. Se encontraron 11 casos de insulinoma (prevalencia de periodo = 0,0060), con una mayor presentación en el género femenino (63,3%); la edad promedio de presentación fue de $43 \pm 17,4$ DE años, ninguno se relacionó con antecedentes heredofamiliares neoplásicos y la mayoría tuvo el antecedente de ingestión de alcohol (36,3%) seguido de tabaquismo (35%). El 100% de los pacientes tenía la triada de Whipple, con valores de glucosa media de 38,3 mg/dL (13-57 mg/dL), cifras de insulina de 23,3 U/L (1,19-41,4) y concentraciones del péptido C de 5,2 ng/mL (0,6-13,9). En cuanto a la localización anatómica del tumor, cuatro casos se hallaban en la cabeza (36,3%), cuatro en la cola (36,3%), dos en el cuerpo (18,1%) y uno en el cuello (9%); el tamaño promedio fue de 1,82 cm (1-2,6). La detección del tumor primario antes del procedimiento quirúrgico se llevó a cabo mediante tomografía contrastada y ultrasonido endoscópico, ambos en 10 casos (90,9%); se registró 1 caso con resultados normales en relación con un tamaño de 1 cm de la lesión primaria evidenciada en el procedimiento quirúrgico (Tabla 1).

Conclusiones: En el centro de los autores, los insulinomas son un trastorno infrecuente, con mayor incidencia en las mujeres de edad media, sin antecedentes familiares de neoplasia pancreática, casi siempre en relación con antecedente de tabaquismo y consumo de alcohol, y se encuentran en la mayor parte de los casos en la cabeza

Tabla 1. Características generales de los pacientes con diagnóstico de insulinoma en el Hospital General de México. (Dom015)

Características	Resultados
Número total de insulinomas: n (%)	181.324 casos 11 (0,0060%)
Sexo: n (%)	
Femenino	7 (63,3%)
Masculino	4 (36,3%)
Edad: media-años/DE	43 +/- 17,4
Consumo de alcohol	6 (54,5%)
Tabaquismo	5 (45,4%)
Triada de Whipple	11 (100%)
Valores de glucosa: media-mg/dL/intervalo	38,3 (13-57)
Valores de insulina: media-U/L	23,3 (1,19-41,4)
Valores de péptido C: media-ng/mL	5,2 (0,6-13,9)
Localización anatómica: n (%)	
Cabeza	4 (36,3%)
Cola	4 (36,3%)
Cuerpo	2 (18,1%)
Cuello	1 (9%)
Tamaño del tumor: cm	1,82 (1-2,6)
Estudios de imagen	
TAC abdomen simple y contrastada	10 (90,9%)
Ultrasonido endoscópico	10 (90,9%)
Normal	1 (9%)

y el cuerpo. El diagnóstico debe sospecharse en pacientes con síntomas neuroglucopénicos graves; son tumores de pequeño tamaño que requieren estudios de imagen complementarios para su localización; sin embargo, en este estudio se observó que un tamaño ≤ 1 cm puede informarse como normal. La mayoría de los insulinomas posee un buen pronóstico, según sea la localización de la lesión primaria anterior al procedimiento quirúrgico, el cual tiene intención curativa de los síntomas.

Financiamiento: No se recibió financiamiento de ningún tipo.

Dom016

FACTORES ASOCIADOS CON EL DESARROLLO DE INSUFICIENCIA PANCREÁTICA EXOCRINA EN PACIENTES CON NEOPLASIAS MALIGNAS DE PÁNCREAS

I. Gutiérrez-Lozano, P. Rodríguez-García, M. F. García-Cedillo, J. Hernández-Calleros, Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán

Introducción: El cáncer de páncreas representa la séptima causa de mortalidad por cáncer. Uno de los factores que afecta el pronóstico de estos pacientes es la desnutrición, la cual está estrechamente ligada con la insuficiencia pancreática exocrina (IPE) en estos casos. La IPE tiene una prevalencia alta en pacientes con tumores malignos de páncreas, tanto en casos reseables como en irreseables, y tiene un efecto considerable en la sobrevida de estos pacientes. Se han descrito varios factores relacionados con el desarrollo de IPE en estos pacientes.

Objetivo: Determinar la prevalencia de IPE en individuos con neoplasias malignas de páncreas (cáncer de páncreas, ampulomas y tumores neuroendocrinos de páncreas) en el INCMNSZ y buscar los factores vinculados con su aparición.

Material y métodos: Se realizó un estudio retrospectivo en el INCMNSZ. Se incluyó a aquellos pacientes con diagnóstico de cáncer de páncreas, ampuloma o tumor neuroendocrino (TNE) de páncreas entre 2004 y 2021 y que contaran con al menos una medición de elastasa pancreática fecal (EF). La IPE se definió con la última medición de EF, de la cual se consideró normal un valor $> 200 \mu\text{g/g}$, IPE moderada $< 200 \mu\text{g/g}$, IPE grave $< 100 \mu\text{g/g}$ e IPE extrema $< 20 \mu\text{g/g}$. Las variables categóricas se describieron como frecuencia y porcentaje; las variables continuas como medias y desviaciones estándar o medianas y rangos intercuartílicos. Las medias para variables continuas se compararon con t de Student cuando tenían una distribución normal y U de Mann-Whitney en los casos que no. Para el análisis de las variables categóricas se utilizaron χ^2 o prueba exacta de Fisher.

Resultados: Se incluyó en el estudio a un total de 45 pacientes, 25 con cáncer de páncreas, 12 con ampuloma y 8 con TNE. El 48,9% correspondió a mujeres y la edad promedio fue de $58,7 \pm 15,7$. Las comorbilidades más frecuentes fueron hipertensión (38%) y diabetes (33%). Los síntomas de presentación más frecuentes fueron pérdida de peso (73%), ictericia (62,2%) y dolor abdominal (62,2%). La ictericia y la pérdida de peso fueron más frecuentes en el grupo de cáncer de páncreas y ampuloma. La mayoría de los casos se encontraba en un estadio avanzado al diagnóstico (34,9% en estadio IV). El 57,8% recibió algún tipo de tratamiento quirúrgico y de esa proporción el procedimiento de Whipple fue el más frecuente (37,8%), seguido de la pancreatectomía distal (11%). El 82,2% cumplía criterios de IPE, sin identificar una diferencia estadísticamente significativa en la prevalencia de IPE entre los tres tipos de tumores. En el análisis bivariado

Tabla 1. (Dom016)

Variable	Presencia de IPE (EF $< 200 \mu\text{g/g}$)		IPE grave y extrema (EF $< 100 \mu\text{g/g}$)	
	OR IC95%	P	OR IC95%	P
Edad al diagnóstico > 60 años	0,51 (0,10-2,45)	0,396	0,98 (0,26-3,31)	0,920
Antecedente de PA	0,84 (0,10-9,79)	0,890	0,64 (0,09-4,35)	0,641
Tabaquismo	4,77 (0,53-42,9)	0,133	2,65 (0,61-11,4)	0,183
Alcoholismo	16,1 (1,0-300)	0,011	3,44 (0,80-14,8)	0,087
Ictericia	7,1 (1,23-40,8)	0,010	5,18 (1,33-20,1)	0,014
Estadios III-IV	0,20 (0,03-1,15)	0,055	0,11 (0,02-4,97)	0,002
Localización	2,0 (0,42-9,42)	0,3375	1,50 (0,40-5,52)	0,541
Tratamiento quirúrgico	2,74 (0,56-13,3)	0,200	6,11 (1,51-24,7)	0,008
Procedimiento de Whipple	5,33 (0,59-47,8)	0,104	13,9 (1,61-119)	0,004
Pancreatectomía distal	0,26 (0,03-1,93)	0,168	0,25 (0,03-1,72)	0,139
Quimioterapia	0,78 (0,13-4,53)	0,789	0,57 (0,13-2,52)	0,458
Radioterapia	1,09 (0,11-10,9)	0,939	0,88 (0,14-5,53)	0,88

IPE, insuficiencia pancreática exocrina; EF, elastasa fecal; PA, pancreatitis aguda.

se encontró que el antecedente de consumo de alcohol (OR, 16,1; IC95%, 1,0-300; $p = 0,011$) y la ictericia (OR, 7,1; IC95%, 1,23-40,8; $p = 0,010$) fueron factores de riesgo relacionados con el desarrollo de IPE. No se halló este nexo con la localización del tumor, la edad, el estadio al diagnóstico o el tratamiento quirúrgico. Por otro lado, se encontró que un estadio III o IV al diagnóstico (OR, 0,11; IC95%, 0,02-4,97; $p = 0,002$), el tratamiento quirúrgico (OR, 6,11; IC95%, 1,51-24,7; $p = 0,008$) y el procedimiento de Whipple (OR, 13,9; IC95%, 1,61-119; $p = 0,004$) fueron factores de riesgo para tener IPE grave a extrema ($EF < 100 \mu\text{g/g}$) (Tabla 1).

Conclusiones: En una cohorte de pacientes con neoplasias malignas pancreáticas, la prevalencia de IPE fue alta. Se observó que la ictericia y el consumo de alcohol podrían ser factores vinculados con una mayor frecuencia de esta complicación, y que un estadio alto al diagnóstico y el tratamiento quirúrgico, en particular con procedimiento de Whipple, se relacionaron con tener valores menores de EF.

Financiamiento: Este estudio no requirió financiamiento.

Dom017

DETECCIÓN TEMPRANA DE DERRAME PLEURAL POR ECOGRAFÍA PULMONAR EN PACIENTES CON PANCREATITIS AGUDA COMO PREDICTOR DE COMPLICACIONES LOCALES Y SISTÉMICAS

J. P. Bran-Alvarado, J. O. Jáquez-Quintana, F. García-Villarreal, H. J. Maldonado-Garza, Hospital Universitario Dr. José Eleuterio González

Introducción: La pancreatitis aguda leve representa el 80% de los casos, es autolimitada y por lo regular se resuelve con tratamiento de mantenimiento en tres a cinco días. La pancreatitis de gravedad moderada se caracteriza por complicaciones locales, sistémicas o falla orgánica transitoria (< 48 h). La pancreatitis grave se acompaña de una mayor estancia hospitalaria y un mayor riesgo de readmisión en los primeros 30 días y mortalidad hospitalaria. En un estudio retrospectivo de Ocampo *et al.* se ha observado que el derrame pleural por ecografía en pacientes con pancreatitis aguda predice con gran exactitud la gravedad de una pancreatitis, lo que demuestra además superioridad respecto de las escalas predictoras de gravedad.

Objetivo: Establecer la relación entre el derrame pleural y la aparición de complicaciones locales y sistémicas en pacientes con diagnóstico de pancreatitis aguda. Estudiar la utilidad del ultrasonido pulmonar como instrumento pronóstico de gravedad en pacientes con pancreatitis aguda de cualquier origen.

Material y métodos: Pacientes ingresados por pancreatitis por cualquier causa de septiembre de 2022 a junio de 2023 en el Hospital Universitario Dr. José Eleuterio González. Es un estudio analítico,

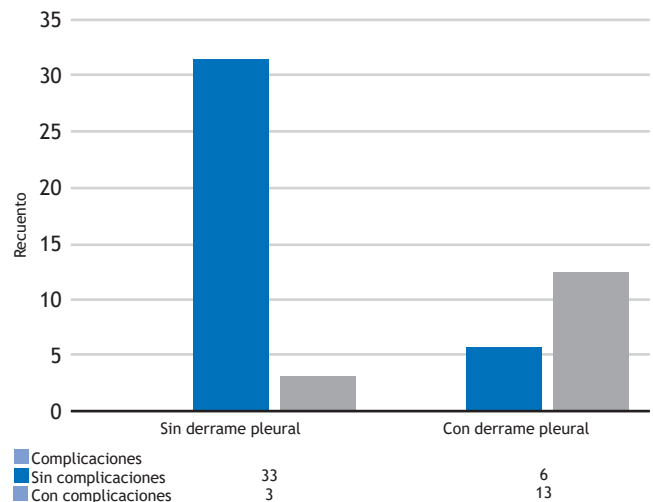
prospectivo, longitudinal y predictivo de las variables: derrame pleural, complicaciones locales y complicaciones sistémicas mediante tablas cruzadas con el estadístico χ^2 .

Resultados: Se analizaron los datos de 55 pacientes ingresados por pancreatitis, de los cuales 58,2% correspondió a hombres, con una media de edad de 40,42; la causa tuvo predominio biliar en 84%. De los 55 pacientes analizados, 36 no mostraron derrame pleural y 33 de éstos tampoco complicaciones; de los 19 que sufrieron derrame pleural, 68,42% experimentó complicaciones, con una diferencia estadísticamente significativa ($p < 0,005$) (Fig. 1). Las complicaciones locales fueron colecciones peripancreáticas, pancreatitis necrosante y necrosis amurallada; las complicaciones sistémicas fueron insuficiencia renal, neumonía intrahospitalaria y choque séptico. Asimismo, cabe resaltar que el 77% de los pacientes con pancreatitis por hipertrigliceridemia tuvo complicaciones.

Conclusiones: La ecografía pulmonar, con respecto al derrame pleural, supera a otros métodos en términos de utilidad diagnóstica, como la radiografía de tórax, dado que posee mayor precisión y el tiempo de diagnóstico es menor, además de que evita factores de riesgo como la radiación, en comparación con la tomografía axial computarizada. En este estudio se mostró una relación positiva entre el derrame pleural diagnosticado por ecografía pulmonar y el desarrollo de complicaciones locales y sistémicas en pacientes con pancreatitis. Puede concluirse que la ecografía pulmonar tiene una utilidad diagnóstica y predictiva en cuanto al desarrollo de complicaciones en la pancreatitis.

Financiamiento: No se recibió financiamiento de ningún tipo.

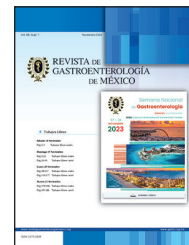
Figura 1. Relación del derrame pleural con la aparición de complicaciones locales o sistémicas. (Dom017)





REVISTA DE GASTROENTEROLOGÍA DE MÉXICO

www.elsevier.es/rgmx



Sesión de trabajos libres orales

Domingo 19 de noviembre de 2023

Síndrome de intestino irritable

Dom018

ORTOREXIA NERVIOSA Y FACTORES PSICOSOCIALES DEL SÍNDROME DE INTESTINO IRRITABLE EN PACIENTES MEXICANOS

H. R. Ordaz-Álvarez, B. A. Priego-Parra, S. A. Reyes-Díaz, R. Y. López-Pérez, M. Amieva-Balmori, A. D. Cano-Contreras, J. K. Yamamoto-Furusho, J. M. Remes-Troche, Instituto de Investigaciones Médico-Biológicas, Universidad Veracruzana

Introducción: La ortorexia nerviosa (ON) es un trastorno caracterizado por obsesión patológica por la alimentación adecuada y de alta calidad, según la definición de Steve Bratman de 1997. El vínculo entre el eje microbiota-intestino-cerebro (MIC) y la ON se basa en el papel fundamental de la dieta y la conducta alimentaria.

Objetivo: Determinar la prevalencia de ON y los factores psicosociales relacionados en individuos con síndrome de intestino irritable y personas sanas.

Material y métodos: Estudio observacional, transversal y analítico en el cual se incluyó a pacientes que acudieron al laboratorio de fisiología digestiva y motilidad del Instituto de Investigaciones Médico-Biológicas de enero a julio de 2023. Los participantes respondieron el cuestionario de datos sociodemográficos, cuestionario Roma IV, cuestionario ORTO-11-ES, HAD y la escala IBSSS.

Resultados: Se recolectó una muestra conformada por 360 sujetos (se eliminó a 27 por no cumplir los criterios de inclusión). De los 333 pacientes, 126 satisficieron los criterios para SII (edad de 23 [18-59]; 71,4% de mujeres) y 207 fueron sujetos sanos (edad de 23 [18-59];

61,4% de mujeres). El subtipo de SII que predominó fue el estreñimiento (43,2%), seguido del subtipo mixto (21,6%), diarrea (19,2%) y no clasificable (16%). La población con SII tuvo mayor puntuación de ansiedad (11 [7-13] vs. 7 [4-10], $p = 0,0001$), depresión (6 [4-9] vs. 4 [2-7], $p = 0,001$) y coexistencia de ambas anomalías (38,1% vs. 20,3%, $p = 0,0001$). Los individuos con SII presentaron una puntuación menor y significativa en el cuestionario ORTO-11-ES en las subescalas de factor cognitivo ($8,9 \pm 1,9$ vs. $9,3 \pm 1,6$, $p = 0,046$), aspectos clínicos ($7,3 \pm 1,4$ vs. $7,8 \pm 1,3$, $p = 0,001$) y la puntuación total ($25,3 \pm 3,4$ vs. $26,3 \pm 2,8$, $p = 0,006$). La prevalencia de ortorexia nerviosa en sujetos con SII fue de 38,1% contra 29,5% del grupo control. En la escala de gravedad de síntomas del síndrome de intestino irritable ($182,4 [151,6-228,6]$ vs. $100 [66,6-169,9]$, $p = 0,0001$) y en las subescalas de gravedad moderada de la enfermedad (50% vs. 20,9%, $p = 0,0001$), presencia de dolor en los últimos 10 días (89,7% vs. 46,5%, $p = 0,0001$), número de días con dolor (3 [2-4] vs. 2 [1-3], $p = 0,045$), presencia de distensión frecuente (88,1% vs. 49,3%, $p = 0,0001$), gravedad moderada de la distensión (43,7% vs. 17,9%, $p = 0,002$), insatisfacción con las evacuaciones (46,8% vs. 24,6%, $p = 0,0001$) y efecto considerable de la enfermedad en las actividades diarias (27% vs. 8,2%, $p = 0,0001$) se registraron puntuaciones mayores y diferencias significativas en el grupo con SII. Se identificaron correlaciones significativas entre la puntuación total del IBSSS con depresión ($r = 0,300$, $p = 0,004$) y ansiedad ($r = 0,209$, $p = 0,048$), una correlación sólo significativa en las mujeres. En un subanálisis en el grupo de personas con SII se reconocieron diferencias significativas en las puntuaciones de ansiedad ($11,1 \pm 4,1$ vs. $10 \pm 4,2$, $p = 0,001$), depresión ($6,1 \pm 3,6$ vs. $6,4 \pm 3,9$, $p = 0,001$) y puntuación total de la escala de gravedad de síntomas del síndrome de intestino irritable ($194,2 \pm 60,3$ vs. $185,2 \pm$

60,5, $p = 0,0001$) en pacientes de SII con ON y sin ella. Los sujetos con SII tuvieron mayor probabilidad de sufrir ansiedad (OR, 3,4; IC95%, 2,1-5,6; $p = 0,0001$), depresión (OR, 2,1; IC95%, 1,3-3,5; $p = 0,001$) y ortorexia nerviosa (OR, 1,43; IC95%, 0,9-2,3; $p = 0,001$) que la población en general.

Conclusiones: Estos hallazgos respaldan la presencia de ortorexia nerviosa, ansiedad y depresión en pacientes con síndrome de intestino irritable. La mitad de los sujetos con SII experimentó una gravedad moderada de los síntomas intestinales, lo que modifica de forma negativa su estilo y calidad de vida. La identificación temprana y el abordaje integral de los aspectos psicológicos y sintomáticos son fundamentales para un mejor pronóstico de la enfermedad.

Financiamiento: No se recibió financiamiento de ningún tipo.

Dom019

ACTIVIDAD DE LA LACTASA EN PACIENTES CON SÍNDROME DE INTESTINO IRRITABLE SIN ESTREÑIMIENTO Y SIBO: EFECTO DE LA RIFAXIMINA

M. F. García-Cedillo, J. S. Martínez-Arenas, V. J. Ornelas-Arroyo, F. U. Villegas-García, E. Coss-Adame, Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán

Introducción: El síndrome de intestino irritable (SII) es un trastorno de la interacción intestino-cerebro. Los síntomas gastrointestinales se relacionan con diferentes mecanismos fisiopatológicos, entre ellos el sobrecrecimiento bacteriano del intestino delgado (SIBO, *small intestine bacterial overgrowth*) e intolerancias alimentarias. El SIBO puede ocasionar disminución de la actividad de varias enzimas digestivas, incluida la lactasa. El tratamiento es todavía un desafío; la eficacia de los diferentes tratamientos farmacológicos y dietéticos a menudo es subóptima.

Objetivo: Evaluar la mejoría de los síntomas y la actividad de la lactasa en los pacientes con SII sin estreñimiento posterior al tratamiento con rifaximina alfa.

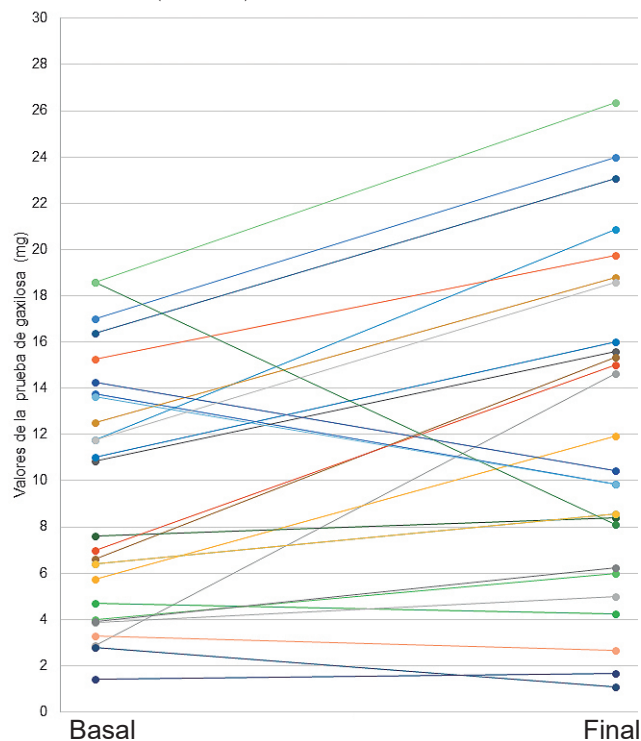
Material y métodos: Estudio piloto y prospectivo. Se incluyó a pacientes de ambos sexos de 18 a 65 años con SII sin estreñimiento de acuerdo con los criterios de Roma IV, con prueba de aire espirado (PAE) positiva para SIBO (lactulosa, 10 g) y concentraciones bajas de xilosa urinaria (19,18 mg/dL) medida con Lactest® en pacientes con autoinforme de intolerancia a la lactosa. Además, se realizó PAE con lactosa de 25 g basal y final. Todos los pacientes recibieron tratamiento con rifaximina de 400 mg cada 8 horas por dos semanas. Cuatro semanas después de la intervención se realizaron una PAE con lactulosa y lactosa a las mismas dosis que la basal y se evaluaron los síntomas y valores de xilosa urinaria.

Resultados: La mediana en las cifras de xilosa antes y después de la intervención fue de 7,6 mg/dL (RIC, 4,34-13,7) contra 10,4 mg/dL (RIC, 7,1-17,3), $p = 0,002$ (Fig. 1). El 60% de los pacientes mostró mejoría en el dolor abdominal, 44% en la distensión, 36% en flatulencias, 60% en borborismos y 72% en la consistencia de las evacuaciones. Se demostró erradicación de SIBO con PAE final en 32% y disminución de mala digestión por PAE con lactosa de 25 g de 88% a 52%.

Conclusiones: En pacientes con SII sin estreñimiento y SIBO existe una baja actividad de la lactasa medida de manera indirecta. El tratamiento con rifaximina alfa produce mejoría de los síntomas, los valores de lactasa, la mala digestión de lactosa y el SIBO. La tasa baja de erradicación de SIBO en estos pacientes hace suponer que existen otros factores que llevan a la mejoría sintomática de los pacientes, entre ellos la mejor digestión de carbohidratos y los cambios en la microbiota. Se requieren estudios de mayor poder y seguimiento para determinar la duración de la respuesta a esta intervención.

Financiamiento: No se recibió financiamiento de ningún tipo. La rifaximian utilizada en este estudio fue una donación en especie de Alfaisigma, sin relación con el diseño ni implementación del estudio.

Figura 1. Cambios en los valores de xilosa después de la intervención en cada uno de los pacientes; la línea roja representa el valor de normalidad. (Dom019)



Dom020

EVALUACIÓN DE LA EFECTIVIDAD Y SEGURIDAD DE LACTOBACILLUS FERMENTUM Y LACTOBACILLUS DELBRUECKII (LACTOBACILLUS LB) EN EL TRATAMIENTO DE PACIENTES CON SÍNDROME DE INTESTINO IRRITABLE CON PREDOMINIO DE DIARREA

F. Higuera-de la Tijera, M. Motola-Kuba, Y. M. Velasco-Santiago, C. I. Díaz-Valencia, A. Servín-Caamaño, E. Altamirano, S. Camacho, Hospital General de México Dr. Eduardo Liceaga

Introducción: A pesar de que el uso de *Lactobacillus fermentum/delbrueckii* (*Lactobacillus LB*) ha mostrado efectividad en pacientes con síndrome de intestino irritable con predominio de diarrea (SII-D), no se ha valorado su efecto en diferentes dosis a corto plazo en comparación con el placebo.

Objetivo: Evaluar la efectividad a corto plazo de *Lactobacillus LB* en pacientes con SII-D.

Material y métodos: Se estudió a 171 pacientes con SII-D que se aleatorizaron doble ciego en tres grupos paralelos: placebo ($n = 57$, $37,67 \pm 10,75$ [34,88-40,46] años, 60% de mujeres) y en tratamiento a dosis de 5.000 ($n = 57$, $41,53 \pm 12,39$ [38,31-44,74] años, 61% de mujeres) o 10.000 ($n = 57$, $39,86 \pm 10,56$ [37,12-42,6] años, 47% mujeres) millones de *Lactobacillus LB* dos veces al día por cuatro semanas. Se valoraron la frecuencia de defecaciones diarias, la consistencia de las heces (escala de Bristol), el grado de dolor abdominal/distensión (0 = no hay, 1 = leve, 2 = moderado, 3 = grave),

y la percepción de salud general (1 = muy mal, 2 = regular, 3 = bien, 4 = excelente). Los datos expresan el promedio \pm DE con IC95% o porcentajes, según correspondiera. Para la comparación entre grupos se usó la prueba t de Student pareada y no pareada, con dos colas ($\alpha = 0,05$).

Resultados: Los pacientes en tratamiento con *Lactobacillus LB* tuvieron menos defecaciones por día y mayor consistencia de las heces a las cuatro semanas (Fig. 1). Comparados con el placebo después del tratamiento, los pacientes que tomaron *Lactobacillus LB* disminuyeron el grado de distensión ($1,65 \pm 1,04$ [1,38-1,92] vs. $0,71 \pm 0,86$ [0,55-0,87], $p < 0,001$) y de dolor abdominal ($1,14 \pm 0,88$ [0,91-1,37] vs. $0,48 \pm 0,8$ [0,34-0,63], $p < 0,001$), además de mejorar su percepción de salud general ($2,14 \pm 0,58$ [1,99-2,29] vs. $2,87 \pm 0,49$ [2,78-2,96], $p < 0,001$). No se detectaron diferencias entre los grupos de diferentes dosis de *Lactobacillus*.

Conclusiones: El tratamiento con *Lactobacillus LB* mejora los síntomas de pacientes con SII-D mexicanos a corto plazo. Estos resultados también muestran que mejora la percepción subjetiva de salud general, lo que constituye un valor agregado al sugerir mejor apego al tratamiento inicial del SII-D.

Financiamiento: No se recibió patrocinio o financiamiento para este estudio. Los recursos utilizados los proporcionó la institución pública de salud.

Dom021

LA DIARREA Y LOS SÍNTOMAS RELACIONADOS CON DISTENSIÓN/GAS ABDOMINAL SON LOS PRIMEROS MOTIVOS DE CONSULTA AL GASTROENTERÓLOGO EN LA CLÍNICA

Y. A. Miranda-Guzmán, M. J. Schmulson-Wasserman, Laboratorio de Hígado, Páncreas y Motilidad (HIPAM)-Unidad de Investigación en Medicina Experimental, Facultad de Medicina, Universidad Nacional Autónoma de México

Introducción: Un estudio estadounidense determinó que los síntomas gastrointestinales pueden clasificarse en ocho grupos: reflujo gastroesofágico, disfagia, diarrea, incontinencia fecal, náusea y vómito, estreñimiento, dolor abdominal gas/distensión/flatulencia. Por otra parte, en México el 40,2% de la población abierta sufre trastornos de la interacción intestino-cerebro (TIIC), el 7,5% enfermedad inflamatoria intestinal (EII) y menos del 1% enfermedad celiaca. Sin embargo, existe poca información sobre lo que ocurre en la consulta de gastroenterología en este país.

Objetivo: Establecer los síntomas que llevan a la consulta y los diagnósticos más frecuentes en una consulta de gastroenterología en la Ciudad de México.

Material y métodos: Estudio retrospectivo de 1.330 consultas realizadas por un solo gastroenterólogo en el periodo del 15-02-2021 al 14-11-2022. Se analizaron 761 consultas de primera vez para determinar los síntomas principales que llevaron a buscar atención y los diagnósticos establecidos en la primera consulta, ya sea por criterios clínicos o conocidos previamente. Los resultados se expresan en porcentajes e intervalos de confianza del 95% (IC95%) y medias \pm DE, y se analizaron con χ^2 y t de Student cuando fuera apropiado y se consideró significativa una $p < 0,05$.

Resultados: La edad promedio de los pacientes fue de $51,8 \pm 19,0$ años y se distribuyeron en 62,1% mujeres y 37,9% hombres (sin diferencias en edad); se dividieron en 426 (56%) en quienes se analizó el principal motivo de consulta y 335 (44%) con diagnóstico conocido. Los motivos de consulta más frecuente fueron diarrea seguida de distensión/gases y estreñimiento crónico y, con respecto al sexo, la distensión/gases, estreñimiento y dispepsia fueron significativamente más prevalentes en las mujeres (Tabla 1). Los diagnósticos iniciales más frecuentes, sin incluir al estreñimiento crónico (17,8%, IC95% 14,5-21,8, motivo de consulta), fueron gastroenteritis infecciosa (GEI) con 14% (10,5-18,5), alteraciones gastrointestinales posteriores a COVID-19 con 7,9% (5,3-11,6), enfermedad celiaca y sobrepoblación bacteriana del intestino delgado (SIBO) con 6,5% (4,1-10,0) cada una, y síndrome de intestino irritable (SII) y sangrado del tubo digestivo (STD) con 5,5% (3,3-8,8), cada uno.

Tabla 1. (Dom021)

Motivo de consulta	Prevalencia % (IC95%)	Sexo		Edad		p
		Hombre	Mujer	Hombre	Mujer	
				Años: edad \pm DE		
Dolor abdominal	4,7 (3,2-7,1)	45 (25,8-65,8)	55 (34,2-74,2)	49,3 \pm 14,5	66,1 \pm 14,5	0,019
Reflujo gastroesofágico	17,1 (13,8-21,0)	57,5 (46,1-68,2)	42,5 (31,8-53,9)	50,3 \pm 19,6	54,5 \pm 17,6	0,352
Distensión abdominal/gases	20,9 (17,3-25,0)	30,3 (21,7-40,6)	69,7 (59,4-78,3)	51,4 \pm 18,2	44,6 \pm 18,8	0,115
Dispepsia	8,0 (5,7-10,9)	29,4 (16,7-46,3)	70,6 (53,7-83,3)	37,7 \pm 13,9	38,7 \pm 18,1	0,755
Estreñimiento crónico	17,8 (14,5-21,8)	22,4 (14,4-33,0)	77,6 (67,0-85,6)	59,9 \pm 23,5	50,4 \pm 22,8	0,140
Diarrea	24,4 (20,6-28,7)	45,2 (36,0-54,8)	54,8 (45,2-64,0)	51,0 \pm 22,7	56,8 \pm 22,3	0,189
Dolor torácico/esofágico	2,1 (1,0-4,0)	66,7 (35,1-88,3)	33,3 (11,7-64,9)	51,5 \pm 15,7	55,0 \pm 7,9	0,733
Disfagia	1,6 (0,7-3,4)	71,4 (35,2-92,4)	28,6 (7,6-64,8)	49,8 \pm 15,6	52,0	0,858
Globus	0,9 (0,3-2,5)	75,0 (28,9-96,6)	25,0 (3,4-71,0)	44,7 \pm 19,2	-	-
Incontinencia	0,5 (0,01-2)	100,0 (29,0-100)	0 (0-71,0)	70,0	-	-
Hipo	0,2 (0,01-0,4)	100 (16,7-100)	0 (0-83,0)	74,0	-	-
Dolor pélvico	0,2 (0,01-0,4)	100 (16,7-100)	0 (0-83,0)	59,0	-	-

%, frecuencia; IC95%, intervalo de confianza del 95%; DE, desviación estándar.

Conclusiones: En esta clínica, las mujeres consultan con mayor frecuencia que los hombres por síntomas/problemas gastrointestinales. Los principales motivos de consulta fueron diarrea seguida de distensión/gas abdominal, mientras que el estreñimiento crónico seguido de GEI y problemas gastrointestinales posteriores a COVID-19 fueron los diagnósticos iniciales más comunes. En contraste, el SII es poco frecuente con una prevalencia similar a la de la población general.

Financiamiento: Este estudio recibió financiamiento parcial de la División de Investigación de la Facultad de Medicina de la UNAM.

Dom022

¿QUÉ ES EL ESTREÑIMIENTO OCASIONAL? UN ESTUDIO MULTICÉNTRICO EN POBLACIÓN MEXICANA

M. Palacios-Cruz, B. A. Priego-Parra, K. García-Zermeño, L. Valdovinos-García, F. A. Félix-Téllez, J. A. Velarde-Ruiz Velasco, E. Coss-Adame, R. Flores-Rendón, J. M. Remes-Troche, Laboratorio de Fisiología Digestiva y Motilidad Gastrointestinal, Instituto de Investigaciones Médico-Biológicas, Universidad Veracruzana

Introducción: El estreñimiento ocasional (EO) se refiere a las alteraciones intermitentes u ocasionales en el patrón intestinal que no satisfacen del todo los criterios diagnósticos del estreñimiento crónico (EC). La falta de estudios poblacionales sobre EO es evidente.

Objetivo: Describir la epidemiología, características, factores de riesgo y efectos en la calidad de vida de los individuos con EO en la población mexicana.

Material y métodos: Se realizó un estudio observacional transversal y analítico que utilizó un cuestionario electrónico para evaluar los datos sociodemográficos, síntomas relacionados con el estreñimiento y evacuaciones, grados de ansiedad y depresión (escala HAD), y la calidad de vida de los pacientes con estreñimiento (cuestionario PAC-QOL). Se comparó a las personas sin estreñimiento con las de estreñimiento infrecuente, EO y EC.

Resultados: De 704 individuos, 260 (36,9%) tuvieron EO y 67 (9,5%) EC, con predominio femenino ($p < 0,0001$). No se registraron diferencias en peso, historial de tabaquismo, comorbilidades, medicación o grado de sobrepeso/obesidad. Los pacientes con EO experimentaron síntomas 24 días al año en promedio, 68,9% durante menos de seis meses al año, con mejoría tras el consumo de fibra ($p = 0,05$) y aumento del consumo de líquidos ($p = 0,0000$). Los pacientes con EO tuvieron peor calidad de vida y menores puntuaciones en mini-ECCA respecto de aquéllos sin estreñimiento o con síntomas poco frecuentes, pero mejores que los pacientes con EC.

Conclusiones: El 37% de la población tiene EO, que dura menos de seis meses, altera la calidad de vida, responde a medidas higiénicas y dietéticas, y tiene relevancia epidemiológica y en el diseño de estudios de intervención.

Financiamiento: No se recibió financiamiento ni patrocinio.

Dom023

ALTERACIÓN DE LA HOMEOSTASIS DEL ESTADO RÉDOX CELULAR EN SÍNDROME DE INTESTINO IRRITABLE (SII)

A. S. Morales-Guzmán, A. Alarcón-Aguilar, A. Luna-López, A. D. Santana-Vargas, M. Motola-Kuba, M. J. Schmulson-Wasserman, Laboratorio de Hígado, Páncreas y Motilidad (HIPAM)-Unidad de Investigación en Medicina Experimental, Facultad de Medicina, Universidad Nacional Autónoma de México

Introducción: La activación del sistema inmunitario y la inflamación de bajo grado son mecanismos que se han relacionado con el SII. Uno de los factores desencadenantes es el estrés oxidante (EO) que se genera cuando existe una pérdida del estado rédox (desbalance entre la generación de especies reactivas de oxígeno y los sistemas antioxidantes). El factor de transcripción nuclear kappa B (NF- κ B) y el factor nuclear 2 derivado del eritroide 2 (Nrf2) regulan la homeostasis del estado rédox celular y por consiguiente la activación inmunitaria y la inflamación. Ambos factores se han referido en trastornos gastrointestinales, como la enfermedad inflamatoria intestinal (EII). Con anterioridad los autores han demostrado mayor EO en SII en comparaciones con los controles; sin embargo, hasta el momento no se ha dilucidado el papel de estos factores de transcripción en SII.

Objetivo: Determinar los procesos moleculares relacionados con la activación del sistema inmunitario, el EO y la inflamación de bajo grado en pacientes con SII.

Material y métodos: Se estudió a 30 pacientes con SII-Roma III de la consulta externa de gastroenterología del Hospital General de México y 30 controles negativos para SII. Se excluyó a aquéllos con enfermedades orgánicas (diabetes mellitus, trastornos autoinmunitarios, EII, enfermedad celiaca, infecciones recientes). Se recolectó sangre venosa periférica de cada sujeto en ayuno y los factores NF- κ B y Nrf2 se evaluaron mediante la técnica de *Western blot* y se expresaron en densidad óptica relativa (DOR). El análisis estadístico se realizó mediante la U de Mann-Whitney y se consideró significativa una $p \leq 0,05$.

Resultados: Los pacientes con SII incluyeron a 27 mujeres y 3 hombres de 42 ± 15 años y los controles a 27 mujeres y 3 hombres de 42 ± 14 años ($p = 0,93$). Se observó una mayor expresión (DOR) del NF- κ B en SII: $1,16 \pm 0,55$ contra controles: $0,53 \pm 0,23$, ($p < 0,001$); y menor expresión del Nrf2 en los pacientes con SII: $0,87 \pm 0,37$ en comparación con los controles: $1,09 \pm 0,30$ ($p = 0,01$).

Conclusiones: Este estudio proporciona pruebas de la participación de los factores de transcripción NF- κ B y Nrf2 en SII, lo que confirma que existe una alteración de la homeostasis fisiológica del estado rédox celular y la respuesta al estrés. La modulación de las vías de señalización de estos factores puede proporcionar un mejor enfoque en el mecanismo fisiopatológico del SII.

Financiamiento: Facultad de Medicina de la UNAM, Hospital General de México, INGER, UAM-UI.

Dom024

COGNICIÓN GASTROINTESTINAL: CATASTROFIZACIÓN DEL DOLOR EN SUJETOS CON SÍNDROME DE INTESTINO IRRITABLE

B. A. Priego-Parra, S. A. Reyes-Díaz, H. R. Ordaz-Álvarez, G. P. Martínez-Pérez, M. Herrera-Sato, R. H. Raña-Garibay, M. Amieva-Balmori, K. R. García-Zermeño, E. C. Morel-Cerda, J. M. Remes-Troche, Departamento de Fisiología y Motilidad Digestiva, Instituto de Investigaciones Médico-Biológicas, Universidad Veracruzana

Introducción: El síndrome de intestino irritable (SII) está vinculado con cambios neuroestructurales y sesgos cognitivos específicos que podrían estar influidos por la microbiota intestinal. La catastrofización del dolor es un proceso cognitivo caracterizado por patrones de mala adaptación del pensamiento. En otras poblaciones se ha señalado que la catastrofización es más frecuente en individuos con SII en comparación con los sujetos sanos.

Objetivo: Evaluar la relación de la catastrofización del dolor con la intensidad de los síntomas gastrointestinales en personas con SII e individuos sanos.

Material y métodos: Estudio transversal y analítico en el que se incluyó a sujetos con SII y sanos durante agosto de 2022 a junio de

2023. Todos los participantes aceptaron el consentimiento informado. El diagnóstico de SII se estableció según los criterios de Roma IV. Los participantes completaron la Escala de Catastrofización del Dolor (PCS), la Escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria (HAD) y la Escala de Gravedad de Síntomas en el Síndrome de Intestino Irritable (IBS-SSS). La diferencia de medias se realizó con t de Student o Wilcoxon según correspondiera y las correlaciones con Pearson o Spearman. Se determinó como significancia estadística un valor de $p < 0,05$.

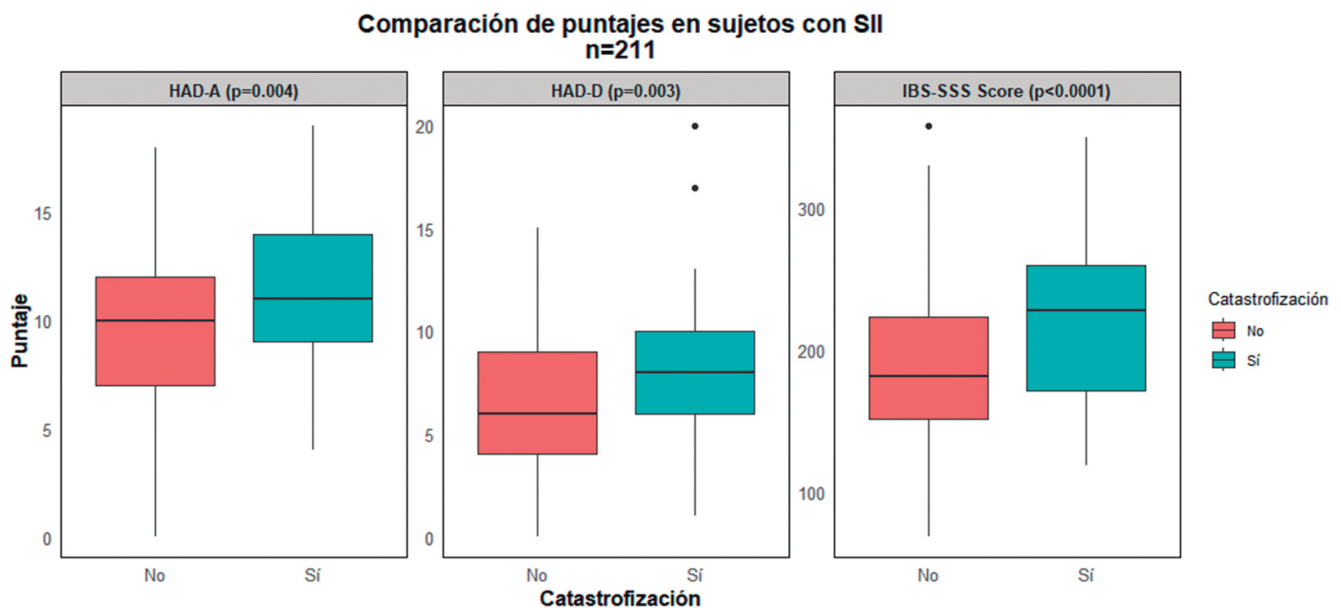
Resultados: Se incluyó en total a 586 participantes, 392 (65%) sanos y 211 (35%) con SII, con una mediana de edad de 24 años (intervalo, 21-32). Los sujetos con SII tuvieron mayor prevalencia de catastrofización del dolor clínicamente significativa en comparación con los

individuos sanos (18,5% vs. 11%, $p = 0,011$). En el grupo de personas con SII, los que tuvieron catastrofización significativa mostraron mayores puntuaciones de ansiedad ($p < 0,0001$), depresión ($p < 0,0001$) y mayor intensidad de síntomas gastrointestinales ($p < 0,0001$) en comparación con los sujetos sin catastrofización (Fig. 1).

Conclusiones: Estos hallazgos sugieren que, en sujetos con síndrome de intestino irritable, la catastrofización del dolor se relaciona con mayor intensidad de síntomas gastrointestinales y alteración psicológica. Por lo tanto, se sugiere la evaluación de los factores psicológicos para identificar a los pacientes que podrían beneficiarse en mayor medida de los tratamientos conductuales, complementarios y neuromodulación.

Financiamento: Ninguno.

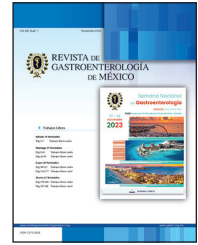
Figura 1. Se presenta un diagrama de cajas y bigotes que compara las puntuaciones de la Escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria (HAD-A, HAD-D) y Gravedad de Síntomas (IBS-SSS) en individuos con síndrome de intestino irritable. Las cajas representan dos grupos: enfermos que cumplen criterios para catastrofización (azul) y pacientes que no los cumplen (rosa). Se evaluaron las pruebas de distribución y homocedasticidad. Para la comparación entre grupos se utilizaron las pruebas t de Student o Wilcoxon según correspondiera. (Dom024)





REVISTA DE GASTROENTEROLOGÍA DE MÉXICO

www.elsevier.es/rgmx



Sesión de trabajos libres orales

Domingo 19 de noviembre de 2023

Hígado I

Dom025

LA ELASTOGRAFÍA TRANSITORIA PREDICE LA PRESENCIA DE CONGESTIÓN VENOSA SISTÉMICA EN PACIENTES AMBULATORIOS CON HIPERTENSIÓN ARTERIAL PULMONAR

J. P. Guerrero-Cabrera, H. N. Tadeo-Espinoza, A. Fernández-Ramírez, E. Ríos-Argaiz, I. García-Juárez, Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán

Introducción: El desarrollo de la puntuación por ultrasonido del exceso venoso (VExUS) como herramienta no invasiva para la congestión venosa ha permitido la evaluación del paciente a pie de cama mediante imágenes de ultrasonido Doppler abdominal. En la medida en que la congestión venosa se convierte en congestión hepática es posible intentar aplicar estos datos a otras herramientas no invasivas. A pesar de que un aumento de la rigidez hepática se relaciona con una mayor congestión hepática en pacientes con insuficiencia cardíaca, no se ha estudiado la relevancia de la elastografía transitoria (Fibroscan) en el contexto de la congestión venosa derivada de la insuficiencia cardíaca derecha, la cual podría ser un nuevo método no invasivo fácil, rápido y eficaz para detectar estas alteraciones.

Objetivo: Evaluar la correlación entre la congestión venosa mediante VExUS y Fibroscan en pacientes con hipertensión pulmonar o insuficiencia cardíaca derecha.

Material y métodos: Se incluyó a pacientes con diagnóstico o alta probabilidad de hipertensión arterial pulmonar entre enero

de 2022 y enero de 2023 en el Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán. Se excluyó a los pacientes con hipertensión arterial pulmonar de baja probabilidad ($VTR < 2,8$ m/s, $PASP < 36$ mmHg), insuficiencia cardíaca aguda, cirrosis hepática (Child-Turcotte-Pugh B o C), enfermedad renal crónica o tratamiento renal sustitutivo, trasplante de órganos sólidos o trombosis portal. Cuatro médicos entrenados (un nefrólogo y tres internistas) realizaron el VExUS, con un índice kappa inter-observador de 0,90 (0,86-0,97); un gastroenterólogo capacitado efectuó la elastografía transitoria. Se analizaron variables socio-demográficas y clínicas y se utilizó estadística descriptiva mediante frecuencias y proporciones para las variables categóricas. Se analizó la correlación mediante el coeficiente de Pearson de forma individual entre la medición de kPa mediante Fibroscan y las variables: PASP, VCId, porcentaje de colapsabilidad de la VCI y pulsatilidad de la vena porta. La significancia estadística se alcanzó con un valor $p < 0,05$.

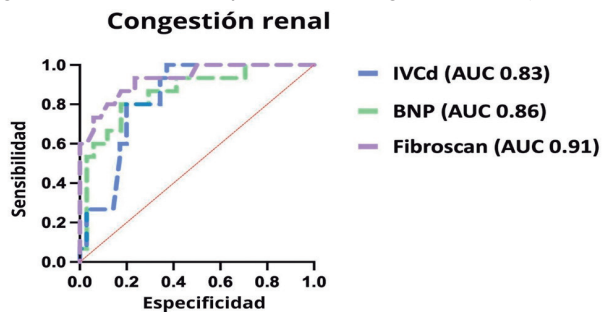
Resultados: Se incluyó a 58 pacientes, con 82% de mujeres. Se observó una significancia estadística entre la rigidez hepática medida en kPa y la PASP, el diámetro de la VCI y la pulsatilidad de la vena porta. La rigidez hepática fue mayor en pacientes con VExUS 2 o 3 (media, 14,5; RIC, 9,1-30,2) respecto de VExUS 0 o 1 (media 5,2; RIC, 3,9-6,9) y las interrupciones venosas del Doppler intrarrenal. En comparación con el BNP y el IVcD, el Fibroscan fue un mejor predictor de la congestión renal (AUC, 0,91). Véase la **Figura 1**.

Conclusiones: La rigidez hepática fue mayor en los pacientes con puntuación VExUS 2-3 respecto de VExUS 0-1, lo que sugiere que a mayor congestión, mayor rigidez hepática. El Fibroscan predice la congestión renal mejor que el BNP y el dVCI. Además, la elastografía transitoria es rápida, segura y fácil de realizar, no es dependiente del

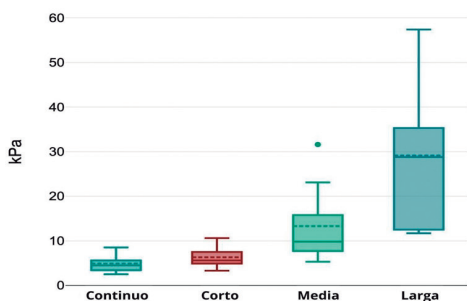
operador y permite determinar la congestión venosa de forma similar a las herramientas invasivas.

Financiamiento: No se recibió ninguno.

Figura 1. Fibroscan como predictor de congestión renal. (Dom025)



1a. Fibroscan como predictor de congestión renal



Interrupciones en doppler venoso intra-Renal

1b. Correlación de interrupciones en doppler venoso intrarrenal y kPa

Dom026

ALTA PREVALENCIA DE FIBROSIS Y ESTEATOSIS HEPÁTICA: RESULTADOS DE CAMPAÑA DE SALUD HEPÁTICA

L. M. Cruz-Rodríguez, J. M. Aldana-Ledesma, M. Lazcano-Becerra, J. A. Velarde-Chávez, A. I. Tornel-Avelar, J. R. Barrientos-Ávalos, E. S. García-Jiménez, J. A. Velarde-Ruiz-Velasco, Hospital Civil de Guadalajara Fray Antonio Alcalde

Introducción: Las consecuencias del daño hepático secundario a la enfermedad hepática esteatótica han alcanzado una elevada prevalencia con progresión a la fibrosis avanzada y la enfermedad hepática crónica. Los factores ambientales, incluida la dieta en conjunto con las comorbilidades y los factores de riesgo múltiples, predisponen a los pacientes al desarrollo de hígado graso, que es la enfermedad hepática más frecuente. La identificación de estos pacientes es importante para los programas de intervención temprana de factores de riesgo modificables y la prevención de la progresión.

Objetivo: Determinar la prevalencia de esteatosis y fibrosis hepática en una campaña de salud hepática.

Material y métodos: Se desarrolló una campaña de salud hepática en la población abierta durante un periodo de cuatro semanas dirigida a usuarios de un hospital de tercer nivel, sin antecedentes conocidos de enfermedad hepática. Se les notificaron los factores de riesgo de la EHC y el procedimiento. Se realizó elastografía hepática con FibroScan Expert 630 que cuantificó las cifras de CAP y KPa para determinar los grados de esteatosis y fibrosis hepática. Se realizaron 10 mediciones y se tomaron valores IQR < 30% para una buena precisión diagnóstica. Se condujeron análisis descriptivos monovariados para la determinación de frecuencias y se crearon

tablas cruzadas con la prueba ji cuadrada para analizar las características por grupos, con significancia estadística de $p < 0,05$.

Resultados: Acudieron a la campaña 529 individuos, de los cuales se incluyó a 407. La mayoría correspondió a mujeres en un 68,3%, con edad media de 46,8 (DE \pm 12,8). De los pacientes analizados, más de la mitad de la población ($n = 261$, 64,1%) mostró esteatosis hepática, grave en la mayor parte de los casos (42,3%). Se identificó fibrosis hepática en 108 pacientes (26,5%) y fibrosis avanzada en 33 (8,1%). Las mujeres tuvieron mayor frecuencia de fibrosis hepática que los hombres con 27,6%, así como fibrosis hepática avanzada con 8,9%. De los grados de esteatosis hepática, el más avanzado (S3) fue el de mayor frecuencia entre las categorías de ambos grupos y, de los grados de fibrosis hepática, el más frecuente fue el F1; se estableció diagnóstico de cirrosis hepática en grado F4 en 13 pacientes no conocidos con enfermedad hepática previa; de todos los estudios realizados, la media de IQR fue de 15,9 (DE \pm 7,0). Todos los pacientes con esteatosis se citaron para consulta externa de gastroenterología para seguimiento. Las características de acuerdo con los grupos se describen en la **Tabla 1**.

Conclusiones: Se identificó un número alarmante de pacientes con esteatosis y fibrosis hepática sin enfermedad hepática previa conocida, con características similares para hombres y mujeres, sin significancia estadística entre grupos. Es importante realizar estas campañas de identificación y escrutinio de pacientes por el gran aumento de la prevalencia de hígado graso, que puede progresar a daño hepático sostenido y fibrosis.

Financiamiento: Sienty Med SA de CV proporcionó el equipo Fibroscan. Los investigadores cubrieron resto de los gastos.

Tabla 1. Prevalencia de fibrosis y esteatosis hepática en campaña de salud hepática. (Dom026)

	Hombres	Mujeres	p
Edad (media, DE)	47,3 (DE \pm 13,7)	46,5 (DE \pm 12,3)	0,34
Esteatosis hepática	67,4%	62,5%	0,43
Grado de esteatosis			
S1	13,1%	15,8%	0,51
S2	8,5%	6,1%	
S3	45,7%	40,6%	
Fibrosis hepática	24%	27,6%	0,43
Fibrosis avanzada	6,2%	8,9%	0,33
Grado de fibrosis			
F1	15,4%	16,2%	0,40
F2	3,2%	1,5%	
F3	6,1%	2,3%	
F4	2,8%	3,8%	

Dom027

EL ÍNDICE DE MIOSTEATOSIS SE ASOCIA CON MENOR SOBREVIVENCIA A 30- Y 90-DÍAS EN HEPATITIS ALCOHÓLICA GRAVE AGUDA: UN ESTUDIO TRANSVERSAL, RETROSPECTIVO Y DE COHORTE

L. A. Rosales-Rentería, M. S. González-Huezo, H. Jaramillo-Ramírez, J. A. Camacho-Escobedo, J. D. Prieto-Nava, P. Sterling-Carrillo, A. Sánchez-Araiza, M. L. Torres-Mata, M. Morales-Ibarra, Centro Médico ISSEMyM

Introducción: La hepatitis alcohólica (AH) es una de las principales causas de descompensación en pacientes con enfermedad hepática crónica (EHC) y en el desarrollo de insuficiencia hepática aguda sobre

crónica (IHAC). En fecha reciente, la mioesteatosis se ha vinculado con peores desenlaces en pacientes con EHC y IHAC, con un umbral de 33 y 28 unidades Hounsfield (HU) para pacientes masculinos y femeninos, respectivamente; sin embargo, se desconoce su papel en el pronóstico de la hepatitis alcohólica grave (HAG).

Objetivo: Validar y determinar el efecto de la mioesteatosis en pacientes con HAG en un hospital de atención terciaria en México.

Material y métodos: Este estudio reanalizó los datos del protocolo No-Sone, un estudio prospectivo cuasiexperimental que creó una base de datos de pacientes con HAG aguda hospitalizados en el Hospital General de Mexicali, en Baja California, México, desde el 1 de enero de 2014 hasta el 30 de abril de 2022, y tuvo como objetivo determinar la eficacia de la prednisona en comparación con la prednisona para tratar la HAG. Se incluyó a todos los pacientes con dicha enfermedad y con un mMDF > 32, un GAHS > 9 o un MELD > 20 que recibieron tratamiento con prednisona o prednisolona. Se realizó una búsqueda electrónica en la base de datos. Para ser incluidos en este protocolo, los pacientes debieron someterse a una tomografía computarizada (simple o con contraste intravenoso) durante su hospitalización índice, que se analizó de forma retrospectiva para determinar el índice de mioesteatosis, un protocolo ya establecido descrito antes por Montaña-Loza *et al.*, que precisó umbrales específicos para pacientes masculinos de 33 HU y femeninos de 28 HU. El resultado primario fue la mortalidad general a los 30 días (M30). Los resultados secundarios fueron la mortalidad a los 90 días (M90) y el desarrollo de mayor descompensación, definida como la aparición de uno o más de los siguientes: lesión renal aguda, hemorragia variceal, encefalopatía hepática grados III o IV de West Haven, o peritonitis bacteriana espontánea. Se consideró estadísticamente significativo un valor de $p < 0,05$. Los criterios de exclusión fueron todos aquellos pacientes menores de 18 años y quienes ingresaran con infecciones activas.

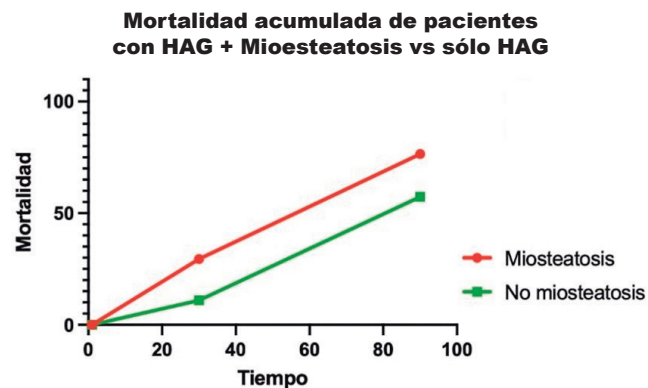
Resultados: Se incluyó a un total de 231 pacientes con HAG: 151/231 cumplieron los criterios para mioesteatosis y 80 no; ambos grupos fueron homogéneos y no se registraron diferencias significativas en cuanto a sus características basales. La mortalidad general a los 30 días en pacientes con mioesteatosis fue del 47% (72/151) y sólo el 25% (20/80) de los pacientes sin mioesteatosis alcanzó el

desenlace primario; esta diferencia fue estadísticamente significativa, con un OR de 2,4, IC95% de 1,6-3,6 y $p < 0,001$, y un número necesario para dañar (NND) de 2,8. Los resultados secundarios sólo fueron significativos para la mortalidad a los 90 días (M90), en la cual la mioesteatosis tuvo una OR de 1,32, IC95% de 1,01-1,75 y $p < 0,02$, con NND de 5,7. No se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre ambos (Fig. 1).

Conclusiones: Para los pacientes con hepatitis alcohólica grave elegibles y que recibieron tratamiento con corticoesteroides, la mioesteatosis tuvo una mayor probabilidad de mortalidad a los 30 y 90 días, lo que demuestra que la pérdida de masa muscular en estos pacientes conduce a peores resultados. Se requieren estudios prospectivos adicionales para corroborar estos hallazgos.

Financiamiento: Autofinanciado.

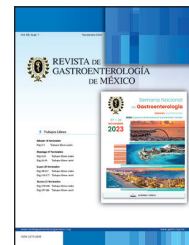
Figura 1. A los 30 días, los pacientes con mioesteatosis presentaron una mortalidad acumulada (MA) del 30%, en comparación con el 11% en el grupo sin mioesteatosis, con una diferencia estadísticamente significativa (OR, 2,4; IC95%, 1,6-3,6; $p < 0,001$) y un número necesario para dañar (NND) de 2,8. Esta tendencia se mantuvo para la mortalidad a los 90 días, con una MA del 76% para aquéllos con mioesteatosis en comparación con el 57% en los enfermos sin mioesteatosis (OR, 1,32; IC95%, 1,01-1,75; $p < 0,02$; NND, 5,7). (Dom027)





REVISTA DE GASTROENTEROLOGÍA DE MÉXICO

www.elsevier.es/rgmx



Sesión de trabajos libres orales

Domingo 19 de noviembre de 2023

EII-I

Dom028

UTILIDAD DEL ÁNGULO DE FASE EN LA EVALUACIÓN DEL ESTADO NUTRICIO Y LA ACTIVIDAD DE LA ENFERMEDAD DE PACIENTES CON COLITIS ULCEROSA CRÓNICA IDIOPÁTICA

V. M. Mendoza-Martínez, M. A. Santoyo-Chávez, J. I. Carrillo-Rojas, S. Ontiveros-López, F. Martínez-Silva, J. L. de León-Rendón, N. Bueno-Hernández, Hospital General de México Dr. Eduardo Liceaga

Introducción: Se ha notificado un aumento de la prevalencia de colitis ulcerosa crónica idiopática (CUCI), sobre todo en Latinoamérica; en estos pacientes, la desnutrición se presenta hasta en el 70% cuando la enfermedad está activa. Se ha propuesto que el ángulo de fase (AF) podría ser un marcador de integridad celular y del estado nutricional.

Objetivo: Evaluar la efectividad del AF en el diagnóstico nutricional integral de los pacientes con CUCI.

Material y métodos: Se realizó un estudio transversal analítico en pacientes con diagnóstico de CUCI y controles sanos; ambos grupos fueron objeto de una medición de composición corporal para obtener el AF. Para el análisis estadístico se utilizó U de Mann-Whitney para la comparación de datos antropométricos y bioquímicos de ambos grupos; los pacientes se clasificaron de acuerdo con su AF y se consideró un valor normal $> 6,1^\circ$ y un valor bajo $> 6,1^\circ$.

Resultados: Se evaluó a 60 pacientes con CUCI y 120 controles; el 65% correspondió a mujeres y el 35% a hombres. El AF fue menor en los individuos con CUCI en comparación con los controles; además,

los pacientes con la enfermedad activa tenían un menor AF respecto de los pacientes de remisión ($5,6 \pm 0,9$ vs. $6,06 \pm 0,8$, $p = 0,070$). Un AF bajo mostró menor cantidad de peso (activo: $60,5 \pm 13,6$ vs. $70,3 \pm 0,8$, $p = 0,018$; remisión: $57,1 \pm 11,4$ vs. $69,4 \pm 8,7$, $p = 0,006$), masa magra seca (activo: $13,8 \pm 3,6$ vs. $18,2 \pm 0,6$, $p = 0,009$; remisión: $13,1 \pm 2$ vs. $19,7 \pm 5,3$, $p < 0,001$), agua corporal total (activo: $27,4 \pm 6,2$ vs. $32,9 \pm 4,6$, $p = 0,028$; remisión: $25,3 \pm 3,8$ vs. $34,4 \pm 9,2$, $p = 0,003$) y agua intracelular (activo: $51,9 \pm 3,2$ vs. $55,1 \pm 3,3$, $p = 0,042$; remisión: $49,3 \pm 10,7$ vs. $55,8 \pm 3,6$, $p = 0,025$) independientemente de la actividad de la enfermedad.

Conclusiones: El AF desciende en grado significativo en los pacientes con CUCI comparado con los pacientes sanos y aún más cuando se encuentran con la enfermedad activa.

Financiamiento: Ninguno.

Dom029

ALTA CORRELACIÓN ENTRE LA PRUEBA INMUNOQUÍMICA FECAL Y CALPROTECTINA FECAL EN LA EVALUACIÓN DE ACTIVIDAD EN PACIENTES CON ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL

J. A. Torres-Díaz, J. K. Yamamoto-Furusho, Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán

Introducción: Un seguimiento estrecho es importante en el logro de resultados clínicos favorables en la enfermedad inflamatoria intestinal (EII). La calprotectina fecal (CF) es el biomarcador fecal

más utilizado, ya que tiene una buena correlación con los índices de actividad clínica, endoscópica e histológica. Sin embargo, la disponibilidad y el costo de la CF son limitados en la mayoría de los países de América Latina, incluido México.

Objetivo: Valorar la correlación entre la prueba inmunoquímica fecal (FIT, *fecal immunochemical test*) y la CF para la evaluación de la actividad de la enfermedad en pacientes con EI.

Material y métodos: Estudio de cohorte transversal en el cual se incluyó a pacientes ambulatorios con diagnóstico confirmado de enfermedad de Crohn (EC) o colitis ulcerosa crónica idiopática (CUCI). Se recabaron características clínicas y demográficas, además de la recolección de muestras de heces para la determinación de FIT y CF. Se utilizaron las escalas de Truelove-Witts y el nuevo índice integral de actividad (índice de Yamamoto-Furusho) para categorizar la actividad clínica en pacientes con CUCI, y el parámetro de Harvey-Bradshaw y CDAI para evaluar la actividad en pacientes con EC. En pacientes que contaban con valoración endoscópica se determinó el índice de actividad en los tres meses previos o posteriores de la muestra de heces. Se utilizó la prueba de correlación de rangos de Spearman para valorar la correlación entre FIT y CF. Se calcularon sensibilidad, especificidad, valor predictivo positivo y negativo (VPP y VPN) de FIT y CF para actividad endoscópica, se construyó curva ROC y se determinó el área bajo la curva (AUC).

Resultados: Se incluyó a un total de 206 pacientes. Hasta 148 (72%) pacientes tenían diagnóstico de CUCI y 58 (28%) de EC. La mediana de FIT fue de 2,8 $\mu\text{g/g}$ (intervalo, 2,6-2.394 $\mu\text{g/g}$) y la mediana del valor de CF de 265,5 $\mu\text{g/g}$ (intervalo, 22-6.285 $\mu\text{g/g}$). Hubo muy buena correlación estadísticamente significativa entre FIT y CF (coeficiente de correlación de rango de Spearman, $r_s = 0,71$, $p < 0,01$). También hubo una buena correlación entre FIT y los índices de actividad para CUCI (Truelove-Witts, $r_s = 0,626$, $p < 0,01$; índice de Yamamoto-Furusho, $r_s = 0,772$, $p < 0,01$); en contraste, los índices de actividad clínica para EC tuvieron pobre correlación positiva; CDAI ($r_s = 0,439$, $p < 0,01$) y Harvey-Bradshaw ($r_s = 0,237$, $p = 0,07$). En un subanálisis entre aquellos pacientes con CUCI con evaluación endoscópica ($n = 35$), la correlación entre FIT y actividad endoscópica fue estadísticamente significativa ($r_s = 0,559$, $p < 0,01$) y fue similar a la correlación entre FC y actividad endoscópica fue ($r_s = 0,566$, $p < 0,01$). Un punto de corte de FIT de 2,6 $\mu\text{g/g}$ identificó actividad endoscópica en paciente con CUCI con una sensibilidad de 79%, especificidad de 100%, VPP de 100% y VPN de 57%, con una AUC de 0,893 (IC95% 0,788-0,997).

Conclusiones: La prueba FIT tuvo muy buena correlación con CF en la evaluación de la actividad en pacientes con CUCI, pero no en la enfermedad de Crohn. La FIT tiene un rendimiento similar en comparación con FC para valorar la actividad en pacientes con CUCI. La FIT podría ser un biomarcador alternativo para la valoración de la actividad en pacientes con CUCI en regiones donde la CF no esté disponible. Una FIT con punto de corte de 2,6 $\mu\text{g/g}$ tiene buena sensibilidad y especificidad para identificar actividad endoscópica.

Financiamiento: No se recibió financiamiento de ningún tipo.

Dom030

TRANSHELINA Y CALPONINA-1 COMO BIOMARCADORES DE RECURRENCIA POSOPERATORIA DE LA ENFERMEDAD DE CROHN

M. Esquivel-Velázquez, I. Barrios-Hernández, N. Bueno-Hernández, J. Manyé, Hospital General de México Dr. Eduardo Liceaga

Introducción: La enfermedad de Crohn (EC) es una afección compleja de la cual se desconoce su causa hasta la fecha. A pesar del tratamiento farmacológico, los pacientes durante el curso de la enfermedad

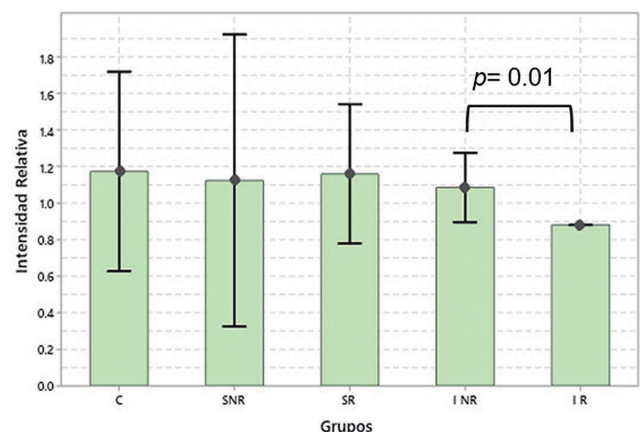
requieren con frecuencia tratamiento quirúrgico. El comportamiento posoperatorio de la EC es distinto entre pacientes y en muchos de ellos recurre la inflamación. No existen marcadores específicos que predigan la recurrencia posoperatoria (RPO), y los que se han evaluado muestran una baja sensibilidad o especificidad, además de una aplicabilidad limitada en la práctica clínica. Se desconoce si existen cambios en la expresión de proteínas en el íleon de pacientes con EC que puedan relacionarse con el fenómeno de RPO.

Objetivo: Identificar los cambios en la expresión de proteínas en el íleon inflamado y sano de pacientes con EC relacionados con la recurrencia posoperatoria de la enfermedad.

Material y métodos: Se realizó un análisis proteómico de muestras de íleon de 29 pacientes (19 con EC y 10 sin EC) mediante electroforesis en geles de acrilamida. Las muestras de tejido de íleon de pacientes sin EC se tomaron de pacientes sometidos a cirugía sin diagnóstico de EI o inflamación intestinal, el cual se consideró como grupo control. Las muestras de íleon de los pacientes de EC se obtuvieron mediante cirugía en la que se tomaron muestra de tejido inflamado y de tejido sano adyacente a la lesión; los pacientes se clasificaron como recurrentes o no recurrentes de acuerdo con la evolución de la enfermedad posterior a la resección en un seguimiento de 24 meses. Las muestras de íleon se clasificaron en cinco grupos: control (C), sano no recurrente (SNR), sano recurrente (SR), inflamado no recurrente (INR) e inflamado recurrente (IR). El análisis se basó en comparar el proteoma de la mezcla de tejido de íleon de los diferentes pacientes del mismo grupo con los de otro grupo para identificar cambios en la abundancia de las proteínas. Mediante electroforesis se comparó la presencia o ausencia y la intensidad de las diferentes bandas, correspondientes a proteínas del tejido. Se utilizó t de Student para comparar la intensidad de las bandas en los diferentes grupos. Las bandas vinculadas de manera significativa con la RPO se enviaron al Instituto de Ciencias Genómicas de la UNAM para su identificación mediante espectrometría de masas. La identidad de las proteínas se corroboró con *Western Blot* con anticuerpos monoclonales específicos para ellas.

Resultados: Se identificaron dos bandas con diferencias en intensidad entre el tejido de íleon IR e INR. Las bandas 9 y 11 mostraron una intensidad relativa menor en el tejido de íleon IR en comparación con la intensidad relativa en tejido INR ($0,64 \pm 0,00$ vs. $1,09 \pm 0,03$, $p = 0,001$ y $0,79 \pm 0,04$ vs. $0,95 \pm 0,05$, $p = 0,061$, respectivamente; **Fig. 1**). Las proteínas relacionadas con la recurrencia posoperatoria fueron trasgelina y calponina 1.

Figura 1. Intensidad relativa de la banda correspondiente a la proteína calponina 1 en los diferentes grupos. C, control; SNR, sano no recurrente; SR, sano recurrente; INR, inflamado no recurrente; IR, inflamado recurrente. Las barras de dispersión corresponden a los intervalos de confianza calculados al 95%. Los grupos se compararon con uso de la t de Student. (Dom030)



Intervalos calculados con IC al 95.0%

Conclusiones: La disminución de la expresión de calponina 1 y trasgelina en tejido de íleon inflamado se vinculó con la RPO en pacientes con EC. Ambas proteínas pertenecen a la familia de proteínas de calponina y se relacionan con la estabilidad y dinámica del citoesqueleto de las células, por lo que su disminución podría vincularse con alteración de la homeostasis de la barrera epitelial que podría implicar un fenómeno más radical de aumento de la permeabilidad intestinal en el tejido inflamado de pacientes con EC que eleve el riesgo de RPO.

Financiamiento: Este trabajo recibió apoyo de recursos federales para investigación asignados al Hospital General de México.

Dom031

PARTICIPACIÓN DE LA FAMILIA DE SEMAFORINAS, Y SU COMPLEJO DE RECEPTORES (PLEXINAS) EN EL CURSO CLÍNICO DE PACIENTES CON ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL

G. Fonseca-Camarillo, J. Furuzawa-Carballeda, J. K. Yamamoto-Furusho, Clínica de Enfermedad Inflamatoria Intestinal, Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán

Introducción: Las semaforinas son un conjunto de proteínas con capacidad inmunorreguladora. Las plexinas unen semaforinas (SEMA) y pueden formar complejos receptores que les confiere capacidad quimiotáctica. No se conoce en la actualidad el papel y el perfil de expresión de las semaforinas y las plexinas en pacientes con EII.

Objetivo: Caracterizar la expresión y síntesis de la familia de semaforinas y plexinas en tejido intestinal de pacientes con enfermedad

inflamatoria intestinal, correlacionar con el fenotipo clínico y comparar con un grupo control.

Material y métodos: Se realizó un estudio transversal comparativo en el que se incluyó a 54 pacientes con diagnóstico de EII (34 con CUCI y 20 con EC) y un grupo de 20 controles. Mediante RT-PCR se determinó la expresión génica de semaforinas y plexinas. Por inmunohistoquímica se efectuó la colocalización con MPO en tejido intestinal de pacientes con EII. La comparación de las variables cuantitativas se llevó a cabo mediante la prueba U de Mann-Whitney para muestras independientes y la prueba de Kruskal-Wallis-Dunn para las comparaciones múltiples.

Resultados: La expresión génica de *SEMA4D*, *SEMA6D*, *PLXNA1*, *PLXNB1*, *PLXNB2* y *PLEXNC1* se encontró disminuida en las biopsias de mucosa colónica de pacientes con CUCI activo con respecto al grupo control. Los genes *SEMA6D* y *PLXNB1* se encontraron sobreexpresados en mucosa de colon de pacientes con CUCI en remisión, en comparación con el grupo CUCI activo y los controles. La alta expresión del gen *SEMA6D* se vinculó con la remisión histológica ($p = 0,01$; RM, 15; IC96%, 1,39-16,1) y la baja expresión de *PLXNA1* se relacionó con actividad intermitente leve con dos recaídas al año ($p = 0,003$; RM, 0,05; IC, 0,006-0,51). Se encontraron escasas células positivas a *SEMA4D+/MPO+*, *PLXNB1+/MPO+* y *PLXNC1+/MPO+* en la zona de la mucosa en los infiltrados inflamatorios linfoplasmocitoides perivasculares de la submucosa de pacientes con CUCI activo en comparación con el grupo de Crohn y controles.

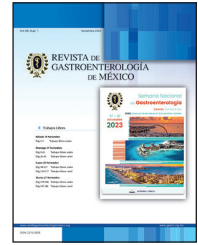
Conclusiones: El incremento de la expresión de la familia de semaforinas y plexinas en pacientes con EII en remisión sugiere su función inmunorreguladora y se vincula con la remisión y fenotipo clínico en pacientes con CUCI.

Financiamiento: Fondos de la Clínica de Enfermedad Inflamatoria Intestinal del Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán.



REVISTA DE GASTROENTEROLOGÍA DE MÉXICO

www.elsevier.es/rgmx



Exposición de trabajos libres en cartel

Domingo 19 de noviembre de 2023

Enfermedad inflamatoria intestinal

Dom032

PERFIL COMPARATIVO DE RIESGO-BENEFICIO DE LA TERAPIA DE INDUCCIÓN Y MANTENIMIENTO CON UPADACITINIB COMPARADA CON PLACEBO EN PACIENTES CON COLITIS ULCEROSA ACTIVA DE MODERADA A SEVERA

I. Blumenstein, A. García-Martell, S. Xuan, R. Panaccione, F. Baert, M. Barreiro-de Acosta, B. Duk-Ye, J. Klaff, R. Vladea, G. Levy, Clínica de la Universidad de Goethe en Fráncfort, Alemania

Introducción: El upadacitinib (UPA) demostró eficacia y seguridad como tratamiento de inducción y mantenimiento para la colitis ulcerosa (CU) en los estudios en fase 3 U-ACHIEVE (NCT02819635) y U-ACCOMPLISH (NCT03653026).

Objetivo: Caracterizar en este análisis *post hoc* el perfil de riesgo-beneficio del tratamiento de inducción y mantenimiento del UPA en comparación con placebo en pacientes con CU activa de moderada a grave, con base en un análisis del número de pacientes necesario a tratar/dañar (NNT/NNH).

Material y métodos: Se incluyeron los datos de eficacia y seguridad de la población agrupada por intención de tratar de los estudios U-ACHIEVE y U-ACCOMPLISH. Los pacientes recibieron 45 mg de UPA (UPA45) una vez al día (QD) o placebo durante ocho semanas (estudios de inducción). Los pacientes respondedores clínicos (según la puntuación de Mayo adaptada), en la semana ocho de la inducción, se realeatorizaron para recibir 15 mg

(UPA15) o 30 mg (UPA30) de UPA QD, o placebo en el estudio de mantenimiento de 52 semanas. El criterio de valoración primario de la eficacia fue la remisión clínica según la puntuación de Mayo adaptada. Se informaron N, porcentajes y diferencias de resultados comparados con la prueba Z. La NNT/NNH se calculó como el inverso de la diferencia en las proporciones que lograron resultados de eficacia/seguridad para UPA en comparación con placebo. Los valores positivos de NNT indican una mayor eficacia y los valores negativos de NNH implican un menor riesgo de seguridad para UPA respecto del placebo.

Resultados: Una proporción significativamente mayor de pacientes logró la remisión clínica en la inducción (29,9% con UPA45 vs. 4,4% con placebo) y mantenimiento (40,4% con UPA15, 53,6% con UPA30 vs. 10,8% con placebo) con UPA en comparación con el placebo, así como en todos los criterios de valoración secundarios (todos $p < 0,001$). La NNT para la remisión clínica en la semana 8 fue de 4,0 y osciló entre 2,1 y 9,6 para los criterios de valoración secundarios. En la semana 52, el NNT para la remisión clínica fue de 2,4; el NNT para los criterios de valoración secundarios fluctuó entre 1,8 y 5,9. En la semana 8, los efectos adversos (EA) fueron menores para el empeoramiento de la CU para los pacientes tratados con UPA45 respecto de los tratados con placebo, y mayores para la elevación de la creatina fosfoquinasa (CPK), el acné, la neutropenia y la linfopenia ($p \leq 0,01$). En la semana 52, los EA fueron menores para UPA15 y UPA30 en comparación con el placebo para el empeoramiento de la CU, los EA que condujeron a la discontinuación (sólo UPA15) y la artralgia (sólo UPA30); y mayores para la elevación de la CPK, el herpes zóster, el trastorno hepático (sólo UPA15) y la neutropenia (sólo UPA30) ($p \leq 0,05$). Todos los demás EA fueron similares entre UPA y placebo. Entre los resultados de

seguridad significativamente diferentes entre UPA y placebo, el NNH para UPA respecto del placebo osciló entre 16,1 y 25,6.

Conclusiones: Este análisis *post hoc* de fase 3 demuestra una mayor eficacia y una seguridad casi siempre comparables de UPA respecto del placebo, lo que indica un perfil de riesgo-beneficio favorable para UPA en los pacientes con CU activa de moderada a grave.

Financiamiento: Abbvie Farmacéuticos.

Dom033

USTEKINUMAB EN COLITIS ULCEROSA CRÓNICA IDIOPÁTICA: UNA EXPERIENCIA EN LA VIDA REAL

J. V. Andoney-Mayén, N. N. Parra-Holguín, M. Murillo-López, T. Cortés-Espinosa, J. G. López-Gómez, M. V. Ramos-Gómez, Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE)

Introducción: La enfermedad inflamatoria intestinal (EII) incluye dos tipos de alteraciones, la enfermedad de Crohn y la colitis ulcerosa crónica idiopática (CUCI).

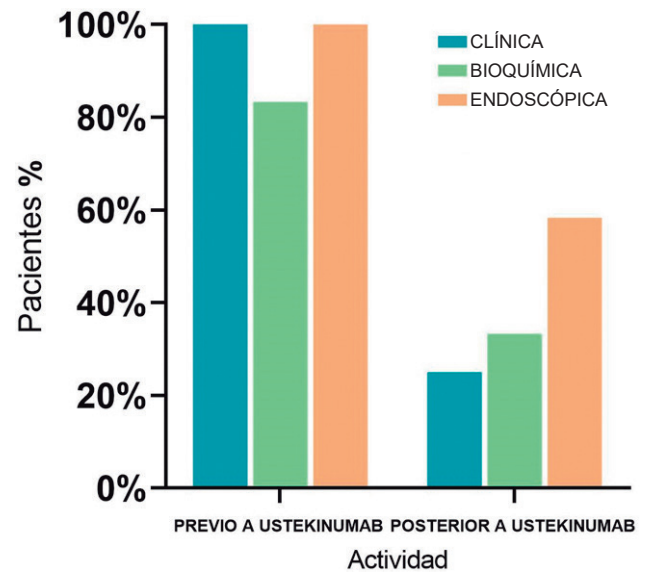
La CUCI es una anomalía con afectación principal del colon y mayor compromiso del recto. Tiene una prevalencia mundial de 200 a 300 casos por cada 100.000 años y estas cifras no han dejado de aumentar. La CUCI se debe a una interacción de diversos factores genéticos y ambientales y la microbiota intestinal. El diagnóstico de CUCI se establece mediante parámetros clínicos, bioquímicos, endoscópicos e histológicos, que se emplean para valorar la respuesta al tratamiento y la remisión de la enfermedad. Hoy en día se han instituido múltiples tratamientos, entre ellos los corticoides, los 5-aminosalicilatos, los inmunomoduladores y los fármacos biológicos. De los últimos tratamientos propuestos para la inducción y mantenimiento de la remisión en CUCI destaca el ustekinumab, un anticuerpo monoclonal contra la subunidad p40 de las interleucinas 12 y 3, que ha recibido ya aprobación para el tratamiento de la psoriasis, artritis psoriásica y enfermedad de Crohn. Como se describió en el estudio UNIFI, se espera una remisión clínica a las ocho semanas, con una dosis de 6 mg/kg cada ocho semanas, y lograr una mejor calidad de vida para los pacientes.

Objetivo: Describir la experiencia de la vida real de pacientes con CUCI moderada a grave en tratamiento con ustekinumab en un centro de referencia de tercer nivel.

Material y métodos: Se incluyó a un total de 12 pacientes con diagnóstico de CUCI basado en características clínicas, bioquímicas (proteína C reactiva), endoscópicas (índice de Mayo) y confirmado por histopatología, durante el periodo de 2019-2023 en el Centro Médico Nacional 20 de Noviembre del ISSSTE. Se compararon la remisión clínica, bioquímica, endoscópica e histología antes y después del inicio del tratamiento con ustekinumab.

Resultados: Esta población incluyó a un total de 12 pacientes, de los cuales 58,3% correspondió a mujeres y 41,7% a hombres, con una mediana de edad de 31,5 (18-74) años. Respecto de las características clínicas, los pacientes tenían un promedio de $84,08 \pm 3,09$ meses de evolución desde el diagnóstico de la enfermedad hasta el inicio del tratamiento. El tiempo en tratamiento con ustekinumab fue una mediana de 19,5 meses. En cuanto a la extensión de la enfermedad, se registraron Mayo E3 en 83,3% y Mayo E2 en 16,7%. El ustekinumab se administró en todos los pacientes que presentaron actividad clínica de moderada a grave, a una dosis de 6 mg/kg de peso cada ocho semanas. El 100% de los pacientes tenía actividad clínica al inicio del tratamiento en comparación con el 25,0% de los pacientes luego del tratamiento; la actividad bioquímica se registró en el 83,3% antes del tratamiento respecto del 33,35% después; la actividad endoscópica pretratamiento y posttratamiento se identificó en el 100% y 58,3% respectivamente, como se muestra en la Figura 1.

Figura 1. Actividad previa y posterior al uso del ustekinumab. (Dom033)



Conclusiones: Si bien es un grupo pequeño la población estudiada, puede reconocerse la adecuada respuesta clínica de los pacientes a las ocho semanas de tratamiento; esto representa una mejoría en la calidad de vida de los pacientes. Por lo tanto, es importante conducir más estudios en México para aportar más datos sobre los beneficios de una anti-IL 12-23.

Agradecimiento: Dra. Roxana Hernández.

Financiamiento: No se recibió ningún financiamiento.

Dom034

RELACIÓN ENTRE CANTIDAD Y TIPO DE FIBRA DIETÉTICA CON EL GRADO DE ACTIVIDAD DE LA ENFERMEDAD EN PERSONAS CON COLITIS ULCERATIVA CRÓNICA IDIOPÁTICA (CUCI)

J. M. Corral-Ceballos, S. E. Martínez-Vázquez, J. K. Yamamoto-Furusho, Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán

Introducción: La colitis ulcerativa crónica idiopática (CUCI) está marcada por periodos alternados de actividad con exacerbación y remisión, con cambios de los síntomas gastrointestinales. La actividad se evalúa en los planos clínico, histológico, endoscópico o bioquímico o mediante índices como el de Truelove-Witts. En la actualidad se considera que la dieta es un factor determinante para el curso de esta enfermedad y que la fibra podría coadyuvar a la regulación de la disbiosis, aunque no se han precisado la cantidad ni el tipo de fibra dietética con efectos protectores.

Objetivo: Determinar la relación entre la cantidad y el tipo de fibra dietética y el grado de actividad en personas con CUCI.

Material y métodos: Estudio transversal en adultos de cualquier sexo atendidos en la clínica de enfermedad inflamatoria intestinal entre octubre del 2019 y junio del 2023 con diagnóstico de CUCI. Se incluyó a aquellos en quienes se estableció el diagnóstico, que firmaron una carta de consentimiento informado y que contestaron el cuestionario de alimentación; se registró cualquier tipo de actividad de la enfermedad, la cual confirmó el clínico. No se incluyó a los individuos sometidos antes a colectomía parcial o total. El consumo de fibra se obtuvo a través de un recordatorio de 24 horas

de pasos múltiples y se cuantificó mediante el Food Processor v.11.11.32. Las variables cuantitativas se trataron con medianas y rangos intercuartílicos; las variables cualitativas se describieron con frecuencias y porcentajes. Se efectuaron comparaciones entre los grupos con actividad de la enfermedad y sin ella con U de Mann-Whitney. Se realizó regresión logística binaria para determinar la acción de la cantidad y el tipo de fibra sobre la actividad de la enfermedad.

Resultados: Se incluyó a 152 personas, con una mediana de edad de 41 años y 10 años de evolución; 51,3% correspondió a mujeres. El 64,5% de las personas no sufrió alguna recaída de la enfermedad en el último año y el 40,8% carecía de actividad de la afección. Se observaron diferencias significativas en el consumo de fibra insoluble en el grupo sin actividad histológica, tras consumir mayor cantidad de ésta, con un promedio de 3,48 g/día (DE = 1,74), en comparación con el grupo con actividad histológica y consumo promedio de 2,89 g/día (DE = 1,34; p = 0,023); lo mismo sucedió en el grupo que no registró actividad endoscópica con consumo promedio de 4,37 g/día (DE = 0,87), en contraste con el grupo con actividad y 2,93 g/día (DE = 1,34; p = 0,008). El consumo energético y de otros nutrientes no tuvo diferencias significativas. A través de la regresión logística binaria se observó que el consumo > 3 g/día de fibra insoluble tenía una tendencia significativa como protector para la actividad histológica (OR = 0,488; IC95%, 0,222-1,072; p = 0,074) y para la actividad endoscópica (OR = 0,122; IC95%, 0,013-1,16; p = 0,068).

Conclusiones: El consumo > 3 g/día de fibra insoluble puede ser factor protector para la actividad histológica y endoscópica de la CUCI. Es necesario realizar estudios de seguimiento para confirmar este resultado.

Financiamiento: No se recibió financiamiento de ningún tipo.

Dom035

ASOCIACIÓN DE LOS NIVELES SÉRICOS DE VITAMINA D CON ACTIVIDAD DE LA ENFERMEDAD EN PACIENTES CON COLITIS ULCEROSA CRÓNICA IDIOPÁTICA

L. Meza-López, J. K. Yamamoto-Furusho, Departamento de Gastroenterología, Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán

Introducción: El estado serológico de la vitamina D (25-hidroxivitamina D) puede clasificarse en normal (> 30 ng/mL), insuficiente (20-29 ng/mL) y deficiente (< 20 ng/mL). Además de sus efectos habituales sobre la mineralización ósea, la vitamina D también juega un papel importante en la proliferación celular, diferenciación, inmunomodulación y la microbiota intestinal, de tal modo que posee implicaciones importantes en las anomalías inmunomediadas. Se ha señalado que la deficiencia de esta vitamina es mayor en pacientes con enfermedad inflamatoria intestinal, sobre todo en pacientes con enfermedad de Crohn, y postulado que puede deberse a la propia fisiopatología de la enfermedad, a las carencias nutricionales o a los fármacos como los corticoesteroides administrados con frecuencia en estos padecimientos.

Objetivo: Investigar la relación entre la actividad endoscópica, histológica, bioquímica e integral (con uso del índice integral de Yamamoto-Furusho) y los valores serológicos de 25-hidroxivitamina D en pacientes con colitis ulcerosa crónica idiopática (CUCI).

Material y métodos: Pacientes con diagnóstico de CUCI de la Clínica de Enfermedad Inflamatoria Intestinal en el Instituto Nacional de

Tabla 1. Relación de los valores de vitamina D con la actividad de la CUCI. (Dom035)

	Valores normales de vitamina D n = 13 (31%)	Valores insuficiencias de vitaminas D n = 25 (40,3%)	p	Valores deficientes de vitamina D n = 24 (38,7%)	p
Actividad de acuerdo con IIFYF					
Remisión, n = 19 (30,6)	7	7		5	
Actividad leve, n = 17 (27,4)	5	10	0,59	2	0,93
Actividad moderada, n = 20 (32,3)	1	8	0,14	11	0,03
Actividad grave, n = 6 (9,7)	0	0	0,37	0	1
Actividad endoscópica					
Mayo 0, n = 18 (29)	9	4		5	
Mayo 1, n = 10 (16,1)	2	6	0,12	2	1
Mayo 2, n = 18 (29)	2	10	0,025	6	0,18
Mayo 3, n = 16 (25,8)	0	5	0,04	11	< 0,01
Actividad histológica					
Sin actividad, n = 10 (16,1)	3	4		3	
Actividad leve, n = 17 (27,7)	4	9	0,96	4	1
Actividad moderada, n = 25 (24,2)	4	4	1	7	0,97
Actividad grave, n = 20 (32,3)	2	8	0,63	19	0,09
Proteína C reactiva ultrasensible					
< 1 mg/dL, n = 40 (64,5)	12	17		11	
> 1 mg/dL, n = 22 (35,5)	1	8	0,2	13	0,01
Actividad bioquímica					
Calprotectina fecal < 250 mcg/g, n = 16 (32)	7	7		2	
Calprotectina fecal > 250 mcg/g, n = 34 (68)	3	13	0,15	28	< 0,01
Consumo de esteroides					
Sí, n = 26 (41,9)	2	7	0,13	17	< 0,01
No, n = 36 (58,1)	11	7		7	

Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán que tuvieron el cálculo del índice integral de Yamamoto-Furusho (IIFY) un mes antes o después de la medición sérica de la 25-hidroxivitamina D. Es un estudio analítico de corte transversal y observacional. Se analizaron las variables sexo, edad, años de evolución, extensión de la enfermedad, tratamiento farmacológico, actividad de la enfermedad de acuerdo con el IIFY, cifras séricas de 25-hidroxivitamina D y concentraciones de calprotectina fecal. El análisis estadístico se realizó con el programa SPSS versión 25 y se tomó un valor de $p < 0.05$ como significativo.

Resultados: Se incluyó a 62 pacientes, 21 hombres y 41 mujeres, de los cuales 19 (30,6%) se encontraban con remisión según el IIFY, 17 (27,4%) con actividad leve, 20 (32,3%) con actividad moderada y 6 con actividad grave (9,7%). Sólo 13 (31%) pacientes registraron valores normales de 25-OH vitamina D, 25 (40,3%) cantidades insuficientes y 24 (38,7%) cifras deficientes con una media de 23,15 ng/mL (8,79). Hasta 16 (25,8%) pacientes tenían complementación con vitamina D. La actividad moderada por índice integral se relacionó con valores deficientes de vitamina D ($p = 0,03$; RM, 15,5; IC95%, 1,47-160,97). La actividad endoscópica Mayo 2 se relacionó con cifras insuficientes ($p = 0,025$; RM, 11,25; IC95%, 1,64-76,85), mientras que la actividad grave endoscópica (Mayo 3) tuvo relación estadísticamente significativa con valores insuficientes ($p = 0,04$; RM, 12,5; IC95%, 1,08-143,4) y deficientes ($p < 0,01$; RM, 22; IC95%, 2,18-221,9). Las concentraciones elevadas de proteína C reactiva ultrasensible (> 1 mg/dL) se vincularon con deficiencia ($p = 0,01$; RM, 12,18; IC95%, 1,58-127,01), así como también la actividad bioquímica definida por una calprotectina fecal > 250 mg/g ($p < 0,01$; RM, 32,66; IC95%, 4,54-234,62) y el consumo de esteroides ($p < 0,01$; RM, 13,35; IC95%, 2,33-76,47). En la Tabla 1 se muestran las relaciones entre los valores de vitamina D y la actividad de la enfermedad con distintos parámetros.

Conclusiones: Los valores deficientes e insuficientes se relacionan con una mayor gravedad endoscópica (Mayo 3); la actividad bioquímica, la actividad por PCR y el consumo de esteroides se vincularon con deficiencia. La actividad histológica no tuvo nexos con los valores de vitamina D.

Financiamiento: No se recibió financiamiento alguno.

Dom036

RELACIÓN ENTRE ACTIVIDAD INFLAMATORIA Y RIESGO DE DESNUTRICIÓN EVALUADO MEDIANTE LA ESCALA CONUT EN PACIENTES CON CUCI

L. V. Cupil-Escobedo, R. Y. López-Pérez, S. K. Dosal-Limón, R. R. Sánchez-Rosado, F. Higuera-De la Tijera, C. Y. Sánchez-Sánchez, J. L. Pérez-Hernández, J. L. De León-Rendón, Hospital General de México Dr. Eduardo Liceaga

Introducción: La colitis ulcerosa crónica idiopática (CUCI) es una enfermedad caracterizada por la inflamación crónica de la mucosa del colon y se manifiesta con episodios de remisión y exacerbación. Esta inflamación crónica puede afectar la absorción de nutrientes, lo que lleva a la aparición de desnutrición en los pacientes con CUCI. La escala CONUT es una herramienta validada que permite identificar la desnutrición y evaluar el riesgo nutricional. En México se realizó un estudio que utilizó la CONUT como método de detección de la desnutrición y predictor de la gravedad de la CUCI. Sin embargo, hasta el momento, éste es el único estudio mexicano que ha abordado este tema específico.

Objetivo: Evaluar el riesgo de desnutrición y analizar la relación entre la gravedad de CUCI y el riesgo de desnutrición con el uso de la escala CONUT en pacientes con CUCI.

Material y métodos: Se realizó un estudio transversal, relacional y analítico en el que se incluyó a 80 pacientes consecutivos diagnosticados con CUCI. Se recopilaron datos demográficos, clínicos, bioquímicos, endoscópicos e histológicos de cada uno. La actividad de la CUCI se evaluó con las escalas de Truelove-Witts (ETW), subcalificación de Mayo (SCM) e índice histológico de Riley (IIR). El riesgo de desnutrición se calculó y clasificó con la escala CONUT, basada en la cuenta total de linfocitos, los valores de colesterol sérico y las concentraciones de albúmina. Se utilizó el paquete estadístico SPSS versión 26 para analizar los datos. Se consideró un valor de $p < 0,05$ como estadísticamente significativo.

Resultados: Las características clínicas y demográficas de los pacientes incluidos en el estudio se describen en la Tabla 1. En la población estudiada se encontró que el 46,3% (37 pacientes) mostraba algún grado de riesgo de desnutrición evaluado mediante la escala CONUT. La puntuación media de CONUT en la muestra fue de 1 punto (1-2,5 puntos). Se calculó el área bajo la curva (AUC) para valorar la capacidad de la puntuación de la escala CONUT y predecir la gravedad de la enfermedad mediante el uso de diferentes escalas: ETW (AUC, 0,64; $p = 0,04$ [IC95%, 0,50-0,80]), SCM (AUC, 0,67; $p = 0,03$ [IC95%, 0,52-0,82]) e IIR (AUC, 0,71; $p = 0,02$ [IC95%, 0,53-0,83]). Estos resultados indican una relación significativa entre la puntuación obtenida mediante CONUT y la gravedad de la enfermedad según las diferentes escalas empleadas.

Conclusiones: En este estudio se identificó una elevada prevalencia de riesgo de desnutrición en pacientes con CUCI evaluados mediante la escala CONUT. Además, se observó una relación significativa

Tabla 1. Características clínicas y demográficas de los pacientes con CUCI. (Dom036)

Edad media, años \pm DE	41 \pm 13 años
Sexo, n (%)	
Masculino	32 (40%)
Femenino	48 (60%)
Tabaquismo positivo, n (%)	11 (13,8%)
Extensión, n (%)	
Proctitis	9 (11,3%)
Colitis izquierda	28 (35%)
Pancolitis	43 (54,7%)
Actividad clínica (escala de Truelove-Witts modificada), n (%)	
Inactiva	64 (80%)
Leve	15 (18,7%)
Moderada	1 (1,3%)
Grave	0 (0%)
Actividad endoscópica (escala de Mayo), n (%)	
Inactiva	6 (7,5%)
Leve	24 (30%)
Moderada	34 (42,5%)
Grave	16 (20%)
Actividad histológica (índice de Riley), n (%)	
Inactiva	8 (10%)
Leve	37 (46,3%)
Moderada	23 (28,7%)
Grave	12 (15%)
Índice de control nutricional (CONUT), n (%)	
Sin riesgo	43 (53,7%)
Riesgo bajo	34 (42,5%)
Riesgo moderado	3 (3,8%)
Riesgo alto	0 (0%)

entre la puntuación obtenida con la CONUT y la gravedad de la enfermedad. Estos hallazgos destacan la importancia de evaluar el estado nutricional en pacientes CUCI y sugieren que la escala CONUT puede ser una herramienta útil para identificar el riesgo de desnutrición y su relación con la gravedad de la enfermedad.

Financiamiento: No se recibió financiamiento de ningún tipo.

Dom037

EXPLORANDO LA ASOCIACIÓN ENTRE LOS NIVELES DE FIBRINÓGENO Y LA GRAVEDAD DE LA COLITIS ULCEROSA CRÓNICA IDIOPÁTICA: IMPLICACIONES CLÍNICAS SIGNIFICATIVAS

A. Vela-Torres, G. Ramírez-García, H. Martínez-González, S. K. Dosal-Limón, R. R. Sánchez-Rosado, R. Y. López-Pérez, A. Güemes-Quinto, J. A. Villanueva-Herrero, J. L. De León-Rendón, Hospital General de México Dr. Eduardo Liceaga

Introducción: La colitis ulcerativa crónica idiopática (CUCI) es un subtipo de enfermedad inflamatoria intestinal (EII) que se caracteriza por inflamación de la mucosa colónica y periodos intermitentes de remisión y exacerbación de los síntomas. Se han utilizado varios marcadores para evaluar las recaídas y la actividad de la enfermedad. El fibrinógeno es una proteína sintetizada en el hígado y parte de la cascada de la coagulación que se ha identificado como un componente proinflamatorio en la EII. Algunos estudios han sugerido que el fibrinógeno podría ser un biomarcador para reconocer actividad en la CUCI.

Objetivo: Determinar las concentraciones de fibrinógeno y su nexa con la gravedad de la enfermedad en pacientes con CUCI.

Material y métodos: Se llevó a cabo un estudio transversal, relacional y analítico que incluyó a 69 pacientes consecutivos diagnosticados con CUCI. Se recopilaron datos demográficos, clínicos, bioquímicos, endoscópicos e histológicos de cada paciente. La actividad de la CUCI se evaluó con las escalas de Truelove-Witts, subcalificación de Mayo e índice histológico de Riley. Se llevaron a cabo mediciones de las concentraciones de fibrinógeno en todos los participantes. Los datos se analizaron mediante el paquete SPSS versión 26 para determinar la correlación entre los diferentes índices de actividad utilizados y los valores de fibrinógeno.

Resultados: Las características clínicas y demográficas de los pacientes incluidos en el estudio se describen en la **Tabla 1**. Se observó una correlación positiva entre las cifras de fibrinógeno y la gravedad clínica ($r = 0,25$; $p = 0,03$), endoscópica ($r = 0,28$; $p = 0,01$) e histológica ($r = 0,32$; $p < 0,001$) de la enfermedad. Mediante un análisis ROC se determinó un punto de corte para el fibrinógeno de 335 mg/dL para diferenciar entre la actividad histológica de la CUCI, con una sensibilidad de 70%, especificidad de 70%, valor predictivo positivo de 62% y valor predictivo negativo de 66%. Este mismo valor de fibrinógeno tuvo un factor de riesgo para desarrollar una gravedad histológica moderada a intensa en los pacientes con CUCI (OR, 3,09 [IC95%: 1,15-8,27]; $p = 0,02$). No se identificó un vínculo entre los valores de fibrinógeno y las características clínicas de los pacientes con CUCI.

Conclusiones: Estos hallazgos sustentan la utilidad del fibrinógeno como biomarcador para valorar la actividad y gravedad de la CUCI. La medición de las concentraciones de fibrinógeno puede proporcionar información clínica relevante para el tratamiento y seguimiento de los pacientes con esta afección. Sin embargo, se requieren estudios adicionales para confirmar los resultados y determinar el valor predictivo del fibrinógeno en un mayor número de pacientes.

Financiamiento: No se contó con financiamiento.

Tabla 1. Características clínicas y demográficas de los pacientes con colitis ulcerativa crónica idiopática (CUCI), $n = 69$. (Dom037)

Edad media, años	40,8 ± 12,7
Sexo, n (%)	
Masculino	26 (37,7)
Femenino	43 (62,3)
Tabaquismo positivo, n (%)	11 (15,9)
Edad al diagnóstico < 40 años, n (%)	51 (73,9)
Años de evolución	6,75 ± 4,0
Extensión, n (%)	
Proctitis	9 (13,0)
Colitis izquierda	24 (34,8)
Pancolitis	36 (52,2)
Curso clínico, n (%)	
Activo-inactivo	48 (69,6)
Intermitente	14 (20,3)
Actividad continua	7 (10,1)
Manifestaciones extraintestinales, n (%)	23 (33,3)
Actividad clínica, n (%):	
Escala de Truelove-Witts	53 (76,8)
Inactiva	15 (21,7)
Leve	1 (1,4)
Moderada	
Actividad endoscópica, n (%): Escala de Mayo	
Inactiva	6 (8,7)
Leve	17 (24,6)
Moderada	31 (44,9)
Grave	14 (20,3)
Actividad histológica, n (%): Índice de Riley	
Inactiva	9 (13,0)
Leve	28 (40,6)
Moderada	22 (31,9)
Grave	10 (14,5)
Tratamiento médico, n (%)	
Convencional	56 (81,2)
Biológico	13 (18,8)

Dom038

ÍNDICE PCR/ALBÚMINA: UN MARCADOR DE GRAVEDAD EN LA COLITIS ULCEROSA CRÓNICA INESPECÍFICA

E. J. Medina-Ávalos, G. Ramírez-García, A. Vela-Torres, J. L. De León-Rendón, R. Y. López-Pérez, M. Motola-Kuba, F. Higuera-De la Tijera, Hospital General de México Dr. Eduardo Liceaga.

Introducción: La evaluación de la gravedad de la colitis ulcerosa crónica inespecífica (CUCI) juega un papel crucial, ya que proporciona una visión completa del estado de la enfermedad y guía el tratamiento y el seguimiento del paciente. En individuos con CUCI se ha identificado un estado proinflamatorio con elevación de la proteína C reactiva (PCR) y una marcada disminución de los valores séricos de albúmina. En fecha reciente se ha publicado que el índice PCR/albúmina (IPA) es un marcador prometedor para el pronóstico de pacientes con cáncer, sepsis y otras enfermedades inflamatorias. Sin embargo, este estudio aún no se ha conducido en México y la investigación en este campo ha sido limitada.

Objetivo: Determinar la utilidad del IPA como marcador de gravedad de la enfermedad en pacientes con CUCI.

Material y métodos: Estudio transversal, retrospectivo, relacional y analítico de 97 pacientes con CUCI. Se recopilaron datos demográficos, clínicos, bioquímicos, endoscópicos e histológicos. La actividad de la CUCI se evaluó con la escala de Truelove-Witts (TLW), la subcalificación de Mayo y el índice histológico de Riley. Se calculó el índice de actividad de la proteína inflamatoria (IPA) con los parámetros de laboratorio: proteína C reactiva (PCR) y albúmina sérica; el resultado fue el cociente de las concentraciones de PCR entre la albúmina. Para analizar la correlación o nexo entre los diferentes índices de actividad y la IPA se empleó el paquete SPSS versión 26. Se consideró un valor de $p < 0,05$ como estadísticamente significativo.

Resultados: Las características clínicas y demográficas de los pacientes incluidos en el estudio se describen en la **Tabla 1**. Se observaron diferencias estadísticamente significativas al comparar la IPA con la extensión de la CUCI ($p = 0,02$) y su actividad clínica-bioquímica

evaluada mediante la escala TLW ($p < 0,001$). Además, se halló una correlación positiva entre la extensión de la CUCI ($r = 0,28$; $p = 0,02$) y la actividad clínica-bioquímica mediante la escala TLW ($r = 0,41$; $p < 0,001$). Sin embargo, no se observaron vínculos ni correlaciones entre la IPA y la gravedad endoscópica e histológica ni con otras características clínicas de los pacientes con CUCI.

Conclusiones: La IPA podría ser un indicador valioso para evaluar la extensión y la gravedad clínica y bioquímica de la CUCI. Estos hallazgos respaldan la utilidad de la IPA en la guía del tratamiento y el seguimiento de los pacientes con CUCI. Se requieren investigaciones adicionales en este campo, en especial en la población mexicana, para validar y ampliar estos resultados.

Financiamiento: Ninguno.

Dom039

ALTERACIONES EN LA MANOMETRÍA ANORRECTAL EN PACIENTES CON COLITIS ULCEROSA CRÓNICA IDIOPÁTICA: CARACTERIZACIÓN DE LA FUNCIÓN ANORRECTAL Y SU RELEVANCIA CLÍNICA

R. R. Sánchez-Rosado, L. D. Severino-Castillo, M. S. Barceló-Valdez, H. Martínez-González, A. Vela-Torres, J. A. Villanueva-Herrero, B. Jiménez-Bobadilla, J. L. De León-Rendón, Hospital General de México Dr. Eduardo Liceaga

Introducción: La colitis ulcerosa crónica idiopática (CUCI) se caracteriza por la inflamación crónica de la mucosa y submucosa del colon y muestra un curso clínico con periodos de remisión y exacerbación. Se ha sugerido que la inflamación activa de la mucosa y submucosa desencadena hipersensibilidad e hiperactividad visceral, lo que induce cambios crónicos en la pared rectal, incluidas la fibrosis y la disminución de la distensibilidad. Estos cambios se relacionan con diversos trastornos funcionales anorrectales, entre ellos incontinencia, aumento de la frecuencia de las evacuaciones, urgencia defecatoria y tenesmo, los cuales generan síntomas angustiantes e incapacitantes para los pacientes, con notoria alteración de la calidad de vida.

Objetivo: Evaluar las alteraciones de la función anorrectal en pacientes con CUCI y analizar su relación con la actividad de la enfermedad.

Material y métodos: Estudio transversal, relacional y analítico; se incluyó a 15 pacientes con CUCI. Se recopilaron datos demográficos, clínicos, bioquímicos, endoscópicos e histológicos de cada paciente. La actividad de la CUCI se determinó mediante diversas escalas, como las de Truelove-Witts (ETW), la subcalificación de Mayo, el índice histológico de Riley y el índice integral de Yamamoto-Furusho (IIYF). La manometría anorrectal se llevó a cabo con el equipo ManoScan 3D y se registraron todos los parámetros manométricos por paciente. Para analizar la correlación o vinculación entre los diferentes índices de actividad y los parámetros de la manometría anorrectal se empleó el paquete estadístico SPSS versión 26. Se consideró un valor de $p < 0,05$ como estadísticamente significativo.

Resultados: Las características demográficas, clínicas y manométricas de los pacientes se presentan en la **Tabla 1**. Al analizar los parámetros manométricos se observó que el 46,7% (7 pacientes) presentaba hipertonia del esfínter anal interno y el 60% (9 pacientes) hipertonia del esfínter anal externo. Además, el 20% (3 pacientes) mostró alteraciones en la maniobra defecatoria, mientras que el 60% (9 pacientes) sufrió alteraciones en la sensibilidad rectal. Dos pacientes (13,3%) mostraron disinergia defecatoria tipo I y 1 (6,7%) disinergia defecatoria tipo II. Se identificaron diferencias estadísticamente significativas entre la extensión de la enfermedad (colitis izquierda vs. pancolitis) y las sensibilidades: primera sensación ($p < 0,01$), deseo defecatorio ($p < 0,02$) y urgencia defecatoria ($p < 0,03$). Además, se reconoció una correlación negativa entre los

Tabla 1. Características clínicas y demográficas de pacientes con colitis ulcerativa crónica inespecífica (CUCI). (Dom038)

Edad media, años	40,8 ± años
Sexo, n (%)	
Masculino	39 (40,2)
Femenino	58 (59,8)
Tabaquismo positivo, n (%)	14 (14,4)
Edad al diagnóstico < 40 años, n (%)	68 (70,1)
Actividad clínica, n (%)	
Activo-inactivo	69 (71,1)
Intermitente	16 (16,5)
Actividad continua	12 (12,4)
Manifestaciones extraintestinales, n (%)	
Sí	30 (30,9)
No	67 (69,1)
Frecuencia de manifestaciones extraintestinales, n (%)	
Artralgias/artritis	23 (23,7)
Colangitis esclerosante primaria	2 (2,1)
Espondilitis	3 (3,1)
Pioderma gangrenoso	1 (1)
Actividad clínica, n (%), Escala de Truelove-Witts	
Inactiva	75 (77,3)
Leve	21 (21,6)
Moderada	1 (1)
Grave	0 (0)
Actividad endoscópica, n (%) Escala de Mayo	
Inactiva	7 (7,2)
Leve	32 (33,0)
Moderada	39 (40,2)
Grave	18 (18,6)
Actividad histológica, n (%), Índice de Riley	
Inactiva	9 (9,28)
Leve	44 (45,4)
Moderada	29 (29,9)
Grave	13 (13,4)
Tratamiento médico, n (%)	
Convencional	82 (84,5)
Biológico	15 (15,5)
Tratamiento quirúrgico, n (%)	
Sí	82 (84,5)
No	15 (15,5)

parámetros de sensibilidad y la extensión de la enfermedad: primera sensación ($r = -0,57$, $p < 0,02$), deseo defecatorio ($r = -0,59$, $p < 0,02$) y urgencia defecatoria ($r = -0,67$, $p < 0,001$). Asimismo, se registraron diferencias estadísticamente significativas entre la actividad clínica y bioquímica medida por ETW y el deseo defecatorio ($p < 0,01$), con una correlación negativa entre estos parámetros ($r = -0,64$, $p < 0,01$). También se reconocieron diferencias en el grado de actividad clínica medida por ETW ($p = 0,01$) y la valoración integral del IIFY ($p = 0,02$), con una correlación negativa entre ellos: ETW ($r = -0,74$, $p < 0,001$) e IIFY ($r = -0,61$, $p < 0,01$).

Conclusiones: Estos hallazgos revelan que los pacientes con CUCI sufren alteraciones significativas en la función anorrectal, incluidas hipertonia del esfínter anal, alteraciones en la sensibilidad rectal y disinergia defecatoria. Además, se hallaron correlaciones entre la extensión y la gravedad de la enfermedad y las alteraciones de las sensibilidades rectales. Estos hallazgos enfatizan la importancia de evaluar y abordar la función anorrectal en el tratamiento de los pacientes con CUCI, con el objetivo de mejorar su calidad de vida y optimizar su tratamiento.

Financiamiento: No se recibió financiamiento de ningún tipo.

Dom040

REMISIÓN HISTOLÓGICA: EL OBJETIVO ÚLTIMO EN LA COLITIS ULCERATIVA

R. Sosa-Martínez, D. García-Alonso, A. R. Guzmán-Cárcomo, J. G. López-Gómez, T. Cortés-Espinosa, Centro de Enfermedad Inflamatoria Intestinal, Centro Médico Nacional 20 de Noviembre

Introducción: La remisión histológica es un objetivo en los pacientes con colitis ulcerosa (CU), definida ésta como la normalización microscópica en las biopsias de la mucosa o la ausencia de inflamación aguda, la cual se caracteriza por la presencia de neutrófilos intraepiteliales. Para la CU suele utilizarse el índice de Nancy, que es una de las escalas mejor validadas porque califica la aparición de úlceras, infiltrado inflamatorio agudo y crónico. La remisión histológica ha cobrado gran importancia ya que los individuos que la consiguen tienen menos complicaciones a largo plazo, entre ellas la displasia intestinal. Hoy en día, los tratamientos con fármacos biológicos representan una opción promisoriosa para lograr este objetivo.

Tabla 1. Características demográficas, clínicas y manométricas de los pacientes con CUCI. (Dom039)

Edad media, años \pm DE	37 \pm 9	Longitud de zona de alta presión (cm)	3,3 (3,1-4)*
Sexo, n (%)		Presión anal basal en reposo (mmHg)	71 (58,5-85,2)*
Masculino	6 (40)		
Femenino	9 (60)		
Tabaquismo positivo, n (%)	4 (26,7)	Presión anal de contracción voluntaria máxima (mmHg)	149,3 (125,5-177,2)*
Años de evolución, años \pm DE	5 \pm 4	Presión anal de contracción voluntaria máxima sostenida (mmHg)	151 (135,3-179,2)*
Tratamiento médico, n (%)		Primera sensación (mL)	30 (25-35)*
Convencional	9 (60)		
Biológico	4 (40)		
Extensión (Clasificación de Montreal), n (%)		Deseo defecatorio (mL)	55 (40-65)*
(%)Colitis izquierda	6 (40)		
Pancolitis	9 (60)		
Actividad clínica (Escala de Truelove-Witts modificada), n (%)		Urgencia defecatoria (mL)	95 (60-120)*
Inactiva	6 (40)		
Leve	4 (26,7)		
Moderada	5 (33,3)		
Actividad endoscópica (Escala de Mayo), n (%)		Alteración en maniobra defecatoria, n (%)	
Leve	(33,3)	Sí	3 (20)
Moderada	6 (40)	No	12 (80)
Grave	4 (26,7)		
Actividad histológica (Índice de Riley), n (%)		Prueba de expulsión de balón, n (%)	
Leve	7 (46,6)	Positiva	12 (80)
Moderada	4 (26,7)	Negativa	3 (20)
Grave	4 (26,7)		
Índice Integral de Yamamoto- Furusho, n (%)		Diagnóstico manométrico, n (%)	
Remisión	1 (6,7)	Normal	2 (13,3)
Leve	6 (40)	Hipertonía del esfínter anal interno	1 (6,7)
Moderada	8 (53,3)	Hipertonía del esfínter anal externo	1 (6,7)
		Hipertonía del esfínter anal interno + hipersensibilidad	1 (6,7)
		Hipertonía del esfínter anal externo + hipersensibilidad	3 (20)
		Hipertonía del complejo esfintérico + hipersensibilidad	4 (26,6)
		Disinergia tipo I	2 (13,3)
		Hipertonía del complejo esfintérico + Disinergia tipo II + hipersensibilidad	1 (6,7)

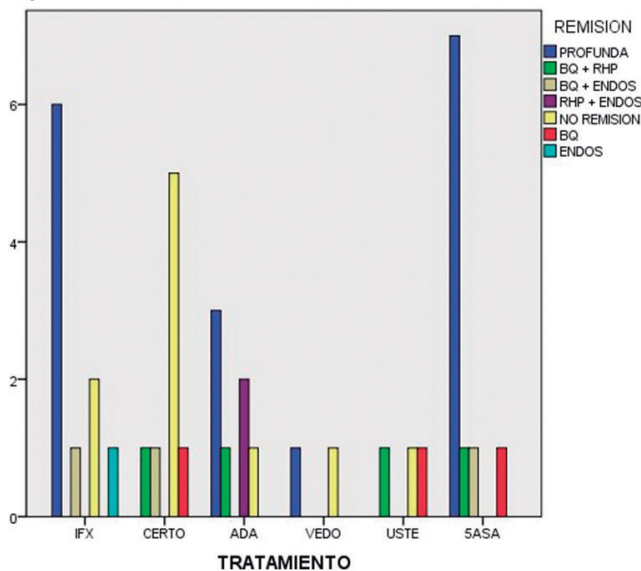
CUCI, colitis ulcerosa crónica idiopática; DE, desviación estándar. * Los valores están expresados en medianas y rangos intercuartílicos.

Objetivo: Determinar la prevalencia de remisión histológica en pacientes con CU y describir los diferentes tipos de remisión alcanzados.

Material y métodos: Estudio observacional y retrospectivo para describir la respuesta histológica ante el tratamiento biológico en pacientes con diagnóstico de CU.

Resultados: Se analizó en total a 40 pacientes, 23 (57,5%) del sexo femenino y 17 (42,5%) del masculino, con una edad promedio de $50,13 \pm 17,2$. Las opciones terapéuticas disponibles fueron infliximab (25%), certolizumab (20%), adalimumab (17,5%), vedolizumab (5%), ustekinumab (7,5%) y 5-ASA (25%). Se midieron múltiples valores de laboratorio con PCR de $6 \pm 11,5$, VSG de $21,82 \pm 19$ y hemoglobina de 14 ± 4 . En estos pacientes se revisó el índice histopatológico de Nancy para valorar la actividad y de ellos 40% se encontraba inactivo, 17,5% era leve, 30% moderado y 12,5% grave. El análisis de la puntuación endoscópica lo dividió en normal en 30%, leve en 22,5%, moderado en 17,5% y grave en 20%; en cuanto a la actividad clínica, el 42,5% se hallaba en remisión y 37,5% en fase activa. Se dividió a los pacientes de acuerdo con el tipo de remisión: 42,5% en remisión profunda, 10% en remisión bioquímica e histológica, 7,5% en remisión bioquímica y endoscópica, 5% en remisión histológica y endoscópica, 7,5% en remisión sólo bioquímica y 2,5% en remisión sólo endoscópica; al final, 25% de los pacientes no experimentó ningún tipo de remisión. En cuanto a la remisión profunda, el 35% la consiguió con infliximab, 17,6% con adalimumab, 5,9% con vedolizumab y 42,5% con 5-ASA. Para la remisión bioquímica e histológica, el 25% consumió certolizumab, adalimumab, ustekinumab y 5-ASA; para la remisión bioquímica y endoscópica, el 33,3% recibió infliximab, certolizumab y 5-ASA; para la remisión histológica y endoscópica se administró adalimumab en el 100%; para la remisión sólo bioquímica, el 33% la alcanzó con certolizumab, ustekinumab y 5-ASA; y para la remisión sólo endoscópica, ésta se consiguió en 100% con infliximab. El 100% de los pacientes carecía de actividad clínica según la escala de Truelove-Witts (Fig. 1)

Figura 1. Remisión de acuerdo con el tratamiento. (Dom040)



Conclusiones: Estos hallazgos son alentadores, ya que la remisión histológica es un objetivo importante en el tratamiento de la CU e indica la curación completa de la mucosa intestinal y la relación con mejores resultados de largo plazo. Se identificaron diferencias en los tipos de remisión alcanzados con distintas opciones terapéuticas; el infliximab y el 5-ASA fueron los tratamientos acompañados con más frecuencia de remisión profunda, en tanto que el certolizumab y el adalimumab fueron más comunes en la remisión bioquímica e histológica. Es importante destacar que este estudio tiene

algunas limitaciones: la muestra fue relativamente pequeña y ello limita la posibilidad de generalizar los resultados. Asimismo, este estudio proporciona evidencia sólida de que la remisión histológica es alcanzable en pacientes con colitis ulcerosa. Los resultados respaldan la importancia de la remisión histológica como objetivo terapéutico, dado que se vincula con una mejora clínica significativa y resultados de largo plazo más favorables.

Financiamiento: Ninguno.

Dom041

INFECCIÓN POR SARS-CoV-2 Y SU RELACIÓN CON EL CURSO CLÍNICO Y DESENLACE EN PACIENTES CON ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL

L. Meza-López, J. K. Yamamoto-Furusho, Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán

Introducción: La inmunosupresión se ha identificado como un factor de riesgo para complicaciones y desenlaces clínicos de la infección por SARS-CoV-2, lo cual cobra especial interés en los pacientes con enfermedad inflamatoria intestinal (EII), en la que una proporción significativa de pacientes consume fármacos inmunosupresores como tratamiento. Por otro lado, la infección por este virus se ha vinculado con la recurrencia o aparición de enfermedades inmuno-mediadas, entre ellas la EII.

Objetivo: Investigar los desenlaces clínicos de la EII en pacientes con antecedente de infección por SARS-CoV-2.

Material y métodos: Estudio transversal, descriptivo y observacional que incluyó a pacientes con diagnóstico de EII y antecedente de infección por SARS-CoV-2 diagnosticada por métodos de laboratorio que aceptaron contestar un cuestionario sobre los antecedentes de la infección y los desenlaces de la enfermedad. Se analizaron las variables: tipo de EII, síntomas, tratamiento y gravedad de la infección por SARS-CoV-2, exacerbación y manifestaciones de la EII. Análisis estadístico: se realizó con el programa SPSS versión 25 y se obtuvieron frecuencias de las variables a analizar.

Resultados: Se encuestó a 186 pacientes, 105 mujeres (56,5%) y 81 hombres (43,5%), 146 con colitis ulcerosa crónica idiopática (78,5%) y 40 (21,5%) con enfermedad de Crohn. De los sujetos entrevistados, 82 (44,3%) tenían el antecedente de infección por SARS-CoV-2, 16 (19,3%) de ellos asintomáticos, 59 (71,1%) con síntomas leves, 8 (9,6%) síntomas moderados y ninguno grave. Las manifestaciones clínicas más comunes fueron astenia/adinamia (61,2%), tos (50,7%), cefalea (44,8%), rinorrea (44,8%) y fiebre (43,3%). Las manifestaciones gastrointestinales se reconocieron en menos del 10% de los pacientes. Como parte del tratamiento de la infección: 69,1% consumió paracetamol, 13,2% antiinflamatorios no esteroideos, 1,5% esteroides y 4,4% antivirales. De los 82 pacientes con infección por SARS-CoV-2, 24 (29,3%) mostraron alguna manifestación clínica de exacerbación de la EII posterior a la infección. La principal manifestación fue el aumento de la frecuencia de heces en 15 pacientes (62,5%); 11 pacientes (45,8%) sufrieron diarrea; otros 11 (45,8%) tenían moco o sangre en las evacuaciones; en 10 pacientes (41,6%) se identificó aumento del dolor abdominal; 7 (29,1%) tenían dolor articular y sólo 1 (4,1%) requirió hospitalización como parte de la exacerbación. De los 24 pacientes con recaída, apenas en 10 (41,6%) se optimizó el tratamiento para la EII. En la Tabla 1 se desglosa el resto de los resultados.

Conclusiones: La prevalencia de infección por SARS-CoV-2 en pacientes con EII fue de 44,2% en este estudio. La presentación de la enfermedad fue leve y asintomática en la mayor parte de los casos y no se notificó ningún caso grave. La infección por SARS-CoV-2

produjo exacerbación leve a moderada en 28% y sólo un enfermo experimentó exacerbación grave que exigió hospitalización.

Financiamiento: No se recibió financiamiento.

Tabla 1. Manifestaciones clínicas de la infección por SARS-CoV-2 y exacerbación de la enfermedad. (Dom041)

Enfermedad por SARS-CoV-2, 82 (44,3)	
Asintomático	16 (19,3%)
Enfermedad leve	59 (71,1%)
Enfermedad moderada	8 (9,6%)
Enfermedad grave	0
Manifestaciones clínicas de la infección	
Astenia/adinamia	41 (61,2%)
Tos	34 (50,7%)
Cefalea	30 (44,8%)
Rinorrea	30 (44,8%)
Fiebre	29 (43,3%)
Mialgia	24 (35,8%)
Ageusia	22 (32,8%)
Odinofagia	21 (31,3%)
Anosmia	20 (29,9%)
Artralgias	17 (25,4%)
Disnea	11 (16,4%)
Conjuntivitis	5 (7,5%)
Diarrea	7 (10,4%)
Náusea	7 (10,4%)
Vómito	5 (7,5%)
Anorexia	5 (7,5%)
Dolor abdominal	2 (3%)
Exacerbación de la EII, 24 (29,3%)	
Aumento de frecuencia de heces	15 (62,5%)
Aumento del número de evacuaciones líquidas	11 (45,8%)
Presencia de moco/sangre en evacuaciones	11 (45,8%)
Mayor dolor abdominal	10 (41,6%)
Intensificación del tratamiento	10 (41,6%)
Dolor articular	7 (29,1%)
Hospitalización por agudización de la enfermedad	1 (4,1%)

Dom042

IMPACTO DE LAS VACUNAS CONTRA SARS-COV-2 EN EL CURSO CLÍNICO DE LA ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL

L. Meza-López, J. K. Yamamoto-Furusho, Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán

Introducción: La vacunación contra el SARS-CoV-2 fue una de las medidas principales para controlar la contingencia secundaria a este virus durante la pandemia. Debido a su desarrollo y manufactura en menos tiempo del habitual para otro tipo de vacunas, las desarrolladas contra SARS-CoV-2, su efectividad y los efectos adversos cobraron especial interés, en particular en los grupos de personas con afecciones inmunomediadas y bajo tratamiento inmunosupresor, como los pacientes con enfermedad inflamatoria intestinal (EII), en virtud del tratamiento instituido en estos enfermos.

Objetivo: Evaluar los desenlaces clínicos de la EII en pacientes con el antecedente de vacunación contra SARS-CoV-2.

Material y métodos: Se incluyó a pacientes con EII vacunados contra SARS-CoV-2 con cualquier tipo de vacuna aplicada al menos una vez y que accedieran a contestar el cuestionario. Tipo de estudio:

transversal, observacional y descriptivo. Variables analizadas: sexo, tipo de EII, fenotipo y localización de la enfermedad, número de dosis aplicadas, marca de la(s) vacuna(s) aplicada(s), efectos adversos vinculados con la vacunación, aparición de exacerbación y manifestaciones de ésta de EII posterior a la inmunización.

Resultados: Se entrevistó a 181 pacientes con EII y antecedente de vacunación; 141 (77,9%) tenían diagnóstico de colitis ulcerosa crónica idiopática y 40 (22,1%) enfermedad de Crohn. De los pacientes entrevistados, 3 (1,7%) habían recibido sólo una dosis de la vacuna; 12 (12,9%) dos dosis; 112 (62,9%) tres dosis y 40 (22,5%) cuatro dosis. En total se registraron 547 dosis, en las cuales 123 (22,4%) causaron efectos adversos, los más comunes de los cuales fueron fiebre (46,3%), cefalea (45,5%) y mialgia (41,4%). De todas las dosis, sólo 19 (3,4%) produjeron exacerbación clínica de la enfermedad y las manifestaciones más frecuentes fueron la diarrea en 11 (57,8%) y moco con sangre en las evacuaciones (42%). Ningún paciente sufrió exacerbación grave que requiriera hospitalización. En la **Tabla 1** se describe el resto de los resultados.

Conclusiones: Las vacunas contra SARS-CoV-2 exacerbaron la EII en 3,4% de los pacientes; las manifestaciones principales fueron la diarrea y el moco con sangre en las evacuaciones, pero ninguna

Tabla 1. Características de las vacunas aplicadas, efectos adversos y exacerbación de la enfermedad. (Dom042)

Número de dosis aplicadas	547
Marca de las vacunas	
AstraZeneca	242 (42,2%)
Pfizer	138 (25,2%)
SputnikV	90 (16,4%)
J&J	5 (0,9%)
Sinovac	25 (4,5%)
Cansino	22 (4%)
Moderna	12 (2,1%)
No recuerda	13 (2,3%)
Efectos adversos relacionados con la vacunación, n = 123 (22,4%)	
Fiebre	57 (46,3%)
Cefalea	56 (45,5%)
Mialgia	51 (41,4%)
Astenia/adinamia	33 (26,8%)
Artralgia	31 (25,2%)
Náusea	6 (4,8%)
Rinorrea	4 (3,2%)
Diarrea	1 (0,8%)
Dolor abdominal	1 (0,8%)
Vómito	1 (0,8%)
Exacerbación de la enfermedad, n = 19 (3,4%)	
Moco/sangre en evacuaciones	8 (42%)
Diarrea	11 (57,8%)
Mayor dolor abdominal	5 (26,3%)
Dolor articular	5 (26,3%)
Intensificación del tratamiento	3 (15,7%)
Hospitalización por agudización de la enfermedad	0

exacerbación exigió hospitalización. Las vacunas parecen ser seguras en relación con el curso clínico de la EII.

Financiamiento: No se recibió ningún financiamiento.

Dom043

INFECCIÓN POR *CLOSTRIDIROIDES* EN PACIENTES CON BROTE EN COLITIS ULCERATIVA

J. I. Carrillo-Rojas, F. Martínez-Silva, J. N. Varela-Martínez, A. Torres-Castro, S. Ontiveros-López, N. Bueno-Hernández, M. Rivera-Huizar, V. M. Mendoza-Martínez, M. A. Santoyo-Chávez, Hospital de Especialidades CMN La Raza/Departamento de Investigación, Clínica de EII, Hospital General de México

Introducción: La infección por *Clostridioides* en pacientes con brote de CUCI es una entidad relativamente frecuente que siempre debe descartarse, particularmente antes del inicio del tratamiento con esteroides o inmunosupresores, ya que podría agravarse el cuadro subyacente; más aún, algunos estudios han notificado un incremento del riesgo de colectomía. En el plano mundial, la prevalencia informada se aproxima a 10.5%; en México, un estudio publicado en 2012, que evaluó a 150 pacientes con CUCI que sufrieron recaída, refirió una prevalencia de 0,013%. Los factores de riesgo establecidos para la infección por *Clostridioides* en la población general se modifican en pacientes con EII y en ellos la inflamación crónica de la mucosa propicia cambios en la permeabilidad intestinal y por tanto disbiosis; además, el tratamiento instituido puede precipitar un estado de disfunción de respuesta inmunitaria a patógenos que acentúa la susceptibilidad a procesos infecciosos.

Objetivo: Analizar la prevalencia de infección por *Clostridioides* en pacientes con colitis ulcerativa que muestran actividad clínica.

Material y métodos: Se incluyó a pacientes hospitalizados en el servicio de gastroenterología del HE CMN La Raza en el periodo de enero de 2022 a junio de 2023, con diagnóstico de colitis ulcerativa, signos clínicos de actividad y determinación de toxinas A y B, y GDH en heces. El diagnóstico de infección se estableció ante la positividad de una o ambas toxinas junto con la presencia de GDH. En los pacientes que cumplieron el criterio se estratificó la gravedad de acuerdo con el valor de leucocitos y creatinina. Tipo de estudio: cohorte retrospectiva. Variables analizadas: edad actual, edad al diagnóstico de CUCI, sexo, Montreal, Mayo endoscópico, diabetes, tratamiento empleado y gravedad. Análisis estadístico: las variables cuantitativas se expresaron con medidas de tendencia central y medidas de dispersión; las variables cualitativas se describen mediante frecuencias y porcentajes. La relación se evaluó con tablas cruzadas y ji cuadrada. El análisis estadístico se realizó con el programa SPSS 25.

Resultados: Se analizó una muestra de 43 pacientes, de los cuales 25 fueron hombres (58,1%) y 18 mujeres (41,9%). La edad media del diagnóstico de CUCI fue de $35,3 \pm 14,5$ años y la edad en el brote fue de $42,7 \pm 15,4$ años. La extensión por Montreal fue de 2,3% para E1, 51,2% para E2 y 44,2% para E3; el 51,2% de los pacientes tenía actividad endoscópica moderada (Mayo 2). Durante la presentación, la puntuación de Truelove-Witts correspondió a actividad moderada en el 51,2% de los casos. Se identificó infección por *Clostridioides* en 13,9% de los casos, con predominio en mujeres y diferencia estadística significativa (hombres 4% vs. mujeres 27,7%, $p = 0,026$) (Tabla 1). En términos de la gravedad, el 83,3% de los casos experimentó un episodio inicial no grave. Al evaluar al grupo con la infección en comparación con el que no la tenía, el 100% de los casos recibía tratamiento con prednisona ($p = 0,019$); no se registraron diferencias en el parámetro de Montreal, Mayo endoscópico y diabetes.

Conclusiones: La prevalencia de infección por *Clostridioides* en esta población es mayor a la informada en las publicaciones médicas nacionales e internacionales. Estos hallazgos deben llevar a promover

Tabla 1. Características de los pacientes con infección por *Clostridioides*. (Dom043)

Variables	Hombres (%)	Mujeres (%)	p
	25 (58,1)	18 (41,9)	
Edad en el brote	40,6 ± 14,2	45,5 ± 16,9	0,329
Edad al diagnóstico de CUCI	34,2 ± 13,3	36,9 ± 16,3	0,561
Montreal			0,848
E1	2 (8)	2 (11,1)	
E2	7 (28)	6 (33,3)	
E3	16 (64)	10 (55,6)	
Mayo endoscópico			0,279
Mayo 1	1 (4,0)	0 (0)	
Mayo 2	11 (44)	12 (66,7)	
Mayo 3	13 (52)	6 (33,3)	
Diabetes	1 (4)	0 (0)	0,391
Truelove-Witts inicial			0,969
Leve	11 (44)	8 (44,4)	
Moderado	13 (52)	9 (50)	
Grave	1 (4,0)	1 (5,6)	
Tratamiento en el momento del brote			
Mesalazina oral	24 (96)	17 (94,4)	0,811
Mesalazina rectal	14 (56)	15 (83,3)	0,059
Prednisona	14 (56)	10 (55,6)	0,977
Azatioprina	6 (24)	4 (22,2)	0,892
Infliximab	2 (8)	0 (0)	0,219
Adalimumab	1 (4)	1 (5,6)	0,811
Infección por <i>Clostridioides</i>	1 (4)	5 (27,7)	0,026
Gravedad			0,624
Primer episodio no grave	1 (100)	4 (80)	
Primer episodio grave	0 (0)	1 (20)	

mejoras en las precauciones de aislamiento en la atención sanitaria y a realizar siempre una búsqueda intencionada del agente ante una sospecha clínica.

Financiamiento: No se recibió ningún financiamiento.

Dom044

DESENLACE QUIRÚRGICO EN LA HISTORIA NATURAL DE LA ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL DEL CENTRO MÉDICO NACIONAL 20 DE NOVIEMBRE: UN ESTUDIO RETROSPECTIVO EN UN PERIODO DE 10 AÑOS (2013-2023)

R. T. Hernández-Rodríguez, M. Murillo-López, S. M. Narváez-Chávez, T. Cortés-Espinosa, J. G. López-Gómez, M. V. Ramos-Gómez, Centro Médico Nacional 20 de Noviembre, ISSSTE

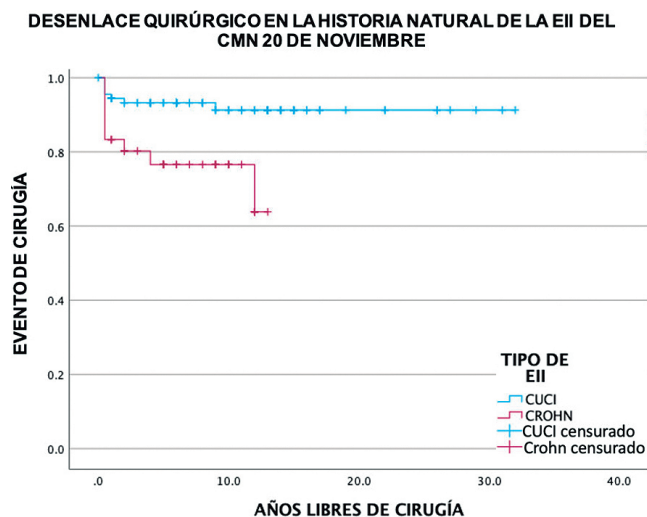
Introducción: La colitis ulcerativa crónica inespecífica (CUCI) y la enfermedad de Crohn (EC) son enfermedades intestinales inflamatorias (EII) crónicas, evolutivas y destructivas. La EII posee un riesgo quirúrgico mundial. La probabilidad de someterse a cirugía 10 años después del diagnóstico de EC es de 40% a 70% y la de CUCI de 32,4%; sin embargo, se desconoce en México su prevalencia a 10 años desde su diagnóstico inicial.

Objetivo: Conocer el desenlace quirúrgico de la enfermedad inflamatoria intestinal en un periodo de 10 años en el Centro Médico Nacional 20 de Noviembre.

Material y métodos: Se incluyó a 127 pacientes con EII del CMN 20 de Noviembre en el periodo comprendido entre enero de 2013 y febrero de 2023. Tipo de estudio: descriptivo, transversal, retrospectivo y observacional. En la ficha electrónica de recolección de datos se registraron las siguientes variables: género, edad, comorbilidades personales, criterios de gravedad, distribución de la CUCI, clasificación de Montreal, calificaciones de Mayo y SES-CD (E1, proctitis; E2, izquierda; y E3, extensa o pancolitis) o localización de la EC (L1, íleon terminal; L2, colon; L3, ileocolónica; y L4, localización digestiva alta), edad y año de diagnóstico de EII, tratamiento farmacológico para la EII (aminosalicilatos o tratamiento biológico), así como antecedentes de tratamiento quirúrgico. El criterio de inclusión fue el diagnóstico de EII con parámetros clínicos, bioquímicos, radiológicos, endoscópicos y posquirúrgicos. Se utilizaron las curvas de Kaplan-Meier sobre la base de intervención quirúrgica y el tipo de enfermedad para comparar el tiempo hasta el acto quirúrgico según fuera el tipo de EII.

Resultados: De los 127 pacientes incluidos, 71,6% (n = 91) tenía CUCI y 28,3% (n = 36) EC. El desenlace quirúrgico para CUCI fue de 7,6% (n = 7) y para EC de 25% (n = 9). Las localizaciones más frecuentes de la enfermedad en el momento del diagnóstico fueron: ileal (L1) en 55,6% (n = 20) y colitis extensa (E4) en 58,2% (n = 53). La media de edad al diagnóstico fue de 52 años. En la CUCI se identificó a 48,4% (n = 44) de hombres y a 51,6% (n = 47) de mujeres. Respecto de la actividad al diagnóstico más frecuente: Mayo 2 en 35,2% (n = 32) y Mayo 3 en 39,6% (n = 36). El tratamiento de mantenimiento incluyó infliximab en 30,8% (n = 28), mesalazina en 23,1% (n = 21), adalimumab en 19,8% (n = 18), certolizumab en 14,3% (n = 13), ustekinumab en 8,8% (n = 8) y vedolizumab en 3,3% (n = 3). La comorbilidad más frecuente relacionada fue la colangitis esclerosante primaria con 6,6% (n = 6). En comparación con la EC, se encontró que fueron hombres en 50% (n = 18) y mujeres en 50% (n = 18). SES-CD de 4 a 9: 50% (n = 18); SES-CD de 10 a 17: 44,4% (n = 16); SES-CD > 18: 5,6% (n = 2). Para el tratamiento de mantenimiento se administraron infliximab en 30,6% (n = 11), mesalazina en 22,2% (n = 8), adalimumab en 16,7% (n = 6), certolizumab en 13,9% (n = 5), ustekinumab en 11,1% (n = 4) y vedolizumab en 5,6% (n = 2). La comorbilidad más frecuente fue la diabetes de tipo 2 con 5,6% (n = 2). Se realizó un análisis de Kaplan-Meier, en el cual la probabilidad de no someterse a cirugía a los 10 años en la CUCI fue del 91,26%, en comparación con la EC, cuya probabilidad fue de 76,6% (p = 0,005), como lo muestra la **Figura 1**.

Figura 1. La probabilidad de no requerir cirugía a los 10 años en la CUCI es de 91,26%, en comparación con la EC, cuya probabilidad es de 76,6%. (Dom044)



Conclusiones: La EII es todavía un reto para el clínico y se requiere un diagnóstico preciso y oportuno para conocer el fármaco a administrar y reducir el número de cirugías en la EC en Latinoamérica, incluido el centro de EII de los autores.

Financiamiento: No se recibió financiamiento de ningún tipo.

Dom045

IMPACTO ECONÓMICO DEL TRATAMIENTO MÉDICO Y QUIRÚRGICO EN PACIENTES CON ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL: UN ENFOQUE HACIA LA RENTABILIDAD Y LA GRATUIDAD EN LA ATENCIÓN MÉDICA

S. K. Dosal-Limón, R. R. Sánchez-Rosado, A. Vela-Torres, G. Ramírez-García, H. Martínez-González, R. Y. López-Pérez, G. M. L. Guerrero-Avenidaño, B. Jiménez-Bobadilla, J. L. De León-Rendón, Hospital General de México Dr. Eduardo Liceaga

Introducción: La enfermedad inflamatoria intestinal (EII) se ha convertido en un desafío para la salud pública en México, con un aumento de la prevalencia de los casos de enfermedad de Crohn y colitis ulcerosa crónica idiopática. Además de los efectos en la salud de los pacientes, la EII también representa costos económicos de consideración. El diagnóstico, tratamiento y seguimiento de la EII implican cargas onerosas para los pacientes y el sistema de salud en general. En consecuencia, comprender el efecto económico de esta enfermedad es crucial para tomar decisiones informadas acerca de su tratamiento y asignación de recursos.

Objetivo: Determinar el efecto económico a corto (un mes) y largo (12 meses) plazos de la atención médica y el tratamiento quirúrgico en pacientes diagnosticados con EII en un hospital de tercer nivel en México.

Material y métodos: Se realizó un estudio retrospectivo en el cual se incluyó a 118 pacientes diagnosticados con EII y tratados en la Clínica de EII del Hospital General de México Dr. Eduardo Liceaga en los últimos 12 meses. Se evaluó el efecto económico de los tratamientos médico (convencional y biológico) y quirúrgico en el control de la EII. Se recopilaron datos a partir de registros médicos y facturas de los pacientes. Para el cálculo de costos del tratamiento médico se consideraron los costos unitarios de los fármacos con base en los precios máximos al público de una farmacia convencional. Para el tratamiento quirúrgico se tomaron en cuenta los costos proporcionados por el hospital. Se registraron y tabularon los costos individuales de cada paciente y se calculó el costo total de cada esquema de tratamiento a uno y 12 meses. Los datos se analizaron mediante métodos estadísticos descriptivos para obtener medidas de tendencia central y dispersión.

Resultados: Las características demográficas y clínicas de los pacientes participantes en el estudio se presentan en la **Tabla 1**. El costo mensual promedio del tratamiento médico para un paciente con EII fue de 11.612,45 pesos, lo que resulta en un costo total de 139.349,40 pesos a lo largo de 12 meses. Si se considera a todos los pacientes (118), el costo total de atención médica alcanza los 16,443,229.20 pesos en 12 meses. En cuanto al tratamiento quirúrgico, se observa un costo promedio de 626.847,45 pesos por intervención quirúrgica en pacientes con EII. El costo total del tratamiento quirúrgico para estos pacientes con EII, que incluyó a un total de 24 pacientes, asciende a 15.043.379 pesos. Por lo tanto, el tratamiento médico parece ser más rentable en comparación con el tratamiento quirúrgico (el costo total del tratamiento médico para los 121 pacientes durante un año es de 16.443.229,20 pesos en comparación con el costo total del tratamiento quirúrgico de los 24 pacientes de 15.043.379 pesos). En esta institución, el 95% de los pacientes de la clínica de EII cuenta con gratuidad en la atención

Tabla 1. Características clínicas y demográficas de los pacientes con EII. (Dom045)

Diagnóstico, n (%)	EII n = 118 (100%)	CUCI n = 95 (80,5%)	EC N = 23 (19,5%)
Sexo, n (%)			
Masculino	48 (40,7%)	37 (38,9%)	10 (43,5%)
Femenino	70 (59,3%)	58 (61,1%)	13 (56,5%)
Edad media, años ± DE	41 ± 14 años	41 ± 13 años	42 ± 15 años
Tratamiento médico, n (%)			
Convencional	91 (77,1%)	80 (84,2%)	11 (47,8%)
Biológico	27 (22,9%)	15 (15,8%)	12 (52,2%)
Tratamiento quirúrgico, n (%)			
Sí	24 (20,3%)	15 (15,8%)	9 (39,1%)
No	94 (79,7%)	80 (84,2%)	14 (60,9%)
Costos de tratamiento, n (promedio anual)			
Tratamiento con 1 fármaco	47 (\$1.907.497)	39 (\$1.582.817)	8 (\$324.680)
Tratamiento con 2 fármacos	28 (\$2.637.209)	26 (\$2.448.837)	2 (\$188.372)
Tratamiento con 3 fármacos	15 (\$2.680.547)	14 (\$2.501.843)	1 (\$178.703)
Tratamiento biológico	28 (\$11.739.064)	16 (\$6.708.036)	12 (\$5.031.027)
Tratamiento quirúrgico	24 (\$15.043.379)	15 (\$10.209.470)	9 (\$4.833.909)

médica. Esto representa un ahorro significativo en los costos directos de atención en salud para los pacientes.

Conclusiones: Este estudio proporciona evidencia sobre los efectos económicos del tratamiento médico y quirúrgico en pacientes con EII. Los resultados respaldan la consideración del tratamiento médico como la opción más rentable, al tiempo que destaca la importancia de la gratuidad en la atención médica para mejorar el acceso equitativo y aliviar la carga financiera de los pacientes y sus familias.

Financiamiento: No se recibió financiamiento.

Dom046

ANÁLISIS DE LOS ASPECTOS MÉDICO-QUIRÚRGICOS DE LA ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL EN PACIENTES DE LA CLÍNICA DE ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL DEL HOSPITAL GENERAL DE MÉXICO DR. EDUARDO LICEAGA

R. R. Sánchez-Rosado, S. K. Dosal-Limón, A. Vela-Torres, G. Ramírez-García, R. Y. López-Pérez, J. A. Villanueva-Herrero, B. Jiménez-Bobadilla, J. L. De León-Rendón, Hospital General de México Dr. Eduardo Liceaga

Introducción: La enfermedad inflamatoria intestinal (EII), como la colitis ulcerosa crónica idiopática (CUCI) y la enfermedad de Crohn (EC), se distingue por episodios de diarrea crónica con sangre y moco, y afectan de modo negativo la salud del paciente y los recursos de atención médica. En México, la CUCI es cuatro veces más común que la EC, con un aumento de su diagnóstico en grupos de edad más jóvenes, lo cual altera su calidad de vida y las actividades diarias. Afortunadamente, en las últimas décadas se han observado avances terapéuticos, con menor necesidad de cirugía gracias a un diagnóstico temprano y el desarrollo de tratamientos farmacológicos más efectivos, como los biológicos. Sin embargo, todavía existe un considerable porcentaje de pacientes que requieren intervenciones quirúrgicas, ya sea por la falta de respuesta al tratamiento médico en casos de CUCI o por las complicaciones agudas de la EC.

Objetivo: Analizar y describir los aspectos médico-quirúrgicos de los pacientes con EII que reciben atención en la Clínica de Enfermedad

Inflamatoria Intestinal (CEII) del Hospital General de México Dr. Eduardo Liceaga (HMGEI).

Material y métodos: Estudio retrospectivo, observacional y analítico. Se incluyó a 118 pacientes con EII atendidos en la CEII-HMGEI en el periodo de marzo de 2022 a marzo de 2023. Se recopilaron datos clínicos y demográficos, como antecedentes de tabaquismo, edad al diagnóstico, años de evolución, manifestaciones extraintestinales, tratamientos médicos y quirúrgicos. Se analizaron los resultados de los procedimientos quirúrgicos realizados, incluidos las indicaciones y los tipos de operación. Los datos se analizaron mediante el paquete SPSS versión 26 y se utilizaron estadísticas descriptivas para obtener medidas de tendencia central y distribución de frecuencias, y ji cuadrada para el análisis inferencial.

Resultados: De los 118 pacientes atendidos, el 80,5% (95 pacientes) tenía diagnóstico de CUCI, mientras que el 19,5% de EC. Del total de enfermos, el 59,3% correspondió a mujeres y el 40,7% a hombres. La edad promedio fue de 41 años; el 67,8% se diagnosticó antes de los 40 años y no hubo diferencia significativa entre los grupos ($p > 0,05$). Respecto del antecedente de tabaquismo, el 43,5% fue positivo en el grupo de EC en comparación con el 14,7% de los pacientes con CUCI ($p < 0,001$). Se identificaron más manifestaciones extraintestinales en el grupo de EC ($p = 0,02$), las más comunes de las cuales fueron las artralgias/artritis. El 77,1% recibía tratamiento convencional, en tanto que el 22,9% ya contaba con algún tipo de tratamiento biológico, sobre todo el grupo de EC con una mayor proporción de pacientes. En cuanto a la necesidad de medidas operatorias, el 20,3% ha requerido tratamiento quirúrgico, en especial el grupo con EC que fue el más afectado. En la CUCI fue necesario sobre todo por la falta de respuesta al tratamiento médico (13,7%), mientras que en la EC se requirió por estenosis (34,8%). Los procedimientos más comunes fueron la proctocolectomía total con reservorio en J (7,4%) en la CUCI y la hemicolectomía derecha más anastomosis ileotransversal (8,7%) y la resección intestinal ileal más ileostomía (8,7%) en la EC.

Conclusiones: Se observó que, si bien hay una menor proporción de pacientes con EC, éstos son los más difíciles. Pese a que la cirugía puede considerarse una opción válida en casos de CUCI resistente al tratamiento médico o por complicaciones en la EC, es necesario valorar con precisión su indicación. Para ofrecer la mejor atención médica y quirúrgica posible es esencial contar con un enfoque multidisciplinario y tomar decisiones informadas, de tal modo que se reduzcan al mínimo las complicaciones.

Financiamiento: No se recibió financiamiento de ningún tipo.

Dom047

EFICACIA DE RISANKIZUMAB SEGÚN LA GRAVEDAD BASAL DE LA ENFERMEDAD CLÍNICA, BIOQUÍMICA Y ENDOSCÓPICA EN LA ENFERMEDAD DE CROHN DE MODERADA A GRAVEMENTE ACTIVA

R. Panaccione, B. R. Tapia-Contla, G. D'Haens, J. P. Seenan, F. Caprioli, C. Siegel, M. Nakamura, S. Chen-Wei, K. Kligny, Y. Zhang, Unidad de Enfermedades Inflammatorias Intestinales, División de Gastroenterología y Hepatología, Universidad de Calgary, Canadá

Introducción: El risankizumab (RZB), un anticuerpo monoclonal p19-antiinterleucina 23, ha demostrado eficacia como tratamiento de inducción y mantenimiento en pacientes con enfermedad de Crohn (EC) de moderada a gravemente activa.

Objetivo: Valorar la eficacia del tratamiento de inducción y mantenimiento con RZB de acuerdo con la gravedad basal de la enfermedad clínica, bioquímica y endoscópica.

Material y métodos: En los estudios ADVANCE (NCT03105128) y MOTIVATE (NCT03104413), los pacientes con EC de moderada a gravemente activa e intolerancia/respuesta inadecuada a ≥ 1 producto biológico (ambos estudios) o tratamiento convencional (ADVANCE) se distribuyeron al azar para recibir tratamiento de inducción con RZB intravenoso (IV) o placebo (PBO) durante 12 semanas. Los pacientes que alcanzaron la frecuencia de deposiciones o la respuesta clínica de la puntuación de dolor abdominal a las 12 semanas de tratamiento de inducción se realeatorizaron en el estudio FORTIFY (NCT03105102) para recibir RZB de mantenimiento subcutáneo (SC) (180 mg o 360 mg) o placebo (retiro). Los criterios de valoración clínicos y endoscópicos se evaluaron mediante las características basales de la enfermedad (índice de la actividad de la enfermedad de Crohn [CDAI: ≤ 300 , > 300], proteína C reactiva de alta sensibilidad [hs-CRP: < 10 mg/L, ≥ 10 mg/L] y puntuación endoscópica simple para la enfermedad de Crohn [SES-CD: 6-15, > 15]). Los análisis de inducción incluyeron a pacientes que recibieron RZB (600 mg) o placebo y se agruparon los datos de los estudios ADVANCE y MOTIVE. Se utilizó la imputación sin respuesta que incorpora imputación múltiple para manejar los datos faltantes debido a COVID-19.

Resultados: El análisis de inducción incluyó a 527 pacientes que recibieron RZB (600 mg IV) y 362 pacientes que recibieron placebo. Los pacientes tratados con RZB (600 mg IV) lograron tasas de respuesta significativamente más altas en comparación con el placebo en la semana 12, al margen del subgrupo ($p < 0,05$ para todos). En el estudio de mantenimiento, los pacientes tratados con RZB SC alcanzaron tasas de respuesta más altas en comparación con el grupo de placebo (retiro) aún en la semana 52, cualquiera que fuera el subgrupo (p no $< 0,05$ para todos). Por lo general, las mejorías en los resultados clínicos y endoscópicos se observaron de las semanas 12 a 52 con el tratamiento con RZB en todos los subgrupos. Las tasas de respuesta fueron casi siempre similares entre los subgrupos tanto en los estudios de inducción como en los de mantenimiento; las tasas de remisión endoscópica y de endoscopia sin úlceras (resolución de la úlcera) fueron numéricamente más bajas en los pacientes con mayor inflamación (hsCRP > 10 mg/mL) y actividad endoscópica (SESCD > 15).

Conclusiones: El tratamiento de inducción con RZB produjo tasas más elevadas de respuesta en los resultados clínicos y endoscópicos en comparación con el placebo en la semana 12, independientemente de la gravedad basal de la enfermedad clínica, bioquímica y endoscópica. El RZB también mostró una eficacia duradera con el tratamiento de mantenimiento continuo de RZB, lo que apoya el uso de largo plazo de RZB para pacientes en un amplio espectro de gravedad y actividad de la enfermedad basal.

Financiamiento: AbbVie Inc. financió este estudio y participó en el diseño del estudio, la investigación, el análisis, la recopilación de datos, la interpretación de los datos y la revisión y aprobación del resumen.

Dom048

EVALUACIÓN DE LA REMISIÓN TRANSMURAL MEDIANTE ENTERORRESONANCIA EN PACIENTES CON ENFERMEDAD DE CROHN PERTENECIENTES AL CENTRO DE ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL DEL CENTRO MÉDICO NACIONAL 20 DE NOVIEMBRE, ISSSTE

D. F. Cafaggi-Padilla, D. A. García-Alonso, R. Sosa-Martínez, E. Goulet-Vértiz, J. G. López-Gómez, M. V. Ramos-Gómez, Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE)

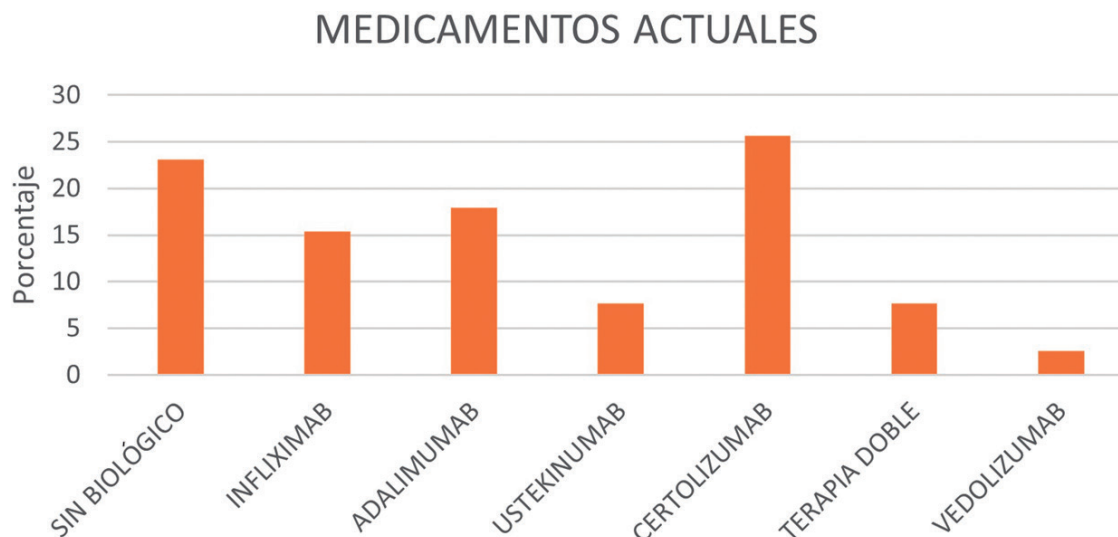
Introducción: La enfermedad de Crohn (EC) es un trastorno autoinmunitario, segmentario y transmural y puede afectar cualquier segmento del tubo digestivo. Debido a que no existe hasta el momento un estudio específico para dicha enfermedad, el diagnóstico depende de la correlación entre aspectos clínicos, endoscópicos, histológicos y de imagen y laboratorio. Los estudios de imagen son esenciales en el seguimiento de la EC, ya que pueden determinar el fenotipo de la enfermedad y proporcionar información adicional a los estudios endoscópicos; por ejemplo, se ha documentado que hasta 50% de los pacientes con colonoscopia sin alteraciones pueden mostrar inflamación transmural en estudios de imagen. La enterorresonancia es el estudio que permite observar con mejor detalle las capas del tubo digestivo y determinar así con mayor exactitud si tienen algún tipo de alteración; además, en comparación con otros estudios de imagen, tiene la ventaja de no exponer al paciente a radiación y no ser invasiva, respecto de la enterotomografía y el ultrasonido endoscópico, respectivamente. De acuerdo con diversos informes internacionales, el intervalo en el que se logra la remisión transmural (RT) es de 14% a 42,4%. Es importante conseguir la RT porque no hacerlo supone un riesgo mayor de estenosis intestinal, fístulas y formación de abscesos que al final requieren intervención quirúrgica.

Objetivo: Determinar el porcentaje de pacientes con EC que satisfacen criterios de RT mediante la escala MaRIA (índice de actividad por resonancia magnética), así como establecer los factores vinculados con RT, actividad y actividad grave.

Material y métodos: Se incluyó a pacientes con EC pertenecientes al Centro de Enfermedad Inflammatoria Intestinal del Hospital 20 de Noviembre. Tipo de estudio: observacional, descriptivo, retrospectivo y transversal. Variables analizadas: edad, género y tratamientos. Análisis estadístico: se utilizó prueba t de Student para variables cuantitativas y ji cuadrada para las cualitativas.

Resultados: Intervino un total de 39 pacientes con EC, con edad promedio de 47 años y predominio del sexo femenino (53,8%); 56% recibió tratamiento biológico (Fig. 1). De acuerdo con la escala de MaRIA, el 28% de los pacientes tiene criterios para RT, 49% enfermedad activa y 23% enfermedad activa grave. Como factores relacionados se identificó el sexo femenino, ya que el 34% se hallaba en RT y sólo el 14% mostraba actividad grave, en comparación con el sexo masculino en el que sólo el 22% tenía RT y 34% actividad grave. Incluso el único paciente que desarrolló adenocarcinoma de colon era de sexo masculino (0,02%). En cuanto al tratamiento, no existe diferencia entre grupos dado que el 81% y el 88% se hallan bajo tratamiento biológico en los grupos de RT y enfermedad grave,

Figura 1. Tipo de tratamiento en pacientes con enfermedad de Crohn. (Dom048)



respectivamente; sin embargo, en el grupo de enfermedad grave, el 33% recibe tratamiento con antiintegrina 12-23, mientras que en el grupo de RT el 81% es objeto de tratamiento con anti-TNF- α .

Conclusiones: Dentro del seguimiento de los pacientes con EC es elemental la enterorresonancia para confirmar o descartar la RT y determinar así el éxito del tratamiento establecido.

Financiamiento: No se recibió financiamiento de ningún tipo.

Dom049

ASOCIACIÓN ENTRE LA DEFICIENCIA DE VITAMINA D Y OTRAS VARIABLES BIOQUÍMICAS CON LA FATIGA EN PACIENTES CON ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL

A. E. Moreno-González, J. K. Yamamoto-Furusho, L. Meza-López, J. I. Cervantes-Contreras, Clínica de Enfermedad Inflamatoria Intestinal, Departamento de Gastroenterología, Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán

Introducción: La fatiga es uno de los principales síntomas referidos por los pacientes con enfermedad inflamatoria intestinal (EII); en México se ha publicado que hasta el 87% de los pacientes con EII sufre fatiga en diferentes grados. La incidencia y la prevalencia de la EII van en aumento, sobre todo en pacientes jóvenes de 20 a 40 años, época de la vida en la que son muy productivos. La fatiga se relaciona con la actividad de la enfermedad y, por su parte, la deficiencia y la insuficiencia de vitamina D con la actividad de la enfermedad, pero no se ha establecido si existe una correlación independiente entre la fatiga y las concentraciones de vitamina D.

Objetivo: Determinar si existe un nexo entre los valores séricos de vitamina D y la fatiga en pacientes con EII.

Material y métodos: Se incluyó a pacientes con diagnóstico de colitis ulcerosa crónica idiopática (CUCI) y enfermedad de Crohn (EC) de la Clínica de EII del Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán (INCMNSZ), que contestaron la escala de autoevaluación de fatiga en EII validada al idioma español para pacientes mexicanos y que contaron con estudios de laboratorio, como vitamina D (25-hidroxicolecalciferol), prueba inmunohistoquímica fecal (FIT, *fecal immunochemical test*), calprotectina fecal, biometría hemática y proteína C reactiva (PCR), con diferencia máxima de un mes

Tabla 1. Relación entre fatiga y vitamina D. (Dom049)

Variable	Fatiga en general (n = 68)	p	Fatiga leve a moderada (n = 56)	p	Fatiga grave (n = 12)	p
Sexo femenino (n = 41)	RM: 1,8	0,51	RM: 1,6	0,65	RM: 3,2	0,32
CUCI (n = 70)	RM: 1,19	1	RM: 1,5	1	RM: 0,54	0,9
Extensión E3 (n = 43)	RM: 3,4	0,12	RM: 3,1	0,17	RM: 6,1	0,16
Extensión E1 (n = 9)	RM: 0,162	0,04	RM: 0,194	0,078	RM: 0,16	0,237
Actividad de la enfermedad (n = 38)	RM: 3,5	0,115	RM: 2,3	0,3743	RM: 35,75	0,0012
Larga evolución de la enfermedad (n = 54)	RM: 1,3	0,91	RM: 1,5	0,71	RM: 0,75	1
FIT (n = 15)	RM: 2,8	0,8	RM: 2,6	0,8	RM: 4	1
PCR > 1 mg/dL (n = 18)	RM: 3,1	0,48	RM: 2,3	0,74	RM: 9	0,12
Vitamina D insuficiente (n = 31)	RM: 1,7	0,81	RM: 2,3	0,6	RM: 0,6	1
Vitamina D deficiente (n = 13)	RM: 5,6	0,28	RM: 8,66	0,14	RM: 1,5	1
Vitamina D insuficiente + deficiente (n = 44)	RM: 3,11	0,54	RM: 3,5	0,3	RM: 0,8	1
Calprotectina > 250 ug/g de heces (n = 41)	RM: 2,8	0,32	RM: 2,5	0,29	RM: 4,66	0,199

entre la aplicación del cuestionario y la realización de los estudios de laboratorio. Se excluyó a los pacientes que tuvieran el antecedente personal de otra enfermedad capaz de producir fatiga, como una neoplasia maligna, hipotiroidismo, enfermedad reumatológica degenerativa, entre otras. Tipo de estudio: descriptivo, analítico de corte transversal y observacional. Variables analizadas: edad, sexo, tipo de EII, extensión de la enfermedad (clasificación de Montreal), actividad de la enfermedad (índice de Truelove-Witts e índice integral de Yamamoto-Furusho para CUCI; índice de actividad de enfermedad de Crohn e índice de actividad de Harvey-Bradshaw para EC), tiempo de evolución de la enfermedad, vitamina D, proteína C reactiva ultrasensible, calprotectina fecal, FIT y tratamiento médico. Análisis estadístico: se realizó con el programa SPSS versión 25 y se tomó un valor de $p < 0,05$ como significativo.

Resultados: Se incluyó a 81 pacientes, el 50,6% de ellos mujeres; el promedio de edad fue de 41,9 años \pm 13,48 años, el 77,8% (63 sujetos) procedía del INCMNSZ, 86,4% (70 pacientes) tenía el diagnóstico de CUCI y 53,1% (43 individuos) se encontraba en remisión clínica. El 84% de los pacientes mostró fatiga, 69,1% tuvo fatiga leve a moderada y 14,8% fatiga grave. Sólo el 16% de los individuos con EII no sufrió fatiga. No se identificó relación entre las concentraciones de vitamina D y la fatiga en pacientes con EII. El 55,4% registró valores de vitamina D insuficientes, 23,2% deficientes y 21,4% normales. Los pacientes con CUCI y pancolitis tuvieron más fatiga en comparación con los pacientes que sólo tenían afectación rectal (RM, 7,8; IC95%, 1,4-41,4; $p = 0,03$); la proctitis es un factor protector de fatiga (RM, 0,162; IC95%, 0,035-0,75; $p = 0,04$). La actividad de la enfermedad se vinculó con un riesgo aumentado de fatiga, especialmente la fatiga grave (RM, 35,75; IC95%, 3,4-368; $p = 0,001$). No se reconoció un vínculo entre el tiempo de evolución de la enfermedad y la fatiga, así como tampoco con marcadores bioquímicos de actividad como PCR-us > 1 mg/dL, calprotectina fecal elevada > 250 ug/g de heces ni FIT positiva en heces. Los resultados se muestran en la **Tabla 1**.

Conclusiones: No existió una relación entre los valores séricos de vitamina D y la de fatiga. El factor vinculado con ésta fue la extensión y la actividad clínica de la enfermedad.

Financiamiento: No se recibió financiamiento de ningún tipo.

Dom050

FRECUENCIA DE ANEMIA Y DEFICIENCIA DE HIERRO SIN ANEMIA EN PACIENTES CON ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL

A. E. Moreno-González, J. K. Yamamoto-Furusho, Clínica de Enfermedad Inflamatoria Intestinal, Departamento de Gastroenterología, Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán

Introducción: La anemia es una complicación frecuente en pacientes con enfermedad inflamatoria intestinal (EII). El tipo más frecuente es la anemia mixta, seguida de la anemia por deficiencia de hierro y por la enfermedad crónica; menos comunes son la anemia por deficiencia de vitamina B₁₂ o la de folatos. En México no existen datos sobre la frecuencia de anemia o deficiencia de hierro sin anemia en pacientes con EII.

Objetivo: Determinar la frecuencia de anemia y deficiencia de hierro sin anemia, así como las variables clínicas y bioquímicas adjuntas.

Material y métodos: Se incluyó a los pacientes mayores de 16 años con diagnóstico de CUCI y EC de la clínica de EII del Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán que tuvieran biometría hemática, ferritina, cinética de hierro, PCR y calprotectina fecal en su consulta de seguimiento; se excluyó a los sujetos con otra posible causa de anemia, además de la EII, así como a enfermos hospitalizados. Tipo de estudio: descriptivo, analítico de corte transversal y observacional. Variables analizadas: edad, sexo, tipo de enfermedad, actividad de la enfermedad (índice de Truelove-Witts e índice integral de Yamamoto-Furusho para la CUCI; índice de actividad de la enfermedad de Crohn e índice de actividad de Harvey-Bradshaw para la EC, clasificación de la OMS de anemia, clasificación de Montreal respectiva en CUCI y EC, PCR ultrasensible, calprotectina fecal y tratamiento médico). Análisis estadístico: se realizó con el programa SPSS versión 25 y se tomó un valor de $p < 0,05$ como significativo.

Resultados: Se incluyó a 64 pacientes con EII y predominó el género femenino con 59,4%. La edad promedio fue de 48,45 \pm 15,9. Predominó asimismo el diagnóstico de CUCI con 71,9% y 64,1% se encontraba en remisión clínica. El 28,1% tuvo el diagnóstico de anemia, 12,5% el de anemia por deficiencia de hierro, 10,9% el de anemia por enfermedad crónica y 4,7% el de anemia mixta. No se identificó a individuos con anemia por deficiencia de vitamina B₁₂ ni folatos. El 77,8% se clasificó como anemia leve, el 16,7% como anemia moderada y el 5,6% como anemia grave. El 19,6% sufrió deficiencia de hierro sin anemia. No se registró diferencia significativa entre la presentación de anemia en los pacientes con EC en comparación con los pacientes con CUCI (RM, 2,99; IC95%, 0,89-9,22; $p = 0,13$); tampoco hubo una diferencia significativa entre ambos sexos para la presentación de anemia (RM, 1,53; IC95%, 0,49-4,8; $p = 0,64$). La mayor extensión en los sujetos con CUCI no se vinculó con mayor frecuencia de anemia (pancolitis: RM, 1,14; IC95%, 0,7-1,4; $p = 1$). El patrón estenosante en personas con EC no se relacionó con mayor presentación de anemia de forma significativa (RM, 4,5; IC95%, 0,58-34,6; $p = 0,31$). La actividad de la enfermedad se acompañó de mayor riesgo de anemia de cualquier tipo (RM, 23,75; IC95%, 5,5-101; $p < 0,05$), por deficiencia de hierro (RM, 17,5; IC95%, 1,9-153,8; $p = 0,0043$) y deficiencia de hierro sin anemia (RM, 35, IC95%, 4,7-255; $p = 0,0001$).

Tabla 1. Variables relacionadas con anemia y deficiencia de hierro sin anemia. (Dom050)

Variable	Anemia (n = 18)	p	Anemia ferropénica (n = 8)	p	Anemia por enfermedad crónica (n = 7)	p	Anemia mixta (n = 3)	p	Deficiencia de hierro sin anemia (n = 9)	p
Sexo femenino (n = 38)	RM: 1,5	0,6	RM: 2,25	0,5	RM: 0,9	1	RM: 1,3	1	RM: 8,4	0,07
Crohn (n = 18)	RM: 2,8	0,13	RM: 0,83	1	RM: 4,09	0,17	RM: 5,6	0,3	RM: 2,1	0,6
Enfermedad activa (n = 23)	RM: 23,75	< 0,05	RM: 17,5	0,0043	RM: 5,41	0,097	RM: 8	0,1	RM: 35	0,0001
EC B2 (n = 10)	RM: 4,5	0,31	RM: 1,5	1	RM: 0,75	1	RM: 0,66	1	RM: 0,66	1
CUCI E3 (n = 36)	RM: 1,14	1	RM: 1,4	1	RM: 0,52	1	RM: 0,61	1	RM: 1,52	1
PCR > 1 mg/dL (n = 60)	RM: 8,8	0,0013	RM: 0,475	0,8	RM: 32	0,0001	RM: 5,6	0,39	RM: 8,5	0,034
Calprotectina >250 ug/g de heces (n = 58)	RM: 4,6	0,05	RM: 1,7	0,8	RM: 4,6	0,3	RM: 3,6	0,4	RM: 11,8	0,002

La PCR ultrasensible > 1 mg/dL se relacionó con anemia de cualquier tipo (RM, 8,8; IC95%, 2,4-32,1; p = 0,0013), anemia por enfermedad crónica (RM, 32; IC95%, 3,6-283,4; p = 0,0001) y deficiencia de hierro sin anemia (RM, 8,5; IC95%, 1,4-50; p = 0,034). La calprotectina fecal > 250 mcg/g se acompañó de anemia de cualquier tipo (RM, 4,6; IC95%, 1,1-18,6; p = 0,05) y de deficiencia de hierro sin anemia (RM, 11,8; IC95%, 1,3-107,4; p = 0,029). Los resultados se muestran en la **Tabla 1**.

Conclusiones: La anemia y la deficiencia de hierro sin anemia son complicaciones frecuentes en pacientes con EII, las cuales se relacionan con la actividad de la enfermedad. Por lo anterior, es esencial la vigilancia estrecha con biometría hemática y cinética de hierro, sobre todo en pacientes con EII activa.

Financiamiento: No se recibió financiamiento de ningún tipo.

Dom051

CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS DEL MUNDO REAL Y PATRONES DE TRATAMIENTO EN PACIENTES CON ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL MODERADA A GRAVE EN MÉXICO: RISE-MX, UN ESTUDIO MULTICÉNTRICO

R. M. Miranda-Cordero, M. A. Martínez-Vázquez, F. J. Bosques-Padilla, J. K. Yamamoto-Furusho, Centro Médico ISSEMyM

Introducción: La enfermedad inflamatoria intestinal (EII) cursa con periodos de remisión y recaídas; el tratamiento se establece según sean el fenotipo, los factores de riesgo y la gravedad de la enfermedad. De acuerdo con las tendencias terapéuticas, se ha informado el uso de aminosalicilatos y corticoesteroides como primera línea, con una subutilización de fármacos ahorradores de corticoesteroides y biológicos.

Objetivo: Determinar la proporción de pacientes con colitis ulcerosa crónica idiopática (CUCI) y enfermedad de Crohn (EC) y la actividad

moderada/grave al día de la conformación de la cohorte. Además, describir el fenotipo y las tendencias en el tratamiento de la EII en una cohorte multicéntrica.

Material y métodos: Se trata de un estudio observacional, transversal y retrospectivo de tres años. Se incluyó a 335 pacientes (> 18 años, con consentimiento informado, de ambos sexos, con diagnóstico de EII de moderada/grave al menos seis meses antes del día de la integración de la cohorte, tras considerar un índice de Harvey-Bradshaw (HBI) ≥ 8 para la EC o un índice de actividad de la enfermedad de Crohn (CDAI) ≥ 220 puntos, y para la CU de 9 puntos en la puntuación parcial de Mayo (PMS) ≥ 5 en el día 1). Se incluyó a 326 pacientes en el análisis, sin considerar los casos de colitis indeterminada y la participación previa de tres años en protocolos clínicos. Se recolectó información sociodemográfica, fenotipo de la enfermedad, consumo de 5-aminosalicilatos (5-ASA), corticoesteroides (CS), inmunosupresores (IMS) y tratamientos biológicos (TxB).

Resultados: Un total de 95 pacientes (29,1%) tenía EC y 231 (70,9%) CUCI. Al día 1, el 45,3% (n = 43) del grupo de EC registró un HBI ≥ 8 y CDAI ≥ 220 puntos; 19,2% mostró un fenotipo B1 no estenosante y 23,1% uno con estenosis (B2); la localización ileocólica fue la más frecuente (14,2%, n = 15). En el grupo de CUCI, el 18,2% (n = 42) tuvo al menos 9 puntos en el PMS y la extensión más frecuente fue la pancolitis (27,5%, n = 56). La media (intervalo) de duración de la enfermedad para EC con actividad moderada/grave fue de 10 (0,6-35,9) años y la leve/remisión de 6 (0,6-18,3) años; para la CUCI con actividad moderada/grave fue de 7,6 (0,5-41,9) años y de 9,4 (0,6-42,2) años para la leve/remisión (**Tabla 1**). En relación con los patrones de tratamiento durante tres años antes de la conformación de la cohorte, para la EC 62 (65,3%) recibieron CS, 19 (20%) mostraron un comportamiento dependiente de los CS, 30,5% recibió 5-ASA + IMS, 27,4% TxB + IMS y 38,9% 5-ASA + IMS + TxB. En la CUCI, 74,9% (n = 173) recibió CS, con patrón de dependencia de 32,9% (n = 76) y 64,5% recibió 5-ASA + IMS, 2,2% TxB + IMS y 31,6% 5-ASA + IMS + TxB.

Conclusiones: En México, casi la mitad de los pacientes con EC (45,3%) registró actividad moderada/grave, pero una proporción más baja (18,2%) para la CUCI. El tratamiento convencional representó la primera línea terapéutica y se observaron tasas elevadas

Tabla 1. Características clínicas y demográficas durante la conformación de la cohorte. (Dom051)

Número de pacientes (n)	EC		CU	
	Moderada/grave	Leve/ remisión	Moderada/ grave	Leve/ remisión
Edad (años), mediana (mín, máx)	49,5 (20,82)	42,8 (21,81)	43,0 (20,79)	43,4 (18,80)
Femenino, n (%)	25 (58,1)	33 (63,5)	19 (45,2)	114 (60,3)
Duración de la enfermedad (años), mediana (mín, máx)	10,0 (0,6;35,9)	6,0 (0,6;18,3)	7,6 (0,5;41,9)	9,4 (0,6;42,2)
Localización EC, n (%) ^a				
L1-ileal	0	9 (17,3)		
L2-enfermedad cólica	1 (2,3)	5 (9,6)		
L3-ileocólica	4 (9,3)	11 (21,2)		
Comportamiento EC, n (%) ^a				
B1-no estenosante/no penetrante	0	10 (19,2)		
B2-estenotante	5 (11,6)	12 (23,1)		
B3-penetrante	1 (2,3)	1 (1,9)		
Extensión de la inflamación, n (%) ^a				
E1-CU distal			2 (4,8)	10 (5,3)
E2-CU izquierda			5 (11,9)	22 (11,6)
E3-pancolitis			4 (9,5)	52 (27,5)
Gravedad de CU, n (%)				
S0-remisión clínica			0	43 (22,8)
S1-leve CU			5 (11,9)	34 (18,0)
S2-moderado CU			8 (19,0)	18 (9,5)
S3-grave CU			1 (2,4)	3 (1,6)

de dependencia de los CS, en particular en la CUCI, lo que plantea la necesidad de identificar a los pacientes que requieren tratamientos biológicos avanzados.

Financiamiento: Takeda México patrocinó el estudio RISE-MX y participó en el análisis de datos y escritura de resúmenes de acuerdo con la dirección de los autores.

Dom052

EPISODIOS DE HOSPITALIZACIÓN POR INFECCIONES EN PACIENTES CON ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL. REPORTE PRELIMINAR

V. A. Venegas-Gómez, L. Meza-López, A. E. Moreno-González, P. Rodríguez-García, J. I. Cervantes-Contreras, J. K. Yamamoto-Furusho, Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán

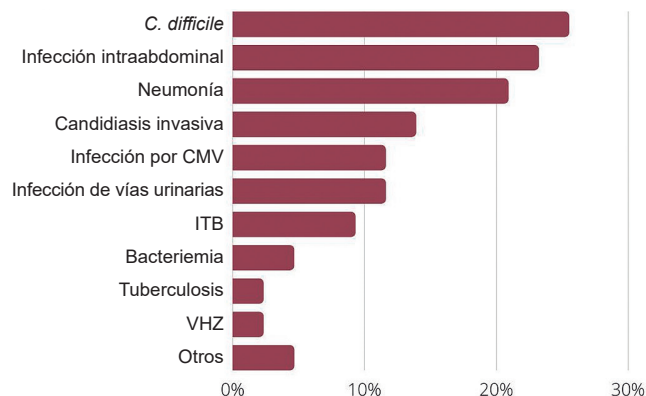
Introducción: El control médico de la enfermedad inflamatoria intestinal (EII) utiliza una gran variedad de estrategias terapéuticas entre las que destacan los fármacos inmunosupresores y los biológicos. El tratamiento con éstos produce un estado de inmunocompromiso que confiere susceptibilidad para adquirir infecciones de mayor gravedad que pueden requerir hospitalización para su atención y resolución.

Objetivo: Realizar una descripción de las características clínicas de los episodios de hospitalización por infecciones en pacientes con EII.

Material y métodos: Estudio transversal, descriptivo y observacional. Se analizaron los episodios de hospitalización por infecciones en pacientes con EII durante el periodo del 2013 al 2023 en el Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán. Se llevó a cabo un análisis estadístico descriptivo de las características clínicas mediante el software STATA 14.

Resultados: Se incluyó a un total de 30 pacientes con EII, quienes tuvieron 43 episodios de infecciones que exigieron hospitalización. El 63% correspondió a mujeres (19/30), con una media de edad de 46 años (desviación estándar, 31-61) y una mediana de hospitalización de 13 días (intervalo, 8-21). El 70% de los pacientes (21/30) tenía diagnóstico de colitis ulcerativa crónica inespecífica (CUCI) y de ellos el 85,7% sufría pancolitis. En 30% (9/30) estaba establecido el diagnóstico de enfermedad de Crohn y en 44% identificado un fenotipo estenosante. El tratamiento inmunosupresor más frecuente antes del episodio de hospitalización fueron los esteroides sistémicos en 53,4% (23/43), las tiopurinas en 25,5% (11/43), el metotrexato en 30,2% (13/43) y el tratamiento biológico en 18,6% (8/43, 5 con anti-TNF y tres con ustekinumab). Hasta 39,5% (17/43) de los episodios se hallaba bajo tratamiento doble y la combinación más frecuente fue la de esteroide y tiopurina en el 47% (8/17) de los casos, seguida de esteroide y metotrexato en el 35% (6/17). El 7% (3/43) contaba con la modalidad triple (fármaco biológico, esteroide e inmunomodulador). Los episodios de hospitalización más frecuentes por tipo de infección se muestran en la **Figura 1**. En el 60,4% (26/43) de los episodios se identificó una causa bacteriana. La más frecuente fue *Clostridioides difficile* en el 42,3%, seguido de *Escherichia coli* en 34,6%, *Enterococcus spp.* en 23%, *Klebsiella spp.* en 15,3%, *Proteus spp.*, *Stenotrophomonas maltophilia* y *Streptococcus spp.* en 7,69% y *Enterobacter spp.*, *Pseudomonas aeruginosa*, *Acinetobacter spp.* y *Mycoplasma pneumoniae* en 3,8%. La causa viral fue la segunda más frecuente y se identificó en el 25% (11/43) de los episodios; la infección por citomegalovirus (CMV) fue la más común con 45,5%, seguida por COVID-19 en 36,3%. Por último, el origen micótico representó el 13,9% (6/43) de los episodios. **Conclusiones:** Las infecciones que requirieron hospitalización fueron más frecuentes en la enfermedad de CUCI con pancolitis. La combinación de tratamiento inmunosupresor más frecuente fue la

Figura 1. CMV, citomegalovirus; ITB, infección de tejidos blandos; VHZ, virus del herpes zóster. (Dom052)



de esteroide más tiopurina. La etiología de infección más común fue la bacteriana, sobre todo *C. difficile*.

Financiamiento: No se recibió ninguno.

Dom053

DETECCIÓN DE ESTEATOSIS HEPÁTICA EN PACIENTES CON ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL

J. I. Carrillo-Rojas, S. Ontiveros-López, M. Rivera-Huizar, F. Martínez-Silva, N. Bueno-Hernández, A. Torres-Castro, C. J. Toranzo-González, V. M. Mendoza-Martínez, J. N. Varela-Martínez, Hospital de Especialidades, Centro Médico Nacional CMN La Raza

Introducción: En estudios internacionales se ha notificado que casi 5% de los pacientes con enfermedad inflamatoria intestinal (EII), sea colitis ulcerativa (CUCI) o enfermedad de Crohn (EC), desarrollan alguna enfermedad hepática crónica en el curso del padecimiento. Aunque en la esteatosis hepática la causa puede ser multifactorial, se ha sugerido que mecanismos intrínsecos de la EII pueden favorecer el depósito hepático de grasa; a esto se agregan los factores de riesgo comunes del síndrome metabólico (SM) que pueden coexistir en los pacientes.

Objetivo: Establecer la prevalencia de esteatosis hepática determinada por ultrasonido en pacientes con EII en el Hospital de Especialidades del CMN La Raza.

Material y métodos: Se realizó un estudio que incluyó a pacientes pertenecientes a la clínica de EII en el periodo comprendido entre 2017 y 2022, atendidos por el servicio de gastroenterología del HE CMN La Raza, que contaran con un ultrasonido hepático. El diagnóstico de esteatosis hepática se estableció mediante ecografía con transductor convexo de baja frecuencia (2,5-5,0 mHz); el criterio empleado fue el aumento de la ecogenicidad del parénquima hepático, que igualaba o superaba la ecogenicidad de la corteza renal y esplénica. Tipo de estudio: cohorte retrospectiva. Variables analizadas: edad, sexo, EII, peso, talla, IMC, etilismo, tabaquismo, comorbilidades, tratamiento y esteatosis hepática. Análisis estadístico: las variables cuantitativas se expresaron con medidas de tendencia central y medidas de dispersión; las variables cualitativas se describen mediante frecuencias y porcentajes. La relación se evalúa con tablas cruzadas y ji cuadrada. El análisis estadístico se llevó a cabo con el programa SPSS 25.

Resultados: Se incluyó a 198 pacientes, de los cuales 147 tuvieron CUCI (45,6% hombres y 54,4% mujeres) y 51 EC (51% hombres y 49% mujeres). La prevalencia global de esteatosis hepática fue de 20,2% y fue más frecuente en la CUCI que en la EC (24,5% vs. 7,8%, $p = 0,011$)

Tabla 1. Características demográficas y esteatosis hepática en los pacientes con EII. (Dom053)

	CUCI n = 147 (%)	EC n = 51 (%)	p
Sexo			0,505
Hombres	67 (45,6)	26 (51)	
Mujeres	80 (54,4)	25 (49)	
Edad actual (años)	46,5 ± 13,5	52,0 ± 18,5	0,058
Edad de diagnóstico (años)	35,6 ± 13,4	42,7 ± 16,9	0,009
Peso	66,5 ± 13,4	64,1 ± 13,1	0,260
Talla	1,62 ± 0,09	1,60 ± 0,1	0,348
IMC	25,1 ± 4,2	24,6 ± 4,0	0,491
Interpretación IMC			0,821
Peso bajo	4 (2,7)	3 (5,9)	
Normal	76 (51,7)	28 (54,9)	
Sobrepeso	50 (34)	14 (27,5)	
Obesidad grado 1	12 (8,2)	5 (9,8)	
Obesidad grado 2	4 (2,7)	1 (2,0)	
Obesidad grado 3	1 (0,7)	0 (0)	
Etilismo	30 (20,4)	11 (21,6)	0,860
Tabaquismo	28 (19)	12 (23,5)	0,492
Comorbilidades			
Diabetes	14 (9,5)	3 (5,9)	0,424
Hipertensión arterial	16 (10,9)	8 (15,7)	0,365
Hipotiroidismo	8 (5,4)	2 (3,9)	0,669
Tratamiento			
Esteroides	93 (63,3)	40 (78,4)	0,047
Metotrexato	8 (5,4)	12 (23,5)	<0,001
Azatioprina	81 (55,1)	31 (60,8)	0,481
Fármaco biológico	37 (25,2)	25 (49)	0,002
Esteatosis hepática	36 (24,5)	4 (7,8)	0,011

(Tabla 1). En el grupo de CUCI, la diabetes tipo 2 fue más común en el grupo con esteatosis (19,4% vs. 6,3%, $p = 0,020$). Al comparar a los pacientes que desarrollaron esteatosis y los que no la presentaron no se observaron diferencias estadísticamente significativas en la presencia de toxicomanías (etilismo y tabaquismo), HAS, hipotiroidismo o en los tratamientos empleados. En el grupo de EC, el hallazgo de esteatosis fue más frecuente en mujeres que en hombres

(75% vs. 25%, $p = 0,279$). El 75% de los pacientes con esteatosis mostró un IMC normal. Al comparar a los pacientes que sufrieron esteatosis con lo que no la desarrollaron, no se reconocieron diferencias estadísticamente significativas en etilismo, tabaquismo, comorbilidades (diabetes, HAS, hipotiroidismo) o los tratamientos empleados.

Conclusiones: Con excepción de la diabetes en pacientes con CUCI, los factores metabólicos típicos no demostraron incremento significativo del riesgo de esteatosis; esto sugiere la presencia de otras entidades y mecanismos que pueden estar relacionados en la fisiopatología.

Financiamiento: No se recibió ningún financiamiento.

Dom054

EXPERIENCIA DE TRATAMIENTO CON TERAPIAS BIOLÓGICAS EN PACIENTES CON ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL

J. I. Cervantes-Contreras, L. Meza-López, A. E. Moreno-González, F. A. Félix-Téllez, J. K. Yamamoto-Furusho, Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán

Introducción: La enfermedad inflamatoria intestinal (EII) comprende a la colitis ulcerosa crónica idiopática (CUCI) y la enfermedad de Crohn (EC). En fecha reciente aparecieron los tratamientos biológicos que cuentan con nuevos mecanismos de acción, como el bloqueo del factor de necrosis tumoral (TNF)- α (infliximab, adalimumab [ADA]), antiintegrina $\alpha_4\beta_7$ (vedolizumab [VED]) e inhibidor de la IL-12 e IL-23 (ustekinumab [UST]).

Objetivo: Describir la experiencia clínica del uso reciente del tratamiento biológico en pacientes con EII en un hospital de referencia.

Material y métodos: Es un estudio retrospectivo, analítico y observacional que incluyó a pacientes con diagnóstico de CUCI y EC que iniciaron tratamiento biológico desde marzo del 2022 hasta junio del 2023. Se analizaron variables clínicas y demográficas de manera descriptiva con el programa SPSS versión 25.

Resultados: Se incluyó a 27 pacientes con diagnóstico de EII, de los cuales 13 (48,1%) tenían CUCI y 14 (51,8%) EC. El sexo más frecuente fue el femenino con 18 (66,6%) y la media de edad fue de 45 años (DE, 16,5). La extensión en la CUCI más frecuente fue la pancolitis

Tabla 1. Tratamientos y parámetros bioquímicos al inicio del tratamiento con ADA en pacientes con falla y respuesta al tratamiento. (Dom054)

Variable	Pacientes con CUCI y falla a ADA	Pacientes con CUCI y respuesta a ADA	p	Pacientes con EC y falla a ADA	Pacientes con EC y respuesta a ADA	p
Corticoide (dosis en mg)	24 (± 21,6)	16,6 (± 17,22)	1,000	26 (± 22,19)	13,2 (± 17,6)	0,247
Mesalazina oral (dosis en g)	4,56 (± 0,1)	4,08 (± 1,02)	0,432	NA	NA	NA
Azatioprina (dosis mg)	90 (± 74,1)	50 (± 44,72)	0,530	NA	NA	NA
Calprotectina fecal ($\mu\text{g/g}$)	2846,7 (± 1210,01)	1962 (± 2905,22)	0,530	2185 (± 919,04)	531 (± 479,4)	0,017
Prueba inmunohistoquímica fecal ($\mu\text{g Hb/g}$)	211,7 (± 270,1)	369,6 (± 835,7)	0,247	362,9 (± 484,8)	60,5 (± 130,5)	0,017
Proteína C reactiva (mg/dL)	3,12 (± 3,01)	1,91 (± 1,85)	0,876	4,4 (± 5,15)	1,42 (± 1,89)	0,126
Velocidad de sedimentación globular	15,02 (± 6,09)	7 (± 4,33)	0,030	8,8 (± 9,33)	7,42 (± 5,31)	0,931
Hemoglobina (g/dL)	9,82 (± 2,08)	12,06 (± 2,04)	0,106	10,2 (± 1,9)	12,2 (2,45)	0,177
Hematócrito (%)	30,8 (± 4,65)	36,5 (± 5,21)	0,048	31,7 (± 94,1)	36,5 (± 6,2)	0,177
Plaquetas ($\times 10^3/\mu\text{L}$)	551 (± 203,8)	438 (± 215)	0,432	425 (± 108,8)	301 (± 105,5)	0,030
Leucocitos ($\times 10^3/\mu\text{L}$)	7,24 (± 2,03)	9,68 (± 2,09)	0,073	6,58 (± 1,5)	8,07 (± 4,5)	0,429
Creatinina (mg/dL)	0,61 (± 0,11)	0,81 (± 0,16)	0,106	0,59 (± 0,17)	0,74 (± 0,37)	0,177
Vitamina D (< 30 ng/mL)	20,7 (± 6,1)	20,81 (± 6,46)	0,755	29,05 (12,65)	15,2 (5,48)	0,016
Albúmina (g/dL)	3,37 (± 0,39)	3,06 (± 0,67)	0,268	3,1 (± 0,98)	3,87 (± 0,38)	0,082

(100%) y la localización en la EC más frecuente fue la ileocolónica (57,1%). Las manifestaciones extraintestinales se presentaron en el 22,2%. Las indicaciones para instituir tratamiento biológico fueron: 17 (62,9%) pacientes por dependencia de corticoesteroides, 6 (22,2%) por factores de mal pronóstico en la EC, 3 (11,1%) por resistencia a los corticoesteroides y una paciente con pouchitis dependiente de antibiótico. Los tipos de fármaco biológico inicial más administrados fueron, por orden de frecuencia, ADA (88,8%), UST (7,4%) y VED (3,7%).

Dentro de las características generales de los 24 pacientes que tuvieron adalimumab como tratamiento biológico inicial, 16 (66,6%) eran mujeres y 8 (33,3%) hombres, con una media de edad de 43,3 años (DE, 15,46), 12 (50%) con diagnóstico de CUCI y 12 (50%) con el de EC. Al momento del estudio, 10 (41,6%) pacientes habían sufrido falla al adalimumab, 5 (50%) como falla primaria (2 pacientes con CUCI y 3 con EC) y 5 (50%) como pérdida de respuesta secundaria (3 con CUCI y 2 con EC), en quienes apareció a las 35,8 semanas (DE \pm 13,09). En la **Tabla 1** se ilustran los tratamientos y los parámetros bioquímicos en los pacientes que fallaron en comparación con los que respondieron al tratamiento biológico.

En cuanto a la conducta terapéutica ante una falla primaria se realizó cambio de mecanismo de acción (1 paciente de CUCI cambió a VED y 3 pacientes con EC y 1 con CUCI a UST). En cinco pacientes con EI y pérdida de respuesta secundaria se realizaron valoraciones de las concentraciones de anticuerpos (Ac) y séricas de adalimumab; un individuo mostró valores disminuidos sin inmunogenicidad y por tanto se optimizó la dosis, y en los otros cuatro pacientes las cifras séricas eran normales sin inmunogenicidad, por lo que se cambió a otro mecanismo de acción (1 paciente de CUCI cambió a VED y 2 con CUCI y 1 con EC a UST).

Al momento del estudio de los nueve pacientes con UST (dos como primera línea y siete con falla anterior al ADA), un paciente con diagnóstico de EC y fenotipo estenosante sufrió falla secundaria a las 40 semanas de su inicio.

Conclusiones: El tratamiento biológico más administrado fue ADA en la EI, con una proporción de 41,6% que experimentó falla a este mecanismo de acción; el fármaco biológico de segunda elección más común fue el ustekinumab seguido del vedolizumab.

Financiamiento: No se recibió financiamiento.

Dom055

CUMPLIMIENTO DE METAS TERAPÉUTICAS EN PACIENTES MEXICANOS CON ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL BAJO TRATAMIENTO BIOLÓGICO

J. M. Maríñez-Rentería, A. Mayoral-Zavala, E. V. Rodríguez-Negrete, Centro Médico Nacional Siglo XXI, IMSS

Introducción: La enfermedad inflamatoria intestinal, que incluye a la colitis ulcerativa y la enfermedad de Crohn, es una alteración de curso crónico con periodos de exacerbación que en ocasiones tiene difícil control en virtud de su actividad persistente y la resistencia a los tratamientos convencionales. En estos pacientes, la terapéutica biológica ha demostrado, en la mayor parte de los casos, eficacia y seguridad para lograr la remisión y su finalidad es mejorar la calidad de vida y evitar las complicaciones; en consecuencia, es importante analizar e individualizar cada caso para elegir el tratamiento adecuado.

Objetivo: Determinar las características clínicas y epidemiológicas de los pacientes con enfermedad inflamatoria intestinal bajo tratamiento con anticuerpos monoclonales y el cumplimiento de objetivos terapéuticos (según STRIDE-II) en un centro de tercer nivel de México.

Material y métodos: Pacientes con diagnóstico de colitis ulcerosa o enfermedad de Crohn atendidos en un hospital público de tercer nivel de la Ciudad de México que estén bajo tratamiento con fármacos biológicos. Tipo de estudio: observacional, descriptivo, transversal, retrospectivo y unicéntrico. Variables analizadas: género, edad, tipo de enfermedad inflamatoria intestinal y su evolución, años desde su diagnóstico, indicación y tipo de fármaco biológico administrado, años de consumir medicamentos biológicos, comuestos biológicos previos, y respuesta clínica, bioquímica, endoscópica, histológica y transmural. Análisis estadístico: los resultados se analizaron con medias de frecuencia relativa y centrales para la obtención de media, promedio y desviación estándar.

Resultados: Se analizó a 72 pacientes con enfermedad inflamatoria intestinal bajo tratamiento con adalimumab (47%), infliximab (24%), golimumab (19%), ustekinumab (6%) y certolizumab pegol (4%). De éstos, 41,6% tenía colitis ulcerativa y 58,3% enfermedad de Crohn, con diagnóstico anterior en promedio de $9 \pm 7,3$ años y consumo de fármacos biológicos $5 \pm 3,6$ años antes. La edad promedio fue de 50 ± 15 años. Predominó el género femenino con 57%. De la colitis ulcerativa, el 70% tenía afectación pancolónica. De la enfermedad de Crohn, 69% padecía un comportamiento estenosante y 47% afectación ileocólica. Las principales indicaciones del tratamiento biológico fueron la actividad persistente y la dependencia de los corticoesteroides en un 50%. De todos los pacientes, 78% se encontraba bajo remisión clínica y 66% bajo remisión bioquímica. En los pacientes con enfermedad de Crohn se identificó respuesta o remisión transmural por enterorresonancia magnética en el 39% y en los pacientes con colitis ulcerativa se observó una respuesta o remisión endoscópica en el 32%. Sólo se reconoció remisión histológica en el 5,5% de los enfermos.

Conclusiones: En un hospital de concentración de pacientes con enfermedad inflamatoria intestinal de la Ciudad de México se encontró que la mayoría de los pacientes sometidos a tratamiento con anticuerpos monoclonales alcanza la remisión clínica y bioquímica, observada en cerca de 7 de cada 10 y 6 de cada 10 pacientes, respectivamente, de acuerdo con los objetivos terapéuticos a corto plazo del consenso internacional STRIDE-II. En cuanto a los objetivos de intermedio o largo plazos, en los pacientes con colitis ulcerativa se identificó respuesta o mejoría del aspecto endoscópico en casi un tercio de los pacientes, y en los sujetos con enfermedad de Crohn se registró una mejoría transmural en casi un tercio de ellos. Se reconoció respuesta histológica en un bajo porcentaje de los individuos; sin embargo, se trata de un objetivo de largo plazo en el cual no se sugiere formalmente intensificar las medidas terapéutica para alcanzarla.

Financiamiento: No se recibió financiamiento de ningún tipo.

Dom056

RELACIÓN ENTRE DEPRESIÓN DETECTADA POR TEST PHQ-9 Y ACTIVIDAD DE ENFERMEDAD SEGÚN ESCALA TRUELOVE-WITTS EN PACIENTES CON DIAGNÓSTICO DE ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL

D. G. Lindoro-Barranza, K. Romero-Gómez, Hospital Regional ISSSTE Lic. Adolfo López Mateos

Introducción: La enfermedad inflamatoria intestinal (EI) es un padecimiento crónico que se caracteriza por una activación inmunitaria y recidivante e inflamación del tracto digestivo. Los pacientes se diagnostican en edad adulta temprana y tienen síntomas debido a la inflamación crónica. En México se registraron en el año 2015 9.953 casos de enfermedad de Crohn y 33.060 de colitis ulcerativa. Algunos

estudios epidemiológicos han notificado que los trastornos psiquiátricos más relaciones con EII son la depresión y la ansiedad, lo cual puede contribuir a la calidad de vida y se acompaña de pobres resultados terapéuticos, entre ellos mayor riesgo de hospitalización. Las investigaciones sobre la relación temporal entre la EII y la depresión son limitadas, pero la imagen proyectada es la de una relación bidireccional. Un protocolo comparó a pacientes con depresión de reciente diagnóstico respecto de los individuos sin depresión con un seguimiento de seis años, y se identificó un mayor riesgo de enfermedad de Crohn (RR, 2,11; IC95%) y colitis ulcerosa (RR, 2,23; IC95%) en pacientes con depresión. Para este estudio, el tamizaje para detectar depresión utilizó el "cuestionario de salud del paciente de 9 reactivos" o PHQ-9 (*Patient HEALTH Questionnaire-9*), que incluye nueve preguntas con cuatro posibles respuestas, de sencilla aplicación, y que toma como valor de corte puntuaciones > 4; una puntuación > 10 tiene 88% de sensibilidad y especificidad para reconocer depresión mayor, con una confiabilidad de 0,82 a 0,92.

Objetivo: Analizar la relación del trastorno depresivo con índice de actividad de acuerdo con la escala de Truelove-Witts (TLW) en pacientes con enfermedad inflamatoria intestinal.

Material y métodos: Es un estudio de tipo observacional y descriptivo, de corte transversal, de pacientes con diagnóstico de EII del Hospital Regional ISSSTE Lic. Adolfo López Mateos de la Ciudad de México. Se evaluó a 50 personas con EII y se consideraron las variables de edad, género, número de evacuaciones al día, proteína C reactiva (PCR), y hallazgos endoscópicos e histopatológicos; se calcularon las puntuaciones de Truelove-Witts y PHQ-9 y se obtuvo el análisis estadístico con U de Mann-Whitney.

Resultados: En esta población, 29 (58%) eran mujeres y 21 (42%) hombres; la media de edad fue de 56,14 años y moda de 50 años; de estos casos, 31 pacientes (62%) se hallaban en remisión clínica según una escala TLW < 10, 17 tenían un brote leve de enfermedad (34%) y 2 pacientes cursaban con un brote moderado (4%). De éstos, 5 pacientes sufrían depresión (10%), 25 depresión leve (50%), 15 depresión moderada (30%) y 5 depresión profunda (10%) según la escala de PHQ-9. La distribución por grupos puede observarse en la **Figura 1**. Dichos datos se evaluaron con la prueba U de Mann-Whitney y se obtuvo un valor de p de 0,89.

Conclusiones: Los pacientes de esta población tienen un índice elevado de trastorno depresivo, con una prevalencia de 90% de la muestra estudiada; sin embargo, no se relaciona con la actividad de la enfermedad según las pruebas estadísticas en las que el valor de p es de 0,89, lo cual no es significativo. Es por ello que se rechaza la hipótesis de la relación entre depresión y brotes de actividad de EII. En el análisis de datos se observó que el 10% de la población estudiada que

no presentaba depresión tenía una puntuación < 11 en la escala TLW. Una limitante fue que la prueba se aplicó a pacientes atendidos en la consulta externa sin brote de actividad. Es importante realizar intervenciones con tratamiento psiquiátrico y psicológico oportuno; además, sería interesante determinar si tiene un beneficio o no en el curso de la enfermedad inflamatoria intestinal.

Financiamiento: No se recibió financiamiento de ningún tipo.

Dom057

INDUCCIÓN Y REMISIÓN COMPLETA: ¿ES POSIBLE EN ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL CON UNA ANTIINTEGRINA $\alpha_4\beta_7$?

K. P. Pérez-López, S. A. Rivas-Salas, T. Cortés-Espinosa, J. G. López-Gómez, R. T. Hernández-Rodríguez, Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado, ISSSTE

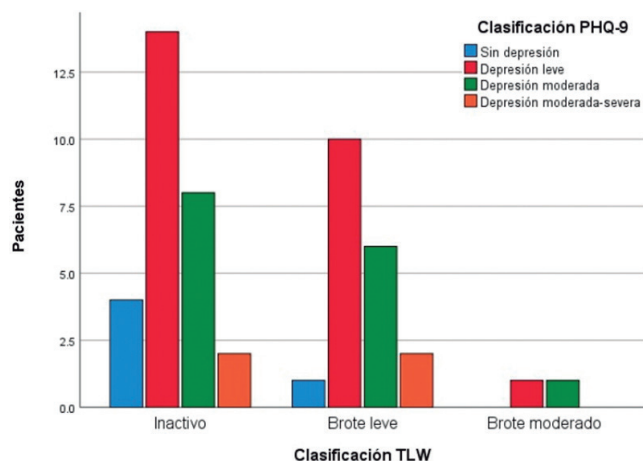
Introducción: Se han identificado múltiples factores que contribuyen a la patogenia de la EII, entre ellos la respuesta alterada del sistema inmunitario intestinal. El vedolizumab es un anticuerpo monoclonal que inhibe a la integrina $\alpha_4\beta_7$ selectiva del intestino en la superficie de un subconjunto de linfocitos, lo que impide su adherencia a la molécula 1 de adhesión celular de direccionamiento vascular de la mucosa expresada en las vénulas del endotelio intestinal. Su utilidad clínica se demostró en los estudios GEMINI 1 y 2 y con posterioridad se aprobó para el tratamiento de la EII. En la actualidad su seguridad y eficacia están bien establecidas en el tratamiento de inducción y mantenimiento de la EII. A pesar de que se han publicado varios estudios que evalúan la eficacia del vedolizumab en la remisión clínica de los pacientes con EII moderada a grave, hay menos datos disponibles sobre su efecto en la remisión endoscópica. La mayor eficacia terapéutica se puede lograr cuando se usa como agente de primera línea poco después del inicio de la enfermedad en pacientes que fracasaron con las modalidades convencionales. La terapéutica con vedolizumab puede inducir la remisión clínica y endoscópica en pacientes con enfermedad de Crohn o colitis ulcerosa.

Objetivo: Identificar la respuesta clínica y endoscópica en pacientes con enfermedad inflamatoria intestinal (EII) tratados con vedolizumab en el Centro Médico Nacional 20 de Noviembre en un periodo de 10 años.

Material y métodos: Se incluyó a una población de 11 pacientes con enfermedad inflamatoria intestinal del CMN 20 de Noviembre, que recibieron tratamiento con el fármaco vedolizumab en el periodo comprendido entre enero de 2013 y febrero de 2023. Se trata de un estudio descriptivo, transversal, retrospectivo y observacional. Las variables consideradas fueron género, edad, comorbilidades, edad al diagnóstico, criterios de gravedad, distribución de CUCI, clasificación de Montreal, calificación de Mayo y SES-CD (E1, proctitis; E2, izquierda; E3, extensa o pancolitis) o localización de la enfermedad de Crohn (L1, ileon terminal; L2, colon; L3, ileocolónica; y L4, digestiva alta) y tratamiento farmacológico (vedolizumab). Los criterios de inclusión fueron pacientes mayores de 18 años y diagnóstico de enfermedad inflamatoria intestinal con base en criterios clínicos, bioquímicos, radiológicos y endoscópicos. Los criterios de exclusión fueron pacientes que no recibieron tratamiento con vedolizumab. Para el análisis de datos se realizó una prospección descriptiva.

Resultados: De un total de 127 pacientes con diagnóstico de enfermedad inflamatoria intestinal en un periodo de 10 años, tratados en este hospital, 11 se trataron con el fármaco vedolizumab (**Tabla 1**). De éstos, dos tenían diagnóstico de enfermedad de Crohn y nueve colitis crónica ulcerativa. Del total de pacientes, 4 (75%) eran

Figura 1. Incidencia de depresión clasificada por grados según la puntuación de PHQ-9 con base en el grado de actividad de la enfermedad inflamatoria intestinal. (Dom056)



mujeres y 7 (85,7%) hombres; la media de edad fue de 42 años, con edad mínima de 18 años y máxima de 74 años. Se logró la remisión clínica en 7 pacientes con CUCI, lo que corresponde a un 77,8%, y en 2 pacientes con enfermedad de Crohn, es decir, la totalidad de los pacientes. La remisión endoscópica se alcanzó en 3 pacientes con CUCI, esto es, un 33,3%, y en 2 pacientes con enfermedad de Crohn (100%).

Tabla 1. Análisis descriptivo de pacientes con respuesta al tratamiento biológico en la enfermedad inflamatoria intestinal. (Dom057)

	Remisión clínica, %, (n = 11)	Remisión endoscópica, %, (n = 11)
Tipo de EII		
- CUCI, % (n = 9)	77,8 (7)	33,3 (3)
- Crohn, % (n = 2)	100 (2)	100 (2)
Género		
- Mujer, % (n = 4)	75 (3)	25 (1)
- Hombre, % (n = 7)	85,7 (7)	57,1 (4)
Edad (media)	46,3	49,4

Conclusiones: Es factible la remisión profunda en pacientes con enfermedad inflamatoria intestinal moderada a grave con la administración de una antiintegrina $\alpha_4\beta_7$; sin embargo, aún se requieren estudios a gran escala nacionales.

Financiamiento: No se recibió financiamiento de ningún tipo.

Dom058

DESAFIANDO BARRERAS EN LA ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL: PRIMER ANÁLISIS OBSERVACIONAL DE DOBLE TERAPIA BIOLÓGICA EN MÉXICO

R. Sosa-Martínez, D. García-Alonso, A. R. Guzmán-Cárcamo, L. G. López-Gómez, T. Cortés-Espinosa, Centro Médico Nacional 20 de Noviembre, ISSSTE

Introducción: La enfermedad inflamatoria intestinal (EII) se caracteriza por la inflamación crónica del tracto gastrointestinal. A pesar de los avances en el tratamiento con fármacos biológicos, algunos pacientes pueden desarrollar una respuesta inadecuada, lo que se conoce como EII resistente. En consecuencia, ha surgido el enfoque del doble tratamiento biológico, que consiste en combinar dos agentes biológicos para abordar de manera efectiva la inflamación y mejorar el control de la enfermedad. Esta estrategia terapéutica emergente representa un enfoque prometedor para los pacientes con EII resistente y una opción terapéutica adicional.

Objetivo: Evaluar la respuesta al doble tratamiento biológico en pacientes con EII resistente.

Material y métodos: Estudio observacional, prospectivo y piloto para evaluar la respuesta al tratamiento biológico doble en pacientes con EII resistente del CMN 20 de Noviembre.

Resultados: Se incluyó a un total de siete pacientes con enfermedad inflamatoria intestinal resistente que recibieron tratamiento

Tabla 1. Estudio piloto del doble tratamiento biológico en la EII. (Dom058)

		Clínica pretratamiento	Clínica postratamiento	Endoscópico pretratamiento	Endoscópico postratamiento	Histología (Nancy)	Reducción de esteroides	Infecciones
Edad, años	29 ± 9							
Sexo, femenino, n (%)	7 (100%)							
Duración de enfermedad, años	8 ± 2,4							
Número previo de fármacos biológicos, media (intervalos)	1,8 (1-3)							
Antecedente quirúrgico, n (%)	4 (57%)							
Historial estenosante, n (%)	5 (71%)							
Historial de fístulas	2 (29%)							
Consumo de esteroides	7(100%)							
Consumo de inmunomoduladores	7(100%)							
Certo + Vedo, n (%)	1 (14%)	302 ¹	149 ¹	i4 L3 B1	i2 L1 B1	1	1 (100%)	0 (0%)
Ust + Vedo, n (%)	4 (58%)	225 ¹ 253 ¹ 312 ¹ 3 ²	66 ¹ 133 ¹ 160 ¹ 2 ²	L1 B2 i0 L2 B3P i3 L3 B2 8 ³	L1 B1 i0 L1 B1 i2 L3 B1 4 ³	0	4 (100%)	0 (0%)
Ifx + Ust, n (%)	1 (14%)	210 ¹	166 ¹	i0 L2 B3P	i0 L1 B1	2	1 (100%)	0 (0%)
Ifx + Vedo, n (%)	1 (14%)	2 ²	2 ²	8 ³	5 ³	1	1 (100%)	0 (0%)

¹Crohn's Disease Activity Index (CDAI).

²Truelove and Witts Severity Index for Ulcerative Colitis.

³Ulcerative Colitis Endoscopic Index of Severity (UCEIS).

biológico doble; la edad promedio fue de 29 ± 9 años y todos los pacientes fueron del sexo femenino. La duración promedio de la enfermedad antes de iniciar la doble terapéutica fue de 8 ± 2 años. Los pacientes habían recibido con anterioridad un promedio de dos tratamientos biológicos, 4 (57%) tenían antecedentes de cirugía relacionada con la EI, 5 (71%) y 2 (29%) con antecedente de estenosis y fistulas, respectivamente, y 100% consumió esteroides e inmunomoduladores antes del tratamiento biológico doble. Se evaluaron cuatro combinaciones de esta doble modalidad biológica: certolizumab con vedolizumab (grupo 1), ustekinumab con vedolizumab (grupo 2), infliximab con ustekinumab (grupo 3) e infliximab con vedolizumab (grupo 4).

El grupo 1 incluyó a 1 paciente con mejoría de la actividad clínica, con una disminución de la actividad endoscópica de i4 a i2 según los criterios de Rutgeerts y un índice de actividad histológica de Nancy 1. El grupo 2 incluyó a 4 pacientes que experimentaron mejoría en la actividad clínica y endoscópica, con reducción de la actividad clínica por CDAI de 225 a 66 y mejoría de la actividad endoscópica de L1 B2 a L1 B1, i0 L2 B3P a i0 L1 B1 y i3 L3 B2 a i2 L3 B1, con diferentes índices de actividad histológica de Nancy que variaron de 0 a 3.

El grupo 3 incluyó a 1 paciente que mostró una reducción de la actividad clínica por CDAI de 210 a 166; la actividad endoscópica también se redujo de i0 L2 B3P a i0 L1 B1, con índice de Nancy de 2.

El grupo 4 incluyó a 1 paciente con una disminución de la actividad clínica según la escala de Truelove-Witts de 2 a 2. La actividad endoscópica también se redujo de 8 a 5 según por UCEIS, con un índice de Nancy de 1.

En todos los grupos se observó una reducción del consumo de esteroides y no se notificaron casos de infección relacionados con el doble tratamiento biológico (Tabla 1).

Conclusiones: Este estudio piloto observacional prospectivo representa el primer análisis en México y, hasta donde saben los autores en

América Latina, sobre el tratamiento biológico doble en pacientes con enfermedad inflamatoria intestinal resistente y que mostraron mejoría clínica, endoscópica e histopatológica en la mayoría de los casos. Es importante también reconocer las limitaciones de este estudio, como su diseño piloto y el tamaño de muestra. En conclusión, este estudio pionero en México y América Latina sobre el tratamiento biológico doble en EI resistente arroja resultados alentadores que sugieren beneficios clínicos y endoscópicos en los pacientes. Estos resultados justifican la conducción de estudios más amplios para fortalecer la evidencia y proporcionar una base sólida para el uso potencial de esta modalidad en la práctica clínica en la región.

Financiamiento: No se recibió ningún tratamiento.

Dom059

ESTADIFICACIÓN DE PACIENTES CON COLITIS ULCEROSA DE ACUERDO CON EL NUEVO ÍNDICE INTEGRAL DE ENFERMEDAD O YAMAMOTO-FURUSHO EN EL HOSPITAL REGIONAL LIC. ADOLFO LÓPEZ MATEOS

J. R. Espinoza-Acuña, M. S. Cuevas-Maldonado, E. G. Salgado-Parra, A. Rodríguez-Guajardo, Hospital Regional Lic. Adolfo López Mateos

Introducción: La colitis ulcerosa (CU) es un trastorno inflamatorio inmunomediado y crónico caracterizado por periodos de actividad y remisión; afecta la capa mucosa del colon de forma continua y las manifestaciones clínicas consisten en diarrea sanguinolenta, urgencia y tenesmo. Tiene una edad de presentación bimodal: a los 15 y 30 años. En los últimos años se ha elevado su incidencia global, sobre

Tabla 1. Resumen de las características demográficas y hallazgos. (Dom059)

Sexo	Hombres	20	40%	Actividad de la enfermedad			
	Mujeres	30	60%	Truelove-Witts	NIIE/índice Yamamoto-Furusho	#	%
Edad	(Media)	56					
Evacuaciones al día		3		Inactivo	Remisión	5	15,60%
Hemoglobina (G/DL)		13,9			Leve	16	50%
Proteína C reactiva (mg/dL)		1,67			Moderado	10	31,2%
Sangrado activo		0			Grave	1	3,10%
Albúmina		4,3			Total	32	100%
Montreal	E1	7	14%	Leve	Remisión	0	0
	E2	8	16%		Leve	8	47%
	E3	35	70%		Moderado	9	53%
					Grave	0	0
Mayo endoscópico	0	3	6%	Moderado	Total	17	100%
	1	21	42%		Remisión	0	0
	2	14	28%		Leve	0	0
	3	12	24%		Moderado	1	100%
Truelove-Witts	Inactivo (3-10)	32	64%	Grave	Grave	0	0
	Leve (11-15)	17	34%		Leve	0	0
	Moderado (16-21)	1	2%		Moderado	0	0
	Grave (22-27)	0	0%		Grave	0	0
NIIE	Remisión (0-3)	5	10%	Total	Total	0	0
	Leve (4-6)	24	48%				
	Moderado (7-12)	20	40%				
	Grave (13-18)	1	2%				

todo en los países de reciente industrialización de Asia, África y Latinoamérica. La determinación de la gravedad de la enfermedad tiene implicación en la selección del tipo de tratamiento, así como implicaciones para el pronóstico. Por lo regular se ha clasificado de acuerdo con los criterios de Truelove y Witts (TLW), que aún son la norma de referencia para la identificación rápida de pacientes ambulatorios que requieren ingreso, además de ser un instrumento para la modificación del tratamiento. El NIIE o índice de Yamamoto-Furusho es un nuevo índice propuesto que proporciona una evaluación objetiva e integral de la actividad de la enfermedad, ya que incluye parámetros clínicos, bioquímicos, endoscópicos e histopatológicos y puede optimizar el tratamiento médico en pacientes sin evidencia clínica de actividad de la enfermedad, pero con actividad bioquímica, endoscópica e histopatológica.

Objetivo: Clasificar a los pacientes con CU del Hospital Regional Lic. Adolfo López Mateos de acuerdo con el NIIE; reajustar el tratamiento médico según la gravedad indicada por el NIIE; y comparar la gravedad de CU en relación con la clasificación por NIIE y TLW.

Material y métodos: Pacientes con colitis ulcerativa del Hospital Regional Lic. Adolfo López Mateos del ISSSTE en el periodo comprendido entre enero del 2023 y julio del 2023. Tipo de estudio: descriptivo de corte transversal, retrospectivo y observacional. Variables: edad, evacuaciones al día, hemoglobina, proteína C reactiva, albúmina, hallazgos endoscópicos e histopatológicos, y clasificaciones de Montreal y Mayo. Análisis estadístico: los resultados se analizaron con medidas de frecuencia relativas y centrales para la obtención de porcentajes, media y promedio (Fig. 1).

Discusión: Se reclasificó a los pacientes en relación con el nuevo índice integral para actividad en CU (NIIE); del total de la muestra, 10% se encontraba en remisión, 48% en actividad leve, 20% en actividad moderada y 2% en actividad grave. Al analizar a los subgrupos se observó que los pacientes clasificados como inactivos mediante la escala de TLW se reclasificaron como brotes activos en 72% y por consiguiente el 18% se mantuvo con la misma gravedad. Asimismo, no se identificó a ningún paciente que se reclasificara como brote inactivo de la enfermedad (Tabla 1).

Conclusiones: Los resultados obtenidos al aplicar NIIE en esta población se apegan a los publicados en estudios previos, en los que se observa una mayor sensibilidad y especificidad para detectar de forma completa y objetiva a enfermos con actividad de la enfermedad y ajustar el tratamiento y lograr no sólo la remisión de los síntomas, sino la remisión bioquímica, endoscópica e histológica, además de mejorar el pronóstico al reducir el riesgo de complicaciones y recaídas de la enfermedad.

Financiamiento: No se recibió financiamiento de ningún tipo.

Dom060

TERAPIA COMBINADA PARA ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL REFRACTARIA A TRATAMIENTO BIOLÓGICO EN MONOTERAPIA: SERIE DE CASOS

L. Lanz-Zubiría, A. Campos-Chávez, J. P. Soriano-Márquez, Y. Gutiérrez-Grobe, Médica Sur

Introducción: Existen tratamientos biológicos efectivos para el control de la enfermedad inflamatoria intestinal (EII), entre ellos antagonistas del factor de necrosis tumoral alfa, antagonistas de la integrina $\alpha\beta_7$, antagonistas de la subunidad p40 de interleucinas 12-23 e inhibidores de la cinasa Janus. A pesar del tratamiento óptimo, una proporción de pacientes sufre pérdida secundaria de la respuesta o ausencia de respuesta primaria. En esta población se ha propuesto el doble tratamiento biológico para pacientes con escasa respuesta al tratamiento, al incluir varios blancos terapéuticos.

Objetivo: Presentar el caso de tres pacientes con enfermedad de Crohn (EC) resistente al tratamiento biológico en monoterapia, sometidos a una terapéutica combinada.

Paciente 1: Mujer de 42 años con antecedente de espondilitis anquilosante y EC desde 2015, con hemicolectomía e ileostomía en 2021, bajo tratamiento con upadacitinib y prednisona. Cursó con cuatro semanas de evolución con aumento en del gasto de ileostomía y hematoquecia; se descartó un origen infeccioso. La enteroscopia y la colonoscopia identificaron ileítis ulcerada en estoma (Rutgeerts I1), proctitis por exclusión y actividad en colon con úlceras longitudinales (Rutgeerts I2). Se agregó ustekinumab al tratamiento y se consiguió la disminución de los marcadores inflamatorios y la remisión de la diarrea y el sangrado (Tabla 1). **Paciente 2:** Hombre de 28 años con diagnóstico de EC desde 2015; el tratamiento inicial con adalimumab y budesonida se cambió a ustekinumab desde noviembre del 2022 por falta de respuesta. Se hospitalizó en febrero del 2023 por fístula enteroentérica con absceso de 4.3 cm y recibió tratamiento antimicrobiano. Ingresó al mes por persistencia del cuadro. Se realizó drenaje por radiointervención y se documentó hipogammaglobulinemia, por lo que se administró inmunoglobulina, de tal modo que redujeron de forma progresiva los marcadores inflamatorios, se normalizaron las inmunoglobulinas y disminuyó el tamaño de colección por enterorresonancia. Al egreso se ajustó el ustekinumab a cada cuatro semanas. **Paciente 3:** Hombre de 52 años con EC desde 1993, portador de ileostomía terminal por sangrado de tubo digestivo que exigió resección intestinal. Se hallaba bajo tratamiento con prednisona y azatioprina. Ingresó en septiembre de 2022 por gasto hemático por ileostomía. La enteroscopia documentó estoma ulcerado y friable, ileítis erosiva con úlceras múltiples pequeñas y sangrado en capa. Se administraron dos dosis de infliximab, pero persistió el sangrado. Se decidió agregar vedolizumab, con lo que remitió.

Discusión: En estos tres pacientes resistentes a la monoterapia con biológicos, e incluso al tratamiento quirúrgico, se logró una respuesta favorable tras iniciar fármacos biológicos combinados. La monoterapia está dirigida a blancos específicos. Dado que la EII abarca múltiples mecanismos proinflamatorios, el tratamiento combinado puede ser una alternativa favorable para pacientes resistentes al tratamiento regular.

Conclusiones: El tratamiento biológico combinado puede ser efectivo para pacientes con EII sin reacción a los fármacos biológicos en monoterapia.

Financiamiento: No se recibió financiamiento de ningún tipo.

Tabla 1. Descripción de desenlaces clínicos, tratamiento inicial y tratamiento complementario. (Dom060)

Paciente	Manifestación clínica	Índice de Harvey-Bradshaw al ingreso	Índice de Harvey-Bradshaw al egreso	Tratamiento inicial	Tratamiento complementario
1	Diarrea y sangrado	10 puntos	5 puntos	Upadacitinib	Ustekinumab
2	Fístula y absceso	12 puntos	7 puntos	Ustekinumab	Inmunoglobulina
3	Sangrado por ileostomía	11 puntos	5 puntos	Infliximab	Vedolizumab

Dom061

LA IMPORTANCIA DE LA ANOSCOPIA DE ALTA RESOLUCIÓN PARA LA DETECCIÓN TEMPRANA DE LESIONES INTRAEPITELIALES ESCAMOSAS ANALES DE ALTO RIESGO EN PACIENTES CON ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL Y TRATAMIENTO INMUNOSUPRESOR

R. R. Sánchez-Rosado, M. Aceves-Valdez, A. Vela-Torres, S. K. Dosal-Limón, G. Ramírez-García, H. Martínez-González, G. J. Maya-Vacio, J. A. Villanueva-Herrero, J. L. De León-Rendón, Hospital General de México Dr. Eduardo Liceaga

Introducción: La lesión intraepitelial escamosa anal (LIEA) es una lesión premaligna que precede al carcinoma de células escamosas (CCE) y su progresión puede prevenirse con un tratamiento oportuno. La infección por el virus del papiloma humano (VPH) se considera un factor de riesgo para la LIEA. La anoscopia de alta resolución se utiliza para la detección y el seguimiento de estas lesiones. La detección temprana de lesiones predisponentes al cáncer anal en pacientes con enfermedad inflamatoria intestinal (EII) y tratamiento inmunosupresor es un tema poco estudiado.

Objetivo: Resaltar la importancia de identificar de modo oportuno lesiones que predisponen al cáncer anal en pacientes con EII y tratamiento inmunosupresor, con especial énfasis en la utilidad de la anoscopia de alta resolución.

Informe de caso: Se trata de un paciente masculino de 29 años con diagnóstico de colitis ulcerosa crónica idiopática (CUCI) con extensión pancolónica y un brote moderado en abril de 2021. Se encontraba bajo tratamiento con anti-TNF y mesalazina. Durante su seguimiento se reconoció una úlcera anal crónica de difícil control que exigió dos intervenciones quirúrgicas en 2021 y 2022, con informe histopatológico de LIEA de bajo grado. En enero de 2023 se llevó a cabo una anoscopia de alta resolución como parte del seguimiento de LIEA, en la que se identificaron células escamosas atípicas de significado indeterminado (Fig. 1). Esto condujo a una reintervención en febrero de 2023 para practicar electrofulguración de las lesiones sospechosas de infección por VPH; además, en marzo de 2023 se decidió cambiar el tratamiento biológico del paciente a un agente antiintegrina $\alpha 4\beta 7$ debido a la falta de respuesta al anti-TNF, según lo reveló un valor elevado de calprotectina fecal (> 22.000 mg/g) y la presencia de anticuerpos anti-TNF positivos. A pesar de esto, el paciente ha experimentado una respuesta clínica adecuada y actualmente se encuentra en vigilancia y seguimiento de la LIEA de bajo grado.

Discusión: Se desconoce la prevalencia de las neoplasias escamosas de alto grado o incluso del CCE en pacientes con EII tratados con

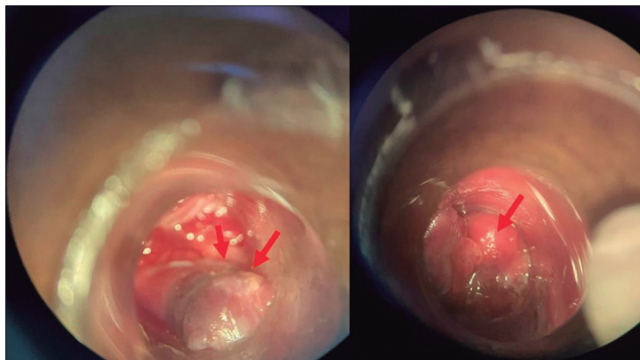


Figura 1. Anoscopia de alta resolución en la que se observan lesiones acetoblancas sospechosas de infección por VPH (flechas rojas). (Dom061)

medicamentos inmunosupresores. Los estudios anteriores han demostrado que las cepas oncogénicas de VPH son el agente infeccioso causante de las LIEA, consideradas la lesión precursora del cáncer invasivo de células escamosas anales. Se ha observado una mayor presencia de LIEA en pacientes inmunocomprometidos, incluidos aquéllos con VIH y los que han recibido trasplantes de órganos sólidos, por lo que los pacientes con EII en tratamiento con fármacos inmunosupresores o con lesiones perianales crónicas podrían considerarse un grupo de riesgo. Sin embargo, cabe mencionar que la cohorte CESAME no identificó una relación entre las tiopurinas y el cáncer anal (ya sea adenocarcinoma o CCE) en pacientes con enfermedad de Crohn, aunque el riesgo bruto en el subconjunto de pacientes con enfermedad de Crohn perianal expuestos a tiopurinas fue de 0,42 por cada 1.000 años-paciente. Además, los registros TREAT y ENCORE no han demostrado un exceso de cánceres anales en individuos tratados con infliximab.

Conclusiones: El caso ilustra que la intervención oportuna del coloproctólogo en la identificación de lesiones que predisponen al cáncer anal en personas con EII y tratamiento inmunosupresor, mediante la anoscopia de alta resolución, puede jugar un papel crucial en la prevención y atención de las neoplasias escamosas anales. Se requiere una mayor investigación para comprender mejor el efecto del tratamiento inmunosupresor en la progresión de estas lesiones y establecer pautas claras de detección y atención en esta población de alto riesgo.

Financiamiento: No se recibió financiamiento de ningún tipo.

Dom062

COEXISTENCIA DE COLITIS ULCERATIVA CRÓNICA IDIOPÁTICA E INFECCIÓN POR VIRUS DE INMUNODEFICIENCIA HUMANA, UNA SERIE DE CASOS

N. F. Gutiérrez-Moreno, N. Moreno-Aguilar, Clínica de Especialidades, Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado

Introducción: La colitis ulcerosa crónica idiopática y la enfermedad de Crohn forman parte de la enfermedad inflamatoria intestinal. La correlación de enfermedad inflamatoria intestinal e infección por virus de inmunodeficiencia humana (HIV) se ha estudiado y destacado en las publicaciones médicas; sin embargo, aún existen múltiples interrogantes en su evolución y respuesta terapéutica. Es un desafío documentar la coexistencia de ambas entidades, por lo cual es importante este estudio.

Objetivo: Describir las características de los pacientes con colitis ulcerativa crónica idiopática e infección por virus de inmunodeficiencia humana.

Caso clínico 1: Hombre de 24 años de edad, portador de HIV desde los 18 años en tratamiento con Biktarvy, con antecedente de colecistectomía laparoscópica. Seis meses antes inició hematoquecia de alto riesgo (Oakland, 13 puntos), sin manifestaciones extraintestinales, y se indicó calprotectina de 880 mcg/g. La colonoscopia indicó CUCI de extensión E1, Mayo 2. Al diagnóstico había carga viral indetectable: conteo de CD4 900 cel. Se inició tratamiento con 5-ASA (al momento 1,5 g/día) con buena evolución y sin brotes graves de la enfermedad.

Caso clínico 2: Hombre de 32 años, portador de HIV desde los 27 años, en tratamiento con Biktarvy, con antecedentes de fistulotomía anal dos años antes. Curso con proctalgia de cuatro años de evolución y rectorragia; en el 2021 la colonoscopia reveló CUCI E1 Mayo 2 y al diagnóstico había carga viral para HIV indetectable: CD4 de 1.000 cel. Se detectó anti-CMV IgG reactivo > 250 pero IgM no reactivo. Se halla en tratamiento actual con 5-ASA, con buena evolución clínica, sin hospitalizaciones por brote de la enfermedad.

Caso clínico 3: Hombre de 31 años portador de HIV desde los 30 años, en tratamiento con dolutegravir/acabavir/lamivudina. Cursó con un cuadro de estreñimiento, tenesmo rectal, rectorragia, pérdida ponderal de 20 kg en cuatro meses de forma no intencionada y poliartalgias; la colonoscopia a los 30 años reconoció datos indicativos de CUCI E1, Mayo 2, y desde entonces se indicó 5-ASA (1,5 g/día) con buena respuesta clínica. Al diagnóstico de CUCI había carga viral detectable y conteo de CD4 de 69 cel.

Caso clínico 4: Hombre 38 años, portador de HIV desde tres años antes, tratado con Biktarvy; seis meses antes sufrió episodios de rectorragia, acompañados de úlceras orales. La colonoscopia es consistente con CUCI E1 Mayo 2; desde entonces el tratamiento se basó en 5-ASA oral y tópico. Al momento del diagnóstico había carga viral para HIV de 144 copias y CD4 de 480 cel (Tabla 1).

Discusión: La CUCI es efecto de una interacción entre factores genéticos y ambientales, lo que representa una respuesta inmunitaria anormal mediada por células T a la microbiota intestinal en individuos

genéticamente susceptibles. Los datos biológicos sugieren una superposición compleja pero significativa entre la infección por el HIV y la enfermedad inflamatoria intestinal, e incluso se ha sugerido un aumento del riesgo de padecer EII en pacientes con infección en algunos estudios, como el de Elmahdi *et al.* Parece interesante describir las características de estos pacientes con coexistencia de ambas anomalías en los cuales se hallaron algunas similitudes; por ejemplo, los cuatro pacientes eran del género masculino, habían desarrollado CUCI tras el diagnóstico de HIV, tenían una extensión E1 de Montreal y no han cursado con brotes de la enfermedad que requieran esteroides u hospitalización.

Conclusiones: Las características de estos pacientes podrían ser una pauta para la formulación de hipótesis y conducción de estudios analíticos con mayor potencial que lleven a introducir cambios en la práctica, sobre todo en los aspectos de vigilancia y pronóstico.

Financiamiento: No se recibió financiamiento de ningún tipo.

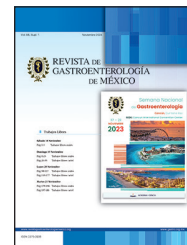
Tabla 1. Características generales y específicas de los pacientes. (Dom062)

	Caso 1	Caso 2	Caso 3	Caso 4
Antecedentes familiares	Negados	Negados	Negados	Hermano con cáncer testicular
Género	Masculino	Masculino	Masculino	Masculino
Edad	24 años	32 años	31 años	38 años
Comorbilidades/cirugías abdominales	Ninguna Colecistectomía	Ninguna Fistulectomía anal dos años antes	ERGE	Ninguna
Edad al diagnóstico de CUCI	24 años	30 años	31 años	38 años
Manifestaciones extraintestinales	Negadas	Negadas	Poliartropatía tipo 1	Negadas
Hallazgos de colonoscopia	CUCI E1 Mayo 2	CUCI E1 Mayo 2	CUCI E1 Mayo 2	CUCI E1 Mayo 2
Calprotectina	880 mcg/mg	520 mcg/mg	323 mcg/mg	386 mcg/mg
Tratamiento de mantenimiento en CUCI	Mesalazina 1,5 g, vía oral	Mesalazina 2,5 g, vía oral Mesalazina tópica 1 g	Mesalazina 1,5 g, vía oral Mesalazina tópica 1 g	Mesalazina 1,5 g, vía oral Mesalazina tópica 1 g
Brotos graves con hospitalización	Negados	Negados	Negados	Negados
Edad al diagnóstico de HIV	19 años	26 años	30 años	35 años
Carga viral/ CD4 al diagnóstico de CUCI	Indetectable CD4 900 cel	Indetectable CD4 1.000 cel	1.084 copias CD4 69 cel	144 copias CD4 480 cel
Carga viral y CD4 actual	Indetectable CD4 > 1.000 cel	Indetectable CD4 973 cel	122 copias CD4 221 cel	Indetectable CD4 726 cel
Hospitalizaciones por HIV	Negadas	Negadas	Negadas	Negadas
Tratamiento	Bictegravir/emtricitabina/tenofovir alafenamida	Bictegravir/emtricitabina/tenofovir alafenamida	Dolutegravir/acabavir/lamivudina	Bictegravir/emtricitabina/tenofovir alafenamida



REVISTA DE GASTROENTEROLOGÍA DE MÉXICO

www.elsevier.es/rgmx



Exposición de trabajos libres en cartel

Domingo 19 de noviembre de 2023

Pediatría

Dom063

DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE ACALASIA ESOFÁGICA EN PACIENTES PEDIÁTRICOS

E. Cruz-Bautista, B. González-Ortiz, Z. A. Monroy-Teniza, D. Espinosa-Saavedra, Hospital de Pediatría del Centro Médico Nacional Siglo XXI

Introducción: La acalasia esofágica (AE) es un trastorno motor esofágico primario caracterizado por la falta de relajación del esfínter esofágico inferior y pérdida del peristaltismo esofágico. La norma de referencia para el diagnóstico de acalasia es la manometría esofágica de alta resolución (MAR). Tiene una incidencia de 0,1/1.000.000 en pacientes pediátricos, con predominio del sexo masculino (2:1) y una presentación máxima entre los cinco y siete años. El tratamiento actual es la miotomía de Heller (MH) y la miotomía endoscópica por vía oral (POEM, *per-oral endoscopic myotomy*).

Objetivo: Describir la presentación clínica, el abordaje diagnóstico y el tratamiento de tres pacientes pediátricos con diagnóstico de acalasia de tipo II atendidos en la clínica de motilidad del Hospital de Pediatría del CMN Siglo XXI.

Caso 1: Paciente femenino de 11 años 5 meses, consanguinidad positiva y carga genética para dermatomiositis por línea materna. Cuadro clínico de dos años de evolución caracterizado por disfagia. Se realizaron dos sesiones de toxina botulínica y luego el tratamiento definitivo fue POEM.

Caso 2: Paciente masculino de 15 años 10 meses, sin antecedentes de importancia. Cuadro clínico de dos años de evolución con disfagia a líquidos, tratado con POEM.

Caso 3: Mujer de 9 años 3 meses de edad, sin antecedentes hereditarios relevantes. Cuadro clínico de tres años de evolución

caracterizado por disfagia y falla de medro. Se trató con miotomía de Heller. El resto de los datos clínicos, hallazgos endoscópicos y MAR se describen en la **Tabla 1**.

Discusión: La AE es un trastorno motor mayor, cuya etiopatogenia es multifactorial; la predisposición genética (HLA-II) es un factor de riesgo y las infecciones virales casi siempre activan la enfermedad. La calificación de Eckardt describe las principales características clínicas; el síntoma predominante en estos pacientes fue la disfagia, seguida por alteración del estado nutricional e infección de respiratorias altas de repetición.

El esofagograma baritado puede presentar el signo de la punta de lápiz, que se presentó en el 100% de los pacientes. La endoscopia se indica para descartar pseudoacalasia y estenosis péptica; los pacientes mostraron dilatación esofágica, aspecto sigmoideo y cambios de la mucosa por estasis.

La MAR es la norma de referencia y se caracteriza por relajación incompleta del EEI y aperistaltismo; de acuerdo con la clasificación de Chicago IV existen cuatro tipos. El 100% de estos pacientes cumplió los criterios para acalasia de tipo II (peristalsis ausente, PRI > 15 mmHg, presurización panesofágica [> 30 mmHg] en > 20% de las degluciones). El tratamiento con POEM es una alternativa segura, realizada de forma inicial sólo en pacientes adultos, si bien cada vez más se practica en pacientes pediátricos, con mayor experiencia y buenos resultados; los pacientes que no pueden someterse a estos procedimientos son aptos para inyección de toxina botulínica y las dilataciones esofágicas neumática con balón son el tratamiento inicial.

Conclusiones: La acalasia es una alteración poco frecuente y se requiere un alto índice de sospecha para establecer el diagnóstico. La miotomía de Heller y el tratamiento endoscópico (POEM) han demostrado ser un tratamiento efectivo para estos pacientes.

Financiamiento: No se contó con financiamiento.

Tabla 1. Características clínicas de pacientes pediátricos con diagnóstico de acalasia. (Dom063)

Variable	Caso 1	Caso 2	Caso 3
Sexo	Femenino	Masculino	Femenino
Edad	11 años 5 meses	15 años 10 meses	9 años 3 meses
Tiempo de evolución	2 años	2 años	3 años
Disfagia	Presente	Presente	Presente
IVRS	Presente	Presente	Presente
Regurgitaciones	Presentes	Ausentes	Presentes
Dolor esternal	Ausente	Ausente	Ausente
Pérdida de peso	Presente	Presente	Presente
Esofagograma baritado	Dilatación de los tercios proximal y medio con disminución del calibre en el tercio distal		
Panendoscopia	Esófago sigmoideo, dilatación antes de la UGE		
MAR	IRP 13 mmHg, panpresurización	IRP 17 mmHg, panpresurización	IRP 14 mmHg, panpresurización
Estado nutricional al tratamiento	Desnutrición moderada	Desnutrición moderada	Desnutrición grave
Tratamiento	POEM	POEM	Miotomía de Heller

IVRS, infección de vías respiratorias altas; MAR, manometría esofágica de alta resolución; UGE, unión gastroesofágica; IRP, presión de relajación integrada; POEM, miotomía endoscópica por vía oral.

Dom064

FACTORES CLÍNICOS, BIOQUÍMICOS, ENDOSCÓPICOS E HISTOLÓGICOS PREDICTORES DE MALA RESPUESTA AL TRATAMIENTO EN COLITIS ULCERATIVA A 24 MESES DEL DIAGNÓSTICO

K. G. Duarte-Torres, J. F. Cadena-León, K. R. Ignorosa-Arellano, E. Toro-Monjaraz, E. Montijo-Barrios, F. E. Zárate-Mondragón, R. Bustamante-Cervantes, J. A. Ramírez-Mayans, Instituto Nacional de Pediatría

Introducción: La colitis ulcerativa (CU) es una alteración crónica que afecta en particular la mucosa del colon con grados de extensión y gravedad variables; se caracteriza por periodos de remisión y exacerbación y puede llevar a un tratamiento prolongado, con complicaciones nutricionales y biopsicosociales que alteran la calidad de vida. No todos los pacientes alcanzan remisión sostenida a 24 meses del inicio del tratamiento y pueden someterse a colectomía en los primeros cinco años. Se han descrito factores predictores de mala respuesta al tratamiento, entre ellos la gravedad al inicio de la enfermedad, anemia, hipoalbuminemia, pancolitis y criptitis grave. Su identificación permite individualizar el tratamiento de manera temprana y oportuna para alcanzar los objetivos de remisión y evitar las complicaciones.

Objetivo: Identificar los factores predictores de mala respuesta al tratamiento en niños con CU en el Instituto Nacional de Pediatría de la Ciudad de México en el periodo del 2012 al 2023.

Material y métodos: Se realizó un estudio longitudinal, retrospectivo, observacional y analítico en pacientes con CU. Se revisaron los expedientes de 34 niños con CU en el Instituto Nacional de Pediatría de la Ciudad de México, en el periodo de enero del 2012 a enero del 2023.

Resultados: El estudio incluyó a 20 pacientes, con 50% de hombres, y la mayoría procedía de la zona metropolitana (85%). Ocho sujetos cursaban con enfermedad leve y 12 con moderada de acuerdo con la escala de gravedad PUCAL. La mitad de los individuos inició antes de los 72 meses y de éstos el 5% tenía inmunodeficiencia. La hematoquecia y la diarrea fueron síntomas frecuentes; el 60% se encontraba eutrófico. Los niños < 72 meses con enfermedad moderada mostraron mayor alteración en los

estudios de laboratorio. El 55% tenía pancolitis y en la histología la anomalía más informada fue la distorsión glandular. El tratamiento inicial en la mayoría incluyó mesalazina, esteroide y azatioprina. Se detectó dependencia a los corticoides en el 70% a los tres meses.

A los 24 meses, el 15% persistió con hematoquecia y se redujeron las evacuaciones. Los estudios de laboratorio mejoraron respecto de los iniciales, pero la VSG persistió elevada. En la endoscopia aumentaron los pacientes con pancolitis (13, 65%) y se notificó sobre todo infiltrado linfoplasmocitario y eosinofilia en la histología. El 60% continuaba con esteroides, mesalazina y azatioprina, 4 (20%) requirieron fármacos biológicos y 1 (5%) se sometió a colectomía. El 35% de los pacientes no logró la remisión clínica de acuerdo con el PUCAL; el 75%, 90% y 65% no experimentaron remisión bioquímica, endoscópica e histológica, respectivamente. Se encontró que la hemoglobina inicial fue menor ($p = 0,022$, 11 g/dL) en pacientes sin remisión clínica y que la velocidad de eritrosedimentación fue mayor ($p = 0,027$, 20 mm/s) en personas sin remisión bioquímica. No se identificó relación estadísticamente significativa en la albúmina con respecto a la respuesta al tratamiento.

Conclusiones: En este estudio, a pesar de la utilización de un tratamiento completo (mesalazina, esteroide y azatioprina), la mayoría de los pacientes no logró un resultado clínico ideal a los 24 meses, el 20% de los pacientes necesitó tratamiento biológico y el 5% colectomía. La CU en esta población muestra peores resultados al tratamiento en pacientes con hemoglobina inicial < 11 g/dL, VSG > 20 mm/s y pancolitis, algo muy similar a lo señalado en el estudio PROTECT, según el cual una hemoglobina < 10 g/dL se acompaña de mala respuesta al tratamiento. La hipoalbuminemia < 3,5 g/dL no se relacionó con mala respuesta al tratamiento, al contrario de lo informado en el estudio de Jin Li *et al.*

Financiamiento: No se contó con financiamiento.

Dom065

EXPERIENCIA DE TRIPLE TERAPIA ENDOSCÓPICA PARA TRATAMIENTO DE ESTENOSIS ESOFÁGICA PEDIÁTRICA

D. Espinosa-Saavedra, M. G. Monraz-Cortés, A. C. Ogaz-Campos, B. González-Ortiz, IMSS, UMAE, Hospital de Pediatría CMN SXXI

Introducción: La estenosis esofágica (EE) benigna es el estrechamiento de la luz esofágica que conduce a un deterioro funcional con síntomas significativos. Las causas de la EE en pediatría son variables: 9% a 80% por estenosis posanastomóticas por atresia esofágica (AE), 10% a 60% por ingestión de cáusticos, 20% a 46% por estenosis péptica, 20% por esofagitis eosinofílica y menos a menudo por estenosis congénita. La dilatación endoscópica de la EE es el tratamiento de elección, pero desafortunadamente las EE complejas suelen resultar en fracaso o una rápida recurrencia. Para reducir el número de sesiones, el riesgo de complicaciones y el tratamiento quirúrgico y mejorar el pronóstico de los pacientes se han utilizado modalidades combinadas. En este estudio se propone el triple tratamiento endoscópico (TTE) que consiste en incisión del anillo estenótico, seguido de dilatación esofágica con balón hidroneumático y al final aplicación tópica de mitomicina C (antifibrótico) en un mismo acto endoscópico.

Objetivo: Notificar la experiencia del TTE en niños con EE.

Material y métodos: Estudio longitudinal y descriptivo, que incluyó a todos los pacientes con EE que recibieron TTE. Se obtuvieron los datos de los pacientes del expediente clínico. Se realizó estadística descriptiva.

Resultados: 12 pacientes con EE compleja y corta (> 90% de estenosis de luz esofágica) se sometieron a TTE para rehabilitación esofágica, con predominio del sexo masculino con 75% (9) y mediana de edad de 45 meses. Del origen de la EE, el 58,4% (7) fue secundario a estenosis posanastomótica, 25% (3) a cáusticos, 8,3% (1) a sospecha de estenosis congénita y 8,3% (1) a péptica. Antes del inicio

de TTE, el 37,5% (5) se consideró resistente o recurrente. El 66,6% (8) fue objeto de tratamiento endoscópico convencional previo. Se logró el éxito clínico (sin disfagia a las cuatro semanas tras alcanzar el objetivo del diámetro de dilatación esofágica) en el 100% de los pacientes, con una mediana de cuatro sesiones para alcanzarlo (intervalo, 1 a 11 sesiones). El tiempo de seguimiento fue variable y se describe la evolución de acuerdo con el seguimiento posterior al objetivo del diámetro esofágico luego del alta endoscópica; véase la **Tabla 1**. Los pacientes que sufrieron recurrencia de la disfagia (n = 5) requirieron todos sesiones adicionales de TTE con una mediana de tres para lograr la mejoría clínica. En la actualidad, dos pacientes continúan en rehabilitación esofágica con mejoría clínica significativa y han logrado tolerancia de la vía oral con múltiples consistencias. No se han presentado complicaciones significativas durante el TTE (sangrado y perforación) y sólo una paciente necesitó oxígeno posterior al TTE, en relación con neumopatía por aspiración (recibió el alta con esteroide inhalado).

Conclusiones: El TTE es un método modificado y novedoso de tratamiento endoscópico, seguro, efectivo y factible para el control de las estenosis esofágicas benignas complejas (recurrentes y resistentes) de diferentes orígenes. Este procedimiento logra mantener una buena permeabilidad esofágica, especialmente en estenosis de segmento corto. Sin embargo, este estudio se realizó con un número limitado de pacientes y se necesita un seguimiento de largo plazo. Para confirmar estos resultados deben conducirse estudios comparativos más grandes.

Financiamiento: Ningún financiamiento.

Tabla 1. (Dom065)

	Frecuencia (%)
Variables	n = 12
Edad (meses)*	45 (3-197)
Sexo	
Masculino	9 (75)
Femenino	3 (25)
Estado de nutrición	
Desnutrición	7 (58,4)
Adecuado	5 (41,6)
Causa de la estenosis esofágica	
Estenosis anastomótica	7 (58,4)
Ingestión de cáusticos	3 (25)
Péptica	1 (8,3)
Probablemente congénita	1 (8,3)
Complicaciones	0 (0)
Seguimiento/éxito clínico ^a	N/asintomáticos
Asintomáticos a 1 mes	12/12 (100)
Asintomáticos a 3 meses	10/11 (90,9)
Asintomáticos a 6 meses	7/10 (70)
Asintomáticos a 9 meses	6/7 (85,7)
Asintomáticos a 12 meses	5/5 (100)
Número de sesiones de éxito clínico*	4 (1-11)
Sesiones adicionales ^{ab}	3 (1-6)
EE recurrentes a TTE	5 (41,6)

*Mediana (mínimo-máximo).

^aSe consideró como éxito clínico la ausencia de disfagia luego de alcanzar el objetivo de dilatación esofágica por edad.

^bSesiones adicionales de TTE por recurrencia tras el alta endoscópica.

Dom066

EXTRACCIÓN ENDOSCÓPICA DE CUERPO EXTRAÑO EN ESÓFAGO FALLIDA: ABORDAJE QUIRÚRGICO COMO ALTERNATIVA POCO FRECUENTE

E. C. Pineda-Cely, M. Orozco-González, M. A. Zubieta-Burgos, J. L. Flores-Castillo, J. R. Palma-Baquedano, D. E. Campos-Andrade, M. A. Cué-Luna, E. S. García-Cárdenas, S. A. Trauernicht-Mendieta, Hospital Infantil de México Federico Gómez

Introducción: La ingestión de un cuerpo extraño (CE) es una anomalía pediátrica común y figura entre las principales indicaciones de endoscopia. Su incidencia máxima ocurre entre los seis meses y cuatro años con predominio del sexo masculino; las monedas son el objeto ingerido más a menudo. Alrededor de 80% a 90% de los cuerpos extraños pasa a través del tracto gastrointestinal sin complicaciones, 10% a 20% requiere endoscopia y tan sólo 1% exige intervención quirúrgica.

Objetivo: Describir el abordaje endoscópico y quirúrgico de la extracción de CE en un paciente pediátrico hospitalizado en un tercer nivel de atención.

Informe de caso: Escolar masculino de siete años con antecedente de tos crónica de tres años de evolución que mostró un cuadro clínico de siete meses caracterizado por vómito posprandial temprano, progresivo (8-15 episodios/día) y epigastralgia. El esofagograma reveló estenosis esofágica a nivel de T4, divertículo esofágico de la pared lateral en el tercio medio y cuerpo extraño mediastínico (**Fig. 1**). La panendoscopia delineó estenosis a 20 cm de la arcada dental (AD) que imposibilitaba el paso del endoscopio de 6 mm; se realizó dilatación mínima con globo, y se logró la visualización del CE incrustado de apariencia rocosa que obstruía dos terceras partes de la luz. Se intentó la extracción con pinza de caimán y ratón sin éxito. Experimentó neumomediastino secundario al procedimiento que se resolvió luego de tres días. La tomografía de alta resolución (TACAR) de tórax identificó CE en el esófago de morfología cuadrangular (20.8 x 7 mm), localizado en la unión de los tercios superior y

Figura 1. Esófagograma: estenosis esofágica a nivel de T4, divertículo esofágico en el tercio medio y cuerpo extraño mediastínico. (Dom066)



medio del esófago, posterior al arco aórtico y la tráquea, medial al esófago y anterior al cuerpo vertebral de T3. Se realizó gastrostomía y en un segundo tiempo quirúrgico toracotomía posterolateral derecha y esofagotomía con apoyo endoscópico que visualizó el divertículo esofágico a nivel del tercio inferior, sitio de localización del CE; éste se extrajo sin complicaciones, con traslado posterior a la unidad de cuidados intensivos para tratamiento posquirúrgico.

Discusión: La ingestión de un CE es un motivo de consulta frecuente en urgencias pediátricas, con una presentación clínica variable según sean el objeto ingerido y el tiempo de evolución. Se presentó un caso de un escolar con CE en el esófago de tiempo de evolución no determinado y agudización siete meses antes de su ingreso hospitalario, sin concordancia con las indicaciones de las publicaciones médicas en las que el tiempo transcurrido entre la presentación del episodio y la consulta inicial no supera casi nunca las 12 horas y con lapso máximo de 480 horas.

Pueden ser asintomáticos hasta en 40% de los casos y manifestarse con vómito, náusea, odinofagia, disfagia, sialorrea o síntomas respiratorios, como tos y estridor; este paciente tenía tos crónica atribuida a una causa alérgica. Las complicaciones se relacionan con respuesta inflamatoria, adherencia a la mucosa esofágica, obstrucción y perforación por efecto corrosivo de algunos materiales; entre las afecciones tardías pueden mencionarse estenosis, síntomas respiratorios persistentes y retraso del crecimiento. La radiografía es el método más utilizado y la endoscopia el procedimiento diagnóstico y terapéutico de elección. Su uso depende del CE, la edad del paciente, la localización, el tiempo transcurrido después de la ingestión, el ayuno y la disponibilidad de equipo y personal califica-

do. En este caso se incurrió en dos intentos fallidos de extracción endoscópica debido a complicaciones existentes, por lo cual requirió abordaje quirúrgico.

Conclusiones: El abordaje para la extracción de un CE en esófago mediante cirugía abierta con apoyo endoscópico es un procedimiento poco frecuente. El tiempo de evolución del paciente produjo alteraciones anatómicas subsecuentes, como lo refleja la extracción fallida por vía endoscópica. No hay casos informados en relación con el tipo de abordaje utilizado en este paciente.

Financiamiento: No se recibió financiamiento de ningún tipo.

Dom067

RELACIÓN ENTRE PREMATURIDAD, MÉTODO DE NACIMIENTO Y TRASTORNOS DEL EJE CEREBRO-INTESTINO EN LACTANTES Y PREESCOLARES DE DIFERENTES REGIONES DE COLOMBIA

D. Velasco-Suárez, C. A. Velasco-Benítez, Hospital Universitario del Valle

Introducción: La fisiopatología de los trastornos del eje cerebro-intestino (TECI) es incierta. Existen diferentes factores etiológicos como la alteración de la motilidad intestinal, la hipersensibilidad visceral, las alteraciones de la mucosa o el sistema inmunitario, entre otros. Algunos episodios de la vida temprana pueden relacionarse con la aparición de TECI, pero existe evidencia escasa e inconsistente sobre este tema.

Objetivo: Determinar la prevalencia de TECI y posibles relaciones con prematuridad y método de nacimiento en lactantes y preescolares.

Material y métodos: Estudio descriptivo de tipo prevalencia. Se realizó el cuestionario para síntomas digestivos pediátrico Roma IV (QPGS IV) a los padres de cuatro ciudades/regiones colombianas (Florencia/Amazonía, Sotavento/Atlántica, Cali/Pacífica y Bogotá/Andina). Se incluyeron variables sociodemográficas (sexo, raza, edad) y clínicas (forma de nacimiento, edad gestacional). El análisis estadístico incluyó el univariado y el bivariado (OR e IC95%), con una $p < 0,05$ significativa.

Resultados: Participaron 1.468 lactantes y preescolares de un mes a cuatro años de edad ($24,2 \pm 15,0$). El 64,9% ($n = 953$) correspondió a preescolares, 50,7% ($n = 744$) a pacientes masculinos, 36,0% ($n = 528$) a sujetos caucásicos y 47,8% ($n = 702$) a individuos de Florencia/Amazonía. Del total de los niños, 54,3% ($n = 797$) nació por cesárea, 12,6% ($n = 185$) se integró con prematuros y 2,5% ($n = 37$) con cesárea y prematuridad. La prevalencia de TECI fue de 26,6% ($n = 390$) y los más comunes fueron estreñimiento funcional (16,5%; $n = 242$), síndrome de vómito cíclico (8,8%; $n = 129$) y cólico infantil (4,0%; $n = 125$). Hubo una mayor oportunidad de presentar TECI cuando los niños nacieron por cesárea (OR, 1,49; IC95%, 1,17-1,91; $p = 0,0008$), muy prematuros (OR, 3,19; IC95%, 1,55-6,61; $p = 0,0003$). En los niños que nacieron por cesárea se observó una mayor oportunidad de sufrir estreñimiento funcional (OR, 1,56; IC95%, 1,20-2,04; $p = 0,0005$), mientras que los prematuros tenían mayor oportunidad de mostrar síndrome de vómito cíclico (OR, 3,54; IC95%, 2,27-5,43; $p = 0,0000$). Finalmente, aquellos con cesárea y prematuridad presentaron una mayor oportunidad de desarrollar algún TECI (OR, 1,76; IC95%, 21,18-2,61; $p = 0,0032$).

Conclusiones: Casi una cuarta parte de los niños tuvo algún TECI, el más frecuente de los cuales fue el estreñimiento funcional. Estos hallazgos proporcionan evidencia de que el nacimiento por cesárea y la prematuridad son factores de riesgo para el desarrollo de TECI, en particular estreñimiento funcional y síndrome de vómito cíclico.

Financiamiento: Este trabajo fue patrocinado por la Universidad del Valle, Cali, Colombia.

Dom068

TRASTORNOS DEL EJE CEREBRO-INTESTINO EN NIÑOS LATINOAMERICANOS CON TRASTORNOS DEL ESPECTRO AUTISTA

D. Velasco-Suárez, C. A. Velasco-Benítez, C. Rojas, J. Fernández, C. Zubiri, A. Zosi, R. Bigliardi, R. Chanis, R. Zablah, *Functional International Digestive Epidemiological Research Survey (FINDERS)*, Cali, Colombia, Hospital Universitario del Valle

Introducción: La prevalencia de trastornos del eje cerebro-intestino (TECI), según los criterios de Roma IV, es de 22% en lactantes y preescolares y de 23% en escolares y adolescentes; el principal en ambos grupos de edad es el estreñimiento funcional (EF).

Objetivo: Identificar en niños con trastorno del espectro autista (TEA) la prevalencia de TECI, de acuerdo con los criterios de Roma IV.

Material y métodos: Estudio descriptivo y transversal realizado en padres de niños de dos a 18 años de Sudamérica (Argentina y Colombia) y Centroamérica (Panamá, El Salvador, Costa Rica y México), quienes respondieron el Cuestionario para síntomas digestivos pediátricos de Roma IV. Se incluyeron variables sociodemográficas (edad, sexo, raza), clínicas (cesárea, prematurez, estado nutricional, comorbilidades), familiares (hijo único, primogénito, padres separados/divorciados) y nutricionales. Se realizó análisis univariado y bivariado con OR e IC95%, y una $p < 0,05$ significativa.

Resultados: Se incluyó a 402 niños (78,4% masculinos; 56,7% caucásicos; 55,5% centroamericanos); 56,6% de eutróficos según el IMC; 86,4% de eutróficos según TE; 35,1% de hijos únicos; 55,2% primogénitos; 26,1% con padres separados/divorciados; 3,5% con TECI familiar; 4,7% con autismo familiar y 22,6% con comorbilidades. El 12,2% de los preescolares y 59,1% de los escolares y adolescentes presentaron algún TECI. Los TECI más frecuentes fueron vómito cíclico (VC) en preescolares (10,2%) y EF en escolares y adolescentes (27,2%). Hubo mayor oportunidad de TECI en escolares (OR, 2,18; IC95%, 1,37-3,50; $p = 0,0005$), originarios de Centroamérica (OR, 2,02; IC95%, 1,33-3,07; $p = 0,0005$), específicamente Costa Rica (OR, 2,32; IC95%, 1,20-4,62; $p = 0,0067$) y México (OR, 1,95; IC95%, 0,98-4,09; $p = 0,0425$) y menor oportunidad de TECI en los que asistían a un colegio privado (OR, 0,59; IC95%, 0,37-0,96; $p = 0,0254$).

Conclusiones: Los TECI en niños latinoamericanos con TEA fueron más frecuentes en escolares y originarios de Centroamérica; dos y media veces más prevalentes en los escolares y adolescentes comparados con la población mundial general; el VC fue el principal TECI en los preescolares.

Financiamiento: Este trabajo fue patrocinado por la Universidad del Valle, Cali, Colombia.

Dom069

TRASTORNOS DEL SUEÑO Y DEL EJE CEREBRO-INTESTINO EN ESCOLARES Y ADOLESCENTES CON DOLOR ABDOMINAL

D. Velasco-Suárez, C. A. Velasco-Benítez, M. Saps, N. Santucci, Hospital Universitario del Valle

Introducción: Existe una relación bidireccional entre el sueño y el dolor. Los trastornos del sueño (TS) elevan el riesgo de dolor. Asimismo, el dolor puede alterar el sueño. Existe poca información sobre el efecto de los TS en adolescentes con dolor abdominal (DA).

Objetivo: Determinar las características del sueño en niños con trastornos del eje cerebro-intestino (TECI) en relación con el DA (TECI-DA) en comparación con pares sanos.

Material y métodos: Se incluyó a 120 adolescentes de 11 a 18 años que respondieron el Cuestionario para síntomas digestivos pediátricos de Roma IV (QPGS-IV) para identificar TECI; la Escala abreviada de sueño y vigilia para adolescentes (ASWS); el Índice de gravedad del insomnio pediátrico (PISI); la Escala de somnolencia de Epworth; y los PROMIS de alteración y deterioro relacionados con el sueño. Por su parte, los padres respondieron el Cuestionario inventario higiene del sueño (SHIP). Los casos de TECI-DA se emparejaron 1:1 con los controles sanos.

Resultados: 60 casos y 60 controles de $13,9 \pm 1,9$ años. Los niños con TECI-DA tuvieron peor calidad de sueño; requerían más de 30 minutos para dormirse ($p = 0,047$), sufrían mayor somnolencia diurna excesiva ($p = 0,002$), con más jadeo/resoplo/ahogo ($p = 0,031$) y pesadillas ($p = 0,013$) respecto de los pares sanos. No hubo diferencia entre el total de horas de sueño, ronquidos, pausas respiratorias, sonambulismo o movimiento de piernas entre los grupos. De forma similar, con excepción de los grados de estrés en los casos ($p = 0,012$), no difirieron en consumo de cafeína, tiempo transcurrido entre la cena y hora de dormir o actividades antes de dormir. Los niños con TECI-DA tuvieron menor puntuación en la encuesta ASWS ($p = 0,0000$), lo que sugiere peor calidad de sueño, mayor intensidad del insomnio ($p = 0,0009$), TS ($p = 0,0000$), deterioro relacionado con el sueño ($p = 0,0001$), somnolencia diurna excesiva ($p = 0,002$) y mayor puntuación en la encuesta de higiene del sueño ($p = 0,014$).

Conclusiones: Los niños con TECI-DA tienen peor calidad de sueño, insomnio, somnolencia diurna excesiva, TS y deterioro relacionado con el sueño en comparación con los controles. Son necesarios estudios para correlacionar los diferentes síntomas gastrointestinales y los TS.

Financiamiento: Este trabajo fue patrocinado por la Universidad del Valle, Cali, Colombia.

Dom070

ESTIMULACIÓN TRANSCUTÁNEA TIBIAL POSTERIOR COMO TERAPIA NO INVASIVA DE NEUROMODULACIÓN EN NIÑOS CON ESTREÑIMIENTO FUNCIONAL

D. Velasco-Suárez, C. A. Velasco-Benítez, E. Villamarín, R. Chanis, R. N. Vargas, E. Julio, M. Saps, Grupo Colaborativo de la Universidad del Valle, Grupo FINDERS, Universidad Libre Seccional Cali, Cali, Colombia

Introducción: La estimulación transcutánea del nervio tibial posterior (ETTP) en niños con estreñimiento funcional se ha relacionado con mejor consistencia de las heces, incontinencia fecal, dolor abdominal y hematoquecia. La ETTP podría considerarse un tratamiento no invasivo prometedor para el control del estreñimiento funcional en niños.

Objetivo: Evaluar la eficacia y seguridad de cinco o 10 sesiones de ETTP para el tratamiento del estreñimiento funcional en niños.

Material y métodos: Estudio prospectivo de intervención realizado en Colombia y Panamá. Incluyó a escolares y adolescentes de 4 a 18 años diagnosticados con estreñimiento funcional según los criterios de Roma IV. Recibieron cinco (grupo I, $n = 37$) o 10 (grupo II, $n = 20$) sesiones diarias de ETTP (30 min/día). Los resultados se evaluaron durante el tratamiento, al finalizar las sesiones y a los 15, 30, 60 y 90 días después.

Resultados: Completaron el estudio 57 niños ($7,1 \pm 2,8$ años, 54,2% mujeres). Durante el tratamiento se identificó una mejora significativa en la consistencia de las heces ($p < 0,05$), la frecuencia de las deposiciones ($p < 0,01$) y la intensidad del dolor abdominal ($p < 0,01$). Después del tratamiento, en el grupo I se reconoció mejoría

en la consistencia ($p = 0,004$), presencia de sangre ($p = 0,008$) y dolor abdominal ($p = 0,000$) y en el grupo II una mejor consistencia de las deposiciones ($p = 0,016$). El 93,9% refirió satisfacción con el tratamiento y mejor calidad de vida durante el tratamiento y durante el seguimiento a los 15, 30, 60 y 90 días ($p < 0,01$). Cuatro niños del grupo I y cinco niños del grupo II (25,0%) requirieron medidas de rescate (10,8% vs. 25,0%, $p = 0,154$).

Conclusiones: Durante el tratamiento con ETP se encontró una mejora significativa de la consistencia, frecuencia de deposiciones, intensidad del dolor abdominal y calidad de vida. Esto sugiere que la ETP podría ser un tratamiento no invasivo promisorio para el estreñimiento funcional en la población pediátrica.

Financiamiento: Este trabajo fue patrocinado por la Universidad del Valle, Cali, Colombia.

Dom071

INFILTRACIÓN EOSINOFÍLICA EN TRASTORNOS FUNCIONALES GASTROINTESTINALES

M. L. Sánchez-Díaz, S. A. Trauernicht-Mendieta, A. N. Elizarrás-Ortega, M. Orozco-González, E. A. Leal-Cortez, J. R. Palma-Baquedano, Hospital Infantil de México Federico Gómez

Introducción: Los padecimientos gastrointestinales funcionales se conocen como trastornos crónicos y se consideraba que no tenían una afección orgánica aparente; hoy en día se han identificado anomalías que incluyen la alteración del eje cerebro-intestino. Conocer la relación que tiene cada una de estas alteraciones hará posible delinear nuevos objetivos terapéuticos y mejorar la calidad de vida de los pacientes. Se han realizado estudios en adultos que demuestran inflamación de bajo grado en estudios histopatológicos e infiltración insuficiente de eosinófilos para considerar una gastroenteropatía eosinofílica, y menor en comparación con los controles para *Helicobacter pylori*. Se ha demostrado que la infiltración de células inflamatorias en el intestino delgado puede tener un nexo con cambios en la motilidad, un proceso fundamental en los síntomas vinculados con la dispepsia funcional. Es esencial entender mejor estos trastornos dada la notable baja calidad de vida relacionada con la salud en estos trastornos.

Objetivo: Analizar la posible relación entre los trastornos funcionales y el número de eosinófilos infiltrados en la mucosa gastrointestinal. Asimismo, precisar si hay un nexo entre una cantidad mayor de eosinófilos y un trastorno funcional específico; distinguir si existe una relación entre el número de eosinófilos y el momento de realización de la panendoscopia; analizar si aparece un número mayor de síntomas cuanto mayor sea el número de eosinófilos; determinar el posible predominio del sexo y la edad afectada; e identificar si el número de eosinófilos periféricos es comparable con el de eosinófilos en la mucosa gástrica o duodenal.

Material y métodos: En los 29 pacientes que satisficieron los criterios de inclusión se encontraron los siguientes datos. En cuanto a la evolución del padecimiento en meses, antes de la realización de la endoscopia, se obtuvo una media de 4,5 meses y un valor de p de 0,016 para mayor infiltración en el estómago. Para el número de síntomas relacionados se reconocieron diferencias significativas con un valor de p de 0,002 a mayor infiltrado de eosinófilos duodenales (Tabla 1). La edad tuvo una media de 8,3 años cumplidos y un intervalo de 1 a 16 años. Para la evolución de los síntomas en meses antes de la endoscopia se registró una media de seis meses y un intervalo de dos a 60 meses. Los eosinófilos en sangre periférica expresados en porcentaje obtuvieron una media de 3,3 eosinófilos con un intervalo de uno a cinco, y para los expresados en números absolutos se encontró una media de 256,2 eosinófilos con un intervalo de 0 a 870. El sexo masculino representó un 48% de la muestra.

Tabla 1. Infiltración de eosinófilos en el duodeno. (Dom071)

Característica	0-10 eosinófilos (n = 14)	> 10 eosinófilos (n = 15)	p
Edad (años) ^a	7,5 (1-15)	8 (1-16)	0,880
Sexo masculino (n, %) ^b	6 (42,8)	8 (53,3)	0,715
Tiempo de evolución (meses) ^a	6 (2-60)	6 (3-48)	0,813
Número de síntomas ^a	2 (1-3)	4 (2-5)	0,002
Eosinófilos absolutos en sangre ($10^3 \mu\text{L}$) ^a	240 (0-460)	260 (0-870)	0,400
% eosinófilos en sangre ^a	3,5 (0-5)	3 (0-13)	0,331
Diagnóstico ^b			
Dispepsia	9 (63,6)	8 (53,3)	0,062
Síndrome de intestino irritable	0 (0)	5 (33,3)	
Dolor abdominal funcional no especificado	4 (28,6)	1 (6,7)	
Estreñimiento funcional	1 (7,1)	1 (6,7)	

En cuanto a los síntomas vinculados con cada trastorno se obtuvieron los siguientes síntomas en porcentajes: dolor abdominal con 79% de los participantes, seguido de pirosis con 38%, estreñimiento con 24,1%, saciedad temprana con 20%, náusea con 20%, disfagia con 10% y diarrea con 7%.

Discusión: Se logró reconocer una diferencia estadística entre el número de síntomas identificados en el grupo de pacientes que tenían una infiltración de eosinófilos en duodeno > 10, lo cual implica que cuanto mayor es la cantidad de estas células inflamatorias mayor es la afección de distintos procesos clave para el origen de síntomas diversos, como la alteración de la motilidad que por tanto puede facilitar la exposición del esófago al contenido gastrointestinal por relajaciones transitorias y alterar además la percepción del dolor.

Conclusiones: Se encuentra una relación entre microinflamación y trastornos funcionales como una de las múltiples causas de éstos. El número de síntomas se vincula con el número de infiltración de eosinófilos y además, de manera estrecha, con el síndrome de intestino irritable. Faltan más estudios que correlacionen la intensidad de los síntomas con el número de eosinófilos e identifiquen las comorbilidades.

Financiamiento: No se contó con financiamiento.

Dom072

MANOMETRÍA ESOFÁGICA DE ALTA RESOLUCIÓN CON IMPEDANCIA EN LOS TRASTORNOS ESOFÁGICOS FUNCIONALES (TEF) EN PEDIATRÍA

R. Muñoz-Saavedra, E. M. Toro-Monjaraz, F. E. Zárate-Mondragón, E. Montijo-Barrios, J. A. Ramírez-Mayans, R. Cervantes-Bustamante, J. F. Cadena-León, K. R. Ignorosa-Arellano, L. Gordillo-Rodríguez, Instituto Nacional de Pediatría

Introducción: La fisiopatología de los trastornos esofágicos funcionales (TEF) no es bien conocida, pero algunos factores como el reflujo, la exposición al ácido, la sensibilización, una mucosa esofágica dañada e incluso factores psicológicos se han relacionado con este tipo de trastornos. Los valores normales de manometría esofágica en pediatría no están bien establecidos. En este trabajo se describen valores de manometría esofágica de alta resolución

(MEAR) con impedancia y las diferencias de estos valores entre los pacientes pediátricos con diferentes TEF.

Objetivo: Describir los hallazgos y valores de manometría esofágica de alta resolución con impedancia en pacientes con TEF de acuerdo con los criterios de Roma IV, que incluyen reflujo esofágico no erosivo (RENE), esófago hipersensible (EH) y pirosis funcional (PF).

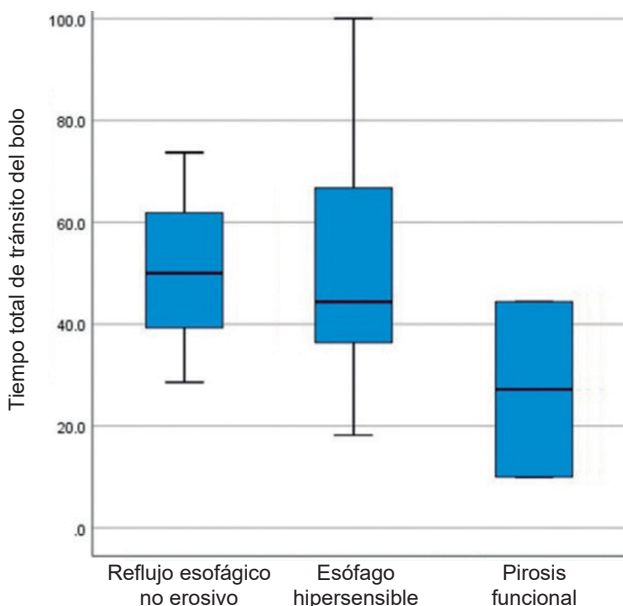
Material y métodos: Estudio descriptivo, observacional, transversal y retrospectivo en pacientes con reflujo o disfagia como síntoma predominante, que no respondieron al tratamiento convencional y fueron objeto de esofagogastroduodenoscopia, impedanciometría de pH y MEAR con impedancia. Se describieron y compararon los siguientes valores de la MEAR con impedancia: presión del esfínter esofágico inferior, integral de la contractilidad distal, presión de relajación integrada, tiempo total de tránsito del bolo y aclaramiento del bolo. Se excluyó a tres pacientes debido al diagnóstico de trastorno motor esofágico mayor. El análisis estadístico se realizó con SPSS V 21.0 y se utilizaron estadística descriptiva, medidas de tendencia central y dispersión para variables cuantitativas y frecuencias y porcentajes para las cualitativas. Para la comparación de los tres grupos se usó la prueba de Kruskal-Wallis.

Resultados: Se obtuvo un total de 10 pacientes que se dividieron en tres grupos de acuerdo con el TEF diagnosticado (grupo 1: RENE; grupo 2: EH; y grupo 3: PF). La media de la presión del esfínter esofágico inferior en el grupo 1 fue de $17 \pm 10,59$ mmHg, en el grupo 2 de $24,4 \pm 7,08$ mmHg y en el grupo 3 de 26 ± 12 mmHg. La media de la integral de contractilidad distal en el grupo 1 fue de $865,33 \pm 487,92$ mmHg/s/cm, en el grupo 2 de $1971,2 \pm 749,66$ mmHg/s/cm y en el grupo 3 de $1.485,5 \pm 725,5$ mmHg/s/cm. La media del tiempo total del tránsito del bolo en el grupo 1 fue de $5,23 \pm 1,65$ s, en el grupo 2 de $5,38 \pm 0,35$ s y en el grupo 3 de $5,05 \pm 0,35$ s (Fig. 1). La media del aclaramiento esofágico en el grupo 1 fue de $50,76 \pm 13,02\%$, en el grupo 2 de $53,14 \pm 14,06\%$ y en el grupo 3 de $27,2 \pm 17,2\%$.

Conclusiones: La MEAR con impedancia es una herramienta importante para evaluar a los pacientes con TEF. En este estudio no se identificaron diferencias estadísticamente significativas en los parámetros de la MEAR con impedancia entre los tres grupos de TEF. Sin embargo, se observó un tiempo de tránsito del bolo menor en los pacientes con RENE respecto de los otros grupos. Se requieren más estudios para determinar si existe una diferencia significativa entre los diferentes TEF.

Financiamiento: No se recibió financiamiento de ningún tipo.

Figura 1. Tiempo total de tránsito del bolo. (Dom072)



Dom074

¿CUÁNDO CONSIDERAN LOS PADRES QUE SU HIJO CON TRASTORNO DEL EJE CEREBRO-INTESTINO ESTÁ MEJOR? UN ENFOQUE EN EL AUSSENTISMO ESCOLAR Y ACTIVIDADES SOCIALES

D. Velasco-Suárez, C. A. Velasco-Benítez, M. Higuera, C. Ortiz, R. Bigliardi, J. Fernández, C. Zubiri, A. Zosi, A. Mortarini, Grupo Colaborativo *Functional International Digestive Epidemiological Research Survey (FINDERS)*, Cali, Colombia, Hospital Universitario del Valle

Introducción: Los trastornos del eje cerebro-intestino (TECI) tienen un efecto negativo en las actividades cotidianas de los niños. Muchos niños faltan al colegio o a las actividades sociales debido al TECI. Aunque el tratamiento está enfocado en reducir los síntomas y la discapacidad, se desconoce qué grado de discapacidad es aceptable por los padres y cuidadores.

Objetivo: Describir las ausencias escolares/actividades sociales de niños con TECI y relacionar con la percepción de los padres y los cuidadores.

Material y métodos: Gastroenterólogos pediatras de 11 países latinoamericanos preguntaron a los padres de niños con TECI: ¿cuántos días durante el mes pasado sus hijos se ausentaron en el colegio o actividades sociales debido al TECI? y ¿cuántos días consideran que faltarían si se sintieran “un poco, o mucho mejor”?

Resultados: Participaron 165 padres (89,1% femeninos) de 166 niños ($8,4 \pm 3,5$ años, 51,2% femeninos). Los principales TECI identificados fueron estreñimiento funcional (42,8%), dolor abdominal funcional (33,7%), síndrome de intestino irritable (12,1%) y otros (11,4%). Se incluyó sólo a los niños que faltaron al menos un día al colegio (53,3%) o actividad social (32,5%). En promedio, los padres consideraron “un poco mejor” a sus hijos cuando faltaron al colegio $3,30 \pm 3,30$ días y “mucho mejor” $3,33 \pm 3,3$ días (intervalo, 1-20 días). Para las actividades sociales “un poco mejor” $2,47 \pm 2,60$ días y para “mucho mejor” $2,52 \pm 4,3$ días (intervalo, 1-30 días). La mayoría de los padres indicó que considerarían una mejora si sus hijos no se ausentaran nunca y también que sus hijos estaban “un poco mejor” (79,5%) y “mucho mejor” (93,2%) cuando no faltaron ningún día al colegio y “un poco mejor” (70,4%) y “mucho mejor” (88,9%) si no faltaron a otras actividades.

Conclusiones: Los padres consideraron una mejora significativa en sus hijos cuando no faltan ningún día al colegio o actividades sociales. Es deber del personal médico educar a los padres acerca de la discapacidad y mejorar las ausencias escolares o sociales de los niños.

Financiamiento: Este trabajo fue patrocinado por la Universidad del Valle, Cali, Colombia

Dom076

TACTO RECTAL EN EL DIAGNÓSTICO DE DISINERGI A DEFECATORIA EN PEDIATRÍA

C. A. Zambrano-Pérez, E. M. Toro-Monjaraz, F. E. Zárate-Mondragón, E. Montijo-Barrios, R. Cervantes-Bustamante, K. R. Ignorosa-Arellano, J. F. Cadena-León, M. C. Martínez-Soto, J. A. Ramírez-Mayans, Instituto Nacional de Pediatría

Introducción: Los trastornos anorrectales incluyen a un grupo amplio de alteraciones que afectan a los pacientes pediátricos en relación con las anomalías estructurales o funcionales del piso pélvico o el área anorrectal. Esto origina una variedad de síntomas y presentaciones clínicas, entre ellas la disinergia defecatoria, una anomalía acompañada de síntomas típicos como el estreñimiento intratable y la incontinencia fecal. El método de elección para el diagnóstico de

este padecimiento es la manometría anorrectal, un estudio que posee limitaciones en el grupo pediátrico al tratarse de un estudio invasivo, con disponibilidad limitada de equipos de manometría y baja frecuencia de personal entrenado para su realización en la población pediátrica, en especial en países en vías de desarrollo. El tacto rectal es una alternativa que puede efectuarse durante la consulta habitual de gastroenterología. Su utilidad para el diagnóstico de disineria defecatoria no se ha explorado en pediatría.

Objetivo: Determinar la utilidad del tacto rectal como prueba diagnóstica para la disineria defecatoria en pediatría en comparación con la manometría anorrectal.

Material y métodos: Se incluyó a pacientes de cinco a 18 años sometidos a estudio de manometría anorrectal como abordaje pediátrico de trastornos de la defecación en el Instituto Nacional de Pediatría desde marzo del 2022 hasta la fecha. Se tomó el registro de las características del tacto rectal realizado antes de la manometría (tono, contracción y propulsión). Se consideró como diagnóstico indicativo de disineria por tacto rectal la propulsión disminuida. Se comparó con los resultados hallados en la manometría anorrectal. Se realizó la descripción demográfica de la población y se usaron las pruebas χ^2 y exacta de Fisher para la comparación de variables cualitativas con la norma de referencia y la prueba t de Student para comparar variables cuantitativas con distribución normal. Se determinaron sensibilidad, especificidad, valor predictivo positivo y valor predictivo negativo y se tomó como referencia la manometría anorrectal de alta resolución. Se empleó el software SPSS Statistics para el análisis estadístico.

Resultados: Se analizó a 42 pacientes sometidos a manometría anorrectal. Se encontró una diferencia significativa en la media de edad para el diagnóstico de disineria por manometría ($p = 0,014$). El diagnóstico más común fue el estreñimiento en 92% de los pacientes, seguido por incontinencia fecal en 11,9%. Se estableció el diagnóstico indicativo de disineria por tacto rectal en 21 pacientes (50%) y en otros 21 (50%) por manometría, correspondiente al 85,7% para disineria de tipo I, 4,7% para disineria de tipo III y 9,5% para disineria de tipo IV. Se identificó una tendencia al significado estadístico para la disminución de la propulsión medida por el tacto rectal ($p = 0,063$). Para el tacto rectal se determinó una sensibilidad del 66%, especificidad del 66%, valor predictivo positivo del 66% y valor predictivo negativo del 66%. No se encontraron diferencias significativas en el tratamiento recibido antes de la manometría o en los diagnósticos de sensibilidad, contracción, tono y reflejo rectoanal inhibitorio en los pacientes verdaderos positivos para disineria.

Conclusiones: La sensibilidad y especificidad del tacto rectal para el diagnóstico de disineria en pediatría son menores a las registradas en adultos. El tacto rectal se puede considerar una alternativa para la aproximación diagnóstica de disineria defecatoria en los casos en los que no esté disponible la manometría anorrectal.

Financiamiento: Ningún financiamiento.

Dom077

MÉTRICAS DE MANOMETRÍA ESOFÁGICA EN PEDIATRÍA: ¿CUÁL ES LA NORMALIDAD?

A. Ortega-Hernández, C. González-Portillo, E. M. Toro-Monjaraz, R. Cervantes-Bustamante, F. E. Zárate-Mondragón, E. Montijo-Barrios, J. F. Cadena-León, K. R. Ignorosa-Arellano, J. A. Ramírez-Mayans, Hospital General de Subzona 26, Cabo San Lucas

Introducción: La manometría esofágica de alta resolución es el estudio de elección para el diagnóstico de los trastornos de la motilidad esofágica. De acuerdo con la clasificación de Chicago 4.0 se dividen en trastornos de la unión esofagagástrica (acalasia y obstrucción de salida de la unión esofagagástrica) y trastornos de la

peristalsis (contractilidad ausente, espasmo esofágico distal, esófago hipercontráctil y motilidad esofágica inefectiva). Sin embargo, son métricas y valores de la población adulta; no se dispone de un estándar de normalidad ni de una clasificación, ya que las métricas pueden variar según sean la talla, edad y longitud esofágica.

Objetivo: Determinar en una cohorte pediátrica mexicana con indicación de manometría esofágica y reporte normal, sin enfermedades subyacentes que alteren la motilidad y la anatomía esofágica, las métricas registradas y sus valores normales.

Material y métodos: Estudio descriptivo, observacional y transversal. Se realizó una lectura e interpretación de todas las manometrías esofágicas de alta resolución realizada entre 2017 y 2022. Se utilizó un catéter sólido de alta resolución con 36 sensores y software Sandhill. Un gastroenterólogo pediátrico experto en motilidad de este instituto interpretó las manometrías. Se utilizó la clasificación de Chicago 4 para manometrías realizadas después del 2020 y Chicago 3 para las anteriores.

Resultados: De 159 manometrías, 69 fueron normales y 31 correspondieron a pacientes sanos sin afecciones que modificaran la motilidad y la anatomía esofágica (58% de hombres). La indicación más frecuente fue la disfagia en 61,2%. En la **Tabla 1** se describen la media de cada métrica y su desviación estándar.

Al comparar entre sexos se reconoció una significancia estadística en la presión del EI, con una media en hombres de 26,33 mmHg y de 15,54 mmHg en mujeres ($p = 0,01$). Los diagnósticos finales más frecuentes fueron trastornos psiquiátricos en 35,4% (trastorno de ansiedad, depresión, síndrome de Munchausen por poder, somatización, anorexia) seguidos de enfermedad por reflujo gastroesofágico en 25,8%.

Tabla 1. Métricas esofágicas. (Dom077)

Métrica	Media	Desviación estándar
IRP (mmHg)	11,71	4,96
DCI (mmHg/s/cm)	1331,32	793,37
DL (s)	7,45	2,29
Longitud EES (cm)	3,52	0,81
Presión EES (mmHg)	108,71	43,96
Longitud EEI (cm)	3,19	1,014
Presión EEI (mmHg)	21,81	13,075
Cuerpo esofágico (cm)	16,77	3,21

Conclusiones: La manometría esofágica de alta resolución proporciona valores sobre la función motora del esófago, pero no existen en la actualidad métricas de manometría esofágica descritas en la población pediátrica. En este estudio, con los resultados obtenidos, se observan valores muy por debajo de los descritos en adultos, incluso con diferencia significativa en la presión del EI entre sexos y una mayor presión del EEI a menor longitud esofágica. Al menos en esta población se podría usar estos puntos de corte diferentes de los determinados en la clasificación de Chicago 4 en adultos para el diagnóstico de trastornos de la motilidad esofágica en niños.

Financiamiento: No se contó con financiamiento.

Dom078

FACTORES ASOCIADOS A ESTREÑIMIENTO EN LACTANTES DE 6 A 12 MESES: ESTUDIO DE CASOS Y CONTROLES

A. R. Cisneros-Abundis, A. A. García-Contreras, E. M. Vásquez-Garibay, A. Chavoya-Guardado, L. E. Flores-Fong, A. Larrosa-Haro, Universidad de Guadalajara, Hospital Civil de Guadalajara

Introducción: El estreñimiento en lactantes se clasifica dentro de los siete trastornos funcionales gastrointestinales (TFGI) en niños menores de cuatro años de edad de acuerdo con los criterios de Roma IV; la información de factores de riesgo en el grupo de edad de seis a 12 meses es escasa.

Objetivo: Demostrar la existencia de factores relacionados con el estreñimiento en lactantes de seis a 12 meses de edad atendidos en las consultas privada y pública de pediatría y gastroenterología pediátrica.

Material y métodos: Diseño de casos y controles no pareados (relación 1:2). Se incluyó a lactantes de seis a 12 meses de edad atendidos en la consulta externa de pediatría o gastroenterología pediátrica durante el año 2022. Casos: n = 44, Bristol 1-3, frecuencia de evacuaciones < 5/sem y < 2/día. Controles: n = 83, Bristol 4-6, frecuencia de evacuaciones > 5/sem y > 2/día. Factores relacionados: demográficos, dieta, clínicos, antecedentes familiares, fármacos y temperatura del lugar de residencia. Análisis: variables categóricas RM e IC95%; variables numéricas con t de Student o ji cuadrada de acuerdo con la distribución de los datos; regresión logística con las variables significativas.

Resultados: La edad de los casos fue de $7,6 \pm 0,9$ y la de los controles de $9,7 \pm 2,3$ meses ($p = 0,399$); 47% de los controles y 50% de los casos fueron niñas. Los factores vinculados de manera significativa e independiente fueron consumo actual de sucedáneos de leche humana (RM, 2,6; IC, 1,2-5,7; $p = 0,016$), promedio de temperatura ambiental > 28°C (RM, 2,4; IC, 1,0-5,2; $p = 0,018$), llanto al evacuar (RM, 7,4; IC, 2,2-24,7; $p < 0,01$), fuente de lípidos insaturados (RM, 2,3; IC, 1,01-5,2; $p = 0,044$), ingestión de fibra en g/día (7,05 vs. 9,2, $p = 0,004$) y duración de la tetada en min/día ($75,0 \pm 42,0$ vs. $115,3 \pm 58$, $p = 0,002$). La inclusión de estas variables en un modelo de regresión logística permitió catalogar al llanto al evacuar y a la temperatura ambiental > 28°C, con explicación de la varianza de 18%.

Conclusiones: Los factores de riesgo son características que inciden en la probabilidad de aparición de un episodio, en este caso el estreñimiento, aunque no son su causa en todos los casos. Se identificaron factores de la dieta, ambientales y una condición clínica que es el llanto al evacuar, el cual puede estar relacionado con lesión perianal por la consistencia y forma de las heces, lo que puede establecer un círculo vicioso con retención fecal refleja e involuntaria, ya que en esta etapa de la vida aún no hay control de esfínteres. La trascendencia de identificar los factores relacionados o de riesgo reside en que presuponen mecanismos fisiopatológicos, plantean nuevas preguntas y su modificación por medio de una intervención terapéutica puede ser parte de la prevención y tratamiento del problema.

Financiamiento: Beca CONAHCYT y PRO-SNI a ARCA, Maestría en Nutrición Humana Orientación Materno Infantil, Universidad de Guadalajara.

Dom079

TRASTORNOS DEL SUEÑO Y ESTREÑIMIENTO FUNCIONAL EN ESCOLARES Y ADOLESCENTES DE UNA INSTITUCIÓN EDUCATIVA PRIVADA DE CALI, COLOMBIA

D. Velasco-Suárez, C. A. Velasco-Benítez, Grupo Colaborativo Universidad del Valle, Cali, Colombia, Universidad Libre Seccional, Cali, Colombia

Introducción: El estreñimiento funcional (EF) en niños es un problema de salud con una prevalencia mundial que oscila entre 0,5% y 32%. Asimismo, la prevalencia global de trastornos del sueño (TS) en pediatría es de 3,7%. En la actualidad son escasos los resultados

de investigación en escolares y adolescentes sobre TS y su relación con trastornos del eje cerebro-intestino (TECI).

Objetivo: Determinar las características del sueño en niños con TECI relacionados con EF (TECI-EF) en comparación con niños sanos.

Material y métodos: Estudio de casos y controles. Se incluyó a 170 escolares y adolescentes de 11 a 18 años que respondieron el Cuestionario para síntomas digestivos pediátricos de Roma IV para identificar TECI; la Escala abreviada de sueño y vigilia para adolescentes (ASWS); el Índice de gravedad del insomnio pediátrico (PISI); la Escala de somnolencia de Epworth (ESS), los PROMIS de alteración y deterioro relacionados con el sueño; por su parte, los padres respondieron el Cuestionario inventario higiene del sueño (SHIP).

Resultados: 85 casos y 85 controles de $14,1 \pm 1,8$ años; el 77,7% (n = 132) correspondió a adolescentes y el 55,3% (n = 94) a mestizos. Los niños con TECI-EF tuvieron peor calidad de sueño; requerían más de 30 minutos para dormirse ($p = 0,025$), demoraban más tiempo en despertar ($p = 0,025$) y sufrían más somnolencia diurna ($p = 0,046$). Registraron una menor puntuación en la encuesta ASWS, lo cual sugiere mayores alteraciones en términos de sueño y vigilia (0,0008), elevados grados de insomnio ($p = 0,0126$), una somnolencia diurna excesiva ($p = 0,007$), más movimientos de piernas durante el sueño ($p = 0,013$) y mayor deterioro relacionado con el sueño ($p = 0,0259$). No hubo diferencias significativas en la duración del sueño, consumo de caféina, actividades anteriores a dormir, grados de estrés, ronquidos, pausas respiratorias o pesadillas en comparación con los pares sanos.

Conclusiones: Los niños con TECI-EF tienen peor calidad de sueño, más insomnio, altos grados de somnolencia diurna excesiva y mayor deterioro relacionado con el sueño respecto de los controles. Es importante educar a los padres sobre los trastornos del sueño y su relación con los TECI para optimizar así la consulta pediátrica.

Financiamiento: Este trabajo fue patrocinado por la Universidad del Valle, Cali, Colombia.

Dom081

MANOMETRÍA ANORRECTAL DE ALTA RESOLUCIÓN EN PACIENTES PEDIÁTRICOS CON ESTREÑIMIENTO CRÓNICO EN UN HOSPITAL PEDIÁTRICO DE TERCER NIVEL

V. Novelo-Alcocer, S. Pacheco-Sotelo, J. R. Zárate-Guerrero, Y. A. Castillo-de León, A. L. Barajas-Castro, D. K. Rojas-Valenzuela, Unidad Médica de Alta Especialidad, Hospital de Pediatría, Centro Médico Nacional de Occidente, Instituto Mexicano del Seguro Social

Introducción: El estreñimiento funcional es un problema frecuente en la población pediátrica y afecta a 1% a 30% de los niños en el mundo con una proporción genérica de 1:1. En México, la prevalencia oscila entre 2,4% y 22,3%. El diagnóstico es clínico y se utilizan los criterios del consenso de Roma IV; sin embargo, cuando el estreñimiento funcional (EF) se convierte en crónico (con o sin incontinencia fecal), y ocurre urgencia fecal independientemente de su carácter funcional u orgánico, está indicada una manometría anorrectal (MAR). Ésta es una prueba neurofisiológica que evalúa la funcionalidad del anorrecto en la cual se valoran los mecanismos fisiopatológicos que intervienen en la génesis de la incontinencia fecal, disinerxia del piso pélvico, alteraciones de la sensibilidad rectal y neuropatía pélvica. En un plano local existen pocos estudios publicados que evalúen a niños con EF con manometría anorrectal.

Objetivo: Determinar los diagnósticos manométricos en una serie de casos de pacientes con estreñimiento crónico.

Material y métodos: Tipo de estudio retrospectivo; se realizó una revisión de los expedientes de pacientes pediátricos de cuatro a 18 años con diagnóstico de estreñimiento crónico con manometría

anorrectal (MAR) realizada en el servicio de gastroenterología y nutrición pediátrica. Los estudios de MAR se llevaron a cabo de junio de 2020 a mayo de 2023. Las variables evaluadas fueron edad, género y diagnósticos manométricos con base en los criterios de Londres. Análisis estadístico: para las variables cuantitativas se utilizó mediana y rango; para las cualitativas, frecuencias y porcentajes. Este estudio tiene registro del Comité Local de Investigación y Comité Local de Ética en Investigación R-2023-1302-037.

Discusión: Ingresaron al estudio 23 pacientes, 15 del género masculino con una mediana de 9 años (intervalo, 4-15). De éstos, 12 (52,2%) no sufrieron incontinencia fecal y 11 (47,8%) sí. Ninguno de ellos mostró alteraciones del reflejo rectoanal inhibitorio. Siete (30,4%) tuvieron hipotensión del tono anal con normocontractilidad; 6 (26,1%) hipotensión del tono anal con hipocontractilidad; 4 (17,5%) normotensión con hipocontractilidad; 5 (21,5%) carecían de alteraciones y 1 (4,3%) padecía hipertensión anal. Hasta 9 (39,1%) tenían hiposensibilidad rectal, 4 (17,4%) hiposensibilidad rectal limitrofe y 10 (43,5%) sensibilidad normal. En 14 (60,9%) se documentó expulsión anormal con disinergia y en 4 (17,4%) coordinación anorrectal normal; en uno se identificó expulsión anormal con mala propulsión y disinergia, mientras que en otro había expulsión anormal con coordinación anorrectal normal; en tres casos no se obtuvo este dato.

Conclusiones: Este estudio documenta que la totalidad de los casos estudiados corresponde a estreñimiento funcional al descartar una afección orgánica, como enfermedad de Hirschsprung o acalasia rectal, con una frecuencia elevada de trastorno de la coordinación anorrectal y sensibilidad rectal. Lo anterior plantea la necesidad de valorar fármacos, dosis y tiempo de administración, así como apego al tratamiento médico de los pacientes y la adopción de una modalidad no médica como la biorretroalimentación.

Financiamiento: No se recibió financiamiento de ningún tipo.

Dom082

ASOCIACIÓN DE LA OBSTRUCCIÓN DEL TRACTO DE SALIDA DEL ESTÓMAGO CON INFECCIÓN POR *HELICOBACTER PYLORI* EN PEDIATRÍA

E. F. Mejía-Brito, M. Roldán-Montijo, E. Montijo-Barrios, C. Romo-González, F. E. Zárate-Mondragón, K. Ignorosa-Arellano, J. F. Cadena-León, E. Toro-Monjaraz, R. Cervantes-Bustamante, Instituto Nacional de Pediatría

Introducción: La obstrucción del tracto de salida del estómago en pediatría abarca un amplio espectro de anomalías que impiden el paso del contenido gástrico hacia el duodeno, lo cual ocasiona síntomas característicos como dolor abdominal (84%), dispepsia (79%), vómito recurrente y pérdida de peso (5%). Cuando se excluye la estenosis hipertrófica debe considerarse una causa infecciosa por *Helicobacter pylori*, cuya incidencia es de 1 a 2 por 1.000 niños y con límites de edad de 5 a 16 años; en esta valoración endoscópica se identifican lesiones inflamatorias y úlceras pépticas que representan el 69,2% y el 30,8%, respectivamente, que son las principales causas intrínsecas de obstrucción del tracto de salida del estómago. Al momento son pocos los informes en las publicaciones médica en los que se demuestre este agente como posible causa de obstrucción del tracto de salida.

Objetivo: Presentar a los pacientes con clínica de obstrucción del tracto de salida del estómago en relación con *Helicobacter pylori*.

Material y métodos: Pacientes con clínica de obstrucción del tracto de salida atendidos en el Instituto Nacional de Pediatría en el periodo comprendido entre enero de 2020 y julio de 2023; el tipo de estudio es retrospectivo, transversal, observacional y descriptivo. Las variables analizadas fueron edad, sexo, clínica de obstrucción del tracto de salida del estómago (dolor abdominal de larga evolución, dispepsia,

vómito recurrente y pérdida de peso) y hallazgos endoscópicos e histológicos por cultivo o PCR en relación con infección por *Helicobacter pylori*. La información recolectada procedió de expedientes clínicos y con posterioridad se conformó una base de datos en Microsoft Excel para analizar con medidas de frecuencia relativas y centrales y obtener porcentajes, media y promedio.

Resultados: Con un total de 9 pacientes con clínica de obstrucción del tracto de salida del estómago, el 55% (n = 5) correspondió a hombres y el 45% (n = 4) a mujeres; la edad media fue de 33,3 meses. Cinco individuos tuvieron diagnóstico de infección por *Helicobacter pylori* por informe de biopsias; los otros cuatro fueron negativos a infección por *Helicobacter pylori*. En los sujetos con hallazgos endoscópicos positivos se identificaron edema de mucosa en antro en 5/5 casos, eritema pilórico en 5/5 casos y piloro no franqueable de 0,5 mm en 2/5. Los pacientes recibieron tratamiento y experimentaron mejoría de los síntomas.

Conclusiones: En los pacientes con obstrucción del tracto de salida puede sospecharse la infección por *Helicobacter pylori*. Por consiguiente se sugiere tomar biopsias a través de la endoscopia en busca de este agente y, si se establece el diagnóstico, instituir tratamiento.

Financiamiento: No se recibió financiamiento de ningún tipo.

Dom083

DESCRIPCIÓN CLÍNICA Y TERAPÉUTICA DE LA OBSTRUCCIÓN DEL TRACTO DE SALIDA GÁSTRICA EN NIÑOS: ¿ES ÚTIL LA DILATACIÓN ENDOSCÓPICA?

M. Roldán-Montijo, K. R. Ignorosa-Arellano, E. Montijo-Barrios, F. E. Zárate-Mondragón, R. Cervantes-Bustamante, J. A. Ramírez-Mayans, J. F. Cadena-León, E. Toro-Monjaraz, M. C. Martínez-Soto, Instituto Nacional de Pediatría

Introducción: La obstrucción del tracto de salida gástrica (OTS) ocurre en 2 a 5 por cada 1.000 lactantes y niños cada año. La estenosis pilórica que aparece más allá de la infancia es infrecuente y la causa se comprende poco. Las medidas terapéuticas son diversas, desde la cirugía abierta o laparoscópica hasta las intervenciones endoscópicas, y se deciden de acuerdo con cada paciente y la experiencia del médico, es decir, no hay guías claras para esta entidad.

Objetivo: Notificar la experiencia de los autores con casos de OTS gástrica y describir las características clínicas y paraclínicas que ayudan al diagnóstico, así como los resultados con el abordaje endoscópico.

Material y métodos: Se informan los casos de 9 pacientes con diagnóstico de OTS, 55% del género masculino, con edad media de 33,3 meses. Los síntomas fueron vómito recurrente (no biliar), pérdida de peso en 89% (n = 8), dolor epigástrico en 56% (n = 5), hipopotasemia en 33,3% (n = 3), alcalosis metabólica en 44,4% (n = 4) y deshidratación en 66,6% (n = 6). Una de las pacientes tenía antecedente de mala rotación intestinal y se descartaron causas obstructivas que explicarían los síntomas, como adherencias intestinales. Para el diagnóstico se utilizó una SEG: 88,8% de los pacientes tenía gastromegalia y el 100% retraso del vaciamiento gástrico. La ecografía excluyó características de hipertrofia pilórica. La endoscopia reveló un estómago grande y se requirió un endoscopio neonatal para pasar al duodeno, excepto en dos casos en que no fue posible avanzar en absoluto. Se identificó gastritis erosiva en el 44,4% y aumento de volumen de los pliegues prepilóricos en el 66,6%. Las biopsias del antro informaron hiperplasia foveolar (22,2%), gastritis crónica (44,4%), gastritis eosinofílica (22,2%) y ausencia de anomalías (33,3%). Se diagnosticó *Helicobacter pylori* (HP) mediante PCR e histopatología en 55,5% de los casos. En cuanto al tratamiento, 66,6% (n = 6) se sometió a abordaje endoscópico con dilatación, 22,2% al tratamiento quirúrgico

Tabla 1. Descripción diagnóstica y terapéutica. (Dom083)

	SEGD	US	Endoscopia	Biopsia	Tratamiento	Remisión con primer tx
1	Estómago horizontalizado, gastroduodenitis, retardo en vaciamiento gástrico	Grosor pilórico < 3 mm, paso de líquido	Píloro cerrado, píloro no franqueable	Cuerpo con cambios reactivos leves	Dilatación endoscópica	Sí
2	Retardo en vaciamiento gástrico, gastromegalia, aplanamiento del antro	No se realiza	Píloro edematoso y cerrado, píloro no franqueable	Hiperplasia foveolar	2 dilataciones	Sí
3	Retardo en vaciamiento gástrico, gastromegalia	Píloro de 2 cm, grosor de 4 mm, paso lento a través del canal	Eritema en antro e incisura, píloro no franqueable	No se realizó	Procedimiento de Ladd	Sí
4	Piloroespasmo, gastromegalia	No se realiza	Esofagitis, gastropatía erosiva, antro eritematoso, píloro no franqueable	Sin alteraciones histológicas	3 dilataciones	No
5	Gastromeglia, obstrucción a nivel del antro	Sin hipertrofia de pared muscular, piloroespasmo	Cuerpo eritematoso, puntillero hemorrágico, píloro puntiforme y no franqueable	Hiperplasia foveolar, gastritis crónica	Dilatación endoscópica	Sí
6	Pliegues gruesos en fondo y antro, esofagitis, retardo en vaciamiento gástrico	Paso a través de píloro, tiene engrosamiento muscular	Antro con eritema, píloro cerrado y edematoso, píloro no franqueable	Gastritis folicular, <i>H. pylori</i>	Gastroyeyunoanastomosis	Sí
7	Retardo en vaciamiento gástrico, membrana antral	Sin apertura pilórica, estenosis hipertrófica del píloro	Lesiones eritematosas puntiformes y lineales en antro, píloro con edema, eritematoso, engrosado, píloro no franqueable	<i>H. pylori</i>	4 dilataciones	Sí
8	Gastroduodenitis, sin mala rotación	Esofagitis erosiva, erosiones en tercio inferior de esófago, píloro con edema y eritema	--	<i>H. pylori</i> , reflujo biliar	Tratamiento médico	Sí
9	Vaciamiento lento del estómago, membrana antral	Lesiones eritematosas puntiformes y lineales, antro con mucosa edematosa, engrosamiento de pliegues	Sin apertura pilórica	<i>H. pylori</i> , eosinófilos en antro	Piloromiotomía	Sí

ante la imposibilidad de avanzar del endoscopio y en 11,1% se decidió atención médica. Entre los individuos sometidos a dilatación, un paciente requirió una sola dilatación, otro dos, uno más tres y el último cuatro. En otros dos pacientes se practicó una dilatación sin mejoría de los síntomas y con empeoramiento del edema en endoscopias posteriores, con necesidad de medidas quirúrgicas (gastroyeyunostomía y piloromiotomía). Véase la Tabla 1.

Discusión: Ahmad *et al.* publicaron su experiencia en cinco casos de OTS y las manifestaciones clínicas descritas fueron similares a las de estos pacientes, si bien no se describen el tratamiento ni las pruebas diagnósticas para HP. La evidencia disponible propone que el tratamiento endoscópico parecería ser de utilidad. La mayoría de los informes sobre el tratamiento de la OTS con balón endoscópico proceden de sujetos adultos, dado que es una práctica poco frecuente en pediatría. Se ha informado en adultos con OTS por enfermedad péptica que la dilatación con balón es un tratamiento alternativo y efectivo de la cirugía.

Conclusiones: Resulta difícil establecer un diagnóstico etiológico preciso de esta entidad y es importante que los diferentes centros

compartan su experiencia para determinar un diagnóstico temprano con medidas menos radicales (dilatación endoscópica) al tratar a un paciente con OTS. En este estudio se advirtió que la dilatación endoscópica era útil en algunos casos. Según esta serie, es importante descartar la inflamación de la mucosa gástrica secundaria a infecciones por HP, lo que parecería tener un peor pronóstico para el tratamiento endoscópico.

Financiamiento: No se recibió ninguno.

Dom084

ANÁLISIS NUTRICIONAL DE DIETAS ENTERALES ARTESANALES EN PACIENTES CON GASTROSTOMÍA DEL INSTITUTO NACIONAL DE PEDIATRÍA

D. Acevedo-Ceballos, A. Pinzón-Navarro, I. Medina-Vera, Universidad Intercontinental

Introducción: Las enfermedades neurológicas, los traumatismos y las quemaduras son alteraciones que implican un aumento de los requerimientos nutricionales y por tanto se recurre al apoyo nutricional enteral. La población pediátrica necesita atención especializada, ya que los requerimientos nutricionales se incrementan con el desarrollo y crecimiento y se combinan con las necesidades propias de la enfermedad. La dieta enteral artesanal es más accesible comparada con la fórmula comercial, pero existe preocupación ante la carencia de vitaminas D, E, A, C, niacina y ácido fólico. El interés de realizar esta investigación surge de la necesidad de evaluar cuantitativamente el tipo de alimentos que emplean los cuidadores al preparar la dieta enteral artesanal y analizar si satisface las necesidades de energía, macronutrientes y micronutrientes.

Objetivo: Analizar en términos nutricionales la dieta enteral artesanal administrada por sonda de gastrostomía en niños atendidos en el Instituto Nacional de Pediatría (INP).

Material y métodos: Se incluyó a los pacientes pediátricos con sonda de gastrostomía atendidos en el INP. Tipo de estudio: transversal, observacional y analítico. Variables analizadas: edad, peso, estatura, longitud, longitud rodilla-talón, longitud hombro-codo, talla para la edad, peso para la edad y la talla, índice de masa corporal, perímetro braquial, pliegue cutáneo tricipital, calorías por día, consumo de micronutrientes y macronutrientes. La dieta se evaluó con recordatorios de 24 h y se analizó con el software ASA24 24-Hour Dietary Assessment Tool (NIH), así como la dieta más el aporte de complementación de aquellos que lo recibían. Análisis estadístico: las variables continuas se expresaron como promedios y desviación estándar o como mediana y percentiles 25° y 75°, según fuera la distribución de la variable. Las calorías totales y la cantidad de macronutrientes y micronutrientes se compararon contra la recomendación para sexo y edad con el análisis estadístico de U de Mann-Whitney.

Resultados: Se incluyó a un total de 26 pacientes con un promedio de edad de $8,2 \pm 3,8$ y 57,7% correspondió al sexo masculino. El 43,3% refirió consumo de complementación de micronutrientes. Se encontró que el 57,7% de los pacientes sufría desnutrición con afectación de la talla (73,3%). Al analizar el contenido energético de la dieta se identificó un aporte energético deficiente (1.420 kcal [1.190-1.987] vs. 1.600 kcal [1.400-1.850], $p = 0,04$), aunque por porcentaje no se observó diferencia en la cantidad de macronutrientes y al analizar por gramos el consumo de carbohidratos resultó ser mayor al recomendado (164,5 g [108, 218] vs. 130 g [130, 130], $p = 0,025$), de tal modo que se observó un consumo nulo de cereales integrales y el consumo se basó en cereales refinados, es decir, un consumo deficiente de fibra dietaria (15 g [11, 21,50] vs. 25 g [25-26], $p = 0,001$). Al analizar el consumo de micronutrientes sólo con dieta en comparación con el recomendado, las vitaminas A, C y B₁₂ alcanzaron la recomendación. A pesar de eso se complementaron, por lo que su mediana de consumo se elevó. Por otro lado, los micronutrientes como la vitamina D y el hierro resultaron ser deficientes en su consumo con la dieta, pero al complementarlos se alcanzó la mediana de

la recomendación. Por último, el consumo de calcio no alcanzó lo recomendado con la dieta, ni al agregar la complementación. Véase la **Tabla 1**.

Conclusiones: En este estudio se observó que el aporte calórico fue deficiente y que el consumo de algunos micronutrientes se consiguió sólo con dieta sin necesidad de complementación; sin embargo, algunos otros, a pesar de la complementación, no alcanzaron lo recomendado, por lo que es de vital importancia individualizar la dieta y la complementación, así como vigilar que las recomendaciones se satisfagan.

Financiamiento: No se recibió financiamiento de ningún tipo.

Dom085

ALERGIA A LA PROTEÍNA DE LA LECHE DE VACA (APLV). SI NO HAY LACTANCIA, ¿CUÁL FÓRMULA ES MEJOR?

D. A. Manzanera-Ornelas, R. Cervantes-Bustamante, F. E. Zárate-Mondragón, E. Montijo-Barrios, K. R. Ignorosa-Arellano, J. F. Cadena-León, E. Toro-Monjaraz, J. A. Ramírez-Mayans, M. C. Martínez-Soto, Instituto Nacional de Pediatría

Introducción: En el niño con alergia a la proteína de la leche de vaca (APLV), alimentado exclusivamente con leche humana (LH), debe evitarse en la dieta de la madre la ingestión total de la leche y sus derivados y, al momento de iniciar la alimentación complementaria en el lactante, evitarla también. Cuando esto no es posible deben administrarse fórmulas extensamente hidrolizadas de caseína (FEHC) o suero (FHES) o fórmula de arroz (FHA), de acuerdo con las guías DRACMA, y si fracasan fórmula elemental (FE).

Objetivo: Describir el tratamiento en pacientes con APLV, menores de un año, en el Instituto Nacional de Pediatría en el periodo de 2008 a 2022. Evaluar la efectividad de las fórmulas extensamente hidrolizadas de suero, caseína, hidrolizada de arroz y elemental a las dos a cuatro semanas de tratamiento. Comparar la respuesta de cada una. Evaluar el tiempo de tolerancia a la PLV.

Material y métodos: Estudio retrospectivo, transversal, observacional y descriptivo. Criterios de inclusión: pacientes con APLV < 1 año. Criterios de exclusión: desnutrición, seropositivos a HIV, enfermedad inflamatoria intestinal, inmunodeficiencias primarias o secundarias, enfermedad metabólica.

Resultados: Se incluyó a 59 pacientes. En la **Tabla 1** se describe la distribución del control dietético inicial y su respuesta en la valoración entre las dos y cuatro semanas tras el inicio del tratamiento, con una efectividad de 79,6%.

De los niños alimentados con leche humana, con dieta de exclusión en la madre, el 100% tuvo respuesta favorable. En los 14 pacientes

Tabla 1. Análisis de micronutrientes de la dieta y complementación en comparación con la recomendación para sexo y edad. (Dom084)

N = 26					
Micronutriente	Consumido por la dieta	Dieta + complemento	Recomendación	p*	p**
Vitamina A, mcg	554 (371,2, 1.459,7)	800,5 (422,5, 1.733,7)	400 (400-600)	0,022	0,003
Vitamina B ₁₂ , mcg	3 (2,02, 5,55)	4 (2,55, 8,10)	1,2 (1,20-1,80)	<0.0001	< 0.0001
Vitamina C, mg	34,5 (17,75, 131,75)	77,5 (24,25, 164)	25 (25-45)	0,022	0,001
Vitamina D, UI	274 (141, 510,75)	471,5 (244, 718)	600 (600-600)	< 0,0001	0,218
Calcio, mg	703 (344, 1.081,75)	703 (441,5, 1.081,75)	1.000 (1.000-1.300)	0,002	0,004
Hierro, mg	6 (3, 9,75)	6 (3,75, 13,5)	10 (8, 10)	0,018	0,438

Los datos se expresan como mediana (percentiles 25° -75°). *Dieta contra recomendación. **Dieta complementada contra recomendación.

en los cuales no se obtuvo la remisión clínica a las dos a cuatro semanas se cambió la fórmula; en dos casos se cambió de fórmula extensamente hidrolizada en caseína elemental, en tres de FEHS a FEHC, en seis de FEHS a FE y en tres de FE a FHA, con remisión clínica en todos los casos.

Se realizó una comparación entre FEHS y FEHC ($p = 0,34$); FEHS + FEHC contra FHA ($p = 0,37$); fórmulas extensamente hidrolizadas (FEHS, FEHC y FHA) contra FE ($p = 0,17$); no se reconocieron diferencias significativas entre ellas. Se llevó a cabo un reto posterior a seis meses de dieta de exclusión, con una mediana de edad de 15 meses (8-38 meses). Se observó una tolerancia en el 80% de los pacientes con más de un año de tratamiento; tolerancia al año en 21,2%, de 65,9% a los 18 meses, de 85,1% a los dos años y de 100% a los tres años. Se identificó un promedio de tolerancia a menor edad en los pacientes alimentados con FEHC (13,3 meses) y FEHS (15,7 meses), en comparación con la de arroz (23,5); sin embargo, la prueba exacta de Fisher no mostró cociente de desviaciones estándar significativo entre un tratamiento y otro ($F = 16,59$, valor crítico 18,51, gl 1,2).

Tabla 1. Distribución de acuerdo con la dieta del paciente. Se observa el tratamiento dietético inicial de los pacientes y el porcentaje de pacientes por grupo de tratamiento que lograron remisión en la valoración a las dos a cuatro semanas. (Dom085)

Dieta	# inicio (%)	# remisión 2-4 semanas (% efectividad)
Leche materna con exclusión	3 (5,08)	3 (100)
Fórmula extensamente hidrolizada de suero	28 (47,4)	21 (75)
Fórmula extensamente hidrolizada de caseína	6 (10,1)	4 (66,6)
Fórmula extensamente hidrolizada de arroz	1 (1,6)	1 (100)
Fórmula elemental	21 (35,5)	18 (85,7)
Total	59 (100)	47 (79,6)

Conclusiones: En el niño con APLV, alimentado sólo con leche humana, la dieta de exclusión de leche y derivados en la madre es el tratamiento de elección. Si por algún motivo esto no es posible, se inicia fórmula extensamente hidrolizada de suero, caseína o hidrolizada de arroz y, cuando no haya respuesta o sea de gravedad, fórmula elemental. Se sugiere iniciar la introducción de derivados lácteos en APLV no mediada por IgE después de nueve a 12 meses de tratamiento, y mediada por IgE entre los 12 y 18 meses. Como limitación del estudio hay sesgo en la población porque se obtuvo de una muestra de un protocolo con criterios endoscópicos, por lo que es pequeña y los grupos de tratamiento no son equiparables en número.

Financiamiento: No se contó con financiamiento.

Dom086

ANTROPOMETRÍA VS. DEXA EN LOS OBJETIVOS NUTRICIONALES DEL PACIENTE PEDIÁTRICO CON FQ

M. Reyes-Apodaca, R. Vázquez-Frias, J. L. Lezana-Fernández, A. Consuelo-Sánchez, I. Núñez-Barrera, D. López-González, A. L. Almiray-Soto, M. Medeiros-Domingo, Hospital Infantil de México Federico Gómez

Introducción: La fibrosis quística (FQ) es una enfermedad autosómica recesiva que se produce por alteraciones en el gen de la conductancia

transmembranal de la fibrosis quística (CFTR). Las manifestaciones clínicas de esta entidad se desarrollan sobre todo por la desregulación del balance entre la absorción de sodio y la secreción de bicarbonato en virtud de las diferentes variantes génicas, ya que tiene expresión en las células epiteliales del pulmón, glándulas salivales, sudor, páncreas, intestino, ductos biliares y riñón, lo que la hace una enfermedad multisistémica. Un adecuado estado nutricional es esencial para el pronóstico de la enfermedad; sin embargo, la prevalencia de talla baja en esta entidad coloca a la antropométrica en tela de juicio al utilizar el IMC > percentil 50° como marcador nutricional.

Objetivo: Determinar si el IMC como marcador nutricional se relaciona con la composición corporal medida por densitometría (DEXA).

Material y métodos: Los datos de este trabajo se derivan de un estudio clínico aleatorizado doble ciego (NCT05276960). Se recabaron los datos basales de los pacientes inscritos en el protocolo; antropometría: peso, talla, circunferencia media de brazo (CMB), pliegue cutáneo tricipital (PCT). Todas las mediciones las realizó el mismo observador estandarizado; también se tomaron los datos de composición corporal (CC): masa magra, masa grasa medida por DEXA y se determinaron a partir de los índices de masa magra (IMM) e índice de masa grasa (IMG). Todas las comparaciones se efectuaron mediante puntuación z, de acuerdo con la CDC y los parámetros de referencia para composición corporal en niños mexicanos, al considerar $\leq 2DS$ como afectación. Se utilizó estadística descriptiva y se realizó la determinación de coeficientes de correlación de Spearman.

Resultados: Se incluyó a 16 pacientes, de los cuales el 60% correspondió a mujeres; la mediana de edad en este grupo fue de 132 meses (RIC 60). Respecto del estado nutricional se identificó que sólo uno de los pacientes cumplió el objetivo de IMC. Mediante los parámetros de la CDC se identificó al 31% de los pacientes con desnutrición y se observó que más del 50% de los pacientes tenía talla baja. En relación con las mediciones antropométricas, el 56% de los pacientes tuvo la $CMB \leq 2.0 DS$ y el 18% afectado el $PCT \leq 2DS$. No se identificó a ningún paciente con disminución del IMM, en tanto que el $IMG \leq 2DS$ se observó en el 18%; sin embargo, sólo un paciente mostró concordancia con la afectación del PCT. No se reconoció ninguna correlación significativa entre el objetivo de IMC y la composición corporal. Las correlaciones más sólidas se identificaron con el PB y PCT con el IMG (Tabla 1).

Tabla 1. (Dom086)

CMB	Coefficiente de correlación	p
IMM (calificación z)	0,693	0,001
IMG (calificación z)	0,726	0,001
PCT		
IMM (calificación z)	0,365	0,181
IMG (calificación z)	0,745	0,001
Talla para la edad		
IMM (calificación z)	0,564	0,028
IMG (calificación z)	0,428	0,112
CMB	0,636	0,001
PCT	0,450	0,092

CMB, circunferencia media del brazo; IMM, índice de masa magra; IMG, índice de masa grasa; PCT, pliegue cutáneo tricipital.

Conclusiones: El IMC > percentil 50° no tuvo ninguna correlación significativa con la CC medida por DEXA u otras mediciones antropométricas, por lo que utilizarlo como único marcador nutricional puede subestimar la desnutrición, en particular en aquellos pacientes de talla baja. La insuficiencia pancreática exocrina se presenta en el 85% de los casos de FQ y la malabsorción de grasas es una de

sus principales manifestaciones. Dado que la CMB se compone de grasa, hueso y músculo, es posible que la frecuencia de los pacientes con afectación de ésta se relacione con disminución del IMG ya que fueron las puntuaciones z más bajas en este estudio.

Los resultados son relevantes porque la CMB mostró una correlación con los índices determinados por DEXA, lo que permite que sea una herramienta de utilidad para el seguimiento del paciente pediátrico con FQ.

Financiamiento: Este estudio cuenta con financiamiento de la *Cystic Fibrosis Foundation* relacionado con un premio de investigación: REYES22IQ0.

Dom087

SÍNDROME DE REALIMENTACIÓN, ¿REALMENTE LO SOSPECHA EL MÉDICO DE PRIMER CONTACTO?

K. X. Rosas-García, G. F. Sámano-Villanueva, K. R. Ignorosa-Arellano, F. E. Zárate-Mondragón, E. M. Toro-Monjaraz, J. F. Cadena-León, E. Montijo-Barrios, R. Cervantes-Bustamante, J. A. Ramírez-Mañas, Instituto Nacional de Pediatría

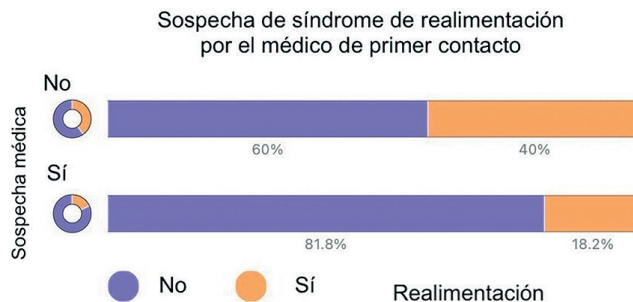
Introducción: El síndrome de realimentación se caracteriza por cambios metabólicos y alteraciones hidroelectrolíticas, resultantes de la reintroducción (enteral o parenteral) o el incremento de aporte calórico inadecuado posterior a un periodo de ingestión calórica mínima o ayuno prolongado. Se desconoce la incidencia en pediatría dado que se trata de una entidad infradiagnosticada y los estudios conducidos son informes de casos. Dunn *et al.* integraron una cohorte de 164 pacientes pediátricos hospitalizados en una unidad de cuidados intensivos y publicaron una incidencia del 27% en la población de riesgo, a pesar de las tácticas de alimentación cautelosas. En adultos hospitalizados se notifica una incidencia de 0,43% a 34%. La hipofosfatemia es el hallazgo de laboratorio más característico, pero no siempre está presente. Los criterios diagnósticos según ASPEN consideran una disminución de uno, dos o tres valores séricos de fósforo, potasio y magnesio (10%-20%, leve; 20%-30% moderada; y > 30% grave) durante los primeros cinco días después de reiniciar la alimentación o aumentar el consumo de energía.

Objetivo: Describir la incidencia del síndrome de realimentación, su tratamiento y su evolución en cuatro meses en un hospital de tercer nivel.

Material y métodos: Estudio retrospectivo, transversal, observacional y descriptivo en un hospital de tercer nivel. Criterios de inclusión: paciente pediátrico con desnutrición grave y criterios de riesgo para síndrome de realimentación según las guías ASPEN. Se revisaron los expedientes para conocer la incidencia, control y evolución. Criterios de exclusión: ausencia de registro de panel de electrolitos séricos.

Resultados: Durante los cuatro meses evaluados, 81 pacientes con desnutrición grave se derivaron al servicio de gastroenterología; de éstos, de acuerdo con los criterios de ASPEN, 21 estaban en riesgo de síndrome de realimentación. La distribución por sexo fue de 57,1% para individuos masculinos y 42,9% para femeninos. Los valores medios para los parámetros de la puntuación z fueron los siguientes: peso-edad (z-6,05), altura-edad (z-3,57), peso-talla (z-3,49) e IMC (z-6,6). Los pacientes que cumplieron con los criterios fueron el 52,4%, pero sólo en 18,2% de los casos lo sospecharon los médicos de primer contacto (Fig. 1). Según las pautas de la ASPEN para la aplicación de una dosis de carga de tiamina, sólo el 52,4% de los pacientes la administró antes del inicio de la dieta, y el porcentaje medio en el que se inició la dieta fue del 66%. En cuanto al tratamiento, 7 (33%) pacientes requirieron corrección electrolítica intravenosa (Mg: 1, Mg + K: 1, P + Mg: 3, P + Mg + K: 2). No hubo complicaciones cardíacas en ningún paciente.

Figura 1. Sospecha del síndrome de realimentación por el médico de primer contacto. (Dom087)



Conclusiones: Con frecuencia no se reconoce el síndrome de realimentación en los niños, lo cual puede tener consecuencias metabólicas potencialmente devastadoras. Debido a la elevada incidencia de desnutrición en esta población, es importante la medición de electrolitos séricos al llegar o después de un ayuno prolongado, con particular importancia en el fósforo y el magnesio en esta enfermedad. Es necesario también ser cautos con la fase inicial de la nutrición y priorizar la complementación de fosfato, magnesio, potasio y tiamina.

Financiamiento: No se recibió financiamiento alguno.

Dom088

DESCRIPCIÓN DEL ESTADO NUTRICIONAL Y PRINCIPALES HALLAZGOS GASTROINTESTINALES EN LA POBLACIÓN PEDIÁTRICA CON DIAGNÓSTICO DE ESCLEROSIS TUBEROSA EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL

C. R. Flores-Soriano, J. E. Alfaro-Bolaños, A. Pérez-Gallegos, J. C. Rivas-Rodríguez, D. Contreras-Zamorano, Centro Médico Nacional 20 de Noviembre

Introducción: El complejo de esclerosis tuberosa es un trastorno genético raro que puede afectar a cualquier órgano. Es efecto de una mutación que genera pérdida de la función en los genes *TSC1* o *TSC2*. La incidencia se ha calculado con frecuencia y por lo general es de 1:6.000 a 1:10.000 nacidos vivos. El espectro de manifestaciones clínicas comprende en especial alteraciones cardíacas, neurológicas, renales, pulmonares y cutáneas, aunque se han identificado hallazgos gastrointestinales como una forma de presentación atípica, con signos como el estreñimiento, la rectorragia, los pólipos hamartomatosos y los angiomiolipomas hepáticos.

Objetivo: Describir el estado nutricional de la población pediátrica con diagnóstico de esclerosis tuberosa en el Centro Médico Nacional 20 de Noviembre y determinar los principales hallazgos gastrointestinales en esta población.

Material y métodos: Participó un total de 13 pacientes pediátricos con diagnóstico clínico y genético de esclerosis tuberosa, con adscripción al Centro Médico Nacional 20 de Noviembre que contaban con somatometría reciente, comprendida en un periodo no mayor de seis meses, con seguimiento continuo y un mínimo de dos consultas por año. Mediante corte transversal y retrospectivo se obtuvieron las siguientes variables analizadas: edad, género, peso, talla e IMC. Análisis: se utilizaron gráficas de la calificación z estandarizadas del IMC por los CDC (*Centers for Disease Control and Prevention*). Los resultados se analizaron con medidas de frecuencia relativas y centrales para la obtención de porcentajes, media y promedio (Tabla 1).

Discusión: Se identificaron 13 casos en edad pediátrica con diagnóstico confirmado para esclerosis tuberosa. La edad promedio fue de 8,0 años, peso promedio de 26,27 kg ± 15,45 (17,7-33,15), talla

Tabla 1. Valoración nutricional adaptada con respecto a los valores estandarizados por los CDC. (Dom088)

Edad, años	Peso para la edad	Talla para la edad	IMC
2 (F)	11,5 kg (-1,23 DE)	90 cm (-0,71 DE)	14,2 (-1,75 DE)
2 (M)	11,75 kg (-1,06 DE)	92 cm (-0,18 DE)	13,9 (-1,69 DE)
2 (M)	12,3 kg (-0,70 DE)	93 cm (0,09 DE)	14,2 (-1,38 DE)
5 (F)	20 kg (-0,16 DE)	113 cm (-0,47 DE)	15,7 (0,19 DE)
6 (F)	18 kg (-1,58 DE)	114 cm (-1,34 DE)	13,9 (-1,06 DE)
7 (F)	18,6 kg (-2,05 DE)	116 cm (-1,83 DE)	13,8 (-1,28 DE)
8 (M)	20 kg (-2,35 DE)	120 cm (-2,08 DE)	13,9 (-1,40 DE)
9 (M)	24 kg (-1,76 DE)	129 cm (-1,49 DE)	14,4 (-1,24 DE)
9 (M)	23,5 kg (-1,92 DE)	127 cm (-1,80 DE)	14,6 (-1,11 DE)
12 (M)	45 kg (-0,07 DE)	150 cm (-0,90 DE)	20,0 (0,49 DE)
13 (F)	50,2 kg (-0,05 DE)	155 cm (-0,91 DE)	20,9 (0,53 DE)
14 (F)	51,2 kg (-0,38 DE)	155 cm (-1,35 DE)	21,3 (0,45 DE)
16 (M)	75 kg (1,63 DE)	158 cm (-1,33 DE)	30,1 (2,31 DE)

F, femenino; M, masculino; DE, desviación estándar.

promedio de 117 cm \pm 23,1 (104,75-133,25) y predominio del género masculino con 54%. La valoración nutricional arroja un porcentaje de desnutrición leve en el 61,5% de los pacientes, 30,7% eutróficos y 7,6% con obesidad grado I. Dentro del total de los pacientes, el 53,8% sufre alteraciones gastrointestinales, con la siguiente distribución: estreñimiento (57,1%), rectorragia (28,5%) y prolapso rectal (14,2%).

Conclusiones: La esclerosis tuberosa es una entidad con manifestaciones multisistémicas y su principal afección es la neurológica y la cardíaca. Al comprometerse el sistema nervioso, resulta de gran importancia el adecuado estado nutricional para mejorar la calidad de vida los pacientes. En esta serie de casos se identificó un predominio de la desnutrición leve y el estreñimiento como hallazgo; sin embargo, ninguno de estas entidades ha recibido un adecuado abordaje diagnóstico y terapéutico para determinar la relación entre la enfermedad y su presencia. Destacan el prolapso rectal y su relación establecida de acuerdo con la bibliografía internacional acerca de los pólipos hamartomatosos, que exigen colonoscopia como parte de su atención. Todo lo anterior representa una ventana de oportunidad para reconocer de modo intencionado estas alteraciones, completar la atención integral de estos pacientes y permitir una intervención oportuna.

Financiamiento: No se recibió financiamiento de ningún tipo.

Dom089

CONTRASTE DE LOS EFECTOS NUTRICIONALES Y COSTOS ENTRE EL USO DE NUTRICIÓN ENTERAL POLIMÉRICA Y NUTRICIÓN ENTERAL ARTESANAL, EN POBLACIÓN PEDIÁTRICA EN LA CRUZ BLANCA NEUTRAL IAP: REPORTE DE CASOS

M. J. Castellanos-Guerra, P. C. Cano-Romano, D. P. Espinosa-Reyes, J. A. Romano-Velazco, Asociación Mexicana de la Cruz Blanca Neutral

Introducción: En pediatría, el uso de la nutrición enteral (NE) ha cobrado relevancia en las últimas décadas como parte del apoyo nutricional debido a su eficacia como parte del tratamiento para la desnutrición infantil, así como en aquellos pacientes con riesgo de desnutrición. Existen dos posibilidades: fórmulas enterales poliméricas y fórmulas artesanales, también conocidas como “dietas licuadas”. En México, la variedad de fórmulas poliméricas conocidas, aptas para la población infantil, es limitada; se requieren sondas de gastrostomía de mayor calibre (16 a 18 Fr), así como otras restricciones, con un tiempo de exposición \leq 2 h y la recomendación de no usarlas para la infusión a través de sondas de yeyunostomía. La nutrición enteral artesanal, en virtud de su falta de control sobre la calidad y seguridad de los ingredientes empleados, además de la falta de estandarización de la mezcla, conlleva importantes riesgos para la salud y costos elevados, por lo cual la elección de la mezcla de NE (artesanal o polimérica) juega un papel importante. Los resultados se muestran en la **Tabla 1**.

Objetivo: Contrastar los efectos nutricionales y el costo de las mezclas poliméricas respecto de las mezclas artesanales en pacientes pediátricos.

Informe de casos:

Caso 1: Paciente femenina de 11 años 8 meses, portadora de gastrostomía y alimentada con fórmula enteral artesanal; muestra signos de intolerancia a la dieta (aumento del perímetro abdominal, aumento del gasto fecal, reflejo nauseoso y pérdida ponderal). Aporte calórico previo: 1.700 kcal (correspondiente al 85% del requerimiento para la edad = 2.000 kcal/día y 93% del requerimiento para la talla = 1.825 kcal/día). Distribución energética: carbohidratos (46,02%), proteínas (5,94 g/kg/día) (21,80%), lípidos (32,14%).

Caso 2: Paciente masculino de 11 años 7 meses, portador de gastrostomía y con constantes ingresos hospitalarios a consecuencia de intolerancia a los componentes de la mezcla (en especial lactosa). Aporte calórico previo: 1.657 kcal (correspondiente al 83% del requerimiento para la edad = 2.000 kcal/día y 93% para la talla = 1.775 kcal/día). Distribución energética: carbohidratos (58,74%), proteínas (3,98 g/kg/día) (14,88%) y lípidos (26,37%).

Tabla 1. Comparación del costo-beneficio de la nutrición enteral artesanal respecto de la nutrición enteral polimérica. (Dom089)

		Caso 1		Caso 2		Caso 3	
		Inicio de nutrición (calificación z)	Final de nutrición (calificación z)	Inicio de nutrición (calificación z)	Final de nutrición (calificación z)	Inicio de nutrición (calificación z)	Final de nutrición (calificación z)
Nutrición enteral artesanal	Peso	-8,13	-7,51	-12,14	-6,57	-13,52	-12,91
	Talla	-3,43	-3,1	-2,08	-1,81	-6,27	-6,27
	Peso/talla	-3,8	-3,96	-10,74	-7,13	-6,97	-6,47
	Costos	\$360.85		\$150.00		\$100.36	
Nutrición enteral polimérica	Peso	-7,73	-5,92	-6,61	-5,16	-11,46	-8,86
	Talla	-3,18	-3,33	-1,87	-1,92	-6,37	-6,18
	Peso/talla	-4,24	-2,27	-7,13	-3,24	-6,47	-3,24
	Costos	\$69.34		\$111.76		\$149.85	

Caso 3: Paciente masculino de 6 años 8 meses que durante cinco años ha recibido alimentación artesanal de manera ininterrumpida a través de bomba de infusión de manera domiciliaria; se refiere taponamiento constante de ésta por la consistencia de la alimentación; sufre meteorismo, estreñimiento crónico y aumento del perímetro abdominal. Aporte calórico previo: 852,60 kcal/día (correspondiente al 58,8% del requerimiento para la edad: 1.350 kcal y para la talla el 75,7% = 1.125 kcal/día). Distribución energética: carbohidratos (58,64%), proteínas (4,66 g/kg/día) (17,67%) y lípidos (22,43%). En la **Tabla 1** se presentan de manera gráfica los datos.

Discusión: Los tres pacientes ingresaron al área de hospitalización del CIRN en el periodo de abril a julio de 2023, para recibir apoyo nutricional, con introducción paulatina de la dieta polimérica. En los tres casos se observa recuperación nutricional con la NE artesanal, si bien ésta no es significativa, como en el caso de la NE polimérica. En cuanto a los costos, se advirtió una diferencia del 54% (\$203.73 vs. \$110.38).

Conclusiones: Las NE poliméricas son beneficiosas para los pacientes en términos del costo, estado nutricional y calidad de vida.

Financiamiento: No se recibió financiamiento de ningún tipo.

Dom090

¿CUÁL ES EL TIPO DE SOPORTE NUTRICIONAL QUE RECIBEN LOS PACIENTES DE LA CLÍNICA INTEGRAL DE FIBROSIS QUÍSTICA DEL HOSPITAL INFANTIL DE MÉXICO FEDERICO GÓMEZ?

P. Torres-López, F. K. Díaz-Juárez, I. Núñez-Barrera, M. Reyes-Apodaca, C. Flores-Reséndiz, J. L. Lezana-Fernández, Hospital Infantil de México Federico Gómez

Introducción: La fibrosis quística es una enfermedad hereditaria, monogénica, de carácter autosómico recesivo, multisistémica y de evolución crónica, producida por mutaciones en el gen *CFTR*. Afecta a distintos órganos y tejidos, con predominios pancreático y respiratorio de gran importancia nutricional, lo que produce malabsorción de nutrimentos e incumplimiento del objetivo calórico de los pacientes. El tratamiento médico y nutricional es relevante, ya que a través de él se planean los objetivos energéticos y proteicos y la complementación de micronutrimentos para mejorar la condición nutricional y pulmonar del paciente.

Objetivo: Describir la condición nutricional y apoyo nutricional que reciben los niños de la Clínica Integral de Fibrosis Quística del Hospital Infantil de México Federico Gómez.

Material y métodos: Pacientes de la clínica integral de fibrosis quística del Hospital Infantil de México Federico Gómez, en seguimiento de enero del 2017 hasta la fecha. Tipo de estudio: observacional descriptivo. Se recabaron datos antropométricos, como peso, talla, circunferencia media de brazo (CMB), pliegue cutáneo tricipital (PCT) y cálculo de índice de masa corporal (IMC). Se determinaron los indicadores nutricionales por puntuación z. Se incluyó a niños mayores de dos años, se utilizó la relación de IMC para la edad y talla para la edad (TE) y se interpretaron con los parámetros de los CDC; por su parte, para los pacientes menores de dos años se calculó la relación de peso para la talla (P/T) y TE mediante los parámetros de la OMS. Se documentaron los aspectos dietéticos del apoyo nutricional, dieta sólida y enteral, indicación de enzimas pancreáticas, recomendación energética, sal, agua, vitaminas y minerales. Se realizaron pruebas de Shapiro-Wilks, con normalidad de $p > 0,05$ y se definieron frecuencias y estadística paramétrica. Para mostrar las diferencias entre grupos se usaron rangos pareados de Wilcoxon o prueba de McNemar. **Resultados:** Se obtuvieron los datos de 47 pacientes durante el periodo 2017-2022. Se excluyó a siete por no cumplir los criterios. Edad

promedio en meses de $55,8 \pm 47,27$, de los cuales el 55% correspondió al sexo masculino y 45% al femenino. Se documentó la evolución nutricional y se reconocieron diferencias antropométricas significativas entre la calificación z del IMC, TE y CMB. No existe correlación entre IMC, calificación z de TE y CMB. Sí hay diferencia significativa respecto del inicio y final de aporte energético proporcionado: 27,5% con alimentación mixta (enteral y sólida) y 72,5% con sólida. Hasta 15% de los padres no comprende el plan de alimentación; 80% de los pacientes no cumple la recomendación de vitaminas y minerales para la enfermedad, incluidas sal y agua. En las gráficas de dispersión se observa que aquellos que no cumplen con el objetivo de IMC tienden a mostrar menores puntuaciones en CMB y TE, en comparación con quienes sí logran el objetivo de IMC que tienden a registrar una mayor puntuación de CMB pero no de TE.

Conclusiones: Se identificó una deficiencia para cubrir requerimientos de micronutrimentos. Se cumple con la prescripción energética, pero no se refleja en la condición antropométrica. Es preciso reforzar el plan de alimentación especializado y garantizar el tratamiento enzimático y la nutrición enteral; son áreas de oportunidad para mejorar la condición del paciente. Otra área de oportunidad es la medición de la calidad de vida y las intervenciones individualizadas al contexto socioambiental.

Financiamiento: Ninguno.

Dom091

IMPACTO DE LA PANDEMIA DE COVID-19 EN LOS TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA

M. E. Bolívar-Quiñones, E. Toro-Monjaraz, F. E. Zárate-Mondragón, R. Cervantes-Bustamante, E. Montijo-Barrios, K. R. Ignorosa-Arellano, J. F. Cadena-León, J. A. Ramírez-Mayans, M. C. Martínez-Soto, Instituto Nacional de Pediatría

Introducción: Los trastornos de la conducta alimentaria (TCA) constituyen un grupo de enfermedades biopsicológicas graves y multifactoriales, que se caracterizan por comportamientos anormales de alimentación o control de peso. Tanto el Manual Diagnóstico y Estadístico (DSM-5) como la Clasificación Internacional de Enfermedades (ICD-11) comprenden seis trastornos alimentarios. Éstos incluyen las categorías diagnósticas de anorexia nerviosa, bulimia nerviosa y trastorno por atracón. Las comorbilidades psiquiátricas son la norma en personas con trastornos alimentarios (> 70%). La pandemia del coronavirus 2 (COVID-19) ha provocado cambios intensos en los estilos de vida y hábitos nutricionales, con un aumento de los problemas de salud mental, como la ansiedad y la depresión en niños y adolescentes. La prevalencia de los trastornos de la conducta alimentaria, especialmente la anorexia nerviosa, se ha elevado en grado significativo en todo el mundo y en todos los grupos de edad, durante la pandemia de COVID-19.

Objetivo: Conocer los efectos de la pandemia del coronavirus y su relación con el incremento de nuevos casos de trastornos de la conducta alimentaria, en particular la anorexia nerviosa, en el Instituto Nacional de Pediatría.

Material y métodos: Estudio observacional, transversal, retrospectivo y descriptivo, a través de la revisión de expedientes clínicos de enero de 2012 a diciembre de 2022. A partir del programa SPSS se obtuvo la frecuencia de casos por año y se identificó el número de casos por género y edad. Como parte de la revisión se agregaron dentro de las variables si los pacientes sufrían algún trastorno mental identificado al momento del diagnóstico, como ansiedad, depresión o trastorno mixto, así como comorbilidades adjuntas y el estado nutricional al momento del ingreso al área de hospitalización.

Resultados: Se obtuvo un total de 39 pacientes, en los cuales se observó a través de una gráfica lineal un incremento exponencial

del número de casos nuevos a partir del año 2020, aún más significativo en el 2022 cuando ingresó un total de 12 pacientes al área de urgencias pediátricas, por estado de desnutrición grave secundaria a trastorno de la conducta alimentaria de tipo anorexia. Asimismo, se reconoció un aumento de 360% respecto de la media de años anteriores a la pandemia. El género femenino aún predomina con un 87%, y se identificó que el 13% de los casos corresponde al género masculino a partir del 2020. En cuanto a la edad, el 60% de los pacientes tenía 13 a 14 años, con un total de 11 y 12 casos, respectivamente. Un hallazgo importante fue que el 46% de los casos cursaba con ansiedad y un 25% se relacionó con episodios de depresión. Si bien no hubo diferencia significativa en relación con las comorbilidades de los pacientes ni del estado nutricional con respecto a años previos, sí se identificó un aumento del trastorno de ansiedad en un 40% después de la pandemia.

Conclusiones: Los trastornos de la conducta alimentaria son enfermedades que a menudo se pasan por alto, aunque se vinculan con una alta comorbilidad y graves consecuencias para la salud. Durante el periodo de la pandemia por COVID-19 se observó un incremento de los casos de anorexia nerviosa y trastornos mentales adjuntos, sobre todo ansiedad. Debe destacarse que en este estudio se describió el aumento en comparación con años anteriores de los trastornos de la conducta alimentaria relacionados con el periodo de aislamiento que vivieron los pacientes durante la pandemia, así como el cambio del estilo de vida, tanto en niños como en adolescentes. Sin embargo, será interesante conocer el comportamiento futuro de estos padecimientos y las consecuencias de largo plazo.

Financiamiento: No se dispuso de ningún financiamiento.

Dom092

REQUERIMIENTOS ENERGÉTICOS BASEALES. ¿REALMENTE ES UN PARÁMETRO QUE SE RELACIONA CON EL DESARROLLO DEL SÍNDROME DE REALIMENTACIÓN? ESTUDIO RETROSPECTIVO EN UN HOSPITAL PEDIÁTRICO DE TERCER NIVEL DE ATENCIÓN

G. F. Sámano-Villanueva, K. M. Rosas-García, K. R. Ignorosa-Arellano, R. Cervantes-Bustamante, F. E. Zárate-Mondragón, E. Montijo-Barrios, J. F. Cadena-León, E. M. Toro-Monjaraz, J. A. Ramírez-Mayans, Instituto Nacional de Pediatría

Introducción: El síndrome de realimentación es un trastorno prevenible y letal, caracterizado por cambios metabólicos y alteraciones hidroelectrolíticas, efecto de la reintroducción enteral o parenteral, y relacionado con un aumento del aporte calórico tras una ingestión calórica mínima o ayuno prolongado. Por otro lado, no existe un consenso en cuanto a la forma segura de iniciar un régimen de nutrición, más aún en la población pediátrica, y las recomendaciones disponibles son poco claras acerca de la pauta para el inicio y la progresión de los requerimientos calóricos. En general, se sugiere un enfoque individualizado y un ritmo bajo con avance lento para iniciar la alimentación en los pacientes. McCray *et al.* recomendaron la progresión de 200 a 300 calorías cada tres a cuatro días, pero se ha propuesto iniciar al 50% a 60% de los requerimientos energéticos basales. Sin embargo, esta recomendación se deriva sólo de la experiencia clínica.

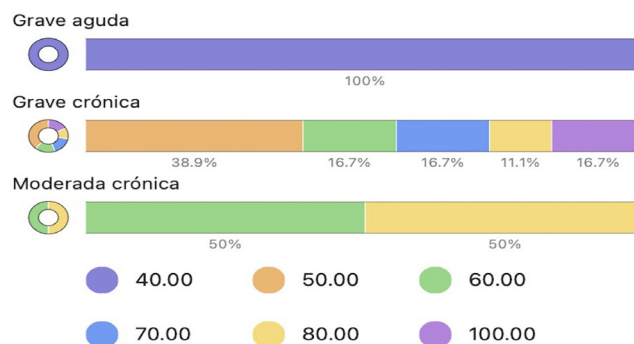
Objetivo: Describir el porcentaje de requerimientos energéticos basales en los cuales los pacientes desarrollaron síndrome de realimentación, a lo largo de cuatro meses en un hospital de tercer nivel de atención.

Material y métodos: Estudio retrospectivo, transversal, observacional y descriptivo en un hospital de tercer nivel en la Ciudad de

México. Criterios de inclusión: paciente pediátrico con desnutrición grave y criterios de riesgo para síndrome de realimentación según las guías ASPEN. Se revisaron los expedientes para conocer la incidencia, tratamiento y evolución. Criterios de exclusión: ausencia de registro de electrolitos séricos.

Resultados: Durante cuatro meses se evaluó a 81 pacientes con sospecha de desnutrición grave y se derivaron al servicio de gastroenterología; de éstos, según los criterios de ASPEN, 21 se hallaban en riesgo de sufrir síndrome de realimentación. El porcentaje medio en el que se inició la dieta fue del 66% de los REB. Sólo al 52% de los pacientes se les administró una dosis de carga de tiamina y ningún paciente de manera basal tenía alteración de electrolitos (P, Mg, K). Se comparó el porcentaje de inicio del aporte energético con el desarrollo de síndrome de realimentación y no se observó que este criterio fuera estadísticamente significativo puesto que se registró una $p = 0,071$ y una ji cuadrada de 3,25, en la cual intervinieron otros factores como el grado de desnutrición y las comorbilidades adjuntas (Fig. 1).

Figura 1. Grado de desnutrición y porcentaje de inicio de los requerimientos energéticos basales. (Dom092)



Conclusiones: Es imperativo aumentar la sospecha diagnóstica en pacientes con síndrome de realimentación, así como generar más investigaciones sobre los principales factores que influyen en el desarrollo de éste para desarrollar estrategias y mejorar el desenlace de los pacientes con riesgo de síndrome de realimentación.

Financiamiento: No se recibió financiamiento de ningún tipo.

Dom093

SEGUIMIENTO NUTRICIONAL EN PACIENTES PEDIÁTRICOS CON INSUFICIENCIA INTESTINAL, EN LA CLÍNICA DE NUTRICIÓN PARENTERAL AMBULATORIA DE UN CENTRO HOSPITALARIO DE TERCER NIVEL EN MÉXICO

E. A. Rivera-Aguilera, E. S. García-Cárdenas, S. Villalpando-Carrión, Hospital Infantil de México Federico Gómez

Introducción: La nutrición parenteral domiciliaria (NPD) se ha convertido en una alternativa viable en niños con insuficiencia intestinal por síndrome de intestino corto (SIC) secundario a afección digestiva primaria, disfuncionales congénitas o resecciones quirúrgicas para mejorar su calidad de vida en su domicilio y a largo plazo. En México hay pocos centros hospitalarios en donde existan estos programas, pero no se cuenta con publicaciones que notifiquen los efectos de esta modalidad en los pacientes.

Objetivo: Evaluar el estado nutricional y su evolución en pacientes con insuficiencia intestinal que reciben nutrición parenteral ambulatoria, además de informar el seguimiento bioquímico.

Material y métodos: Estudio retrolectivo, descriptivo y longitudinal que incluyó a pacientes de 0 a 18 años, durante un periodo de seguimiento de 12 meses, atendidos en el Hospital Infantil de México Federico Gómez, con diagnóstico de insuficiencia intestinal y que recibían NPD. La información procedió de los expedientes de los pacientes. Las variables antropométricas fueron: peso, talla, talla para la edad, peso para la talla, índice de masa corporal, perímetro braquial y pliegue cutáneo tricipital. Las variables bioquímicas fueron: albúmina, aminotransferasas, gamma-glutamyl-transferasa (GGT), fosfatasa alcalina, calcio y fósforo. Y se recabó la incidencia de septicemia relacionada con catéter venoso central. El análisis descriptivo consideró medidas de tendencia central.

Resultados: Se incluyó a 5 pacientes, 4 masculinos y 1 femenino. La edad promedio fue de 2,7 años. Las causas del SIC que provocaron insuficiencia intestinal fueron atresia intestinal (40%), gastroquiasis (40%) y enfermedad de Hirschsprung total (20%). En todos los pacientes aumentó el peso, según lo refleja la mejor calificación z de peso/talla (Tabla 1). En el 80% mejoró la calificación z de talla/edad. En 60% mejoró el pliegue cutáneo tricipital. En 80% disminuyeron los valores de aminotransferasas, GGT y fosfatasa alcalina. El 80% de los pacientes cursó con al menos un episodio de septicemia relacionada con catéter venoso central.

Conclusiones: La NPD es una adecuada estrategia que mejora el estado nutricional y estabiliza los parámetros bioquímicos en la mayoría de los pacientes que utilizan este tipo de nutrición.

Financiamiento: No se recibió financiamiento de ningún tipo.

Tabla 1. Parámetros antropométricos talla/edad y peso/talla, al inicio y final del periodo de estudio. (Dom093)

Paciente	Enero			Diciembre		
	Talla (cm)	Talla/edad		Talla (cm)	Talla/edad	
		%	Calificación z		%	Calificación z
1	67	83	-5,28	75,5	85	-4,2
2	71	85	-3,55	82,5	93	-1,96
3	74	85	-3,61	80,5	88	-3,35
4	60	97	-0,73	69	88	-3,66
5	117	87	-2,99	121	91	-2,89

Paciente	Enero			Diciembre		
	Peso (kg)	Peso/talla		Peso (kg)	Peso/talla	
		%	Calificación z		%	Calificación z
1	6,6	88	-2,1	8,6	91	-1,72
2	7,1	82	-2,88	10,9	94	-0,53
3	7	80	-4,48	10,8	96	-0,11
4	5,2	86	-1,57	8,7	108	0,73
5	16,7	86	-4,52	21	94	-0,99

Dom094

SOBREPESO/OBESIDAD, ANSIEDAD/DEPRESIÓN Y PADRES DIVORCIADOS/SEPARADOS EN ESCOLARES Y ADOLESCENTES DE UN COLEGIO PRIVADO DE CALI, COLOMBIA

D. Velasco-Suárez, C. A. Velasco-Benítez, Hospital Universitario del Valle

Introducción: La obesidad en escolares y adolescentes es un problema de salud. Algunos estudios demuestran que en 2030 el 55% a 60% de los niños serán obesos. En la actualidad, los escolares y adolescentes tienen 15,5% a 23% de sobrepeso/obesidad. Los factores relacionados son ansiedad (16%-35%), depresión (2%-5,6%) y los niños de padres divorciados/separados tienen 1,6 veces más probabilidades de desarrollar sobrepeso/obesidad que aquellos sin disfunción familiar. La obesidad ha demostrado ser resistente al tratamiento; son fundamentales la prevención y el conocimiento de los factores de riesgo para evitar la exposición.

Objetivo: Identificar posibles vínculos entre sobrepeso/obesidad y ansiedad/depresión y padres divorciados/separados.

Material y métodos: Estudio descriptivo observacional y transversal. Participaron 637 escolares y adolescentes. Se tomaron variables sociodemográficas (sexo, raza, edad), clínicas (peso, talla, IMC), psicológicas (depresión, ansiedad) y familiares (padres separados/divorciados). Se diagnosticó sobrepeso/obesidad de acuerdo con las tablas de OMS para edad y sexo. Para identificar ansiedad/depresión se usaron los cuestionarios *Promis Anxiety Short Form* y *Promis Depression Short Form* por autorrespuesta.

Resultados: Del total de niños, 108 eran escolares de 10 a 12 años y 529 adolescentes de 13 a 18 años, 50,7% masculinos y 54,3% mestizos. El 27,6% tenía sobrepeso/obesidad, 43,2% ansiedad, 46,5% depresión y en el 3,9% uno o dos de sus padres no convivían. Hubo mayor oportunidad de sufrir sobrepeso/obesidad cuando uno o ambos padres no convivían con el escolar o adolescente (OR = 3,48; IC95%, 1,43-9,20; p = 0,0026), sobre todo en ausencia materna (OR = 2,50; IC95%, = 1,34-4,63; p = 0,0013) y en adolescentes (OR = 4,62; IC95%, 1,68-13,34; p = 0,0004).

Conclusiones: El sobrepeso y la obesidad traen consigo consecuencias para la salud. El exceso de grasa corporal se acompaña de un aumento de la resistencia a la insulina y alteraciones psicosociales. Cerca de 30% y más del 43% de los escolares y adolescentes tuvieron sobrepeso/obesidad y ansiedad/depresión, respectivamente. El sobrepeso/obesidad fue mayor en los escolares y adolescentes que no convivían con uno o ambos padres, en particular con ausencia materna y durante la adolescencia.

Financiamiento: Este trabajo fue patrocinado por la Universidad del Valle, Cali, Colombia.

Dom095

RETOS EN EL DIAGNÓSTICO NUTRICIONAL DEL PACIENTE CON ENFERMEDAD HEPÁTICA

M. Reyes-Apodaca, A. Consuelo-Sánchez, A. M. Cruz-Hernández, D. López-González, A. Almiray-Soto, Hospital Infantil de México Federico Gómez

Introducción: La prevalencia de desnutrición en el paciente con enfermedad hepática crónica (EHC) que se encuentran en lista de espera para trasplante hepático oscila entre 55% y 80% y con sarcopenia de 40%. Los mecanismos fisiológicos referidos para ambas entidades son similares y fundamentalmente vinculados con el incremento del catabolismo y malabsorción en relación con colestasis. La evaluación del estado nutricional es crítica, pese a lo cual se ha sugerido que el peso y sus indicadores como la relación de peso para la talla (PT) o el índice de masa corporal (IMC) pueden estar sesgados por la posible influencia de las visceromegalias y la ascitis al subestimar la desnutrición. El uso del perímetro de brazo (PB) como parámetro para definir desnutrición se utiliza en niños < 5 años y se desconoce, hasta ahora, si este indicador puede emplearse como marcador nutricional en los pacientes con EHC de cualquier edad.

Objetivo: Determinar si la medición del perímetro de brazo (MUAC) y el IMC permiten identificar el estado nutricional del paciente con

EHC; identificar la vinculación entre la antropometría y la composición corporal medida por DEXA.

Material y métodos: Estudio transversal que incluyó a los pacientes con EHC de diversas causas (atresia de vías biliares [AVB], hepatitis autoinmunitaria, enfermedad hepática de origen metabólico y otras causas). Se realizó evaluación antropométrica que incluyó: peso, talla, MUAC y pliegue cutáneo tricipital (PCT); se calculó el IMC, el área muscular del brazo (AMB) y el área grasa del brazo (AGB) y se utilizaron los parámetros de referencia de los CDC de acuerdo con sexo y edad. Se recabaron los datos de la composición corporal de la DEXA de masa magra y masa grasa, se determinaron el índice de masa magra (IMM) y el índice de masa grasa (IMG) y se compararon con los parámetros para población mexicana. Se utilizó estadística descriptiva.

Resultados: Se incluyó a 28 pacientes con afección de diversas causas, pero predominó la enfermedad hepática de origen metabólico (46%); se identificaron otras causas (25%), AVB (18%) y factores autoinmunitarios (11%). El 75% correspondió a mujeres, con una mediana de edad de 129 meses. El 75% de los pacientes desarrolló visceromegalias y 19% de ellos tenía ascitis. Al clasificar el estado nutricional por IMC no se identificó algún paciente con desnutrición; al utilizar el MUAC para clasificar el estado nutricional (< percentil 5°), el 28% de los pacientes registró desnutrición, aunque al usar la desviación z se identificó un 10% menos de casos (17,8%). El PCT no reveló alteraciones en ninguno de los pacientes. El 57% de los pacientes tenía talla baja. No se encontró correlación significativa entre el AMB y el índice de masa magra (IMM) obtenido por DEXA; por otro lado, el PCT se correlaciona mejor con el IMG del DEXA respecto de la determinación de AGB. Es importante resaltar que ningún paciente tuvo una calificación z PCT o IMG < - 2 DS.

Conclusiones: En este estudio se identificó que el IMC en el paciente con EHC, con visceromegalias y ascitis, puede subestimar la desnutrición en el 30% de los pacientes. El percentil 5° del MUAC puede ser la evaluación más precisa para identificar la desnutrición en el paciente con EHC; la calificación z de esta medición subestima un 10%. Aún debe definirse el valor de la antropometría en la detección de la disminución de la masa muscular y es probable que el AMB tenga un papel para este fin; sin embargo, debe recordarse que la antropometría es dependiente del operador, por lo que es fundamental la estandarización para su uso.

Financiamiento: No se recibió ningún financiamiento.

Dom096

IMPACTO ECONÓMICO DE LA DESNUTRICIÓN EN MENORES DE CINCO AÑOS CON ENFERMEDAD HEPÁTICA CRÓNICA

A. M. Cruz-Hernández, M. Reyes-Apodaca, M. P. Hernández-Ruiz, Hospital Infantil de México Federico Gómez

Introducción: La prevalencia de desnutrición hospitalaria se ha descrito en 15% a 60%, aunque en algunas regiones es mayor. En México existen informes de una prevalencia de desnutrición de 26% a 55% de los pacientes. Asimismo, los costos económicos de la desnutrición representan un reto en la medicina de prevención, más en aquellos pacientes con enfermedades crónicas, como las hepatopatías; la desnutrición de la población pediátrica modifica el pronóstico clínico y también la estancia hospitalaria prolongada, con mayor mortalidad, alto índice de readmisión no programada e incremento de costos del tratamiento.

Objetivo: Describir el efecto económico de la desnutrición en un hospital pediátrico de tercer evaluado con circunferencia media del brazo en menores de cinco años.

Material y métodos: Estudio transversal descriptivo y analítico. El universo de trabajo se integró con los pacientes pediátricos menores de cinco años con enfermedad hepática crónica (más de seis meses de evolución) que recibieron atención en el Hospital Infantil de México Federico Gómez. Se excluyó a los pacientes prematuros y con otra anomalía agregada (renal, pulmonar, cardíaca o neoplasia). Se recabaron datos antropométricos (peso, talla, IMC y circunferencia media de brazo: MUAC) y los indicadores se interpretaron con la referencia correspondiente para sexo y edad de acuerdo con los parámetros de referencia de la OMS o los CDC según correspondiera. Se obtuvieron los datos del número de días de estancia hospitalaria y se clasificaron según fuera el diagnóstico nutricional con IMC o MUAC para el cálculo de los costos.

Resultados: Se obtuvieron 105 pacientes con diagnósticos médicos de hepatopatías crónicas, el 54,3% del sexo masculino y el 45,7% del femenino, con edad promedio de 13,6 meses; entre los diagnósticos médicos figuraron atresia de vías biliares sin Kasai, atresia de vías biliares con Kasai, colestasis neonatal, hepatitis neonatal y otras causas. Al utilizar los criterios de Waterlow para clasificar el estado nutricional se identificó a 34 pacientes con desnutrición en diferentes grados (32%), mientras que mediante MUAC se observó una prevalencia del 36% de desnutrición aguda grave y 18% con desnutrición aguda moderada, para un total global de 54% de desnutrición. Aquellos pacientes identificados con MUAC con desnutrición grave fueron los que tuvieron más días de estancia hospitalaria, en tanto que los clasificados con estado nutricional normal mediante Waterlow fueron los que requirieron más días de estancia hospitalaria (Tabla 1).

Conclusiones: Los pacientes menores de cinco años clasificados nutricionalmente con el MUAC tienen un menor número de días de estancia hospitalaria, lo que representa una disminución de los costos hospitalarios. El MUAC usado como marcador nutricional favorece la intervención temprana; en este estudio se identificó que la clasificación del estado nutricional mediante Waterlow puede subestimar la desnutrición, lo cual retrasa la intervención temprana y al mismo tiempo el costo económico de la desnutrición en pacientes con hepatopatía crónica.

Financiamiento: Ninguno recibido.

Tabla 1. Comparación del costo por hospitalización de acuerdo con el diagnóstico nutricional por MUAC y Waterlow. El cálculo de los costos referidos se realizó con el nivel 1 del tabulador del Hospital Infantil de México Federico Gómez. (Dom096)

Estado nutricional por MUAC	Días de estancia hospitalaria	Costos nivel 1 \$129	Estado nutricional por Waterlow	Días de estancia hospitalaria	Costos nivel 1 \$129
Normal	177	\$22,833	Normal	515	\$66,435
Riesgo de desnutrición	24	\$3,096	Riesgo de desnutrición	118	\$15,222
Desnutrición aguda moderada	157	\$20,253	Desnutrición aguda moderada	116	\$14,964
Desnutrición Aguda Grave	403	\$51,987	Desnutrición Aguda Grave	12	\$1,548
Costo total		\$98,169	Costo total		\$98,169

Dom097

PRESENCIA DE *HELICOBACTER* GÁSTRICOS NO *HELICOBACTER PYLORI* EN NIÑOS Y ADULTOS MEXICANOS CON MANIFESTACIONES GASTRODUODENALES

C. Romo-González, D. León-Cortés, M. Camorlinga-Ponce, A. Smet, C. De-Witte, F. Haesebrouck, E. Montijo-Barrios, Instituto Nacional de Pediatría

Introducción: Las especies de *Helicobacter* gástrico distintas de *Helicobacter pylori*, conocidas como NHPH, pueden colonizar la mucosa gástrica humana y su hospedador natural son los animales, como perros, gatos, conejos, cerdos y primates no humanos. Las principales especies son *H. bizzozeronii*, *H. felis*, *H. salomonis*, *H. suis* y *H. heilmannii*. Esta infección zoonótica se relaciona con gastritis crónica activa, úlcera péptica y linfoma MALT en seres humanos. Se conoce en escasa medida la frecuencia en personas; se ha informado una prevalencia de 0,2% a 20,8% según sea la región geográfica. En México no existen datos al respecto.

Objetivo: Conocer la frecuencia de especies de *Helicobacter* gástrico diferentes de *Helicobacter pylori* y su posible coinfección con *H. pylori* en niños y adultos con manifestaciones gastroduodenales.

Material y métodos: Se determinó la presencia de especies de *Helicobacter* gástrico distintas de *Helicobacter pylori* y también *H. pylori* en biopsias gástricas en una cohorte de niños con síntomas dispépticos indicativos de infección por *H. pylori* en una cohorte retrospectiva de adultos con enfermedades gastroduodenales, mediante PCR de punto final; la identidad de la especie se confirmó con secuenciación de Sanger y el estudio recibió aprobación del comité de investigación, ética y bioseguridad del Instituto Nacional de Pediatría.

Resultados: De un total de 234 niños y 85 adultos, 143 (61,1%) y 47 (55,3%) respectivamente fueron positivos a *Helicobacter* spp. En niños se identificó infección con *H. pylori* en 82 (57,3%) y con NHPH en 89 (62,3%); en el caso de los adultos las cifras fueron de 30 (63,8%) y 25 (53,19%), respectivamente. La infección con cada especie NHPH en niños y adultos fue la siguiente: *H. bizzozeronii* en 56 (62,9%) y 1 (4%); *H. felis* en 40 (44,9%) y 10 (40%); *H. salomonis* en 11 (12,3%) y 0 (0%); *H. suis* en 10 (11,2%) y 1 (4%); *H. heilmannii* en 1 (1,1%) y 14 (56%), respectivamente. Se observó infección única ya sea con *H. pylori* o NHPH en 96 (67,2%) en niños y 37 (78,7%) en adultos; sin embargo, también se reconoció coinfección en 47 (32,8%) de los casos en niños y 10 (21,3%) en adultos, ya sea entre Hp y NHPH o entre las diferentes NHPH.

Conclusiones: Más del 50% de los niños y adultos de este estudio estuvo infectado con *Helicobacter* spp. Las especies frecuentes de *Helicobacter* gástrico distintas del *Helicobacter pylori* en niños fueron *H. bizzozeronii* y *H. felis* y en adultos *H. heilmannii* y *H. felis*, y se identificó coinfección incluso con más de dos especies en ambos grupos de edad. Este trabajo mostró por primera vez la frecuencia de infección zoonótica de *Helicobacter* gástrico diferente de *Helicobacter pylori* en niños y adultos mexicanos con manifestación gastroduodenal. Parece necesario conocer estudios sobre los mecanismos de patogenidad y correlación de hallazgos endoscópicos, clínicos e histológicos con especies de *Helicobacter* gástrico diferentes de *Helicobacter pylori*.

Financiamiento: Fondos Federales del Instituto Nacional de Pediatría.

Dom98

COMPORTAMIENTO DE LOS PATÓGENOS GASTROINTESTINALES POSPANDEMIA EN PACIENTES PEDIÁTRICOS EN LA CIUDAD DE MÉXICO

L. Escobedo-Berumen, M. C. Casillas-Casillas, C. López-Enríquez, A. I. Quesada-Tortoriello, H. Silva-Ramírez, D. G. Garay-Carmona, A. Blanco-Montero, G. Tijerina-Tijerina, R. Osegueda-Mayen, Hospital Español

Introducción: La gastroenteritis infecciosa es causante de 2 a 3 millones de muertes por año y representa una de las causas más comunes de mortalidad infantil en el mundo. A raíz de la pandemia y el aislamiento por el SARS-CoV-2, se ha observado un incremento del número de hospitalizaciones por infecciones gastrointestinales junto con agudización de los casos.

Objetivo: Describir el comportamiento de los agentes virales, bacterias y parásitos causantes de infecciones gastrointestinales que requirieron hospitalización durante los seis meses posteriores a la pandemia por SARS-CoV-2.

Material y métodos: Se realizó un estudio descriptivo, retrospectivo, observacional y transversal en el que se recolectaron los datos clínicos y epidemiológicos de pacientes con síntomas gastrointestinales de diciembre del 2022 a mayo del 2023 en el Hospital Español de México. Se incluyó a pacientes de 0 a 18 años que ingresaron al área de hospitalización con toma de panel gastrointestinal molecular PCR y diagnóstico de gastroenteritis infecciosa. Se realizó estadística descriptiva que registró la frecuencia y la proporción de las variables cualitativas de los patógenos más relevantes incluidos en el perfil molecular gastrointestinal PCR; se obtuvo la media aritmética y la desviación estándar para las variables cuantitativas con distribución normal.

Resultados: Se incluyó a 97 pacientes que cumplieron los criterios de inclusión, con un predominio del sexo masculino de 55,7% y una media de edad de 3,18 años \pm 3,44 (mínimo 2, máximo 16 años). Los síntomas reconocidos con más frecuencia fueron fiebre (51%), náusea (61%), vómito (78%), diarrea (72%), intolerancia a la vía oral (59,8%) y dolor abdominal (77%). Dentro de los estudios de laboratorio recolectados, en la biometría hemática se encontró una media de leucocitos de 9.370 \pm 4.196 (mínimo 3.100, máximo 24.000) con un predominio de neutrófilos sobre linfocitos del 54,5%. Sólo a un 48% de los pacientes se le solicitó estudio coprológico y de esa proporción el 20% tuvo sangre oculta en heces. Dentro del panel molecular gastrointestinal se informó que los patógenos más frecuentes encontrados eran norovirus y rotavirus, seguidos de *E. coli* enteropatógena y enterotoxigénica. Por temporalidad, febrero y marzo fueron los meses con mayor número de patógenos.

Conclusiones: Se observó en esta cohorte de los últimos seis meses pospandemia un incremento de casos en primavera, lo que puede atribuirse a cambios en la circulación viral y bacteriana por estacionalidad. Las diarreas por norovirus y rotavirus forman parte de la mayor proporción de diarreas en niños. Posterior a la pandemia se observa un mayor número de casos de rotavirus, lo que lleva a sospechar una relación con un fenómeno inmunológico por la pandemia junto con la disminución del uso de vacunas durante este periodo. Llama la atención el incremento de *E. coli* en relación con rotavirus, lo que a su vez lleva a sospechar tropismo viral y bacteriano, lo cual representa coinfección. Es importante para el médico de primer contacto identificar dolor abdominal, vómito y diarrea, ya que son la triada de síntomas a sospechar en una gastroenteritis aguda, luego de descartar afección abdominal quirúrgica, y prevenir la deshidratación por esta anomalía. **Financiamiento:** No se dispuso de financiamiento por parte de ninguna institución.

Dom99

REPORTE DE CASOS DE ENTERITIS EOSINOFÍLICA EN POBLACIÓN PEDIÁTRICA EN HOSPITAL MATERNO INFANTIL ISSEMyM

M. F. Quiroz-Mora, N. M. Mendoza-Tavera, V. J. Contreras-Garduño, Hospital Materno Infantil ISSEMyM

Introducción: Las enfermedades eosinofílicas gastrointestinales comprenden un grupo de alteraciones crónicas e inflamatorias poco frecuentes caracterizadas por infiltrado eosinofílico y afectan a uno o varios segmentos del tracto digestivo. Es una enfermedad crónica medida por el sistema inmunitario con síntomas de disfunción e inflamación. En su patogenia influyen factores genéticos y una respuesta inmunitaria Th2 inducida por antígenos. Se describen tres casos de pacientes pediátricos con antecedentes personales patológicos de alergia alimentaria, así como asma y síntomas gastrointestinales crónicos, derivados a la consulta de gastroenterología pediátrica para establecer el abordaje diagnóstico.

Objetivo: Identificar y determinar las principales manifestaciones clínicas en pacientes con enteritis eosinofílica.

Informe de casos: Se trata de tres pacientes de edad pediátrica, originarios del Estado de México, con antecedentes personales patológicos de alergia alimentaria, rinitis alérgica y asma. Cursan con dolor abdominal crónico y vómito en repetidas ocasiones que ceden con el consumo de medicamentos, además de síntomas respiratorios, valorados en el servicio de inmunología pediátrica en tratamiento con antihistamínicos y pruebas cutáneas positivas. Los estudios complementarios registran elevación de IgE y la biometría hemática identifica eosinofilia. Ante la sospecha clínica y con estudios complementarios alterados se decide solicitar estudio endoscópico, que revela lesiones nodulares diseminadas en colon descendente, transverso y ascendente. La **Tabla 1** muestra los principales datos clínicos y hallazgos endoscópicos de los pacientes.

Discusión: La enteritis eosinofílica es una entidad poco frecuente de orígenes desconocidos y puede afectar a niños y a adultos. En este informe de casos el factor principal que orientó el diagnóstico fueron los síntomas gastrointestinales. Los estudios de extensión del servicio de anatomía patológica mostraron infiltración eosinofílica. En algunos pacientes, este tipo de síntomas se vincula con enfermedades alérgicas, como asma, rinitis alérgica o alergia alimentaria, tal y como tenían estos pacientes. Los principales diagnósticos diferenciales fueron enfermedad inflamatoria intestinal y

parasitosis (uno de ellos tenía síndrome de Loeffler). Existen tres patrones de infiltración en el tubo digestivo, el más frecuente de los cuales es la afectación de la capa muscular, según lo demuestra el estudio de imagen realizado en los pacientes. Algunos consensos establecen un valor positivo > 15 eosinófilos por campo para establecer el diagnóstico; en estos casos, la panendoscopia reveló ≥ 20 eosinófilos por campo. Este informe de casos comunica la afectación gastrointestinal que desarrollaron los pacientes, así como la mejoría de los síntomas con inhibidor de la bomba de protones, una de las principales líneas de tratamiento descritas en las publicaciones médicas.

Conclusiones: Es necesario establecer un diagnóstico oportuno e instituir tratamiento; la biopsia por endoscopia es la herramienta principal para precisar un diagnóstico de confirmación. Deben tomarse en cuenta los antecedentes personales patológicos que pueden orientar también el diagnóstico. Los objetivos terapéuticos incluyen la mejoría o resolución de los síntomas; los inhibidores de la bomba de protones son la primera línea al reducir la atracción de eosinófilos y restablecer la integridad de la mucosa.

Financiamiento: El estudio se realizó con medios propios.

Dom100

HALLAZGOS HISTOLÓGICOS EN NIÑOS CON ALERGIA A LA PROTEÍNA DE LA LECHE DE VACA (APLV), ¿QUÉ PODEMOS ESPERAR?

D. A. Manzanera-Ornelas, R. Cervantes-Bustamante, F. E. Zárate-Mondragón, E. Montijo-Barrios, K. R. Ignorosa-Arellano, J. F. Cadena-León, E. Toro-Monjaraz, J. A. Ramírez-Mayans, M. C. Martínez-Soto, Instituto Nacional de Pediatría

Introducción: La alergia a las proteínas de la leche de vaca (APLV) es la principal causa de alergia a alimentos, con una prevalencia

Tabla 1. Principales manifestaciones clínicas y hallazgos endoscópicos en pacientes con enteritis eosinofílica. (Dom099)

Hallazgos iniciales	Paciente 1 (masculino) AEL	Paciente 2 (masculino) HLG M	Paciente 3 (femenino) ARVA
Dolor abdominal	Crónico intermitente	Crónico grave	Crónico intermitente
Vómito	Ocasional	Negado	Ocasional
Diarrea	Presente y crónica	Ocasional	Ocasional
Pérdida de peso	Negada	Negada	Presente
Hallazgos bioquímicos			
Albumina g/dL	4,2 g/dL	5,0 g/dL	4,3 g/dL
Hb g/dL	14,4 g/dL	14.7	15.8
Conteo absoluto de eosinófilos	4%	2%	2%
Inmunoglobulina E	129 UI/mL	201 UI/mL	5,9 UI/mL
Radiológicos			
Ascitis	Ausente	Ausente	Ausente
Endoscopia			
Mucosa inflamada/localización	Duodeno	Colon	Colon
Eosinófilos por campo	20 x campo	20 x campo	27 x campo
Histología			
Daño tisular	Presente	Presente	Presente
Tratamiento	IBP	IBP	IBP
Respuesta	Mejoría leve	Mejoría	Mejoría

mundial del 1% a 12%. La biopsia intestinal ha cobrado importancia en los últimos años como complemento diagnóstico de la APLV. Estas alteraciones histopatológicas se presentan a lo largo del tubo digestivo entero.

Objetivo: Describir la histología en el tracto digestivo en pacientes con APLV, menores de un año, en el Instituto Nacional de Pediatría entre 2008 y 2022. Describir la zona más afectada, el número de eosinófilos (al considerar como patológico > 15-20 eosinófilos por campo), la frecuencia de hiperplasia linfoide nodular, y la relación entre síntomas e histología.

Material y métodos: Estudio retrospectivo, transversal, observacional y descriptivo. Criterios de inclusión: pacientes con APLV, < 1 año, endoscopia alta y baja con biopsias. Criterios de exclusión: desnutrición, seropositivos a HIV, enfermedad inflamatoria intestinal, inmunodeficiencias primarias o secundarias, enfermedad metabólica o daño neurológico. Los pacientes se dividieron en dos grupos: I, uno a seis meses sin alimentación complementaria (AC); y II: seis a 13 meses con AC. La mayoría de los pacientes formaba parte de un protocolo prospectivo del mismo instituto hasta el año 2013, que recibió aprobación del Comité de Ética e Investigación.

Resultados: Se incluyó a 59 pacientes; el 54,2% correspondió a sujetos masculinos, con una edad promedio de 3,3 meses. El grupo I se integró con 51 pacientes (86,5%). Predominaron las manifestaciones clínicas digestivas: vómito (100%), distensión abdominal (88,1%), estreñimiento (77,96%), diarrea (45,76%) y rectorragia (35,6%); respiratorias: broncoespasmo (47,45%) y laringoespasmo (27,11%); dermatológicas: dermatitis atópica (54,2%) y urticaria (8,47%); y generales: irritabilidad (89,8%) y llanto (67,8%). En el grupo II predominaron los síntomas respiratorios en comparación con el grupo I ($p = 0,012$).

De los 59 pacientes estudiados, en 17 (28,8%) se encontró el criterio positivo (> 15 eosinófilos/campo) como se muestra en la **Tabla 1**. Los hallazgos histológicos fueron esofagitis (35,6%), gastritis (33,8%), duodenitis (61%), proctitis nodular (55,9%) e hiperplasia nodular linfoide (11,8%). De los 21 pacientes con rectorragia, en 35% se cumplió el criterio de > 15 eosinófilos por campo en el recto; mientras que en el grupo sin rectorragia la cifra fue del 36,8% ($p = 0,4$, OR 1,16).

Tabla 1. Distribución de hallazgo histopatológico de eosinófilos. Se describen la localización histopatológica de los pacientes que cumplieron el criterio de > 15-20 eosinófilos por campo en los diferentes segmentos del tubo digestivo. (Dom100)

Eosinofilia	# pacientes (porcentaje)
Esófago	0 (0)
Antro	0 (0)
Duodeno	6 (31,5)
Recto	3 (15,7)
Duodeno y recto	6 (31,5)
Antro y duodeno	1 (5,2)
Antro, duodeno y recto	1 (5,2)
Total	17 (28,8)

Conclusiones: El diagnóstico de la APLV es clínico. Si por algún motivo se realiza estudio endoscópico, deben tomarse biopsias del tubo digestivo alto y bajo, donde se identifican > 15 eosinófilos/campo en 28,8% de los casos. Los sitios más afectados son duodeno y recto; no se identificó en ninguno de los casos en esófago. La rectorragia no se correlaciona con hallazgos endoscópicos o histológicos.

Financiamiento: Esta investigación no ha recibido ayuda específica proveniente de agencias del sector público, sector comercial o entidades sin ánimo de lucro.

Dom101

ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL EN PACIENTES PEDIÁTRICOS CON PRESENTACIÓN MUY TEMPRANA Y ACTUAL USO DE USTEKINUMAB

C. Maldonado-Rivera, K. G. Nieto-Magaña, P. Vilchis-Benítez, A. Gómez-Gallegos, Hospital Central Sur de Petróleos Mexicanos

Introducción: La enfermedad inflamatoria intestinal (EII) es un grupo de trastornos que afectan el tracto gastrointestinal: la enfermedad de Crohn (EC) y la colitis ulcerosa (CU). Son crónicas, sin curación, aunque con avances terapéuticos significativos. La prevalencia de EII en pediatría ha aumentado en los últimos años en el mundo entero.

Objetivo: Notificar dos casos de EII de presentación muy temprana con desenlace letal y un tratamiento novedoso de la enfermedad en la edad pediátrica.

Informe de casos:

Caso 1: Paciente masculino de un año con diarrea crónica, hematoquecia, pérdida de peso y retraso del crecimiento. Se diagnosticó CU por colonoscopia con signos de actividad acentuada y se inició tratamiento con prednisona y mesalazina; a pesar del tratamiento, el paciente sufrió perforación intestinal y falleció a los dos años.

Caso 2: Paciente masculino de tres meses con diarrea, falla de medro, hematoquecia y antecedente de hermano con CU; se demostró mutación del gen *IL10RB*. A pesar de recibir tratamiento con mesalazina, el paciente falleció a los cuatro meses de edad.

Caso 3: Paciente femenino de 13 años con diarrea, hematoquecia, anemia, pérdida de peso y dolor abdominal. Se diagnosticó EII y se inició tratamiento con mesalazina, prednisona y AZA; debido a una recaída se aumentó a infliximab, pero no se observó respuesta y a continuación se inició tratamiento con ustekinumab (UST), con mejoría notable.

Discusión: Se destaca la aparición temprana de los síntomas de los hermanos, por lo que se considera de inicio muy temprano en menores de seis años. Dado el antecedente del hermano mayor, se demostró mutación en el gen *IL10RB*, que codifica a la IL-10, que es esencial para mantener el balance del sistema inmunitario y determina la respuesta inmunitaria, lo que limita la secreción de citocinas proinflamatorias, entre ellas TNF- α , IL-1, IL-6, IL-12, y controla tanto la diferenciación como la proliferación de macrófagos, células T y células B.

Los defectos en IL-10/IL-10R pueden manifestarse como EII de inicio muy temprano y muestran características especiales, como pancolitis, fístulas, falla de medro, y son resistentes al tratamiento. Además, se informó el caso de una paciente con EC que no respondía a los tratamientos convencionales, pero experimentó mejoría significativa con UST y actualmente tiene un PCDAI de 0, según la pauta de tratamiento propuesta en la publicación más grande de casos pediátricos (44 sujetos de 10 hospitales). El UST es un anticuerpo monoclonal IgG1k que bloquea la actividad de IL 12/23 a través de su subunidad p40. En adultos ha demostrado su eficacia hasta en 35% de los casos de los pacientes antes expuestos a agentes biológicos. Sin embargo, este tratamiento en pediatría no se ha estudiado de forma amplia en la EC, como en las enfermedades reumáticas o dermatológicas, por lo que la excelente respuesta hasta el momento en esta paciente es un hito como tratamiento en el hospital de los autores.

Conclusiones: Llama la atención el caso de los hermanos con mutación del gen *IL10RB*, que requiere un alto índice de sospecha debido a su presentación muy temprana. Las investigaciones relacionadas con esta mutación mostraron que todos los pacientes con valores séricos elevados de IL-10 se diagnosticaron con EII. El UST es una alternativa terapéutica prometedora para la EC en pacientes que

no responden a la primera línea, como en los casos publicados en los que se obtuvo la remisión en un 38% en un protocolo y en un 48% de una cohorte de pacientes pediátricos con EC resistente al tratamiento anti-TNF.

Financiamiento: No se contó con ningún tipo de financiamiento.

Dom102

ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL DE INICIO TEMPRANO EN UN CENTRO TERCIARIO DE LA CIUDAD DE MÉXICO: CARACTERÍSTICAS Y ABORDAJE CLÍNICO

K. G. Duarte-Torres, A. M. García-Barrón, J. F. Cadena-León, K. R. Ignorosa-Arellano, E. Montijo-Barrios, F. E. Zárate-Mondragón, E. Toro-Monjaraz, R. Cervantes-Bustamante, J. A. Ramírez-Mayans, Instituto Nacional de Pediatría

Introducción: Una proporción de 3% a 15% de los pacientes con enfermedad inflamatoria intestinal (EII) pediátrica inicia antes de los seis años y sólo el 1% en menores de un año. La EII de inicio muy temprano (VEO-IBD) se presenta con un cuadro clínico moderado a

grave, multisistémico, de difícil diagnóstico y tratamiento, según sea el tipo de EII: colitis ulcerosa (CU), enfermedad de Crohn (EC) o colitis indeterminada (CI). El abordaje comprende la valoración clínica, serológica, radiológica y endoscópica/histológica.

Objetivo: Describir los casos de EII de inicio muy temprano entre 2012 y 2023 en el Instituto Nacional de Pediatría de la Ciudad de México.

Material y métodos: Se realizó un estudio retrospectivo y descriptivo de pacientes con diagnóstico de EII de inicio temprano (colitis ulcerosa, enfermedad de Crohn y colitis indeterminada) en el Instituto Nacional de Pediatría de la Ciudad de México, en el periodo de enero de 2012 a julio de 2023.

Resultados: La edad media de diagnóstico de la VEO-IBD fue de 32 meses, 9 (60%) pacientes eran hombres y 6 (40%) mujeres. Trece niños tuvieron diagnóstico de CU (87%) y dos niños de EC (13%). La edad media en el inicio de los síntomas fue menor en el grupo de EC. Sólo un paciente (CU) tuvo antecedente familiar de EII. Cinco individuos con CU tuvieron diagnóstico de error innato de la inmunidad y uno de EC. El tipo de parto fue vaginal en la mayoría de los pacientes con CU (75%). Siete (47%) sujetos se alimentaron al seno materno exclusivo y 7 (47%) recibieron alimentación mixta. El diagnóstico nutricional más frecuente en los pacientes con CU fue eutrófico (5), con desnutrición grave en los pacientes con EC (2). Ocho niños (53%) con CU y 2 (100%) con EC tuvieron puntuaciones leves en el Índice de actividad

Tabla 1. Características de los niños con enfermedad inflamatoria intestinal de inicio muy temprano. (Dom102)

Antecedentes	CU, n = 13	EC, n = 2
Género: masculino	8 (61%)	1 (50%)
Edad al inicio de los síntomas (meses)	24 (1-60)	19,5 (3-36)
Edad al diagnóstico (meses)	32 (6-161)	27 (16-38)
Antecedentes familiares (%)	1 (7,6%)	0 (0%)
Vía de nacimiento: vaginal (%)	9 (69%)	1 (50%)
Lactancia materna exclusiva	6 (46%)	1 (50%)
Inmunodeficiencia adjunta	5 (38%)	1 (50%)
Otra comorbilidad	5 (38%)	1 (50%)
Datos clínicos		
PUCAI CU, PCDAI EC	30 (20-65)	30 (25-35)
Dolor abdominal	7 (54%)	2 (100%)
Diarrea	13 (100%)	2 (100%)
Hematoquecia	12 (92%)	2 (100%)
Estado nutricional, eutrófico	5 (38)	0 (0%)
Laboratorio		
Hemoglobina, g/dL	10,9 (8,3- 13,2)	7,7 (5,8-9,7)
Hemoglobina < 11 g/dL (%)	7 (54%)	2 (100%)
Glóbulos blancos (10 ³)	14,4 (4,2-23,5)	14,5 (13,2-15,9)
Plaquetas (n x 10 ³)	388 (32-1.980)	305 (263-347)
PCR	0,4 (0,30-8,0)	0,33 (0,30-0,37)
VSG, mm/h	46 (24-66)	12 (3-21)
Albúmina, g/dL	3,7 (1,2-4,3)	2,9 (2,5-3,3)
Albúmina % < 3,5 g/dL	7 (54%)	2 (100%)
Endoscopia		
Clasificación de París, CU E4, EC L1 (%)	8 (62%)	2 (100%)

CU, colitis ulcerativa; EC, enfermedad de Crohn; PUCAI, escala de actividad de colitis ulcerativa; PCDAI, escala de actividad de enfermedad de Crohn; E4, pancolitis; L1, 1/3 distal del íleon.

de la colitis ulcerosa pediátrica (PUCAI) y en el Índice de actividad de la enfermedad de Crohn pediátrica (PCDAI) en el momento del diagnóstico. La mayoría de los pacientes sufre diarrea, hematoquecia y dolor abdominal. Los niños con EC padecieron pérdida de peso, anemia e hipoalbuminemia; y los pacientes con CU tuvieron anemia, hipoalbuminemia y elevación de la velocidad de eritrosedimentación. Según la clasificación de París, ocho niños con CU se clasificaron como E4 (pancolitis), dos niños con EC como L2 (ileon) y uno como B2 (estenosis) (Tabla 1). El hallazgo histológico más frecuente fue la distorsión glandular en 10 niños con CU y un niño con EC. No se identificó a ningún paciente con diagnóstico de CI.

Conclusiones: El número de casos de VEO-IBD encontrados durante una década corresponde al 39% de todos los casos pediátricos de EI diagnosticados en este servicio. El predominio de CU sobre EC es consistente con las publicaciones médicas. Como factor de riesgo se describe el antecedente familiar de la enfermedad, pero en esta población sólo se notificó un caso; otro factor de riesgo es la relación con errores innatos de la inmunidad (en esta población se reconoció sólo a cinco pacientes, pero en el resto de los individuos no se realizaron estudios). La lactancia materna es un factor protector y en este estudio la mayoría de los pacientes recibió seno materno exclusivo o mixto. La presentación clínica fue más grave en sujetos con EC y afectación del crecimiento y del intestino delgado, lo cual se presenta en < 5% de los casos, además de hipoalbuminemia y anemia en ambos grupos y pancolitis en el grupo de CU. La característica más prominente fue la presencia de diarrea y hematoquecia, como se ha informado con anterioridad. La distorsión glandular fue el principal hallazgo histológico, a pesar de que en la mayoría de los casos se notifican hallazgos inespecíficos o indeterminados.

Financiamiento: No se recibió financiamiento de ningún tipo.

Dom103

INFECCIÓN POR CITOMEGALOVIRUS Y VIRUS DE EPSTEIN-BARR EN PACIENTES PEDIÁTRICOS RECEPTORES DE TRASPLANTE HEPÁTICO

M. F. Chelius-Muñoz, E. Hernández-Chávez, D. L. Franco-Gutiérrez, Instituto Mexicano del Seguro Social

Introducción: El trasplante de hígado (TH) es la norma de referencia de atención establecida en la enfermedad hepática terminal, insuficiencia hepática aguda y ciertos tumores hepáticos benignos y malignos. Aunque éste es un tratamiento curativo, en el contexto de una enfermedad letal, se reemplaza en una afección crónica que muestra múltiples morbilidades, como las infecciones por citomegalovirus (CMV) y virus de Epstein-Barr (VEB), que son un factor de riesgo independiente de pérdida del injerto y muerte; los factores predisponentes son la inmunidad del receptor, el tratamiento inmunosupresor o la coinfección con otros virus.

Objetivo: Describir la frecuencia de infección por CMV y VEB en receptores de TH.

Material y métodos: Estudio retrospectivo de pacientes pediátricos receptores de TH en seguimiento en la UMAE, Hospital de Pediatría del CMNO, del 2006 al 2023. Se recabaron datos demográficos, clínicos (diagnóstico, fecha de trasplante, tratamiento inmunosupresor) y bioquímicos (PCR y carga viral CMV y VEB). El análisis de los datos se efectuó mediante medidas de tendencia central para obtener frecuencias y porcentajes.

Resultados: Se incluyó a 31 pacientes trasplantados; 55% correspondió a mujeres, con edad media de 7,2 años ($\pm 5,2$). Las causas principales fueron la atresia de vía biliar (61,3%), el hepatoblastoma (22,5%), la falla hepática aguda (9,7%), la hepatitis

autoinmunitaria (3,2%) y la hemocromatosis (3,2%). En el transcurso del seguimiento, 8 (25,8%) pacientes fueron positivos a CMV y 13 (41,9%) a VEB. Como se muestra en la Tabla 1, se observó positividad PCR para CMV (8,1 meses) y de VEB (8,7 meses). Los ocho con CMV tuvieron manifestaciones, entre las principales la transaminasemia, la colestasis y la diarrea en 1 (12,5%) de ellos; de los 13 con VEB, dos cursaron asintomáticos y el resto sufrió infecciones recurrentes y adenopatías (al punto de que uno requirió amigdalectomía); hasta el momento no se ha notificado el síndrome linfoproliferativo.

El tratamiento con valganciclovir/ganciclovir para CMV se instituyó en el 100% hasta la negativización de la PCR; entre los efectos adversos se identificaron anemia, trombocitopenia y leucopenia en 2 (25%), con la necesidad de suspenderlo en uno de ellos antes de terminar el tratamiento. La inmunoglobulina para VEB se administró en 7 (53,8%) y durante su curso aparecieron exantema, edema y broncoespasmo en 1 (7,6%). El rechazo agudo se presentó en 3 (37,5%) con CMV y VEB en 3 (23%); hubo coinfección en dos. En relación con el tratamiento inmunosupresor se requirió su disminución en 100% de CMV y en 11 (84,6%) de VEB.

Conclusiones: Las infecciones posteriores a un TH figuran entre las complicaciones más frecuente y graves, ya que elevan la mortalidad por sus efectos directos e indirectos. La frecuencia de infección por CMV y VEB en pacientes pediátricos trasplantados fue similar a la publicada en la bibliografía (30%). Con respecto a sus factores se observó que los fármacos que interfieren con la función inmunitaria del hospedador originan una pérdida del control de la infección y elevan el riesgo de infección. Asimismo, los pacientes con hepatoblastoma que recibieron quimioterapia después del trasplante (n = 3) mostraron infección activa en 50%. Por ello, las intervenciones preventivas incluyen la estadificación del riesgo del donante y receptor, y la posterior vigilancia con determinaciones serológicas (PCR y carga viral), ya que el tratamiento oportuno puede conducir a resultados favorables.

Financiamiento: No se recibió financiamiento de ningún tipo.

Tabla 1. Infección por CMV y VEB en pacientes pediátricos receptores de trasplante hepático. (Dom103)

	CMV (n = 8)	VEB (n = 13)
Tiempo de infección	8,1 meses	8,7 meses
Datos clínicos	Transaminasemia Ictericia colestásica Diarrea	Asintomáticos IVRS recurrentes Adenopatías
Rechazo	Agudo (3)	Agudo (3) Crónico (1)
Tratamiento	Valganciclovir (8)	Inmunoglobulina (7)

Dom104

PERFIL DE TROMBOFILIA EN EL PACIENTE CON INSUFICIENCIA HEPÁTICA SOMETIDO A TRASPLANTE HEPÁTICO DURANTE 2022 EN EL HOSPITAL DE PEDIATRÍA UMAE, CMNO

D. L. Franco-Gutiérrez, M. F. Chelius-Muñoz, E. Hernández-Chávez, Instituto Mexicano del Seguro Social UMAE, Hospital de Pediatría, CMNO

Introducción: El trasplante hepático es la única alternativa terapéutica que modifica la calidad de vida de los pacientes con insuficiencia hepática. La hepatopatía grave e irreversible se encuentra entre las 10 principales causas de muerte en pacientes pediátricos en el país.

Dentro del estudio que se realiza como protocolo de trasplante se ha buscado la relación de trombofilias primarias y secundarias como factores de riesgo de trombosis y complicaciones vasculares relacionadas con el trasplante. La prevalencia de enfermedad tromboembólica venosa no esplácnica vinculada con la hepatopatía crónica por disminución de factores anticoagulantes se ha informado de 0,8% a 6,0% de los pacientes, por lo que se consideró importante realizar este estudio a los pacientes sometidos a trasplante en el 2022 en esta unidad.

Objetivo: Describir el perfil de trombofilia en pacientes sometidos a trasplante hepático y analizar los estudios generales de coagulación en el Hospital de Pediatría del CMNO.

Material y métodos: Se incluyó a los pacientes pediátricos de dos a 17 años objeto de trasplante hepático en el periodo comprendido entre enero y diciembre de 2022.

Resultados: Se incluyeron seis casos de pacientes trasplantados por atresia de vías biliares (AVB), hepatoblastoma, hepatitis autoinmunitaria y falla hepática aguda. La mediana de edad fue de $6,1 \pm 3$ (2-17 años) sin predominio de sexo. Los grados de gravedad de acuerdo con el estadio de Child-Pugh fueron los siguientes: estadio A (16,6%), estadio B (33,3%) y estadio C (66,6%). Se encontró como patrón hemostático predominante, según los estudios de coagulación, una trombofilia secundaria a hepatopatía crónica con una actividad disminuida de proteína C en 2 (33,3%) pacientes, proteína S en 66,6% y deficiencia de antitrombina III en 33,3%. No se identificaron mutaciones por polimorfismos en mutaciones del factor V de Leiden, gen de la protrombina G20210A, polimorfismos (MT+FR) C677T y A1298C. El marcador que indicó algún significado proinflamatorio vascular fue ECA-1 en su estado homocigoto. En relación con el resultado se determinó la relación con el patrón hemostático que revelaron los estudios de coagulación regulares, según fueran su correlación fisiológica y estado homocigoto o heterocigoto (riesgo alto o intermedio), riesgo inflamatorio vascular de trombosis y pacientes con trombosis posoperatoria.

Conclusiones: Con el TH en aumento, el conocimiento del espectro hemostático y patrón de trombofilia de los pacientes hará posible establecer un tratamiento adecuado de la coagulopatía perioperatoria y posoperatoria, así como determinar el riesgo de trombosis. A pesar de no demostrar ninguna trombofilia primaria se corroboró la existencia de trombofilia secundaria adquirida por hepatopatía crónica, demostrada por la deficiencia de proteínas anticoagulantes, que se correlacionó con el estadio de Child-Pugh de los pacientes al momento del trasplante. La relación de ECA-1 como marcador proinflamatorio y su papel en la patogenia de la fibrogénesis hepática pudo evidenciarse en su estado homocigoto.

Financiamiento: No se recibió financiamiento de ningún tipo.

Dom105

REPORTE DE SERIE DE CASOS DE DÉFICIT DE ALFA-1 ANTITRIPSINA Y REVISIÓN DE LA LITERATURA

P. I. Lara-Castro, Y. A. Castillo-de León, E. Esparza-García, D. K. Rojas-Valenzuela, UMAE Hospital de Pediatría Gastrogenética, UMAE, Hospital de Pediatría, CMNO, IMSS

Introducción: La deficiencia de antitripsina α_1 es un trastorno hereditario metabólico del grupo de las enfermedades raras que ocurre en 1:2.000 a 1:5.000 individuos; en esta afección se encuentran cifras circulantes bajas de la proteína antitripsina α_1 y está codificada por el gen *SERPINA1*. Las formas más comunes son S y Z. Alrededor de 10% a 15% de los individuos con deficiencia

de antitripsina α_1 y fenotipo PiZZ desarrolla enfermedad hepática significativa en la infancia por mal plegamiento y polimerización de la proteína, que se acumula en el retículo endoplásmico de los hepatocitos. La forma hepática es la forma de presentación predominante en la edad pediátrica, mientras que la afectación pulmonar aparece en la edad adulta. Se manifiesta en neonatos y lactantes en la forma de ictericia colestásica, hepatitis neonatal y enfermedad hemorrágica tardía, con elevación de bilirrubina conjugada e hipertransaminasemia y hepatomegalia. La biopsia puede ayudar al diagnóstico y en ella se encuentra inflamación lobular, necrosis hepatocelular variable, fibrosis, esteatosis y cirrosis; sin embargo, la norma de referencia es el análisis del genotipo de la proteína α_1 AT. No existe un tratamiento específico para la enfermedad hepática. La antitripsina α_1 se inhibe por oxidación, por lo que la administración de vitamina E puede ayudar a proteger del daño pulmonar.

Objetivo: Describir los casos de dos pacientes con déficit de antitripsina α_1 y revisión de las publicaciones médicas.

Informe de casos: Dos hermanos desarrollaron cuadros clínicos similares de la enfermedad.

Caso 1: Paciente masculino de 6 años 10 meses que inicia al mes de vida con mala rotación intestinal IIIc, ictericia e hipertransaminasemia (BT 6,0 mg/dL; BD 4,8 mg/dL; BI 1,2 mg/dL; TGP 65 U/L; TGO 122 U/L; FA 494 U/L; antitripsina α_1 0,36). La biopsia hepática revela colestasis intracitoplasmática intracanalicular con dilatación sinusoidal y congestión y proliferación discreta de ductos, así como fibrosis leve portal. El estudio de secuenciación masiva de exoma clínico identificó la variante p. (Glu366Lys) en ambos alelos, homocigoto del gen *SERPINA1*. En el seguimiento se encontró estable clínicamente, con los siguientes estudios de laboratorio: AFP 2,18; AST 76; ALT 59; GGT 28; LDH 276; FA 293; cr 0,3.

Caso 2: Paciente femenino de 5 años y 9 meses de edad que inició con el mismo cuadro colestásico, pero remitió a los cuatro meses de edad; también tenía valores bajos de antitripsina α_1 en múltiples ocasiones; se hallaba bajo tratamiento de vitamina E (400 mg/24 h) como hepatoprotector y en el seguimiento clínico se observaba asintomática; parámetros bioquímicos: AFP 1,85; AST 74; ALT 68; GGT 46; LDH 221; FA 242; cr 0,3; el ultrasonido de hígado y vías biliares indicó discreta hepatomegalia, sin más alteraciones.

Discusión: Es relevante considerar en el abordaje del lactante con colestasis el diagnóstico de deficiencia de antitripsina α_1 . En este país, la prevalencia no se conoce bien, quizá debido a la limitación de pruebas genéticas, pero en otros países, como los europeos, se reconoce como primera causa de enfermedades raras o de trasplante hepático o pulmonar.

Conclusiones: Debe considerarse que el déficit de antitripsina α_1 es una causa metabólica de colestasis en la etapa infantil y, dado que muchos casos de colestasis en etapa neonatal no se diagnostican con precisión, esta anomalía es una posibilidad. Más aún, es probable que en algún momento sea necesario el trasplante hepático en esta afección de herencia autosómica recesiva que exige asesoramiento genético.

Financiamiento: Este trabajo no recibió financiamiento.

Dom106

CARACTERIZACIÓN CLÍNICA, BIOQUÍMICA E HISTOLÓGICA DE HEPATITIS AGUDA DE ETIOLOGÍA DESCONOCIDA EN HOSPITAL DE SEGUNDO NIVEL EN MÉXICO

R. S. Pérez-Gutiérrez, K. Viramontes-Olmos, N. Frank-Márquez, M. Hernández-Ramírez, J. A. Salas-García, Centenario Hospital Miguel Hidalgo

Introducción: La etiología de la epidemia actual de hepatitis distinta de A-E en niños menores de 16 años es aún poco clara. La Organización Mundial de la Salud (OMS) registró 1.010 casos en 35 países en junio del 2022. En México se han notificado 68 casos que cumplían con la definición de caso sospechoso, es decir, todo niño o adolescente ≤ 16 años con hepatitis aguda documentada con AST o ALT > 500 UI/L, sin causa conocida o evidente. Se considera probable un caso sospechoso con resultado negativo al virus de la hepatitis A-E emitido por el InDRE. No existe un informe sobre la etiología identificada en pacientes mexicanos.

Objetivo: Realizar la caracterización clínica, bioquímica e histológica de los pacientes pediátricos que satisfacen la definición de caso probable de la OMS para hepatitis de origen desconocido en un hospital de segundo nivel en México durante el periodo del 1 de octubre del 2021 al 1 de julio del 2023.

Material y métodos: Se incluyó a todos los pacientes de un mes a 16 años que cumplían con la definición de caso sospechoso de hepatitis de origen desconocido propuesta por la OMS, y que ingresaron a partir del 1 de octubre del 2021 y hasta el 1 de julio del 2023 al Centenario Hospital Miguel Hidalgo en Aguascalientes, México. Tipo de estudio: descriptivo de corte transversal, retrospectivo y observacional. Variables analizadas: edad, sexo, estado nutricional, síntoma predominante, cifras de ALT y INR, serología de virus hepatotropos, PCR-multiplex, anticuerpos ANA, anti-LKM1, anti-SMA, informe histológico. Análisis estadístico: los resultados se analizaron con medidas de frecuencia relativa y central para la

obtención de porcentajes, media, promedio y desviación estándar. **Resultados:** Se identificó a ocho pacientes menores de 16 años con diagnóstico de hepatitis de origen desconocido de acuerdo con la definición operacional de la OMS en el Centenario Hospital Miguel Hidalgo. La edad promedio fue de $79,8 \pm 57,7$ meses. El sexo predominante fue el femenino (75%). En su mayoría, el estado nutricional de los pacientes al momento del ingreso fue eutrófico (50%). El síntoma predominante fue la ictericia (75%), seguida de astenia (50%) y dolor abdominal (37,5%). Los valores de ALT se registraron con una media de $2.093,13 \pm 858,51$. Los valores de INR tuvieron una media de $1,32 \pm 0,13$ s. Ningún paciente satisfizo criterios para insuficiencia hepática aguda. Entre las causas se identificaron factores autoinmunitarios en 37,5%, infección por adenovirus F40/41 en 25%, toxicidad por sustancias en 25% e infección por el virus de Epstein-Barr en 12,5%. El informe histopatológico más frecuente fue infiltrado linfoplasmocitario en 37,5% (Tabla 1).

Conclusiones: La causa más identificada en esta población fue la hepatitis autoinmunitaria, que se presentó en tres pacientes (37,5%), a diferencia de la frecuencia notificada en la bibliografía médica; sin embargo, coincide el adenovirus F40/41 como principal agente infeccioso identificado (25%), seguido del virus de Epstein-Barr (12,5%). No se identificaron otros virus hepatotropos. Por último, otra causa reconocida fue toxicidad por sustancias en el 25% de la población.

Financiamiento: No se recibió financiamiento de ningún tipo.

Tabla 1. Caracterización clínica, bioquímica e histológica. (Dom106)

Paciente	Datos clínicos	Datos bioquímicos	Datos histológicos
Femenino, 86 meses (ingreso 23/10/2021)	Ictericia, astenia, malestar general	ALT 1613, INR 1.35, VHA negativo, VHB negativo, VHC negativo, CMV negativo, EB negativo, ANA positivo	Infiltrado linfoplasmocitario difuso
Masculino, 29 meses (ingreso 14/01/2022)	Ictericia, irritabilidad, náusea	ALT 1.355, INR 1,24, VHA negativo, VHB negativo, VHC negativo, CMV negativo, EB negativo, anti-LKM-1 positivo	Infiltrado linfoplasmocitario
Masculino, 168 meses (ingreso 07/07/2022)	Astenia, ictericia, pérdida de peso	ALT 2.416, INR 1.64, VHA negativo, VHB negativo, VHC negativo, CMV negativo, EB negativo, PCR multiplex positiva a adenovirus F40/41	No se realizó
Femenino, 149 meses (ingreso 19/07/2022)	Ictericia, astenia, evacuaciones diarreicas	ALT 1.674, INR 1.29, VHA negativo, VHB negativo, VHC negativo, CMV negativo, EB negativo, PCR multiplex positiva a adenovirus F40/41	No se realizó
Femenino, 39 meses (ingreso 30/08/2022)	Dolor abdominal, vómito, malestar general	ALT 1.674, INR 1.29, VHA negativo, VHB negativo, VHC negativo, CMV negativo, EB negativo, ANA negativo, antimúsculo liso negativo	Infiltrado inflamatorio de predominio mononuclear, consistente con toxicidad por sustancias
Femenino, 8 meses (ingreso 19/09/2022)	Náusea, irritabilidad, ictericia	ALT 973, INR 1,35, VHA negativo, VHB negativo, VHC negativo, CMV negativo, EB negativo, ANA negativo, antimúsculo liso negativo	No se realizó
Femenino, 91 meses (ingreso 06/06/2023)	Astenia, dolor abdominal, ictericia	ALT 3.750, INR 1,30, VHA negativo, VHB negativo, VHC negativo, CMV negativo, EB negativo	No se realizó
Femenino, 110 meses (ingreso 17/06/2023)	Dolor abdominal, ictericia, náusea	ALT 3.001, INR 1,21, VHA negativo, VHB negativo, VHC negativo, CMV negativo, EB negativo, ANA positivo	Infiltrado linfoplasmocitario que rebasa la placa limitante

ALT, alanino aminotransferasa; INR, índice internacional normalizado; VHA, virus de hepatitis A; VHB, virus de hepatitis B; VHC, virus de hepatitis C; CMV, citomegalovirus; EB, virus de Epstein-Barr; ANA, anticuerpos antinucleares.

Dom107

DETERMINACIÓN DE LOS CRITERIOS DIAGNÓSTICOS PARA ENFERMEDAD HEPÁTICA AUTOINMUNE JUVENIL Y DE LOS GENOTIPOS HLA-DRB1 EN PACIENTES CON HEPATITIS AUTOINMUNE DEL HOSPITAL DE PEDIATRÍA DEL CMNO

M. Maldonado-Meza, Y. A. Castillo-de León, M. K. Angulo-Perea, F. Mendoza-Carrera, R. Ortega-Cortés, F. Calderón-García, Centro Médico Nacional de Occidente, Unidad Médica de Alta Especialidad, Pediatría

Introducción: La hepatitis autoinmunitaria (HAI) es una de las principales causas de hepatopatía en la edad pediátrica, con incremento de su incidencia en los últimos años, y que sin un tratamiento oportuno lleva a la cirrosis. El origen es multifactorial y existe evidencia de que un defecto en el control inmunológico juega un papel principal en individuos genéticamente predispuestos. Los genes *HLA-DRB1* encargados de la presentación de antígenos se han relacionado con el desarrollo de HAI; el alelo *HLA-DRB1*1301* se ha vinculado con la susceptibilidad en niños y *DRB1*0404* en individuos mexicanos. En el año 2018, ESPGHAN publicó el primer sistema de puntuación aplicable para el diagnóstico de la enfermedad hepática autoinmunitaria juvenil (EHAJ). No existe ningún informe en México que describa los alelos *HLA-DRB1* en niños o la aplicación de los nuevos criterios para EHAJ, por lo que se consideró relevante realizar este estudio.

Objetivo: Determinar los criterios propuestos para el diagnóstico de EHAJ en los pacientes con HAI del Hospital de Pediatría del CMNO y la frecuencia de los genotipos para *HLA-DRB1* y un grupo de referencia.

Material y métodos: Estudio transversal y descriptivo. Se incluyó a pacientes pediátricos con diagnóstico de HAI en seguimiento en el servicio de gastroenterología hasta enero de 2020. Se utilizó un grupo de referencia conformado por niños sanos sólo para el análisis de genotipificación para *HLA-DRB1* con fines comparativos de frecuencias alélicas. Se caracterizó a la población por datos clínicos, bioquímicos, histológicos y genéticos. Las variables cualitativas se analizaron con frecuencias y porcentajes, mientras que las cuantitativas con mediana y rangos.

Resultados: Se incluyó a 30 pacientes en seguimiento que fueron objeto de genotipificación del gen *HLA-DRB1* y se recolectaron las variables a analizar. Tras aplicar los criterios diagnósticos, se excluyó a dos pacientes, de tal modo que la muestra se integró con 28. El grupo de referencia para las frecuencias alélicas fue de 22 niños. El 85,7% correspondió al sexo femenino y el inicio predominante ocurrió en la edad preescolar/escolar para HAI-1 y lactante/preescolar para HAI-2. La enfermedad apareció de modo predominante como hepatopatía crónica en HAI-1 y como falla hepática aguda en HAI-2. La enfermedad autoinmunitaria extrahepática más frecuente fue la colitis ulcerativa. Se informó histología típica en el 34,6% y consistente en el 65,3%. Dos tercios iniciaron con fibrosis grave o cirrosis. El alelo *HLA-DRB1*03:01:01:01* (13%) fue el de mayor frecuencia en el grupo de los pacientes. La prevalencia del alelo *03:01:01:01 fue mayor en el grupo de pacientes, respecto del grupo de referencia y de la población general, pero sólo con esta última la diferencia fue estadísticamente significativa ($p = 0,023$).

Conclusiones: Con base en los nuevos criterios para EHAJ se confirmó el diagnóstico en casi la totalidad de los pacientes. La mayor prevalencia del alelo *03:01:01:01 en el grupo de pacientes respecto del grupo de referencia no fue estadísticamente significativa, lo cual sugiere que el tamaño de muestra de los controles fue pequeña. Es importante solicitar el perfil HLA en los sujetos con alta sospecha de HAI debido a que pueden orientar el diagnóstico

si los datos son inconclusos. Esto abre nuevas posibilidades futuras para el diagnóstico, vigilancia, pronóstico e incluso el tratamiento basado en el genotipo.

Financiamiento: No se recibió financiamiento de ningún tipo.

Dom108

DETERMINACIÓN DE SARCOPENIA A TRAVÉS DEL ÁREA TOTAL DEL PSOAS MEDIDO POR TOMOGRAFÍA COMPUTARIZADA EN PACIENTES CON ENFERMEDAD HEPÁTICA CRÓNICA Y CIRROSIS: UN ESTUDIO OBSERVACIONAL EN POBLACIÓN PEDIÁTRICA MEXICANA

E. Cárdenas-Anaya, F. E. Zárate-Mondragón, M. A. Mora-Tiscareño, M. Esparza-Aguilar, M. Bautista-Silva, E. M. Toro-Monjaraz, K. R. Ignorosa-Arellano, E. Montijo-Barrios, J. F. Cadena-León, Servicio de Gastroenterología y Nutrición Pediátrica del Instituto Nacional de Pediatría, Instituto Nacional de Pediatría

Introducción: La sarcopenia es un biomarcador pronóstico de la supervivencia posterior al trasplante hepático en adultos y niños, y su presencia en el paciente con hepatopatía crónica y cirrosis puede agravar las complicaciones vinculadas con la enfermedad. La determinación del área del músculo psoas por tomografía se considera la norma diagnóstica en investigación, en comparación con otros métodos como DEXA, bioimpedancia y perímetro braquial, los cuales se ven limitados por la ascitis, que es frecuente en esta población.

Objetivo: Determinar la frecuencia de sarcopenia definida mediante el área total del psoas medido por tomografía en pacientes pediátricos con enfermedad hepática crónica y cirrosis.

Material y métodos: Estudio observacional, analítico, retrospectivo y transversal. Se analizaron imágenes tomográficas de niños de 0 a 18 años con diagnóstico de hepatopatía crónica y de un grupo control de niños sin hepatopatía de 0 a 18 años con tomografía abdominal en una relación 2:1 a través del sistema PACS (*Picture archiving and communication system*). Se midieron las áreas del psoas derecho e izquierdo a nivel de L3-L4 en los planos sagital y coronal. Dos radiólogos pediatras del servicio de radiología del INP analizaron las imágenes para establecer una correlación interobservador. Se definió sarcopenia como un área total del psoas (tPMA) $< cz -2$. Las calificaciones z se calcularon con los rangos de referencia establecidos en la población sin hepatopatía (control). Se utilizó estadística descriptiva (media, mediana y desviaciones estándar) para crear gráficas de percentiles. Se obtuvo la calificación z correspondiente a -2 DE para cada año de vida y por edad. Para determinar si los pacientes pediátricos con hepatopatía crónica tenían sarcopenia (área del psoas < -2 DE), se realizó una prueba de hipótesis mediante prueba t de una muestra, tras contrastar la media del área del psoas de los pacientes con hepatopatía crónica contra la calificación z de la población sana. Se realizó un análisis de regresión univariado para comparar la relación entre la sarcopenia y el número de complicaciones.

Resultados: La frecuencia de sarcopenia de la población con hepatopatía crónica fue de 58,1% y los pacientes más afectados fueron los que tenían atresia de vías biliares. No se encontró relación entre el estado nutricional y la sarcopenia ($p = 0,26$). Se identificó una correlación estadísticamente significativa entre la alteración de la síntesis hepática (INR, albúmina) y la sarcopenia ($p = 0,023$), así como un vínculo entre la menor área total del psoas (sarcopenia) y la mayor puntuación PELD/MELD.

Conclusiones: La sarcopenia es un fenómeno prevalente en un 58,1% de la población pediátrica mexicana estudiada con enfermedad

hepática crónica. Se relaciona con mayor alteración de la síntesis hepática al corroborar la relación del eje hígado-músculo. Asimismo, este trabajo permite establecer valores de corte en la población pediátrica sin enfermedad hepática ni comorbilidades, lo cual hará posible realizar estudios prospectivos futuros que den origen a nuevas terapéuticas para tratar la sarcopenia en esta población.

Financiamiento: No se recibió ningún financiamiento.

Dom109

GLUCOGENOSIS: MANIFESTACIONES CLÍNICAS, ALTERACIONES BIOQUÍMICAS Y HALLAZGOS HISTOPATOLÓGICOS EN PACIENTES DE UNA INSTITUCIÓN DE TERCER NIVEL DE PEDIATRÍA EN LA CIUDAD DE MÉXICO

A. M. García-Barrón, A. Méndez-Contreras, K. G. Duarte-Torres, F. E. Zárate-Mondragón, E. Toro-Monjaraz, K. R. Ignorosa-Arellano, J. F. Cadena-León, R. Cervantes-Bustamante, J. A. Ramírez-Mayans, Instituto Nacional de Pediatría

Introducción: Las glucogenosis son enfermedades hereditarias del metabolismo del glucógeno. La de tipo I es consecuencia de la deficiencia de glucosa-6-fosfatasa y el cuadro clínico se caracteriza por distensión abdominal, hepatomegalia, hipoglucemia y acidosis láctica. La esplenomegalia puede aparecer en la de tipo IB. Pueden manifestarse con hiperuricemia, hipertrigliceridemia y neutropenia. La de tipo III se debe al déficit de la enzima desramificadora y los pacientes cursan con afectación hepática y muscular; además, pueden sufrir hepatomegalia, hipoglucemia e hipertrigliceridemia. Las complicaciones son retraso del crecimiento, fibrosis hepática, miocardiopatía y miopatía. El objetivo del tratamiento es conseguir un control metabólico óptimo con la finalidad de evitar episodios de descompensación.

Objetivo: Caracterizar los tipos de glucogenosis diagnosticados en el periodo de 2012 a 2022 en el Instituto Nacional de Pediatría de la Ciudad de México.

Material y métodos: Se realizó un estudio retrospectivo, unicéntrico y descriptivo mediante la revisión de expedientes clínicos de niños menores de 17 años 11 meses con diagnóstico de glucogenosis, en el Instituto Nacional de Pediatría de la Ciudad de México, en el periodo de enero de 2012 a diciembre de 2022.

Resultados: Se diagnosticó a 21 pacientes con glucogenosis, 10 (47,6%) del sexo femenino y 11 (52,4%) del masculino. Tres (14,3%) de ellos eran del tipo IA, 2 (9,5%) del tipo IB, 3 (14,3%) del tipo II, 12 (57,1%) del tipo III y 1 (4,8%) del tipo IV. La media de edad al inicio de los síntomas fue de seis meses; en cambio, la media de edad en que se estableció el diagnóstico fue de 36,6 meses. Dos (9,5%) pacientes tenían antecedentes de endogamia y en 3 (14,3%) de ellos la madre tenía antecedentes de aborto. Cabe destacar que tres individuos contaban con al menos un hermano con diagnóstico

de glucogenosis. La totalidad de los pacientes con glucogenosis IA, IB, III y IV tenía hepatomegalia; asimismo, en la de tipo II, el 100% mostró debilidad muscular (Tabla 1). La mitad de los pacientes con glucogenosis de tipo IB cursó con esplenomegalia y ojos de muñeca. En cuanto a los parámetros bioquímicos, se identificaron mayores concentraciones de triglicéridos en los tipos IA y III; mayores de ácido úrico en los tipos IA y IV; y datos de hipoglucemia en los tipos IA y IB. Las comorbilidades relacionadas más frecuentes fueron acidosis tubular renal (38,1%) y retraso global del desarrollo (9,5%). En 15 (71,4%) pacientes se informó fibrosis periportal en la biopsia hepática, en 7 (33,3%) infiltrado inflamatorio mononuclear, en 4 (18%) esteatosis macrovesicular y en 2 (9,5%) vacuolización de hepatocitos. La complicación más frecuente de manera global fue el retraso del crecimiento (52,4%), seguido de miocardiopatía (33,3%) y cirrosis hepática (24,3%). El 9,5% de los pacientes falleció durante los primeros meses de vida y el 52,4% perdió el seguimiento.

Conclusiones: La glucogenosis reconocida con más frecuencia fue la de tipo III, a diferencia de lo notificado en el estudio de Hazrat Bilali *et al.* en el que se observó con más frecuencia la de tipo I. Las manifestaciones clínicas halladas en este estudio coinciden con lo descrito en las publicaciones médicas. Un porcentaje significativo de pacientes falleció durante los primeros meses de vida y más de la mitad perdió el seguimiento. Es preocupante reconocer la situación que se vive en México, dado que se advierte cierta pérdida de sensibilización por parte de los médicos de primer contacto para la detección oportuna de este tipo de pacientes. Por lo tanto, se requiere una mayor conciencia y educación sobre esta enfermedad para garantizar un mejor pronóstico y calidad de vida para los afectados.

Financiamiento: No se recibió financiamiento de ningún tipo.

Dom110

SÍNDROME DE MOWAT-WILSON: DESCRIPCIÓN FENOTÍPICA, GENOTÍPICA E INVOLUCRO GASTROINTESTINAL. SERIE DE CASOS

J. L. Flores-Castillo, J. R. Palma-Baquedano, E. C. Pineda-Cely, B. Castro-Ortega, M. J. López-Zabaleta, T. Barragán-Arévalo, A. Villaseñor-Domínguez, R. Moreno-Salgado, L. B. Worona-Dibner, Hospital Infantil de México Federico Gómez

Introducción: El síndrome de Mowat-Wilson (SMW) es un trastorno genético infrecuente autosómico dominante. Su incidencia varía de 1/50.000 a 1/70.000. Es efecto de variantes patogénicas del gen *ZEB2* y se caracteriza por rasgos faciales distintivos, alteraciones neurológicas, cardiovasculares y gastrointestinales, en particular enfermedad de Hirschsprung (EH), estreñimiento y estenosis hipertrófica del píloro. No se han informado casos en México.

Objetivo: Describir las características demográficas, clínicas y genéticas del SMW de pacientes diagnosticados en un hospital de tercer nivel en México.

Tabla 1. Espectros clínicos en los diferentes tipos de glucogenosis en pacientes pediátricos mexicanos. (Dom109)

	Tipo de glucogenosis				
	IA	IB	II	III	IV
Hepatomegalia	3 (100%)	2 (100%)	1 (33,3%)	12 (100%)	1 (100%)
Esplenomegalia	1 (33,3%)	1 (50%)	0 (0%)	4 (33,3%)	0 (0%)
Distensión abdominal	3 (100%)	2 (100%)	1 (33,3%)	11 (91,7%)	1 (100%)
Ojos de muñeca	1 (33,3%)	1 (50%)	0 (0%)	5 (41,7%)	0 (0%)
Debilidad muscular	1 (33,3%)	0 (0%)	3 (100%)	4 (33,3%)	0 (0%)

Material y métodos: Serie de casos. Se incluyó a cuatro pacientes con diagnóstico de SMW clínico y genético por secuenciación del exoma completo. Se describieron edad, género, alteraciones neurológicas, cardiovasculares, gastrointestinales, urogenitales y estudio genético.

Resultados: Se describieron cuatro casos. La edad al diagnóstico fue de 41 a 132 meses, con dos casos del género femenino. Todos tenían características faciales distintivas; las manifestaciones restantes variaron en cada caso. Los cuatro pacientes viven en el momento actual.

Casos 1 y 2: Pacientes gemelas que compartieron manifestaciones clínicas, ambas con estreñimiento. Sólo en la gemela 2 se diagnosticó EH; luego de dos intervenciones quirúrgicas desarrolló nueve episodios de enterocolitis. Sobrevida actual de ambas: 61 meses.

Caso 3: Inició con estenosis hipertrófica de píloro y EH, ambas corregidas de forma quirúrgica. Sufrió episodios de enterocolitis y requirió redescenso transanal y derivación en colostomía transversa por una oclusión intestinal secundaria a bridas. Sobrevida actual: 143 meses.

Caso 4: Individuo proveniente de una comunidad endogámica, pero sin consanguinidad; mostró afección cardiovascular y neurológica más grave. No tuvo alteraciones gastrointestinales; sobrevida actual: 67 meses.

Conclusiones: En esta serie, el SMW es un padecimiento poco conocido y relacionado muchas veces con EH; debe considerarse en pacientes con estreñimiento crónico y rasgos faciales distintivos. Dado que la evolución clínica varía de acuerdo con el grado de afectación sistémica, el diagnóstico temprano es crucial para instituir un tratamiento multidisciplinario oportuno.

Financiamiento: No se recibió financiamiento de ningún tipo.

Dom111

COLESTASIS INTRAHEPÁTICA FAMILIAR PROGRESIVA. SERIE DE CASOS EN PACIENTES PEDIÁTRICOS

A. Consuelo-Sánchez, M. V. Pasos-Caamal, J. Aguirre-Hernández, A. Reyes-De la Rosa, P. F. Valencia-Mayoral, M. Reyes-Apodaca, L. B. Worona-Dibner, Hospital Infantil de México Federico Gómez

Introducción: La colestasis intrahepática familiar progresiva (CIFP) es una enfermedad rara con incidencia de 1 en 50.000-100.000 nacimientos. Se han descrito diversos genes que intervienen; hasta

ahora se han descrito 12 tipos diferentes de CIFP. No se han informado casos en México.

Objetivo: Describir las características clínicas y las variantes genéticas de una serie de casos de pacientes pediátricos mexicanos.

Informe de casos: Se identificó a 11 pacientes con CIFP en la clínica de hepatopatías del Hospital Infantil de México Federico Gómez. Los tipos identificados fueron 1 (1 caso), 2 (7 casos), 10 (1 caso) y 3 (2 casos). La relación H-M fue de 1,25:1. Los pacientes CIFP 3 fueron heterocigotos compuestos y los otros tipos predominantemente homocigotos (Tabla 1). La mediana de edad del inicio de los síntomas fue de tres meses, mientras que el diagnóstico molecular se confirmó en la mayoría de los casos 10 años después. Los pacientes con CIFP 3 fueron los diagnosticados de modo más tardío. Todos los pacientes sufrieron ictericia al inicio del padecimiento y siete permanecieron ictericos durante todo el seguimiento. El prurito se manifestó desde el inicio sólo en un paciente (CIFP 10) y en seis apareció en un momento posterior; fue persistente sólo en dos casos. Todos los pacientes se trataron con ácido ursodesoxicólico. La diarrea crónica se manifestó en dos casos (CIFP 1 y 10); en el paciente con tipo 1, la diarrea se mantuvo a lo largo del tiempo de forma intermitente. Cuatro enfermos mostraron desnutrición desde el inicio y tres de ellos persistieron así durante todo su seguimiento; es de resaltar que dos de ellos tuvieron menos de un año de seguimiento. Seis pacientes mostraron afectación de la talla al final del seguimiento y en tres ésta se acompañó de desnutrición desde el inicio del trastorno. Dos pacientes desarrollaron al inicio hipocolia/acolia, que fue transitoria. En el plano bioquímico, la colestasis fue leve durante todo el seguimiento; las medianas mínimos y máximos del perfil hepático fueron: BD 2 (0,08-9); ALT 73 (30-749); AST 148 (20-912); la GGT para los grupos de CIFP 1, 2 y 10 fue de 52 (12-79) y para el tipo 3 de 302 (154-886). Histológicamente, los datos relevantes fueron: colestasis intracitoplásmica e intracanalicular. En tres de siete casos se observó exocitosis biliar errática, transformación acinar en la mayoría. En ningún individuo se identificaron tapones de bilis en los colangiololes y los conductos biliares, excepto en un paciente con CIFP 3. La inflamación se observó en más de la mitad; tres de siete sufrieron disminución de los conductos biliares interlobulillares y proliferación de colangiololes. La fibrosis se observó en cuatro de siete pacientes, que fue leve en todos menos en uno. El paciente con CIFP 1 fue objeto de trasplante hepático.

Discusión: La confirmación diagnóstica de CIFP se realizó mediante estudio molecular; se tenía una sospecha clínica de CIFP distinta de 3 desde una década antes, ante la evidencia de colestasis con GGT baja, pero el diagnóstico se confirmó hasta que estuvo disponible la secuenciación de segunda generación, por lo que el diagnóstico se

Tabla 1. (Dom111)

Tipo CIFP	Locación	Genotipo	Gen/Locus
1	1. p.Asp304IlefsTer6 2. p.Arg271Ter	Heterocigoto compuesto	ATP8B1
2	p.Arg832Cys	Homocigoto	ABCB11
2	p.Arg832Cys	Homocigoto	ABCB11
2	p.Gly766Arg	Homocigoto	ABCB11
2	p.Arg832Cys	Homocigoto	ABCB11
2	p.Arg1128Ser	Homocigoto	ABCB11
2	p.Ala214Val	Homocigoto	ABCB11
2	p.Ala214Val	Homocigoto	ABCB11
3	1. p.Val1250SerfsTer52 2. p.Ile1144Thr	Heterocigoto compuesto	ABCB4
3	Microdelección de 1.1 Mb en 7q21.12 del brazo largo del cromosoma 7 que se extiende desde Chr7:86.765.146 - Chr7:87.935.273	Heterocigoto*	ABCB4
10	1. c.2003+2T>A (splice donor) 2. p.Gln677His	Heterocigoto compuesto	MYO5B

establece de manera más temprana sólo en fecha reciente. Los pacientes con CIFP 3 son los que representan un reto diagnóstico mayor. **Conclusiones:** La colestasis intrahepática familiar progresiva es una enfermedad que existe en México y debe sospecharse en todo paciente con colestasis con GGT normal. Esto es válido para la mayoría de las CIFP, a excepción de la de tipo 3, que debe sospecharse en todo paciente con enfermedad hepática crónica sin una causa identificada y que persista con GGT incrementada aun en ausencia de franca colestasis.

Financiamiento: No se recibió ningún financiamiento.

Dom112

SOLUCIONES INTRAVENOSAS EN PANCREATITIS AGUDA DURANTE LAS PRIMERAS 24 HORAS EN PACIENTES PEDIÁTRICOS DEL HOSPITAL CIVIL DE GUADALAJARA DR. JUAN I. MENCHACA

E. B. Burboa-Tostado, L. E. Flores-Fong, E. V. Estrada-Arce, K. G. Córdova-García, G. E. Lizardi, N. K. Bernal-Delgado, F. J. Obando-Lazo, Hospital Civil de Guadalajara Dr. Juan I. Menchaca

Introducción: La pancreatitis aguda (PA) es una entidad poco frecuente en la edad pediátrica, con incremento de la prevalencia y la mortalidad en los últimos años, sobre todo en relación con trastornos sistémicos y neoplásicos. El Hospital Civil de Guadalajara Dr. Juan I. Menchaca es un centro de referencia para pacientes pediátricos oncológicos. Aún existe controversia en los pilares del tratamiento de la PA en niños, debido en gran parte a las adaptaciones terapéuticas en adultos.

Objetivo: Describir el tipo y la cantidad de soluciones intravenosas utilizadas durante la reanimación hídrica en las primeras 24 horas de inicio de la PA y complicaciones clínicas en niños atendidos en el servicio de pediatría del Hospital Civil de Guadalajara Dr. Juan I. Menchaca.

Materiales y métodos: Pacientes pediátricos de 2,5 a 16,5 años con diagnóstico de PA hospitalizados en el Hospital Civil de Guadalajara Dr. Juan I. Menchaca en el periodo comprendido entre 2020 y 2023. Tipo de estudio: descriptivo, transversal y retrospectivo. Se utilizó estadística descriptiva para expresar los resultados.

Resultados: Se incluyó a un total de 19 pacientes, 9 del sexo femenino (47,4%) y 10 del masculino (52,6%), con edades de 2,5 a 16,5 años y media de 9,5 años (DE \pm 4,3), con estancia hospitalaria media de 16 días (DE \pm 17,9 días); se registraron 3 (15,7%) defunciones. Para la reanimación hídrica inicial se utilizó solución de Hartmann en 13 pacientes (68,40%), solución salina al 0,9% en 1 (5,20%) y mixta en 5 (26%). El volumen total máximo administrado fue de 3.993 mL/día y el mínimo de 726 mL/día (media, 1.858,5 mL/día), equivalentes a un aporte basal de 60% a 165% por Holiday-Segar. La media del ritmo de infusión en la primera hora (mL/h) fue de 1,28 (máxima 2,7, mínima 0,5). Las complicaciones generales señaladas fueron derrame pleural en 4 (21%) casos, anemia en 2 (10,5%), hipocalcemia en 29 (10,5%), choque en 1 (5,2), falla multiorgánica en 1 (5,2%) y muerte en 3 (6,3%).

Conclusiones: La adecuada reanimación hídrica intensiva en la PA es de vital importancia para disminuir la morbimortalidad relacionada con el choque, respuesta inflamatoria sistémica o sobrecarga hídrica. En consecuencia, la Asociación Internacional de Pancreatología (IAP) y la Asociación Americana de Páncreas (APA) recomiendan 1-3 mL/kg/h a 5-10 mL/kg/h hasta lograr objetivos de reanimación en las primeras 24 a 48 horas, con ACG de 250-500 mL/h más bolos de solución en caso de hipotensión. Por su parte, la Asociación Norteamericana Pediátrica de Gastroenterología y Nutrición (NASPGHAN) y la Asociación Europea de Gastroenterología y Nutrición Pediátrica (ESPGHAN) recomiendan iniciar reanimación hídrica radical de 1,5 a 2 veces los requerimientos basales. En esta

serie, la solución de Hartmann fue la más utilizada tal y como lo recomiendan la NASPGHAN y la ESPGHAN y en ningún paciente se indicaron coloides. El volumen total administrado calculado con la fórmula de Holliday-Segar y el ritmo de infusión de mL/h fueron menores que los recomendados en adultos por la ACG y para pacientes pediátricos por la NASPGHAN y la ESPGHAN. Las complicaciones generales fueron similares a las descritas en las publicaciones médicas. El diseño de estudio y el tamaño de la muestra limitan la posibilidad de establecer una relación entre el tipo de reanimación hídrica y las complicaciones de los pacientes pediátricos con PA en este trabajo. Se requieren otros diseños epidemiológicos y mayores series de casos.

Financiamiento: No se recibió financiamiento de ningún tipo.

Dom113

IMPACTO DEL MANEJO NUTRICIONAL EN LA ESTANCIA HOSPITALARIA EN PACIENTES PEDIÁTRICOS CON PANCREATITIS AGUDA EN UN CENTRO DE SEGUNDO NIVEL

K. G. Córdova-García, L. E. Flores-Fong, E. V. Estrada-Arce, Nuevo Hospital Civil de Guadalajara

Introducción: La pancreatitis aguda es una entidad poco frecuente en la edad pediátrica, con un incremento de la prevalencia y mortalidad en los últimos años, sobre todo en relación con afecciones sistémicas y neoplásicas. Esto último es importante, ya que el Nuevo Hospital Civil de Guadalajara representa un centro de referencia para pacientes pediátricos oncológicos. Aún existe controversia en el tratamiento de esta anomalía debido en buena medida a las adaptaciones del tratamiento de adultos. Dado que se trata de una atención nutricional y es uno de los pilares del tratamiento con importantes implicaciones en la evolución informada en otros estudios, es necesario estudiar sus efectos en los pacientes con pancreatitis aguda en este centro.

Objetivo: Calcular la diferencia de medianas entre el inicio de la alimentación oral o enteral de forma temprana o tardía y los días de estancia intrahospitalaria.

Informe de casos: Se realizó un estudio de cohorte dinámica retrospectiva en la división de pediatría del Nuevo Hospital Civil de Guadalajara, en el que se revisó el expediente electrónico de todos los pacientes con pancreatitis aguda en el periodo de enero del 2020 a junio del 2023. Se incluyó a 19 pacientes, de los cuales 9 fueron mujeres y 10 hombres (47,4% y 52,6%, respectivamente), con edad media de 9,5 años y desviación estándar (DE) \pm 4,3. La media de días de estancia hospitalaria fue de 16, con una DE \pm 17,9. Se registraron tres defunciones, dos ocurridas en la unidad de terapia intensiva pediátrica. La media del tiempo de ayuno fue de 3,6 días con DE \pm 4,9. En cuanto a la vía de alimentación, en el 84,2% de los pacientes se inició por vía oral, en el 10,5% por sonda nasogástrica y en uno no se logró su inicio.

Respecto del tiempo para el inicio de la alimentación, se consideró alimentación temprana la administrada en las primeras 48 horas y tardía después de este tiempo. En los pacientes en los que se inició la alimentación, el 50% fue de forma temprana y la otra mitad de forma tardía. Por su parte, los criterios para su inicio fueron la remisión del dolor en el 42,1% (n = 8), la extubación en 5,3% (n = 1) y en el 47,4% restante (n = 9) no se especificó.

En cuanto a la estancia hospitalaria, de acuerdo con el momento de inicio de la alimentación, en el grupo de alimentación temprana se obtuvo una mediana de 9 días con un rango intercuartílico (IQR) de 5,7, mientras que en el grupo de alimentación tardía se registró una mediana de 25 días con un IQR de 9,5, con una diferencia no

significativa entre ambos grupos y una p de 0,11. De los pacientes que fallecieron, en dos se inició alimentación de forma tardía y en uno no fue posible su inicio.

Discusión: En la bibliografía médica, aunque es escasa en pacientes pediátricos, se ha observado que el inicio de la alimentación oral o enteral de forma temprana (< 48 h) reduce el riesgo de avance a pancreatitis grave, necesidad de ingreso a terapia intensiva y complicaciones tempranas y tardías. Sin embargo, en este estudio se observó una diferencia de medianas con $p = 0,11$, la cual no es estadísticamente significativa. Es importante continuar la investigación acerca de esta afección con el fin de ofrecer mejores estrategias terapéuticas y disminuir el riesgo de complicaciones.

Conclusiones: Se observó una diferencia no significativa en el tiempo de estancia intrahospitalaria entre ambos grupos de estudio. Sin embargo, los resultados deben tomarse con cautela debido al tamaño pequeño de la muestra.

Financiamiento: No se recibió ningún financiamiento.

Dom114

PERFIL CLÍNICO-EPIDEMIOLÓGICO EN PACIENTES PEDIÁTRICOS CON DIAGNÓSTICO DE PANCREATITIS AGUDA. EXPERIENCIA DE NUEVE AÑOS EN UN CENTRO DE REFERENCIA DE TERCER NIVEL

L. C. López-Segovia, P. I. Lara-Castro, J. J. Vargas-Lares, J. C. Barrera-de León, Servicio Gastroenterología y Nutrición Pediátrica, Centro Médico Nacional de Occidente, Unidad Médica de Alta Especialidad, Hospital de Pediatría, Instituto Mexicano del Seguro Social

Introducción: La pancreatitis en niños se ha diagnosticado en las últimas décadas con mayor frecuencia debido al mayor reconocimiento de la enfermedad y sus causas. El diagnóstico es clínico y se basa en los criterios INSPPIRE que la clasifican en aguda, aguda recurrente y crónica. Los factores de riesgo de la pancreatitis aguda pediátrica difieren en comparación con el adulto. El reconocimiento de la epidemiología y las características clínicas en pacientes pediátricos podría guiar el diagnóstico y el tratamiento.

Objetivo: Describir el perfil clínico-epidemiológico en pacientes pediátricos con diagnóstico de pancreatitis aguda en un periodo de nueve años.

Material y métodos: Estudio transversal analítico en pacientes pediátricos con pancreatitis aguda ingresados en el servicio de gastroenterología pediátrica de un hospital de tercer nivel de marzo de 2014 a marzo de 2023. Se excluyó a los pacientes no tratados en ese servicio. Se participantes se dividieron de acuerdo con criterios de gravedad por NASPGHAN: leve, moderada grave y grave. Se recabaron datos demográficos, clínicos, antropométricos, bioquímicos, nutricionales y enfermedades relacionadas. La estadística inferencial se efectuó con ji cuadrada y t de Student, y la relación de riesgo con razón de momios (OR). El análisis de datos se llevó a cabo con SPSS V25".

Resultados: Se incluyó a 129 pacientes, 75 (58%) mujeres y 54 (42%) hombres. Edad media de $11,1 \pm 3,7$ años. Clasificación por gravedad: leve en 55 (42,6%), moderada grave en 44 (34,1%) y grave en 30 (23,2%). Presentación clínica principal: dolor abdominal en 123 (95,3%), vómito en 90 (69,7%), con evolución de $4 \pm 5,7$ días. Sólo 5 (3,8%) tenía antecedente familiar de pancreatitis. Se obtuvo igual porcentaje de estado nutricional entre eutróficos y obesos con el 37,9% ($p = 0,000$) sin modificación a su egreso. Había enfermedad acompañante en 81 casos (62,7%), en particular litiasis vesicular en 28 (34,5%). Las causas principales fueron idiopática con 56 (43,4%), biliar con 53 (41%) y medicamentosa con 8 (6,2%). Recibieron alimentación oral 92 (71,3%) individuos con inicio de alimentación de

$2,9 \pm 2$ días. Los hallazgos ecográficos fueron: edema pancreático en 62 (48%), litiasis vesicular en 40 (31%) y líquido libre en 33 (26%). Clasificación tomográfica de Baltazar: A en 10 (8,1%), B en 47 (38,5%), C en 12 (9,8%), D en 21 (17,2%) y E en 32 (26,2%). La necrosis se encontró en 23 (17,8%) pacientes y de este grupo 17 (73,9%) cursaban con pancreatitis grave. Por evolución, los pacientes requirieron en promedio $9,7 \pm 9,6$ días de estancia intrahospitalaria, readmisión en 12 (9,3%) a los 28 días de su egreso, y evolucionaron a pancreatitis aguda recurrente 8 (6,2%) pacientes, con tres casos identificados de mutación N29I (PRSS1), dos con mutación N34S (SPINK1) y uno con mutación $\delta F508$.

Conclusiones: Los escolares y adolescentes son los principales grupos etarios afectados, sobre todo del sexo femenino, y las manifestaciones son dolor abdominal y vómito. La etiología es idiopática. La gravedad clínica predominante es leve con intensidad tomográfica en la clasificación de Baltazar de tipo B. Menos del 10% de los pacientes se rehospitaliza y evoluciona a cuadros recurrentes.

Financiamiento: No se recibió financiamiento de ningún tipo.

Dom115

EVOLUCIÓN CLÍNICA DE PACIENTES PEDIÁTRICOS CON PATOLOGÍA PANCREÁTICA SOMETIDOS A COLANGIOPANCREATOGRAFÍA RETRÓGRADA ENDOSCÓPICA (CPRE) EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL EN UN PERIODO DE SEIS MESES

M. C. Gutiérrez-Herrera, D. Espinosa-Saavedra, Instituto Mexicano del Seguro Social

Introducción: La enfermedad pancreática es cada vez más frecuente en pediatría, pero en México no está establecido el éxito técnico de la CPRE en estos pacientes ni su evolución posterior a dicho procedimiento. En el plano internacional no se dispone de estudios suficientes sobre la CPRE en la afección pancreática pediátrica, pero esto es importante debido a su tasa elevada de morbilidad, por lo que al conocer las principales indicaciones para la CPRE, el éxito terapéutico y la evolución posterior puede reducirse la incidencia de pancreatitis aguda recurrente y mejorar el pronóstico de los pacientes.

Objetivo: Conocer el éxito terapéutico y clínico en pacientes pediátricos con enfermedad pancreática sometidos a CPRE en el servicio de gastroenterología y nutrición pediátrica del Centro Médico Nacional Siglo XXI en el periodo 2019-2022.

Material y métodos: Estudio observacional, descriptivo y longitudinal que incluyó a 15 pacientes con diagnóstico de afección pancreática sometidos a CPRE, atendidos en el servicio de gastroenterología y nutrición pediátrica del Centro Médico Nacional Siglo XXI de 2019 a 2022 con seguimiento de seis meses.

Resultados: Se incluyó a 15 pacientes, 12 mujeres (80%) y 3 hombres (20%), con las siguientes medias: edad, 14 años; peso, 55 kg; tiempo de inicio de síntomas hasta su valoración por el servicio, 18 meses; tiempo de inicio de síntomas hasta su primer CPRE en el servicio, 18 meses; y tiempo de inicio síntomas hasta la colocación de la primera prótesis, 17 meses. Se realizó un total de 50 CPRE (1-5 procedimientos por paciente) y las indicaciones más frecuentes fueron pancreatitis crónica (72%), páncreas dividido y recambio de prótesis pancreática (8% respectivamente), retiro de prótesis, CPRE fallida, estenosis del conducto pancreático, variante anatómica del conducto pancreático común y unión pancreatobiliar anómala (2% cada una). Se midieron los valores de amilasa y lipasa antes y después de las CPRE y se obtuvo una media de amilasa previa de 357 U/L y posterior de 212 U/L; lipasa previa con media de 680 U/L y posterior de 365 U/L. El éxito terapéutico se alcanzó en 92% de los procedimientos, mientras que éste fue incompleto en el 8%. Se

colocaron prótesis pancreáticas en 43 procedimientos (86%) y en 93% de los pacientes. Los diagnósticos posteriores a los procedimientos fueron pancreatitis crónica (76%), páncreas dividido (20%), dilatación de conducto pancreático y unión pancreatobiliar anómala (2% cada una). Hubo complicaciones en cuatro procedimientos (8%) y en 4 pacientes (26%). El éxito clínico se consiguió en 42 procedimientos (84%) y en la totalidad de los pacientes; las indicaciones más comunes fueron la variante anatómica del conducto pancreático común, el recambio de prótesis y el retiro de prótesis con 100% cada una, y la pancreatitis crónica (89%). El diagnóstico final con mayor éxito terapéutico fue la unión pancreatobiliar anómala con 100% y la pancreatitis crónica con 86%.

Conclusiones: Si bien este estudio incluye a una población relativamente pequeña, dentro de las publicaciones médicas es el primero que comienza a describir las características de los pacientes relacionadas con la consecución de éxito clínico y terapéutico tras la práctica de la CPRE en afecciones pancreáticas en la población pediátrica. Esto abre las oportunidades para conducir más estudios que establezcan pautas para procedimientos terapéuticos oportunos que mejoren el pronóstico de los pacientes.

Financiamiento: Este trabajo no cuenta con financiamiento externo.

Dom116

INCIDENCIA DE LA ENFERMEDAD DE INJERTO CONTRA HOSPEDERO GASTROINTESTINAL Y HEPÁTICO EN PACIENTES POSTRASPLANTADOS DE CÉLULAS HEMATOPOYÉTICAS PROGENITORAS EN HOSPITAL PEDIÁTRICO DE TERCER NIVEL EN MÉXICO

A. N. Elizarrarás-Ortega, R. Vázquez-Frías, J. F. Gaytán-Morales, F. O. Mendoza-Camargo, Y. A. Gómez-Domínguez, J. R. Palma-Baque-dano, M. Orozco-González, M. L. Sánchez-Díaz, S. A. Leal-Cortés, Hospital Infantil de México Federico Gómez

Introducción: La enfermedad de injerto contra hospedador (EICH) es una complicación multisistémica común del trasplante de células hematopoyéticas progenitoras (TCHP). La presentación clínica más frecuente de la EICH afecta a la piel, el tracto gastrointestinal y el hígado. No se dispone de estadísticas actualizadas sobre la incidencia de la EICH gastrointestinal y hepática, así como la mortalidad vinculada con su afectación en la población pediátrica mexicana, por lo que se consideró importante conducir este estudio.

Objetivo: Establecer la incidencia de EICH en pacientes sometidos a TCHP en un hospital pediátrico de tercer nivel en la Ciudad de México, además de describir la proporción de pacientes con TCHP que desarrolla EICH hepática y gastrointestinal y su evolución.

Material y métodos: Se realizó un estudio retrospectivo de expedientes de pacientes que recibieron TCHP en un hospital pediátrico de tercer nivel en México en el periodo comprendido entre el 1 de noviembre de 2011 y el 1 de diciembre de 2022; se identificaron las variables demográficas edad, sexo biológico, diagnóstico, tipo de trasplante, régimen de acondicionamiento, tipo de EICH y mortalidad vinculada. Se realizó estadística descriptiva y se calcularon las medidas de tendencia central y de dispersión para variables cuantitativas, así como frecuencias y proporciones para variables cualitativas. Para correlacionar las variables se utilizó la prueba de Pearson o Spearman, según correspondiera.

Resultados: De 145 expedientes de pacientes sometidos a TCHP incluidos en el análisis final, 55 desarrollaron enfermedad de injerto contra hospedador y de ellos en 34 se encontró compromiso gastrointestinal o hepático. La correlación entre los 14 pacientes con

afectación hepática y la mortalidad fue estadísticamente significativa ($p < 0,05$).

Conclusiones: Casi la mitad de los pacientes desarrolló EICH y la piel fue el sitio más afectado. En cuanto a la alteración gastrointestinal y hepática, es más frecuente la presentación conjunta y no por separado. No se observó correlación entre los fármacos utilizados en el acondicionamiento, fuente del trasplante, edad del donador, sexo del receptor y el donante, y la mortalidad en pacientes con EICH gastrointestinal o hepática. El único factor relacionado con mayor mortalidad es el compromiso hepático.

Financiamiento: No se recibió financiamiento de ningún tipo.

Dom117

DRUG-INDUCED LIVER INJURY (DILI) EN PEDIATRÍA: CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS Y EVOLUCIÓN BIOQUÍMICA

D. Chino-Valderrábano, B. González-Ortiz, Instituto Mexicano del Seguro Social, UMAE Pediatría Dr. Silvestre Frenk Freud

Introducción: La lesión hepática inducida por fármacos (DILI, *drug-induced liver injury*) es un padecimiento poco diagnosticado y con escasas publicaciones en niños. Los antibióticos y los antiépilepticos son los fármacos más relacionados con esta afección en la población pediátrica y pueden ocasionar lesión hepática aguda grave, enfermedad hepática crónica (5%), necesidad de trasplante hepático (17%) y falla hepática (5%). Dentro del abordaje de la DILI se cuenta con la calificación R, que facilita la clasificación de la lesión predominante (hepatocelular, colestásica o mixta) y guarda un nexo los valores séricos de ALT y FA (> 5 puntos: hepatocelular; 2-5 puntos: mixto; y < 2 puntos: lesión colestásica). La base del tratamiento es el retiro del fármaco y la prescripción de antioxidantes y hepatoprotectores.

Objetivo: Describir el patrón de lesión hepatocelular, identificar los fármacos relacionados con el desarrollo de DILI, conocer el número de casos en los que fue posible el retiro de ésta, detallar la evolución de FA, AST y BD séricas tras el inicio de las medidas antioxidantes y hepatoprotectoras, así como notificar casos de falla hepática.

Material y métodos: Se revisaron los expedientes clínicos de pacientes menores de 18 años diagnosticados con DILI en la UMAE Pediatría Dr. Silvestre Frenk Freud en el periodo de enero a diciembre de 2022 que acudieron a la consulta externa de gastroenterología para su seguimiento. Se recabaron características clínicas, cifras séricas de FA, AST y BD al momento del diagnóstico de DILI y seis meses después del inicio del tratamiento. Tipo de estudio: descriptivo, transversal, retrospectivo y observacional. Variables analizadas: sexo, edad, peso, talla, IMC, diagnóstico concomitante, fármaco(s) expuestos, patrón de lesión celular, valores séricos de ALT, FA y BD al momento del diagnóstico de DILI y seis meses después del inicio de tratamiento y falla hepática durante su evolución. Análisis estadístico: el análisis de las variables y los resultados se realizó con medidas de frecuencia relativas y centrales para la obtención de porcentajes, media y promedio.

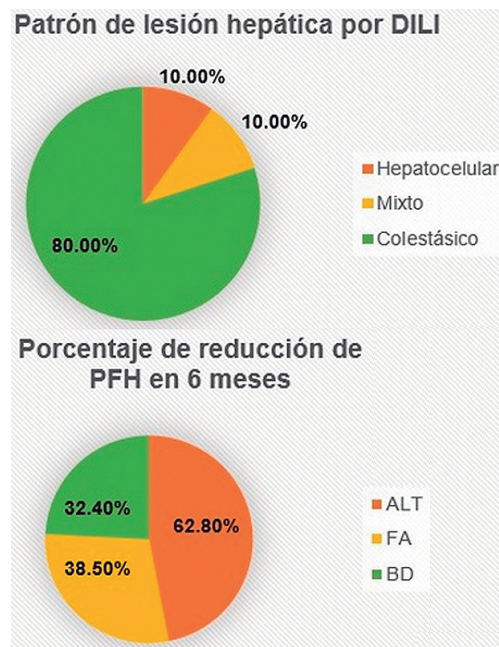
Resultados: Se analizaron 10 casos de pacientes con diagnóstico de DILI, con edad promedio de 10 años 1 mes; 70% correspondió a hombres. El IMC del 70% de los niños estudiados indicó peso bajo, 20% peso normal y 10% obesidad de grado 2. Los diagnósticos basales fueron anemia aplásica (10%), tumor de Wilms (10%), carcinoma hepatocelular (10%), posttrasplante renal de donador cadavérico (10%), LLA (40%), enfermedad diarreica (10%) y neurolupus (10%). El 20% de los pacientes recibió ciclosporina, 30% vincristina, 30% metotrexato, 10% amoxicilina con ácido clavulánico/trimetoprim con sulfametoxazol y 10% fenitoína. El patrón de lesión fue hepatocelular en 10%, mixto en

10% y colestásico en 80%. El promedio de reducción bioquímica después de seis meses de tratamiento de DILI respecto de la cifra inicial fue el siguiente: ALT 62,8%; FA 38,5%; y BD 32,4%. Ningún caso estudiado mostró falla hepática y sólo en el 20% de los niños fue posible el retiro del fármaco vinculado con la lesión. La Figura 1 representa el patrón de lesión celular y la reducción de PFH.

Conclusiones: Los pacientes con diagnóstico de DILI requieren abordaje y tratamiento prioritarios; el seguimiento es de largo plazo con un promedio de la resolución del cuadro bioquímico de seis meses. Algunas afecciones se reconocen con mayor frecuencia en la DILI, entre ellas los padecimientos crónicos tratados con citotóxicos que no pueden retirarse. Es poco frecuente la falla hepática; no obstante, el seguimiento bioquímico es esencial para la valoración del paciente.

Financiamiento: No se recibió financiamiento de ningún tipo.

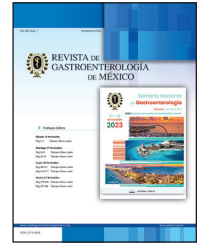
Figura 1. Representación del patrón de lesión hepática por DILI y reducción de ALT, FA y BD en un plazo de seis meses luego del inicio del tratamiento médico. (Dom117)





REVISTA DE GASTROENTEROLOGÍA DE MÉXICO

www.elsevier.es/rgmx



Exposición de trabajos libres en cartel

Domingo 19 de noviembre de 2023

Nutrición

Dom118

INDICADORES DIETÉTICOS Y ANTROPOMÉTRICOS ASOCIADOS A ESTEATOSIS HEPÁTICA EN ADULTOS APARENTEMENTE SANOS

C. I. Mulia-Mejía, S. E. Martínez-Vázquez, A. Kammar-García, L. F. Uscanga-Domínguez, Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán

Introducción: Se reconoce que la composición corporal y la dieta desempeñan un papel crucial en el desarrollo de MAFLD. Algunos estudios destacan la distribución de la grasa central como factor determinante en la aparición y la progresión de MAFLD, mientras que otros sostienen que la dieta realiza una función primordial, ya que ciertos nutrientes y la calidad de la dieta tienen un efecto directo en el metabolismo y la acumulación de grasa hepática.

Objetivo: Identificar los indicadores de evaluación dietética y antropométrica que se relacionan con mayor probabilidad con esteatosis hepática en adultos aparentemente sanos.

Material y métodos: Es un estudio transversal con adultos económicamente activos al parecer sanos que firmaron un consentimiento informado, de cualquier sexo, con diabetes o hipertensión controladas y sin diagnóstico de MAFLD. No se incluyeron los casos con enfermedades tiroideas, descontroladas, autoinmunitarias, amputaciones de extremidades, exposición a esteroides y consumo de antipsicóticos y antidepresivos. Se excluyó asimismo a quienes no cumplieron alguna de las evaluaciones. Se realizaron valoraciones dietética y antropométrica, la primera con recordatorios de 24

horas de pasos múltiples, y se analizaron con el software FoodProcessor v.11.11.32; en la segunda se midieron peso, talla con báscula de pedestal (SECA 700) y la circunferencia de cintura con cinta métrica (Lufkin), y la grasa hepática se evaluó con elastografía transitoria (CAP = dB/m). Se compararon los grupos con y sin esteatosis hepática con uso de U de Mann-Whitney. Para evaluar la relación de la composición corporal y la ingestión dietética con el CAP se aplicó un modelo de regresión lineal multivariable, y para determinar el grado de relación con el hígado graso se aplicó un modelo de regresión logística multivariable. En ambos modelos se incluyó el sexo como variable cualitativa y como variables cuantitativas la edad, IMC, circunferencia de cintura, energía, grasa saturada, azúcares totales, azúcares añadidos y fructosa. La colinealidad de las variables se evaluó con el factor de inflación de la varianza.

Resultados: Se seleccionó a 583 participantes, de los cuales se excluyó a 60 por no completar la medición de la elastografía; al final la cohorte se integró con 523 individuos para el análisis estadístico. La mediana de edad fue de 41 (29-52) años (61% de mujeres) y la mediana de CAP fue de 262 (210-303). En la **Tabla 1** se observan diferencias entre los grupos en la edad, IMC y circunferencia de cintura, con resultados mayores en los participantes con esteatosis. En el modelo multivariado de regresión lineal, el IMC ($\beta = 2,17$; IC95%, 0,08-4,28) y la circunferencia de cintura ($\beta = 2,13$; IC95%, 1,27-2,99) se relacionaron con el CAP, mientras que la energía ($\beta = 0,001$; IC95%, -0,01-0,01), grasas saturadas ($\beta = -0,32$; IC95%, -0,70-0,05), azúcares totales ($\beta = 0,08$; IC95%, -0,21-0,37), azúcares añadidos ($\beta = -0,14$; IC95%, -0,65-0,35) y fructosa ($\beta = -0,49$; IC95%, -1,56-0,57) no tuvieron relación significativa. De igual manera, en el modelo de regresión logística multivariable, el IMC (OR, 1,16;

Tabla 1. Comparaciones de la edad, sexo, composición corporal y datos dietéticos entre los participantes con y sin esteatosis hepática. Datos presentados como mediana (cuartiles 1°-3°) o frecuencia (%). Los datos cuantitativos se compararon con la prueba U de Mann-Whitney y los datos cualitativos con la prueba ji cuadrada. (Dom118)

	Muestra total n = 523 (100%)	Sin esteatosis hepática n = 278 (53,2%)	Esteatosis hepática n = 245 (46,8%)	p
Edad, años	41,0 (29,0-52,0)	35,5 (27,0-51,0)	44,0 (33,0-52,5)	< 0,0001
Sexo				
Mujeres, n (%)	321 (61,4)	178 (64,0)	143 (58,4)	0,19
Hombres, n (%)	202 (38,6)	100 (36,0)	102 (41,6)	
Índice de masa corporal	26,9 (23,6-30,1)	24,6 (22,2-27,4)	29,1 (26,9-32,5)	< 0,0001
Circunferencia de cintura, cm	89,0 (80,0-98,9)	83,0 (76,0-91,8)	95,5 (88,0-104,0)	< 0,0001
Energía, kcal	1297 (1041-1524)	1324 (1072-1545)	1253 (995-1512)	0,04
Proteína, g	53,6 (66,5-42,1)	54,8 (45,2-68,6)	52,6 (39,7-65,7)	0,07
Carbohidratos, g	132,1 (47,7-210,63)	133,2 (46,7-216,2)	130,5 (48,8-206,9)	0,65
Azúcares totales	26,5 (16,7-50,7)	26,6 (17,4-50,8)	25,9 (15,6-50,6)	0,32
Azúcares añadidos, g	7,2 (3,2-19,3)	7,15 (3,11-20,24)	7,49 (3,18-17,5)	0,74
Fructosa, g	4,6 (1,1-8,5)	5,0 (1,5-8,8)	3,9 (0,9-7,1)	0,03
Grasa, g	41,6 (28,5-71,5)	43,1 (29,9-82,4)	40,0 (27,4-61,5)	0,04
Grasa saturada, g	16,1 (10,8-26,3)	16,7 (11,2-30,3)	15,3 (10,3-24,9)	0,10

IC95%, 1,06-1,27) y la circunferencia de cintura (OR, 1,06; IC95%, 1,03-1,10) se vincularon con hígado graso. Las variables dietéticas no mostraron una relación.

Conclusiones: La evaluación antropométrica se vinculó más con la probabilidad de encontrar esteatosis hepática que la evaluación dietética. Se necesitan mejores herramientas para cuantificar y calificar la dieta en esta enfermedad.

Financiamiento: Sin financiamiento de ningún tipo.

Dom119

EFFECTO DE LA COMBINACIÓN DE ORLISTAT/L-CARNITINA A CORTO PLAZO EN LA CALIDAD DE VIDA, LA FATIGA, LA DEPRESIÓN Y LA ANSIEDAD DE PACIENTES CON SOBREPESO/OBESIDAD

S. Camacho-Hernández, M. Y. Carmona-Castillo, S. A. Vera-Nungaray, F. Higuera-de la Tijera, L. Delgado, D. Murguía-Domínguez, E. Altamirano-Castillo, L. D. Pozos-Hernández, Hospital General de México, Secretaría de Salud de la Ciudad de México

Introducción: El orlistat es un fármaco utilizado en pacientes con sobrepeso/obesidad (S/O) que, en combinación con la l-carnitina, podría mejorar su efectividad a corto plazo. No se ha determinado el efecto de esta mezcla sobre la calidad de vida (CV), la fatiga, la depresión y la ansiedad de pacientes con S/O.

Objetivo: Evaluar el efecto de la combinación de orlistat/l-carnitina (Or/lc) en la CV, la fatiga, la depresión y la ansiedad de pacientes con S/O.

Material y métodos: Se comparó la CV (*Short Form-36*), la fatiga (*Fatigue Severity Scale*), la ansiedad/depresión (*Hospital Anxiety and Depression Scale*), el índice de masa corporal (IMC) y el diámetro abdominal (DA, en cm) basal, a los 30 y los 60 días de tratamiento con Or/lc (120/200 mg, una dosis diaria) en 31 pacientes con S/O (42,87 ± 9,63 [39,48-46,26], 81% mujeres). No se impuso dieta y sólo se recomendó ejercicio moderado (30 minutos diarios). Los datos expresan promedio ± DE e IC95% o porcentajes,

según correspondiera. Se utilizó la prueba t de Student pareada, con dos colas; alfa = 0,05.

Resultados: En la **Figura 1** se observa que a los 60 días de tratamiento, los pacientes redujeron su IMC en 2,25%, la DA en 2,44%, con mejoría en el dolor corporal, salud general, vitalidad, salud mental y los componentes sumarios físico y mental. Los pacientes redujeron su fatiga (28,65 ± 12,97 [24,08-33,21] vs. 23,48 ± 13,59 [17,92-29,03], p = 0,005), aumentaron su ansiedad (20,06 ± 3,43 [18,86-21,27] vs. 21,57 ± 2,78 [20,43-22,7], p < 0,001) y disminuyeron su depresión (15,87 ± 2,14 [15,12-16,62] vs. 14,52 ± 2,09 [13,67-15,37], p = 0,002) a los 60 días de tratamiento. Sólo tres pacientes tuvieron episodios adversos leves (xerostomía, estreñimiento y diarrea).

Conclusiones: Estos resultados muestran que Or/lc es efectivo para disminuir el IMC y el DA, además de que mejora la calidad de vida, la fatiga y la depresión, pero acentúa la ansiedad. La percepción de bienestar subjetivo a corto plazo puede estimular circuitos hedónicos por la gratificación percibida y generar un mejor apego al tratamiento del S/O. Se necesitan protocolos clínicos controlados con placebo que confirmen estos hallazgos.

Financiamiento: No se recibió ningún financiamiento.

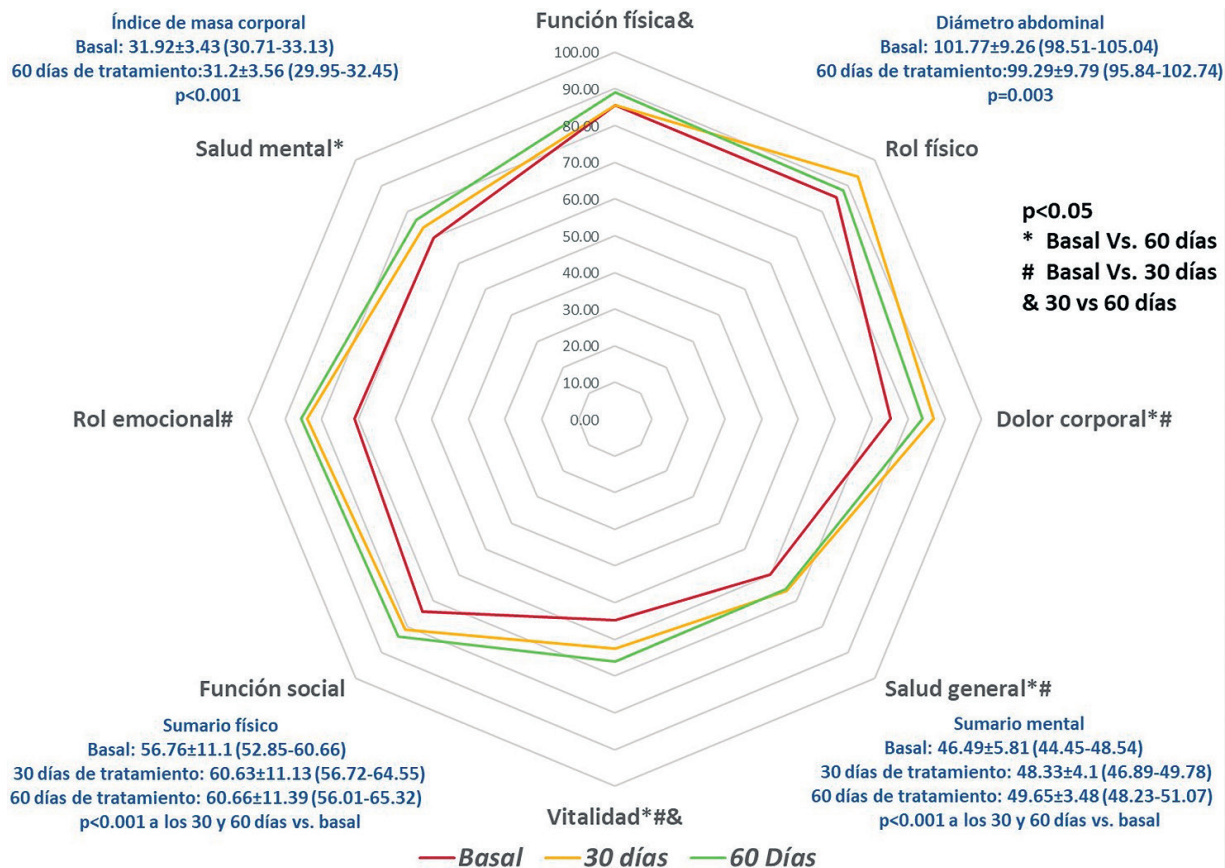
Dom120

ASOCIACIÓN DE MARCADORES DE INFLAMACIÓN CON EL ESTADO NUTRICIONAL EN PACIENTES CON CIRROSIS HEPÁTICA

A. Carranza-Carrasco, O. Méndez-Guerrero, N. Navarro-Álvarez, Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán

Introducción: La cirrosis hepática (CH) constituye una entidad patológica con una alta mortalidad, que cursa con inflamación sistémica, elevación de citocinas inflamatorias y estrés oxidativo. Dicha inflamación sistémica puede promover el desarrollo de desnutrición a través de la reducción de la síntesis de proteínas musculares y el aumento de la degradación de proteínas. A pesar de los métodos

Figura 1. Efecto de la combinación de orlistat/l-carnitina en el índice de masa corporal, el diámetro abdominal y la calidad de vida en 31 pacientes con sobrepeso/obesidad. (Dom119)



diagnósticos y tratamientos actuales, una gran proporción de pacientes experimenta con frecuencia evolución de la enfermedad a etapas terminales y complicaciones, como ascitis y sarcopenia.

Objetivo: Evaluar la relación entre el estado nutricional y los marcadores de inflamación galectina 3 e índice neutrófilos/linfocitos (NLR) en pacientes con cirrosis hepática.

Material y métodos: Estudio transversal analítico en el que se incluyó a pacientes con CH. Se evaluó el estado nutricional mediante el análisis vectorial de impedancia bioeléctrica (BIVA), una técnica rápida y no invasiva para la valoración del estado de nutrición e hidratación. Se realizó la medición de la galectina 3 circulante mediante ELISA y se calculó el NLR al momento de la inclusión en el estudio. Análisis estadístico: las características de los pacientes se presentaron en frecuencia y porcentaje. Se analizó la distribución de las variables cuantitativas con la prueba de Kolmogorov-Smirnov y se presentaron como promedio ± desviación estándar o mediana y rango intercuartílico de acuerdo con la distribución normal o libre de los datos. La comparación entre grupos se efectuó según fuera el estado nutricional: las variables paramétricas mediante las pruebas t de Student y Kruskal-Wallis para aquellos con distribución asimétrica. Las variables categóricas se analizaron mediante χ^2 de Pearson o exacta de Fisher. Un valor de $p < 0,05$ se consideró estadísticamente significativo.

Resultados: Se incluyó a 90 pacientes con diagnóstico de CH de cualquier causa. La mediana de edad fue de 54 (46-60) y la principal causa de CH fue VHC (30%). La mayoría de los pacientes se encontraba en Child-Pugh B (52%) y la mediana de la clasificación MELD fue de 12 (9-14) y MELD-Na de 13 (10-17). El estado nutricional se dividió en cuatro grupos: 1, estado nutricional normal (24,4%); 2, sobrecarga hídrica (57,7%); 3, sobrecarga hídrica más desnutrición (8,8%); y 4, desnutrición (8,8%). Al efectuar una comparación entre grupos se

registró una diferencia significativa en las puntuaciones de Child-Pugh ($p = 0,001$), MELD ($p = 0,036$) y MELD-Na ($p = 0,001$). Al comparar el estado nutricional con los marcadores de inflamación se observó una diferencia significativa en los valores de galectina 3 ($p = 0,001$) y el NLR ($p = 0,012$). Mediante análisis *post hoc* se identificaron diferencias significativas en los marcadores de inflamación en los grupos 1 y 2 y en los grupos 1 y 3, principalmente. El grupo 3 fue el que mostró mayores cifras de galectina 3 con una mediana de 25,17 ng/ml (21,32-27,18) y NLR de 5,81 (4,6-10,62).

Conclusiones: Los pacientes con sobrecarga hídrica más desnutrición muestran mayor inflamación, según lo revelan los valores elevados de galectina 3 en suero y una mayor puntuación en el NLR.

Financiamiento: No se recibió financiamiento de ningún tipo.

Dom121

LOS NIVELES SÉRICOS DE ZINC EN LOS PACIENTES CON CIRROSIS HEPÁTICA SE ASOCIAN A MAYOR GRAVEDAD Y MAYORES COMPLICACIONES PROPIAS DE LA ENFERMEDAD

O. Méndez-Guerrero, A. Carranza-Carrasco, N. Navarro-Álvarez, Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán

Introducción: Los pacientes con cirrosis hepática poseen un alto porcentaje de desnutrición. Los principales mecanismos referidos en el desarrollo de esta complicación son alteraciones metabólicas y musculares y la ingestión, que lleva a deficiencias de macronutrientes y micronutrientes, entre ellos el zinc. Debido a que el hígado es el

principal órgano encargado de su metabolismo, dicha deficiencia puede alterar las funciones hepatocelulares e inmunitarias. Existen diversos factores aislados relacionados con la cantidad de zinc en sangre, como el estado nutricional, la dieta y la gravedad de la enfermedad; sin embargo, se desconoce la contribución simultánea de estos tres factores y los valores de zinc.

Objetivo: Evaluar los factores relacionados con la deficiencia de zinc sérico.

Material y métodos: Se trata de un estudio transversal analítico de pacientes con cirrosis hepática. Se cuantificaron los valores de zinc sérico (se consideró un valor $< 60 \mu\text{g/dL}$). Se evaluaron posibles factores vinculados con la deficiencia de zinc, como el estado nutricional (sarcopenia) mediante DEXA con uso del índice ASMI para determinar masa muscular y fuerza muscular mediante dinamometría. Se evaluó la gravedad de la enfermedad con las escalas de Child-Pugh y MELD; para las complicaciones propias de la enfermedad y la ingestión de zinc se usaron recordatorios de 24 horas de pasos múltiples, los cuales se analizaron en el programa *Food-Processor*. Se consideró baja la ingestión cuando era $< 9,4 \text{ mg/día}$ en hombres y $< 6,8 \text{ mg/día}$ en mujeres. Análisis estadístico: la normalidad de los datos se valoró con la prueba de Kolmogorov-Smirnov. Los pacientes se dividieron en zinc bajo ($< 60 \mu\text{g/dL}$) y zinc normal ($> 60 \mu\text{g/dL}$) y se compararon mediante *t* de Student, *U* de Mann-Whitney, exacta de Fisher o χ^2 de Pearson acorde al tipo de variable. Una $p < 0,05$ se consideró estadísticamente significativa.

Resultados: Se incluyó a 79 pacientes, de los cuales 45% ($n = 36$) tuvieron deficiencia de zinc. Los pacientes con deficiencia de zinc eran individuos más graves de acuerdo con la escala de Child-Pugh (13,9 A; 77,8 B; y 8,3 C vs. 72,1 A; 27,9 B; y 0 C; $p = 0,001$) y de MELD (13 vs. 10; $p < 0,001$) en comparación con los que tenían zinc normal. También se observó que los pacientes con deficiencia de zinc mostraban un porcentaje mayor de ascitis (30,6% vs. 11,6%; $p = 0,050$), así como edema (30,6% vs. 18,6%) y, de manera importante, estos pacientes tenían una prevalencia significativamente mayor de encefalopatía hepática mínima (41,7% vs. 9,3%; $p = 0,001$). La prevalencia de sarcopenia en esta población fue de 38% y no hubo diferencias entre grupos. De manera sorprendente, al evaluar el consumo de zinc en la dieta por cada 1.000 kcal, se advirtió que el promedio de consumo era de 4,87 mg con una media de 7,73 mg por el total de kilocalorías consumidas, lo cual indicaba en general que, al margen de la gravedad de la enfermedad, los pacientes tenían un consumo subóptimo de zinc en la dieta.

Conclusiones: Los pacientes con valores bajos de zinc sufren una enfermedad más grave, casos en los cuales el estado de nutrición es similar y todos los pacientes incluidos tienen un consumo subóptimo de zinc en la dieta.

Financiamiento: No se recibió financiamiento de ningún tipo.

Dom122

FRAGILIDAD E ÍNDICE DE CALIDAD DE LA DIETA EN PACIENTES CON INFECCIÓN CRÓNICA DE VHC CON Y SIN CIRROSIS. REPORTE PRELIMINAR

D. Vázquez-Rodríguez, J. R. Rodríguez-Echevarría, D. A. López-de la Mora, J. M. Aldana-Ledesma, M. Lazcano-Becerra, J. A. Velarde-Ruiz Velasco, Hospital Civil de Guadalajara Fray Antonio Alcalde

Introducción: Se calcula que 71 millones de personas viven con infección crónica del virus de la hepatitis C (VHC) y una parte de las comorbilidades relacionadas con la cirrosis es la fragilidad. Por otro lado, la dieta es un pilar importante en el abordaje de la cirrosis y las enfermedades hepáticas; es por ello necesario evaluar la calidad de la dieta en esa población.

Objetivo: Evaluar la fragilidad y la calidad de la dieta en pacientes con infección crónica de VHC con o sin cirrosis, así como la relación entre variables demográficas, clínicas y antropométricas.

Material y métodos: Se realizó un estudio transversal en pacientes con infección crónica por VHC, con o sin cirrosis, en la clínica de hepatitis del Hospital Civil de Guadalajara entre marzo y mayo del 2023. A cada participante se le aplicó el *Liver frailty index* (LFI) y la miniencuesta para evaluar la calidad del consumo de alimentos (Mini-ECCA v.2) y al final se obtuvo la antropometría braquial. Para el análisis estadístico, las medidas de tendencia central se expresaron en frecuencia y porcentaje y para evaluar la normalidad de las variables se aplicó la prueba de Shapiro-Wilk; las correlaciones paramétricas se analizaron a través de la prueba de Pearson y las no paramétricas con la prueba de Spearman. Se consideró un valor $p < 0,05$ como estadísticamente significativo.

Resultados: De una muestra preliminar de 20 pacientes, el 60% ($n = 12$) tenía sólo infección crónica por VHC; en cuanto a la aplicación del LFI, el 85% ($n = 17$) se consideró como prefrágil, mientras que el resto se hallaba dentro de la clasificación de frágil. Respecto de la calidad de la dieta, el 65% ($n = 13$) se consideraba en "hábitos por mejorar". Se encontró una relación entre la calidad de la dieta y el LFI y también correlación negativa entre la circunferencia muscular mesobraquial (MAMC) y la puntuación LFI ($r = -0,577$; $p = 0,008$), así como MAMC y tiempo en hacer los soportes de silla ($r = -0,504$; $p = 0,023$); además, se identificó una correlación positiva entre el MAMC y la fuerza de agarre de la mano ($r = -0,624$; $p = 0,003$).

Conclusiones: Se reconoció cierto grado de fragilidad en los participantes; la calidad de la dieta fue en su mayoría "por mejorar" y ello se relacionó positivamente con la categoría LFI. El MAMC está relacionado de modo negativo con la puntuación LFI y el tiempo en los soportes de silla, así como de manera positiva con la fuerza de agarre de la mano. Es necesario realizar investigaciones vinculadas con el patrón de alimentación y la fragilidad.

Financiamiento: No se recibió financiamiento de ningún tipo.

Dom124

ASOCIACIÓN DE SEVERIDAD, ETIOLOGÍA Y EDAD EN PANCREATITIS AGUDA: EXPERIENCIA DE TRES AÑOS

K. D. Guzmán-Avilán, G. D. Hernández-Gómez, E. C. Garza-Dávila, I. A. Cura-Esquivel, C. A. Zapata-Castilleja, Hospital Universitario Dr. José Eleuterio González

Introducción: La pancreatitis aguda (PA) representa un proceso inflamatorio del páncreas vinculado con manifestaciones clínicas sistémicas y metabólicas; es secundario a la liberación de enzimas hidrolíticas, toxinas y citocinas y puede ocasionar insuficiencia de diversos órganos y sistemas. Su prevalencia se ha elevado en pediatría, con una incidencia informada hasta de 13 por cada 100.000 por año; la causa biliar es la más frecuente, pero varía según sea el grupo etario.

Objetivo: Determinar la etiología y gravedad de la PA en pacientes pediátricos de este centro.

Material y métodos: Estudio observacional, descriptivo y retrospectivo. Se revisaron los expedientes de pacientes pediátricos con diagnóstico confirmado de pancreatitis del Hospital Universitario Dr. José Eleuterio González, en Monterrey, un hospital general de tercer nivel. Se incluyó a los pacientes < 16 años con diagnóstico confirmado de PA, de cualquier sexo, y con expediente médico completo. Los expedientes que no cumplían con estos criterios se excluyeron. Para el análisis estadístico se empleó la prueba ji cuadrada para investigar posibles relaciones entre variables categóricas. Además, para examinar las correlaciones entre variables

continuas se usó el coeficiente de correlación de Spearman. Se consideró un valor de $p < 0,05$ como estadísticamente significativo para todas las pruebas.

Resultados: Se llevaron a cabo análisis retrospectivos en 31 expedientes de pacientes que satisfacían los criterios de inclusión. La muestra se integró con 14 pacientes femeninos (45,2%) y 17 masculinos (54,8%), con una edad promedio de 9,96 años. La estancia hospitalaria tuvo una duración mediana de 16 días. La causa más prevalente fue la medicamentosa (54,8%) y la gravedad de la enfermedad fue alta, con casi la mitad de los casos (48,4%) catalogados como graves. Sin embargo, no se identificó una relación estadísticamente significativa entre la etiología y la gravedad de la enfermedad ($p = 0,600$). En el análisis de correlación se observó una correlación positiva significativa entre la edad y la amilasa al ingreso ($r = 0,578$, $p = 0,005$), así como entre la amilasa y la lipasa al diagnóstico ($r = 0,540$, $p = 0,006$). Por otro lado, se detectó una correlación negativa moderada entre la edad y los días de estancia ($r = -0,486$, $p = 0,012$) (Tabla 1).

Tabla 1. Pancreatitis aguda. (Dom124)

	n = 31
Edad, media (DE)	9,96 (3,39)
Días de estancia, mediana (RIQ)	16 (7-25)
Etiología	
Farmacológica, n (%)	17 (54,8%)
Biliar, n (%)	6 (19,4%)
Genética, n (%)	2 (6,5%)
Hipertrigliceridemia, n (%)	2 (6,5%)
Otra, n (%)	4 (12,9%)
Gravedad	
Leve, n (%)	16 (51,6%)
Grave, n (%)	15 (48,4%)
Amilasa al diagnóstico, mediana (RIQ)	353 (158,25-680,25)
Lipasa al diagnóstico, mediana (RIQ)	268 (114,25-990)
Amilasa al egreso, mediana (RIQ)	109,25 (39,50-225,75)
Lipasa al egreso, mediana (RIQ)	99,50 (71,50-466,50)

Conclusiones: En este estudio retrospectivo de 31 pacientes pediátricos, la causa más común de la enfermedad fue la farmacológica y cerca de la mitad de los pacientes correspondió a casos graves; de los individuos con causa medicamentosa, 13 de 17 tenían comorbilidad hematológica subyacente dado que este centro es el hospital de referencia en la región norte para este tipo de padecimientos, lo cual puede vincularse de forma estrecha con la administración de fármacos quimioterapéuticos. Sin embargo, la etiología no pareció afectar la gravedad de la enfermedad. En el análisis de correlación se identificó una relación positiva significativa entre la edad y la amilasa al ingreso, y entre la amilasa y la lipasa al diagnóstico, en tanto que la edad y los días de estancia mostraron una correlación negativa.

Financiamiento: No se dispuso de financiamiento alguno.

Dom125

REPORTE PRELIMINAR DE LINFOPENIA COMO FACTOR PREDICTOR DE COMPLICACIONES TEMPRANAS EN PACIENTES CON PANCREATITIS AGUDA

M. Coutiño-Flores, C. A. Oviedo-Garza, E. I. Juárez-Valdés, F. Sánchez-Salinas, A. Coutiño-Flores, S. M. I. Mejía-Loza, Hospital Juárez de México

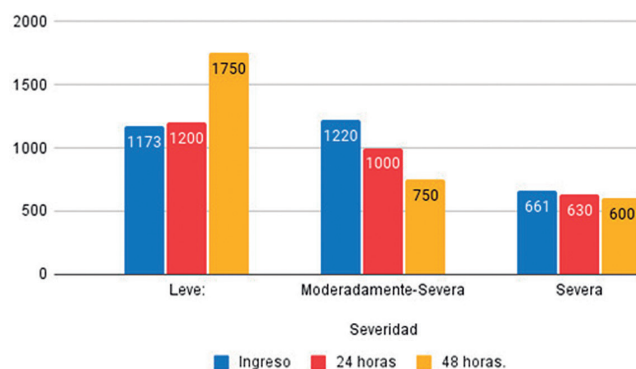
Introducción: La pancreatitis aguda (PA) representa una de las causas más comunes de admisión hospitalaria en México. Algunos estudios

muestran que el desarrollo de linfopenia durante el curso de la pancreatitis se ha relacionado con complicaciones locales y sistémicas graves. Sin embargo, en este país no existen estudios acerca de la relación entre linfopenia y el desarrollo de complicaciones tempranas en la pancreatitis aguda.

Objetivo: Determinar si existe un vínculo entre la linfopenia y el desarrollo de complicaciones tempranas en pacientes con pancreatitis aguda.

Material y métodos: Estudio ambispectivo, longitudinal y descriptivo. Se incluyeron 44 expedientes clínicos de pacientes que ingresaron entre el 2021 y el 2023 por un cuadro de pancreatitis aguda en el Hospital Juárez de México. Se tomaron como criterios de gravedad los de Atlanta y Marshall, con registro de los valores absolutos de linfocitos de todos los casos a su ingreso y a las 48 horas de evolución. El análisis estadístico se realizó con el programa SPSS versión 26; para las variables cualitativas se determinaron medidas de tendencia central y el nivel de asociación con coeficiente de Spearman, además de ji cuadrada para el contraste de hipótesis. Se tomó como estadísticamente significativo un valor de $p < 0,05$. Se determinó un promedio del número absoluto de linfocitos en los pacientes a su ingreso, a las 24 y 48 horas (Fig. 1).

Figura 1. Valores absolutos de linfocitos en pacientes con pancreatitis aguda: al ingreso, 24 y 48 horas. (Dom125)



Discusión: De los 44 pacientes que cumplieron criterios de inclusión, la edad promedio fue de 44 años y 72% correspondió a hombres y 28% a mujeres. Hasta 16 (37%) pacientes desarrollaron un cuadro leve, 19 (43%) un cuadro moderadamente grave y sólo 9 (20%) un cuadro grave. El coeficiente de correlación de Spearman mostró una relación baja con un valor de 0,20 y una $p = 0,20$ (no significativa); sin embargo, a las 48 horas el nivel de relación fue de 0,51 (moderado) con una $p < 0,05$ (significancia estadística). Por otro lado, la prueba ji cuadrada para la variable linfopenia/gravedad fue $p = 0,42$ y para la variable 48 h/gravedad fue $p = 0,43$ (no significativas).

Conclusiones: A pesar del descenso observado en el conteo de linfocitos en pacientes con un cuadro grave o moderadamente grave, no se demostró una relación estadísticamente significativa con los linfocitos al ingreso. Sin embargo, a las 48 horas se observó una relación moderada con significancia estadística, lo cual indica que la prueba tiene potencial, aunque es necesario incrementar el tamaño de la muestra para que pueda utilizarse como una herramienta predictora de gravedad en la pancreatitis. Cabe resaltar que la prevalencia de linfopenia al ingreso y a las 48 horas fue de 37,5% a 6%, 36% a 78% y 66% a 100% para los cuadros leve, moderadamente grave y grave, respectivamente. La relevancia de este estudio reside en contar con una determinación de laboratorio accesible no costosa que puede obtenerse en las salas de urgencias.

Financiamiento: No se recibió financiamiento de ningún tipo.

Dom126

CARACTERIZACIÓN CLÍNICO-EPIDEMIOLÓGICA DE LOS PACIENTES CON NEOPLASIAS QUÍSTICAS PANCREÁTICAS EN EL HOSPITAL DE ESPECIALIDADES CENTRO MÉDICO MANUEL ÁVILA CAMACHO, IMSS, PUEBLA, PUEBLA

G. Ochoa-Guerrero, V. H. García-García, Instituto Mexicano del Seguro Social

Introducción: Las lesiones quísticas pancreáticas son un grupo de neoplasias con potencial maligno, en menor o mayor medida, según sea su subclasificación, mucinosas o no mucinosas. Así como existen criterios radiológicos para la orientación diagnóstica, también hay características clínicas y epidemiológicas habituales en cada una de estas neoplasias, entre ellas la frecuencia de aparición dependiente del género, la edad y la localización pancreática. En el hospital de los autores no se cuenta con informes de la epidemiología de estas anomalías.

Objetivo: Describir las características clínicas y epidemiológicas de los pacientes con diagnóstico de lesión quística pancreática.

Material y métodos: Se incluyó a los pacientes con diagnóstico de neoplasia quística pancreática en la consulta de gastroenterología del Hospital de Especialidades del Centro Médico Nacional Manuel Ávila Camacho del IMSS, en el periodo de octubre de 2020 a junio de 2023; el diagnóstico se determinó a través de estudio de imagen (TAC o RM), ya sea por síntomas relacionados o por lesión incidental en la búsqueda de otras enfermedades, con obtención de datos para su estudio epidemiológico del expediente electrónico. Tipo de estudio: descriptivo, observacional, retrospectivo y transversal. Variables analizadas: género, edad, diabetes, antecedente de pancreatitis aguda, síntomas relacionados, tipo de quiste pancreático, localización, tamaño, datos de alto riesgo y tipo de tratamiento instituido. Análisis estadístico: los resultados se analizaron con medidas de frecuencia relativas y centrales para la obtención de porcentajes, media y mediana.

Resultados: Se integró un total de 20 pacientes con lesiones quísticas en un periodo de 33 meses. El 65% (13) correspondió al género femenino (Fig. 1) y la edad promedio de presentación fue de 60 años; entre las comorbilidades vinculadas se encontró sobre todo DM en un 35% y antecedentes de pancreatitis aguda en un 15%. En el 55% de los pacientes se estableció el diagnóstico de manera incidental. En el 45% restante el diagnóstico se precisó con imagen debido a los síntomas: dolor abdominal (30%), plenitud posprandial (10%) y pérdida de peso significativa (5%). La tumoración con mayor prevalencia fue la neoplasia quística serosa (NQS) con un 40% (8); del total de

éstas, el 75% (6) se identificó en el género femenino con localización en la cabeza de páncreas en el 75% (6) y el resto en la cola, con una edad media de presentación de 70 años. La segunda más frecuente fue la neoplasia mucinosa papilar intraductal (NMPI) con una prevalencia de 25% (5), la totalidad en el género femenino y 80% (4) localizada en la cabeza del páncreas, 60% (3) en relación con una rama principal y con una edad media de presentación de 53 años. El 35% restante de las lesiones quísticas se debió a pseudoquiste pancreático, neoplasia sólida pseudopapilar (NSP), neoplasia quística mucinosa (NQM) y tumor neuroendocrino (TNE) en 15%, 10%, 5% y 5%, respectivamente. Del 100% de los pacientes, el 55% exigió algún tipo de intervención por datos de alto riesgo o síntomas adjuntos. El 100% (2) de los pacientes con NSP se programó para pancreatometomía distal. El paciente con TNE se envió a valoración quirúrgica.

Conclusiones: La identificación de factores demográficos aporta información valiosa para la caracterización de las lesiones quísticas pancreáticas, puesto que la distribución epidemiológica es variable según sea el tipo de neoplasia. Es importante una correcta clasificación dado el potencial de malignidad de estas lesiones. En el hospital de los autores, la neoplasia quística más frecuente fue la neoplasia quística serosa seguida de la NMPI, con una relación global de presentación de género hombre:mujer de 1,8:1, con localización más frecuente en la cabeza del páncreas (60%).

Financiamiento: No se recibió ningún tipo de financiamiento.

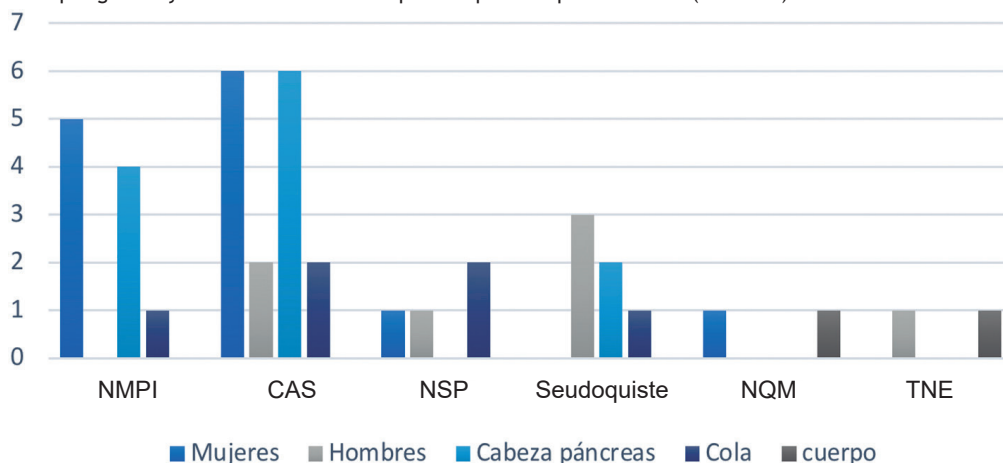
Dom127

LOS ÍNDICES NLR (NEUTRÓFILOS/LINFOCITOS) Y PLR (PLAQUETAS/LINFOCITOS) PREDICEN EL TIEMPO, PERO NO LOS PATRONES DE RECURRENCIA EN PACIENTES CON ADENOCARCINOMA DUCTAL DE PÁNCREAS RESECABLE

H. N. Tadeo-Espinoza, A. Aranda-Gutiérrez, J. P. Guerrero-Cabrera, M. C. Peláez-Luna, L. F. Uscanga-Domínguez, J. Hernández-Calleros, Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán

Introducción: Los marcadores inflamatorios sistémicos, como los índices neutrófilo-linfocito (NLR), linfocito-monocito (LMR) y plaqueta-linfocito (PLR), son herramientas pronósticas útiles en pacientes con adenocarcinoma ductal de páncreas (PDAC). En general, los índices NLR y PLR elevados se acompañan de una menor supervivencia global (SG), mientras que un LMR elevado se ha vinculado con mejor pronóstico.

Figura 1. Distribución por género y localización de las neoplasias quísticas pancreáticas. (Dom126)



Objetivo: Evaluar el papel de los marcadores inflamatorios como predictores de los patrones de recurrencia en pacientes con adenocarcinoma ductal de páncreas resecable.

Material y métodos: En este estudio retrospectivo y transversal se incluyó a pacientes con PDAC sometidos a pancreatoduodenectomía entre abril de 2005 y diciembre de 2019 en el Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán, siempre que tuvieran al menos 12 meses de seguimiento o evidencia de recurrencia de la enfermedad por estudios de imagen.

Los índices NLR y PLR se definieron como el número absoluto de neutrófilos y plaquetas divididos entre el número absoluto de linfocitos, respectivamente. Por otro lado, el LMR se definió como el número absoluto de linfocitos entre el número absoluto de monocitos. Los valores $> 5,0$, $> 150,0$ y $> 3,0$ se utilizaron para considerar a los índices NLR, PLR y LMR elevados, respectivamente. Cabe destacar que todas las muestras de sangre periférica se obtuvieron en el momento del diagnóstico.

Se utilizaron las pruebas ji cuadrada y exacta de Fisher para explorar las diferencias entre grupos. Las tasas de SG se calcularon mediante el método de Kaplan-Meier. Se recurrió a análisis de regresión logística de Cox para calcular los cocientes de riesgo (HR, *hazard ratio*) de supervivencia. Se estableció un valor $p < 0,05$ como estadísticamente significativo.

Resultados: Se incluyó a 101 pacientes; 44 (43,6%) tenían un NLR alto, 55 (54,5%) un LMR elevado y 62 (61,4%) un PLR alto. No se observaron diferencias significativas entre los grupos en cuanto a sexo, estadio clínico, comorbilidades, valores de CA19-9 al diagnóstico, administración de quimioterapia, ganglios linfáticos positivos, grado histológico, invasión microvascular, linfovascular y perineural, así como márgenes quirúrgicos.

En cuanto a la edad al diagnóstico, los pacientes con un LMR alto se diagnosticaron a una edad más temprana (59 vs. 65 años; $p = 0,039$), sin diferencias estadísticas en función del NLR o el PLR. La mediana de seguimiento desde el diagnóstico de PDAC para toda la cohorte fue de 37 meses.

Un total de 58 pacientes falleció durante el periodo de seguimiento, lo que arroja una tasa de SG a tres años del 41%. En el modelo multivariado de Cox, sólo el índice NLR (HR, 2,4; $p = 0,033$) fue un factor independiente de mal pronóstico.

En la **Tabla 1** se muestra la relación entre el patrón de recurrencia del PDAC y el valor de los índices. El tiempo hasta la recurrencia fue significativamente menor en los pacientes con un NLR alto (13 vs. 19

meses) y un PLR alto (13 vs. 17 meses), mientras que un LMR alto no mostró ninguna relación.

Conclusiones: Ningún índice se vinculó con el patrón de recurrencia ni con el lugar de la recidiva a distancia. Los índices NLR y PLR elevados se relacionan con tiempos más cortos de recurrencia, sin observar ningún efecto sobre el patrón o el lugar de ésta. Estas sencillas herramientas pueden ser útiles para definir qué pacientes pueden beneficiarse del tratamiento neoadyuvante.

Financiamiento: No se recibió financiamiento de ninguno tipo.

Dom128

COMPARACIÓN DE LA PRECISIÓN DIAGNÓSTICA DE LAS GUÍAS DE LA AGA, FUKUOKA REVISADA Y EUROPEA PARA LA DETECCIÓN DE MALIGNIDAD EN NEOPLASIAS QUÍSTICAS PANCREÁTICAS

G. Rosales-Sotomayor, J. S. Arenas-Martínez, A. Lira-Treviño, L. F. Uscanga-Domínguez, J. Hernández-Calleros, A. Soriano-Ríos, P. Alarcón-Murra, M. Peláez-Luna, Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán

Introducción: En los últimos años la incidencia de las neoplasias quísticas del páncreas se ha incrementado y muchas tienen riesgo de desarrollar malignidad. Con el propósito de identificar características de riesgo de malignidad se han desarrollado diversas guías, cada una de ellas con recomendaciones distintas.

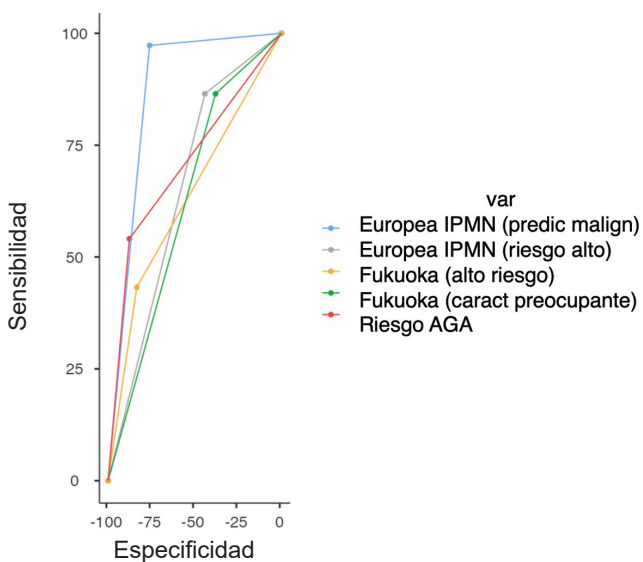
Objetivo: Evaluar la precisión diagnóstica de tres guías diferentes en la predicción de displasia de alto grado o cáncer en quistes pancreáticos.

Material y métodos: Se llevó a cabo un estudio observacional retrospectivo en un centro de tercer nivel en la Ciudad de México. Se recopiló la información de los expedientes clínicos de pacientes con el diagnóstico de una o más lesiones quísticas del páncreas, en el periodo comprendido entre enero de 1999 y diciembre de 2023 mediante un formulario electrónico estandarizado de datos demográficos, comorbilidades, síntomas, resultados de estudios de laboratorio, hallazgos radiológicos e informes de histopatología. Los resultados se resumieron con uso de estadísticas descriptivas. Se establecieron los criterios descritos en las guías europeas, de

Tabla 1. Patrón de recurrencia de acuerdo con los índices NLR, LMR y PLR. (Dom127)

	NLR alto			LMR			PLR alto		
	No	Sí	p	No	Sí	p	No	Sí	p
Tiempo de recurrencia									
Mediana (meses)	19	13	0,018	14	16	0,286	17	13	0,034
Patrón de recurrencia									
Local	5	5		5	5		3	7	
Distancia	21	25		24	22		16	30	
Local + distancia	17	11	0,452	11	17	0,553	10	18	0,947
Sitio de recurrencia distancia									
Hígado	14	11		13	12		7	18	
Pulmón	8	5		4	9		4	9	
Otro	4	10		9	5		6	8	
Múltiple	10	8	0,285	7	11	0,286	8	10	0,638

Figura 1. Curvas ROC de las guías de la AGA, Fukuoka revisada y europea para la detección de neoplasia pancreática avanzada en quistes pancreáticos. (Dom128)



Fukuoka y de la Asociación Americana de Gastroenterología (AGA), y se compararon la sensibilidad, especificidad, valor predictivo positivo, negativo, razones de verosimilitud y característica operativa del receptor (ROC) para predecir neoplasia pancreática avanzada (NPA), definida como una displasia de alto grado o cáncer.

Resultados: Se identificó a 226 pacientes con el diagnóstico de lesión quística de páncreas, de los cuales 26 no cumplieron criterios de inclusión. De los restantes 200 pacientes, el 57,5% (115) contó con diagnóstico histopatológico (pieza quirúrgica o biopsia por aspiración de aguja fina guiada por ultrasonido endoscópico [EUS-FNAB]). El 77% (154) correspondió a mujeres y la media de edad al diagnóstico del quiste pancreático fue de 53,2 años (DE ± 17,3). El 50% (100) de los pacientes analizados se sometió a un procedimiento quirúrgico y en una proporción de 80% (80) se estableció el diagnóstico de quiste pancreático en esa intervención. La principal indicación de cirugía fue imagen indicativa de malignidad (52%) o citología de malignidad (20%). Se determinó el diagnóstico de NPA en el 32% (32), el 81,1% (30) correspondió a mujeres y la media de edad al diagnóstico de NPA fue de 46,5 años (DE ± 16,4). En seis pacientes se practicó resección durante su vigilancia (dos por desarrollo de síntomas, uno por crecimiento del quiste). La media de seguimiento al acto quirúrgico fue de 34,2 meses (SD ± 39,4).

Un total de 75 pacientes continúa en vigilancia. De ellos, 23 (31,1%) han recibido seguimiento durante más de cinco años y la herramienta de imagen más común de seguimiento fue la RMI (47,8%),

seguida de TC (43,3%). Los intervalos de seguimiento más utilizados son los de seis (42,7%) y 12 meses (37,3%). En la detección de NPA se compararon la validez diagnóstica de tres guías diferentes. La guía europea obtuvo una Se: 97,3%; Es: 76,1%; VPP: 48%; VPN: 99,2%; AUC: 0,867. La guía AGA obtuvo una Se: 54%; Es: 87,7%; VPP: 50%; VPN: 89,4%; AUC: 0,70. Y la guía Fukuoka revisada obtuvo una Se: 86,5%; Es: 38%; VPP: 24%; VPN: 92,5%; AUC: 0,62. Se muestran las curvas ROC en la Figura 1.

Conclusiones: El desempeño diagnóstico de las recomendaciones de las guías evaluadas es muy heterogéneo. En este estudio, la guía europea tuvo la mejor validez diagnóstica para identificar NPA en quistes pancreáticos. Se necesitan mejores estrategias diagnósticas que mejoren la detección de NPA en quistes de páncreas y el seguimiento de estos pacientes.

Financiamiento: No se dispuso de financiamiento alguno.

Dom129

ASOCIACIÓN DE ELEVACIÓN DEL DÍMERO D CON LA SEVERIDAD DE PANCREATITIS AGUDA EN PACIENTES DEL HOSPITAL JUÁREZ DE MÉXICO

T. Deaquino-Reyes, E. I. Juárez-Valdés, S. M. I. Mejía-Loza, F. Sánchez-Salinas, Hospital Juárez de México

Introducción: En la actualidad persiste una considerable tasa de mortalidad en los pacientes con pancreatitis aguda, razón por la cual se ha intentado establecer herramientas que permitan identificar a aquellos pacientes que desarrollan falla orgánica en fase temprana. Algunos estudios han relacionado la elevación del dímero D con la gravedad del cuadro de pancreatitis aguda; sin embargo, aún no se ha logrado determinar valores de corte del dímero D y su utilidad en comparación de las escalas pronósticas, sobre todo en la población mexicana.

Objetivo: Determinar si existe una relación entre la elevación del dímero D y la presencia de falla orgánica en los pacientes con pancreatitis aguda.

Material y métodos: Estudio retrospectivo, observacional y transversal de una cohorte de pacientes hospitalizados por pancreatitis aguda en el Hospital Juárez de México. Se revisaron los expedientes de 59 pacientes, de los cuales sólo 25 cumplieron los criterios de pancreatitis aguda y contaban con al menos una determinación del dímero D en las primeras 48 h de su ingreso; se obtuvieron datos epidemiológicos, valores de los estudios de laboratorio y gravedad del cuadro de pancreatitis. El análisis estadístico para las variables cualitativas usó medidas de tendencia central y para medir el grado de asociación se utilizó una prueba no paramétrica de correlación de Spearman, tras considerar un grado sólido de asociación de 0,75 a 1 y con una $p < 0,05$.

Tabla 1. (Dom129)

Medidas simétricas		Valor	Error estándar asintótico ^a	T aproximada ^b	Significación aproximada
Nominal por nominal	Coficiente de contingencia	0,816			0,306
Intervalo por intervalo	R de Pearson	0,254	0,218	1,177	0,253 ^c
Ordinal por ordinal	Correlación de Spearman	0,307	0,223	1,442	0,165 ^c
N de casos válidos		22			

^aNo se presupone la hipótesis nula.

^bUtilización del error estándar asintótico que presupone la hipótesis nula.

^cSe basa en aproximación normal.

Resultados: Se revisaron expedientes de 59 pacientes con diagnóstico de pancreatitis aguda con las siguientes causas: biliar (45,8%), alcohol (13,6%), hipertrigliceridemia (20,3%), fármacos (3,4%) e indeterminada (16,9%). De estos pacientes, el 67,8% correspondió a hombres y el 32,2% a mujeres, con edad promedio de 42,75 años. Sin embargo, de este total sólo 25 pacientes contaban con cuantificación del dímero D en sus primeras 48 h de internamiento; de éstos, 60% era de hombres (n = 15) con edad promedio de 42,8 años y 40% de mujeres (n = 10) con edad promedio de 41,8 años. De esos 25, cinco casos fueron pancreatitis leves con DD promedio de 2,64, siete casos de pancreatitis moderadamente grave con DD de 3,99 y 13 casos de pancreatitis graves con DD de 10,06. Los resultados, luego de someter los datos a una prueba de correlación de Spearman, fueron: $\rho = 0,307$; de acuerdo con el nivel de confiabilidad (0,25-0,50) existe relación media, pero carece de significancia estadística con un valor de $p = 0,16$ (Tabla 1). Además, el 64% tenía una calificación APACHE II > 8 puntos con un promedio de DD de 8,91 en comparación con los que tenían una puntuación < 8 puntos con un DD promedio de 3,2.

Conclusiones: Estos resultados indican que cuanto más elevado se encuentren los valores del dímero D, mayor es la gravedad del cuadro de pancreatitis aguda, y puede servir como un potencial factor pronóstico para poder iniciar de manera oportuna el tratamiento, incluida su atención por el servicio de terapia intensiva. Sin embargo, la relación entre el dímero D y la pancreatitis es moderada, por lo que debe aumentarse el tamaño de la muestra para mejorar la significancia estadística.

Financiamiento: No se recibió financiamiento de ningún tipo.

Dom130

STENT PANCREÁTICO EXTERNALIZADO COMO INTERVENCIÓN PARA MITIGAR LA GRAVEDAD DE LA FÍSTULA PANCREÁTICA POSOPERATORIA

I. Domínguez-Rosado, L. Arias, A. Nordmann, A. Zorrilla, C. Chan, Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán

Introducción: La fístula pancreática posoperatoria es la complicación quirúrgica más grave posterior a pancreatoduodenectomía, con efecto directo en la mortalidad y morbilidad inmediata. El uso de un stent transanastomótico externalizado es una estrategia que permite derivar el jugo pancreático temporalmente al exterior de la cavidad abdominal. La derivación externa del jugo pancreático permite la cicatrización de la anastomosis y evita la acción corrosiva de las enzimas pancreáticas en ella. De manera adicional, el stent facilita la colocación de las suturas ducto-mucosa y reduce el riesgo de colapsar la luz del conducto pancreático durante el procedimiento. Aunque existen al menos dos protocolos clínicos aleatorizados que demuestran beneficio en el control de la fístula posoperatoria, su uso no se ha generalizado.

Objetivo: Describir el efecto del stent pancreático externalizado en la pancreatoduodenectomía como herramienta de mitigación de la gravedad de una fístula pancreática posoperatoria.

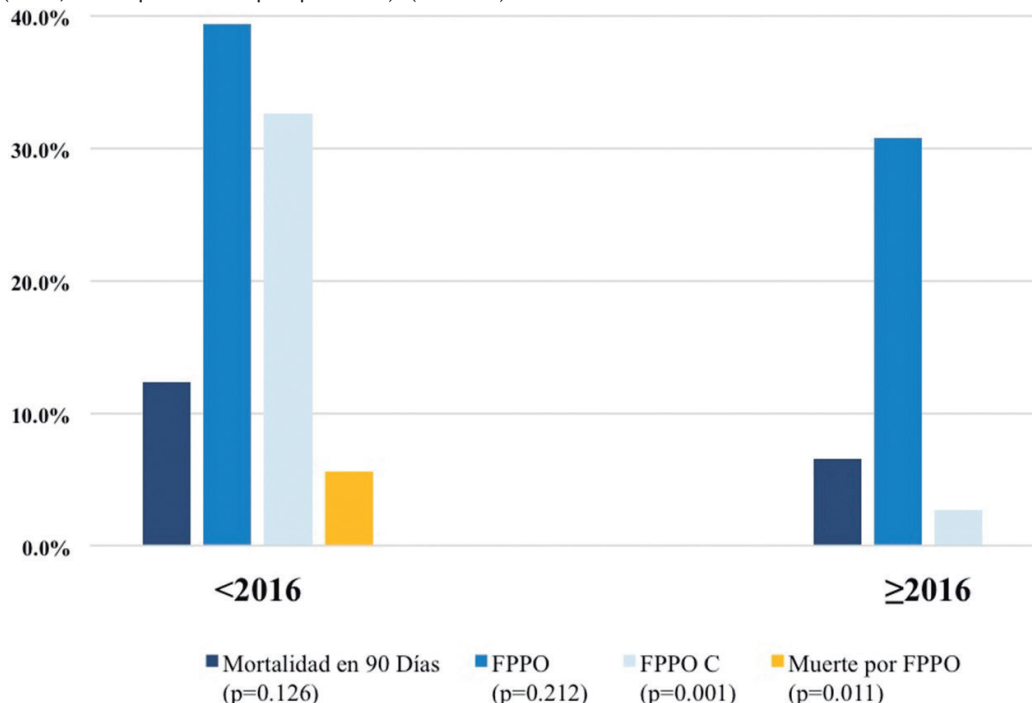
Material y métodos: Estudio observacional antes y después de la introducción del stent pancreático externalizado en una serie de pacientes operados de pancreatoduodenectomía en el periodo de 2006 a 2019 en un centro único de alto volumen, seleccionados de forma no aleatoria.

Resultados: Se incluyó a 237 pacientes operados de pancreatoduodenectomía, 77 con stent externo, 24 con stent interno y 136 sin stent. El stent externalizado se acompañó de una disminución de la frecuencia de fístulas tipo C (29,5% vs. 0%, $p = 0,008$). Después de su introducción se observó una disminución significativa de la muerte por fístula pancreática (5,6% vs. 0%, $p = 0,01$; Fig. 1). Sólo dos pacientes sufrieron complicaciones vinculadas con el stent externo, ninguna de ellas con falla al rescate.

Conclusiones: El stent pancreático externalizado es una intervención de bajo costo que tiene un efecto favorable en la mortalidad por fístula pancreática posoperatoria y en su gravedad.

Financiamiento: No se recibió financiamiento de ningún tipo.

Figura 1. Morbimortalidad relacionada con la fístula pancreática antes y después de la intervención del stent pancreático externalizado desde el 2016 (FPPO, fístula pancreática posoperatoria). (Dom130)



Dom131

NIVELES DE ALT A LAS 48 HORAS COMO PREDIC- TOR DE COLEDOCOLITIASIS EN PANCREATITIS BILIAR AGUDA LEVE. RESULTADOS DE UNA CO- HORTE DEL MUNDO REAL

M. J. Sánchez-Otero, C. A. Téllez-Hinojosa, L. A. Rosales-Rentería, J. O. Jáquez-Quintana, J. A. González-González, F. Bosques-Padilla, H. J. Maldonado-Garza, Hospital Universitario Dr. José Eleuterio González

Introducción: La pancreatitis biliar aguda (PBA) es una de las complicaciones más comunes relacionadas con la coledocolitiasis (CL). La Sociedad Estadounidense de Endoscopia Gastrointestinal (ASGE) ha desarrollado pautas para estratificar el riesgo potencial de presentar coledocolitiasis junto con PBA; sin embargo, en pacientes de riesgo moderado/alto se desconoce el momento ideal para indicar una colangiopancreatografía retrógrada endoscópica (CPRE), colecistectomía (CC) o colangiografía intraoperatoria (CIO) o tratamiento conservador.

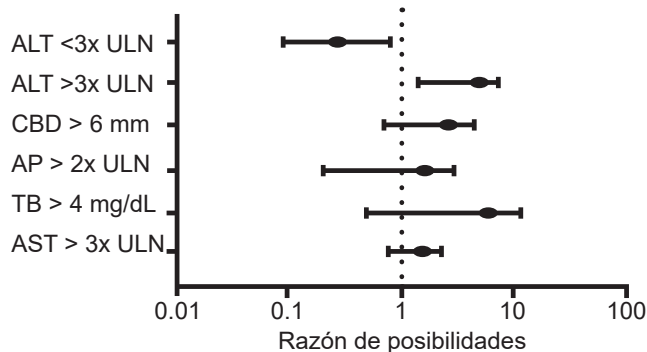
Objetivo: Identificar una variable bioquímica que pueda reconocer a los pacientes con PBA y un riesgo moderado (RM)/alto (RA) de CL (según los criterios de la ASGE del 2019) que se beneficiarían de una CPRE/CIO inmediata, pruebas diagnósticas adicionales (colangiopancreatografía por resonancia magnética [CRM] o ecoendoscópica [USE]) o tratamiento conservador.

Material y métodos: Se trata de un estudio de cohorte prospectivo, de un centro único, del mundo real, que incluyó a pacientes mayores de 18 años con PBA (según los criterios de Atlanta) y RM o RA para CL, hospitalizados en una institución de tercer nivel de atención en Monterrey, Nuevo León, de octubre de 2019 a febrero de 2021. Se recogieron características clínicas, bioquímicas y socio-demográficas promedio. Las muestras se obtuvieron en el momento del diagnóstico del PBA, 24 y 48 horas después del ingreso. El diagnóstico confirmatorio de CL se proporcionó a través de CPRE, MRCP, EUS o CIO, y los pacientes se subdividieron en consecuencia. Todas las variables bioquímicas se analizaron mediante una prueba de ji cuadrada y con posterioridad se realizó un análisis de regresión multivariado de las variables seleccionadas. Se consideró estadísticamente significativo un valor de $p < 0,05$.

Resultados: Se estudió a un total de 153 pacientes con PBA. La mayoría correspondía a mujeres (72,6%), con una mediana de 39 años para el total de la muestra. Hasta 94 pacientes (61,4%) se clasificaron como RM para CL y 59 (38,5%) como RA. Entre aquéllos con RM, 64 (60%) tenían una CRM previa, de los cuales 51 (79,6%) fueron

negativos para CL, 51 (86%) con RA se sometieron a CPRE, 30 (58,8%) de ellos con un diagnóstico confirmatorio de CL. Con respecto al resultado del estudio, la alanina aminotransferasa sérica (ALT) a las 48 horas con un punto de corte > 3 veces el límite superior normal ($> 3x$ LSN) se registró en 26/30 (86%) pacientes con CL confirmado mediante CPRE, con un razón de probabilidades (OR) de 4,9, IC95% (1,41-7,2), $p < 0,01$. Además, 17/21 (80,9%) pacientes sometidos a CPRE con suero de 48 horas, independientemente de su riesgo o diagnóstico no invasivo previo con ALT $< 3x$ LSN, no tenían CL en el momento del estudio (OR, 10,75; IC95%, 3,2-17,6; $p < 0,01$; Fig. 1). Otras variables bioquímicas no fueron estadísticamente significativas después del análisis de regresión multivariado.

Figura 1. Razón de posibilidades ajustada de las variables del estudio que se correlacionan con una CPRE positiva a las 48 horas entre la población del estudio. Sólo la ALT sérica a las 48 horas alcanzó significancia estadística, para un estudio positivo en el punto de corte $> 3x$ LSN (OR, 4,9; IC95%, 1,41-7,2; $p < 0,01$), y si $< 3x$ LSN, con un estudio negativo (OR, 0,27; IC95%, 0,09-0,84; $p < 0,01$), y resolución espontánea (OR, 10,75; IC95%, 3,2-17,6; $p < 0,01$). (Dom131)



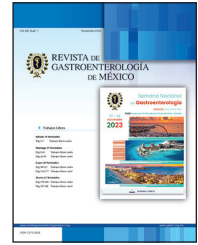
Conclusiones: Entre los pacientes con PBA leve y RM/RA para CL, la ALT sérica a las 48 horas $> 3x$ LSN se correlaciona con CPRE y CRM positivas, pero los valores más bajos en el mismo límite temporal se vinculan con estudios en su mayoría negativos, lo que sugiere el paso espontáneo del lito: estos hallazgos podrían convertir a la ALT sérica en una herramienta que podría guiar en el proceso de decisiones, ya sea para proporcionar un tratamiento intervencionista, solicitar pruebas diagnósticas adicionales o instituir una atención conservadora. Se necesitan más estudios prospectivos.

Financiamiento: No se dispuso de financiamiento alguno.



REVISTA DE GASTROENTEROLOGÍA DE MÉXICO

www.elsevier.es/rgmx



Sesión de trabajos libres orales

Lunes 20 de noviembre de 2023

Pediatría

Lun133

GASTROSTOMÍA ENDOSCÓPICA PERCUTÁNEA EN PACIENTES PEDIÁTRICOS DE UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL DE ATENCIÓN: SERIE DE CASOS

J. J. Peña-Gutiérrez, G. Gómez-Navarro, V. Novelo-Alcocer, J. R. Zárate-Guerrero, Instituto Mexicano del Seguro Social

Introducción: La gastrostomía endoscópica percutánea (GEP) es un procedimiento en el cual se coloca una vía de alimentación directamente en el estómago a través de la pared abdominal por vía endoscópica; de esa manera es posible la alimentación enteral cuando no es viable la oral, lo cual se ha relacionado con una mayor supervivencia y mejor calidad de vida. La GEP ha tenido un auge en los últimos años gracias a sus beneficios en relación con el abordaje abierto, entre los cuales resalta una tasa menor de complicaciones y menor invasión y costo. En este país existe tan sólo un precedente similar a este protocolo, un estudio de tesis de 1999 del Hospital Juárez de México, con una población de 12 pacientes, en el cual la indicación predominante fue la afectación del estado neurológico y se enumeraron complicaciones del procedimiento, mas no se evaluaron el estado nutricional ni la estancia hospitalaria, variables revisadas en esta serie de casos.

Objetivo: Identificar las características clínicas de pacientes pediátricos de un hospital de tercer nivel de atención sometidos a GEP.

Informe de casos: Este estudio retrospectivo se realizó en la UMAE Hospital de Pediatría CMNO del IMSS, en el periodo comprendido

entre 2019 y 2023, e incluyó a pacientes menores de 18 años objeto de PEG en el servicio de gastroenterología. Se recabaron las siguientes variables de los expedientes clínicos: fecha de nacimiento, sexo, edad al momento del procedimiento, somatometría e indicación por la cual se realizó y, durante el seguimiento posterior al procedimiento, somatometría, complicaciones y evolución. El estado nutricional se catalogó con base en las tablas de la OMS: puntuación z de peso para la talla para menores de cinco años y percentil de IMC para mayores de cinco años.

Discusión: Se incluyó a un total de 14 pacientes, de los cuales 10 fueron masculinos; la indicación más frecuente fue la enfermedad neurológica definitiva (n = 8), seguida por fibrosis quística (n = 5). La edad promedio de los participantes fue de ocho años, el menor con dos años y el mayor con 15. El estado nutricional predominante fue normal (57,1%), seguido por desnutrición moderada, desnutrición grave y sobrepeso, con dos pacientes cada uno, respectivamente. En el seguimiento se notificó incremento de peso y talla en todos los pacientes (excepto uno en el que no se usó la vía) con un promedio de 2,65 kg y 5,14 cm, respectivamente, en relación con su valoración inicial. Se observaron dos complicaciones en los pacientes incluidos (14,2%), el primero correspondiente a una formación de granuloma en el sitio de inserción de la sonda de gastrostomía y el segundo a una migración del tope interno de gastrostomía (síndrome *buried bumper*), el cual exigió retiro de la sonda desplazada y colocación de una sonda de recambio por vía endoscópica, con buena evolución posterior; no se notificó ninguna complicación grave. La estancia hospitalaria promedio en relación con el procedimiento fue de 2,5 días; no se tomó en cuenta a cuatro pacientes ya que su estancia hospitalaria se prolongó en relación con el tratamiento de su enfermedad subyacente.

Conclusiones: Según esta serie de casos, se confirma la utilidad de la GEP para mejorar el estado nutricional y posiblemente la calidad de vida de los pacientes, con poca frecuencia de complicaciones y baja estancia hospitalaria.

Financiamiento: No se recibió financiamiento de ningún tipo.

Lun134

HALLAZGOS POR VIDEOCÁPSULA ENDOSCÓPICA EN PACIENTES PEDIÁTRICOS CON SOSPECHA DE HEMORRAGIA DE INTESTINO DELGADO

D. Espinosa-Saavedra, C. M. Urdiera-González, A. C. Ogaz-Campos, B. González-Ortiz, IMSS, UMAE Hospital de Pediatría, CMN Siglo XXI

Introducción: Gracias al avance tecnológico y la miniaturización de los componentes electrónicos, la videocápsula endoscópica se ha convertido en una herramienta valiosa en el abordaje diagnóstico de las afecciones gastrointestinales localizadas en el intestino delgado, la única porción del tracto digestivo fuera del alcance de la endoscopia común. Ahora es posible visualizar la totalidad de la mucosa intestinal en un estudio no invasivo que utiliza radiación ionizante y no requiere sedación profunda o anestesia general. Su rendimiento diagnóstico para identificar el sitio de sangrado activo es mejor en los primeros tres días (95,1%) y hasta dos semanas después del episodio de sangrado (93,1%); después de este tiempo el rendimiento desciende de manera notable (57,1%).

Objetivo: Conocer los principales diagnósticos informados por videocápsula endoscópica en el contexto de pacientes pediátricos con sospecha de hemorragia del intestino medio.

Material y métodos: Estudio transversal, retrospectivo, observacional y descriptivo. Se concentraron los resultados de las video-

cápsulas de pacientes menores de 18 años con sospecha de hemorragia de intestino delgado desde el año 2019, en el servicio de gastroenterología pediátrica de esta unidad.

Resultados: De un total de 31 registros, en la Tabla 1 se describen la edad y la somatometría de los pacientes; se observó un predominio de hombres con 64,5%, con una presentación clínica de hemorragia evidente en 87% y oculta en 13%. Se realizó el estudio en las primeras dos semanas tras el sangrado. Se diagnosticó en el 19,35% sangrado activo y sin lesiones específicas en 6,4%. La afectación por sitio anatómico indicó 42% en yeyuno, 22,6% en íleon y 9,7% en duodeno; las lesiones específicas fueron: úlceras en 22,6%, enteritis en 19,4%, ectasias vasculares en 12,9%, erosiones en 9,6%, sangrado del sitio de anastomosis en 9,6%, vórices en 6,5%, divertículo de Meckel en 6,5%, ausencia de hallazgos específicos en intestino delgado en 6,5%, nevo azul en 3,2% y lesión submucosa en 3,2%. Las lesiones relacionadas con sangrado activo fueron enteritis inespecífica, enteropatía ulcerada y lesiones en el sitio de la anastomosis. Se identificó una distribución equitativa entre los pacientes previamente sanos y aquéllos con el antecedente de procedimientos quirúrgicos. No hubo retención de ninguna cápsula y se concluyó el 100% de los estudios. El rendimiento diagnóstico de la capsula fue de 93,5%.

Conclusiones: Aún existen limitaciones por falta de este recurso en los diferentes centros pediátricos especializados y existe además escasa difusión de su utilidad en el ámbito pediátrico. Esta investigación permite conocer la frecuencia de las principales lesiones por videocápsula en el sangrado de intestino medio (úlceras intestinales, 22,6%); el rendimiento diagnóstico de esta serie fue del 93,5% y se corroboró que la cápsula endoscópica es un método diagnóstico seguro. Todavía se requieren más investigaciones con una muestra mayor para lograr la validez externa y, con posterioridad, realizar un estudio multicéntrico nacional con los principales centros de gastroenterología pediátrica.

Financiamiento: No se recibió financiamiento de ningún tipo.

Tabla 1. Principales hallazgos en pacientes con sospecha de hemorragia de intestino delgado sometidos a cápsula endoscópica. (Lun134)

Características de la población estudiada				
	Promedio		Límite inferior	Límite superior
Edad (años)	9,37		0,5	17
Peso (kg)	31,8		8	64
Talla (cm)	123		80	172
Posoperados	n = 12	38,7%	Sangrado activo	n = 6 (19,35%)
Previamente sanos	n = 13	42%	Sin evidencia de sangrado	n = 24 (77,4%)
Sexo n = 31	Hombres n = 20 (64,5%)	Mujeres n = 11 (35,5%)	Sin lesiones específicas	n = 2 (6,4%)
Frecuencia de lesiones notificadas por videocápsula endoscópica (n = 31)			Sitio anatómico afectado	
Úlcera	n = 7	22,6%		
Enteritis	n = 6	19,4%	Duodeno	3 (9,7%)
Ectasias vasculares	n = 4	12,9%		
Erosiones	n = 3	9,6%	Yeyuno	13 (42%)
Sangrado de anastomosis biliodigestiva	n = 3	9,6%		
Vórices	n = 2	6,5%	íleon	7 (22,6%)
Meckel	n = 2	6,5%	Sin afectación específica de intestino delgado	3 (9,7%)
Sin hallazgos en intestino delgado	n = 2	6,5%	Sitio anatómico no especificado	5 (16%)
Nevos azules	n = 1	3,2%	Rendimiento diagnóstico	93,5%
Lesión submucosa	n = 1	3,2%	Sangrado evidente Sangre oculta	n = 27 (87%) n = 4 (13%)

Lun135

COMPLICACIONES RELACIONADAS A LA GASTROSTOMÍA ENDOSCÓPICA PERCUTÁNEA, ABIERTA Y LAPAROSCÓPICA, CON Y SIN FUNDUPLICATURA

A. Méndez-Contreras, E. Montijo-Barrios, J. Amezcua-Martínez, O. A. Pérez-González, F. E. Zárate-Mondragón, K. Ignorosa-Arellano, J. F. Cadena-León, E. M. Toro-Monjaraz, R. Cervantes-Bustamante, Instituto Nacional de Pediatría

Introducción: Hay varios métodos para practicar una gastrostomía. Ciertas veces conlleva la realización de funduplicatura; sin embargo, se considera que se abusa de ella, con todas las complicaciones que implica.

Objetivo: Comparar las complicaciones relacionadas con la gastrostomía endoscópica percutánea, así como con las de tipo abierto y laparoscópico, con y sin funduplicatura en pacientes pediátricos.

Material y métodos: Estudio retrospectivo, comparativo y observacional de 128 pacientes de 0 a 18 años, dividido en dos grupos de 64 pacientes cada uno. El primer grupo se integró con pacientes sometidos a gastrostomía endoscópica percutánea (GEP) como único procedimiento. En el segundo grupo se incluyó a pacientes sometidos a gastrostomía abierta o laparoscópica, con o sin funduplicatura concomitante (GALFC). En este último grupo, 60 de los 64 pacientes, equivalente al 93,8%, fue objeto de funduplicatura además de la cirugía. Se realizó una revisión de los expedientes del Instituto Nacional de Pediatría en el periodo del 1 enero del 2018 al 1 enero del 2023.

Resultados: La alteración de la mecánica de deglución fue la indicación más frecuente para programar gastrostomía en ambos grupos (87,5% del grupo GEP vs. 98,4% del grupo GALFC). El diagnóstico de base más frecuente para los dos grupos fueron las enfermedades neurológicas congénitas (37,5% del grupo GEP vs. 35,9% del grupo GALFC). Las diferencias estadísticamente significativas entre los dos grupos fueron: presencia de periestomatitis ($p < 0,001$, V de Cramer = 0,344) en 18 de 64 casos (28,1%) de GALFC, mientras que sólo se observó periestomatitis en 2 casos (3,1%) de GEP. La presencia de granulomas ($p = 0,007$, V de Cramer = 0,240) se encontró en 18 de 64 casos (28,1%) del grupo GALFC y en 6 (12%) cuando se practicó GEP. Como se muestra en la **Tabla 1**, también se reconocieron diferencias significativas en relación con las horas de inicio de la alimentación posterior a la operación, de tal modo que fueron menores cuando se realizó GEP (mediana = 8, rango = 186) respecto de cuando se efectuó GALFC (mediana = 72; rango = 888) ($U = 69,419 = 183$, $p < 0,001$, $d = 0,899$). Asimismo, el tiempo en días en el que se alcanzó el requerimiento energético total fue significativamente menor cuando se

Tabla 1. Resultado de pruebas de asociación (U de Mann-Whitney). (Lun135)

Variable	Grupo	M (rango)	U	p	g*
Tiempo de alimentación**	Grupo 1-	8 (186)	69,4	< 0,001	0,899
	Grupo 2- ~	72 (888)			
Días de requerimientos***	Grupo 1	1 (22)	793,5	0,001	0,492
	Grupo 2	5 (70)			

*g, g de Hedges, valor correspondiente a un tamaño del efecto grande.

**Tiempo de inicio de alimentación enteral posterior al procedimiento.

***Días para alcanzar los requerimientos energéticos totales.

- Pacientes con gastrostomía endoscópica percutánea.

- - Pacientes con gastrostomía abierta tipo Stamm o laparoscópica con funduplicatura.

realizó GEP (mediana = 1, rango = 22) que cuando se practicó GALFC (mediana = 5; rango = 70) ($U = 793,5$, $p < 0,001$, $d = 0,492$). El análisis sobre el cambio de peso en cada paciente dividido por grupos mostró diferencias estadísticamente significativas (ambos casos $p < 0,001$). Para el grupo de GEP, la mediana de peso antes de la cirugía fue de 7,2 kg (rango = 82,6), mientras que para el grupo GALFC la mediana fue de 7,6 kg (rango = 60). En cuanto al peso medido seis meses después de la intervención, la mediana para el grupo GEP fue de 8,7 kg (rango = 37,6), en tanto que para el grupo GALFC fue de 10,2 kg (rango = 56,5). Sin embargo, la comparación del peso a los seis meses entre los dos grupos de tratamiento no resultó estadísticamente significativa ($p = 0,026$). En relación con el grupo de pacientes pertenecientes al grupo de GEP fue necesario realizar la funduplicatura después de la cirugía debido al diagnóstico de reflujo gastroesofágico en 2 de 64 pacientes, equivalentes al 3,1%.

Conclusiones: El grupo de pacientes sometidos a GEP como único procedimiento tuvo una menor frecuencia de complicaciones respecto del grupo de GALFC. Los tiempos de inicio de alimentación y el alcance del requerimiento energético total fueron menores en el grupo de GEP en comparación con el grupo de GALFC. La ganancia de peso a seis meses en pacientes sometidos a GEP fue mayor que en pacientes del grupo de GALFC. Muy pocos individuos requirieron funduplicatura después de la gastrostomía (2/64), equivalentes al 3,1%, por lo que la evidencia actual no apoya la funduplicatura concomitante de manera regular.

Financiamiento: No se dispuso de financiamiento alguno.

Lun136

USO DE NUEVAS HERRAMIENTAS (IBMN Y PSPW) PARA AUMENTAR LA EXACTITUD DIAGNÓSTICA DEL MONITOREO POR IMPEDANCIA PH-METRÍA EN PACIENTES PEDIÁTRICOS CON ENFERMEDAD DE REFLUJO GASTROESOFÁGICO

A. I. Quesada-Tortoriello, E. Suárez-Morán, F. E. Zárate-Mondragón, E. M. Toro-Monjaraz, P. Gálvez-Castillejos, G. Morales-Osorio, Y. Zamorano-Orozco, L. Escobedo-Berumen, Hospital Español

Introducción: El ESPGHAN European Pediatric Impedance Working Group (ESPGHAN EURO-PIG) propuso valores de normalidad de impedancia pH-metría con el fin de estandarizar el diagnóstico de enfermedad por reflujo gastroesofágico (ERGE) en la población pediátrica. Sin embargo, al igual que en la población adulta, existe un subgrupo de pacientes pediátricos que no satisface los criterios descritos, considerados como casos de diagnóstico inconcluso o "zona gris". Debido a la gran variabilidad clínica de esta enfermedad en la población pediátrica es compleja la diferenciación de los casos de ERGE respecto de otros trastornos funcionales en este grupo etario. En tales casos, la impedancia basal nocturna media (IBNM) y la *Post swallow peristaltic wave* (PSPW) pueden ser de utilidad para diferenciar los casos de reflujo gastroesofágico respecto de otros trastornos gastrointestinales funcionales. Además de la probable correlación entre los síntomas y las características de los episodios de reflujo, podría tener valor predictivo respecto de la respuesta al tratamiento.

Objetivo: Demostrar la utilidad de las nuevas herramientas (IBMN y PSPW) para aumentar la exactitud diagnóstica de la vigilancia por impedancia pH-metría en la diferenciación de pacientes pediátricos con enfermedad de reflujo gastroesofágico en relación con las afeciones funcionales gastrointestinales.

Material y métodos: Se llevó a cabo la revisión de 32 trazos de impedancia pH-metría en pacientes pediátricos con sospecha de reflujo gastroesofágico, con obtención de muestra a conveniencia de

Tabla 1. Media de parámetros de acuerdo con el grupo fenotípico. (Lun136)

	NERD	Hipersensibilidad	Pirosis funcional
TEA % (media ± DE)	11% (± 6,3)	2% (± 1,43)	1% (± 1,25)
IBNM Ohms (media ± DE)	167.311 (± 598.673)	2.303 (± 837.839)	2.417 (± 656,23)
PSPW % (media ± DE)	20% 11 (± 28.884)	47% (± 29.237)	52% (± 43,85)

la unidad de fisiología y motilidad gastrointestinal de Instituto Nacional de Pediatría, centro de atención de tercer nivel. Se subdividió a los pacientes en tres grupos de acuerdo con su fenotipo clínico según el consenso de Lyon (reflujo gastroesofágico no erosivo, hipersensibilidad al reflujo y pirosis funcional). Se determinaron la media y la desviación estándar del tiempo de exposición al ácido (TEA), IBNM y PSPW de cada uno de los grupos fenotípicos. Como objetivo secundario se utilizó, al aumentar el número de la muestra, el análisis de regresión multivariado para establecer una relación sintomática y se valoró la exactitud diagnóstica del PSPW y la MNBI mediante curva ROC.

Resultados: En los 32 pacientes incluidos en el estudio se detectó un valor menor de IBNM y PSPW en los trastornos funcionales en comparación con el grupo de reflujo gastroesofágico no erosivo. Se informó una media del IBNM de 1.673 y PSPW de 20% en el grupo de reflujo gastroesofágico, IBNM de 2.303 y PSPW de 47% en el grupo de hipersensibilidad, IBNM de 2.416 y PSPW de 52% en el grupo de pirosis funcional. Se notificó una relación inversa entre el parámetro de tiempo de exposición al ácido (TEA) con los parámetros de IBNM y PSPW, con una media de 11%, 2% y 1% en el grupo de reflujo, hipersensibilidad y pirosis funcional, respectivamente (Tabla 1).

Conclusiones: La IBNM y PSPW son marcadores de utilidad en la detección, categorización y diferenciación de los pacientes entre los diferentes fenotipos clínicos de la enfermedad por reflujo gastroesofágico y los trastornos funcionales en la población pediátrica.

Financiamiento: No se recibió financiamiento de ningún tipo

Lun137

HALLAZGOS EN LA MANOMETRÍA ANORRECTAL DE ALTA RESOLUCIÓN EN PACIENTES PEDIÁTRICOS CON ESTREÑIMIENTO CRÓNICO EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL

E. Cruz-Bautista, Z. A. Monroy-Teniza, Hospital de Pediatría del Centro Médico Nacional Siglo XXI

Introducción: El estreñimiento crónico (EC) tiene una prevalencia mundial de 0,7% a 29,6% y se clasifica en primario (EP) y secundario (ES). El EP constituye 90% a 95% de los casos y se diagnostica por los criterios de Roma IV; por otro lado, el ES representa 5% a 10% de los casos y su característica es la existencia de una enfermedad subyacente. La manometría anorrectal de alta resolución (MAR) es la norma de referencia para valorar la función neuromuscular-anorrectal.

Objetivo: Describir los hallazgos de MAR en pacientes con EC e identificar el número de pacientes con trastornos de la motilidad y ausencia del reflejo rectoanal inhibitorio (RRAI).

Material y métodos: Estudio observacional, descriptivo, retrospectivo y transversal en un periodo de cinco años (2018-2022) de pacientes de 1 mes a 18 años sin distinción de sexo, con estreñimiento primario y secundario que contaran con manometría anorrectal de alta resolución, atendidos en la clínica de motilidad del Hospital de Pediatría del CMN Siglo XXI. El muestreo fue no probabilístico por casos consecutivos. Análisis estadístico: para las variables cualitativas se usó estadística descriptiva. Las variables cuantitativas se analizaron con el Software JMP ® SPSS 25 y se identificó una distribución paramétrica de éstas, con utilización de la prueba de Kolmogorov-Smirnov; como medida de tendencia y dispersión se empleó la media y desviación estándar. Se compararon las medias obtenidas para cada variable de la MAR y se utilizó la t de Student para comparar las variables por sexo y ANOVA y comparar la media de los grupos etarios.

Resultados: Se incluyó a 59 pacientes, 54 (92%) correspondieron a EP y 5 (8%) a ES, con 30 mujeres (50,8%) y 29 hombres (49,2%); la edad promedio fue 9 de años. Las presiones medias del esfínter en reposo y de máxima contracción voluntaria fueron de 64,3 ± 35 mmHg y 118,2 ± 60,8 mmHg, respectivamente. La longitud del canal anal fue de 1,8 ± 0,6 cm en correspondencia con la edad. La primera sensación, urgencia y volumen crítico se observaron con volúmenes de balón de 29,1 ± 19,4 cm³, 108,9 ± 45 cm³ y 126,6 ± 45,7 cm³, respectivamente. El resto de los valores se muestran en la **Tabla 1**.

Conclusiones: La población de estudio mostró un umbral de tolerancia al volumen superior a lo informado previamente en la bibliografía internacional, lo que sugiere que la raza, el origen étnico o el

Tabla 1. Descripción de los parámetros de manometría anorrectal de alta resolución de acuerdo con la edad y el sexo en pacientes con estreñimiento primario y secundario. (Lun137)

Variable	Total		Masculino		Femenino		p*	p	< 5 años		5-8 años		9-12 años		> 12 años		p**
	N	Media (±)	n	Media (±)	n	Media (±)			Media (±)	n	Media (±)	n	Media (±)	n	Media (±)		
Presión del esfínter media reposo (mmHg)	59	64,3 (35,0)	29	61,8 (20,9)	30	66,8 (44,9)	0,87	12	77,2 (44,2)	10	69,7 (48,1)	25	58,0 (26,1)	12	60,2 (28,19)	0,91	
Longitud del canal anal (cm)	59	1,8 (0,6)	29	1,8 (0,6)	30	2,0 (0,7)	0,11	12	1,8 (0,6)	10	1,9 (0,6)	25	1,7 (0,5)	12	1,8 (0,6)	0,89	
Presión anal residual (mmHg)	59	67,5 (31,7)	29	69,1 (29,1)	30	65,9 (34,5)	0,95	12	58,1 (27,9)	10	68,8 (36,7)	25	71,4 (35,5)	12	66,9 (23,2)	0,20	
Porcentaje de distensión anal (%)	59	23,4 (21,8)	29	18,9 (18,7)	30	27,8 (23,9)	0,03	12	32,1 (25,3)	10	24,1 (27,5)	25	22,7 (17,7)	12	15,8 (20,4)	0,24	
Presión intrarrectal (mmHg)	59	92,7 (30,9)	29	95,4 (36,8)	30	90,1 (24,3)	0,78	12	75,5 (26,0)	10	86,9 (26,8)	25	102,2 (34,2)	12	95,1 (26,0)	0,23	

Diferencial de presión anorrectal (mmHg)	59	27,3 (25,4)	29	26,8 (22,8)	30	27,7 (28,0)	0,87	12	21,6 (28,0)	10	18,7 (31,7)	25	30,4 (26,2)	12	33,4 (11,2)	0,86
Presión del esfínter máxima (mmHg)	59	118,2 (60,8)	29	136,0 (43,7)	30	101,0 (70,2)	0,90	12	111,5 (66,5)	10	128,2 (66,0)	25	112,3 (57,4)	12	128,8 (63,0)	0,20
Primera sensación (cm ³)	59	29,1 (19,4)	29	25,8 (9,0)	30	32,3 (25,5)	0,03	12	30 (8,5)	10	23,0 (8,2)	25	28,8 (17,1)	12	34,2 (33,9)	0,45
Urgencia (cm ³)	59	108,9 (45,0)	29	100,3 (42,5)	30	117,3 (46,4)	0,10	12	82,5 (25,2)	10	93 (28,3)	25	114,4 (42,3)	12	137,5 (59,4)	0,57
Volumen crítico (cm ³)	59	126,6 (45,7)	29	117,9 (43,9)	30	135 (46,5)	0,53	12	92,5 (34,1)	10	102,0 (31,9)	25	143,6 (36,0)	12	145,8 (57,6)	0,86
Distensibilidad rectal mínima (cm ³ /mmHg)	59	0,3 (0,3)	29	0,3 (0,1)	30	0,3 (0,4)	0,37	12	0,2 (0,1)	10	0,2 (0,1)	25	0,3 (0,3)	12	0,4 (0,5)	0,07
Distensibilidad rectal máxima (cm ³)	59	7,8 (27,0)	29	3,3 (2,7)	30	12,2 (37,5)	0,04	12	2,7 (2,4)	10	3,1 (2,4)	25	8,8 (29,5)	12	14,9 (42,7)	0,07

±, desviación estándar; mmHg, milímetros de mercurio; cm, centímetros; s, segundos; cm³, centímetros cúbicos; p*, t de Student; p**, ANOVA.

entorno psicosocial podrían ser factores relacionados con diferencias en la sensibilidad rectal. Se identificó significancia estadística en los valores de distensibilidad rectal al compararlos entre sexos, y fue mayor en pacientes femeninos. En cuanto a los resultados por grupos de edad, los hallazgos fueron homogéneos. La disinergia defecatoria se encontró en el 35% de los pacientes con EP y la más frecuente fue la disinergia de tipo 1 (55%) seguida por la de tipo 3 (34%). Las causas de estreñimiento orgánico fueron malformación anorrectal tipo cloaca, espina bífida oculta y mielomeningocele. El RRAI no se identificó en nueve pacientes por lo que se realizó biopsia endorrectal, que confirmó el diagnóstico de enfermedad de Hirschsprung en el 44%; en el 23% se reconoció la presencia de células ganglionares por lo que el diagnóstico final fue acalasia del esfínter anal. No se dispone de información en estudios de motilidad gastrointestinal en el área pediátrica en México; la descripción de los hallazgos de este estudio puede retomarse en diferentes centros nacionales para actualizar los algoritmos diagnósticos-terapéuticos en la población mexicana.

Financiamiento: No se contó con financiamiento.

Lun138

ASOCIACIÓN ENTRE NIVELES DE IMPEDANCIA BASAL DIURNA Y ACLARAMIENTO ESOFÁGICO EN NIÑOS CON TRASTORNOS FUNCIONALES ESOFÁGICOS

L. Gordillo-Rodríguez, E. M. Toro-Monjaraz, J. A. Ramírez-Mayans, F. E. Zárate-Mondragón, E. Montijo-Barrios, K. R. Ignorosa-Arellano, J. F. Cadena-León, R. Cervantes-Bustamante, M. C. Martínez-Soto, Instituto Nacional de Pediatría

Introducción: La enfermedad por reflujo no erosiva (ERNE) es una anomalía que aparece en pacientes con síntomas de reflujo, en ausencia de lesiones esofágicas endoscópicas. La ERNE es la presentación más frecuente de la enfermedad por reflujo gastroesofágico (ERGE). Se puede subdividir en tres grupos: ERNE verdadera (exposición esofágica anormal al ácido), hipersensibilidad al reflujo (exposición esofágica normal al ácido con síntomas) y pirosis funcional (exposición esofágica normal al ácido sin síntomas). La fisiopatología es poco clara. La impedancia basal es un parámetro relacionado con la integridad de la mucosa esofágica e incremento de la sensibilidad al ácido.

Objetivo: Comparar las métricas de la pH-impedanciometría, con mayor enfoque en el aclaramiento esofágico, línea basal diurna

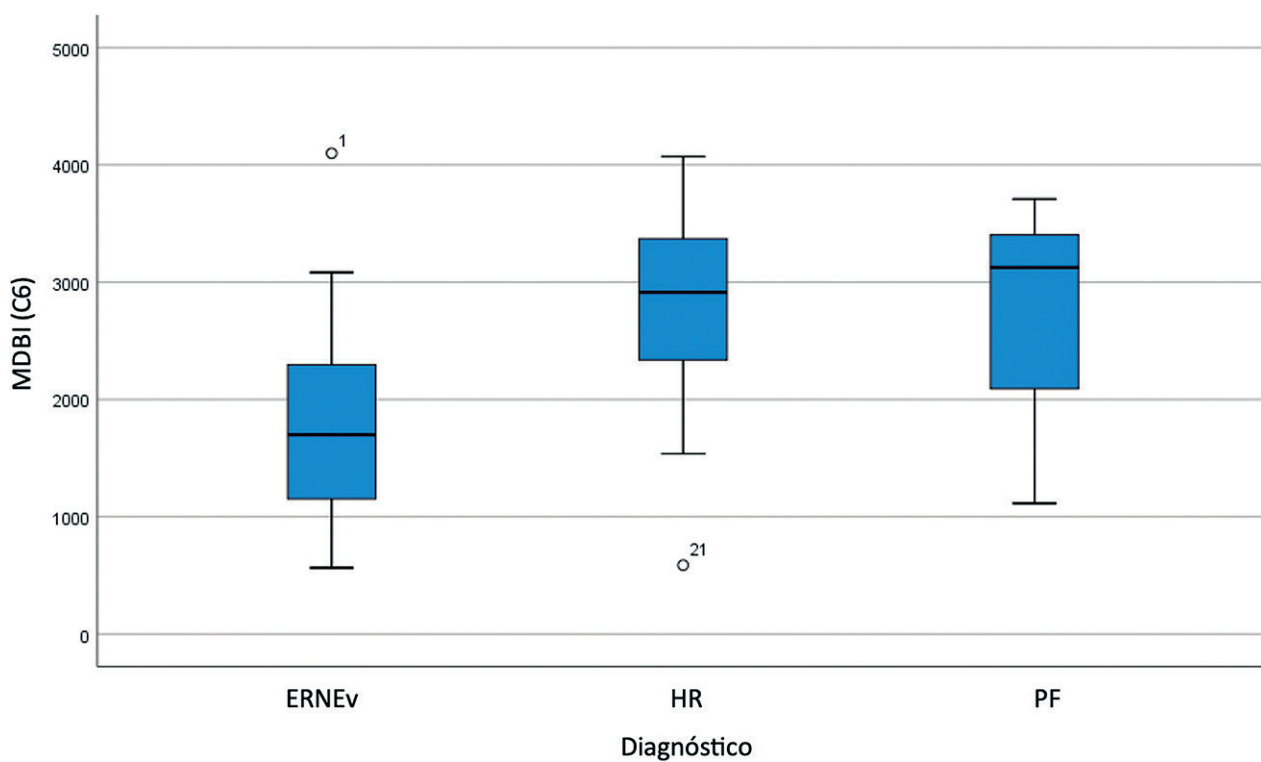
(MDBI) y nocturna (MNBI) en los canales distales en niños con ERNE. **Material y métodos:** Estudio observacional, retrospectivo, transversal y analítico. Se incluyó a todos los pacientes con síntomas típicos de reflujo, sometidos a endoscopia alta con mucosa esofágica normal y pH-impedanciometría, en un hospital de tercer nivel en la Ciudad de México de enero de 2015 a diciembre de 2022. La impedancia basal diurna y nocturna media se evaluó en los canales distales (5-6) durante tres horas en el día (8:00-11:00 h) y la noche (01:00-04:00 h), respectivamente. El aclaramiento esofágico se calculó con el software de pH-impedancia Sandhill. Las frecuencias y los porcentajes se informaron como medidas descriptivas. Para la comparación multivariante entre los grupos se realizaron t de Student y Anova.

Resultados: Se incluyó a 40 niños, 19 hombres (47,5%) y 21 mujeres (52,5%). La muestra se dividió en tres grupos: 12 (30%) con ERNE verdadero (ERNEv), 18 (45%) con hipersensibilidad al reflujo (HR) y 10 (25%) con pirosis funcional (PF). No hubo diferencias significativas en edad y sexo entre los grupos. En el grupo de PF fue más frecuente el sexo femenino. En ERNEv, 91% de los niños tenía regurgitaciones. La disfagia fue el síntoma más prevalente en HR (55%; $p < 0,006$). La saciedad pronta se encontró en el 50% de los pacientes en PF ($p < 0,018$). El índice de reflujo en ERNEv fue de $12 \pm 2,38$, en HR de $1,7 \pm 0,35$ y en PF de $2,34 \pm 1,03$. No se encontraron diferencias entre los tres grupos en el episodio más largo de reflujo ($p < 0,063$) y el reflujo ácido total medido por impedancia ($p < 0,782$). Al comparar ERNEv con HR se observó mayor tiempo de aclaramiento esofágico en decúbito (media $389,3 \pm 141,8$ vs. $35,2 \pm 9,1$; $p < 0,005$) y aclaramiento esofágico total (media $159,7 \pm 34,1$ vs. $49,7 \pm 10,7$; $p < 0,001$). Por otro lado, la ERNEv comparada con PF obtuvo mayor tiempo de aclaramiento esofágico en decúbito (media $389,3 \pm 141,8$ vs. $60,7 \pm 29,8$; $p < 0,018$), y la MDBI en C6 mostró cifras más bajas ($p < 0,033$). Al correlacionar los tres grupos se identificaron diferencias significativas en el aclaramiento esofágico en decúbito ($p < 0,003$) y total ($p < 0,004$), lo que revela un aclaramiento esofágico bajo en el grupo de ERNEv. En cuanto a la MDBI en C6 se reconocieron diferencias entre los tres grupos, $p < 0,018$ (ERNEv: $1.862,17 \pm 290,10$; HR: $2.828,17 \pm 211,54$; PF: $2.793,90 \pm 275,58$; Fig. 1).

Conclusiones: La hipersensibilidad al reflujo es el trastorno más frecuente en pediatría, lo cual coincide con las publicaciones internacionales. El aclaramiento esofágico se halla retardado en pacientes con trastornos funcionales. La línea basal diurna, al igual que la nocturna, puede tener un valor diagnóstico importante para diferenciar los trastornos funcionales esofágicos de los pacientes con reflujo patológico. Se necesitan más estudios prospectivos para diferenciar estos trastornos y confirmar estos resultados y poder identificar el mejor enfoque terapéutico específico para cada fenotipo de ERNE.

Financiamiento: No se recibió ningún financiamiento.

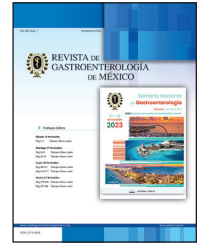
Figura 1. Comparación de valores de impedancia basal diurna (MDBI) que demuestra diferencias significativas entre los grupos ($p < 0,018$). (Lun138)





REVISTA DE GASTROENTEROLOGÍA DE MÉXICO

www.elsevier.es/rgmx



Sesión de trabajos libres orales

Lunes 20 de noviembre de 2023

Esteatosis hepática metabólica Hígado II

Lun139

PREVALENCIA DE TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA EN PACIENTES CON ESTEATOSIS HEPÁTICA METABÓLICA (EHMet)

H. R. Ordaz-Álvarez, A. D. Cano-Contreras, B. A. Priego-Parra, G. P. Martínez-Pérez, S. A. Reyes-Díaz, P. Durán-Azamar, M. J. J. García-Carvajal, A. H. Díaz-Crespo, F. B. Roesch-Dietlen, M. R. Francisco, M. Amieva-Balmori, J. M. Remes-Troche, Instituto de Investigaciones Médico-Biológicas, Universidad Veracruzana

Introducción: La relación entre los trastornos de la conducta alimentaria (TCA) y la esteatosis hepática metabólica (EHMet) se ha comunicado en diversos estudios que informan la presencia predominante del trastorno por atracón.

Objetivo: Determinar la prevalencia de los TCA en sujetos con EHMet contra una población de individuos sanos.

Material y métodos: Estudio observacional, transversal y analítico en el que se incluyó a pacientes que acudieron al servicio de gastroenterología y hepatología del Instituto de Investigaciones Médico-Biológicas durante enero-julio de 2023. Los participantes contestaron el cuestionario S-EDE-Q y HAD. Los sujetos con criterios para EHMet fueron objeto de Fibroscan®, mediciones somatométricas y estudios de laboratorio.

Resultados: Se incluyó a 90 pacientes, 45 con EHMet (edad 53 [45,5-59,5], 60% de mujeres) y 45 individuos sanos (edad 41 [33-53]), 60% de mujeres). Los pacientes con EHMet tuvieron mayor

puntuación de ansiedad (7 [4-9] vs. 5 [2-7], $p = 0,005$) y depresión (5 [2-8] vs. 3 [2-5], $p = 0,048$). La prevalencia de algún TCA en personas con EHMet fue de 8,9%. Además, tuvieron mayor prevalencia de trastorno por atracón (17,8% vs. 2,2% $p = 0,014$) y mayores puntuaciones en la subescala de restricción alimentaria (1 [0,1-2,4] vs. 0 [0-1], $p = 0,025$), preocupación por comer (0,2 [0,2-1,2] vs. 0 [0-1], $p = 0,002$), preocupación por el peso (1,6 [0,5-2,7] vs. 1 [1-2], $p = 0,040$) y puntuación global del cuestionario S-EDE-Q (1,04 [0,6-2,2] vs. 0,7 [0,3-1,6], $p = 0,050$) al compararlos con sujetos sanos.

Conclusiones: La prevalencia de TCA, de forma específica el trastorno por atracón, fue mayor en individuos con EHMet respecto de la población general. Los sujetos con TCA y EHMet tuvieron mayor ansiedad y depresión, lo que respalda la necesidad de una atención multidisciplinaria e integral.

Financiamiento: No se recibió financiamiento ni patrocinio.

Lun140

UTILIDAD DEL PUNTAJE MAFLD-S PARA EL DIAGNÓSTICO DE MAFLD EN UN GRUPO DE ADULTOS MEXICANOS

J. A. Torres-Díaz, A. Olivas-García, L. C. Chávez-García, J. A. Ruiz-Manríquez, A. Kammar-García, L. F. Uscanga-Domínguez, G. Castro-Narro, S. E. Martínez-Vázquez, Departamento de Gastroenterología, Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán

Introducción: Los métodos no invasivos para diagnosticar la enfermedad por hígado graso relacionada con disfunción metabólica (MAFLD) han ganado atención debido a su capacidad para diagnosticar a pacientes y reducir los costos de atención médica. Un avance reciente en el diagnóstico no invasivo es la puntuación MAFLD-S, que utiliza datos clínicos exclusivamente para predecir la probabilidad de desarrollar MAFLD.

Objetivo: Evaluar la capacidad de la puntuación MAFLD-S para determinar la probabilidad de tener MAFLD en una cohorte de personas aparentemente sanas.

Material y métodos: Estudio transversal en adultos mexicanos al parecer sanos. Se recogieron las características de la población como edad, sexo y comorbilidades, se realizaron mediciones antropométricas y se calculó la puntuación MAFLD-S para cada participante. Se consideró con esteatosis hepática (EH) todo participante con parámetro de atenuación controlada (CAP) > 248 dB/m medida mediante elastografía transitoria. Se evaluó el rendimiento diagnóstico de la puntuación MAFLD-S mediante curva ROC y su calibración al comparar la probabilidad predicha promedio y la probabilidad observada de la población dividida en deciles de la puntuación MAFLD-S. Se calcularon sensibilidad y especificidad para el punto de corte de 0,548 y además se determinó el punto de corte con mejor beneficio combinado de sensibilidad y especificidad para la población de estudio.

Resultados: Se incluyó a 523 participantes, de los cuales 61% correspondió a mujeres y la media de edad fue de 41 años. De acuerdo con su índice de masa corporal, 68% tenía IMC alto (42% sobrepeso y 27% obesidad). La prevalencia de MAFLD en la población de estudio fue de 42,4%. El área bajo la curva ROC fue de 0,846 (IC95%, 0,813-0,878; **Fig. 1**), con una sensibilidad y especificidad para el punto de corte de 0,548 de 63,5% y 81,7%, respectivamente. En esta población, el punto de corte con el mejor beneficio combinado de sensibilidad y especificidad fue de 0,433 con una sensibilidad de 78,4% y especificidad de 77,4%. La puntuación MAFLD-S proporciona una buena predicción de la probabilidad de tener MAFLD para individuos con una puntuación MAFLD-S muy baja (primeros dos deciles, correspondiente a una puntuación MAFLD-S < 0,04) o alta (últimos cuatro deciles, correspondiente a una MAFLD-S > 0,50), pero no para individuos con una puntuación MAFLD-S intermedia.

Conclusiones: En un grupo de adultos aparentemente sanos, la puntuación MAFLD-S mostró ser una buena herramienta para predecir la probabilidad de sufrir MAFLD en la población general. La implementación de esta puntuación puede ayudar a identificar a las personas con riesgo elevado y realizar una intervención temprana

para cambiar el curso clínico de la enfermedad.

Financiamiento: No se recibió financiamiento de la industria.

Lun141

ALTERACIÓN DEL PERFIL LIPÍDICO EN LEAN-NAFLD: ESTUDIO REALIZADO EN POBLACIÓN MEXICANA

A. M. Mijangos-Trejo, F. J. Valentín-Cortez, R. A. Gómez-Mendoza, V. M. Fernández-Garibay, N. Chávez-Tapia, Médica Sur

Introducción: La enfermedad del hígado graso no alcohólico (NAFLD) tiene una sólida relación con la obesidad y sus comorbilidades, pero también puede presentarse en pacientes sin sobrepeso. La prevalencia de NAFLD en pacientes delgados (lean-NAFLD) es de 10% a 20%. La prevalencia de dislipidemia en pacientes con lean-NAFLD es de 22%. Sin embargo, no existen estudios en la población mexicana que valoren el perfil lipídico de los pacientes con lean-NAFLD.

Objetivo: Determinar las alteraciones del perfil lipídico de la población mexicana con lean-NAFLD.

Material y métodos: Expedientes de pacientes que acudieron a revisión preventiva y que fueron objeto de elastografía hepática (Fibroscan®) en el periodo comprendido entre enero de 2019 y diciembre de 2020. Tipo de estudio: descriptivo y analítico, de corte transversal, retrospectivo y observacional. Variables analizadas: edad, género, comorbilidades, índice de masa corporal (IMC), grado de esteatosis y fibrosis por elastografía, valores séricos de transaminasas, bilirrubina total, colesterol total (CT), lipoproteína de baja densidad (LDL), lipoproteína de alta densidad (HDL) y triglicéridos (TG). Análisis estadístico: los resultados se analizaron con medidas de frecuencia para la obtención de porcentajes, media, promedio y desviación estándar; así como t de Student para determinar la diferencia de las medias.

Resultados: De los pacientes que acudieron a revisión preventiva se excluyó a aquellos con datos incompletos en el expediente, con consumo de alcohol significativo y aquellos con IMC de 25; se incluyó en el análisis a 305 pacientes. La edad promedio fue de 49,2 años ($\pm 7,87$), con 60% de hombres; el 37% tenía dislipidemia, 3,3% síndrome metabólico, 4,3% diabetes y 9,5% hipertensión arterial sistémica. El 22% refirió ser fumador, 80% realizaba actividad física y 5,9% consumía estatinas. En la **Tabla 1** se muestra el perfil lipídico de la población de acuerdo con el grado de esteatosis hepática, así como los valores de transaminasas. La media de triglicéridos en pacientes con lean-NAFLD fue de 126 ± 114 y en personas sin esteatosis de $88,8 \pm 44,4$ ($p < 0,001$); asimismo, se observaron cifras de HDL de $50,3 \pm 15,5$ y $56,1 \pm 13,8$ ($p = 0,001$), respectivamente. La media de CT y LDL no mostró diferencia. Si se agrupa a los pacientes de acuerdo con el grado de esteatosis, no se observó nexo entre el perfil lipídico y la esteatosis de grado 1 (S1); en el grupo de esteatosis grado 2 (S2) se reconocieron valores significativamente más bajos de HDL en comparación con pacientes sin esteatosis ($46,5 \pm 11,1$ vs. $56,1 \pm 13,8$, $p = 0,010$); y, por último, la esteatosis de grado 3 mostró cifras más elevadas de TG (184 ± 108 vs. $88,8 \pm 44,4$) y menores de HDL ($43,9 \pm 13,4$ vs. $56,1 \pm 13,8$) en comparación con la población sin esteatosis ($p < 0,001$).

Conclusiones: Los pacientes con lean-NAFLD tuvieron valores significativamente más altos de triglicéridos y más bajos de HDL respecto de la población sin esteatosis. El CT y LDL no mostraron correlación. Lo anterior difiere de algunos estudios, en los que CT y LDL también se vincularon con lean-NAFLD.

Financiamiento: No se recibió financiamiento de ningún tipo.

Figura 1. Estimación de curva ROC y cálculo de área bajo la curva del punto MAFLD-S en nuestra población. (Lun140)

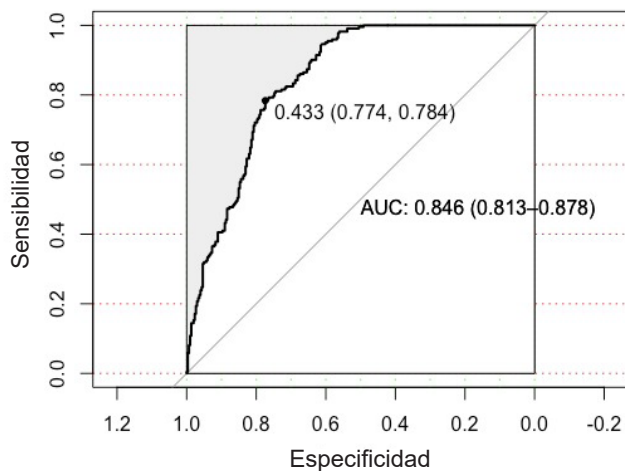


Tabla 1. Perfil lipídico y transaminasas de acuerdo con la presencia y el grado de esteatosis hepática en pacientes con lean-NAFLD. (Lun141)

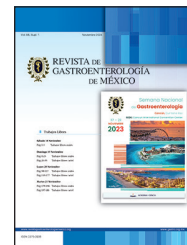
	Número de pacientes (n = 305)	Edad en años	IMC	CT (mg/dL)	LDL (mg/dL)	HDL (mg/dL)	TG (mg/dL)	AST (U/L)	ALT (U/L)
General	305	49,2 ± 7,87	22,4 ± 2,5	201 ± 38,3	126 ± 32,8	54,3 ± 14,6	100 ± 74,9	23,4 ± 9,23	24,5 ± 12,3
Sin esteatosis	211 (69,18%)	48,1 ± 7,4	22 ± 2,76	200 ± 37	126 ± 31,4	56,1 ± 13,8	88,8 ± 44,4	23,3 ± 10,3	23,5 ± 12,3
Esteatosis	94 (30,81%)	51,5 ± 8,4	23,4 ± 1,56	198 ± 41	128 ± 35,9	50,3 ± 15,5	126 ± 114	23,6 ± 6,09	26,8 ± 11,9
Esteatosis grado 1 (S1)	44 (14,42%)	50,7 ± 8,71	22,9 ± 1,64	202 ± 35,7	126 ± 32,2	56,3 ± 16,5	94,6 ± 41,5	23,3 ± 5,16	24 ± 8,29
Esteatosis grado 2 (S2)	22 (7,21%)	51 ± 7,96	24,3 ± 1,16	199 ± 40,9	130 ± 32,2	46,5 ± 11,1	115 ± 39,4	22,6 ± 4,38	29,4 ± 15,3
Esteatois grado 3 (S3)	28 (9,18%)	53,2 ± 8,36	23,9 ± 1,42	209 ± 49,1	131 ± 42,6	43,9 ± 13,4	184 ± 108	25 ± 8,21	29,1 ± 13,2

S1, 5% a 32% de las células hepáticas con contenido graso; S2, 33% a 65% de las células hepáticas con contenido graso; S3, > 65% de las células hepáticas con contenido graso; IMC, índice de masa corporal; CT, colesterol total; LDL, lipoproteína de baja densidad; HDL, lipoproteína de alta densidad; TG, triglicéridos; ALT, alanino aminotransferasa; AST, aspartato aminotransferasa.



REVISTA DE GASTROENTEROLOGÍA DE MÉXICO

www.elsevier.es/rgmx



Sesión de trabajos libres orales

Lunes 20 de noviembre de 2023

Neurogastro I

Lun142

VALORES DE REFERENCIA DE PRESIÓN FARÍNGEA Y ESFÍNTER ESOFÁGICO SUPERIOR A DIFERENTES VOLÚMENES Y VISCOSIDADES EN POBLACIÓN MEXICANA ADULTA ASINTOMÁTICA Y SIN FACTORES DE RIESGO PARA DISFAGIA OROFARÍNGEA DETERMINADOS MEDIANTE MANOMETRÍA FARINGOESOFÁGICA DE ALTA RESOLUCIÓN

A. A. Solís-Ortega, E. Coss-Adame, M. A. Valdovinos-Díaz, I. G. Carranza-Mendoza, V. J. Ornelas-Arroyo, M. F. García-Cedillo, A. Martínez-Luna, Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán

Introducción: La manometría faringoesofágica de alta resolución (F-MAR) con protocolo de volumen-viscosidad permite medir y analizar fenómenos de contracción y relajación durante la fase faríngea de la deglución. Se desconocen los valores de normalidad de presión de contracción y relajación faríngea y del esfínter esofágico superior (EES) en la población mexicana adulta.

Objetivos: Describir los valores de presión y relajación faríngeos y de EES en la población mexicana adulta, asintomática y sin factores de riesgo de DOF, además de determinar las diferencias entre sexos y evaluar la precisión de las mediciones de variables de presión-relajación faringoesofágicas.

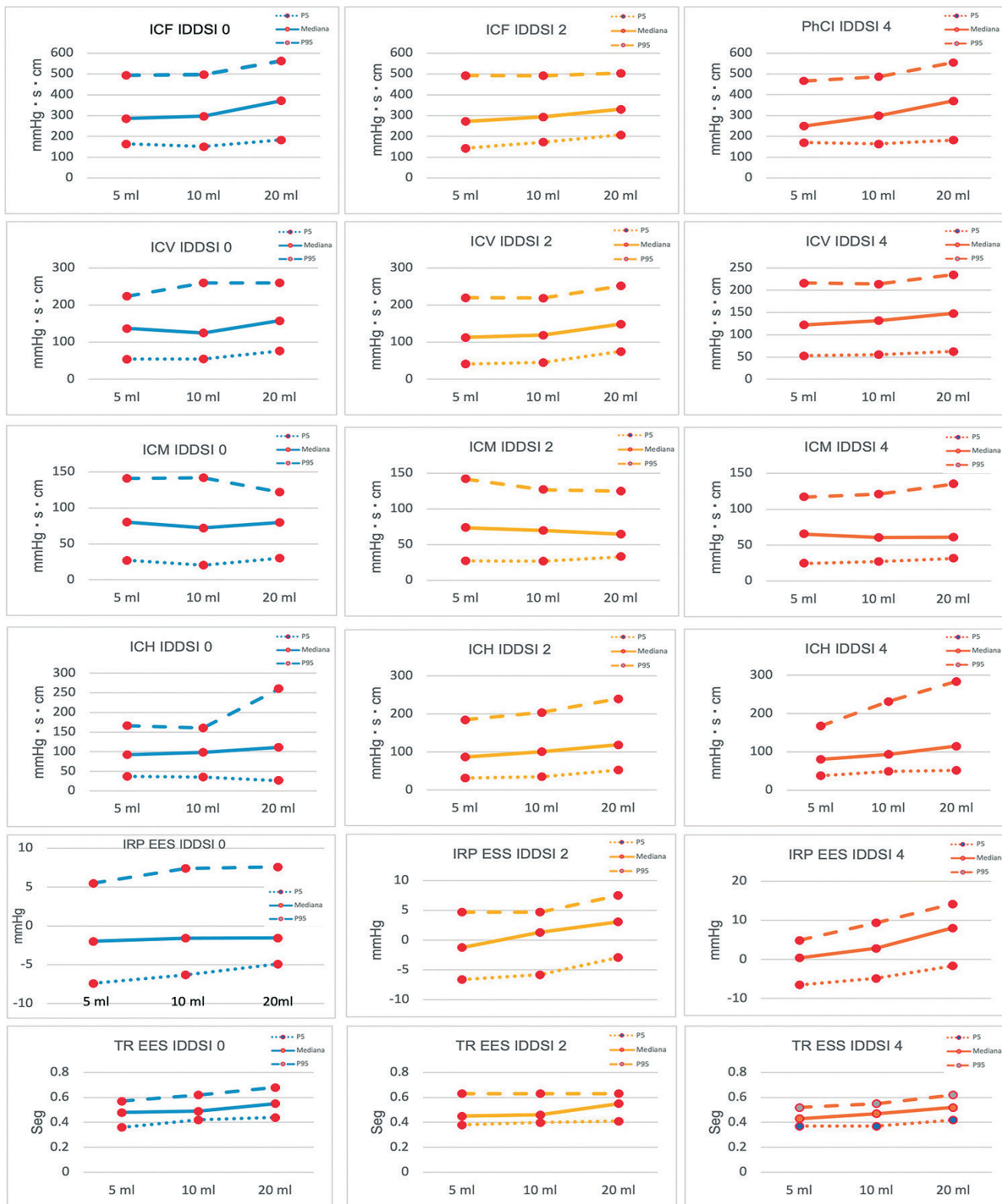
Material y métodos: Interrogatorio y aplicación del cuestionario *Eating Assessment Tool* (EAT-10) para tamizaje y factores de riesgo

de DOF, incluidos los voluntarios con < 3 puntos, sin factores de riesgo. Se usó catéter en estado sólido Medtronic de 36 sensores circunferenciales, software Manoview, para analizar 10 degluciones de 5 mL de líquido de acuerdo con el protocolo Chicago versión 4.0. Se administró el protocolo faringoesofágico por triplicado y de forma secuencial, tres volúmenes (5, 10 y 20 mL) y tres viscosidades a base de goma xantana con el método IDDSI (*International dysphagia diet standardisation initiative*) (líquida [IDDSI 0], néctar [IDDSI 2] y pudín [IDDSI 4]), y se analizó un total de 27 degluciones con el software *swallowgateway*. Se calcularon mediana y percentiles 5° a 95° de las siguientes métricas para cada volumen y viscosidad: a) integral de contracción faríngea (ICF), b) integral de contracción velofaríngea (ICV), c) integral de contracción mesofaríngea (ICM), d) integral de contracción hipofaríngea (ICH), e) integral de relajación de presión de EES (IRP-EES), f) tiempo de relajación de EES (TP-EES). Análisis estadístico: χ^2 para comparación de proporciones, U de Mann-Whitney para comparación de medianas entre sexos y Friedman para coeficiente de correlación intraclase con valoración de la precisión de las métricas.

Resultados: Participaron 27 voluntarios: 14 hombres y 13 mujeres con mediana de edad de 30 años (21,5-31,5; $p = 0,35$), IMC de 24,3 (22,9-26,1; $p = 0,51$), EAT-10, 0 puntos en 100%. Motilidad esofágica: normal en 20 (74,1%), motilidad esofágica inefectiva en 6 (22,2%; $p = 0,44$). Los valores de normalidad se representaron en gráficas (Fig. 1). No hubo diferencias estadísticamente significativas en ambos sexos en métricas obtenidas para cada volumen y viscosidad ($p > 0,05$). CCI > 0,75 en todas las métricas para cada volumen y viscosidad.

Conclusiones: Es el primer estudio mexicano que establece valores de referencia de presión de contracción y relajación a nivel faríngeo y de EES mediante el uso de F-MAR con un protocolo estandarizado

Figura 1. Gráficas de valores de normalidad de variables faringoesofágicas determinados en tres volúmenes (5, 10 y 20 mL) y tres viscosidades (IDDSI 0 en azul, 2 en amarillo y 4 en naranja). La línea continua indica el valor de la mediana de cada volumen administrado; la línea discontinua superior indica el percentil 95°; y la línea punteada inferior el percentil 5°. ICF, integral de contracción velofaríngea; ICM, integral de contracción mesofaríngea; ICH, integral de contracción hipofaríngea; IRP-EES, integral de relajación de presión del esfínter esofágico superior; TR-EES, tiempo de relajación del esfínter esofágico superior. (Lun142)



de volumen y viscosidad, en adultos asintomáticos y sin factores de riesgo para DOF.

No se registraron diferencias entre sexos coetáneos en las métricas de presión y relajación faringoesofágicas a diferentes volúmenes y viscosidades. Hubo excelente concordancia en variables de presión-relajación faringoesofágicas para cada volumen y viscosidad, lo que sugiere que es suficiente un protocolo acortado de 9 degluciones para evaluar la fase faríngea mediante F-MAR.

Financiamiento: No se recibió financiamiento.

Lun143

¿PODRÍA LA LONGITUD ESOFÁGICA EXPLICAR LA INUSUAL COEXISTENCIA DE ACALASIA Y HERNIA HIATAL?

L. G. López-Mosqueda, E. Coss-Adame, J. Furuzawa-Carballeda, M. A. Valdovinos-Díaz, O. Santés-Jasso, M. M. Mendicuti-Carrillo, C. D. Romero-Osorio, G. M. Torres-Villalobos, Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán

Introducción: La incidencia de hernia hiatal (HH) en acalasia es significativamente menor que en la población general. La evidencia sugiere que un esófago más corto en la enfermedad por reflujo gastroesofágico (ERGE) se relaciona con la HH. En pacientes con acalasia hay dilatación, pero también alargamiento del esófago, y en ocasiones puede formarse un esófago sigmoideo. La mayor longitud esofágica (LE) en pacientes con acalasia podría ser la razón de la menor incidencia de HH en esta población.

Objetivos: Determinar la prevalencia de HH en pacientes con acalasia; comparar la LE en pacientes con ERGE, acalasia y voluntarios sanos; medir la LE obtenida de la manometría con relación con la talla del paciente (MELH); y determinar si hay diferencias en los síntomas entre los pacientes con y sin HH.

Material y métodos: Este estudio retrospectivo y transversal incluyó a 87 pacientes con acalasia no sometidos antes a cirugía, 22 con

ERGE y 30 voluntarios sanos. Se realizaron manometría de alta resolución (MAR), trago de bario y endoscopia digestiva alta para diagnóstico de HH. Los síntomas se evaluaron con los cuestionarios de Eckardt, EAT-10 y GERD-HRQL. La LE se midió con MAR. También se calculó la relación MELH.

Resultados: La prevalencia de HH en pacientes con ERGE respecto de la acalasia fue del 73% contra 3%. Los pacientes con acalasia tenían un esófago más largo y una relación MELH más alta que los pacientes con ERGE y los voluntarios sanos ($p < 0,001$). Los individuos con ERGE tenían una relación MELH más baja que los voluntarios sanos ($p < 0,05$). Las puntuaciones de EAT-10 ($p < 0,0001$) y Eckardt ($p < 0,05$) fueron más altas en los enfermos con acalasia sin HH en comparación con los que tenían HH (Fig. 1).

Conclusiones: La prevalencia de HH en la acalasia es significativamente menor que en la ERGE. La LE mayor y la relación MELH más alta en la acalasia podrían explicar la menor prevalencia de HH. Éste es el primer estudio en vincular la mayor longitud esofágica medida por MAR con la baja incidencia de HH en acalasia.

Financiamiento: No se recibió financiamiento de ningún tipo.

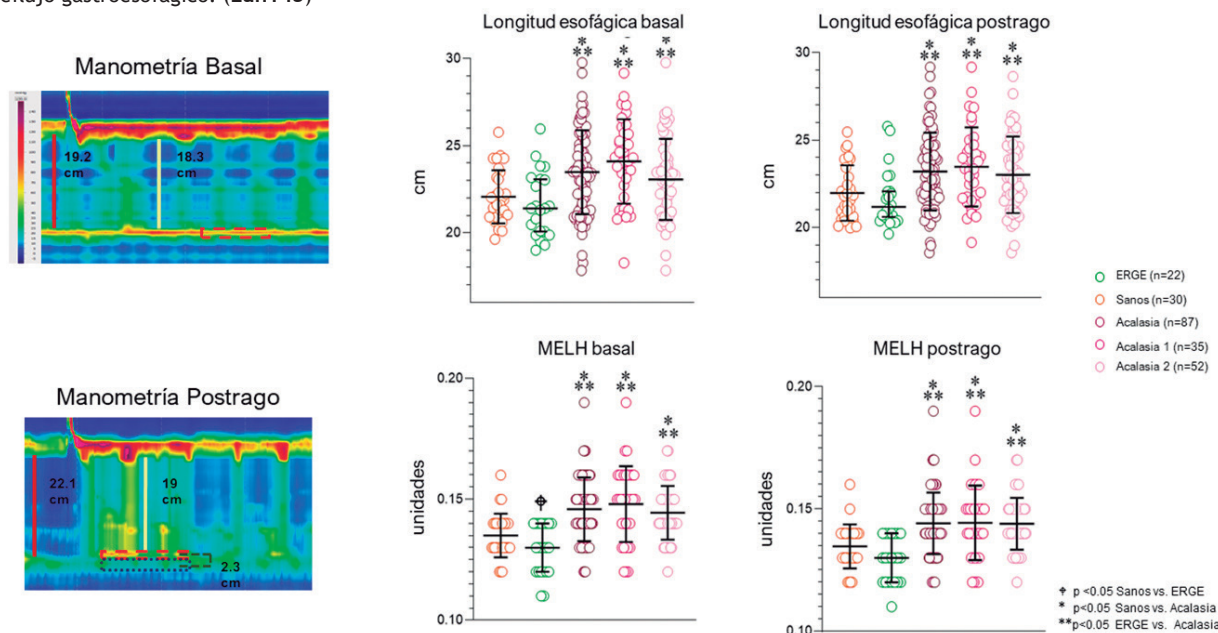
Lun144

DETERMINANTES DEL ÉXITO CLÍNICO EN PACIENTES CON ACALASIA POSOPERADOS DE MIOTOMÍA DE HELLER CON FUNDUPLICATURA

I. G. Carranza-Mendoza, A. A. Solís-Ortega, V. J. Ornelas-Arroyo, M. F. García-Cedillo, A. Martínez-Luna, J. Furuzawa-Carballeda, G. M. Torres-Villalobos, E. Coss-Adame, Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán

Introducción: La acalasia es un trastorno motor esofágico poco frecuente con diferentes modalidades de tratamiento (farmacológicos, endoscópicos o quirúrgicos). La escala de Eckardt sirve para evaluar los síntomas anteriores a un tratamiento y se considera éxito clínico una puntuación ≤ 3 . El esofagograma de bario cronometrado (EBC),

Figura 1. Longitud esofágica e índice MELH en pacientes con o sin hernia hiatal. Mitad izquierda: manometrías esofágicas. Mitad derecha: cuadrante superior izquierdo: longitud esofágica basal; cuadrante superior derecho: longitud esofágica postrago; cuadrante inferior izquierdo: índice MELH basal; y cuadrante inferior derecho: índice MELH postrago. Los resultados se expresan como media \pm DE. ERGE, enfermedad por reflujo gastroesofágico. (Lun143)



con medición de la columna de bario a los 5 minutos, y la integral de relajación de presión del esfínter esofágico inferior (IRP-EEI) se consideran variables objetivas de respuesta posterior al procedimiento quirúrgico; sin embargo, en la actualidad existe controversia sobre la correlación clínico-radiográfica y clínico-manométrica después del tratamiento quirúrgico.

Objetivo: Evaluar las relaciones entre los valores de IRP-EEI y el esofagograma cronometrado con la puntuación de Eckardt para determinar si se vinculan con la mejoría o persistencia de los síntomas luego de la miotomía de Heller con funduplicatura parcial.

Material y métodos: Estudio retrospectivo realizado de 17 expedientes de pacientes con acalasia que se trataron por medios quirúrgicos con miotomía de Heller y funduplicatura parcial entre el periodo de marzo de 2017 y marzo de 2022. Análisis estadístico: χ^2 para comparación de proporciones de mejoría sintomática medida con Eckardt e IRP-EEI posquirúrgicos y regresión logística mediante coeficiente de correlación de Spearman para el cambio prequirúrgico y posquirúrgico de la altura de bario a los 5 min medido en centímetros y Eckardt posquirúrgico. En ambos análisis se consideró una $p < 0,05$ como estadística significativa. El programa utilizado fue JAMOV versión 2.3.

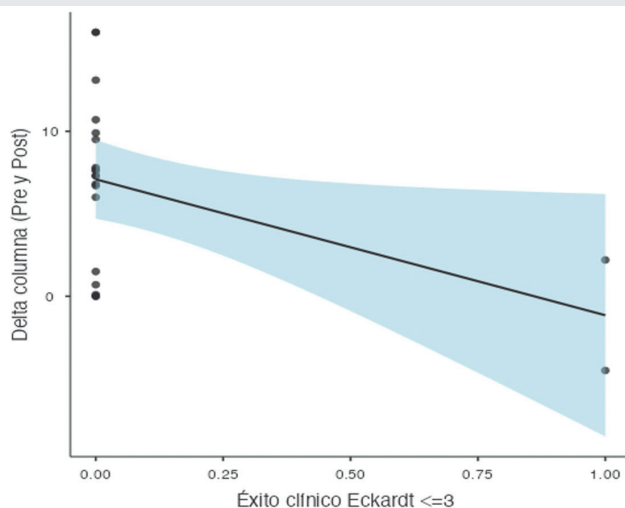
Resultados: Un total de 15 pacientes (88%) con IRP-EEI < 12 mmHg tuvo puntuación de Eckardt ≤ 3 en el posquirúrgico, 1 (6%) con IRP-EEI ≥ 12 mmHg tuvo Eckardt ≤ 3 y 1 (6%) con IRP-EEI ≥ 12 mmHg tuvo Eckardt > 3 ($p = 0,005$) (Fig. 1). La mediana del delta de columna prequirúrgica y posquirúrgica fue de 7,3 (1,85-9,7). La rho de Spearman entre la mediana del delta de columna y el éxito clínico fue de -0,37 con $p = 0,09$ (Fig. 1).

Conclusiones: Un IRP < 12 mmHg posterior a cirugía se vinculó con una puntuación de Eckardt ≤ 3 . El cambio en la columna de bario en el prequirúrgico y posquirúrgico tuvo una correlación negativa (a mayor diferencia en descenso de columna de bario, menor puntuación de Eckardt), pero no se relacionó de manera estadísticamente

Figura 1. Relación del IRP posquirúrgico y el Eckardt. Correlación de la columna de bario prequirúrgica y posquirúrgica y el Eckardt. (Lun144)

IRP	Eckardt <3	Eckardt >3	Total
<12 mmHg	15 (88%)	0 (0%)	15 (88%)
>12 mmHg	1 (6%)	1 (6%)	2 (12%)
Total	16 (94%)	1 (6%)	17 (100%)

$p=0.005$



Rho de Spearman -0.375
 $p=0.094$

significativa con éxito clínico (Eckardt ≤ 3), lo cual podría explicarse por el pequeño tamaño de la muestra.

Financiamiento: No se recibió financiamiento de ningún tipo.

Lun145

EL CONSUMO DE EDULCORANTES NO CALÓRICOS EN EL EMBARAZO SE ASOCIA CON CAMBIOS EN LA MICROBIOTA DEL CALOSTRO MATERNO

M. Esquivel-Velázquez, J. García-Mena, A. Piña-Escobedo, J. M. Vélez-Ixta, A. Tapia-González, N. Bueno-Hernández, G. Escobedo, K. de León-Barrera, J. C. Briones-Garduño, Banco de Leche Humana del Hospital General de México, Hospital General de México Dr. Eduardo Liceaga

Introducción: La obesidad infantil es un problema de salud en aumento. El consumo de edulcorantes no calóricos (ENC) durante el embarazo se ha relacionado con un mayor índice de masa corporal en el infante al año de edad y cambios en su microbiota intestinal. La leche materna contiene una microbiota propia que es crucial para el establecimiento de la microbiota intestinal del lactante. El origen de esta microbiota puede explicarse en parte por la capacidad demostrada que tiene la microbiota intestinal de la madre para llegar a la leche a través de la vía enteromamaria. Diversos protocolos clínicos han demostrado que los ENC pueden modificar la microbiota intestinal. Además, estas alteraciones de la microbiota intestinal debidas al consumo de ENC se relacionan directamente con alteraciones en el control de la glucosa en sangre en modelos murinos y humanos. No se ha evaluado si su consumo puede alterar la composición de la microbiota de la leche materna.

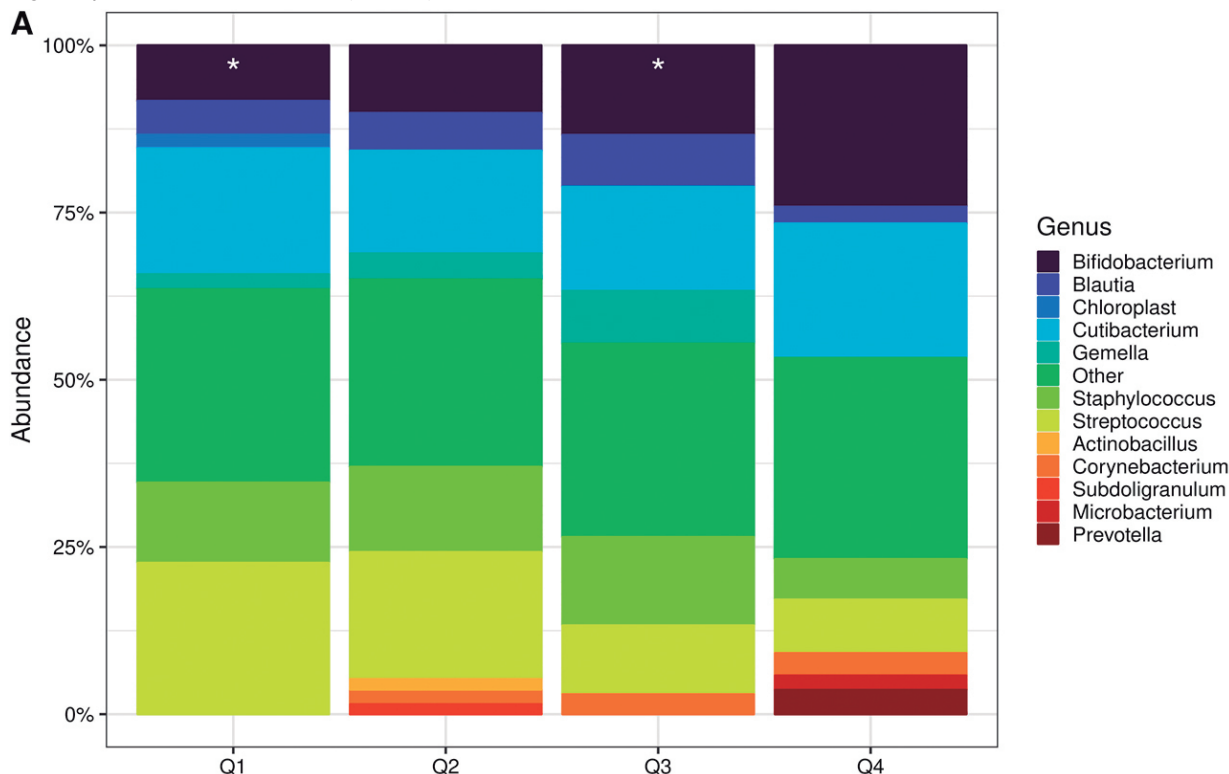
Objetivo: Determinar los cambios en la microbiota del calostro vinculados con el consumo de ENC durante el embarazo

Material y métodos: Éste fue un estudio transversal que incluyó a 82 mujeres sanas de 18 a 40 años que dieron a luz a un recién nacido vivo y sano en el Hospital General de México. Se evaluaron la dieta y el consumo de ENC de las madres mediante cuestionarios validados y se clasificó a las mujeres en cuartiles (Q1, Q2, Q3 y Q4) de acuerdo con la frecuencia de consumo de alimentos con ENC. Se obtuvo DNA de las muestras de calostro y se estudió la diversidad bacteriana mediante secuenciación de alto rendimiento de las bibliotecas de V3-16S rRNA con la tecnología Ion-Torrent. Se determinó la distribución de las variables y se compararon entre los grupos mediante ANOVA o Kruskal-Wallis.

Resultados: Se incluyó en el estudio a 82 mujeres, con una edad promedio de 24 ± 5 años, de las que el 95,5% provino de la Ciudad de México y la zona metropolitana. Las mujeres se dividieron en cuartiles con base en la frecuencia de consumo de alimentos con ENC, de tal manera que se integran cuatro grupos: Q1 (< 4 veces/sem, $n = 16$), Q2 ($4 < 8$ veces/sem, $n = 25$), Q3 ($8 < 16,5$ veces/sem, $n = 20$) y Q4 ($\geq 16,5$ veces/sem, $n = 21$). No hubo diferencias entre los grupos en edad, IMC, composición corporal, edad gestacional o peso y talla del recién nacido. Tampoco se observaron diferencias en los macronutrientes y micronutrientes de la dieta. No se identificaron cambios en la abundancia relativa de reino y filo entre los cuatro grupos en la microbiota del calostro. En cuanto al género, se identificó que *Bifidobacterium* aumentó a medida que se elevó la frecuencia de consumo de ENC, y fue estadísticamente mayor en el grupo Q3 que en Q1. Asimismo, *Staphylococcus* fue significativamente mayor en Q1 respecto de Q2 y menor en Q2 en comparación con Q3 y Q4. *Methanobrevibacter* fue menor en Q1 contra Q2 y Q3, mientras que *Streptococcus* fue menor en Q1 y Q2 respecto de Q4 (Fig. 1).

Conclusiones: El consumo de ENC durante el embarazo se vinculó con cambios en géneros específicos de la microbiota del calostro.

Figura 1. Gráficas de barras apiladas que representan la composición de la microbiota del calostro en relación con el género. El eje Y indica la abundancia relativa del género, el eje X muestra los grupos (cuartiles) de frecuencia de consumo de ENC y los colores resaltan el género. Se agregaron asteriscos para representar las diferencias estadísticamente significativas encontradas en *Bifidobacterium*, entre los grupos Q1 y Q3 según la prueba de Kruskal-Wallis. (Lun145)



En especial, la arquea *Methanobrevibacter*, cuyo aumento se ha relacionado con un mayor riesgo de obesidad y enfermedades cardiovasculares, aumentó su abundancia relativa en el calostro con el consumo de ENC. Se ha demostrado que este microorganismo en el calostro y la leche materna tiene un papel esencial en la siembra de ésta en el intestino del infante. Se desconoce si los cambios encontrados en la abundancia relativa de *Methanobrevibacter* se traducen en cambios en su abundancia en la microbiota de los lactantes, así como si estos cambios se relacionarían con un mayor riesgo de sobrepeso u obesidad más adelante en la vida.

Financiamiento: Este proyecto recibió financiamiento de CONACYT, FOSISS número SALUD-2018-02-A3-S-39439 otorgado al autor MEV.

Lun146

HALLAZGOS MANOMÉTRICOS EN PACIENTES CON DISFAGIA ESOFÁGICA Y ENDOSCOPIA NEGATIVA

D. Aguirre-Villarreal, J. Arenas-Martínez, V. J. Ornelas-Arroyo, M. F. García-Cedillo, A. Martínez-Luna, D. I. Carmona-Guerrero, I. Carranza-Mendoza, A. A. Solís-Ortega, E. Coss-Adame, Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán

Introducción: La disfagia esofágica se define como una sensación de dificultad en el paso del alimento, casi siempre localizada en la región esternal inferior o la región epigástrica. La endoscopia superior debe ser el estudio inicial en el abordaje. En los pacientes en los que el estudio es negativo, está indicada una manometría esofágica de alta resolución (MAR) para descartar un trastorno motor que explique el síntoma. En los casos en los que no se identifica alguna causa es-

tructural o motora puede establecerse un diagnóstico de disfagia funcional. Hoy en día se desconoce la prevalencia de trastornos motores mayores en pacientes con disfagia de acuerdo con los lineamientos de Chicago 4.0 en pacientes sin alguna causa estructural, así como la prevalencia de disfagia funcional en esta población.

Objetivo: Describir la prevalencia de trastornos motores de acuerdo con la clasificación de Chicago 4.0 en pacientes con disfagia esofágica y una endoscopia superior negativa, e identificar la prevalencia de disfagia funcional en esta población.

Material y métodos: Se realizó un estudio observacional, retrospectivo y descriptivo en el INCMNSZ. Se seleccionó de manera retrospectiva a todos los pacientes en tratamiento de disfagia esofágica con una endoscopia negativa y que contaran con una MAR entre 2017 y 2022. Se registraron datos demográficos, clínicos, endoscópicos y manométricos, así como de pH-metría en aquellos en los que estuviera disponible. Los datos se expresaron como frecuencias y porcentajes.

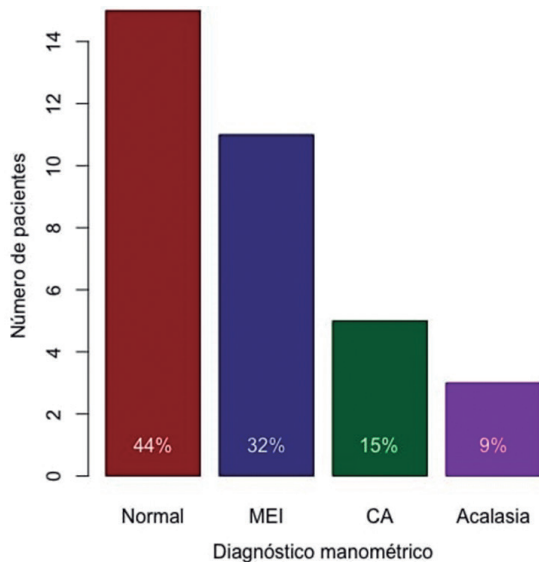
Resultados: Se identificó a 105 pacientes con disfagia esofágica y una endoscopia negativa, de los cuales sólo el 32,3% (n = 34) contaba con una MAR. De los 34 pacientes con ambos estudios, el 74% correspondió a mujeres (n = 25), la media de edad fue de $55 \pm 16,2$ años y la media de IMC de $24,9 \pm 4,22$ kg/m². El síntoma acompañante más frecuente fue pirosis en 44,1%, seguido por dolor torácico en 38,2%. El 52,9% de las EGD se realizó mientras el paciente tomaba inhibidores de la bomba de protones y sólo al 11,8% se le tomó biopsia de la mucosa esofágica. El 44% de los pacientes reveló un patrón de peristalsis normal (n = 15). El 32% tenía motilidad esofágica inefectiva (n = 11). En el 24% se reconoció algún trastorno motor mayor: 15% con contractilidad ausente (n = 5) y 9% con acalasia (n = 3) (Fig. 1). Sólo en el 42,3% (n = 11) de los pacientes sin trastorno motor mayor se completó el abordaje con pH-metría con impedancia de 24 horas; de éstos, el 90,9% (n = 10) tuvo exposición

normal al ácido y 27,3% (n = 3) una biopsia de la mucosa esofágica (todas sin hallazgos patológicos); por lo tanto, sólo en 0,88% se estableció el diagnóstico de disfunción funcional.

Conclusiones: La mayoría de los pacientes con disfunción esofágica y una endoscopia negativa no satisface los criterios para un trastorno mayor de la motilidad de acuerdo con la clasificación de Chicago 4.0. El abordaje de disfunción en ausencia de lesión estructural no está sistematizado y se requiere mayor sensibilización para llegar a la conclusión diagnóstica adecuada.

Financiamiento: No se recibió financiamiento de ningún tipo.

Figura 1. Diagnósticos manométricos en pacientes con disfunción y una endoscopia normal. (Lun146)



Lun147

TRASTORNOS PSICOAFECTIVOS, PSICOLÓGICOS Y PSIQUIÁTRICOS IDENTIFICADOS MEDIANTE CONSULTA PSICOLÓGICA ESPECIALIZADA BRINDADA A PACIENTES CON TRASTORNOS GASTROINTESTINALES FUNCIONALES

D. F. Abendaño-Rivera, E. Hernández-Labra, Y. M. Velasco-Santiago, M. Motola-Kuba, P. Diego-Salazar, D. B. Lorenzo-Valle, P. K. Anzures-Gómez, F. Higuera-de la Tijera, Hospital General de México Dr. Eduardo Liceaga

Introducción: Los trastornos gastrointestinales funcionales (TGF) afectan a una proporción considerable de personas y hasta dos tercios de ellas experimentan síntomas crónicos y variables en intensidad. El eje intestino-cerebro es la base de una relación bidireccional en la cual los síntomas gastrointestinales influyen en el estado psicosocial, y viceversa. Casi el 90% de la serotonina se produce en las células enterocromafines de la mucosa intestinal y se ha demostrado que causa distensión abdominal, náusea o vómito. La evaluación y la intervención psicológica deben formar parte del tratamiento integral y multidisciplinario en estos pacientes.

Objetivo: Describir los principales hallazgos y resultados de la intervención psicológica como parte de la atención integral de pacientes con TGF.

Material y métodos: Estudio observacional, transversal, descriptivo y analítico que incluyó a pacientes con diagnóstico de TGF de acuerdo con los criterios de Roma IV, y que aceptaron acudir a consulta especializada de psicología como parte integral de su tratamiento, en el periodo comprendido entre enero de 2022 y enero de 2023. Se recopilaron datos demográficos, clínicos y psicológicos de los expedientes de pacientes; las variables se resumieron mediante estadística descriptiva y se realizaron comparaciones mediante t de Student, U de Mann-Whitney, χ^2 o prueba exacta de Fisher. Se consideró significativo un valor de $p < 0,05$.

Resultados: Se incluyó a 44 pacientes, 37 (84,1%) mujeres, con media de edad de 49 ± 13 años. El TGF más común fue el síndrome de intestino irritable en 29 casos (65,9%), seguido de dispepsia funcional en 9 (20,5%) y pirosis funcional en 6 (13,6%). En el 100% de los pacientes se identificó al menos un trastorno psicoafectivo, psicológico o psiquiátrico. La psicoterapia fue la intervención más aplicada (26, 59,1%) y sólo 12 (27,3%) recibieron amitriptilina, la cual no tuvo efecto en la mejoría de los síntomas (8/12 [66,7%] vs. 22/32 [68,7%]; $p = NS$), si se toma en cuenta que la muestra fue muy pequeña. Hasta 30 (68,2%) individuos señalaron mejoría de su estado de salud general y síntomas gastrointestinales; la mejoría se relacionó con un mayor número de sesiones psicológicas (3 [2-4] vs. 1 [1-2]; $p < 0,0001$), pero la edad no influyó ($p = NS$). Véase la **Tabla 1**.

Tabla 1. Principales características de los pacientes con trastornos funcionales gastrointestinales evaluados. (Lun147)

Trastornos psicoafectivos, psicológicos y psiquiátricos identificados	
Trastorno de adaptación	44 (100%)
Trastorno mixto de depresión y ansiedad	14 (31,8%)
Trastorno de ansiedad generalizada	12 (27,3%)
Disfunción vegetativa somatotrofa	7 (15,9%)
Trastorno depresivo leve	5 (11,4%)
Trastorno depresivo moderado	4 (9,1%)
Distimia	3 (6,8%)
Trastorno obsesivo compulsivo	3 (6,8%)
Esquizofrenia paranoide	2 (4,5%)
Intervenciones psicológicas	
Número de sesiones, mediana (intervalo)	2 (1-5)
Psicoterapia	26 (59,1%)
Contención psicológica	16 (36,4%)
Intervención en crisis	17 (38,6%)
Estrategias psicofisiológicas	7 (15,9%)
Intervención tanatológica	2 (4,5%)
Interconsulta/referencia a psiquiatría	2 (4,5%)
Terapia familiar	1 (2,3%)

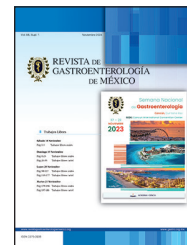
Conclusiones: Las comorbilidades psicoafectivas, psicológicas e incluso psiquiátricas son muy frecuentes y ampliamente diversas en pacientes con TGF. Es importante en estos pacientes el tratamiento multidisciplinario que incluya diferentes intervenciones psicológicas adaptadas a sus necesidades específicas.

Financiamiento: No se recibió ningún tipo de financiamiento.



REVISTA DE GASTROENTEROLOGÍA DE MÉXICO

www.elsevier.es/rgmx



Sesión de trabajos libres orales

Lunes 20 de noviembre de 2023

Complicaciones de la cirrosis

Lun148

PREVALENCIA DE DISFUNCIÓN ERÉCTIL EN PACIENTES EN LISTA DE ESPERA DE TRASPLANTE HEPÁTICO ORTOTÓPICO Y PACIENTES POSTRASPLANTE HEPÁTICO EVALUADO MEDIANTE EL IIEF-5

G. Morales-Osorio, G. D. Salazar-Hinojosa, V. Rodríguez-Granados, I. A. Borunda-Sáenz, R. Leija-Walle, J. A. Martínez-Palomino, M. T. Rizo-Robles, M. Castillo-Barradas, Hospital de Especialidades Antonio Fraga Mouret, Centro Médico Nacional La Raza

Introducción: La enfermedad hepática en etapa terminal es una causa común de morbilidad y mortalidad en todo el mundo; sin embargo, poco se sabe de sus síntomas y efectos en la calidad de vida relacionada con la sexualidad.

Objetivo: Determinar la prevalencia de disfunción eréctil en pacientes en lista de espera de trasplante hepático ortotópico y pacientes postrasplantados evaluados mediante el índice internacional de función eréctil.

Material y métodos: Estudio ambispectivo, observacional y descriptivo; se incluyó a 26 pacientes en lista de espera de trasplante hepático y pacientes sometidos antes a un trasplante hepático. Se evaluó la prevalencia de disfunción eréctil mediante el índice internacional de función eréctil de cinco dominios. Análisis estadístico: estadística descriptiva.

Resultados: Se evaluó a 26 hombres, 46% (n= 12) en lista de espera de trasplante hepático y 54% (n = 14) trasplantados. La prevalencia de disfunción eréctil en los pacientes en lista de espera de trasplante hepático fue del 100%, a diferencia de los pacientes ya trasplantados del 64,3%.

Conclusiones: El estudio demostró una menor prevalencia de disfunción eréctil en pacientes después de trasplante y por tanto el trasplante hepático mejora la función sexual en hombres.

Financiamiento: No se dispuso de financiamiento alguno.

Lun149

VALIDACIÓN DE LA ESCALA LILLE 4 PARA PREDECIR DESENLACE DE PACIENTES CON HEPATITIS ALCOHÓLICA SEVERA EN POBLACIÓN MEXICANA

C. L. Dorantes-Nava, F. Higuera-De la Tijera, A. Servín-Caamaño, G. Gutiérrez-Reyes, M. Y. Carmona-Castillo, S. Teutli-Carrión, E. J. Medina-Ávalos, J. L. Pérez-Hernández, Servicio de Gastroenterología y Hepatología, Hospital General de México Dr. Eduardo Liceaga

Introducción: La hepatitis alcohólica (HA) es una inflamación hepática aguda que se relaciona con el consumo excesivo de alcohol. El tratamiento farmacológico de elección son los corticoesteroides, pero el consumo prolongado de éstos puede ocasionar en estos pacientes, cuya inmunidad está comprometida, complicaciones diversas, desde infecciones hasta la muerte. Por esta razón se ha

propuesto calcular el modelo de Lille al día 4 (Lille-4), al parecer con exactitud equiparable al modelo de Lille calculado al día 7 (Lille-7); sin embargo, este hallazgo no se ha validado.

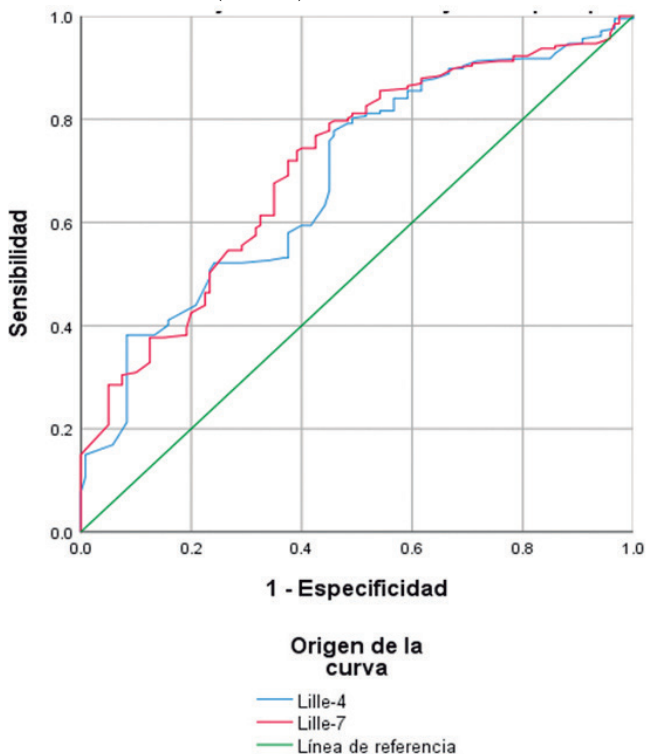
Objetivos: Validar la utilización del modelo de Lille-4 para predecir la respuesta al tratamiento con esteroides en pacientes con HA grave en la población mexicana para reducir el riesgo de complicaciones secundarias a su consumo, identificar a los pacientes que no tienen respuesta a ellos y ofrecer mejores opciones terapéuticas.

Material y métodos: Se realizó un estudio observacional, retrospectivo y analítico, en el cual se revisaron los expedientes de pacientes ingresados desde enero de 2010 hasta abril de 2023 que cumplieran con los criterios de HA grave. Se comparó la exactitud con curvas ROC y se calculó el área bajo la curva de cada modelo, sensibilidad, especificidad, valor predictivo positivo (VPP) y valor predictivo negativo (VPN); se consideró una $p < 0,01$ como significativa.

Resultados: Se incluyó a 327 pacientes, 297 (90,8%) hombres, con media de edad de $43,4 \pm 9,3$ años; el percentil 50° respecto del consumo de alcohol fue de 320 g/día (percentiles 5°-95°: 100,8-662). Al día 28 fallecieron 207 (63,3%) pacientes. Al ingreso, los pacientes que fallecieron mostraron una diferencia significativa respecto de los sobrevivientes en Maddrey (90 [IC95%, 81-99] vs. 70 [IC95%, 65-75]; $p < 0,0001$); ABIC ($8,8 \pm 1,8$ vs. $8,1 \pm 1,3$; $p < 0,0001$); MELD (32 ± 8 vs. 27 ± 4 ; $p < 0,0001$); MELD-Na (33 ± 6 vs. 30 ± 4 ; $p < 0,0001$). Lille-7 tuvo un área bajo la curva (AUROC) de 0,71 (0,65-0,77), en el cual un valor $\geq 0,45$ tuvo sensibilidad (S) de 78% y especificidad (E) de 45% para predecir mortalidad temprana. Lille-4 mostró un AUROC de 0,68 (0,63-0,74), en el que un valor $\geq 0,45$ tuvo S de 81% y E de 54% (Fig. 1).

Conclusiones: Lille-7 es el modelo con mayor exactitud, de acuerdo con la AUROC obtenida, para predecir mortalidad temprana en HA grave; por lo tanto, la determinación de bilirrubina total no debe ser prematura (antes del séptimo día) y debe ofrecerse a los pacientes tratamiento con esteroide hasta siete días para clasificar su respuesta.

Figura 1. Áreas bajo la curva de Lille-4 y Lille-7 para predecir mortalidad a 28 días. (Lun149)



Lun150

VALIDACIÓN DE LA PRUEBA DE DENOMINACIÓN DE ANIMALES PARA EL DIAGNÓSTICO DE LA ENCEFALOPATÍA HEPÁTICA MÍNIMA

A. D. Cano-Contreras, J. A. Velarde-Ruiz Velasco, D. Grajales-Velázquez, I. Méndez-Ruiz, V. A. Jiménez-Hernández, R. Aguirre-Lázaro, H. R. Ordaz-Álvarez, J. A. Sánchez-Hernández, J. M. Remes-Troche, Instituto de Investigaciones Médico-Biológicas de la Universidad Veracruzana

Introducción: El diagnóstico de encefalopatía hepática (EH) mínima es complejo en la práctica clínica, ya que requiere mucho tiempo para su adecuada evaluación. La prueba de denominación de animales (ANT1) ha demostrado ser una herramienta útil para la rápida identificación de la EH mínima.

Objetivo: Validar la prueba ANT1 en una cohorte de pacientes mexicanos con cirrosis hepática.

Material y métodos: Se evaluó a 95 pacientes con cirrosis hepática y 27 controles sanos. El diagnóstico de EH se estableció con puntuación psicométrica de encefalopatía hepática (PHES) y se excluyó a los sujetos con encefalopatía hepática manifiesta evaluada en clínica con criterios de West-Haven. Se realizó prueba ANT1 en todos los participantes.

Resultados: Un total de 42 (44,2%) pacientes con cirrosis hepática tenían EH mínima por PHES alterado. La prueba ANT1 fue positiva (≤ 15) en 14 (33,3%) con EH mínima y 28 (66,7%) sin datos de EH mínima por PHES, con sensibilidad de 33%, especificidad de 84%, valor predictivo positivo de 63%, valor predictivo negativo de 60% y precisión diagnóstica de 61%. La AUROC para el diagnóstico de EH mínima fue de 0,577 (IC95%, 0,459-0,694). Los pacientes con EH mínima tuvieron ANT1 menor en comparación con los pacientes y controles sin EHM ($17,2 \pm 4,7$ vs. $19,2 \pm 4,8$ y $24 \pm 6,0$ respectivamente; $p = 0,01$). Se analizó esta población para identificar un punto de corte centrado en la sensibilidad tras ponderar sensibilidad/especificidad de 2:1. Se observó que la denominación ≤ 17 animales reveló sensibilidad de 50%, especificidad de 62%, VPN de 61%, VPP de 59% y precisión diagnóstica de 57%; la AUROC fue de 0,562 (error estándar de 0,060; IC95%, 0,445-0,678; $p = 0,306$; Tabla 1). La prueba ANT no se correlacionó con MELD ($r = 0,102$, $p = 0,340$) o Child-Pugh ($r = -0,177$, $p = 0,099$).

Conclusiones: La prueba ANT1 demostró ser una herramienta útil para la identificación de encefalopatía hepática mínima en la práctica clínica diaria. En la población de estudio, el punto de corte < 17 animales podría utilizarse para el escrutinio rápido de pacientes con alto riesgo de progresión a EH manifiesta que requiera someterse a pruebas exhaustivas.

Tabla 1. Calidad diagnóstica de ANT1 para la detección de EH mínima al considerar valores de corte de < 16 y < 17 . (Lun150)

	ANT	ANT < 15	ANT < 17
Sensibilidad (%)	93	33	50
Especificidad (%)	2	84	62
Valor predictivo positivo (%)	43	64	51
Valor predictivo negativo (%)	25	61	61
Precisión diagnóstica (%)	42	61	57
Razón de verosimilitud positiva	0,94	2,125	1,325
Razón de verosimilitud negativa	-48,2	0,605	0,197
Prevalencia de EH mínima (%)	44	45	44

Lun151

MEJORÍA EN LA MICROBIOTA INTESTINAL Y ENDOTOXEMIA CIRCULANTE GENERADA POR UN PROGRAMA DE EJERCICIO FÍSICO EN PACIENTES CON CIRROSIS E HIPERTENSIÓN PORTAL

B. M. Román-Calleja, C. F. Martínez-Cabrera, M. Sánchez-Tapia, N. Torres y Torres, N. C. Flores-García, R. U. Macías-Rodríguez, A. Ruiz-Margáin, Departamento de Gastroenterología y Fisiología de la Nutrición, Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán

Introducción: Durante la evolución de la cirrosis hepática pueden aparecer cambios en la composición de la microbiota intestinal, en estrecha relación con translocación bacteriana, endotoxemia e inflamación sistémica, lo cual se traduce en clínica en elevación de la presión portal y mayor riesgo de complicaciones derivadas de la enfermedad, en particular encefalopatía hepática (EH).

La modulación de la microbiota intestinal es un posible blanco terapéutico para atenuar las complicaciones derivadas de la cirrosis. En otras poblaciones se ha observado que el ejercicio físico puede modular y mejorar la microbiota intestinal, por lo que los autores postulan que el ejercicio físico en pacientes con cirrosis puede modificarla y disminuir la endotoxemia, con posibles implicaciones clínicas como mejoría de la encefalopatía y disminución de la hipertensión portal.

Objetivos: Caracterizar la composición de la microbiota intestinal en pacientes con cirrosis hepática y evaluar el efecto del ejercicio físico combinado con dieta en la composición de la microbiota y la endotoxemia medida por lipopolisacárido, así como su correlación con la hemodinámica hepática y función cognitiva.

Material y métodos: Estudio clínico aleatorizado, controlado y abierto realizado en el departamento de gastroenterología del INCMNSZ entre marzo de 2016 y septiembre de 2019. Se evaluó la composición de la microbiota intestinal en relación con filo, género, especie y alfa diversidad por índice de Shannon. Además, se cuantificaron las concentraciones de lipopolisacárido, gradiente de presión hepático venoso, pruebas neuropsicométricas y composición corporal.

Resultados: Se aleatorizó a 21 pacientes (12 del grupo de intervención y 9 de control). El análisis de la microbiota demostró que al inicio del estudio había escasa diversidad microbiana y la abundancia taxonómica destacó la presencia de *Bacteroides*, *Prevotella*, *Paraprevotella*, *Veillonella* y *Staphylococcus*, considerados taxones patógenos vinculados con la progresión de la enfermedad hepática. Tras la intervención en el grupo de ejercicio se observó mejoría significativa en el estado nutricional evaluado por ángulo de fase y circunferencia media del brazo. De igual forma, se identificó una disminución del gradiente de presión portal y mejoría cognitiva evaluada por la prueba MMSE en el grupo que realizó el ejercicio. La endotoxemia medida por lipopolisacárido sérico decreció significativamente en el grupo de intervención. En cuanto a la abundancia microbiana, el análisis reveló que especies proinflamatorias relacionadas con el daño hepático como *Veillonella*, *Enterococcus* y *Staphylococcus* disminuyeron luego de la intervención de ejercicio. Resultó interesante que se encontraran correlaciones moderadas entre el LPS, el MMSE y el gradiente de presión hepático venoso.

Conclusiones: Un programa de entrenamiento físico supervisado mejora la intestinal, la endotoxemia circulante, la hemodinámica hepática, el estado nutricional y la función cognitiva en pacientes con cirrosis. Estos cambios parecen estar relacionados con el aumento de la diversidad microbiana intestinal y la disminución de

especies patógenas tras la intervención, lo que sugiere una modulación del eje intestino-hígado-cerebro a través de la implementación del ejercicio físico.

Financiamiento: No se recibió financiamiento alguno.

Lun152

EPIDEMIOLOGÍA DE LA PERITONITIS BACTERIANA ESPONTÁNEA EN PACIENTES MEXICANOS CON CIRROSIS HEPÁTICA, Y LA RESISTENCIA A LOS ANTI-BIÓTICOS, EN UN CENTRO DE ALTA ESPECIALIDAD

A. Meneses-Parga, N. Ortiz-Olvera, Departamento de Gastroenterología, UMAE, Hospital de Especialidades CMN SXXI Dr. Bernardo Sepúlveda Gutiérrez, IMSS

Introducción: La peritonitis bacteriana espontánea (PBE) es una complicación grave de la cirrosis hepática que tiene efectos en la mortalidad. En México existe poca información sobre los agentes causales de la PBE.

Objetivos: Investigar las diferencias en el perfil bacteriano y la resistencia a los antibióticos entre la PBE nosocomial (PBEN) y la adquirida en la comunidad (PBEAC), en pacientes mexicanos con cirrosis hepática en un centro de alta especialidad.

Material y métodos: Se realizó un estudio transversal que incluyó a 81 pacientes con diagnóstico de cirrosis hepática y PBE, en quienes se realizó cultivo de ascitis durante su atención en esta unidad entre enero de 2019 y mayo de 2023. Según fuera el medio de adquisición de la infección, los pacientes se dividieron en dos grupos: PBE nosocomial y adquirida en la comunidad. Se comparó el perfil bacteriano con la resistencia a los diferentes fármacos.

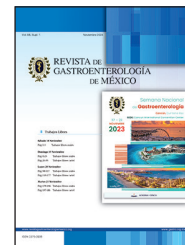
Resultados: La PBE se adquirió en la comunidad en 51% de los pacientes y fue nosocomial en 49%. En los cultivos de ascitis se aislaron 13 cepas patógenas, incluidas siete cepas bacterianas gramnegativas, cinco bacterianas grampositivas y en un caso *Candida albicans*. *Escherichia coli* fue el patógeno más frecuente, aislado en 50% de los casos, seguida de *Klebsiella ssp* en 12%, *Salmonella ssp*. en 7% y *Citrobacter freundii* en 5%. Las bacterias grampositivas sólo se aislaron en los casos de PBE nosocomial; el germen más frecuente fue *Staphylococcus aureus* en 5%, seguido de *Staphylococcus haemolyticus*, *mitis* y *epidermidis* en 2%. Se detectaron tasas elevadas de resistencia a los antibióticos con *Escherichia coli* adquirida en la comunidad y se identificó resistencia a las cefalosporinas de tercera y cuarta generaciones, como ceftriaxona y cefepima en 48%, ampicilina-sulbactam en 52%, gentamicina en 43%, lo que revela la mayor resistencia a la ciprofloxacina en 57%. Los carbapenémicos, la amikacina, la vancomicina, la tigeciclina y el linezolid mostraron una buena actividad, tanto en aislamientos nosocomiales como en los adquiridos en la comunidad.

Conclusiones: En la población de estudio, las bacterias gramnegativas fueron los principales patógenos reconocidos en la PBE. El aumento significativo de la resistencia a los antibióticos, encontrado entre los gérmenes adquiridos en la comunidad y nosocomiales, requiere un cambio en el tratamiento empírico de primera línea para la PBE en esta población. Los carbapenémicos son una buena alternativa como tratamiento de primera línea para pacientes con PBE AC y, en los casos de PBE nosocomial, la combinación de un carbapenémico con vancomicina o linezolid, cuando sea necesario. Al elegir los tratamientos farmacológicos debe tenerse en cuenta el sitio de adquisición de la infección y la situación epidemiológica local.



REVISTA DE GASTROENTEROLOGÍA DE MÉXICO

www.elsevier.es/rgmx



Sesión de trabajos libres orales

Lunes 20 de noviembre de 2023

EII-II

Lun153

PREVALENCIA DE FATIGA EN ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL EVALUADA MEDIANTE CUESTIONARIO IBD-F

S. Ontiveros-López, J. I. Carrillo-Rojas, F. Martínez-Silva, N. Buen-Hernández, HE CMN La Raza

Introducción: La enfermedad inflamatoria intestinal (EII) es una afección crónica con recaídas, remisiones y alta morbilidad; puede cursar con manifestaciones extraintestinales y en la actualidad experimenta aumento de su incidencia. La fatiga es uno de los síntomas más prevalentes e incapacitantes y casi el 80% de las personas con enfermedad activa y el 50% de aquéllos en remisión informan fatiga sustancial que perjudica su calidad de vida.

Objetivo: Notificar la prevalencia de fatiga medida con cuestionario IBD-F en pacientes atendidos en la clínica de enfermedad inflamatoria intestinal del HE CMN La Raza, así como establecer posibles relaciones.

Material y métodos: Se creó una base de datos con pacientes atendidos en la clínica de enfermedad inflamatoria intestinal del CMN La Raza en el año 2023 (todos ellos con diagnóstico clínico, endoscópico e histológico ya establecido) y se aplicó el cuestionario IBD-F en búsqueda de fatiga, tras considerar positivo una puntuación > 1 en secciones I y II. La información complementaria se obtuvo del expediente electrónico (tratamiento empleado, antecedente de depresión actual e hipotiroidismo). Se categorizó a los pacientes con base en la clasificación de Montreal, definición de anemia con Hb < 12 g/dL en mujeres y < 14 g/dL en hombres, estado proinflamatorio VSG > 30 mm/seg, e hipoalbuminemia < 3 g/dL acorde a criterios de Truelove-Witts. Se trata de un estudio descriptivo, transversal y abierto; el cálculo de la muestra se realizó con fórmula para proporción en población finita y se establecieron 109 pacientes para

un intervalo de confianza de 95%. El análisis estadístico se realizó con SPSS Statistics RV25.

Resultados: Se aplicó cuestionario a 109 pacientes, 44 hombres y 65 mujeres (40,4%, 59,6%), 78 de los cuales contaban con diagnóstico de CUCI y 31 de EC (71,6%, 28,4%); 102 pacientes respondieron de forma positiva a las secciones I y II del cuestionario y se estableció una prevalencia global de fatiga de 93,6%. No se encontró alguna relación con el IMC, brote, diagnóstico de depresión, hipotiroidismo, alteraciones bioquímicas como anemia, hipoalbuminemia o elevación de reactantes de fase aguda (Tabla 1).

Conclusiones: La fatiga es un síntoma desafiante por su fisiopatología no completamente dilucidada y de carácter multifactorial. Su búsqueda e identificación podrían llevar a idear un tratamiento integral y a la mejoría de la calidad de vida de estos pacientes.

Financiamiento: Este estudio no generó ningún costo.

Tabla 1. Comparación entre pacientes con fatiga y diagnóstico de enfermedad inflamatoria intestinal. (Lun153)

	CUCI n = 72 (70,6%)	Crohn n = 30 (29,4%)	p
Montreal			
E1 = 2 (2,8)		L1 = 12 (40)	
E2 = 13 (18,1)		L2 = 6 (20)	
E3 = 57 (79,2)		L3 = 12 (40)	
		B1 = 14 (46,7)	
		B2 = 9 (30)	
		B3 = 7 (23,3)	
Género			0,139
Hombre 42 (41,2)	33 (45,8)	9 (30)	
Mujer 60 (58,8)	39 (54,2)	21 (70)	
	p = 0,139	p = 0,139	
Edad actual	44,11 ± 15,01	49,1 ± 14,83	

Edad al diagnóstico	33,39 ± 14,92	42,57 ± 13,58	
IMC	25,08 ± 4,29	25,41 ± 4,81	0,393
Bajo	3 (4,2)	3 (10)	
Normal	35 (48,6)	10 (33,3)	
Sobrepeso	28 (38,9)	13 (43,3)	
Obesidad	6 (8,3)	4 (13,3)	
Anemia	24 (33,3)	8 (26,7)	0,509
Hipoalbuminemia	4 (5,6)	1 (3,3)	0,719
Depresión	11 (15,3)	6 (20)	0,560
Hipotiroidismo	3 (4,2)	2 (6,7)	0,594
VSG elevada	10 (13,9)	13 (43,3)	0,004
Brote	28 (38,9)	13 (43,3)	0,677
	p = 0,66	p = 0,67	
Tratamiento			
Convencional	66 (91,7)	11 (36,7)	0,000
Esteroide	15 (20,8)	3 (10)	0,191
Biológico	11 (15,4)	13 (43,3)	0,492
Sección I	7,65 ± 3,93	8,50 ± 4,47	
Sección II	24,04 ± 20,91	26,36 ± 26,36	

Lun154

LA ALTA EXPRESIÓN DEL GEN *FOXO4* SE ASOCIÓ CON LA ACTIVIDAD HISTOLÓGICA EN PACIENTES CON CUCI

G. Fonseca-Camarillo, J. K. Yamamoto-Furusho, Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán

Introducción: Los pacientes con CUCI muestran una notable producción de mediadores inflamatorios, como interleucinas, quimiocinas, metaloproteinasas, resultado de la translocación del factor de transcripción *NF-kB*. El gen *FOXO4* es un factor de transcripción encargado de la inhibición del gen *NF-kB*.

Objetivo: Determinar la expresión génica de *FOXO4* en la mucosa del recto de pacientes con CUCI y controles para correlacionar con el fenotipo clínico.

Material y métodos: Se incluyó a un total de 27 pacientes con diagnóstico confirmado de CUCI y 17 controles sin evidencia endoscópica e histológica de inflamación o de algún tipo de colitis o neoplasia. La actividad de la CUCI se definió histológicamente como la presencia de infiltrados linfoplasmocitoides y neutrófilos en la lámina propia, así como criptitis, abscesos y distorsión de las criptas. La remisión histológica se definió por la ausencia de inflamación crónica, distorsión de las criptas, criptitis y absceso de las criptas. La cuantificación relativa de la expresión génica se llevó a cabo mediante PCR en tiempo real con oligos específicos para *FOXO4* y se utilizó un gen constitutivo *GAPDH* con fines de normalización y control de calidad. Se usó estadística descriptiva como medias y desviaciones estándar. La prueba de Kruskal-Wallis se empleó para probar las diferencias entre los grupos y ji cuadrada para evaluar la relación entre la expresión génica de *FOXO4* con las características clínicas. Se utilizó la razón de momios (OR) para evaluar la relación de los niveles de expresión génica de *FOXO4* con las características clínicas y demográficas de los pacientes. El análisis estadístico se realizó con el programa SPSS Ver. 24. Se consideró un valor de $p < 0,05$ como significativo.

Resultados: Los niveles de expresión génica de *FOXO4* aumentaron en pacientes con CUCI en remisión en comparación con los pacientes con CUCI activa ($p = 0,002$), así como en los controles sin inflamación en comparación con los pacientes con CUCI activa ($p = 0,001$). No se

encontraron diferencias significativas entre pacientes CU en remisión y controles. La alta expresión del gen *FOXO4* se vinculó de forma significativa con la actividad histológica ($p = 0,05$; RM, 8,5; IC95%, 0,83-87,8).

Conclusiones: La expresión del gen *FOXO4* estaba aumentada en los pacientes con CUCI en remisión. Estos datos sugieren que la alta expresión de *FOXO4* induce una inhibición de la actividad del *NF-KB* y favorece un estado de regulación de la inflamación en pacientes con CUCI. El gen *FOXO4* podría tener un potencial como marcador de actividad histológica en pacientes con CUCI.

Financiamiento: Fondos de la Clínica de Enfermedad Inflamatoria Intestinal del Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán.

Lun155

ENFERMEDAD HEPÁTICA GRASA Y FACTORES RELACIONADOS EN PACIENTES CON COLITIS ULCEROSA CRÓNICA IDIOPÁTICA

H. Martínez-González, J. L. De León-Rendón, R. Y. López-Pérez, R. R. Sánchez-Rosado, S. K. Dosal-Limón, A. Vela-Torres, F. Higuera-De la Tijera, Hospital General de México Dr. Eduardo Liceaga

Introducción: La colitis ulcerosa crónica idiopática (CUCI) es una enfermedad inflamatoria inmunomediada intestinal que puede tener compromiso sistémico o extraintestinal. Muy pocos estudios han evaluado la posible relación de CUCI y enfermedad hepática grasa (EHG); sin embargo, la prevalencia de EHG entre los pacientes con CUCI se ha registrado mayor que en la población general. Algunos factores, entre ellos inflamación crónica y actividad de la enfermedad, antecedentes quirúrgicos, fármacos (esteroides o azatioprina), desnutrición y factores metabólicos, pueden contribuir a esta mayor prevalencia observada de la EHG en pacientes con CUCI.

Objetivo: Determinar la frecuencia de EHG en individuos con CUCI y explorar los factores vinculados con la concurrencia de ambas enfermedades.

Material y métodos: Estudio observacional, transversal, relacional y analítico que incluyó a 40 pacientes consecutivos diagnosticados con CUCI. Se recopilaron datos demográficos, clínicos, bioquímicos, endoscópicos e histológicos de cada paciente. La actividad de CUCI se evaluó con las escalas de Truelove-Witts (TLW), la subcalificación de Mayo y el índice histológico de Riley. Para evaluar la EHG se realizó elastografía de transición (ET, FibroScan®) y se determinó el parámetro de atenuación controlada (CAP) con puntuación de corte para CAP de 248 dB/m con objeto de definir esteatosis. La fibrosis hepática se consideró a partir de 6,5 kPa para las mediciones de rigidez hepática (LSM). El riesgo de esteatohepatitis se determinó mediante índice FAST. Estos datos se analizaron con la aplicación MyFibroScan® y selección de "multietilogía" como parámetro. Para el análisis de datos se utilizó el paquete SPSS versión 26. Se calcularon los coeficientes de correlación mediante rho de Spearman. Se consideró significativo un valor de $p < 0,05$.

Resultados: Las características clínicas y demográficas de los pacientes se describen en la Tabla 1. Se identificó una correlación positiva entre el CAP y el índice de masa corporal de los pacientes con CUCI ($r = 0,36$; $p = 0,02$). Se observaron diferencias estadísticamente significativas entre el CAP y la actividad clínica-bioquímica de la CUCI evaluada mediante la escala TLW ($p = 0,02$). Se reconocieron diferencias entre el valor de kPa ($p = 0,03$) e índice FAST ($p < 0,001$) y el tratamiento médico empleado por los pacientes para controlar la CUCI. Sin embargo, no se observaron vinculaciones ni correlaciones entre CAP, kPa e índice FAST y la gravedad endoscópica e histológica ni con otras características clínicas de los pacientes con CUCI.

Tabla 1. Características clínicas y demográficas de los pacientes con CUCI de la CEII del HGMEL. (Lun155)

Edad media, años \pm DE	42 \pm 12,2	Sexo, n (%)	
Mínima	20	Hombre	16 (40)
Máxima	75	Mujer	24 (60)
Alcoholismo positivo, n (%)	15 (37,5)	Tabaquismo positivo, n (%)	10 (25)
Índice de masa corporal (IMC), n (%)		Extensión de la enfermedad, n (%)	
Bajo peso < 18,5		Proctitis (E1)	3 (7,5)
Peso saludable 18,5-24,9	3 (7,5)	Colitis izquierda (E2)	16 (40)
Sobrepeso 25,0-29,9	22 (55)	Pancolitis (E3)	21 (52,5)
Obesidad \geq 30,0	12 (30)		
	3 (7,5)		
Tratamiento actual, n (%)		Respuesta al tratamiento, n (%)	
Solo sulfazalazina o mesalazina	19 (47,5)	Respuesta	38 (95)
Mesalazina/esteroide	7 (17,5)	Sin respuesta	2 (5)
Mesalazina/esteroide/tiopurina	1 (2,5)		
Mesalazina/tiopurina	6 (15)		
Fármaco biológico	7 (17,5)		
Tratamiento quirúrgico, n (%)		Actividad clínica, n (%)	
		Truelove-Witts	
Sí	2 (5)	Inactiva	27 (67,5)
No	38 (95)	Leve	13 (32,5)
		Moderada	0 (0)
		Grave	0 (0)
Actividad endoscópica, n (%)		Actividad histológica, n (%)	
Escala de Mayo		Índice de Riley	
Inactiva	4 (10)	Inactiva	6 (15)
Leve	8 (20)	Leve	17 (42,5)
Moderada	17 (42,5)	Moderada	9 (22,5)
Grave	11 (27,5)	Grave	8 (20)
Parámetros de elastografía transitoria			
CAP		229,4 \pm 56,9	
kPa		4,1 (3,8-5,5) *	
Índice FAST		0,03 (0,01-0,11) *	
Grados de esteatosis hepática valorada por elastografía transitoria		Grados de fibrosis hepática valorada por elastografía transitoria	
Sin esteatosis	25 (62,5)	Sin fibrosis	34 (85)
Esteatosis leve	3 (7,5)	Fibrosis leve	1 (2,5)
Esteatosis moderada	1 (2,5)	Fibrosis significativa	3 (7,5)
Esteatosis grave	11 (27,5)	Fibrosis avanzada	1 (2,5)
		Cirrosis	1 (2,5)

CUCI, colitis ulcerosa crónica idiopática; CEII, clínica de enfermedad inflamatoria intestinal; HGMEL, Hospital General de México Dr. Eduardo Liceaga; DE, desviación estándar. (*) Los valores se encuentran expresados en medianas y rangos intercuartílicos.

Conclusiones: Los resultados de este estudio indican que la EHG en pacientes con CUCI puede tener un origen metabólico relacionado de modo predominante con sobrepeso/obesidad, además de estar determinada por la actividad inflamatoria inmunomediada clínica-bioquímica de la enfermedad y el tratamiento concomitante instituido. Estos hallazgos resaltan la importancia de un enfoque multidisciplinario en la atención de pacientes con CUCI.

Financiamiento: No se dispuso de financiamiento.

Lun156

PARTICIPACIÓN DE LOS FACTORES DE TRANSCRIPCIÓN NR4A Y LA FAMILIA DE PROTEÍNAS NDRG EN PACIENTES CON ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL Y CONTROLES

G. Fonseca-Camarillo, J. Furuzawa Carballeda, J. K. Yamamoto Furusho, Clínica de Enfermedad Inflamatoria Intestinal, Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán

Introducción: La colitis ulcerosa crónica idiopática (CUCI) se caracteriza por una respuesta inmunitaria aberrante. Los estudios recientes han demostrado que la proteína NDRG1 interactúa con el receptor nuclear NR4A1 e inhibe de modo funcional la actividad transcripcional de NR4A (Nur77) de NF- κ B (factor nuclear kappa B) y modula la reacción inflamatoria. El papel de los miembros de la familia NDRGR y los factores de transcripción NR4A en la modulación de la apoptosis, en el contexto de la respuesta inflamatoria, aún se encuentra bajo investigación. Son pocos los estudios de estos conjuntos de moléculas que regulan la respuesta inflamatoria. En la actualidad se desconocen el papel y el perfil de expresión de este conjunto de factores de transcripción en pacientes con EII.

Objetivo: Caracterizar la expresión génica de la familia de proteínas NDRG y los factores de transcripción NR4A en pacientes con EII. **Material y métodos:** Se realizó un estudio transversal y comparativo que incluyó a 38 pacientes con CUCI, 10 con EC y 18 controles sin datos de inflamación intestinal histológica. A partir de las biopsias colónicas se efectuó reacción en cadena de la polimerasa (PCR) en tiempo real para cuantificar la expresión génica de NDRG1, NDRG2, NDRG3, NDRG4, NR4A1, NR4A2 y NR4A3. El análisis estadístico se realizó con el programa prisma *Graphpad* y el paquete estadístico SPSS versión 22.

La distribución de las variables se determinó con la prueba de Shapiro-Wilk. La comparación de las variables cuantitativas se llevó a cabo mediante la prueba de Dunn para realizar comparaciones múltiples. La significancia estadística se determinó con un valor de $p < 0,05$.

Resultados: Los niveles de RNA mensajero de NDRG1 se encontraron aumentados en la mucosa colónica de pacientes controles en comparación con los pacientes con CUCI activos y en remisión ($p = 0,014$ y $p = 0,04$). En el caso del gen de NDRG2, se identificó aumentada su expresión en el grupo de pacientes en remisión en comparación con el grupo control ($p = 0,014$). Los niveles de RNA mensajero de NDRG4 estaban incrementados en el grupo de pacientes con CUCI activo en comparación con los controles ($p = 0,035$). La expresión de los genes *NR4A1*, *NR4A2* y *NR4A3* se reconoció aumentada en la mucosa

colónica de pacientes con CUCI en remisión en comparación con los controles ($p = 0,01$, $p = 0,005$ y $p = 0,013$, respectivamente). Los niveles disminuidos del gen *NR4A2* se relacionaron con los niveles de PCR ultrasensible ($p = 0,030$) y con los de VSG ($p = 0,001$).

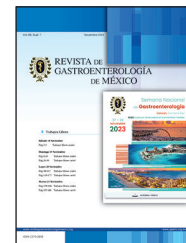
Conclusiones: La expresión génica de los factores de transcripción NDRG2, NDRG3, *NR4A1*, *NR4A2* y *NR4A3* se halla incrementada en el grupo de los pacientes con remisión; los niveles bajos del gen *NR4A2* se vincularon con altos niveles de PCR y VSG. Estos hallazgos sugieren el papel inmunomodulador del conjunto de las proteínas NDRG y los factores de transcripción de *NR4A1* en pacientes con CUCI. Su ausencia se relaciona con un mecanismo fisiopatológico de la EII.

Financiamiento: Este trabajo ha sido patrocinado en su totalidad por fondos de la Clínica de EII del INCMNSZ.



REVISTA DE GASTROENTEROLOGÍA DE MÉXICO

www.elsevier.es/rgmx



Sesión de trabajos libres orales

Lunes 20 de noviembre de 2023

COVID

Lun157

EL IMPACTO DE LA VACUNACIÓN CONTRA SARS-CoV-2 EN PACIENTES CON TRASPLANTE HEPÁTICO

D. Azamar-Llamas, J. S. Arenas-Martínez, A. Olivas-Martínez, J. V. Jiménez, E. Kauffman-Ortega, C. J. García-Carrera, B. Papacristofilou-Riebeling, F. E. Rivera-López, I. García-Juárez, Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán

Introducción: La vacunación contra el SARS-CoV-2 ha demostrado ser efectiva para prevenir la infección sintomática por COVID-19 y la enfermedad grave en la población general. Sin embargo, el riesgo en pacientes trasplantados de hígado no se ha investigado de forma amplia.

Objetivo: Evaluar el efecto de la vacunación contra el SARS-CoV-2 en la mortalidad y el desarrollo de enfermedad grave y crítica en pacientes con trasplante hepático.

Material y métodos: Se llevó a cabo un estudio de cohorte retrospectivo con uso de los datos de individuos trasplantados de hígado que acudieron a un centro de referencia entre marzo de 2020 y febrero de 2022. Se registraron datos demográficos, causa de la cirrosis, tiempo de trasplante de hígado, tratamientos inmunosupresores y estado de vacunación en el momento del diagnóstico. El desenlace principal fue la muerte debido al COVID-19 y los resultados secundarios incluyeron el desarrollo de COVID-19 grave y la necesidad de cuidados intensivos (UCI).

Resultados: Un total de 153 de 324 receptores de trasplante de hígado desarrollaron COVID-19 y las principales causas de cirrosis fueron la infección por VHC y la enfermedad del hígado graso relacionada con la obesidad (Tabla 1). Las vacunas utilizadas fueron BNT162b2 (48,6%), ChAdOx1 nCoV-19 (21,6%), vacuna mRNA-1273 (1,4%), Sputnik V (14,9%), Ad5-nCoV-S (4,1%) y CoronaVac (9,5%). La mortalidad y la necesidad de UCI fueron similares entre los pacientes

trasplantados de hígado vacunados y no vacunados que desarrollaron COVID-19 (cociente de letalidad ajustado para vacunados en comparación con no vacunados de 0,68, IC95%, 0,14-3,24, p = 0,62; riesgo

Tabla 1. Características demográficas y clínicas en el momento de la infección por COVID-19. (Lun157)

Características	Total n = 153 ¹	No vacunados n = 79 ¹	Vacunados n = 74 ¹	p ²
Edad (años)	55 (12)	53 (11)	58 (12)	0,007
Mujer (%)	77 (50%)	33 (42%)	44 (59%)	0,029
IMC (kg/m ²)	26,8 (3,9)	27,1 (3,9)	26,5 (3,9)	0,4
Etiología (%)				0,3
HAI	19 (12)	14 (18)	5 (6,8)	
VHC	44 (29)	20 (25)	24 (32)	
NAFLD	26 (17)	12 (15)	14 (19)	
Sobreposición	7 (4,6)	4 (5,1)	3 (4,1)	
CEP	6 (3,9)	5 (6,3)	1 (1,4)	
CBP	12 (7,8)	6 (7,6)	6 (8,1)	
Alcohol	10 (6,5)	6 (7,6)	4 (5,4)	
Otra	29 (19)	12 (15)	17 (23)	
Carcinoma hepatocelular	26 (17%)	9 (11%)	17 (23%)	0,057
Diabetes	55 (36%)	27 (34%)	28 (38%)	0,6
Hipertensión	42 (27%)	16 (20%)	26 (35%)	0,039
Tabaquismo	1 (0,7%)	1 (1,3%)	0 (0%)	> 0,9
Tiempo desde trasplante en meses (intervalo)	59 (32, 86)	59 (34, 84)	59 (31, 86)	0,8

¹ Media (SD), n (%)

² Prueba t; prueba ji cuadrada de Pearson; prueba exacta de Fisher.

relativo ajustado [aRR] para la necesidad de UCI de 0,45, IC95%, 0,11-1,88, $p = 0,27$). No obstante, la vacunación se relacionó con un menor riesgo de enfermedad grave (aRR para enfermedad grave de 0,32, IC95%, 0,14-0,71, $p = 0,005$).

Conclusiones: La vacunación reduce el riesgo de COVID-19 grave en pacientes trasplantados de hígado, cualquiera que sea el esquema utilizado. Se debe alentar la vacunación en todos los receptores de trasplante de hígado.

Financiamiento: No se recibió financiamiento para la realización de este trabajo.

Lun158

PRIMER ESTUDIO PROSPECTIVO DE TRASTORNOS DE LA INTERACCIÓN INTESTINO-CEREBRO (TIIC) POST-COVID-19 EN MÉXICO

M. J. Schmulson-Wasserman, R. M. Wong-Chew, A. D. Santana-Vargas, Y. A. Miranda-Guzmán, N. Ortiz-Olvera, M. E. Gudiño-Zayas, J. B. Díaz-Ramírez, Jaime Berumen-Campos, L. A. Cortázar-Maldonado, M. L. García-León, P. Bautista-Carbajal, Laboratorio de Hígado, Páncreas y Motilidad (HIPAM)-Unidad de Investigación en Medicina Experimental, Facultad de Medicina-Universidad Nacional Autónoma de México

Introducción: El SARS-COV-2 causa en el intestino inflamación con aumento de calprotectina, permeabilidad intestinal y disbiosis, que junto con factores psicológicos pueden producir una nueva entidad, los TIIC post-COVID-19. Se ha informado que 5,3% a 49% de los pacientes con COVID-19 desarrollaron TIIC post-COVID-19, tales como síndrome de intestino irritable (SII), dispepsia funcional e incluso trastornos esofágicos o anorrectales. Asimismo, la presencia de síntomas gastrointestinales (GI) durante la COVID-19 se ha vinculado con el desarrollo de TIIC post-COVID-19, pero un estudio señaló que el 14% no mostró síntomas GI en la fase aguda. Sin embargo, hasta el momento no existen datos sobre la aparición de TIIC post-COVID-19 en México.

Objetivo: Determinar la epidemiología de los TIIC post-COVID-19 en pacientes ambulatorios y la relación con síntomas GI durante la fase aguda.

Material y métodos: Estudio prospectivo de 107 pacientes que habían consultado por COVID-19 de junio de 2020 a diciembre de 2022 en tres centros de la Ciudad de México: Gastroenterología-Clínica Lomas Altas SC, Centro de Diagnóstico COVID de la Facultad de Medicina de la UNAM y Centro Médico Nacional Siglo XXI. Todos fueron invitados a participar y sólo se incluyó a los que aceptaron voluntariamente y firmaron consentimiento informado. Los pacientes contestaron un cuestionario basal sobre síntomas agudos de COVID-19

que incluía síntomas GI, tratamientos, y el Cuestionario de Roma IV para determinar la presencia de TIIC; y un seguimiento mensual por seis meses con cada uno de los cuestionarios anteriores. Se analizó la presencia previa de TIIC, la prevalencia de síntomas GI en la COVID-19 y la aparición de TIIC post-COVID-19. Los resultados se expresaron en porcentajes, IC95% y media \pm DE, y la significancia estadística se analizó mediante la χ^2 y t de Student, cuando fuera apropiado.

Resultados: Características generales, TIIC y síntomas GI en la COVID-19: al momento del diagnóstico de la COVID-19, 41 (38,1%) pacientes llenaron criterios para algún TIIC previo, 61 (57,0%) no presentaban ningún TIIC y 5 (4,7%) se eliminaron por información incompleta, para un total de 102 pacientes analizados. Las prevalencias de TIIC previos en orden de frecuencia fueron de 13,9% para el estreñimiento funcional, 6,5% para la diarrea funcional, 4,7% para la proctalgia fugaz, 4,7% para el SII, 4,0% para el vómito cíclico, 3,8% para la dispepsia funcional, 3,7% para la distensión funcional, 2,8% para el síndrome de náusea/vómito crónico y rumiación c/u, 1,9% para la pirosis funcional y dolor torácico c/u, 0,9% para el globus y disfagia funcional c/u. Estos pacientes se excluyeron del análisis de TIIC post-COVID-19, pero se incluyeron en la determinación de síntomas GI en la fase aguda. Síntomas GI en COVID-19: de los 102 pacientes analizados, 36,8% presentó síntomas GI durante la COVID-19, sin diferencias entre aquéllos con TIIC previos y sin ellos (19,3% vs. 28,9%, $p = 0,275$). Al analizar los síntomas GI por separado (náuseas/vómito, diarrea, dolor abdominal, distensión abdominal subjetiva/visible, anorexia, eructos, hematemesis, melanemesis/rectorragia), sólo la distensión abdominal subjetiva/visible fue más prevalente entre los pacientes con TIIC respecto de aquéllos sin TIIC previos (34,2% vs. 12,3%, $p = 0,010$). TIIC post-COVID-19: el seguimiento a seis meses lo completaron con mayor frecuencia los pacientes con TIIC en comparación con los sujetos sin TIIC previos (68,3% vs. 44,3%, $p = 0,017$). Por último, sólo 3 de 61 pacientes sin TIIC previos desarrollaron TIIC post-COVID-19: 4,9% (IC95% 1,03%-13,71%). Estos tres pacientes (dos hombres de 29 y 30 años y una mujer de 42 años) correspondieron a estreñimiento funcional post-COVID-19 y ninguno de ellos refirió síntomas GI durante la COVID-19.

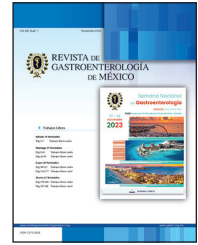
Conclusiones: Éste es el primer estudio prospectivo en México que analizó el surgimiento de TIIC post-COVID-19. La principal limitante es la elevada tasa de abandono del estudio, pero el diseño estricto de seis meses de seguimiento permitió determinar una incidencia de TIIC post-COVID-19 similar a lo informado en estudios de otros países que utilizaron un diseño semejante. Lo novedoso es que todos los pacientes de esta muestra correspondieron a estreñimiento funcional post-COVID-19, y ninguno de ellos sufrió síntomas GI durante la COVID-19. Estos hallazgos sugieren que una inflamación de bajo grado persistente o los factores psicológicos pueden contribuir al surgimiento de TIIC post-COVID-19.

Financiamiento: Financiamiento parcial de la División de Investigación de la Facultad de Medicina-UNAM.



REVISTA DE GASTROENTEROLOGÍA DE MÉXICO

www.elsevier.es/rgmx



Exposición de trabajos libres en cartel

Lunes 20 de noviembre de 2023

Endoscopia

Lun159

FACTORES ASOCIADOS A RECURRENCIA DE HEMORRAGIA POSTERIOR A TRATAMIENTO ENDOSCÓPICO EN PACIENTES CON DIAGNÓSTICO DE CÁNCER GÁSTRICO

B. A. Enríquez-Constantino, J. C. Zavala-Castillo, P. F. Domínguez-Cardoso, O. J. Montoya-Montoya, E. J. Morales-Mairena, E. A. Jiménez-Leyte, Hospital General de México Dr. Eduardo Liceaga

Introducción: En la actualidad, el cáncer gástrico (CG) se considera la tercera causa más común de muerte relacionada con cáncer, vinculado con múltiples factores, sobre todo genéticos y ambientales. Una gran parte de la población no experimenta síntomas hasta fases avanzadas, cuando la hemorragia digestiva activa es una de las principales y es necesaria la hemostasia endoscópica inmediata y accesible como primer abordaje terapéutico.

Objetivo: Describir las características y los factores predictivos del fracaso de la hemostasia endoscópica.

Material y métodos: Estudio retrospectivo, descriptivo y observacional, en el que se revisaron 61 expedientes en un periodo de dos años de pacientes con diagnóstico de cáncer gástrico y hemorragia digestiva activa sometidos a panendoscopia terapéutica. La población predominante fue de hombres (68,3%), con una mediana de edad de 59 años. El control del sangrado se logró en el 78,6% con una primera intervención, 14,7% con dos o más intervenciones y un 6,5% que requirió referencia a TAE. La mediana de tiempo hasta el resangrado durante la misma hospitalización fue de 16 horas. Los factores relacionados con la reintervención fueron un tamaño de la lesión > 4 cm, Bormann > 3 y lesión sobre curvatura menor o extensa ($p = 0,014$, $p = 0,023$, $p = 0,019$). El 90% necesitó triple tratamiento endoscópico (adrenalina, mecánica y hemoaerosol).

Discusión: En la actualidad, los pacientes con cáncer gástrico avanzado no tienen aún la posibilidad de someterse a un tratamiento quirúrgico y los tiempos de espera para radioterapia paliativa suelen ser prolongados; en consecuencia, la modalidad endoscópica es todavía la más factible y eficiente para controlar la hemorragia y ayuda a prolongar la supervivencia hasta la espera de un tratamiento más prologado.

Conclusiones: Se logró un adecuado control de la hemorragia en las lesiones sangrantes pequeñas < 4 cm y los vasos expuestos en el sitio de sangrado; esto indica que la hemostasia endoscópica es una modalidad efectiva.

Financiamiento: No se dispuso de ningún financiamiento.

Lun160

PREVALENCIA DE LA ANEMIA FERROPÉNICA EN PACIENTES CON HEMORRAGIA DEL TUBO DIGESTIVO AGUDA

E. Cortínez-Encarnación, A. Padilla-Isassi, A. Gayosso-Godínez, A. Noble-Lugo, Hospital Español

Introducción: La anemia por deficiencia de hierro (ADH) es un trastorno frecuente que puede tener una morbimortalidad significativa. Una de las principales causas de ADH son las pérdidas sanguíneas secundarias a lesiones en el tracto gastrointestinal. Las recomendaciones y guías de práctica clínica sobre el tratamiento de la ADH en pacientes con hemorragia gastrointestinal son escasas y no se han estandarizado. Por lo tanto, es de vital importancia conocer la prevalencia y reconocer este problema con la finalidad de emitir recomendaciones para el diagnóstico y tratamiento adecuado de esta afección.

Objetivo: Determinar la prevalencia de ADH en los pacientes con hemorragia del tubo digestivo y la posible existencia de variables vinculadas en esta población.

Material y métodos: Tipo de estudio: descriptivo, observacional, transversal y prolectivo. Se incluyó a los pacientes que ingresaron al Hospital Español con diagnóstico de hemorragia del tubo digestivo aguda y anemia o que cursaran con estas alteraciones durante su hospitalización en el periodo de abril del 2022 a abril del 2023. Variables: edad, sexo, tiempo de evolución, presentación clínica, comorbilidades, medicación, tensión arterial sistólica, frecuencia cardíaca, hemoglobina, leucocitos, nitrógeno ureico sanguíneo, creatinina, ferritina, saturación de transferrina, localización del sangrado y hallazgos endoscópicos. Análisis estadístico: para el objetivo primario se analizaron las variables cualitativas de manera frecuencial y porcentual; en las variables cuantitativas se emplearon medidas de tendencia central con dispersión: media, desviación estándar, varianza y curtosis. Para los objetivos secundarios y la relación entre variables cualitativas se usó el estadístico ji cuadrada de Pearson y se estableció significancia con un valor de $p < 0,05$; para las variables cuantitativas se utilizó el estadístico de ANOVA de un sólo factor y comparación de medias.

Resultados: La muestra se conformó con 82 pacientes, de los cuales un 63,4% tenía ADH. La edad media fue de $72,3 \pm 17,7$ años. El sexo masculino fue el predominante con 57,3%. La comorbilidad más prevalente fue la hipertensión arterial sistémica con 75,5%. La medicación habitual más común fueron los antiagregantes plaquetarios con 40,4%. La presentación clínica más frecuente fueron las evacuaciones melénicas (45,1%). Véase la **Tabla 1**.

En relación con el análisis univariado en los pacientes con ADH, la comorbilidad más común fue la hipertensión arterial sistémica (69,4%) y los fármacos más prevalentes fueron los antiagregantes con una frecuencia de 45,9%, seguidos por los anticoagulantes (40,5%). La hemorragia digestiva alta fue el origen más frecuente (81,1%) y

las lesiones endoscópicas más identificadas fueron la úlcera duodenal (18,9%), el sangrado diverticular (15,1%), la gastropatía erosiva (13,2%), la úlcera gástrica (11,3%) y las angiodisplasias (11,3%). El tamaño ≥ 1 cm de las úlceras pépticas se correlacionó con una mayor prevalencia de ADH (66,7%) (**Tabla 1**).

Conclusiones: La prevalencia de ADH en los pacientes con hemorragia del tubo digestivo aguda en este estudio es similar a la informada antes en las publicaciones médicas. A pesar de que se analizaron diferentes variables de los pacientes, no se encontró alguna que permita reconocer a los pacientes que desarrollarán ADH. Debido a que existe evidencia de que los pacientes con ADH tienen mayor morbimortalidad a su egreso tras el episodio de hemorragia gastrointestinal, es recomendable solicitar pruebas ferrocinéticas en todos los pacientes que cursen con hemorragia gastrointestinal, mientras no se determine algún marcador clínico, bioquímico o endoscópico que permita identificar a una subpoblación con riesgo incrementado de sufrir esta alteración; esto haría posible establecer un abordaje más efectivo en términos del costo.

Financiamiento: No se recibió financiamiento de ningún tipo.

Lun161

COMPARACIÓN ENTRE EL USO DEL CUESTIONARIO GERDQ Y LA ENDOSCOPIA EN EL DIAGNÓSTICO DE LA ENFERMEDAD POR REFLUJO GASTROESOFÁGICO

A. A. Chávez-Santiago, Hospital Regional Lic. Adolfo López Mateos, Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado

Tabla 1. Variables demográficas, clínicas y endoscópicas en los pacientes con ADH y sin ella; se expresan en la forma de promedio. (Lun160)

	Total (n = 82)		Pacientes con ADH		Pacientes sin ADH	
Edad (años)	72,3	$\pm 17,7$	71,85	$\pm 17,7$	73,3	$\pm 18,09$
Sexo						
Masculino	47	57,30%	29	54,70%	18	62,10%
Comorbilidad						
HAS	40	75,5%	25	69,4%	15	88,2%
Medicación habitual						
Antiagregante plaquetario	23	40,4%	17	45,9%	6	30,0%
Presentación clínica						
Melena	37	45,1%	25	47,2%	12	41,4%
Tensión arterial sistólica de ingreso						
< 90 mm/Hg	14	17,1%	6	11,3%	8	27,6%
Frecuencia cardíaca						
> 100 lpm	19	23,2%	12	22,6%	7	24,1%
Origen del sangrado						
Alto	67	81,7%	43	81,1%	24	82,8%
Lesiones						
Úlcera gástrica	11	13,4%	6	11,3%	5	17,2%
Úlcera duodenal	18	22,0%	10	18,9%	8	27,6%
Sangrado diverticular	9	11,0%	8	15,1%	1	3,4%
Forrest						
III	19	50,0%	11	52,4%	8	47,1%
Tamaño de la úlcera péptica						
≥ 1 cm	27	71,1%	14	66,7%	13	76,5%

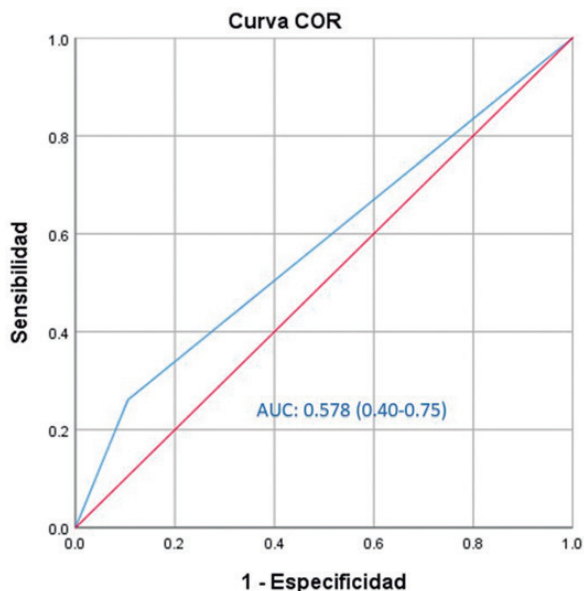
Introducción: La enfermedad por reflujo gastroesofágico es una entidad común que afecta a un gran número de personas en todo el mundo. Dos métodos habituales utilizados en el diagnóstico de la ERGE son el cuestionario GERDQ y la endoscopia. Dada la prevalencia de la ERGE, y con el fin de evitar estudios molestos y de gran costo económico, se ha evaluado el uso de herramientas clínicas sencillas, que han aportado seguridad diagnóstica y son útiles en la atención terapéutica. El cuestionario GERDQ es un instrumento de cribado ampliamente empleado que evalúa los síntomas vinculados con la ERGE; por su parte, la endoscopia permite visualizar de modo directo el esófago y el estómago para identificar posibles lesiones.

Objetivo: Comparar la efectividad y la precisión del cuestionario GERDQ con la endoscopia en el diagnóstico de la ERGE, y evaluar su concordancia en la detección de la enfermedad y su capacidad para reconocer la gravedad de los hallazgos esofágicos.

Material y métodos: Se incluyó a los pacientes que acudieron a la consulta de gastroenterología en el hospital regional Lic. Adolfo López Mateos del ISSSTE con síntomas indicativos de ERGE en el periodo comprendido entre enero de 2023 y junio del 2023. A todos los participantes se les aplicó el cuestionario GERDQ, que consta de seis preguntas relacionadas con los síntomas típicos de la ERGE. Después se realizó una endoscopia para evaluar directamente el esófago y el estómago en busca de lesiones. En la endoscopia se registraron los hallazgos endoscópicos. Tipo de estudio: prospectivo, transversal y comparativo de tipo correlacional. Variables analizadas: edad, género, puntuación en el cuestionario GERDQ, y presencia o ausencia de esofagitis. Análisis: los resultados se analizaron mediante el coeficiente de correlación, sensibilidad, especificidad y prueba de fiabilidad.

Resultados: La edad promedio fue de 55,79 años. En el 54,8% de los pacientes no se hallaron hallazgos endoscópicos indicativos de esofagitis. Esofagitis A: 16,7%; esofagitis B: 9,5%; esofagitis C: 11,9%; esofagitis D: 2,4%; esófago de Barrett: 2,4%; y anillo de Schatzki: 2,4%. Las puntuaciones en el cuestionario fueron las siguientes: 16,7%: 3-7 puntos; 35,7%: 8-10 puntos; 47,6%: 11-15 puntos. Existe una relación significativa entre la puntuación obtenida en el cuestionario GERDQ y los hallazgos endoscópicos ($p = 0,003$). Los pacientes que registraron una puntuación ≤ 7 tienen un riesgo bajo de sufrir lesiones esofágicas por endoscopia; sin embargo, una puntuación ≥ 8 no asegura reconocer lesiones en la endoscopia. La sensibilidad fue de 89% y la especificidad de 26% (VPP, 50%; VPN, 75%). La fiabilidad del instrumento es pobre ($\alpha = 0,468$). Véase la Figura 1.

Figura 1. Curva COR. (Lun161)



Conclusiones: En los datos se observa que el instrumento puede ser útil para descartar lesiones endoscópicas o ERGE con puntuaciones ≤ 7 . En general, este estudio proporciona evidencia de la utilidad del cuestionario GERDQ como una herramienta inicial para la detección y evaluación de la ERGE.

Financiamiento: No se recibió financiamiento de ningún tipo.

Lun162

FENOTIPOS CLÍNICOS Y ENDOSCÓPICOS DE LOS PACIENTES CON ENFERMEDAD POR REFLUJO GASTROESOFÁGICO EN UN CENTRO DE TERCER NIVEL

F. A. Lajud-Barquín, L. A. Molina-Arroyo, R. Herrera-Gallo, A. J. García-Cortés, D. Ruiz-Reyes, C. Arteaga-González, R. Y. López-Pérez, E. Ornelas-Escobedo, J. C. Zavala-Castillo, Hospital General de México Dr. Eduardo Liceaga

Introducción: La enfermedad por reflujo gastroesofágico (ERGE) es una anomalía que se desarrolla cuando el contenido gástrico refluye hacia el esófago y causa síntomas o efectos adversos. En México, de acuerdo con SIGAME, la prevalencia es de 19,7% a 40%. El diagnóstico de esta enfermedad es clínico y existen cuestionarios validados para su identificación como el GERD-Q. La endoscopia es un auxiliar en el abordaje diagnóstico y terapéutico de la ERGE y sus complicaciones; la mayoría de los pacientes presenta hallazgos endoscópicos normales.

Objetivo: Describir los fenotipos clínicos y endoscópicos de los pacientes con ERGE en el centro de México

Material y métodos: Se realizó un estudio prospectivo, transversal y descriptivo en el servicio de endoscopia gastrointestinal del Hospital General de México Dr. Eduardo Liceaga de enero a junio de 2023. Se incluyó a pacientes mayores de 18 años con ERGE programados para una endoscopia superior y con consentimiento informado. Se definió ERGE como una puntuación de GERD-Q ≥ 8 puntos y se suspendió el tratamiento médico dos semanas antes del estudio. Se excluyó a los pacientes con expediente incompleto, individuos con estudio endoscópico incompleto y anatomía alterada por la cirugía. El muestreo se efectuó por conveniencia. Se analizaron las variables sociodemográficas, los síntomas de los pacientes y los hallazgos endoscópicos. Se realizó estadística descriptiva; las variables categóricas se expresaron en frecuencias y porcentajes, y las variables cuantitativas en medidas de tendencia central y de dispersión.

Resultados: Se analizó a un total de 228 pacientes, con 62 (27,2%) hombres y 166 (72,8%) mujeres, y una media de edad de $52,36 \pm 14,08$ años. Tres pacientes tenían antecedente familiar de adenocarcinoma de esófago. Entre los factores antropométricos, el IMC promedio fue de $27,01 \pm 5,4$ kg/m², con 11 (4,82%) que mostraron peso bajo, 75 (32,89%) sobrepeso, 60 (26,32%) obesidad y el resto peso normal; hasta 88 (38,6%) tenían tabaquismo positivo con un IT promedio de $2,36 \pm 8,15$ paquetes/año. Dentro de las comorbilidades de los pacientes, 26 (11,48%) eran portadores de DM2, 51 (22,37%) de HTA, 27 (11,84%) de dislipidemia y 9 (3,95%) de hiperuricemia; todos los individuos mostraron síntomas típicos con una duración promedio de $18,82 \pm 33,08$ meses. Entre los síntomas atípicos, 131 (57,46%) refirieron dolor torácico, 106 (46,49%) disfagia, 36 (15,79%) disfonía, 103 (60,53%) odinofagia, 54 (23,68%) tos y 14 (6,14%) asma; 30 (13,16%) de los pacientes sufrieron hemorragia digestiva. En relación con los patrones de prescripción, 191 (83,77%) sujetos recibieron control con IBP, 7 (3,07%) con H₂ y el resto (13,16%) tratamiento sintomático. Entre los hallazgos endoscópicos, 100 endoscopias se notificaron como normales (43,86%), en 113 (49,56%) pacientes se observó hernia hiatal, 109 de tipo I, 4 de tipo III; 51 (22,37%) pacientes desarrollaron esofagitis, 26 de grado A, 16 de

grado B, cinco de grado C y 4 de grado D. Un total de seis pacientes sufría estenosis (todas simples) y 10 (4,39%) tenían anillo de Schatzki. Se evidenciaron hallazgos consistentes con esófago de Barrett en 14 (6,14%) pacientes, de los cuales 11 (4,82%) se confirmaron, todos ellos con displasia de bajo grado (un paciente desarrolló carcinoma epidermoide). De acuerdo con el consenso de Lyon, en 26 (11,4%) pacientes se identificaron lesiones definitivas de ERGE.

Conclusiones: Los pacientes con ERGE en este centro tenían en su mayoría síntomas típicos; el fenotipo más frecuente fue la enfermedad no erosiva con hallazgos endoscópicos positivos al momento de la endoscopia (el más frecuente fue la hernia hiatal); sin embargo, una menor proporción de estos pacientes mostró lesiones definitivas de ERGE.

Financiamiento: No se contó con financiamiento alguno.

Lun163

APEGO A LAS INDICACIONES DE ENDOSCOPIA DIGESTIVA ALTA EN UN HOSPITAL DE LA CIUDAD DE MÉXICO Y SU RENDIMIENTO DIAGNÓSTICO

G. Klimek-Albarrán, H. O. Ávila-Mendoza, A. J. García-Cortés, C. Paredes-Amenábar, J. C. Zavala-Castillo, Hospital General de México Dr. Eduardo Liceaga

Introducción: La esofagogastroduodenoscopia (EGD) es un procedimiento muy útil para el diagnóstico, seguimiento y exclusión de alteraciones gastrointestinales. El punto de corte recomendado como indicador de calidad es del 80% de estudios realizados con una indicación adecuada. Infortunadamente, se ha notificado una tasa nada despreciable de estudios inapropiados en diferentes países, a pesar de que desde hace casi dos décadas ya existen guías con las indicaciones apropiadas para su realización. Esto es aún más alarmante si se considera que los estudios sin una indicación apropiada parecen tener menor rendimiento diagnóstico, además de ocasionar un aumento del tiempo de las listas de espera y los costos.

Objetivo: Conocer la tasa de EGD practicadas con una indicación apropiada y comparar su rentabilidad diagnóstica con las EGD de indicación inapropiada.

Material y métodos: Estudio observacional, retrospectivo y analítico que incluyó a 214 pacientes del servicio de endoscopia gastrointestinal del Hospital General de México Dr. Eduardo Liceaga sometidos a EGD y que se practicó en el periodo comprendido entre el 1 de mayo de 2022 y el 30 de junio de 2023. Los participantes se dividieron en dos grupos, uno de EGD con indicación adecuada y otro con indicación inadecuada, de acuerdo con las guías de la Asociación Americana de Endoscopia Gastrointestinal (ASGE). El rendimiento diagnóstico se definió como la relación entre los hallazgos clínicamente significativos y el número de procedimientos de cada grupo. Para el análisis estadístico se realizaron comparaciones entre grupos con χ^2 y prueba U de Mann-Whitney, mediante SPSS, y considerando un valor de significancia $p < 0,05$.

Resultados: Del total, 136 pacientes fueron mujeres (63,5%), con edad promedio de $54,2 \pm 17,3$ años; se identificó a 184 pacientes (85,9%) con indicación adecuada y 30 pacientes (14,1%) con indicación inadecuada. El rendimiento diagnóstico total fue de 67,2%. Los estudios con una indicación adecuada tuvieron un rendimiento diagnóstico más alto (71,7%) en comparación con los estudios con indicación considerada inadecuada (40%), con un OR de 3,94 (IC99%, 2,78-5,57; $p < 0,01$).

Conclusiones: En esta institución, el apego a las indicaciones consideradas adecuadas por el documento de la ASGE incrementa el rendimiento diagnóstico de las EGD. Además, se halla por encima del punto de corte recomendado como indicador de calidad del 80%.

Financiamiento: No se recibió ningún tipo de financiamiento.

Lun164

EXPERIENCIA DE COLOCACIÓN DE GASTROSTOMÍA ENDOSCÓPICA PERCUTÁNEA (GEP) MEDIANTE ANESTESIA LOCAL EN EL HOSPITAL GENERAL DE MÉXICO (HGM) DR. EDUARDO LICEAGA

J. A. Romero-Lozania, D. Muñoz-Fuentes, I. E. Bravo-Espinoza, J. C. Zavala-Castillo, M. I. Torres-Ruiz, J. C. Silis-Cravioto, Hospital General de México Dr. Eduardo Liceaga

Introducción: La colocación de GEP es un procedimiento común para proporcionar apoyo nutricional en pacientes con dificultades para la ingestión oral adecuada. En algunos casos, la inserción de un tubo de GEP se pospone o incluso se considera imposible debido al riesgo vinculado con la sedación. Por lo tanto, en estos pacientes debe considerarse la opción de realizar la colocación peroral de la GEP con anestesia local.

Objetivo: Describir las características clínicas y demográficas, éxito técnico, efectos adversos y satisfacción después de la colocación de GEP con anestesia local.

Material y métodos: Estudio retrospectivo, longitudinal, observacional y descriptivo. Se revisaron expedientes de pacientes sometidos a GEP mediante anestesia local en el servicio de endoscopia gastrointestinal del HGM en el periodo 2019-2022. Se incluyó a pacientes con las siguientes características: mayores de 18 años, IMC < 30 con acceso a información completa y un seguimiento de al menos 90 días. Se recopilaron variables demográficas, características del procedimiento, grado de satisfacción y efectos adversos. El análisis de los datos se llevará a cabo mediante estadística descriptiva con medidas de resumen y dispersión.

Resultados: Se identificaron 16 expedientes de pacientes sometidos a GEP bajo anestesia local; 68% correspondió al sexo masculino, con edad media de $52 \pm 15,3$ años. La mitad de los pacientes se encontraba a cargo de los servicios de neurología-neurocirugía, con un índice medio de comorbilidad de Charlson de $5,6 \pm 2,1$ y antecedente de cirugía abdominal en el 25% de los casos (Tabla 1). El tiempo de espera medio para la colocación de la GEP fue de $1 \pm 1,6$ días. A la totalidad de los pacientes se les aplicó profilaxis antibiótica antes de la colocación de GEP, la cual se llevó a cabo mediante esofagogastroduodenoscopia ultradelgada de Pentax en el 81% de los casos. El tiempo medio de procedimiento fue de $20,5 \pm 5,4$ minutos y se consiguió una tasa de éxito técnico del 100%. El dolor referido en la escala visual numérica fue de $2,5 \pm 2,2$ y $3,1 \pm 2,5$ en las áreas orofaríngea y abdominal, respectivamente. Los efectos

Tabla 1. Características clínicas y demográficas relacionadas con el procedimiento y efectos adversos. (Lun164)

Variable	Valor	
Masculino (%)	68	
Edad ($\bar{X} \pm \sigma$) años	$52 \pm 15,3$	
IMC ($\bar{X} \pm \sigma$) kg/m ²	$22,6 \pm 3$	
Índice de Charlson ($\bar{X} \pm \sigma$)	$5,6 \pm 2,1$	
Cirugía abdominal (%)	25	
Válvula de derivación ventriculoperitoneal (%)	18,8	
Glasgow ($\bar{X} \pm \sigma$)	$11,9 \pm 3,1$	
Servicio (%)	Neurocirugía	31,3
	Neurología	18,8
	Oncohematología	18,8
	Neumología	12,5
	Infectología	12,5
	Otro	12,5

Endoscopio (%)	Ultradelgado	81,3
	Estándar	18,7
Tiempo de espera ($\bar{X} \pm \sigma$) días		1 \pm 1,6
Tiempo de procedimiento ($\bar{X} \pm \sigma$) minutos		20,4 \pm 5,4
Profilaxis antibiótica (%)		100
GEP 24 Fr (%)		93,8
Éxito técnico		100
Escala visual numérica del dolor; n = 8; ($\bar{X} \pm \sigma$)	Orofaringe	2,5 \pm 2,2
	Abdomen	3,1 \pm 2,5
Satisfacción en escala 0-5 ($\bar{X} \pm \sigma$)	Paciente (n = 8)	4,4 \pm 0,8
	Médico (n = 16)	4 \pm 1,3
Efectos adversos transprocedimiento (%)	Taquicardia	25
	Bradycardia	0
	Hipertensión	31,2
	Hipotensión	0
	Hipoxia	12,5
Efectos adversos posprocedimiento (%)	Infección periestomal	12,5
	Síndrome del botón enterrado	6,2

adversos tras el procedimiento fueron taquicardia (25%), hipertensión (31%) e hipoxia (12,5%). Los principales efectos adversos posteriores al procedimiento fueron infección periestomal (12,5%) y síndrome del botón enterrado (6%). El grado de satisfacción con el procedimiento en una escala de 1 a 5 fue de 4,4 \pm 0,8 y 4,0 \pm 1,3 para los pacientes y los médicos respectivamente.

Conclusiones: La colocación de GEP mediante anestesia local es efectivo, bien tolerado y con una tasa de efectos adversos menores transprocedimiento presentes hasta en un tercio de los pacientes evaluados, por lo cual esta modalidad debe considerarse en enfermos seleccionados en quienes el beneficio sea mayor que el riesgo.

Financiamiento: No hubo financiamiento de ningún tipo.

Lun165

IMPORTANCIA DE LA ENDOSCOPIA EN EL DIAGNÓSTICO DE SARCOMA DE KAPOSI GASTROINTESTINAL EN PACIENTES CON VIH AVANZADO Y SÍNTOMAS GASTROINTESTINALES: SERIE DE CASOS

V. A. Álvarez-Sánchez, L. R. Álvarez-Martín, J. I. Juárez-de Dios, K. A. Argáez-Ojeda, Hospital Regional de Alta Especialidad de la Península de Yucatán

Introducción: El sarcoma de Kaposi (SK) es un tumor angioproliferativo de bajo grado acompañado de infección por el virus del herpes humano 8 (VHH8). El SK cutáneo relacionado con el HIV (SK/HIV) se acompaña en un 50% de manifestaciones viscerales, de las cuales las gastrointestinales (SKGI) son las más frecuentes y elevan dos a cinco veces el riesgo de muerte. La quimioterapia (QT) con antraciclinas y el tratamiento antirretroviral (TAR) han demostrado beneficios en la supervivencia del SKGI en pacientes con HIV.

Objetivo: Presentar una serie de casos de pacientes mexicanos con infección por HIV y SK cutáneo para caracterizar a los pacientes que requieren endoscopia y detectar SKGI. Asimismo, presentar las características endoscópicas, tratamiento y desenlaces.

Material y métodos: Revisión retrospectiva de todos los pacientes con diagnóstico de SKGI y HIV atendidos en el Hospital Regional de Alta Especialidad de la Península de Yucatán (HRAEPY) de julio de 2022 a julio de 2023. De un total de 26 pacientes atendidos con infección por HIV, 3 (11,53%) presentaron SKGI. Todos eran hombres, de 24 a 44 años, con HIV avanzado (CD4 < 200 células/mcL), sin antecedente de TAR. De igual modo, todos tenían manifestaciones cutáneas y síntomas gastrointestinales, dos de ellos con afección pulmonar. En cuanto a las características endoscópicas, las lesiones eran rojizas-violáceas, presentes en estómago, duodeno y sigmoides, todos con > 5 lesiones. Se realizó confirmación histopatológica (HP) del SKGI de todos los casos. Dos enfermos recibieron TAR y QT con doxorubicina, los dos con mejoría en el seguimiento a los tres meses. Un individuo no pudo recibir QT y el inicio de TAR se retrasó

Tabla 1. Características clínicas, endoscópicas y desenlaces principales. (Lun165)

Paciente	1	2	3
Edad (años)	38	44	24
Sexo	Hombre	Hombre	Hombre
Carga viral (copias/mL)	266.551	11.646	196.305
CD4+ (células/mcL)	40,0	80,0	4,0
Diagnóstico de HIV	Al ingreso	Al ingreso	1 año
Antecedente de TAR	No	No	No
Infecciones oportunistas	Candidiasis esofágica	No	Probable tuberculosis diseminada
Síntomas gastrointestinales	Diarrea	Diarrea, dolor abdominal, náusea y vómito	Diarrea, melena
Afección cutánea	Sí	Sí	Sí
Otros órganos	Pulmones	No	Pulmones
Características endoscópicas	Elevadas, polipoideas, rojizas, induradas, de 5-10 mm; algunas ulceradas	Elevadas, rojizas, induradas y friables	Planas, 4-8 mm, violáceas
Localización de lesiones	Antro y segunda porción del duodeno	Cuerpo, antro y primera porción del duodeno y colon sigmoides	Duodeno
Número de lesiones	> 5	> 5	> 5
Confirmación HP	Sí	Sí	Sí
Tratamiento	TAR, doxorubicina	TAR, doxorubicina	TAR
Desenlace	Remisión	Remisión	Fallecido

HIV, virus de inmunodeficiencia humana; TAR, tratamiento antirretroviral; HP, histopatológico.

por el tratamiento de una probable tuberculosis diseminada, y falleció a pesar de tres meses en tratamiento con antituberculosos y TAR. Las principales características clínicas, endoscópicas y desenlaces se presentan en la **Tabla 1**.

Discusión: El estudio endoscópico es el método diagnóstico obligado para identificar SKGI. Se ha observado en distintas series la relación de factores clínicos que predicen SKGI, como lo son la carga viral > 10.000 copias/mL, CD4 < 100 células/mL y ausencia de TAR. Sin embargo, los análisis multivariados sólo han demostrado que el SK cutáneo es el único predictor clínico independiente. Los pacientes con SKGI contaban con todas estas características clínicas antes de la endoscopia. Llama la atención que los síntomas gastrointestinales son variables, presentes tan sólo en 21,2% a 46,9%, en contraste con esta serie, en la que el 100% tenía síntomas gastrointestinales, en particular diarrea. Revisiones previas han identificado los sitios más frecuentes al estómago seguido del duodeno, esófago y colon. El sitio más afectado en esta serie fue el duodeno. El pronóstico del SKGI es pobre, con una mortalidad de 40% a los seis meses. Se ha observado que el inicio de la TAR confiere una sobrevida > 85% a los tres años en pacientes con SKGI. Asimismo, más de 80% de los pacientes con SK/HIV han referido regresión tumoral con la combinación de TAR y doxorrubicina. Los dos pacientes de esta serie que tuvieron este esquema experimentaron un desenlace favorable.

Conclusiones: El HIV avanzado (CD4+ < 100 células/mL), una carga viral > 10.000 copias/mL, la ausencia de TAR, las manifestaciones cutáneas de SK y los síntomas gastrointestinales aparecieron en todos los pacientes de SKGI de esta serie, por lo que su presencia respalda la indicación de endoscopia. En esta serie se observaron desenlaces favorables con el inicio de TAR y la QT con doxorrubicina. La endoscopia es indispensable para el diagnóstico de SKGI en enfermos con las características descritas.

Financiamiento: No se dispuso de ningún financiamiento.

Lun166

EXPERIENCIA ENDOSCÓPICA CON EL USO DE CLIP OVESCO OTSC (OVER THE SCOPE CLIP) EN UN CENTRO DE TERCER NIVEL EN MÉXICO

M. Figueroa-Palafox, F. Rojas-Mendoza, N. E. Aguilar-Olivos, A. Ponc-Kuri, Médica Sur

Introducción: Las perforaciones, fístulas y fugas de anastomosis del tracto digestivo representan un reto terapéutico por su elevada comorbilidad que se resuelven de forma quirúrgica con frecuencia. El clip Ovesco (*over the scope clip*, OTSC) es una herramienta nueva que permite el cierre de defectos grandes por vía endoscópica, lo que reduce la necesidad de cirugía. Se ha informado además su uso para hemorragia del tubo digestivo y fijación de *stents*. En la bibliografía médica, en la revisión sistemática más amplia, se publica un éxito técnico del 94,4% y un éxito clínico del 78,4%. En México se desconoce la experiencia con la utilización del clip Ovesco.

Objetivo: Describir la experiencia con el uso del clip Ovesco en endoscopia terapéutica en un centro terciario en la Ciudad de México.

Material y métodos: Se realizó un estudio retrospectivo, observacional y descriptivo en la unidad de endoscopia del Hospital Médica Sur para identificar informes del uso del clip Ovesco hasta la fecha actual con revisión de los expedientes electrónicos. Se definió el éxito técnico como el adecuado afrontamiento del defecto y la liberación del dispositivo y el éxito clínico como la resolución de síntomas. Se realizó un análisis descriptivo con rangos, medias y porcentajes. Entre 2016 y 2023 se encontraron 32 informes de endoscopia con el clip Ovesco, con un total de 38 clips liberados en 27

pacientes (**Tabla 1**), con pacientes de edad media de 57 años (intervalo, 16-88) y predominio del género masculino. El éxito técnico se alcanzó en el 97,4% de los casos y el éxito clínico en el 76,5%. La principal indicación fue cierre de fístulas enterocutáneas por gastrostomía (66,66%), seguido de fugas y perforaciones. Se notificó un caso por hemorragia con tratamiento previo fallido, un caso de cierre de la luz de anastomosis por derivación debido a pérdida de peso inadecuada y tres casos para fijación de un *stent* en la luz gastrointestinal. El único caso de falla técnica se debió a un defecto grande de bordes fibróticos y friables, con tratamiento previo endoscópico que no permitió la fijación correcta del clip. En análisis por subgrupos, el éxito clínico fue menor para las fístulas (70,83%), seguido de fugas de anastomosis (80%), perforaciones (100%), hemorragias (100%) y fijación de *stents* (100%). Destaca que sólo un tercio de los informes menciona el tipo de clip utilizado y el uso de pinza adyuvante (24%). La media de seguimiento fue de 105 días. Todos los casos de falla técnica o clínica se resolvieron por cirugía con sólo una defunción notificada. No hubo efectos adversos por el uso del clip Ovesco.

Tabla 1. Casos de clips Ovesco. (Lun166)

Número total de clips Ovesco = 38	
Edad, media ± DS	56 (16-88)
Género masculino	18 (60%)
Indicación n, %	
Fístulas	24 (63,15%)
Fuga de anastomosis	5 (13,15%)
Perforación	4 (10,52%)
Fijación de un <i>stent</i>	3 (7,89%)
Cierre de complicaciones bariátricas	1 (2,63%)
Sangrado	1 (2,63%)
Procedimientos, n, %	
Panendoscopia	20 (74%)
Colonoscopia	5 (18,5%)
Enteroscopia	2 (7,4%)
Tratamiento endoscópico fallido previo	4 (11,4%)
Uso de pinza accesoria mencionada, n, %	6 (24%)
Twin-Grasper/Anchor	5/1
Tamaño de defecto, media ± DS	5,8 mm (3-15 mm)
Tiempo de seguimiento	105 días (3,2 meses)
Éxito técnico global	97,4%
Éxito clínico global	76,5%
Casos fístulas	70,83%
Casos fugas de anastomosis	80%
Casos perforaciones	100%
Casos fijación de <i>stents</i>	100%
Casos hemorragia	100%

Discusión: Desde la aprobación del sistema Ovesco en el 2009-2010, su empleo ha cambiado el tratamiento de cierre de defectos gastrointestinales por vía endoscópica. Esta serie de casos es la más grande publicada en México, con resultados similares a los de las publicaciones médicas. Se demostró que es un procedimiento útil y seguro, especialmente para el cierre de fístulas, fugas o perforaciones del tracto digestivo, con poca experiencia en hemorragias y fijación de *stents* del tracto digestivo. Llama la atención la falta de descripción completa de la técnica del procedimiento y el clip usado en los informes de endoscopia en el centro de los autores. Dentro de las limitaciones del estudio figura el diseño retrospectivo y el sesgo de información del expediente electrónico.

Conclusiones: No notificó en un centro en México una tasa de éxito técnico y clínico similar a lo señalado en la bibliografía médica con el uso del clip Ovesco.

Financiamiento: No se dispuso de financiamiento.

Lun167

TÉCNICAS ENDOSCÓPICAS PARA REDUCIR EL TAMAÑO DE LA ANASTOMOSIS GASTROYEYUNAL POSTERIOR A CIRUGÍA BARIÁTRICA CON EL USO DEL CLIP OVESCO®

P. J. Montero García, C. Paredes-Amenábar, D. Muñoz-Fuentes, J. C. Zavala-Castillo, Hospital General de México Dr. Eduardo Liceaga

Introducción: La obesidad es una enfermedad multifactorial no transmisible que se caracteriza por una adiposidad excesiva. Entre 1975 y 2016, la prevalencia mundial de la obesidad se ha triplicado. Esta enfermedad es progresiva y casi siempre se acompaña de complicaciones físicas, psicológicas y alta morbimortalidad. En México en 2018, el porcentaje de adultos de 20 años y más con sobrepeso y obesidad era de 75,2%. La derivación gástrica y la manga gástrica son los procedimientos practicados en mayor número en todo el mundo. Las complicaciones que se observan más a menudo son úlceras marginales de anastomosis, hemorragias, fístulas, coledocolitiasis, metabólicas y reganancia de peso. En la actualidad, el papel de la endoscopia ha ganado terreno en el diagnóstico y el tratamiento de algunas complicaciones. En algunos pacientes se observa reganancia de peso después de dos a cuatro años y hasta el 30% puede recuperar todo el peso perdido. Cuando sucede esto debe indicarse una endoscopia y observar si el asa anastomótica aún cuenta con los parámetros para pérdida de peso adecuado. Los reservorios de gran tamaño y anastomosis dilatadas se relacionan con insuficiente disminución del peso. En la actualidad se utilizan algunas técnicas endoscópicas en las anastomosis con diámetro aumentado para reducir el calibre con uso de gas argón, inyección de esclerosante y el clip tipo OVESCO® para inducir la pérdida de peso. Con esto es posible que los pacientes puedan volver a perder hasta el 75% del peso que habían recuperado. El clip OVESCO® (OTSC: *over-the scope clip*) es un sistema endoscópico de uso reciente para la compresión mecánica de tejido en el tracto que proporciona una mayor fuerza y es compatible con endoscopios flexibles convencionales.

Objetivo: Presentar una técnica endoscópica con uso del clip OVESCO para reducir el diámetro de la anastomosis gastroyeyunal en pacientes sometidos a derivación con reganancia de peso como método de inducción a pérdida de peso segura, ambulatoria y sin necesidad de reintervención quirúrgica.

Material y métodos: Se realizó la técnica endoscópica con clip OVESCO para reducción de diámetro de anastomosis gastroyeyunal en seis pacientes con reganancia de peso en un periodo de un año, a cargo de un endoscopista experto. Criterios de inclusión: cirugía bariátrica de derivación, reganancia de peso, individuos mayores 18 años antes del procedimiento con OVESCO. Se sometió al paciente a endoscopia diagnóstica para determinar el diámetro de la anastomosis, más protocolo preanestésico completo (estudios de laboratorio preoperatorios y valoración cardiovascular). Los pacientes elegibles para la intervención fueron las personas con una anastomosis gastroyeyunal > 2,5 CM.

Resultados: Los pacientes tenían una edad promedio de 40 años, IMC promedio de > 35 kg/m², reganancia de promedio del 25% del peso perdido previamente y entre dos y cinco años después de la cirugía de pérdida de peso, con una relación hombre:mujer de 1:2; la comorbilidad más frecuente fue la hipertensión. Con base en la experiencia de los autores se recomienda el clip OVESCO® por vía endoscópica en pacientes sometidos antes a cirugía bariátrica y que tuvieron reganancia de peso a largo plazo. Es un método seguro, ambulatorio y sin necesidad de cirugía para disminuir el diámetro de la anastomosis gastroyeyunal, lo cual tuvo un adecuado efecto para inducir la pérdida de peso en estos pacientes.

Conclusiones: La colocación del clip OVESCO® por vía endoscópica es un procedimiento ambulatorio seguro y con un muy bajo porcentaje de complicaciones si se realiza con los protocolos adecuados y en manos de endoscopistas experimentados. Es un procedimiento innovador, efectivo y de costo aceptable para inducir la pérdida de peso en pacientes con reganancia de peso sometidos a cirugía bariátrica previa.

Financiamiento: No se recibió ningún financiamiento.

Lun168

CARACTERIZACIÓN CLÍNICA, ENDOSCÓPICA E HISTOPATOLÓGICA DE COLITIS MICROSCÓPICA Y SUS FENOTIPOS EN PACIENTES CON DIARREA CRÓNICA

M. M. Bocaletti-García, C. Arróniz-Jáuregui, J. J. Preciado-Alonso, Hospital Civil de Guadalajara Fray Antonio Alcalde

Introducción: La diarrea crónica es una entidad importante en los padecimientos gastrointestinales y representa una prevalencia global hasta de 5%. Se ha descrito que la colitis microscópica (CM), como causa de aquélla, tiene una prevalencia del 16% en pacientes con diarrea crónica. Sin embargo, los datos epidemiológicos incluyen en su mayoría sólo las variantes habituales de CM, como la colitis linfocítica y la colagenosa, sin considerar las variantes incompletas de cada una. Por ello es importante investigar esta anomalía en todo su espectro de presentación para su caracterización demográfica, así como sus factores predisponentes y su caracterización colonoscópica en la población mexicana.

Objetivo: Caracterizar en términos clínicos, endoscópicos e histológicos la colitis microscópica y sus fenotipos en pacientes con diarrea crónica.

Material y métodos: Pacientes sometidos a colonoscopia diagnóstica con toma de biopsias por diarrea crónica en el servicio de endoscopia gastrointestinal del Hospital Civil de Guadalajara desde el 1 de marzo de 2021 hasta el 31 de agosto de 2022. Es un estudio observacional, analítico, descriptivo y transversal. Variables utilizadas: edad, género, meses con diarrea, IMC, consumo de medicamentos (IBP, AINE, ISRS y estatinas), consumo de tabaco, fenotipo histológico de CM y hallazgo en colonoscopia. Análisis estadístico: medidas de tendencia central y dispersión para variables continuas y frecuencias y porcentajes para las variables categóricas. Todas aquellas variables con un comportamiento normal se compararon mediante pruebas paramétricas, mientras que las variables que no mostraran una distribución normal se compararon con pruebas no paramétricas.

Resultados: En la población general estudiada con diarrea crónica, el sexo femenino fue predominante con 68,8%, con una edad media de presentación de 60,3 años y duración media de diarrea crónica de 9,2 meses. Se encontró que el 31,2% de los pacientes estudiados tenía colitis microscópica (CM) en cualquiera de sus fenotipos: linfocítica (CL) en 40%, linfocítica incompleta (CLi) en 48%, colagenosa (CC) en 12%, colagenosa incompleta (CCi) en 0%, con una edad media de presentación de 60,3 años, y predominio del sexo femenino con 72%. Se identificó consumo de tabaco en pacientes con CM de 32% en general. El 44% de los pacientes con CM en general mostraba una colonoscopia macroscópicamente normal (30% en CL, 50% CLi y 66,6% en CC). El consumo de ISRS y estatinas registró una relación significativa con sufrir CM ($p = 0,050$ y $p = 0,047$, respectivamente), lo que representa un RR de 2,0 (IC95%, 0,549-7,507) y 1,5 (IC95%, 0,254-1,013), respectivamente.

Conclusiones: En general, la colitis microscópica se diagnosticó en el 31,2%, con una edad de presentación alrededor de la sexta década de la vida. El 44% de colitis microscópicas tenía una colonoscopia

macroscópicamente normal y es por ello importante tomar biopsias sistemáticas en pacientes con diarrea crónica a pesar de no presentar hallazgos macroscópicos. La CLI fue el fenotipo más encontrado con 48%, lo cual muestra que debe considerarse como causa importante y valorar el tratamiento establecido en CM. El consumo de estatinas e ISRS supone una vinculación directa con CM y confiere un RR de 1,5 y 2,0 veces mayor respectivamente de desarrollar la enfermedad.

Financiamiento: No se recibió financiamiento de ningún tipo.

Lun169

NO OLVIDAR LA VISUALIZACIÓN DEL COLON DURANTE ESTUDIOS DE CÁPSULA DE ENTEROSCOPIA

A. S. Ríos-Del Río, E. Esparza-Aguilar, L. V. Fuentes-Ernult, A. De Hoyos-Garza, Hospital Ángeles Pedregal

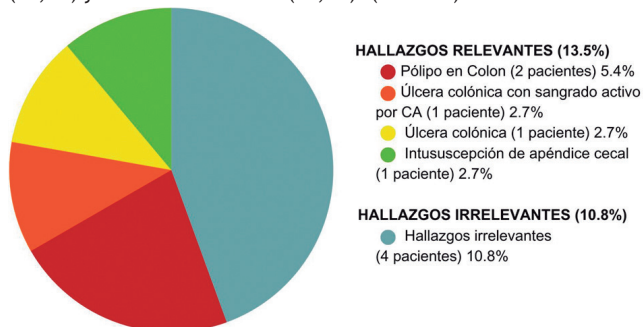
Introducción: Una de las tecnologías de mayor certeza para obtener diagnósticos de afecciones del intestino delgado es la cápsula endoscópica (CE). La indicación más común para la CE del intestino delgado es el sangrado gastrointestinal (GI), ya sea oscuro o evidente, casi siempre después de una investigación endoscópica GI superior e inferior no diagnóstica. La CE identifica la anomalía en el 46% a 60% de los casos. Sin embargo, los pacientes referidos para CE no siempre cuentan con una colonoscopia practicada de forma adecuada, dado que 20% a 25% de las colonoscopias son incompletas, lo que eleva el riesgo de lesiones no diagnosticadas del lado derecho del colon. Por tal motivo, con base en los estudios ya realizados de cápsula CE, es esencial observar siempre detalladamente el recorrido colónico en la detección de posibles hallazgos relevantes, pese a que no es el estudio ideal para el reconocimiento de lesiones colónicas.

Objetivo: Resaltar la importancia de los hallazgos en el colon durante la CE.

Material y métodos: En este estudio descriptivo y retrospectivo se llevó a cabo una revisión de 46 estudios de CE efectuados en el periodo comprendido entre diciembre de 2008 y junio de 2014. Todos los estudios incluidos en la revisión se realizaron con equipo *Given Imaging* de la generación SB2. Se recopilaron datos demográficos de los pacientes e indicaciones clínicas para el estudio y se registraron los diagnósticos estereoscópicos y colónicos. Los hallazgos colónicos se clasificaron en dos categorías: relevantes e irrelevantes. Un hallazgo relevante fue aquel que podría ser causa de la indicación del estudio, o tener un abordaje posterior en el tratamiento y seguimiento del paciente. De no ser así, se consideró como un hallazgo irrelevante.

Resultados: En el 13,5% de los pacientes sometidos a CE con visualización del colon se encontró al menos un hallazgo colónico relevante: dos pólipos de colon (5,4%), una úlcera colónica con sangrado activo por CA, una úlcera colónica y una intususcepción del apéndice cecal (2,7%) (Fig. 1).

Figura 1. En los 37 pacientes en los que se visualizó el colon por medio de CE se identificaron nueve hallazgos: cinco relevantes (13,5%) y cuatro irrelevantes (10,8%). (Lun169)



Conclusiones: Se debe destacar la importancia de visualizar detenidamente el colon en todos los estudios de CE, debido a que pueden establecerse diagnósticos relevantes hasta en el 13,5%, los cuales pueden cambiar el tratamiento o el seguimiento del paciente.

Financiamiento: No se recibió financiamiento de ningún tipo.

Lun170

CORRELACIÓN ENTRE HALLAZGOS ENDOSCÓPICOS E HISTOPATOLÓGICOS EN DUODENO DE PACIENTES CON DIARREA CRÓNICA, EN EL SERVICIO DE ENDOSCOPIA DEL HOSPITAL GENERAL DE MÉXICO

J. Colín-Garnica, J. C. Zavala-Castillo, P. Domínguez-Cardoso, S. López-Cisneros, Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado

Introducción: La diarrea crónica (DC) es un problema común que afecta hasta el 5% de la población adulta. Los diferentes mecanismos fisiopatológicos incluyen numerosas causas. La valoración del tracto gastrointestinal (GI) superior para enfermedades que afectan el duodeno también debe considerarse en estos pacientes con colonoscopia negativa. La enfermedad celiaca, la infección por *Giardia*, la enfermedad de Crohn, la gastroenteritis eosinofílica, la enfermedad de Whipple y la amiloidosis intestinal son diagnósticos probables en estos pacientes. Aun cuando se recomienda con frecuencia la endoscopia gastrointestinal para la valoración de la DC en países occidentales, hoy en día su beneficio no se ha confirmado en esta población. Por lo tanto, este estudio evalúa la correlación entre los hallazgos endoscópicos e histopatológicos duodenales en el diagnóstico de la DC.

Objetivo: Correlacionar las impresiones endoscópicas e histológicas duodenales en pacientes con diarrea crónica.

Material y métodos: Este trabajo notifica los resultados preliminares de una cohorte de pacientes que pertenecen a un centro de tercer nivel de atención en la Ciudad de México. Se seleccionó a pacientes sometidos a panendoscopia por diarrea crónica en los meses de junio y julio del 2023, clasificados en nueve grupos etarios; se excluyó a los pacientes que no contaban con registros completos de panendoscopia y resultados de estudios histopatológicos. Los resultados se expresaron como frecuencias y se categorizaron las edades y los resultados de la panendoscopia y la histopatología de acuerdo con los hallazgos relacionados con DC.

Discusión: Por el momento se ha valorado a 48 pacientes, el 60% de ellos mujeres, con intervalos de edad de 20 a 40 años (29%), 41 a 60 años (46%) y > 61 años (25%). Se llevaron a cabo correlaciones de Spearman tras considerar los diagnósticos histopatológicos de duodenopatías: atrofia de vellosidades, duodenitis con infiltrado linfocitario y otros (duodenitis crónica leve y duodenitis crónica moderada) y pruebas endoscópicas con hallazgos en duodeno: bulboduodenopatía erosiva, bulboduodenopatía atrófica. De forma preliminar se identificó una correlación positiva en la histopatología: atrofia de vellosidades y bulboduodenopatía erosiva como hallazgos endoscópicos en 9 ($r = 0,38$; $p = 0,008$) casos.

Conclusiones: La mayoría de los pacientes valorados cursó con duodenitis crónica leve en el informe histopatológico. De forma preliminar se identificó una correlación positiva en la atrofia de vellosidades respecto de la bulboduodenopatía erosiva. Se requiere un mayor tamaño de muestra para valorar la fuerza de relación entre ambas técnicas.

Financiamiento: Recursos hospitalarios.

Lun171

HALLAZGOS ENDOSCÓPICOS EN EL TAMIZAJE DEL CÁNCER COLORRECTAL EN PACIENTES MAYORES Y MENORES DE 50 AÑOS EN UN CENTRO DE TERCER NIVEL

F. A. Lajud-Barquín, L. A. Molina-Arroyo, R. Herrera-Gallo, A. J. García-Cortés, D. Ruiz-Reyes, C. D. Arteaga-González, R. Y. López-Pérez, J. L. De León-Rendón, J. C. Zavala-Castillo, Hospital General de México Dr. Eduardo Liceaga

Introducción: El cáncer colorrectal es la cuarta neoplasia más frecuente y la segunda causa de muerte por cáncer en México; la detección temprana de estas lesiones previene la mortalidad. El tamizaje es el proceso de detección de las lesiones precancerosas en pacientes sin antecedente de cáncer o lesiones precancerosas. El objetivo del tamizaje es remover las lesiones precancerosas y detectar el cáncer temprano. Múltiples sociedades han recomendado que las personas con riesgo regular se sometan a tamizaje a partir de los 50 años; sin embargo, en los últimos años, con objeto de reducir los desenlaces catastróficos, esta edad de tamizaje ha descendido a 45 debido al aumento del cáncer colorrectal en jóvenes.

Objetivo: Determinar la prevalencia de lesiones precancerosas en las colonoscopias de tamizaje y comparar la incidencia de éstas en los pacientes con la edad habitual de tamizaje contra las nuevas estrategias de éste.

Material y métodos: Estudio retrospectivo y transversal de carácter analítico realizado en el servicio de endoscopia gastrointestinal del Hospital General de México Dr. Eduardo Liceaga de enero de 2018 a enero de 2023. Se revisaron expedientes de pacientes sometidos a colonoscopia de tamizaje con edades de 45 a 75 años y los hallazgos de éstas; se excluyó a los pacientes que tenían antecedentes de síndromes genéticos, antecedente de neoplasias o pólipos, sujetos que no satisfacían los criterios de calidad de la colonoscopia y pacientes con estudio incompleto. Se eliminó a los enfermos con expediente clínico incompleto. Los participantes se dividieron en dos grupos, los que comprendían el grupo etario de 45 a 49 años y los mayores de 50 años. Se analizaron los hallazgos de las colonoscopias en cada grupo de edad y los informes histopatológicos y se compararon ambos grupos. Se realizó estadística descriptiva para los datos demográficos; las variables categóricas se expresaron en frecuencias y porcentajes y las variables cuantitativas en medidas de tendencia central y dispersión. Se usaron las pruebas ji cuadrada, exacta de Fisher y t de Student según correspondiera. Se consideró una $p < 0,05$ como estadísticamente significativa y se empleó para el análisis el software SPSS V24.

Resultados: Se analizó a un total de 470 pacientes objeto de colonoscopia de tamizaje, 197 hombres y 273 mujeres, con una edad promedio de $60,1 \pm 10,16$ años; 383 (81,5%) eran mayores de 50 años y 87 (18,5%) tenían entre 45 y 49 años; el 100% de los pacientes tenía riesgo promedio para cáncer colorrectal. El 100% de las colonoscopias cumplía con el consentimiento informado, la escala de Boston promedio fue de $7,8 \pm 1,2$ puntos, la tasa de intubación cecal fue del 100%, la tasa de detección de adenomas del 18,72% y no se comunicaron efectos adversos vinculados con la colonoscopia. Entre los hallazgos endoscópicos se encontró un total de 149 colonoscopias con identificación de pólipos; los hallazgos histológicos globales y acordes al grupo de edad de tamizaje se enlistan en la **Tabla 1**. Se hallaron 32 tumores (6,8%), de los cuales 27 se identificaron en el grupo de tamizaje de mayores de 50 años y cinco en el grupo de menor edad ($p = 0,062$), todos adenocarcinomas. La tasa de detección de los adenomas de los pacientes mayores de 50 años fue de 19,32% y de los pacientes con tamizaje de 45 a 49 años de 16,09%.

Conclusiones: No existen diferencias en los hallazgos de colonoscopia de tamizaje entre los pacientes mayores y menores de 50 años; es necesario realizar estudios multicéntricos para realizar una adecuada valoración de la efectividad de las nuevas estrategias de tamizaje en la población mexicana.

Financiamiento: No se dispuso de ningún financiamiento.

Lun172

FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS AL DESARROLLO DE LESIONES PRECURSORAS DE CÁNCER GÁSTRICO EN PACIENTES MEXICANOS

M. C. Alegría-Ovando, Y. M. Velasco-Santiago, M. Motola-Kuba, D. Murguía-Domínguez, F. Higuera-De la Tijera, Hospital General de México Dr. Eduardo Liceaga

Introducción: El cáncer gástrico (CG) constituye la primera neoplasia maligna del tracto digestivo. La gastritis atrófica y la metaplasia intestinal son alteraciones precursoras del cáncer gástrico. Además de la infección por *Helicobacter pylori* (HP), múltiples factores de riesgo se han relacionado con la progresión a CG; incidir en éstos, así como identificar y dar seguimiento a las lesiones premalignas, podrían ayudar a reducir la incidencia del CG.

Objetivo: Identificar los factores de riesgo vinculados con las lesiones precursoras de adenocarcinoma gástrico (atrofia, metaplasia intestinal, displasia) en pacientes que acuden a la consulta externa de gastroenterología en un hospital de tercer nivel.

Tabla 1. Histología de pólipos en colonoscopia de tamizaje. (Lun171)

Histología	Total n=470	Mayores 50 años	45-49 años	P
Pólipos hiperplásicos	25 (5.3%)	22 (4.68%)	3 (0.64%)	0.43
Polipos Hamartomatosos	1 (0.2%)	0 (0%)	1 (0.21%)	NC
Pólipos Serrados	5 (1.1%)	2 (0.43%)	3 (0.64%)	0.21
Pólipos inflamatorios	36 (7.7%)	29 (6.17%)	7 (1.49%)	0.07
Adenoma tubular	63 (13.4%)	56 (11.91%)	7 (1.49%)	0.06
Adenoma tubular con DAG	5 (1.1%)	5 (1.06%)	0 (0%)	NC
Adenoma tubulovelloso	8 (1.7%)	6 (1.28%)	2 (0.43%)	0.07
Adenoma tubulovelloso con DAG	1 (0.2%)	1 (0.21%)	0 (0%)	NC
Adenoma Velloso	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	--
Adenoma Velloso con DAG	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	--
Adenocarcinoma	5 (1.1%)	4 (0.85%)	1 (0.21%)	0.12

DAG: Displasia alto grado. NC: no comparable

Material y métodos: Estudio observacional, longitudinal y retrospectivo, de casos y controles, que incluyó a pacientes con dispepsia no investigada sometidos a endoscopia entre 2019 y 2023. Se llevó a cabo una búsqueda en los expedientes clínicos y se seleccionó de modo aleatorio una muestra de 101 pacientes. Se analizaron variables demográficas, clínicas e informes endoscópico e histopatológico, y los pacientes se parearon por edad y género en relación 2:1 o 3:1 (casos/controles). Las variables se resumieron mediante estadística descriptiva con medidas de tendencia central y dispersión. Se calcularon razones de momios e intervalos de confianza al 95%, con una p significativa $< 0,05$.

Resultados: Se incluyó a 101 pacientes, 70 (69,3%) de ellos mujeres y con una media de edad de 53 ± 15 años; se identificó consumo de alcohol en 18 (17,8%), tabaquismo en 23 (22,8%), consumo de AINE en 20 (19,8%) y antecedente familiar de cáncer gástrico en 4 (3,9%). Mediante endoscopia se reconoció en 31 (30,7%) pacientes gastropatía atrófica y en 11 (10,9%) metaplasia intestinal. Por histología se identificó en 25 (24,8%) pacientes gastritis atrófica, en 79 (78,2%) metaplasia intestinal, clasificada como completa en 57 (56,4%) e incompleta 22 (21,8%); no se hallaron casos de displasia. La infección por HP se confirmó mediante histología en 52 (51,5%) (Tabla 1). En el análisis de factores de riesgo, el consumo de alcohol ($p = 0,03$) y el tabaquismo ($p = 0,05$) se relacionaron con mayor riesgo de atrofia gástrica; los AINE, el antecedente familiar de cáncer gástrico y el HP no influyeron ($p = NS$). Para la metaplasia intestinal se relacionaron el alcohol ($p = 0,01$) y el tabaco ($p = 0,003$), pero los AINE, los antecedentes familiares de cáncer gástrico y *H. pylori* tampoco se relacionaron ($p = NS$).

Conclusiones: El riesgo de desarrollar CG es multifactorial. Este estudio demuestra que los factores como el consumo riesgoso de alcohol y tabaco tienen un alto potencial carcinogénico en poblaciones como la ésta, en la cual el riesgo de adenocarcinoma gástrico es bajo a intermedio. Las estrategias de prevención primaria, encaminadas a reducir los factores de riesgo y promover los factores protectores, conducirán a una disminución de la incidencia del CG.

Financiamiento: No se recibió financiamiento de ningún tipo.

Tabla 1. Características generales de pacientes con lesiones precursoras de cáncer gástrico. (Lun172)

Características	Resultados
Sexo: n (%)	
Masculino	31 (30,7%)
Femenino	70 (69,3%)
Edad:	
Media-años/DE	53 ± 15
Factores de riesgo vinculados, n (%)	
Consumo de alcohol	18 (17,8%)
Tabaquismo	23 (22,8%)
Consumo de AINE	20 (19,8%)
Antecedente familiar de cáncer gástrico	4 (3,9%)
Principales hallazgos endoscópicos, n (%)	
Gastropatía atrófica	31 (30,7%)
Metaplasia intestinal	11 (10,9%)
Principales hallazgos histopatológicos, n (%)	
Gastritis atrófica	25 (24,8%)
Metaplasia intestinal	79 (78,2%)
Completa	57 (56,4%)
Incompleta	22 (21,8%)
Identificación de <i>H. pylori</i> por histología, n (%)	52 (51,5%)

Lun173

INCIDENCIA Y CARACTERÍSTICAS HISTOLÓGICAS DE LESIONES PREMALIGNAS GÁSTRICAS EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL EN LA CIUDAD DE MÉXICO. MÉDICA SUR

A. Y. Ponce-Kuri, N. E. Aguilar-Olivos, F. Rojas-Mendoza, M. Figueroa-Palafox, L. Escobedo-Berumen, Hospital Médica Sur

Introducción: El adenocarcinoma gástrico es todavía una causa frecuente de muerte en el mundo. La gastritis atrófica (GA) y la metaplasia intestinal (MI) se consideran anomalías precancerosas porque confieren de forma independiente un riesgo para desarrollar cáncer gástrico. Estos padecimientos son efecto sobre todo de la infección por *H. pylori* y, menos a menudo, de la gastritis autoinmunitaria.

Objetivo: Identificar la incidencia y características histológicas de lesiones premalignas gástricas (LPG) en un hospital de tercer nivel en la Ciudad de México.

Material y métodos: Estudio observacional, transversal, retrospectivo y descriptivo, en el cual se recabaron todos los registros de histopatología de biopsias gástricas de panendoscopias del 2017 al 2020 que tuvieran lesiones premalignas gástricas en pacientes mayores de 18 años. Después se describieron la incidencia y las características histológicas. Se realizó estadística descriptiva con obtención de frecuencias, media, desviación estándar, y mínimo y máximo para variables cualitativas y cuantitativas.

Resultados: Se revisaron 6.609 biopsias, de las cuales se incluyó a un total de 579 pacientes con informe de LPG. La edad media fue de $58,6 \pm 15,5$, con predominio del sexo femenino con 56% (328). La principal causa para realizar la panendoscopia fue el dolor abdominal en el 48,7% (282). La incidencia de LPG fue del 8,7% y la LPG más común fue la atrofia en el antro con 71,2% (412) y la menos frecuente la metaplasia intestinal en cuerpo 8,5% (49). La displasia de bajo grado se presentó en el 0,5% (3) y sólo en el antro. La gastritis atrófica avanzada (considerada como cambios atróficos graves o metaplasia intestinal en antro y cuerpo, u OLGA/OLGIM III/IV) se presentó en el 5,1% (29). La infección por *H. pylori* se reconoció en el 80,3% (465) de todas las LPG.

Conclusiones: La incidencia de LPG en este estudio fue de 8,7% y la principal lesión premaligna fue atrofia en el antro en el 71,2%; el principal factor relacionado para el desarrollo de LPG fue la presencia de *H. pylori* en el 80,3%. El diagnóstico temprano y seguimiento de los pacientes con LPG son fundamentales para evitar el desarrollo de cáncer gástrico.

Financiamiento: No se realizó ningún tipo de financiamiento.

Lun175

USO DE INTELIGENCIA ARTIFICIAL EN TIEMPO REAL EN LA IDENTIFICACIÓN DE LESIONES PREMALIGNAS DURANTE COLONOSCOPIA EN EL SERVICIO DE ENDOSCOPIA GASTROINTESTINAL

C. Paredes-Amenábar, P. J. Montero-García, M. V. Murcia-Sandoval, E. Jacinto Morales-Mairena, D. Muñoz-Fuentes, R. Pérez-Cabeza de Vaca, J. C. Zavala-Castillo, Hospital General de México Dr. Eduardo Liceaga

Introducción: La inteligencia artificial (IA) ha probado ser un avance transformador en la endoscopia gastrointestinal, con un papel relevante para la detección de lesiones premalignas. En fecha reciente se ha introducido en México el sistema CAdE (DISCOVERY,

Pentax Medical) en la práctica local, que utiliza la inteligencia artificial denominada *Reactive Machine* y que emplea una base de datos establecida por un experto al momento de su producción y responde a estímulos específicos. Aunque los estudios preclínicos han demostrado una sensibilidad del 90% y una especificidad del 80% con el sistema CAdE, hasta la fecha éste no se ha evaluado de manera sistemática durante la colonoscopia en tiempo real.

Objetivo: Comparar la detección de lesiones premalignas en pacientes objeto de colonoscopia de manera convencional y con el uso de inteligencia artificial.

Material y métodos: Estudio observacional, transversal y retrospectivo. Variables analizadas: edad, género, preparación intestinal, tiempo de salida, tasa de detección de adenomas y colonoscopia con tecnología regular o con inteligencia artificial; comprendió el periodo del 14 de noviembre al 14 de diciembre del 2022. Se realizaron la prueba t de Student o ji cuadrada y la diferencia de proporciones tras considerar la significancia estadística como $p < 0,05$.

Resultados: Se incluyó a 190 pacientes en dos grupos, con tecnología regular (87) y con IA (103). En las colonoscopias no se identificó diferencia en la detección de adenomas, sólo un mayor número de pólipos < 5 mm en el grupo de IA, con significancia estadística.

Conclusiones: El uso de IA en la endoscopia no reveló una correlación estadísticamente significativa en la detección de adenomas. Se encontró una mejoría en la frecuencia de detección de pólipos < 5 mm en el grupo de IA, en comparación con la colonoscopia habitual, con significancia estadística.

Financiamiento: No se contó con ningún financiamiento.

Lun176

FACTORES ASOCIADOS A PRESENCIA DE ADENOMAS SERRADOS EN UNA POBLACIÓN AL NOROESTE DE MÉXICO EN PACIENTES SOMETIDOS A COLONOSCOPIA DE TAMIZAJE

R. C. Figueroa-Montaño, L. F. Ochoa-Meza, L. M. Moya-Haro, P. A. Alvarado-Garza, C. P. Jaén-Villanueva, A. González-Arredondo, J. M. Avendaño-Reyes, A. R. Flores-Rendón, Hospital ISSSTECALI Mexicali

Introducción: En los últimos años se ha demostrado una relación importante de los pólipos serrados con el cáncer colorrectal. La distinción de estas lesiones en comparación con los adenomas convencionales se basa en una mayor dificultad para su detección y un comportamiento natural de la enfermedad poco conocido, la vía serrada de carcinogénesis, de tal manera que la falta de detección de estas lesiones se relaciona con el cáncer de intervalo.

Objetivo: Analizar las variables vinculadas con lesiones serradas en pacientes sometidos a colonoscopia de tamizaje.

Material y métodos: Estudio multicéntrico prospectivo de cohorte, no aleatorizado y simple de pacientes sometidos a colonoscopia de tamizaje en el periodo comprendido entre el 8 de marzo y el 7 de julio del 2023, para una muestra de 211 pacientes. Los procedimientos se realizaron en dos centros de endoscopia de la ciudad de Mexicali, BC, con técnica estandarizada y equipos de alta definición Fujifilm 760R y ELUXEO 7000. Se recabaron variables sociodemográficas, antecedentes patológicos, preparación utilizada para limpieza intestinal y detección de lesiones premalignas como pólipos adenomatosos y serrados. Las variables estudiadas se muestran en media, mediana y desviación estándar. Se calcularon las medidas de tendencia central y se realizó un análisis de regresión logística univariado y multivariado con el programa IBM SPSS v21.

Resultados: Se analizó a 211 pacientes (127 mujeres, 60,2%; media de edad, $54,1 \pm 14,6$; índice de masa corporal, $28,4 \pm 5,01$) con antecedentes de hipertensión arterial sistémica (34,6%), obesidad (34,1%), diabetes mellitus de tipo 2 (16,1%), hipotiroidismo (10%), entre otros. Las preparaciones empleadas fueron polietilenglicol en dosis completa de 4 L (45,4%), polietilenglicol más ascorbato de sodio y ácido ascórbico en dosis dividida de 1 L (28,9%), polietilenglicol en dosis dividida de 4 L (25,5%). Se detectaron 37 casos con pólipos serrados (17,5%), de los cuales 78,3% tenía lesión única, 5,4% dos lesiones, 10,8% tres lesiones y 5,4% múltiples lesiones; las lesiones serradas se detectaron en un 86,5% en el colon derecho, 8,1% en el colon izquierdo y 5,4% en ambos. Las variables vinculadas con las lesiones serradas fueron hipertensión arterial sistémica (28,7% vs. 11,5%; OR = 3,07; IC95%, 1,48-6,37; $p = 0,002$), consumo de antihipertensivos (29,8% vs. 11,8%; OR = 3,17; IC95%, 1,53-6,58; $p = 0,002$) y antecedente de síndrome coronario agudo (60% vs. 16,5%; OR = 7,58; IC95%, 1,22-47,1; $p = 0,039$). Los pacientes con pólipos serrados tenían un IMC mayor ($29,7 \pm 6,5$ vs. $28,1 \pm 4,59$, $p < 0,001$).

Conclusiones: Las lesiones serradas se relacionan con componentes del síndrome metabólico, lo cual coincide con lo informado en la bibliografía mundial. Se necesitan más estudios en las diversas zonas de la República Mexicana, ya que la población del noroeste podría contar con factores ambientales semejantes a los de la población norteamericana y ello influir en los resultados.

Financiamiento: No se dispuso de financiamiento de ningún tipo.

Lun177

FACTORES ASOCIADOS A UNA PREPARACIÓN COLÓNICA ADECUADA: LA LIMPIEZA DEL COLON EN UN ESCENARIO DE LA VIDA REAL

L. F. Ochoa-Meza, L. M. Moya-Haro, P. A. Alvarado-Garza, R. C. Figueroa-Montaño, A. González-Arredondo, C. P. Jaén-Villanueva, J. M. Avendaño-Reyes, A. R. Flores-Rendón, Hospital ISSSTECALI Mexicali

Introducción: La preparación colónica es un requisito de calidad indispensable para asegurar el máximo rendimiento de la colonoscopia; numerosos factores se han relacionado con una adecuada preparación, entre ellos los antecedentes personales del paciente, consumo de fármacos, utilización de diversas preparaciones y el uso de adyuvantes de la colonoscopia.

Objetivo: Determinar las variables que en condiciones óptimas y en la vida real se relacionan con una preparación adecuada.

Material y métodos: Estudio multicéntrico prospectivo, aleatorizado y cegado en el que se estudió a 211 pacientes desde el 8 de marzo hasta el 7 de julio del 2023 sometidos a colonoscopia diagnóstica en la Unidad Regional de Endoscopia Avanzada GASTROMEDICAL y el Hospital ISSSTECALI Mexicali en la ciudad de Mexicali, Baja California. Los individuos fueron objeto de colonoscopia con tres preparaciones distintas; se utilizaron equipos de alta definición Fujifilm 760R y ELUXEO 7000 y se analizaron variables demográficas, antecedentes, calidad de la preparación, hallazgos endoscópicos y detección de pólipos. Las variables estudiadas se muestran en media, mediana y desviación estándar. Se calcularon las medidas de tendencia central y se realizó un análisis de regresión logística univariado y multivariado con el programa IBM SPSS v21.

Resultados: Se estudió a un total de 211 pacientes (127 mujeres, 60,2%; media de edad, $54,1 \pm 14,6$; índice de masa corporal, $28,4 \pm 5,01$), con antecedentes de hipertensión arterial sistémica (34,6%), obesidad (34,1%), diabetes mellitus de tipo 2 (16,1%), hipotiroidismo (10%), entre otros. Las preparaciones utilizadas fueron polieti-

lenglicol en dosis completa de 4 L (45,4%), polietilenglicol más ascorbato de sodio y ácido ascórbico en dosis dividida de 1 L (28,9%) y polietilenglicol en dosis dividida de 4 L (25,5%). La escala de Boston fue adecuada (Boston ≥ 7) en el 54,5% de los casos. La preparación apropiada se relacionó con menor edad ($51,8 \pm 16,08$ vs. $56,9 \pm 12,2$, $p = 0,002$). Las variables vinculadas con mala preparación fueron el sexo masculino (54,76% vs. 39,37%; OR = 0,536; IC95%, 0,307-0,937; $p = 0,02$), el hipotiroidismo (66,6% vs. 43,1%; OR = 0,308; IC95%, 0,147-0,983; $p = 0,034$) y los síntomas adversos durante el consumo de la preparación, como las flatulencias (84,6% vs. 42,9%; OR = 0,137; IC95%, 0,030-0,633; $p = 0,004$).

Conclusiones: Los pacientes jóvenes parecen tener una mejor preparación y esto podría relacionarse con otras variables no descritas. Al parecer, condiciones como el sexo masculino y trastornos como el hipotiroidismo y las flatulencias son variables que se acompañan de mala preparación y reflejan el posible pobre cumplimiento en el consumo de la preparación y probablemente trastornos motores vinculados con la enfermedad subyacente.

Financiamiento: No hubo financiamiento de ningún tipo.

Lun178

TOLERANCIA Y LIMPIEZA INTESTINAL CON UNA PREPARACIÓN ARTESANAL A BASE DE ASCORBATO DE SODIO: ESTUDIO COMPARATIVO CIEGO CON POLIETILENGLICOL EN DOSIS DIVIDIDA

L. F. Ochoa-Meza, L. M. Moye-Haro, R. C. Figueroa-Montaño, P. A. Alvarado-Garza, A. González-Arredondo, C. P. Jaén-Villanueva, J. M. Avendaño-Reyes, A. R. Flores-Rendón, Hospital ISSSTECALI Mexicali

Introducción: La preparación intestinal es el factor de calidad más importante al realizar una colonoscopia de tamizaje, puesto que se relaciona de modo directo con la canulación ileocecal y con una mayor tasa de detección de pólipos. Las preparaciones de alto volumen se vinculan con una menor tolerancia y bajas tasas de cumplimiento, por lo que debe considerarse el uso de otras opciones para asegurar el éxito del procedimiento.

Objetivo: Comparar la calidad de la limpieza intestinal y tolerancia del paciente por medio de dos regímenes de preparación intestinal de dosis simple: 105 g de polietilenglicol 3350 diluidos en 4 L de agua en dosis dividida o una preparación artesanal de baja volumen a base de polietilenglicol más ascorbato de sodio y ácido ascórbico diluidos en 1 L de agua en dosis dividida.

Material y métodos: Estudio multicéntrico prospectivo, aleatorizado y ciego simple en el que se estudió a 107 pacientes desde el 8 de marzo hasta el 7 de julio del 2023 sometidos a colonoscopia diagnóstica en la Unidad Regional de Endoscopia Avanzada GASTRO-MEDICAL y el Hospital ISSSTECALI Mexicali en la ciudad de Mexicali, Baja California; se utilizaron equipos de alta definición Fujifilm 760R y ELUXEO 7000. Se evaluaron diversos criterios de calidad de la colonoscopia y de preparación intestinal mediante la escala de Boston (*Boston bowel preparation scale*). Se graduó la incomodidad secundaria a la preparación con una escala tipo Likert. Las variables estudiadas se muestran en media, mediana y desviación estándar. Se calcularon las medidas de tendencia central y se realizó un análisis de regresión logística univariado y multivariado con el programa IBM SPSS v21.

Resultados: Se incluyó a un total de 107 pacientes (68 mujeres, 63,6%; media de edad, $55,1 \pm 14,1$; índice de masa corporal, $28,2 \pm 5,1$) con antecedentes de hipertensión arterial sistémica (37,4%), diabetes mellitus de tipo 2 (15,9%) e hipotiroidismo (9,3%), entre otros. De éstos, 55 pacientes utilizaron la preparación de polietilenglicol más ascorbato de sodio y ácido ascórbico, 1 L en dosis dividida, con la que se logró

alcanzar el ciego y canular la válvula ileocecal en el 100%, sin diferencia entre ambos grupos ($p = 0,486$). Los pacientes que ingirieron ascorbato de sodio y ácido ascórbico sufrieron efectos adversos como somnolencia (16,2% vs. 7,6%; OR = 4,891; IC95%, 1,004-23,834; $p = 0,033$) y sed (45,4% vs. 7,6%; OR = 10; IC95%, 3,167-31,576; $p \leq 0,001$). El grupo de la preparación con ascorbato de sodio y ácido ascórbico obtuvo una media en la escala de Boston de 7,42 contra 6,54 (73,6% vs. 55,7%; OR = 2,562; IC95%, 1,119-5,868; $p = 0,020$). Se calculó el número de detección de pólipos global por paciente ($2,49 \pm 2,9$ vs. $4 \pm 3,2$), sin diferencia entre ambos grupos ($p = 0,285$). La frecuencia con la que se identificaron pólipos adenomatosos ($p = 0,285$) y serrados ($p = 0,347$) fue similar en ambos grupos.

Conclusiones: El uso de una preparación de bajo volumen con ascorbato de sodio y ácido ascórbico genera mejores índices de preparación colónica. Se trata de una preparación bien tolerada con la cual los efectos adversos son mínimos y semejantes a los notificados en las publicaciones médicas. Es necesario un mayor número de pacientes para inferir conclusiones alrededor de la detección de lesiones premalignas y asimismo considerar los efectos que tendría sobre el costo.

Financiamiento: No se recibió financiamiento de ningún tipo.

Lun179

UTILIDAD DEL ULTRASONIDO GÁSTRICO PARA PREDECIR UNA CÁMARA GÁSTRICA VACÍA ANTES DE LA ENDOSCOPIA SUPERIOR

C. A. Téllez-Hinojosa, M. J. Sánchez-Otero, J. A. Martínez-Segura, H. J. Maldonado-Garza, Hospital Universitario Dr. José Eleuterio González

Introducción: La visualización clara de la superficie de la mucosa gastrointestinal es esencial para una endoscopia superior completa, debido a que puede disminuir la necesidad de realizar manipulaciones adicionales que consumen tiempo, como el lavado y la aspiración frecuentes. Además, un “estómago lleno” es un factor de riesgo importante para la aspiración bajo anestesia. El ultrasonido gástrico (USG) se ha posicionado como una herramienta para valorar de forma objetiva el contenido gástrico, ya que puede diferenciar un estómago vacío de uno que contiene líquido claro, líquido espeso o partículas sólidas con base en hallazgos cualitativos. La incidencia de un “estómago lleno” se ha notificado en 6,2% en pacientes sometidos a cirugía electiva bajo anestesia general.

Objetivo: Evaluar la sensibilidad, especificidad y valores predictivos de los hallazgos del USG con respecto al contenido gástrico al tomar como referencia los hallazgos endoscópicos.

Material y métodos: Se utilizó la fórmula de cálculo de muestra para pruebas diagnósticas. Para una significancia de 5% y poder de 95% es necesario un mínimo de 51 sujetos de estudio. La sensibilidad se tomó del 99% para detectar un estómago lleno según el artículo Krusselbrink *et al.* (2019). Se incluyó a pacientes mayores de 18 años de edad que acudían a una endoscopia superior al servicio de gastroenterología y que cumplieran con ayuno de dos horas para líquidos y seis horas para sólidos. En los 10 minutos anteriores a la endoscopia está previsto un ultrasonido gástrico con un transductor curvilíneo de baja frecuencia (2-6 Hz) con un ultrasonido Mindray, modelo Z6, y transductor convexo de baja frecuencia (50/60 Hz). Se realizará un escaneo en la posición supina y después en decúbito lateral derecho. El transductor se colocará en plano sagital en la región epigástrica para poder visualizar el antro gástrico en medio del lóbulo hepático izquierdo y el páncreas, al nivel de la aorta. Se medirá el área transversal del antro gástrico en ambas posiciones. Con una indicación clara previamente establecida en la consulta, la endoscopia se practicará de forma habitual; no se modificará ningún aspecto de su obtención. Se calculará la estadística

descriptiva que incluye la media y la desviación estándar (DE) para las variables continuas y las proporciones para los datos categóricos. Se efectuará un análisis de sensibilidad, especificidad y valores predictivos.

Resultados: Se incluyó a un total de 53 participantes, con edad promedio de 55 años; las mujeres fueron la mayoría (28) y representaron el 52,8%; 24,5% de los participantes tenía DM2 y el 98,1% cumplió el ayuno establecido. El ultrasonido gástrico tuvo una sensibilidad para predecir un estómago vacío del 97% y una especificidad del 88%; además, los valores predictivos positivos y negativos fueron de 97,7% y 88%, respectivamente (Tabla 1).

Conclusiones: Con este estudio se demostró que el ultrasonido gástrico es eficaz para predecir una cámara gástrica vacía antes de realizar una endoscopia. Se podría realizar en pacientes con sospecha de estómago no vacío, por ejemplo en aquéllos con un ayuno menor al establecido o con síntomas de obstrucción al vaciamiento gástrico; de ese modo se evitaría la suspensión del procedimiento y se reduciría el riesgo de aspiración.

Financiamiento: No se contó con financiamiento.

Tabla 1. Tabla de contingencia de cámara gástrica vacía con ultrasonido gástrico. (Lun179)

		Endoscopia		Total
		Cámara gástrica vacía	Cámara gástrica llena	
Ultrasonido gástrico	Cámara gástrica vacía	43	1	44
	Cámara gástrica llena	1	8	9
Total		44	9	53

Lun180

UTILIDAD CLÍNICA DEL ULTRASONIDO ENDOSCÓPICO EN EL ABORDAJE Y TRATAMIENTO DE PATOLOGÍAS GASTROINTESTINALES EN UN HOSPITAL REGIONAL. EXPERIENCIA DE CINCO AÑOS

A. Rodríguez-Guajardo, J. R. Espinoza-Acuña, M. S. Cuevas-Maldonado, E. G. Salgado-Parra, I. Garduño-Hernández, Hospital Regional Lic. Adolfo López Mateos, ISSSTE

Introducción: El ultrasonido endoscópico (USE) es un procedimiento seguro utilizado para el diagnóstico, la estadificación y el tratamiento de múltiples enfermedades del tracto gastrointestinal y órganos contiguos. En la actualidad se cuenta con tres tipos de ultrasonido endoscópico: radial, lineal y de minisondas. Durante el procedimiento pueden efectuarse la toma de biopsias con aguja fina (USE-BAAF), la aspiración con aguja fina (USE-AAF) o el drenaje guiado por USE. Algunas de las aplicaciones del USE son la estadificación neoplásica, la obtención de biopsias, el drenaje de colecciones peripancreáticas y perigástricas, la exploración ecoendoscópica de vías biliares, y el drenaje de la vesícula biliar o la vía biliar, entre otras más. Debido a que no existe un registro de la utilidad del USE en el hospital, se decidió conducir este estudio.

Objetivo: Describir la utilidad diagnóstica o terapéutica del ultrasonido endoscópico en el servicio de endoscopia del Hospital Regional Lic. Adolfo López Mateos

Material y métodos: Se trata de un estudio clínico, descriptivo, retrospectivo y transversal realizado en el Hospital Regional Lic. Adolfo López Mateos, en el periodo comprendido entre el 1 de julio del 2016 y el 31 de diciembre del 2021. Como criterio de inclusión se consideró a todos los pacientes registrados en la bitácora de

procedimientos de USE. No se incluyó a aquéllos con registro de bitácora o expediente incompletos. Las variables analizadas fueron edad, sexo, diagnóstico de USE, tipo de procedimiento endoscópico, toma de biopsia, sitio de biopsia, tipo de aguja utilizada e informe histopatológico. Análisis estadístico: los resultados se analizaron con medidas de tendencia central para la obtención de porcentajes, media y promedio.

Resultados: Se incluyó a un total de 291 pacientes (n = 291); el grupo con mayor número de procedimientos fue el de los mayores de 61 años (55%; n = 161) y el de menor frecuencia el de 19 a 40 años (5,2%; n = 15). Distribución por sexo: femenino en 51,5% (n = 150) y masculino en 48,5% (n = 141). De los hallazgos patológicos más relevantes, los más frecuentes fueron tumoración pancreática (13%, n = 38), tumoración gástrica (9%; n = 28), lesión subepitelial (6%; n = 19) y coledocolitiasis (6%; n = 19) (Fig. 1). Se practicó un total de 270 (93%) procedimientos diagnósticos y 21 (7%) terapéuticos. Los procedimientos terapéuticos se vincularon con enfermedad pancreática. Hasta 30% (n = 88) se sometió a biopsia con USE-AAF y el órgano sometido a más biopsias fue el páncreas, seguido del hígado. La aguja más empleada fue la 19 G (68%; n = 60). Por último, la efectividad diagnóstica de la coledocolitiasis por USE fue de 87%.

Conclusiones: Hoy en día, la utilidad del USE es muy diversa en todo el sistema gastrointestinal, sea con un enfoque diagnóstico o terapéutico. Se ha identificado una mayor utilidad cuanto mayor es la edad, sin un predominio absoluto del sexo; el mayor de los diagnósticos fue un estudio sin alteraciones, que puede explicarse por la mala indicación del ultrasonido de los servicios que lo solicitan sin revelar anomalía alguna; el segundo diagnóstico fue la tumoración pancreática seguida de la gástrica, por lo que el efecto en los diagnósticos oncológicos continúa en aumento. Son pocos los procedimientos terapéuticos practicados; es necesario dar a conocer la utilidad endoscópica terapéutica para mejorar su aplicación en el medio hospitalario por los demás servicios. Se encuentra una gran efectividad diagnóstica de la coledocolitiasis por USE.

Financiamiento: No se recibió financiamiento de ningún tipo.

Lun181

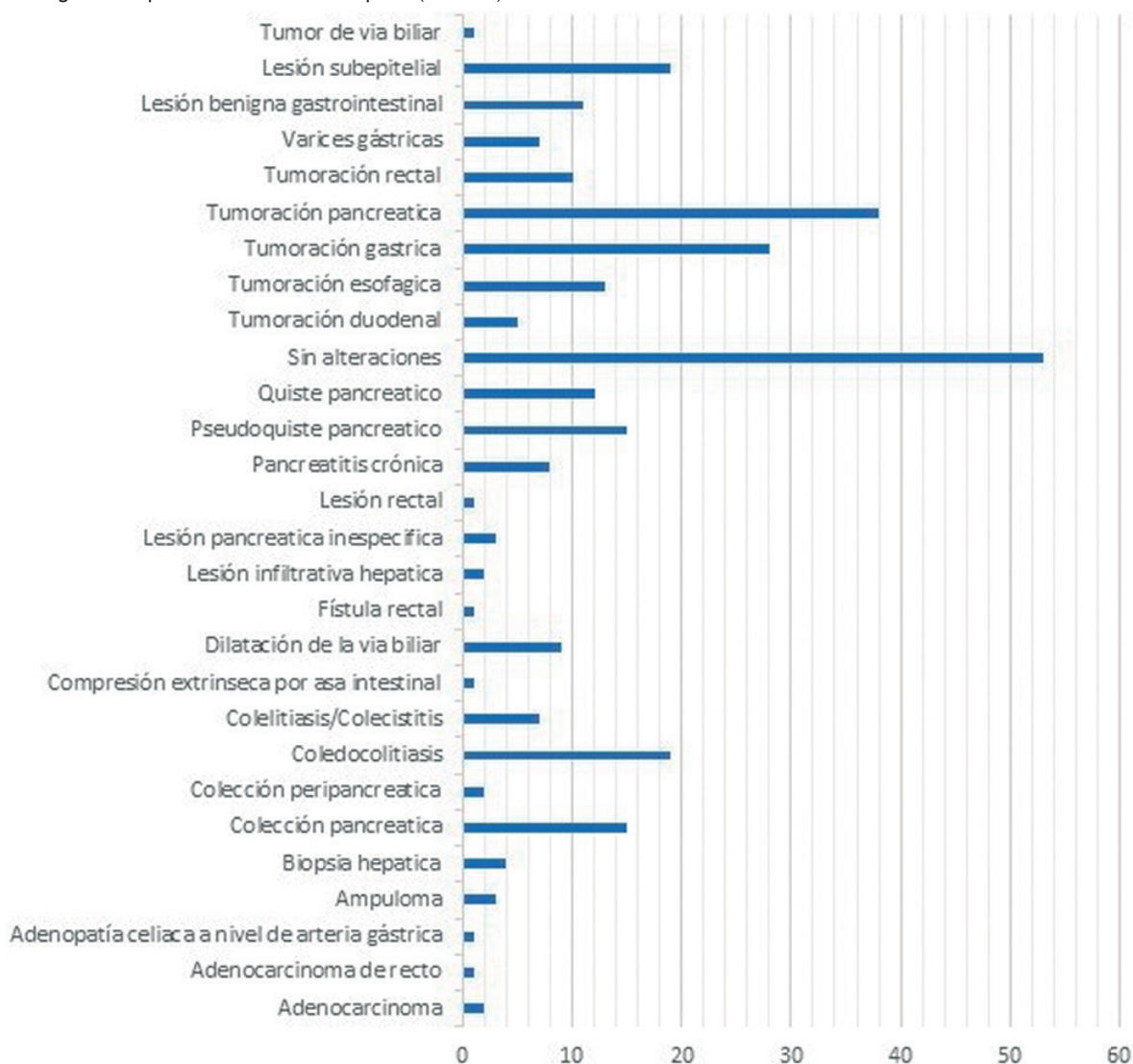
DUODENITIS COMO MANIFESTACIÓN DE DISPEPSIA EN PACIENTES CON INFECCIÓN POR *HELICOBACTER PYLORI*

F. Sánchez-Salinas, J. Cerna-Cardona, S. M. I. Mejía-Loza, E. I. Juárez-Valdés, C. A. Hernández-Cuevas, Hospital Juárez de México

Introducción: La dispepsia relacionada con *Helicobacter pylori* es una de las principales causas de consulta y al menos el 80% de la población ha manifestado estos síntomas. Dentro de la fisiopatología se conoce que intervienen factores del hospedador y ambientales, lo que representa un alto tropismo por la mucosa gástrica, razón por la cual los métodos diagnósticos endoscópicos e histopatológicos se localizan a nivel del estómago; la endoscopia con toma de biopsia es la norma de referencia para el diagnóstico, estadificación y exclusión de otras entidades adjuntas. Entre los hallazgos endoscópicos se han identificado alteraciones duodenales vinculadas con citocinas inflamatorias, anomalías de la motilidad y hormonas intestinales. Estos hallazgos duodenales se han estudiado poco en relación con la infección por *Helicobacter pylori* en la dispepsia y se desconoce si existe alguna relación con los síntomas y el resultado del tratamiento de erradicación en estos pacientes.

Objetivo: Determinar las características endoscópicas e histopatológicas en el duodeno en los pacientes con dispepsia no investigada con infección por *Helicobacter pylori*.

Figura 1. Diagnósticos por ultrasonido endoscópico. (Lun180)

Tabla 1. Hallazgos endoscópicos e histopatológicos en pacientes con dispepsia no investigada y con infección por *Helicobacter pylori*. (Lun181)

Endoscopia	<i>Helicobacter pylori</i>											
	Biopsia, protocolo de Sidney							Biopsia duodenal				
	GC	GF	GR	S/A o M	MI	MC	Atrofia	DCL	DCM	DCI	AV	Eos
Normal (n = 7)	6	1	x	7	x	x	X	7	x	x	X	0-8 (3,6)
Gastropatía crónica (n = 47)	27	20	X	36	7	2	2	27	18	2	12	0-45 (12,46)
Gastropatía reactiva (n = 1)	1	x	X	X	x	1	x	1	x	X	X	3
Gastropatía aguda (n = 4)	2	2	X	2	1	X	1	3	1	X	x	15
Gastropatía nodular (n = 8)	3	5	X	6	X	1	1	7	1	x	3	3-13 (3,5)
Gastropatía atrófica (n = 4)	1	3	X	1	X	1	2	2	X	2	2	5-14 (10,3)
Úlcera Sakita (n = 1)	1	X	X	X	1	X	X	1	x	X	x	X
Úlcera duodenal (n = 2)	1	1	X	2	X	x	X	1	1	x	X	x
Esofagitis (n = 3)	1	2	X	3	x	x	X	1	2	x	1	x
Total	43	34	X	57	9	4	6	50	23	4	18	-

GC, gastropatía crónica; GF, gastropatía folicular; GR, gastropatía reactiva; S/A o M, sin atrofia o metaplasia; MI, metaplasia incompleta; MC, metaplasia completa; DCL, duodenitis crónica leve; DCM, duodenitis crónica moderada; DCI, duodenitis crónica intensa; AV atrofia de vellosidades; Eos, eosinófilos.

Material y métodos: Estudio prospectivo, observacional y transversal realizado en el servicio de gastroenterología del Hospital Juárez de México en el periodo de septiembre de 2022 a mayo de 2023 sometidos a una endoscopia superior por diagnóstico de dispepsia no investigada, con solicitud de biopsia de acuerdo con el protocolo de Sidney (dos biopsias en la primera y cuatro en la segunda, porción duodenal).

Resultados: Se recolectó una muestra de 76 pacientes (Tabla 1): hombres con 40% (n = 31) y mujeres con 60% (n = 45), y edad promedio de 50 años en ambos grupos; el estudio endoscópico reveló datos de alarma en 57% (n = 40) y apariencia normal en 43% (n = 36). Los hallazgos endoscópicos de gastropatía representaron un 84% (n = 64) en comparación con los que no tenían hallazgos endoscópicos de gastropatía con 16% (n = 12); dentro de éstos, a nivel histológico, en 75% (n = 57) no se reconocieron signos de atrofia o metaplasia. Por otra parte, la endoscopia no identificó hallazgos en el duodeno, pero el estudio histológico reveló en todas las muestras duodenitis crónica (100%; n = 76), la más frecuente de las cuales fue la crónica leve con un 36% (n = 27); en cuanto a los eosinófilos, se registraron en 18% (n = 14; 7,92 como media de conteo por campo de gran aumento) y 23% (n = 18) mostró atrofia de vellosidades.

Conclusiones: En esta población estudiada, todos los pacientes con infección por *Helicobacter pylori* tuvieron duodenitis en el plano histológico, por lo que se trata de un hallazgo que debe investigarse y determinar si tiene alguna implicación en los síntomas y resultado del tratamiento de erradicación.

Financiamiento: Este trabajo no recibió patrocinio.

Lun182

UTILIDAD DIAGNÓSTICA DE LA CROMOENDOSCOPIA DIGITAL I-SCAN EN ENDOSCOPIA SUPERIOR PARA LA INFECCIÓN POR *HELICOBACTER PYLORI* Y SU CORRELACIÓN INTEROBSERVADOR

E. J. Morales-Mairena, A. D. Santana-Vargas, A. Enríquez-Constantino, N. V. Medina-Shiguematsu, O. J. Montoya-Montoya, M. I. Torres-Ruiz, D. Muñoz-Fuente, J. C. Silis-Cravioto, J. C. Zavala-Castillo, P. Domínguez-Cardoso, Hospital General de México Dr. Eduardo Liceaga

Introducción: La erradicación de *Helicobacter pylori* (HP) y el diagnóstico temprano de lesiones premalignas son un paso clave en la prevención de cáncer gástrico; por lo tanto, la identificación endoscópica en tiempo real de HP podría mejorar en grado significativo su tratamiento de manera oportuna. Con los avances actuales, las mejoras en la cromoendoscopia digital y su amplia disponibilidad se reducirá la necesidad de realizar biopsias en una mucosa gástrica normal o negativa para HP. Se han relacionado diferentes características en la mucosa gástrica observadas de forma endoscópica con la presencia o ausencia de infección por HP, entre ellas el patrón nodular de la mucosa, el eritema difuso y la disposición regular de vénulas recolectoras (RAC).

Objetivo: Evaluar la utilidad de la identificación de ciertos hallazgos endoscópicos como el patrón nodular, el eritema difuso y la RAC mediante endoscopia digital (I-Scan) para el diagnóstico de infección por *Helicobacter pylori* y la concordancia interobservador.

Material y métodos: Se realizó un estudio prospectivo, transversal, comparativo y analítico en la cual se incluyó a pacientes con diagnóstico de dispepsia y enfermedad por reflujo gastroesofágico. Éstos, previo consentimiento informado, se sometieron a endoscopia superior con toma de biopsias de acuerdo con el protocolo de Sidney. Las muestras se fijaron en formalina y se tiñeron con hematoxilina-eosina. La tinción inmunohistoquímica

(IHC) se llevó a cabo de manera sistemática en caso de detección histológica regular negativa para *H. pylori*. Se usaron 15 imágenes de curvatura menor, curvatura mayor, fondo, antro e incisura angulares con aplicación de cromoendoscopia digital (I-Scan I) para valorar las características, como patrón nodular, eritema difuso y RAC. Tres endoscopistas expertos y tres endoscopistas en entrenamiento en su primer año (con al menos 300 estudios endoscópicos) evaluaron más de 3.000 procedimientos y se realizó estadística descriptiva e inferencial. Su análisis se realizó en SPSS versión 27. Las variables cuantitativas se presentan como media y desviación estándar y las cualitativas como proporción; para evaluar la concordancia interobservador se usó la prueba kappa. Los valores de kappa < 0,4 indican una mala concordancia, los valores de 0,2 a 0,4 escasa concordancia, los de 0,4 a 0,6 moderada concordancia, los valores de 0,6 a 0,8 muy buena concordancia y los valores > 0,8 excelente concordancia.

Resultados: Se incluyó a un total de 92 paciente, 75% de los cuales correspondió al sexo femenino y 25% al masculino; la edad media de los pacientes fue de 51 ± 13 años y el tiempo mínimo de estudio medio de 12 min ± 6 min. Se diagnosticó a un total de 35 paciente con *H. pylori* positivo. Los valores de kappa para los acuerdos interobservador en endoscopistas expertos fue de 0,838 y con valor predictivo positivo (VPP) de 90,4% con 92,39% de concordancia; los endoscopistas en entrenamiento registraron un valor un kappa de 0,730 muy bueno y con valor predictivo positivo el 83,5% con 86,95% de concordancia, respectivamente (Tabla 1).

Conclusiones: El diagnóstico endoscópico de *H. pylori* mediante cromoendoscopia digital I-Scan permite evaluar el patrón nodular, el eritema difuso y la RAC de manera satisfactoria, con una excelente correlación interobservador, de tal modo que es posible identificar en tiempo real la infección por *H. pylori* en la práctica médica diaria.

Financiamiento: No se recibió ningún financiamiento.

Lun183

CARACTERIZACIÓN DE HALLAZGOS ENDOSCÓPICOS E HISTOPATOLÓGICOS EN PACIENTES CON DISPEPSIA Y OBESIDAD

I. E. Bravo-Espinoza, J. C. Zavala-Castillo, J. A. Romero-Lozania, P. M. Alegria-Acuña, C. D. Arteaga-González, D. Ruiz-Reyes, R. Herrera-Gallo, C. A. Campoverde-Espinoza, R. Y. López-Pérez, Hospital General de México Dr. Eduardo Liceaga

Introducción: La dispepsia es un trastorno gastrointestinal que se presenta con elevada frecuencia en la población general y se ha relacionado con diversos factores de riesgo, incluida la obesidad. En la última década, la prevalencia de la obesidad se ha triplicado en el mundo y México se encuentra entre los primeros países con mayor índice de obesidad. Esta alteración se reconoce como un trastorno inflamatorio crónico que genera problemas gastrointestinales.

Objetivo: Analizar la relación de sobrepeso y obesidad con los subtipos de dispepsia y factores de riesgo relacionados y conocer las características endoscópicas e histopatológicas de este grupo de pacientes.

Material y métodos: Estudio descriptivo, transversal, relacional y analítico. Se incluyó a pacientes referidos a estudio de endoscopia por dispepsia no investigada, con índice de masa corporal (IMC) normal y en límites de sobrepeso/obesidad. Se registraron las características clínicas, demográficas y antropométricas. Se tomaron biopsias de acuerdo con el protocolo de Sidney. Las variables categóricas se describieron como frecuencia y porcentajes y las continuas como medidas de tendencia central. Se realizó la comparación

Tabla 1. Diagnóstico de HP por endoscopistas expertos y en entrenamiento en relación con las biopsias. (Lun182)

Diagnóstico de HP por expertos y en entrenamiento para las biopsias			Resultado <i>H. Pylori</i> SI		Total	
			Negativo	Positivo		
Experto	RV	Negativo	Recuento	161	11	172
			% del total	58,3%	4,0%	62,3%
		Positivo	Recuento	10	94	104
			% del total	3,6%	34,1%	37,7%
	Total		Recuento	171	105	276
			% del total	62,0%	38,0%	100,0%
En entrenamiento	RV	Negativo	Recuento	154	18	172
			% del total	55,8%	6,5%	62,3%
		Positivo	Recuento	17	87	104
			% del total	6,2%	31,5%	37,7%
	Total		Recuento	171	105	276
			% del total	62,0%	38,0%	100,0%
Grupo		Valor	Error estándar asintótico ^a	T aproximada	Significación aproximada	
Experto	Medida de acuerdo kappa	0,838	0,034	13,927	0,000	
En entrenamiento	Medida de acuerdo kappa	0,730	0,042	12,136	0,000	

con ji cuadrada o exacta de Pearson. Para el análisis se utilizó el programa estadístico SPSS versión 26.0 y se consideró significancia estadística un valor de $p \leq 0,05$.

Resultados: Se estudió a 78 pacientes, 85,9% de los cuales correspondió a mujeres, con edad de $53,2 \pm 15$ años. El síntoma predominante fue el dolor epigástrico con 74,4%, seguido por plenitud posprandial

con 14,1%. Los subtipos de dispepsia se clasificaron como dolor epigástrico (73,4%) e incomodidad posprandial (25,3%). No se identificaron diferencias entre los subtipos de dispepsia. El 41% consumía alcohol y 28,2% tabaco. Se registró un IMC normal en 35 pacientes y sobrepeso/obesidad en 43 pacientes. La mayor incidencia de obesidad/sobrepeso se informó en el sexo femenino ($p = 0,02$). Al realizar la comparación de factores de riesgo se advirtió que los pacientes con sobrepeso/obesidad tenían mayor frecuencia de consumo de alcohol ($p = 0,028$) y cirrosis hepática ($p = 0,022$). En la **Tabla 1** se describen los hallazgos endoscópicos e histopatológicos. En el subgrupo de pacientes con sobrepeso/obesidad se encontró una frecuencia mayor de alteraciones endoscópicas en comparación con los pacientes con IMC normal ($p = 0,04$; OR = 1,2; IC, 0,335-4,78). No se reconocieron diferencias estadísticamente significativas entre los hallazgos endoscópicos específicos. Los informes histológicos muestran mayores alteraciones en los pacientes del grupo de IMC elevado ($p = 0,022$).

Conclusiones: La frecuencia de alteraciones endoscópicas es mayor en pacientes con IMC elevado, sin nexo con un patrón histológico específico. No existen diferencias entre los subtipos de dispepsia en los grupos estudiados.

Financiamiento: No se dispuso de financiamiento de ningún tipo.

Tabla 1. Hallazgos endoscópicos e histopatológicos en pacientes con dispepsia. (Lun183)

	n (%)
Gastropatía atrófica	28 (35,9)
Metaplasia intestinal	2 (2,6)
Hipertrofia gástrica	0 (0)
Gastropatía nodular	6 (7,7)
Gastropatía edematosa	21 (26,9)
Gastropatía hemorrágica	10 (12,8)
Eritema difuso	20 (25,6)
Hernia hiatal	21 (26,9)
Otros	3 (3,8)
Hallazgo histopatológico	n (%)
Gastritis aguda	15 (19,2)
Gastritis crónica	54 (69,2)
Infección por <i>Helicobacter pylori</i>	27 (34,6)
Metaplasia intestinal	13 (16,7)
Displasia	1 (1,3)
Atrofia	3 (3,8)
Gastropatía crónica reactiva	36 (46,2)

Lun184

RELACIÓN DE HALLAZGOS ENDOSCÓPICOS Y PARÁMETROS BIOQUÍMICOS EN PACIENTES QUE SE SOMETEN A TAMIZAJE DE HIPERTENSIÓN PORTAL

P. F. Domínguez-Cardoso, B. A. Enríquez-Constantino, O. J. Montoya-Montoya, A. J. García-Cortés, R. Hernández-Cardoza, R. R. Sánchez-Rosado, J. C. Zabala-Castillo, F. Higuera-De la Tijera, J. Colín-Garnica, Hospital General de México Dr. Eduardo Liceaga

Introducción: Las várices esofágicas son una complicación importante de la hipertensión portal y poseen una morbilidad y mortalidad significativas. Los criterios de Baveno VII establecen que los pacientes con una medición de rigidez hepática (LSM) < 20 kPa por elastografía transitoria (ET) y un recuento de plaquetas > 150.000 pueden evitar la detección endoscópica para várices de alto riesgo (VAR). Algunos estudios han identificado alternativas a los criterios bien validados de Baveno VII para la detección de hipertensión portal en pacientes con cirrosis compensada sin necesidad de ET. Los componentes son albúmina sérica, bilirrubina sérica, recuento de plaquetas y puntuación MELD; éstas son pruebas regulares de laboratorio fácilmente disponibles y se realizan de forma sistemática en la práctica clínica.

Los pacientes con rigidez hepática baja (< 20 kPa) y conteo de plaquetas normal (> 150.000) tienen un menor riesgo de várices y sangrado, en comparación con aquéllos con rigidez hepática alta (> 20 kPa) o recuento bajo de plaquetas (> 150.000) (OR = 0,23; IC95%, 0,17-0,32; $p < 0,001$) que corresponde a una reducción de 4,3 veces el riesgo de várices (OR = 0,22; IC95%, 0,13-0,39; $p < 0,001$) y una reducción del riesgo de sangrado de 4,5 veces, respectivamente.

Objetivo: Determinar la utilidad de parámetros bioquímicos como herramientas no invasivas para predecir datos de hipertensión portal de alto riesgo entre pacientes mexicanos con cirrosis compensada.

Material y métodos: Estudio analítico, transversal, observacional y retrospectivo, que incluyó a 122 pacientes con diagnóstico de cirrosis sometidos a endoscopia de tamizaje que evaluó datos de hipertensión portal de alto riesgo, como várices por el riesgo elevado de sangrado de éstas; se empleó el equipo Pentax EG2910. Se registraron los parámetros bioquímicos de estos pacientes con la finalidad de detectar datos de hipertensión portal de alto riesgo de sangrado y compararlos con los hallazgos endoscópicos. Para el análisis se utilizó el programa SPSS versión 26 y se usaron medidas de tendencia central y proporción para el análisis descriptivo y la prueba ji cuadrada para el análisis inferencia, con un valor de significancia de $p < 0,05$.

Resultados: Se encontró que la edad promedio era de 57 años, con 59% que correspondió a mujeres. Se documentaron várices grandes de Baveno en 43 pacientes (35,2%), várices pequeñas de Baveno en 48 (39,4%) y en 31 (25,4%) no se identificaron hallazgos de hipertensión portal. Se documentaron gastropatía portal leve de McCormack en 44 pacientes (36%), gastropatía portal grave en 33 (27%) y ectasias vasculares antrales en 20 (16,4%). Se realizó un análisis estadístico mediante ji cuadrada; un valor < 114.000/mcL plaquetas ($p = 0,018$) y un punto de corte de bilirrubina total > 1,7 mg/dL ($p = 0,016$) fueron estadísticamente significativos para diferenciar los grupos de tamizaje, sin hallazgos de hipertensión portal y desarrollo de várices de alto riesgo.

Conclusiones: Ante las nuevas directrices establecidas por Baveno VII sobre los parámetros de la elastografía de transición y el conteo plaquetario, con objeto de prescindir del estudio endoscópico de detección, y dado que el primero no está disponible en la mayoría de los centros de atención de salud, es útil establecer parámetros ampliamente disponibles y al alcance de cualquier personal de salud, en especial para los enfermos que requieren procedimientos terapéuticos endoscópicos.

Financiamiento: No se dispuso de ningún financiamiento.

Lun185

EFECTO EN LA CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON LA SALUD EN PACIENTES CIRRÓTICOS SOMETIDOS A TRATAMIENTO ENDOSCÓPICO DE LIGADURA VARICEAL

B. A. Enríquez-Constantino, J. C. Zavala-Castillo, E. J. Morales-Maierena, P. F. Domínguez-Cardoso, O. J. Montoya-Montoya, E. A. Jiménez-Leyte, Hospital General de México Dr. Eduardo Liceaga

Introducción: Entre las medidas para tratar las várices esofágicas se incluye el tratamiento endoscópico con empleo de ligadura de várices (EVL). Éste es un método eficaz pero no carente de complicaciones; por ejemplo, se han informado mayor morbimortalidad como la hemorragia por úlceras esofágicas, el dolor torácico y la disfagia. Las recomendaciones posteriores a la ligadura incluyen modificaciones de dieta, reposo y signos de alarma. No existen informes sobre su validez como métodos con efecto positivo en la mejoría de los síntomas y su efecto en la calidad de vida.

Objetivo: Comparar los cambios en la calidad de vida del paciente sometido a ligadura variceal antes del tratamiento endoscópico y luego de la primera semana del tratamiento con EVL; un objetivo secundario fue describir las medidas generales recomendadas y utilizadas por los pacientes para mejorar los síntomas.

Material y métodos: Es un estudio longitudinal que incluyó a 41 pacientes adultos sometidos a EVL, al margen del número de sesiones en su historial clínico; la calidad de vida (OHRQoL) se evaluó en dos momentos, antes del procedimiento endoscópico (V1) y una semana después del tratamiento (V2), inscritos por teléfono o en persona y con uso del instrumento Euroqol-5D (EQ-5D). Todos los pacientes completaron una historia clínica y notificación de síntomas, medidas utilizadas para atenuar sus síntomas y las recomendadas por un médico. Se empleó la prueba de normalidad de Kolmogorov-Smirnov para determinar la distribución normal y la de Wilcoxon para comparar los cambios en OHRQoL entre los dos puntos de tiempo. El 77% correspondió a mujeres, 71% refirió dos o más sesiones de EVL, 88% reveló hallazgos endoscópicos de várices grandes de Baveno, 36% sufrió hemorragia aguda y 67% tuvo tres a seis ligas en la última sesión. Los síntomas señalados con frecuencia fueron disfagia (82%), dolor retroesternal (79%), tos (44%), hipo (39%) y percepción de "sabor a sangre" (28%); el promedio de duración de los síntomas en su máxima incapacidad fue de cinco días. Se observó un aumento significativo de la puntuación de movilidad y actividades habituales (V2 = 0,004 vs. V1 = 0,039). También se registró mayor puntuación de dolor en V2 (0,016) y la ansiedad decreció ($p = 0,015$); los pacientes refirieron seguridad sobre su enfermedad, al ser tratados "con intervención médica". Los que recibieron recomendación dietética basada en papillas experimentaron mejora significativa en la puntuación de dolor en comparación con aquellos que desconocían esta medida o no lo recordaban (diferencia media, 0,042; IC95%, 0,03-0,081). Otras medidas con efecto positivo fueron el consumo de analgésicos, IBP, antiácidos en gel y consumo de alimentos fríos o en *frappé*.

Discusión: Una evaluación de la calidad de vida genérica y específica en este grupo de pacientes es importante; el principal hallazgo de este estudio es que los participantes que recibieron una adecuada información dietética experimentaron una mejora significativa en el índice de calidad de vida. Sin embargo, no hay estudios publicados en este grupo de población para emitir recomendaciones con evidencia sólida sobre los efectos de la intervención sólo con base en la dieta o bien medidas farmacológicas diferentes de las empleadas para la afección crónica.

Conclusiones: Aunque los mecanismos de los efectos beneficiosos observados de la intervención dietética u otras medidas adaptadas por los pacientes no son claros, la investigación sugiere que las intervenciones de cambio de comportamiento relacionadas con la posible mejoría de síntomas pueden promover una mejora en la calidad de vida y por tanto un mejor apego al tratamiento y disminución de complicaciones.

Financiamiento: No se contó con financiamiento.

Lun186

RELACIÓN DE HALLAZGOS ENDOSCÓPICOS Y ESTADIO CLÍNICO EN PACIENTES CON COLANGITIS BILIAR PRIMARIA

P. F. Domínguez-Cardoso, R. Y. López-Pérez, J. C. Zabala-Castillo, F. Higuera-De la Tijera, V. Ladrón-de Guevara, Hospital general de México Dr. Eduardo Liceaga

Introducción: El estadio clínico de pacientes con enfermedad hepática crónica (EHC) se mide por el estadio de Child-Pugh (A, B y C). La cirrosis biliar primaria (CBP) es una enfermedad colestásica autoinmunitaria y una de las principales causas de EHC. Los valores de rigidez hepática por elastografía transitoria con valores > 10,7 Kpa determinan fibrosis significativa y con ésta el desarrollo de hipertensión portal. Los hallazgos endoscópicos indicativos de enfermedad hepática crónica más notificados son las várices esofágicas, la gastropatía y la duodenopatía portal.

El desarrollo de fibrosis avanzada determinada por elastografía de transición y los parámetros bioquímicos sugieren realizar endoscopia en pacientes con enfermedad hepática crónica; sin embargo, en pacientes con CBP puede existir un componente presinusoidal que lleva al desarrollo de hipertensión portal en ausencia de cirrosis, por lo que son posibles hallazgos endoscópicos de hipertensión portal antes del diagnóstico clínico o bioquímico de cirrosis.

Objetivo: Conocer los hallazgos endoscópicos más frecuentes en pacientes con colangitis biliar primaria en el servicio de endoscopia del Hospital General de México.

Material y métodos: Se realizó un protocolo prolectivo, descriptivo, comparativo y transversal, que estudió a los pacientes con colangitis biliar primaria; se incluyó a 122 pacientes con diagnóstico de cirrosis a los que se sometió a endoscopia de tamizaje para valorar datos de hipertensión portal con el equipo Pentax EG2910; para el análisis se utilizaron medidas de tendencia central.

Resultados: Se inscribió a 25 pacientes con colangitis biliar primaria, de los cuales 24 fueron mujeres (96%) y 1 hombre (4%); la edad de presentación de la colangitis biliar primaria fue de 50 a 70 años. De estos pacientes valorados mediante diversos parámetros clínicos y bioquímicos, de los cuales el estadio de Child-Pugh es uno de los más utilizados, 16 pacientes (68%) satisfacían criterios para enfermedad hepática crónica en cualquiera de sus estadios, 50% en estadio A y 50% en estadio B. La totalidad de la muestra de estudio fue objeto de elastografía de transición que documentó un grado de fibrosis significativa F3-F4 en el 92%. Los sujetos con desarrollo de várices o hallazgos de hipertensión portal, que no cumplían criterios clínicos o bioquímicos para enfermedad hepática crónica, representaban el 32% de la muestra. El 10% de los pacientes con colangitis biliar primaria no tenía hallazgos de hipertensión portal por estudio de endoscopia. Los hallazgos más frecuentes por estudio de endoscopia fueron várices pequeñas de Baveno en 44%, várices grandes de Baveno en 36%, gastropatía hipertensiva portal leve en 44%, gastropatía portal grave en 12% y várices gástricas en 12%.

Conclusiones: Las características demográficas y clínicas son semejantes a las descritas en la bibliografía médica, como son el predominio en la población femenina, el inicio en la quinta a séptima décadas de la vida y su relación notable con AMA como sello característico de la enfermedad. Lo llamativo de esta corte de estudio es la gran vinculación con fibrosis significativa y por tanto el desarrollo de hipertensión portal clínicamente significativa que produce afectación portal gastrointestinal. Al desarrollo de hipertensión portal en la colangitis biliar primaria puede precederlo la aparición de enfermedad hepática crónica, ya que ésta tiene un componente presinusoidal, por lo que los pacientes pueden tener hallazgos gastrointestinales de

hipertensión portal antes de su inicio con cirrosis y los hallazgos endoscópicos más prevalentes son várices esofagogástricas y gastropatía portal.

Financiamiento: No se recibió financiamiento.

Lun187

AISLAMIENTOS BACTERIANOS, SUSCEPTIBILIDAD Y RESISTENCIA ANTIMICROBIANA EN PACIENTES CON COLANGITIS AGUDA EN MEXICALI, BAJA CALIFORNIA

M. F. Contreras-Chong, G. Herrera-Quñones, P. Valdez-Hernández, J. A. Camacho-Escobedo, J. M. Avendaño-Reyes, C. F. Peña-Puga, M. J. Quintero-León, A. Quintero-Palazuelos, Hospital General Zona 30, Instituto Mexicano del Seguro Social, Mexicali, Baja California

Introducción: La colangitis aguda es una emergencia médica con alta mortalidad que se caracteriza por la obstrucción y subsecuente infección de la vía biliar. Los datos disponibles en México sobre la prevalencia de patógenos vinculados con la colangitis aguda son muy escasos, por lo que el tratamiento con antibióticos suele instituirse de manera empírica, incluso cuando las guías de Tokio 18 recomiendan ampliamente la toma de cultivos de líquido biliar como parte del control adecuado de esta enfermedad. Diversas publicaciones han mostrado el efecto de la obtención de cultivos de líquido biliar para optimizar la administración de antibióticos y mejorar la sobrevida, los costos y el tiempo de estancia hospitalaria.

Objetivo: Describir los hallazgos microbiológicos en pacientes con colangitis aguda hospitalizados en el Hospital General de Zona 30 del IMSS (HGZ30) y Hospital General de Mexicali (HGM) de febrero 2023 a la actualidad.

Material y métodos: Se analizaron los registros de cultivos de líquido biliar obtenidos de pacientes internados en el HGZ30 y HGM que cumplían con los criterios diagnósticos de colangitis aguda definida por criterios de Tokio 18 y sometidos a CPRE, derivación biliar percutánea o cirugía. Mediante historia clínica y paraclínicos se clasificó la gravedad de la afección y los cultivos con su respectiva susceptibilidad antibiótica. En los cultivos biliares obtenidos por CPRE, el líquido biliar se obtuvo antes de la inyección de material de contraste y descartar los primeros 3 mL de bilis.

Resultados: De febrero a junio de 2023, 15 pacientes se diagnosticaron con colangitis aguda. El cultivo fue positivo en 14 de 15 pacientes (93,3%), de los cuales 11 (73,3%) fueron monomicrobianos y 3 (19,9%) polimicrobianos. En 13 pacientes (86,6%) se aislaron bacterias gramnegativas, *P. aeruginosa* en 4 (26,6%), *K. pneumoniae* en 4 (26,6%) y *E. coli* en 4 (26,6%), seguidas de *K. oxytoca* en 1 (6,7%) y *E. cloacae* en 1 (6,7%). En tres casos (20%) se aislaron bacterias grampositivas y se observó crecimiento de *E. faecalis* en dos pacientes (13,3%) y *E. faecium* resistente a vancomicina en 1 (6,7%). Sólo un cultivo mostró moderado desarrollo de *C. albicans* (6,7%). En cuanto a resistencia bacteriana, en tres pacientes se aislaron cepas productoras de β -lactamasas de espectro extendido (BLEE). Respecto del tratamiento empírico indicado, 7 (46,6%) pacientes tuvieron cobertura óptima, mientras que en los que se aislaron enterococos ninguno presentó cobertura adecuada.

Conclusiones: El cultivo de líquido biliar es útil para identificar los microorganismos y su susceptibilidad antibiótica. Es de suma importancia considerar grampositivos intrínsecamente resistentes a los carbapenémicos o cefalosporinas al momento de elegir el tratamiento antibiótico. El cultivo biliar puede mejorar el desenlace de algunos pacientes al optimizar la administración de antibióticos.

Financiamiento: Financiamiento propio.

Lun188

PREVALENCIA Y MANEJO ENDOSCÓPICO DEL LITO DIFÍCIL, ¿CUÁL ES EL ALCANCE CON LA CPRE?

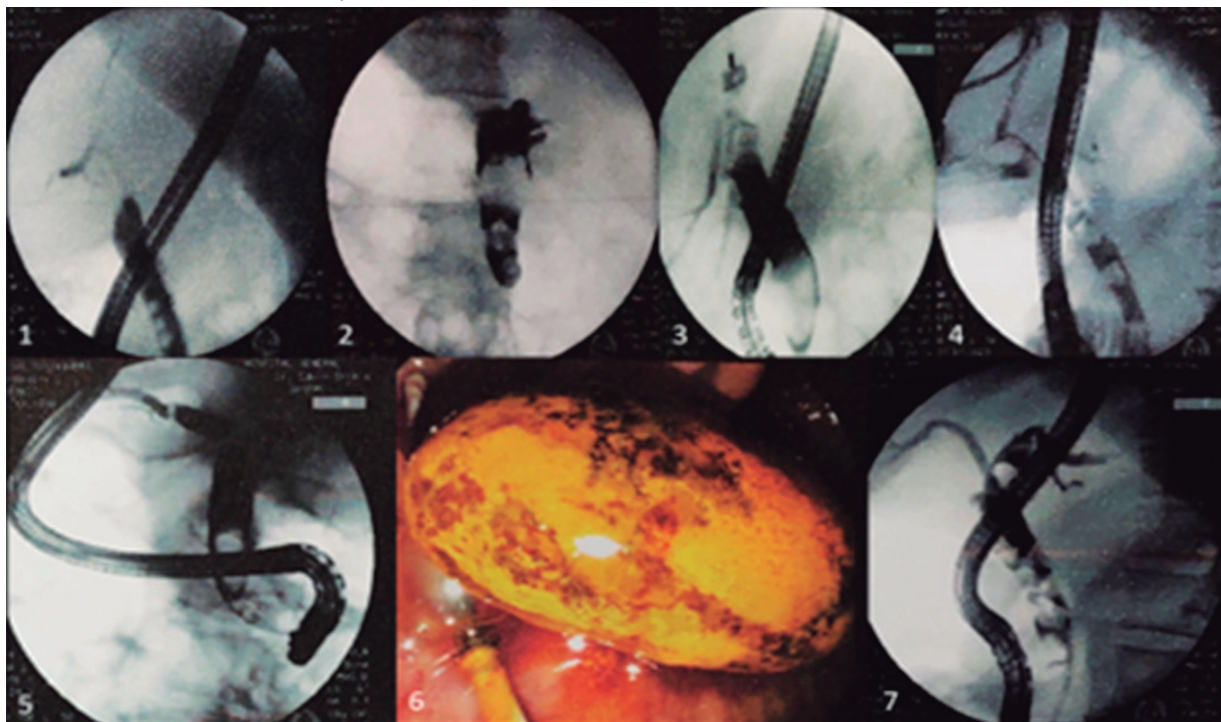
N. V. Medina-Shiguematsu, O. J. Montoya-Montoya, E. J. Morales-Mairena, B. A. Enríquez-Constantino, P. F. Domínguez-Cardoso, E. L. Tadeo-Hernández, V. H. Tinoco-de-León, D. Muñoz-Fuentes, J. C. Zavala-Castillo, Hospital General de México Dr. Eduardo Liceaga

Introducción: La coledocolitiasis es una anomalía vinculada muchas veces con colelitiasis, con una prevalencia de 15% en la población con colelitiasis y de 10% en los individuos sometidos a colecistectomía laparoscópica (en la población mexicana tiene una prevalencia del 14%). Dentro del espectro de la coledocolitiasis se reconoce un lito difícil con una prevalencia de 10% a 15%, según la Sociedad Europea de Endoscopia Gastrointestinal (ESGE) de acuerdo con su diámetro ($> 1,5$ cm), número (≥ 3), ubicación (intrahepático) o factores anatómicos (estenosis del colédoco, colédoco sigmoideo, impacción del lito, desproporción lito:colédoco, angulación aguda del colédoco distal $< 135^\circ$). En consecuencia, el tratamiento endoscópico basado en la colangiopancreatografía retrógrada endoscópica (CPRE) se vuelve un reto y se requieren maniobras avanzadas e intervenciones adicionales para su terapéutica.

Objetivo: Definir el lito difícil, identificar la prevalencia en la población, caracterizar el espectro más frecuente del lito difícil y describir el abordaje endoscópico.

Material y métodos: Diseño: estudio retrospectivo y transversal analítico. Población: se realizó una búsqueda de registros de CPRE en el Hospital General de México Dr. Eduardo Liceaga del 1 de mayo del 2022 al 30 de abril del 2023 y se identificó a un total de 833 pacientes, de los cuales 123 cumplían con la definición de lito difícil (diámetro $> 1,5$ cm, número ≥ 3 , ubicación intrahepática) o factores anatómicos (estenosis del colédoco, impacción del lito, desproporción lito:colédoco, angulación aguda del colédoco distal) (Fig. 1).

Figura 1. Colangiografías de lito difícil. 1. Coledocolitiasis múltiple. 2. Coledocolitiasis de grandes elementos (22,8 mm). 3. Coledocolitiasis de grandes elementos (39 mm). 4. Coledocolitiasis múltiple (8,5 mm). 5. Coledocolitiasis de grandes elementos (35 mm). 6. Extracción de litos de 35 mm. 7. Coledocolitiasis múltiple (10 mm). (Lun188)



Discusión: Se encontró una prevalencia del 14,77% del lito difícil, 68,3% en el género femenino y 31,7% en el masculino. La edad media fue de 50,57 años, con un intervalo de 13 a 95 años. Se caracterizó por la presencia de un colédoco con media de 13,36 mm, un promedio de litos de 1,69 y tamaño medio de éstos de 12,54 mm. Entre los litos difíciles figuraban la coledocolitiasis múltiple (69,91%), la coledocolitiasis de grandes elementos (11,38%), la desproporción lito-colédoco (4,87%) y la litiasis intrahepática (4,06%). Se realizaron esfinterotomía en 38,21%, barridos con balón en 9,75%, esfinterotomía + barridos con balón en 34,14%, esfinteroplastia con balón + barridos con balón en 4,06%, esfinterotomía + barridos con balón + canastilla de Dormia en 4,25%, esfinterotomía + esfinteroplastia con balón + barridos con balón en 7,3%, esfinterotomía + esfinteroplastia con balón + barridos con balón + canastilla de Dormia en 0,81% y esfinteroplastia con balón + barridos con balón + canastilla de Dormia en 0,81%. Los procedimientos resolutivos fueron del 35,77%. Se colocaron endoprótesis biliares en el 60,97% de los pacientes que no alcanzaron resolución endoscópica.

Conclusiones: Los litos difíciles tienen una prevalencia de 14,77% en la población estudiada, con predominio en la población femenina y una media de edad de 50,5 años; su espectro más frecuente fue la coledocolitiasis múltiple en el 69,91%. Las recomendaciones actuales de la ESGE establecen el abordaje de los litos difíciles con esfinterotomía y esfinteroplastia con balón para su tratamiento, ya que se reduce la necesidad de litotricia mecánica entre 30% y 50% en comparación con la esfinterotomía sola. Al extrapolar a la población de estudio, se observó que predomina la esfinterotomía en un 26,01% con resolución del 0% y que al practicar la esfinterotomía + esfinteroplastia con balón + barrido con balón se obtiene una tasa de éxito del 55%, con resolución del 100% cuando se añade la canastilla de Dormia. La colangioscopia y la litotricia se han vuelto una excelente opción para la resolución del lito difícil, pero su disponibilidad en los centros hospitalarios es muy limitada, por lo que se eligen abordajes percutáneos o quirúrgicos para la resolución de esta alteración.

Financiamiento: No se recibió financiamiento de ningún tipo.

Lun189

PREVALENCIA DEL DIVERTÍCULO PERIAMPULAR EN PACIENTES DETECTADOS POR COLANGIOGRAFÍA RETRÓGRADA ENDOSCÓPICA

M. Herrera-Sato, J. I. Vinageras-Barroso, Hospital Español

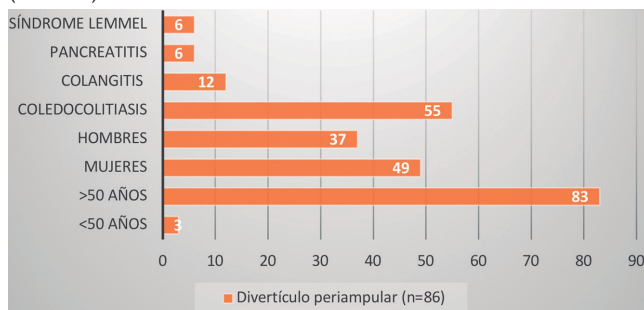
Introducción: El divertículo periampular se localiza en la segunda porción del duodeno a 2 a 3 cm del ampulla de Vater. En el 95% de los pacientes es asintomático y un hallazgo incidental endoscópico (7%) o por un estudio de imagen. En caso de aparecer síntomas, éstos son efecto casi siempre de complicaciones pancreatobiliares (síndrome de Lemmel, coledocolitiasis, colangitis, pancreatitis). En el mundo, la prevalencia del divertículo periampular es de 5% a 10%. Por lo regular se encuentra en pacientes mayores de 40 años, con 60% mayores de 70 años. En México existen tres estudios retrospectivos (n = 103, 100, 205), el último del 2006 y en el cual se publicó una prevalencia de 10,7% a 11%.

Objetivo: Determinar la prevalencia del divertículo periampular detectado por colangiografía retrógrada endoscópica (CPRE) en el Hospital Español. Además, describir las características clínicas y complicaciones pancreatobiliares de los pacientes con divertículo periampular.

Material y métodos: Se revisaron los estudios de CPRE de manera retrolectiva a través de la base de datos local en un periodo de 13 años, comprendido entre el 2009 y el 2022. Se calculó el tamaño de la muestra con la fórmula para determinar los parámetros categóricos de una población infinita con un grado de confianza al 95% y una precisión del 5% y con uso de la prevalencia calculada del divertículo periampular informada en el estudio de Acuña de 11%. Tipo de estudio: observacional, transversal y descriptivo. Variables a determinar: presencia del divertículo periampular, edad, sexo y complicaciones pancreatobiliares. Análisis estadístico: para los datos categóricos se usaron medidas de estadística descriptiva (porcentaje); y para la variable cuantitativa se empleó una medida de tendencia central con dispersión (media con su desviación estándar). Se utilizó el sistema SPSS en su última versión actualizada.

Resultados: De un total de 1.047 CPRE practicadas en un periodo de 13 años, se encontró una prevalencia de 8,21% (n = 86) de pacientes con divertículos periampulares. El promedio de edad de fue de 74,1 años \pm 14 en los pacientes con divertículo. De los pacientes con divertículo periampular, el 56,97% correspondió a mujeres (Fig. 1). Las complicaciones pancreatobiliares en los sujetos con divertículo periampular fueron coledocolitiasis (63,9%), colangitis (13,9%) pancreatitis (6,9%) y síndrome de Lemmel (6,9%).

Figura 1. Distribución de pacientes con divertículo periampular. (Lun189)



Conclusiones: La prevalencia del divertículo periampular en el Hospital Español es similar a la notificada en la bibliografía internacional y la ya informada antes en otros institutos de salud en

México. El divertículo periampular se caracterizó por ser mayor entre pacientes > 50 años, predominó en las mujeres y la complicación pancreatobiliar más común fue la coledocolitiasis.

Financiamiento: No se recibió financiamiento de ningún tipo.

Lun190

ULTRASONIDO ENDOSCÓPICO COMO PROCEDIMIENTO DIAGNÓSTICO DE COLEDOCOLITIASIS DE PACIENTES CON RIESGO INTERMEDIO DE ACUERDO CON LOS CRITERIOS ASGE

P. L. Pérez-Santos, V. M. Mendoza-Martínez, J. C. Zavala-Castillo, M. I. Torres-Ruiz, Hospital General de México Dr. Eduardo Liceaga

Introducción: La coledocolitiasis hace referencia a la obstrucción total o parcial del colédoco por litos; existen diferentes formas de determinar el riesgo de un paciente para desarrollar esta entidad. La Asociación Americana de Endoscopia Gastrointestinal propuso los criterios de ASGE para determinar el riesgo de presentar coledocolitiasis. Todos los pacientes con riesgo intermedio pueden someterse a un ultrasonido endoscópico (USE) o una colangiografía resonancia magnética (CRM). El USE ha mostrado ser una herramienta suficiente para descartar a los pacientes sin coledocolitiasis, aun cuando los criterios de la ASGE sean intermedios y de esta forma se evite someter a los pacientes a un procedimiento más invasivo y con mayor riesgo de morbilidad como la colangiopancreatografía retrógrada endoscópica (CPRE).

Objetivo: Determinar la prevalencia de coledocolitiasis por ultrasonido endoscópico en pacientes con riesgo intermedio de acuerdo con los criterios de la ASGE.

Material y métodos: Se realizó un estudio en pacientes atendidos en el servicio de endoscopia en el periodo de febrero de 2023 a junio de 2023. Tipo de estudio: descriptivo de corte transversal, retrospectivo y observacional. Se analizaron las variables de edad, sexo, bilirrubina y clasificación de ASGE. Análisis estadístico: se obtuvieron medidas de tendencia central y dispersión (media y desviación estándar).

Resultados: Se identificó a 28 individuos que habían acudido al servicio por sospecha de coledocolitiasis de acuerdo con los criterios de la ASGE, el 96% de los cuales tenía un riesgo intermedio y sólo el 4% un riesgo alto; la edad promedio de los pacientes fue de 47 \pm 19 años y el 75% de los casos correspondió a mujeres; en el 35% de éstas se confirmó coledocolitiasis y en 21% de los hombres. Todos los pacientes se encontraban metabólicamente sanos (sin problemas de glucosa, dislipidemia, cáncer, hipertensión). De los 28 pacientes con riesgo intermedio, 15 (55%) se confirmaron con coledocolitiasis y en 13 (45%) no se confirmó, por lo que en estos pacientes no se sometieron a CPRE.

Conclusiones: Se muestra que la prevalencia de mujeres con coledocolitiasis en esta población es del 35%. En este protocolo se observó un buen porcentaje (45%) de pacientes que no requirieron una intervención más invasiva. Por lo tanto, el USE puede ser un procedimiento diagnóstico para coledocolitiasis y evitar la CPRE, de tal modo que gana eficiencia la atención del paciente e incluso evita el gasto de ese recurso en horas/hombre y también el costo del procedimiento.

Financiamiento: No se recibió financiamiento de ningún tipo.

Lun191

ADQUISICIÓN DE TEJIDO GUIADO POR ULTRASONIDO ENDOSCÓPICO EN PACIENTES CON NEOPLASIAS SÓLIDAS SEUDOPAPILARES DEL PÁNCREAS

J. M. Jiménez-Gutiérrez, J. G. De la Mora-Levy, J. O. Alonso-Lárraga, A. I. Hernández-Guerrero, B. A. Soriano-Herrera, L. F. Villegas-González, L. F. Uscanga-Domínguez, S. López-Romero, F. I. Téllez-Ávila, Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán

Introducción: La adquisición de tejido guiado por ultrasonido endoscópico (ATG-USE) ha sido el método más utilizado para el diagnóstico prequirúrgico de las neoplasias sólidas pseudopapilares del páncreas (NSPP). Hoy en día existe poca información de la aspiración con aguja fina guiada por USE (AAF-USE) y escasos informes de casos de la biopsia con aguja fina guiada por USE (BAF-USE) en el diagnóstico preoperatorio de la NSPP.

Objetivo: Evaluar el rendimiento diagnóstico y los efectos adversos de la ATG-USE, incluidas AAF-USE y BAF-USE, en pacientes con NSPP.

Material y métodos: Se realizó un estudio retrospectivo de pacientes con diagnóstico de NSPP y ATG-USE en dos centros de referencia. Análisis estadístico: las variables continuas se expresaron como medianas con rangos intercuartílicos y las variables categóricas como frecuencias y proporciones. Se utilizaron tablas 2 x 2 para calcular la sensibilidad, especificidad y valores predictivos positivos y negativos con base en el resultado de la norma de referencia (pieza quirúrgica). Los análisis estadísticos se realizaron con el paquete estadístico SPSS v.20.

Resultados: Se identificó a 74 pacientes con diagnóstico de NSPP, de los cuales 18 fueron objeto de ATG-USE (10 BAF-USE y 8 AAF-USE). La mediana de edad fue de 31 años (RIC, 21-38); todos los pacientes fueron mujeres. El principal síntoma fue el dolor abdominal en 16/18 pacientes (88,8%). El 50% de los tumores (9/18) se localizó en la cabeza del páncreas, la mediana de tamaño por USE fue de 4,5 cm y la mediana de pases fue de 2 (Tabla 1). Se estableció un diagnóstico

citopatológico prequirúrgico en 16/18 pacientes (88,8%) con la ATG-USE. La sensibilidad y el valor predictivo positivo de la ATG-USE fueron de 94%. Un paciente con BAF-USE tuvo un cuadro de pancreatitis aguda leve.

Conclusiones: El rendimiento diagnóstico de la ATG-USE en las NSPP es alto. En la mayoría de los casos, el diagnóstico se determinó en el primer procedimiento. No se observaron diferencias en el rendimiento diagnóstico o en los efectos adversos entre la AAF-USE y la BAF-USE.

Financiamiento: No se recibió financiamiento de ningún tipo.

Lun192

PREVALENCIA DE DIVERTÍCULOS DUODENALES PERIAMPULARES EN PACIENTES CON CPRE EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL Y SU INFLUENCIA EN LA TASA DE CANULACIÓN EXITOSA

C. Almeida-Nieto, C. Paredes-Amenábar, A. Razo-Sánchez, C. Contreras-Villagómez, H. Ávila-Mendoza, J. C. Zavala-Castillo, Hospital General de México Dr. Eduardo Liceaga

Introducción: El objetivo principal de la CPRE es la canulación biliar selectiva (CBS), que es el primer paso del procedimiento y, en algunas ocasiones, un paso limitante para continuar el estudio. Incluso en manos de endoscopistas experimentados, la incidencia de canulación biliar fallida publicada es de 20%. Entre los factores relacionados se encuentra la presencia de divertículos periampulares. Tienen una incidencia de 6% a 31,7%. Su incidencia se vincula con la edad, con un punto máximo a los 50 a 60 años de edad. Se ha informado una ligera predilección por el sexo femenino. Boix *et al.* describieron la siguiente clasificación:

- Tipo I: la papila se halla dentro del divertículo (50%)
- Tipo II: la papila se localiza en el margen del divertículo (30%)
- Tipo III: la papila se encuentra cerca del divertículo (20%)

Ante una canulación difícil, el endoscopista debe decidir si continuar las técnicas habituales, cambiar a técnicas más avanzadas como el precorte, o terminar el procedimiento. Existen diferentes técnicas descritas de precorte, entre ellas la papilotomía precortada, la fistulotomía y la esfinterotomía transpancreática. Algunos estudios han propuesto que el precorte incrementa las tasas de pancreatitis (15%-20%), pero no es claro y se atribuye a los intentos repetidos de canulación, para lo cual el precorte temprano ha demostrado reducir las tasas de efectos adversos.

Objetivo: Describir la prevalencia de divertículos periampulares y su efecto sobre el éxito de la canulación y las técnicas de canulación empleadas.

Material y métodos: Se realizó un estudio descriptivo, observacional, transversal y retrospectivo. Se evaluó un total de 41 expedientes clínicos electrónicos de pacientes sometidos a CPRE en el Hospital General de México en el servicio de endoscopia, entre marzo del 2022 y junio del 2023, en los que se registró la presencia de divertículo periampular (Tabla 1).

Discusión: En el periodo comprendido se practicaron 1.774 CPRE, con una prevalencia notificada de 2,3% de divertículos duodenales, menor a la publicada en la bibliografía médica; los más frecuentes fueron los de tipo II de acuerdo con la clasificación de Boix. El 73,3% se identificó entre la quinta y la séptima décadas de la vida, lo cual concuerda con los informes de las publicaciones médicas. Se registró una tasa de canulación difícil en estos pacientes de 43,9% (18 casos), superior a la notificada en los protocolos internacionales. La tasa de canulación exitosa con técnicas avanzadas fue del 50% y la fistulotomía de precorte fue la técnica con mayor tasa de éxito (80%). Sólo se presentaron cuatro compli-

Tabla 1. (Lun191)

Características	Todos, n = 18 n (%)	BAF = 10 n (%)	AAF = 8 n (%)
Edad, mediana, (RIC)	31 (26-37)	31 (25-35)	31 (27-37)
Sexo			
Mujer	18 (100)	10 (100)	8 (100)
Signos y síntomas			
Dolor abdominal	16 (88,8)	9 (90)	7 (87,5)
Náusea	10 (55,5)	6 (60)	4 (50)
Pérdida de peso	8 (44,4)	6 (60)	2 (25)
Anorexia	8 (44,4)	5 (50)	3 (37,5)
Tumor abdominal	5 (27,7)	4 (40)	1 (12,5)
Ictericia	1 (5,5)	-	1 (12,5)
Localización del tumor			
Cabeza	9 (50)	5 (50)	4 (50)
Cuerpo	6 (33,3)	5 (50)	1 (12,5)
Cola	2 (11,1)	-	2 (25)
Cuello	1 (5,5)	-	1 (12,5)
Tamaño del tumor por USE (mediana, mínimo-máximo)	4,5 (2-15)	5 (2-11)	4 (3-15)
Número de pases (mediana, mínimo-máximo)	2 (1-4)	2 (2-4)	2 (1-3)
Concordancia con la pieza quirúrgica	16 (88,8)	9 (90)	7 (87,5)

AAF, aspiración con aguja fina; BAF, biopsia con aguja fina; NSPP, neoplasia sólida pseudopapilar del páncreas; USE, ultrasonido endoscópico.

Tabla 1. Características de los pacientes incluidos en el estudio. (Lun192)

Sexo	n	%	
Hombres	17	41,5	
Mujeres	24	58,5	
Edad			
20-30	1	2,4	
30-40	3	7,3	
40-50	5	12,2	
50-60	9	22,0	
60-70	12	29,3	
70-80	9	22,0	
80-90	2	4,9	
	41	100	
Diagnóstico final			
Coledocolitiasis	18	43,9	
Canulación sin causa identificada	8	19,5	
Estenosis biliar de origen indeterminado	3	43,9	
Neoplasia	1	7,3	
Canulación fallida	6	2,4	
Síndrome de Mirizzi	3	14,6	
Fuga biliar	1	7,3	
Sonda T	1	2,4	
	41	100	
Tipo de divertículo (de acuerdo con la clasificación de Boix)			
Tipo II	27	65,9	
Tipo III	11	26,8	
Tipo I	3	7,3	
Técnicas de canulación en los casos de canulación difícil			
	n	%	Éxito en canulación, n, %
Esfinterotomía de precorte	7	38,9	28,6
Fistulotomía	5	27,8	80,0
Convencional	4	22,2	50,0
Prótesis pancreática con precorte	2	11,1	50,0
Complicaciones			
Pancreatitis	3		
Hemorragia	1		

caciones en este grupo de pacientes: un caso de hemorragia durante el procedimiento y tres de pancreatitis posteriores a la CPRE y de los cuales sólo uno se relacionó con técnicas de canulación avanzada.

Conclusiones: Los divertículos periampulares suponen un reto en la práctica de la CPRE, ya que predisponen a un aumento de la tasa de canulación difícil de la vía biliar. A pesar del uso de técnicas avanzadas de canulación, el éxito se consigue apenas en la mitad de los casos. Dentro de las técnicas de canulación avanzada, la fistulotomía de precorte es la de mayores tasas de éxito en la canulación. Un divertículo periampular no se vincula con un aumento de las complicaciones del procedimiento.

Financiamiento: No se dispuso de financiamiento.

Lun193

RESULTADOS DE LA ESFINTEROPLASTIA ENDOSCÓPICA DE PAPILA DUODENAL CON BALÓN GRANDE DE INTERVALO EN LA COLEDOCOLITIASIS DIFÍCIL

C. Contreras-Villagómez, A. N. Almeida-Nieto, R. S. Razo-Sánchez, M. F. Muñoz-Fuentes, H. G. Herrera-Gallo, C. E. Campoverde-Espinoza, Z. C. Zavala-Castillo, A. M. Ávila-Mendoza, A. A. Alegría-Acuña, Hospital General de México Dr. Eduardo Liceaga

Introducción: La prevalencia de los cálculos biliares varía según sean la región geográfica y la etnia. Se calcula que 10% a 20% de la población mundial tiene este trastorno y que 20% de esa proporción desarrolla síntomas o complicaciones. En México se ha registrado una prevalencia del 14,3%, que es mayor en mujeres (20,4%) respecto de los hombres (8,5%). Desde 1974, cuando se describió por primera vez, se ha demostrado la eficacia de la colangiopancreatografía retrógrada endoscópica (CPRE) junto con esfinterotomía endoscópica biliar para el tratamiento de la coledocolitiasis; sin embargo, las técnicas convencionales no logran la extracción del lito hasta en 10% a 15% de las veces. Para estos casos se recomienda la esfinteroplastia de la papila duodenal con balón grande (EEPBA), que ha demostrado un rendimiento terapéutico hasta del 90,7%, en comparación con el 77,6% de la esfinterotomía sola.

Objetivo: Determinar la eficacia de la EEPBA de intervalo en la resolución completa de la coledocolitiasis.

Material y métodos: Se trata de un estudio de tipo observacional, retrospectivo, analítico y transversal. Se revisaron los registros de estudios realizados en el periodo comprendido entre enero 2021 y febrero de 2023 que cumplieran con los criterios de inclusión, con la definición de coledocolitiasis difícil e indicación precisa para CPRE, y aplicación posterior de los criterios de inclusión específicos para cada grupo: el A para los casos de EEPBA inmediata y el B para los de EEPBA de intervalo. Se realizó la comparación de medias de resultados con t de Student para variables numéricas y la prueba ji cuadrada para las variables cualitativas. Para determinar la normalidad se usó la prueba de Kolmogorov-Smirnov. Una vez obtenidos los datos, se ordenaron y vaciaron en el paquete estadístico para las ciencias sociales (SPSS, *Statistical Package for the Social Sciences*) versión 23.0, y se estableció un nivel de confianza al 95% ($p < 0,05$) como estadísticamente significativo.

Discusión: Se identificó inicialmente a 87 pacientes objeto de EEPBA en el periodo establecido; luego de aplicar criterios de inclusión y exclusión se integró una muestra de 67 casos, con predominio del sexo femenino (67,2%) y se crearon dos grupos: el A con 32 pacientes (47,8%) y el B con 35 (52,2%). De éstos, el 19,4% tenía diagnóstico anterior a la CPRE inicial de colangitis aguda. Se identificó una eficacia global para la extracción de litos en el 85,1%, similar en ambos grupos. También se reconocieron efectos adversos en 11,9%, el más frecuente de los cuales fue la pancreatitis con 6% y se presentó un caso de perforación (1,5%) en el grupo A. No se registró diferencia significativa en la aparición de efectos adversos y en la eficacia de extracción de litos para ambos grupos, ni tampoco se observó una relación con la indicación de CPRE de colangitis aguda.

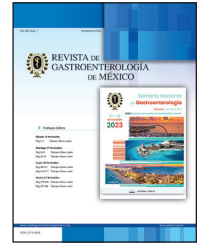
Conclusiones: La EEPBA de intervalo, definida como la realizada en las sesiones de CPRE posteriores a la inicial, posee la misma eficacia en cuanto a la resolución completa de la coledocolitiasis difícil, sin un aumento de la aparición de efectos adversos. La eficacia global de la EEPBA no se relaciona con el diagnóstico de colangitis aguda como indicación del estudio de CPRE.

Financiamiento: Fondos públicos.



REVISTA DE GASTROENTEROLOGÍA DE MÉXICO

www.elsevier.es/rgmx



Exposición de trabajos libres en cartel

Lunes 20 de noviembre de 2023

Hepatitis virales

Lun194

EXPERIENCIA DE DIVERTICULOTOMÍA DE ZENKER EN UN CENTRO DE TERCER NIVEL DE MÉXICO: SERIE DE CASOS

A. R. Guzmán-Cárcamo, L. A. Waller-González, R. Soto-Solís, M. M. Rosario-Morel, R. Sosa-Martínez, D. S. Morgan-Penagos, D. Bringas-Vásquez, Centro Médico Nacional 20 de Noviembre

Introducción: La diverticulotomía de Zenker es una modalidad endoscópica de mínima invasión útil en el tratamiento del divertículo de Zenker en pacientes sintomáticos y con divertículos < 5 cm. Los abordajes endoscópicos son menos invasivos que la cirugía abierta y se relacionan con tiempos quirúrgicos y estancias hospitalarias más cortos, reanudación más rápida de la ingestión oral, menor tasa de complicaciones y fácil acceso en caso de recurrencia.

Objetivo: Describir la experiencia de la diverticulotomía endoscópica de Zenker en dos centros de tercer nivel de atención.

Material y métodos: Se realizó un estudio descriptivo, observacional y retrospectivo que incluyó a cinco pacientes sometidos a diverticulotomía de Zenker en un centro de tercer nivel, durante el periodo de enero del 2020 a junio del 2023. Se evaluaron el éxito técnico, el éxito clínico, los efectos adversos y la recurrencia.

Resultados: Se incluyó a cinco pacientes con una edad media de 70 ± 5,40 años, todos del sexo masculino. El 60% (3) de los sujetos mostró disfagia como síntoma principal preoperatorio, el 20% (1) disfagia con pérdida de peso y el otro 20% (1) regurgitación. El tamaño del divertículo sometido a tratamiento endoscópico tuvo una media de 3 ± 1 cm. En el 60% se utilizó sobretubo de Zenker y en el 40% cap. El corte se practicó con esfinterótomo aguja en el 40%, el 20% con *It knife* + *Flush knife*, otro 20% con *Hook knife* y el restante 20% con *Flush knife* + *Hook knife*. El 100% de los pacientes alcanzó éxito clínico y se registraron dos efectos adversos. La media de estancia

hospitalaria fue de 1,4 ± 0,8 días y el éxito clínico se documentó en el 100% de los pacientes. No se identificó recurrencia.

Discusión: Ésta es una entidad poco frecuente, por lo que es difícil reunir información estadística y generar experiencia en el tratamiento endoscópico. Las ventajas de la técnica endoscópica son su mínima invasión, su menor morbilidad y el menor tiempo de estancia intrahospitalaria. En fecha reciente han surgido estudios comparativos de la técnica Z-POEM (miotomía endoscópica peroral para Zenker) con buenos resultados, pero aún no se cuenta con la experiencia en esta técnica ya que es un procedimiento que requiere entrenamiento especializado, mayor curva de aprendizaje y en México existen hoy día pocos centros con esa capacidad.

Conclusiones: El tratamiento endoscópico del divertículo de Zenker es una técnica factible, efectiva y segura que representa una alternativa del tratamiento quirúrgico. Debe tomarse en cuenta la importancia de que la practiquen endoscopistas entrenados para lograr un buen resultado y seguridad para el paciente.

Financiamiento: No se recibió financiamiento de ningún tipo.

Lun195

INCREMENTO EN LA FRECUENCIA DE FALLA HEPÁTICA AGUDA RELACIONADA A CAMBIOS EN EL COMPORTAMIENTO DE VIRUS DE HEPATITIS A EN EL HOSPITAL JUÁREZ DE MÉXICO

R. Guirao-Pérez, A. Y. Ávila-Franco, J. Pérez-Escobar, M. R. Herro-Maceda, S. M. I. Mejía-Loza, Hospital Juárez de México

Introducción: La falla hepática aguda (FHA) es una alteración rara, susceptible de ser reversible, que ocasiona una insuficiencia hepática grave y un rápido deterioro clínico en pacientes sin enfermedad hepá-

tica preexistente. Las principales causas informadas en las publicaciones médicas son, por orden de frecuencia, ingestión de paracetamol, afecciones autoinmunitarias y virus de la hepatitis A. Esta última evolución a FHA en 1 de cada 300 casos y causa con muy poca frecuencia la muerte o exige trasplante hepático. En un estudio previo conducido en este hospital se observó un incremento de la frecuencia de casos respecto de los dos años anteriores (tres casos en 2021, cuatro en 2022), en relación con un cambio en la etiología en el año 2023.

Objetivo: Determinar la frecuencia y etiología de la falla hepática aguda, así como la forma de presentación clínica y desenlace en el periodo comprendido entre enero y junio de 2023 en el Hospital Juárez de México.

Material y métodos: Estudio retrospectivo, descriptivo, observacional y transversal. Se revisaron 11 expedientes con diagnóstico de falla hepática aguda de enero de 2023 a junio de 2023; nueve casos cumplieron criterios de inclusión y se obtuvieron datos epidemiológicos, cuadro clínico, parámetros bioquímicos, evolución y desenlace de la población estudiada.

Resultados: De los nueve pacientes incluidos, el 89% pertenecía al género masculino y 11% al femenino. El 77,7% correspondió a menores de 35 años, siete pacientes tenían trastorno por consumo de alcohol y tres sufrían enfermedades coexistentes (diabetes mellitus de tipo 2, hipertensión arterial y HIV). En cuanto a la etiología, el 100% fue secundario al virus de la hepatitis A, con un patrón de presentación clínica hiperaguda en el 89%, aguda en el 0% y subaguda en el 11%; el patrón de daño hepático fue hepatocelular en 89% y mixto en 11%. Tres (33,3%) pacientes fueron objeto de trasplante, 5 (55,5%) recibieron plasmáferesis y 1 (11,1%) recibió tan sólo medidas de apoyo. La mortalidad se registró en 2 (22%) pacientes.

Conclusiones: Se identificó un incremento de la frecuencia de falla hepática aguda en los primeros seis meses del 2023, todos los casos secundarios al virus de la hepatitis A, con predominio en hombres menores de 35 años que sufrían un trastorno por consumo de alcohol. A excepción de un individuo, todos se presentaron de forma hiperaguda con encefalopatía hepática de grado 3 y patrón de daño hepatocelular. La mayoría requirió ingreso a la UCI, los pacientes que fallecieron tenían una enfermedad previa coexistente y trastorno por consumo de alcohol significativo y sobrevivió el 100% de los pacientes trasplantados. En virtud de estos hallazgos es necesario conducir otros estudios multicéntricos para determinar la frecuencia de la enfermedad y un cambio en la evolución de este virus.

Financiamiento: No se dispuso de ningún financiamiento.

Lun196

VALIDACIÓN E IMPACTO DE RECOMPENSACIÓN SEGÚN LOS CRITERIOS DE BAVENO VII DESPUÉS DE LA RESPUESTA VIRAL SOSTENIDA EN PACIENTES CON CIRROSIS DESCOMPENSADA RELACIONADA CON LA HEPATITIS C TRATADOS CON ANTI-VIRALES DE ACCIÓN DIRECTA

L. A. Rosales-Rentería, J. D. Prieto-Nava, A. Bravo-Cabrera, M. Morales-Ibarra, M. L. Torres-Mata, M. S. González-Huezo, Centro Médico ISSEMyM

Introducción: La infección crónica por el virus de la hepatitis C (VHC) es una de las principales causas de enfermedad hepática crónica (CLD) en todo el mundo, con una prevalencia de particular importancia en los países en desarrollo. El acceso generalizado a los antivirales de acción directa (AAD) en la atención sanitaria pública ha incrementado de modo considerable las tasas de respuesta virológica sostenida (RVS), pero no se dispone de evidencia que la relacione con una mejora clínicamente significativa. El grupo de consenso de Bave-

no VII ha propuesto en fecha reciente el término “recompensación de la cirrosis” como evidencia objetiva de mejora clínica.

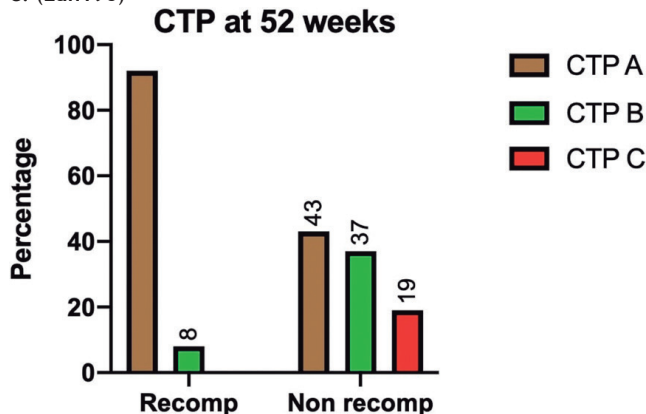
Objetivo: Validar esta nueva definición en pacientes con cirrosis relacionada con el VHC tratados con AAD y, por lo tanto, determinar el efecto clínico de lograr la RVS.

Material y métodos: Se trata de un estudio de cohorte prospectivo de centro único que incluyó a todos los pacientes con cirrosis hepática descompensada estable (SDC) debido al VHC, mayores de 18 años, que habían recibido AAD y que lograron RVS, en esta institución en Metepec, México, desde el 25 de febrero de 2016 hasta el 13 de abril de 2022. Se recopilaban las características basales de los pacientes y se realizó un seguimiento de los efectos clínicos, más pruebas bioquímicas y elastografía transitoria en el momento de la RVS, a las 12 y 52 semanas después de alcanzar la cura virológica. El objetivo principal fue la tasa de recompensación de la cirrosis según la definición de Baveno VII y se estableció una comparación directa de variables y resultados entre aquéllos con consecución y aquellos sin ella. Los resultados secundarios fueron los cambios en las puntuaciones de CTP, MELD-Na, rigidez hepática (RH) mediante elastografía transitoria controlada por vibración (ETCV) y recuento absoluto de plaquetas. Se utilizó regresión multivariable para identificar los predictores de recompensación. Se excluyó a los pacientes con una causa adicional de CLD, disfunción grave de órganos extrahepáticos o neoplasias activas.

Resultados: Se estudió a un total de 56 pacientes tratados con AAD que lograron RVS, de los cuales 36 eran mujeres (64%), con una mediana de edad de 52 años en toda la cohorte. La comorbilidad más frecuente fue la diabetes de tipo 2 (11,5%). A las 52 semanas, 35 pacientes lograron la resolución de la ascitis, encefalopatía y ausencia de sangrado variceal recurrente (62,5%). En comparación con aquellos que no lograron la recompensación, los pacientes recompensados mostraron un valor medio de MELD-Na más bajo a las 12 y 52 semanas (12 vs. 15; 10 vs. 14, respectivamente), se clasificaron más a menudo como CTP A en los mismos puntos de corte (66% vs. 39% a las 12 semanas; 92% vs. 43% a las 52 semanas), tuvieron un mayor número de pacientes con > 150.000 plaquetas (87% vs. 37% a las 52 semanas) y registraron con mayor frecuencia una RH < 12 kPa mediante ETCV a las 52 semanas (47% vs. 13%).

Respecto de los predictores de recompensación, una reducción del valor del MELD-Na > 2 puntos absolutos a las 12 o 52 semanas (OR = 1,06; IC95%, 1,03-1,10; p < 0,05) y un MELD-Na total ≤ 11 (OR = 1,10; IC95%, 1,05-1,15; p < 0,05) fueron los factores con mayor relación estadísticamente significativa (Fig. 1).

Figura 1. Puntuación CTP a las 52 semanas en pacientes que logran recompensación frente a aquellos que no. A las 52 semanas, el 92% de los individuos con recompensación se clasificaron como CTP A, en comparación con sólo el 43% de los sujetos sin recompensación. El 8% de los pacientes recompensados se clasificó como CTP B, pero ese número aumentó al 37% para los no recompensados. Al final, el 19% de los enfermos sin recompensación se mantuvo en CTP C. (Lun196)



Conclusiones: Este estudio mostró que, entre los pacientes con infección por VHC y cirrosis descompensada tratados con AAD y RVS, los que consiguieron recompensación se correlacionaron con una mejoría de las puntuaciones clínicas (menor CTP y MELD-Na), una mayor proporción de pacientes con plaquetas normales y, en general, una menor RH mediante ETCV.

Financiamiento: Estudio autofinanciado.

Lun197

INSUFICIENCIA HEPÁTICA AGUDA EN UNA COHORTE DE PACIENTES CON HEPATITIS A

K. Cazarín-Chávez, F. Higuera-De la Tijera, D. Santana-Vargas, V. López-Ladrón de Guevara, D. F. Avendaño-Rivera, P. M. Diego-Salazar, J. L. Pérez-Hernández, Hospital General de México Dr. Eduardo Liceaga

Introducción: La hepatitis viral A, causa poco frecuente de insuficiencia hepática aguda (IHA), se define por el desarrollo de coagulopatía (INR > 1,5) y encefalopatía hepática (EH) en ausencia de enfermedad hepática preexistente; se ha observado un incremento de la prevalencia de hepatitis por virus A (VHA) con presentación más grave, hasta desarrollar IHA. Se notifica el caso de una cohorte de pacientes con VHA y desenlace.

Objetivo: Evaluar la frecuencia de insuficiencia hepática aguda en la infección por hepatitis A y su desenlace.

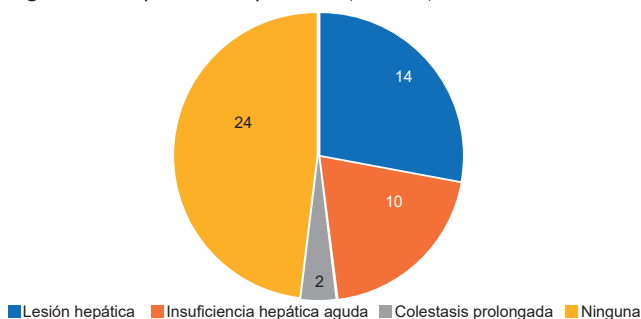
Material y métodos: Estudio observacional, descriptivo, analítico y retrospectivo de una cohorte de pacientes con VHA observados desde abril de 2022 hasta abril de 2023, con valoración de variables demográficas, bioquímicas, evolución, desarrollo de IHA, requerimiento de plasmaféresis, tratamiento MARS, trasplante y muerte. Se realizó estadística descriptiva con medidas de tendencia central y dispersión con SPSS V 25.0

Resultados: Se incluyó a 50 pacientes, 13 mujeres y 37 hombres, con edad de $30 \pm 7,8$, 38 con consumo riesgoso de alcohol, 42 sin toxicomanías, ocho individuos positivos, uno diabético, otro hipertenso, uno con hepatitis C y uno cirrótico por alcohol. Estudios de laboratorio: BT $11,73 \pm 6,10$; INR $1,84 \pm 1,3$ (intervalo, 0,9-5,10); AST 1.766 ± 1.573 ; ALT 2.605 ± 1.490 ; GGT $236 \pm 172,56$; FA $238,9 \pm 188$; DHL 805 ± 764 . Hasta 21 pacientes requirieron hospitalización y 10 ingreso a la unidad de cuidados intensivos; cinco desarrollaron lesión renal aguda y 10 insuficiencia hepática aguda (Fig. 1). Un total de 45 enfermos se recuperaron sin secuelas, cinco requirieron plasmaféresis y cinco más procedimiento mecánico de apoyo hepático (MARS); tres recibieron trasplante y dos fallecieron.

Conclusiones: La frecuencia de IHA por VHA fue muy alta, con requerimiento de MARS, trasplante y dos muertes; la población era joven y sin comorbilidades, pero aun así desarrolló complicaciones graves; es probable que el virus haya mutado y sea más agresivo que antes.

Financiamiento: No se recibió financiamiento de ningún tipo.

Figura 1. Complicaciones por VHA. (Lun197)



Lun198

COMPARATIVO ENTRE LAS TASAS DE PREVALENCIA ANUAL DE INFECCIÓN AGUDA POR VIRUS DE HEPATITIS A ENTRE 2016 Y 2023

K. Cazarín-Chávez, P. M. Diego-Salazar, D. F. Avendaño-Rivera, C. S. Tinitana-Jumbo, J. L. Pérez-Hernández, A. Servín-Caamaño, F. Higuera-de la Tijera, Hospital General de México Dr. Eduardo Liceaga

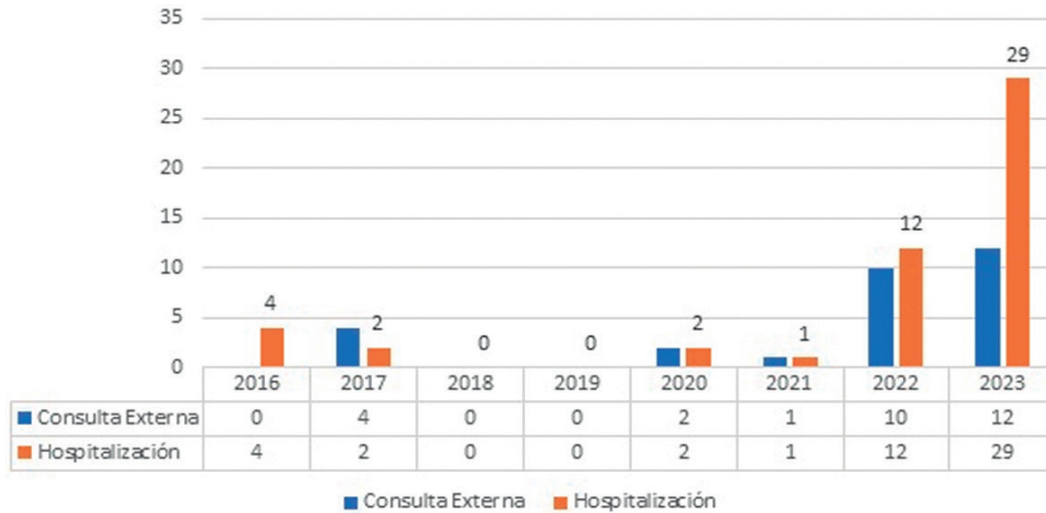
Introducción: En México, así como en todo el mundo, el virus de la hepatitis A (VHA) es la causa más común de hepatitis viral aguda. En las publicaciones médicas se menciona que la incidencia de la infección está estrechamente relacionada con las condiciones socioeconómicas bajas y las malas condiciones sanitarias. Es un cuadro autolimitado, predomina en la infancia y más de 90% de los niños de los países en desarrollo se infectan a menudo con el VHA, sin síntomas, por lo que pocos pacientes requieren hospitalización. México experimenta una transición epidemiológica, pero es limitado el número de informes científicos vinculados con el VHA en relación con la carga del virus en adultos, el comportamiento clínico y el requerimiento de hospitalización por síntomas múltiples y complicaciones, incluida la muerte. Por esta razón se describe una serie de casos de adultos que necesitaron hospitalización y estrecha vigilancia por el comportamiento clínico de la infección.

Objetivo: Comparar la incidencia de casos de infección por VHA que exigieron evaluación en la consulta externa e incluso hospitalización en una misma institución, y demostrar que México atraviesa por una transición epidemiológica para esta infección.

Material y métodos: Se revisaron los anuarios estadísticos de la dirección de planeación y sistemas institucional y se cotejaron con la base de ingresos/egresos de hospitalización del servicio de gastroenterología; se registraron los casos notificados anualmente como infección aguda por VHA atendidos en la consulta externa y hospitalización desde el año 2016 hasta el 2023. Se calculó la tasa de prevalencia anual por cada 1.000 o 10.000 personas/año.

Resultados: Se observó un aumento de la prevalencia de casos de infección por VHA en los últimos años, de manera específica el 2022 y los meses transcurridos del 2023 en adultos, tanto en consulta externa como en hospitalización en comparación con los años ya mencionado (Fig. 1). La tasa de prevalencia para el año 2016, si se considera a los sujetos con VHA hospitalizados, fue de $4/2.219$ ingresos por 1.000 = 1,8; en cambio, en el año 2022 aumentó a $12/1.316$ ingresos por 1.000 = 9,1. La tasa de prevalencia en el 2016, al considerar los casos de VHA ambulatorios atendidos en consulta, fue de $0/15.278$ por 10.000 = 0, en tanto que en el 2022 se elevó a $10/8.126$ por 1.000 = 1,2. La mayoría de los casos informados se identificó en un estado industrializado, sin relación en su mayoría con un estado socioeconómico bajo ni con ausencia de medidas de higiene.

Conclusiones: En México, el 90% de los niños tenía años atrás alta exposición al VHA y cursaba con la infección casi siempre asintomática y sin requerir asistencia médica ni hospitalización, lo cual daba lugar a que los adultos contaran con seropositividad para el virus y no cursaran con la infección. Hoy en día, con las mejores condiciones de salud y más medidas de higiene en el país, se ha reducido la incidencia de la infección por VHA en la población pediátrica, lo que ha constituido una transición epidemiológica. Ahora los niños mayores y adulto cursan con dicha infección y, como lo señalan las publicaciones médicas, son más sintomáticos y buscan valoración médica; por otro lado, se ha observado en este estudio que los pacientes experimentan las complicaciones informadas en la bibliografía médica como raras, entre ellas falla hepática aguda, y que exigen hospitalización. Por lo tanto, se requiere un análisis detallado del estado epidemiológico del VHA y notificar todos los casos, así

Figura 1. Prevalencia de casos de infección por VHA. (Lun198)

como las complicaciones, con el objetivo de optimizar intervenciones poblacionales que podrían resolver este problema.

Financiamiento: No se recibió financiamiento de ningún tipo.

Lun199

HEPATITIS A EN EL HOSPITAL DE ESPECIALIDADES CENTRO MÉDICO NACIONAL LA RAZA

M. T. Rizo-Robles, K. García-Campos, M. Castillo-Barradas, F. Martínez-Silva, M. C. Bernardino-del Río, M. C. Baxin-Domínguez, F. U. Villegas-García, V. Rodríguez-Granados, C. M. del Real-Calzada, UMAE Hospital de Especialidades Dr. Antonio Fraga Mouret, CMN La Raza, IMSS

Introducción: La hepatitis por el virus A en México se ha considerado una enfermedad endémica, de curso benigno, que por lo general se adquiere en etapas tempranas de la vida y crea inmunidad duradera, de tal manera que la frecuencia de presentación disminuye en la edad adulta. Los casos graves casi siempre aparecen en los extremos de la vida. Llama la atención el reciente incremento de los casos de hepatitis A que requieren hospitalización por disfunción hepática grave.

Objetivo: Determinar las características clínicas, bioquímicas, complicaciones y mortalidad de pacientes con hepatitis aguda por el virus A internados en un hospital de tercer nivel.

Material y métodos: Se realizó un estudio descriptivo, transversal, retrospectivo y observacional en pacientes con hepatitis aguda por virus A, hospitalizados en el servicio de gastroenterología del Hospital de Especialidades CMN La Raza de febrero del 2022 a junio del 2023. Se valoraron edad, género, presentación clínica, complicaciones y comorbilidades. Los resultados se analizaron con medidas de frecuencia relativas y centrales para obtener porcentajes y media aritmética.

Resultados: Se registró a 38 pacientes, 35 (92,1%) hombres y 3 (7,9%) mujeres. El promedio de edad fue de 34,6 ± 9 años. Un total de 13 (34,2%) pacientes sufrió falla hepática aguda, un caso con hepatitis colestásica prolongada y otro con hepatitis recurrente. Las complicaciones más comunes durante la estancia intrahospitalaria fueron coagulopatía (INR > 1,5) en 65,7%, lesión renal aguda en 44,7%, anemia en 39,4%, encefalopatía en 34,2% y trombocitopenia en 23%. Las alteraciones bioquímicas relevantes se presentan en la **Tabla 1**. El 78,9% de los pacientes no mostró comorbilidades; las identificadas fueron cirrosis, enfermedad hepática poliquistica, embarazo, trombocitosis esencial, esclerosis múltiple, síndrome de

Evans, hipertensión arterial, diabetes, obesidad, dislipidemia y HIV. La mortalidad fue de 13,2% (5 pacientes) por falla hepática aguda y sin comorbilidades.

Tabla 1. Alteraciones bioquímicas relevantes en pacientes con hepatitis A. (Lun199)

	Mínima	Máxima	Promedio	Desviación estándar
Bilirrubina total (mg/dL)	4	45,6	18,7	± 9,51
Creatinina (mg/dL)	0,57	8,07	2,05	± 1,98
INR	1,01	9,29	1,57	± 2,01
AST (U/L)	52	12225	1934,8	± 2304,8
ALT (U/L)	54,2	8265	2789,9	± 11872,9

Conclusiones: Las complicaciones, la falla hepática aguda y la mortalidad en esta población de pacientes con hepatitis aguda por el virus A mostraron un aumento en comparación con lo registrado en las publicaciones médicas nacionales e internacionales. Las alteraciones de la coagulación, la lesión renal aguda, la anemia y la trombocitopenia fueron las complicaciones más frecuentes en esta población. Algo relevante fue que 92% de los pacientes era del género masculino y < 40 años. Estos hallazgos obligan a investigar los cambios en el patrón endémico de esta infección en México y promover la vacunación contra la hepatitis A.

Financiamiento: No se recibió financiamiento de ningún tipo.

Lun200

ESTUDIO DE CASOS Y CONTROLES PARA VALORAR EL IMPACTO CLÍNICO DE LA PRESENCIA DE COLECISTITIS AGUDA ALITIÁSICA EN PACIENTES CON HEPATITIS VIRAL AGUDA TIPO A

K. Cazarín-Chávez, M. Motola-Kuba, Y. M. Velasco-Santiago, J. L. Pérez-Hernández, A. Servín-Caamaño, P. M. Diego-Salazar, D. F. Avendaño-Rivera, C. S. Tinitana-Jumbo, F. Higuera-de la Tijera, Servicio de Gastroenterología y Hepatología, Hospital General de México Dr. Eduardo Liceaga

Introducción: La infección aguda por el virus de la hepatitis A (VHA) se ha incrementado en adultos en fecha reciente. La colecistitis aguda alitiásica (CAA) es una complicación rara debida probablemente a la invasión viral del epitelio ductal biliar y la respuesta inmunitaria celular. En otros contextos no virales, la CAA se correlaciona con mayor gravedad; sin embargo, se desconoce el efecto clínico de la coexistencia de VHA y CCA.

Objetivo: Describir el comportamiento de adultos atendidos por VHA y evaluar la relevancia clínica del hallazgo concomitante de CAA en estos pacientes.

Material y métodos: Estudio observacional, descriptivo, analítico y retrospectivo, de tipo casos y controles, que incluyó a pacientes con infección aguda por el virus de la hepatitis A (VHA) atendidos en este hospital en el periodo de marzo del 2022 a junio del 2023. Se consideraron los casos que mostraban CAA en el USG y como controles los casos sin cambios por CAA. Para la comparación se emplearon t de Student, U de Mann-Whitney, χ^2 y prueba exacta de Fisher, según fueran el tipo y la distribución de cada variable. Se calcularon razón de momios e intervalos de confianza al 95% para identificar factores de riesgo relacionados. Se consideró significativo un valor de $p < 0,05$.

Resultados: Se identificó a 63 pacientes atendidos por VHA y se analizó a 47 que fueron sometidos a ultrasonido hepatobiliar, 37 (78,7%) de ellos hombres, con media de edad de $31,6 \pm 10,7$ años. Hasta 30 (63,8%) registraron cambios vesiculares característicos de CAA, 16 (34%) se complicaron con insuficiencia hepática aguda e ictericia persistente y 7 (14,9%) requirieron trasplante o fallecieron. Respecto de los signos y síntomas de estos pacientes: 100% tenía ictericia, 14 (29,8%) acolia, 45 (95,7%) coluria, 5 (25%) fiebre, 45 (95,7%) náusea, 34 (72,3%) vómito, 46 (97,9%) dolor abdominal, 25 (53,2%) intolerancia a la vía oral y 14 (29,8%) encefalopatía. Los pacientes con CAA registraron significativamente mayores cifras de triglicéridos, leucocitosis, neutrofilia, linfocitosis, trombocitosis y cifras de bilirrubina total a expensas de la directa, además de hipoalbuminemia, aunque esto no elevó la frecuencia de complicaciones graves (insuficiencia hepática aguda e ictericia persistente, necesidad de trasplante o mortalidad).

Conclusiones: Las complicaciones relacionadas con VHA (insuficiencia hepática aguda y persistencia de ictericia, necesidad de trasplante o fallecimiento) en adultos son más frecuentes hoy en día, en comparación con lo notificado en la bibliografía médica. Si bien los pacientes con coexistencia de VHA y CAA muestran un perfil inflamatorio mucho más alterado, tendencia a la trombocitosis y alteraciones metabólicas, como hipertrigliceridemia e hipoalbuminemia, estos hallazgos no parecen representar mayor riesgo de complicaciones.

Financiamiento: No se recibió financiamiento de ningún tipo.

Lun201

FALLA HEPÁTICA AGUDA SECUNDARIA A VIRUS DE HEPATITIS A EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL DE ATENCIÓN

K. García-Campos, J. I. Carrillo-Rojas, C. J. Toranzo-González, M. Castillo-Barradas, F. Martínez-Silva, M. C. Bernardino-del Río, M. C. Baxin-Domínguez, V. Rodríguez-Granados, M. T. Rizo-Robles, UMAE Hospital de Especialidades Dr. Antonio Fraga Mouret, CMN La Raza, IMSS

Introducción: La falla hepática aguda es una anomalía grave que aparece en pacientes sin enfermedad hepática preexistente y se caracteriza por lesión hepática, coagulopatía y encefalopatía hepática. La infección por el virus de la hepatitis A tiene un pronóstico favorable, aunque $< 1\%$ experimenta falla hepática aguda con un índice de supervivencia de 70% sin trasplante hepático.

Objetivo: Determinar las características clínicas, bioquímicas, complicaciones y mortalidad de pacientes con falla hepática aguda por virus de la hepatitis A ingresados en un hospital de tercer nivel.

Material y métodos: Se realizó un estudio descriptivo, transversal, retrospectivo y observacional en pacientes con falla hepática aguda secundaria al virus de la hepatitis A, ingresados en la unidad de cuidados intensivos y en el servicio de gastroenterología del Hospital de Especialidades CMN La Raza de febrero del 2022 a junio del 2023. Se valoraron edad, género, presentación clínica, complicaciones y desenlace. Los resultados se analizaron con medidas de frecuencia relativas y centrales para obtener porcentajes y media aritmética.

Resultados: Participaron 13 pacientes, 12 (92,3%) hombres y 1 (7,7%) mujer con una edad promedio de $35,6 \pm 8,2$ años. El 100% recibió atención en la UCI con un promedio de estancia intrahospitalaria de $9,5 \pm 7,6$ días. En 7 (53,8%) pacientes se identificó falla hepática hiperaguda y en 6 (46,1%) falla hepática aguda. Ninguno de los enfermos tenía comorbilidades, aunque desarrollaron complicaciones como anemia, lesión renal aguda, ascitis, trombocitopenia, pancreatitis, hipertensión intracraneal, hemorragia intraparenquimatosa, edema cerebral y hemorragia digestiva alta no variceal (Tabla 1). La mortalidad fue de 38,5% (5 pacientes, 4 hombres y 1 mujer), registrada en las primeras 72 horas tras el ingreso al hospital en el 60% de los casos.

Tabla 1. Complicaciones identificadas en pacientes con falla hepática aguda por el virus de la hepatitis A. (Lun201)

Anemia	10 (76,9%)
Grado I	5 (38,4%)
Grado II	4 (30,7%)
Grado III	1 (7,6%)
Lesión renal aguda	9 (69,2%)
KDIGO 1	3 (23,1%)
KDIGO 2	0 (0%)
KDIGO 3	6 (46,2%)
Ascitis	4 (30,7%)
Hipertensión intracraneal	2 (15,3%)
Edema cerebral difuso	2 (15,3%)
Rabdomiólisis	1 (7,6%)
Hemorragia intraparenquimatosa	1 (7,6%)
Sangrado del tubo digestivo alto	1 (7,6%)
Pancreatitis aguda	1 (7,6%)

KDIGO, kidney disease improving global outcomes.

Conclusiones: La falla hepática aguda secundaria al virus de la hepatitis A en este hospital fue mucho mayor de lo esperado, así como la mortalidad, por lo que es importante estar alerta e investigar cambios en la endemidad de esta infección en México y los cambios en la virulencia del virus de la hepatitis A.

Financiamiento: No se recibió ningún financiamiento.

Lun202

FALLA HEPÁTICA AGUDA SECUNDARIA A INFECCIÓN POR VIRUS DE HEPATITIS A Y MORTALIDAD EN EL HOSPITAL REGIONAL LIC. ADOLFO LÓPEZ MATEOS, ISSSTE, EN EL PERIODO 2022-2023

B. Govea-Mendoza, A. A. Chávez-Santiago, O. Contreras-Rivas, E. Suazo-Zepeda, Departamento de Epidemiología, Centro Médico Universitario Groningen; Departamento de Gastroenterología, Hospital

Regional Lic. Adolfo López Mateos, Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado

Introducción: El virus de la hepatitis A (VHA) es la variante más frecuente de la hepatitis viral aguda en el mundo y es efecto de un virus de ARN monocatenario citopático sin envoltura, que se transmite sobre todo por la vía fecal-oral a través del agua o alimentos contaminados. El diagnóstico de infección por VHA se confirma mediante la detección de anticuerpos de inmunoglobulina M (IgM) contra el VHA. Durante 2020 se registró una tasa de incidencia nacional de 3,11 casos por cada 100.000 habitantes en México. La hepatitis A es una infección benigna y en la mayor parte de los casos autolimitada. Sin embargo, en raras ocasiones puede causar falla hepática aguda (FHA), con una incidencia de 0,3%, y provoca con muy poca frecuencia la muerte o la necesidad de practicar un trasplante de hígado (0,04 por 100.000 habitantes). La FHA se caracteriza por daño hepático (pruebas hepáticas anormales), coagulopatía (índice internacional normalizado [INR] > 1,5) y encefalopatía hepática (HE).

Objetivo: Determinar la incidencia de FHA secundaria a infección por el virus de la hepatitis A y la mortalidad en el Hospital Regional Lic. Adolfo López Mateos, ISSSTE, en el periodo 2022-2023.

Material y métodos: Se condujo un estudio de cohorte retrospectivo que incluyó a pacientes con diagnóstico serológico e IgM positiva para el virus de la hepatitis A atendidos en el Hospital Regional Lic. Adolfo López Mateos, ISSSTE, de enero de 2022 a junio de 2023. De los expedientes clínicos se colectaron edad, género, diabetes mellitus de tipo 2 (DM2), hipertensión arterial sistémica (HAS), índice de masa corporal (IMC), hepatopatía crónica previa y FHA. Análisis estadísticos: se empleó estadística descriptiva para analizar las diferencias entre el grupo que desarrollo FHA y el que no. Se usaron la prueba χ^2 en variables categóricas y la t de Student para variables continuas. Se realizó un análisis de regresión logística univariado para explorar potenciales factores de riesgo para desarrollar FHA. Para que un valor se considerara como significativo debía tener un valor $p \leq 0,05$ (Tabla 1).

Tabla 1. Características de los pacientes por grupo de FHA. (Lun202)

		Falla hepática aguda				p
		No		Sí		
		n	%	n	%	
Edad	Media (error estándar)	36	(2)	50	(2)	0,013
	Sexo					
DM2	Hombre	12	70,6	3	100,0	0,278
	Mujer	5	29,4	0	0,0	
HAS	No	16	94,1	0	0,0	< 0,001
	Sí	1	5,9	3	100,0	
IMC	No	15	88,2	2	66,7	1
	Sí	2	11,8	1	33,3	
Hepatopatía previa	< 30 kg/m ²	14	82,4	0	0,0	0,004
	> 30 kg/m ²	3	17,6	3	100,0	
Hepatopatía previa	No	17	100,0	2	66,7	0,015
	Sí	0	0,0	1	33,3	

Discusión: Se reconocieron 20 casos de infección por VHA. La edad promedio en el grupo con FHA fue significativamente mayor en comparación con el grupo que no la tuvo (50 vs. 36, $p = 0,013$). El porcentaje de pacientes con DM2, IMC > 30 kg/m² y hepatopatía previa fue significativamente mayor en el grupo de enfermos con

FHA en comparación con el grupo sin ella (DM2, 100 vs. 5,9%, $p \leq 0,001$; IMC > 30 kg/m², 100 vs. 17,6%, $p = 0,004$; hepatopatía previa, 33,3 vs. 0%, $p = 0,015$). No se identificaron potenciales factores de riesgo para desarrollar FHA en el análisis univariado.

Conclusiones: La incidencia de FHA en pacientes con el VHA fue más alta que la referida en protocolos previos. Se identificaron diferencias significativas para el desarrollo de FHA, como una mayor edad, DM2, IMC > 30 kg/m² y hepatopatía crónica previa. Se requieren futuros estudios con mayor número de pacientes para identificar más factores de riesgo y poder ofrecer atención rápida a los pacientes identificados con elevadas probabilidades de sufrir FHA.

Financiamiento: No se recibió financiamiento de ningún tipo.

Lun203

TRASPLANTE RENAL CON DONADOR VHC POSITIVO EN LA ERA DE LOS ANTIVIRALES DE ACCIÓN DIRECTA

A. E. Chavarín-Meza, R. De La Vega-Mireles, G. Castro-Narro, A. Bautista-Santos, R. Moreno-Alcántar, Hospital de Especialidades Dr. Bernardo Sepúlveda Gutiérrez, Centro Médico Nacional Siglo XXI

Introducción: La infección por el virus de la hepatitis C (VHC) es común en pacientes con enfermedad renal crónica (ERC). Se ha descrito como factor de riesgo en la pérdida del injerto relacionado con proteinuria, rechazo crónico, glomerulopatía postrasplante, diabetes postrasplante y nefritis vinculada con VHC. Trasplantar riñones de un donador positivo a VHC es controversial, aunque el riesgo de contagio desde un donador con viremia indetectable es mínimo. El 6,5% de los riñones trasplantados en Estados Unidos procede de donadores con viremia positiva. Sin embargo, hasta el 42% de los centros no practica este tipo de trasplantes. Las tasas de viremia postrasplante oscilan entre 30% y 100%.

Objetivo: Describir la evolución clínica y bioquímica de pacientes receptores de injerto renal con donadores seropositivo para VHC.

Informe de casos:

Caso 1: Paciente masculino de 58 años con diagnóstico de ERC por enfermedad poliquística renal de 25 años, en hemodiálisis desde 2018, que se trasplantó en abril de 2023. En los primeros 30 días después del trasplante desarrolló infección de herida quirúrgica tratada con antimicrobianos y resolución completa del cuadro; en el seguimiento se descartó infección por VHC con serología y carga viral.

Caso 2: Paciente masculino de 63 años con ERC secundaria a hipertensión arterial sistémica, bajo hemodiálisis desde 2019; se trasplantó en abril 2023, sin ninguna complicación, y en el seguimiento se descartó la infección con serología y carga viral para VHC.

Caso 3: Paciente masculino de 65 años con ERC por nefropatía diabética en hemodiálisis desde 2018; fue objeto de trasplante en otra institución en octubre del 2020, y luego del procedimiento el receptor registró una serología y carga viral positivas, por lo que se lo remitió a este servicio. Recibió tratamiento con sofosbuvir/velpatasvir dos meses después del trasplante y se confirmó RVS en octubre de 2021.

El donador en los casos 1 y 2 contaba con estudios de imagen que descartaban hepatopatía crónica. El esquema de inmunosupresión incluyó basiliximab (20 mg los días 0 y 4) y metilprednisolona (500 mg). En la **Tabla 1** se describen los paraclínicos y la evolución.

Discusión: Las complicaciones vinculadas con la infección por VHC en receptores de injerto renal están ampliamente descritas y eran una limitante para considerar el trasplante en pacientes con discordancia serológica; sin embargo, desde el año 2015 se ha observado un aumento de este tipo de intervenciones. En la actualidad, en la era de los antivirales de acción directa (AAD), se cuenta con tratamientos

con tasas elevadas de respuesta viral sostenida > 95%, aun si el donador se infecta luego del trasplante.

Conclusiones: En la era de los AAD, los injertos renales de donadores con infección por VHC son una opción en países como éste, donde

hay pocos donantes cadavéricos no relacionados con el paciente. La presentación de estos casos es útil para sustentar lineamientos en salud.

Financiamiento: No se recibió ningún financiamiento.

Tabla 1. Paraclínicos y evolución de los casos. (Lun203)

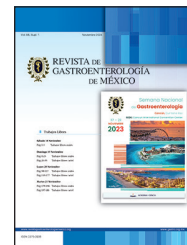
	Receptor 1			Receptor 2			Receptor 3	
	Pretrasplante	Postrasplante (día 3)	Postrasplante (1 mes)	Pretrasplante	Postrasplante (día 3)	Postrasplante (1 mes)	Postrasplante (1 mes)	Tratamiento: sofosbuvir-velpatasvir
Anticuerpos contra VHC	Negativo	Negativo		Negativo	Negativo		Positivo	
Carga viral (copias)		No detectado			No detectado		92.900.000	Respuesta viral sostenida
Creatinina (mg/dL)	9,7	12,7 *	2,7	13,3	9,49 *	1,81	1,7	1,28
Glucosa (mg/dL)	74	121	89	93	129	107	106	126
Urea (mg/dL)	90,3	240	125	199	206	109	70	57,8
Albúmina (g/dL)	3,7	2,6	2,37	3,9	3,81	3,91	3,5	3,7
Bilirrubina total	0,82	0,24	0,36	0,46	0,39	0,31	0,9	0,43
AST (U/L)	14	16	16	16	26	17	161	12
ALT (U/L)	10	22	10	12	55	30	448	12
Fosfatasa alcalina (U/L)	433	49	64	286	184	246	137	65
GGT (U/L)	27	31	36	43	54	43	168	16
Tacrolimus (ng/ml)		7,7	5,49		3,9	14,3		

*Creatinina postrasplante inmediato.



REVISTA DE GASTROENTEROLOGÍA DE MÉXICO

www.elsevier.es/rgmx



Exposición de trabajos libres en cartel

Lunes 20 de noviembre de 2023

Hígado graso

Lun204

ECOLOGÍA DE LA MICROBIOTA INTESTINAL EN PACIENTES CON ENFERMEDAD HEPÁTICA POR ESTEATOSIS

N. A. Cruz-Sancén, J. F. Sánchez-Ávila, N. Torres, J. Granados-Arriola, Escuela de Nutrición, División de Ciencias de la Salud, Universidad Anáhuac Querétaro

Introducción: La microbiota intestinal (MI) es una comunidad compleja, dinámica y específica de cada individuo. La forma en que la MI responde a factores ambientales e intrínsecos al hospedador es el resultado de las interacciones simbióticas entre la comunidad de microorganismos. El método de curva de superposición de disimilitud (DOC) se ha utilizado para determinar la dinámica ecológica presente en la MI. La MI de individuos sanos muestra una dinámica universal (DU) que permite mayor estabilidad a las perturbaciones externas en comparación con el patrón de dinámica no universal (DnU). La dinámica ecológica de la MI es poco conocida en individuos con enfermedad de hígado graso no alcohólico (NAFLD, *non-alcoholic fatty liver disease*).

Objetivo: Describir la dinámica ecológica de la MI por medio del DOC, análisis de coocurrencia (CoOc) y coexclusión (CoEx) en individuos sanos y con NAFLD.

Material y métodos: Análisis secundario, descriptivo y transversal del proyecto aprobado por el comité de ética del INCMNZ (ref. 1897). Se incluyó a adultos de ambos sexos. Se consideró la NAFLD por parámetro de atenuación controlado (CAP)³ de 230 decibelios por metro (dB/m) por FibroScan®. La MI se determinó

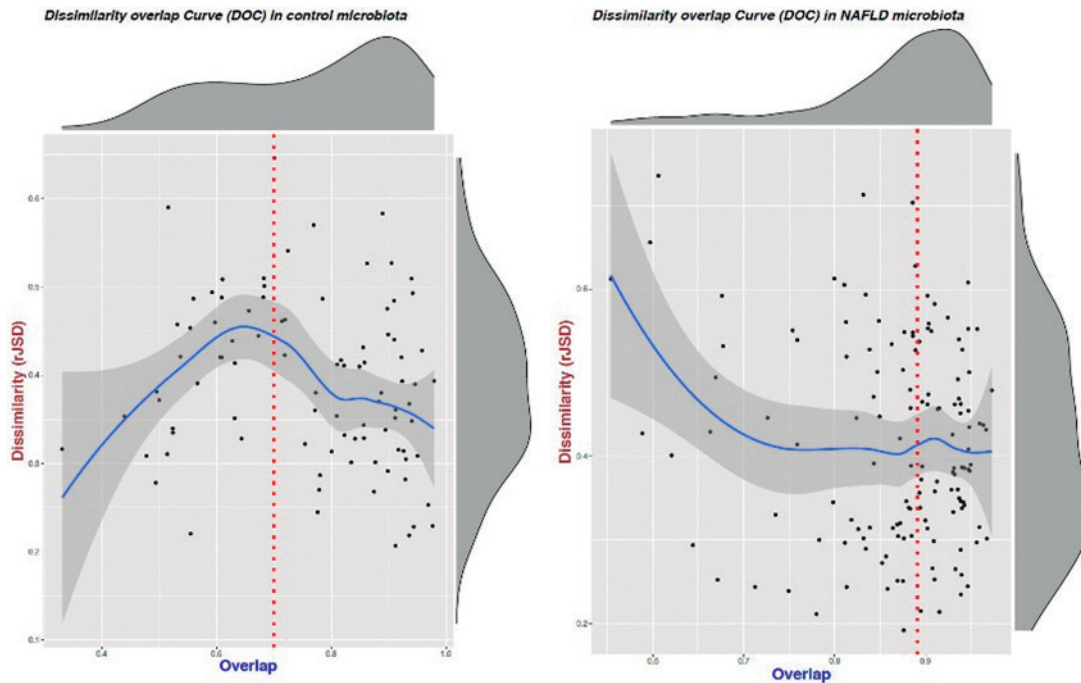
por secuenciación de amplicones del gen *16S rRNA*, procesada con QIIME 2 v. 2019.7, y se obtuvieron matrices de abundancia relativa (MAR) por género. Las MAR de los controles y NAFLD se utilizaron para el análisis DOC. Se calculó la superposición (O) por intersección de unidades operacionales taxonómicas (OTU) entre cada par de muestras de cada grupo, y también la disimilitud (D) por renormalización de los OTU representativos en O, seguida de la medida de divergencia de raíz de Jentsen-Shannon (rJSD). La DOC se obtuvo por el método suavizado de diagrama de dispersión ponderado localmente (LOWESS). La DOC en DU muestra una pendiente negativa, en tanto que DnU posee una pendiente plana. Las redes de CoOc y CoEx se construyeron a partir de las MAR de cada grupo. Se calcularon los parámetros de tamaño de red (TR), coeficiente de agrupamiento (CA) y densidad de la red (DR). El análisis descriptivo y DOC se analizaron en R v 4.3.1 y las redes por medio de CoNet en Cytoscape.

Resultados: En total se incluyeron las muestras de 33 sujetos, 8 hombres y 25 mujeres, con edad de $30,63 \pm 11,3$ años; 18 de ellos tenían NAFLD. El análisis DOC muestra que la MI del grupo control tiene una DU en tanto que la MI del grupo con NAFLD tiene DnU (Fig. 1). Al analizar las redes se encontraron diferencias entre la MI del grupo control y NAFLD en los parámetros de TR (47 vs. 33), CA (0,446 vs. 0,18) y DR (0,104 vs. 0,046) y por tanto menor complejidad en la red de interacciones de la MI en NAFLD.

Conclusiones: La dinámica de la MI de sujetos con NAFLD muestra una dinámica no universal (DnU) y una menor complejidad de relaciones simbióticas en comparación con la MI de individuos sanos. Estos patrones diferentes pueden representar áreas de investigación en los modelos fisiopatológicos y el potencial desarrollo de tratamientos dirigidos en la NAFLD.

Financiamiento: No se contó con ningún financiamiento.

Figura 1. Dinámica de la microbiota intestinal en sujetos controles (n = 15) en comparación con sujetos con NAFLD (n = 18). (Lun204)



Lun205

ASOCIACIÓN ENTRE EL PATRÓN DE CONSUMO DE CAFÉ Y LA PRESENCIA DE ESTEATOSIS Y FIBROSIS HEPÁTICA

C. F. Martínez-Cabrera, R. G. Romo-Arellano, B. M. Román-Calleja, B. A. Valencia-De la Peña, D. Esquiliano-Raya, A. Guadarrama-Lome, R. U. Macías-Rodríguez, A. Ruiz-Margáin, Departamento de Gastroenterología, Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán

Introducción: El café es una de las bebidas más consumidas en el mundo y en los últimos años su consumo se ha relacionado con una variedad de resultados positivos para la salud. En fecha reciente también se han notificado beneficios en todo el espectro del daño hepático, sobre todo los que sustentan al café como factor protector para transaminasas y esteatosis hepática. Sin embargo, a pesar del interés se desconoce en gran medida el patrón de consumo de este nutriente en la población mexicana. El patrón de consumo y las múltiples presentaciones del café tienen relevancia debido a que los mayores beneficios se han vinculado con la cafeína, por lo que el método de preparación, tipo y acompañamientos de la bebida podrían tener un efecto en los resultados informados. **Objetivos:** Evaluar la relación entre el patrón de consumo de café y los diferentes grados de esteatosis y fibrosis hepática.

Materiales y métodos: Estudio transversal analítico realizado en sujetos que acuden al estudio de elastografía transitoria como parte de sus estudios regulares en el departamento de gastroenterología del Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán. Se aplicó un cuestionario que permite conocer la frecuencia de consumo de café, cantidad consumida, tipo de preparación y aditivos con los que se acompaña el café para establecer un patrón de consumo habitual.

Resultados: En total se incluyó a 930 pacientes que se categorizaron conforme a su consumo de café en: no consumidores (n = 89), consumidores de 1 taza (n = 347), consumidores de 2 tazas (n = 335)

y consumidores de 3 o más tazas (n = 159). En todos los grupos se encontró que más del 70% de los pacientes tienen DM2. La frecuencia de esteatosis hepática en este estudio fue de 55% y el grupo que consumió 2 tazas registró la mayor prevalencia de MASLD y fibrosis significativa.

Los años de consumo de café fueron significativamente más altos en el grupo que consume 3 o más tazas. Asimismo, en este grupo se reconoció un mayor consumo de aditivos, como azúcar y edulcorantes. El modelo de regresión múltiple para vincular los grados de rigidez hepática con el consumo de café tuvo una r^2 ajustada de 46,7%.

Conclusiones: El consumo de café parece relacionarse con menores grados de fibrosis hepática. Sin embargo, el consumo de café se acompaña casi siempre de azúcar o edulcorantes, lo que puede reducir los potenciales efectos benéficos de esta sustancia.

Financiamiento: No se contó con financiamiento alguno.

Lun206

CARACTERÍSTICAS ANTROPOMÉTRICAS DE PACIENTES MEXICANOS NO OBESOS CON NAFLD

F. J. Valentín-Cortez, A. M. Mijangos-Trejo, R. A. Gómez-Mendoza, V. M. Fernández-Garibay, N. C. Chávez-Tapia, Fundación Clínica Médica Sur

Introducción: El índice de masa corporal (IMC) y la circunferencia de la cintura son los indicadores más comunes de obesidad y se ha demostrado que tienen una cierta correlación con la enfermedad del hígado graso no alcohólico (NAFLD, *non-alcoholic fatty liver disease*); sin embargo, la NAFLD puede presentarse en pacientes sin obesidad. La mayoría de los estudios no ha evaluado dichos parámetros en pacientes no obesos y además se necesitan estudios en la población mexicana para caracterizar el comportamiento de tales parámetros.

Objetivo: Determinar las características antropométricas de pacientes mexicanos no obesos con NAFLD.

Tabla 1. Características antropométricas de pacientes mexicanos no obesos con NAFLD. (Lun206)

	Participantes (n = 529)	Edad en años	Peso (kg)	Talla (cm)	IMC	Circunferencia de cintura (cm)	Circunferencia de cadera (cm)	% grasa corporal
Sin esteatosis	264 (49,9%)	49 ± 7,91	63,3 ± 10,4	165 ± 9,25	22,9 ± 3,1	81,5 ± 8,54	96,7 ± 6,51	25,5 ± 7,31
Con esteatosis	265 (50,1%)	51,2 ± 8,83 (p = 0,003)	72,1 ± 11 (p < 0,001)	167 ± 9,75 (p = 0,076)	25,7 ± 2,83 (p < 0,001)	91,6 ± 9,06 (p < 0,001)	99,9 ± 5,56 (p < 0,001)	29,0 ± 7,17 (p < 0,001)
Esteatosis grado 1 (S1)	75 (14,18%)	49,7 ± 7,87 (p = 0,679)	67,3 ± 10,4 (p = 0,746)	165 ± 9,16 (p = 0,527)	24,1 ± 3,69 (p = 0,580)	87,5 ± 7,30 (p = 0,416)	97,8 ± 5,46 (p = 0,440)	26,5 ± 6,7 (p = 0,371)
Esteatosis grado 2 (S2)	75 (14,18%)	50,3 ± 9,08 (p = 0,826)	74,1 ± 10,6 (p < 0,001)	168 ± 10,6 (p = 0,019)	26,0 ± 1,77 (p < 0,001)	91,8 ± 10,8 (p < 0,001)	101 ± 5,8 (p < 0,001)	29,1 ± 8,17 (p = 0,018)
Esteatosis grado 3 (S3)	115 (21,73%)	52,7 ± 9,09 (p < 0,001)	73,9 ± 10,9 (p < 0,001)	166 ± 9,44 (p = 0,488)	26,6 ± 2,28 (p < 0,001)	94,1 ± 7,91 (p < 0,001)	101 ± 5,14 (p < 0,001)	30,6 ± 6,33 (p < 0,001)

*S1, 5%-32% de las células hepáticas con contenido grasa; S2, 33%-65% de las células hepáticas con contenido grasa; S3, > 65% de las células hepáticas con contenido grasa; IMC; índice de masa corporal.

Material y métodos: Se consultaron los expedientes de pacientes que acudieron a revisión preventiva y que fueron objeto de elastografía hepática (Fibroscan®) en el periodo comprendido entre enero de 2019 y diciembre de 2020. Tipo de estudio: descriptivo, analítico, transversal, retrospectivo y observacional. Variables analizadas: edad, género, comorbilidades, índice de masa corporal (IMC), grado de esteatosis y fibrosis por elastografía, peso, talla, circunferencia de la cintura, circunferencia de la cadera, porcentaje de grasa corporal, valores séricos de transaminasas y bilirrubina total. Análisis estadístico: los resultados se analizaron con medidas de frecuencia para la obtención de porcentajes, media, promedio y desviación estándar, así como t de Student para determinar la diferencia de las medias.

Resultados: De los pacientes que acudieron a revisión preventiva se excluyó a aquéllos con datos incompletos en el expediente, con consumo de alcohol significativo y sujetos con IMC de 30; al final se incluyó en el análisis a 529 pacientes. La edad promedio fue de 50,1 años ($\pm 8,44$), con 47,8% de hombres; el 42,3% tenía dislipidemia, 7,8% diabetes y 13% hipertensión arterial sistémica. El 21,4% correspondió a fumadores, 76,6% realizaba actividad física y en 2,07% se identificó fibrosis en la biopsia (ninguno tenía cirrosis hepática). La media de IMC fue de $24,5 \pm 3,28$ y el porcentaje de grasa corporal de $27,3 \pm 7,45$. En la **Tabla 1** se muestran las características antropométricas de los pacientes no obesos con NAFLD, comparados con aquellos sin esteatosis hepática.

Conclusiones: En los pacientes no obesos con NAFLD se observó una relación directamente proporcional entre el grado de esteatosis (S2 y S3) y el aumento de las medidas antropométricas (peso, IMC, circunferencia de cintura, circunferencia de cadera y porcentaje de grasa corporal). No hubo diferencia significativa en las medidas antropométricas entre pacientes con S0 y S1.

Financiamiento: No se recibió financiamiento de ningún tipo.

Lun207

BÚSQUEDA DE FIBROSIS HEPÁTICA MEDIANTE ESCALAS NO INVASIVAS EN PACIENTES CON DIABETES MELLITUS TIPO 2 EN EL CENTRO MÉDICO ISSEMYM TOLUCA

A. Bravo-Cabrera, J. D. Prieto-Nava, A. L. Osorio-Núñez, Centro Médico ISSEMYM Toluca

Introducción: La enfermedad por hígado graso es el trastorno hepático más común en los países occidentales con prevalencia del 17% a 46%. Los estudios recientes en adultos en Estados Unidos refieren

hígado graso en > 70% de las personas con diabetes mellitus de tipo 2 (DM2) y de éstos 12% a 20% tienen fibrosis clínicamente significativa ($\geq F2$). La Asociación Americana de Diabetes recomendó en el 2019 la búsqueda de fibrosis hepática en pacientes con diabetes mellitus. La AASLD recomienda las pruebas no invasivas como la FIB-4 o la calificación de NAFLD para clasificar a los pacientes en riesgo bajo, intermedio o avanzado de fibrosis y determinar seguimiento o necesidad de estudios complementarios, como la elastografía.

Objetivo: Evaluar la prevalencia de fibrosis hepática en pacientes con diabetes mellitus de tipo 2 mediante escalas no invasivas, clasificación por grupos de riesgo y comparación de las diversas escalas.

Material y métodos: Se trata de un estudio retrospectivo y descriptivo que incluyó a pacientes mayores de 18 años, atendidos en la consulta externa del Centro Médico ISSEMYM con diagnóstico de DM2 en el periodo de enero del 2020 a abril del 2023, que contaran con pruebas de funcionamiento hepático, así como estudios de laboratorio y expediente clínico completo. Se recabaron variables demográficas y somatométricas mediante hoja de cálculo Excel y se obtuvieron las escalas de fibrosis APRI, FIB-4 y calificación de NAFLD; de acuerdo con los resultados se clasificó a los pacientes en tres grupos: riesgo bajo, intermedio y alto.

Resultados: Se revisó a 597 pacientes de los cuales se excluyó a 297 por no contar con pruebas de funcionamiento hepático; 300 cumplieron criterios de inclusión, 174 (58%) fueron hombres y 126 (42%) mujeres, el promedio de edad fue de 59 años (18-94 años), y 75 (25%) pacientes tenían alteraciones en las pruebas de funcionamiento hepático. Se clasificaron en tres grupos de riesgo como se muestra en la **Tabla 1**. Un total de 212 pacientes tenía HbA1c > 6,5 y de ellos 7 (2,3%) tenían fibrosis significativa. De los 67 individuos en riesgo alto por la calificación de NAFLD, el 19% mostró alteraciones de las PFH en comparación con el 60% en el mismo grupo por FIB-4. Se identificó a 211 (70%) pacientes con sobrepeso u obesidad y 147 pacientes con dislipidemia, de los cuales el 5,6% (n = 17) registró fibrosis significativa.

Tabla 1. Clasificación de riesgo mediante escalas no invasivas. (Lun207)

Escala	Riesgo bajo	Riesgo intermedio	Riesgo alto
Calificación NAFLD de fibrosis	n = 64 (21,3%)	n = 169 (56%)	n = 67 (22,3%)
FIB-4	n = 181 (60,3%)	n = 96 (32%)	n = 23 (7,6%)
APRI	n = 266 (88,6%)	n = 30 (10%)	n = 4 (1,3%)

Conclusiones: La Asociación Europea para el Estudio del Hígado (EASL) y la Asociación Europea para el Estudio de Diabetes (EASD) recomiendan los marcadores no invasivos para identificar el riesgo de fibrosis en pacientes con DM2. El 50% de los pacientes se excluyó debido a la falta de PFH, similar a lo notificado en estudios internacionales con cifras que fluctúan entre 16% y 46%. En este estudio sólo el 25% de los pacientes tenía alteración en las PFH, lo que sugiere que este protocolo por sí solo no es suficiente como tamizaje de fibrosis. La calificación de NAFLD es la única escala que incluye DM2, razón por la cual tiene mayor número de pacientes en riesgo intermedio y alto ($n = 236$); este parámetro y la FIB-4 tienen una AUROC de 0,821 y 0,827, respectivamente, por lo que se necesita prueba confirmatoria. La FIB-4 posee gran valor predictivo negativo para descartar fibrosis avanzada, motivo por el cual el mayor número de pacientes se encuentra en riesgo bajo e intermedio ($n = 277$). Los grupos con riesgo intermedio y alto (78% de los pacientes del estudio) requerirán complementación con elastografía y debían enviarse a los servicios de gastroenterología o hepatología.

Financiamiento: No se recibió financiamiento de ningún tipo.

Lun208

ASOCIACIÓN ENTRE ESTEATOSIS HEPÁTICA NO ALCOHÓLICA DIAGNOSTICADA POR ELASTOGRAFÍA DE TRANSICIÓN Y MARCADORES DE RIESGO CARDIOVASCULAR

F. J. Valentín-Cortez, P. Vidal-Cevallos, T. Álvarez-Cisneros, N. C. Chávez-Tapia, Hospital Médica Sur

Introducción: La esteatosis hepática no alcohólica (NAFLD, *non-alcoholic fatty liver disease*) es la hepatopatía más frecuente en el mundo y afecta al 25% a 30%; su relación con el síndrome metabólico está bien establecida y la principal causa de mortalidad son las de tipo cardiovascular. Se ha propuesto que el hígado graso está ligado a aterosclerosis subclínica y disfunción endotelial, por lo que es importante calcular el riesgo cardiovascular en este tipo de pacientes. La única escala validada en población mexicana es la de Globorisk.

Objetivo: Evaluar la vinculación entre el grado de NAFLD diagnosticada por elastografía de transición y marcadores de riesgo cardiovascular en pacientes del Centro Integral de Diagnóstico y Tratamiento (CIDyT) del Hospital Médica Sur en México.

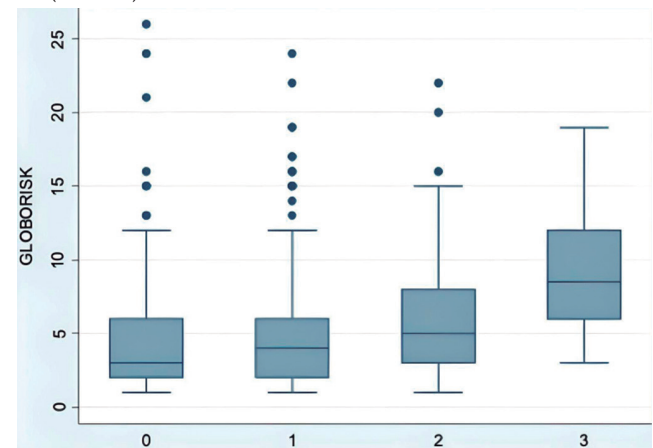
Material y métodos: Expedientes de pacientes que acudieron al CIDyT entre 2019 y 2020 en el Hospital Médica Sur. Tipo de estudio: retrospectivo y comparativo. Variables analizadas: escalas de riesgo cardiovascular (Globorisk), esteatosis hepática, parámetro de atenuación, género, diabetes mellitus tipo 2 y síndrome metabólico. Análisis estadístico: se realizó con STATA 14; las variables categóricas se describen con números y porcentajes, y las continuas con medidas de tendencia central y desviación estándar.

Resultados: Se incluyó a 602 pacientes (269 controles y 333 casos), sin incluir las causas secundarias de hepatopatía; 50,2% correspondió a hombres, con edad promedio de 50 años ($p = 0,002$). El síndrome metabólico estuvo presente en el 10,1% de los pacientes y los componentes más frecuentes fueron dislipidemia (27,2%), sobrepeso (50,7%), hipertensión arterial sistémica (11%) y diabetes mellitus tipo 2 (7%).

La media de peso fue menor en los controles (64 ± 1 kg vs. 77 ± 15 kg). Se informaron menores concentraciones de glucosa en controles (88 ± 8 mg/dL vs. 94 ± 24 mg/dL, $p < 0,001$), dislipidemia controles contra casos (LDL 126 ± 32 mg/dL vs. 128 ± 36 mg/dL, $p = 0,033$), hipoalfalipoproteinemia (46 ± 12 mg/dL vs. 55 ± 14 mg/dL, $p < 0,001$) e hipertrigliceridemia (94 ± 70 mg/dL vs. 144 ± 93 mg/dL, $p < 0,001$). Asimismo, elevación de las pruebas de función hepática (TGP 25 ± 14

U/L vs. 31 ± 17 U/L, $p < 0,001$) y deshidrogenasa láctica (116 ± 54 U/L vs. 124 ± 43 U/L, $p = 0,044$). Al explorar la relación del riesgo cardiovascular y los grados de esteatosis hepática (4,76 vs. 4,71%), se encontró similitud entre los pacientes sin esteatosis y aquellos con grado 1; los pacientes con grado 2 tenían riesgo cardiovascular aumentado (5, 79%, $p < 0,001$) y en el grado 3 aumentó hasta 9,2%, ($p < 0,001$), como se muestra en la Figura 1.

Figura 1. Relación entre el riesgo cardiovascular calculado con la escala de Globorisk y los grados de esteatosis hepática no alcohólica. (Lun208)



Conclusiones: Se demostró que cuanto mayor es el grado de esteatosis hepática mayor es el riesgo cardiovascular progresivo cuando se calcula con la escala de Globorisk. El síndrome metabólico estuvo presente en el 10,1% de los pacientes, y de sus componentes los más frecuentes fueron dislipidemia (27,2%), sobrepeso (50,7%), hipertensión arterial sistémica (11%) y diabetes mellitus tipo 2 (7%). Esto es importante ya que al identificar a pacientes con esteatosis hepática es necesario evaluar el riesgo cardiovascular e intervenir.

Financiamiento: No se recibió financiamiento de ningún tipo.

Lun209

PREVALENCIA DE HÍGADO GRASO Y FACTORES DE RIESGO PARA CIRROSIS HEPÁTICA EN POBLACIÓN MEXICANA ASINTOMÁTICA

J. A. Ávila-Rojo, I. García-Juárez, D. Aguirre-Villarreal, E. Ávila-Rojo, E. Elizondo-Zepeda, Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán

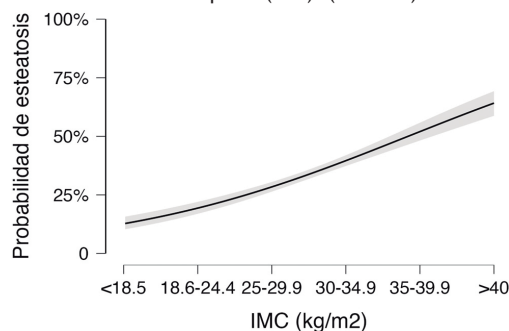
Introducción: La enfermedad del hígado graso no alcohólico (EHGNA) se ha convertido en una preocupación mundial creciente, y la esteatosis hepática es un componente clave de su patogenia. Comprender la prevalencia de la esteatosis hepática e identificar los factores de riesgo vinculados con la fibrosis hepática son cruciales para la detección temprana y la intervención.

Objetivo: Determinar la prevalencia de la esteatosis hepática en pacientes asintomáticos ingresados por sospecha o diagnóstico de neumonía atípica.

Material y métodos: Se recopilaron datos clínicos, de laboratorio e imágenes de registros médicos electrónicos. Se incluyó a un total de 2.353 pacientes y se analizaron sus características demográficas, la prevalencia de la esteatosis hepática y los factores de riesgo adjuntos. Se utilizó tomografía computarizada para el diagnóstico de la esteatosis y se tomó como valor de corte < 40 unidades Hounsfield (UH) evaluadas en los lóbulos hepáticos III y VI.

Resultados: De la muestra inicial de 2.353 pacientes se excluyó a 17, de tal modo que la población total del estudio se integró con 2.335. En cuanto a los resultados de características demográficas, la edad media de los participantes fue de 56 años (intervalo, 18-96). Del total de la población, 871 (37%) pacientes eran femeninos y 1.482 (63%) masculinos. Un total de 931 (39,8%) individuos se clasificó con sobrepeso, mientras que 1.012 (43,3%) como obesos. En cuanto a condiciones específicas, 701 (29%) individuos tuvieron el diagnóstico de diabetes mellitus y 796 (34,1%) cumplieron criterios para esteatosis hepática por tomografía computarizada. Entre los sujetos con esteatosis hepática, 245 (30,8%) tenían diabetes mellitus. En términos del estado ponderal, de los pacientes con sobrepeso, 221 (23,7%) sufrían esteatosis hepática. De forma adicional, de los pacientes clasificados con obesidad, 464 (45,8%) tenían esteatosis hepática (Fig. 1). Para evaluar mediante puntuaciones para fibrosis hepática se utilizaron APRI, FIB-4 y la calificación de fibrosis de la NAFLD. De acuerdo con la puntuación de APRI, 151 pacientes cumplieron criterios para fibrosis hepática; de éstos, 76 (50%) pacientes se catalogaron con fibrosis significativa y de ellos 59 sufrían esteatosis hepática concomitante; los otros 76 (50%) restantes se diagnosticaron con fibrosis avanzada y cirrosis, 27 de los cuales desarrollaron esteatosis hepática. Mediante el índice FIB-4 como puntuación de fibrosis, 627 pacientes se identificaron con fibrosis hepática, 520 de los cuales tuvieron fibrosis de grados 2 a 3 (intervalo, 1,45-3,25). De estos 520 sujetos, 159 tenían esteatosis hepática. Adicionalmente, 107 individuos se clasificaron con fibrosis avanzada, 28 con esteatosis, catalogados con una puntuación FIB-4 > 2,67 puntos, lo cual indicaba fibrosis avanzada; 164 pacientes cumplieron dicho criterio y 40 de ellos desarrollaron esteatosis hepática coexistente. En cuanto a la calificación de fibrosis de la NAFLD, 225 individuos satisficieron los criterios para fibrosis avanzada y 67 padecieron esteatosis hepática.

Figura 1. Probabilidad de esteatosis hepática de acuerdo con el grado de índice de masa corporal (IMC). (Lun209)



Conclusiones: Este estudio tenía como objetivo determinar la prevalencia e incidencia de la esteatosis hepática en pacientes asintomáticos. Los hallazgos revelaron una carga significativa de esteatosis hepática en la población estudiada. Es prioritario enfatizar la importancia de la detección temprana y la intervención para la esteatosis hepática, en particular en personas con factores de riesgo adjuntos, como diabetes, sobrepeso y obesidad; el IMC resultó un factor importante de correlación para el desarrollo de esta entidad.

Financiamiento: No se contó con financiamiento en este trabajo.

Lun210

PREVALENCIA DE COLELITIASIS E HÍGADO GRASO CON COMPONENTES DEL SÍNDROME METABÓLICO EN UNA COHORTE DE CINCO AÑOS EN UN CENTRO DE TERCER NIVEL EN MÉXICO

A. Navarro-Sánchez, A. L. Osorio-Núñez, Centro Médico ISSEMyM

Introducción: La colelitiasis es la segunda enfermedad digestiva más prevalente después de la enfermedad por reflujo gastroesofágico, con una prevalencia del 10% a 25% en adultos. Alcanza su mayor incidencia entre los 50 y 60 años. En México, el hígado graso se identifica en 35% a 57,1% de la población y su vinculación con la colelitiasis se informa en 52,4% en la población del sureste de México. En la población de los autores se desconoce esta prevalencia.

Objetivo: Determinar la prevalencia local de hígado graso en pacientes con colelitiasis en una cohorte de cinco años y describir sus características clínicas en un centro de tercer nivel en el centro de México.

Material y métodos: Estudio retrospectivo, transversal y descriptivo que incluyó a pacientes mayores de 18 años con diagnóstico de colelitiasis en los últimos cinco años y que además contaran con expediente completo, datos epidemiológicos y paraclínicos disponibles. Se determinó la presencia o ausencia de hígado graso y componentes del síndrome metabólico. Se definió hígado graso por criterios imagenológicos a través de ultrasonido y tomografía axial computarizada. Se excluyó a los pacientes con consumo significativo de alcohol (> 21 bebidas/sem en hombres y > 14 en mujeres), infección por el virus de las hepatitis C o B, así como sobrecarga de hierro (saturación de transferrina > 50%). El análisis estadístico se realizó con el programa SPSS IBM versión 25 para determinar medidas de tendencia central, así como comparación de medias.

Resultados: Se revisaron 398 casos de colelitiasis, de los cuales 167 cumplieron los criterios de inclusión. El género femenino general incluyó a 103 (61,35%) pacientes y el masculino a 64 (38,65%). La media de edad fue de 52,96 años (intervalo, 21-94). La esteatosis hepática se identificó en 86 casos (51,59%) del total, de los cuales 63,9% (n = 55) tenía un índice de masa corporal > 25 kg/m², hipertensión arterial sistémica en 36% y diabetes mellitus en 30,2%. Al comparar estas variables con el grupo de colelitiasis sin hígado graso (n = 81, 48,5%), no se reconoció diferencia estadísticamente significativa con la prueba t de muestras emparejadas (p ≥ 0,05). Los resultados demográficos y su relación con componentes del síndrome metabólico se describen de la **Tabla 1**.

Tabla 1. Descripción demográfica y relación con componentes del síndrome metabólico. (Lun210)

Grupos	Hígado graso, n = 86 (51,4%)	Sin hígado graso, n = 81 (48,5%)	
Masculino	31,5% (n = 27)	45,8% (n = 37)	
Femenino	68,5% (n = 59)	54,2% (n = 44)	
Edad:	52,2 años (25-94)	53,7 años (21-86)	
IMC > 25 kg/m²	63,9% (n = 55)	53% (n = 43)	p = 0,055
Hipertensión arterial sistémica	36% (n = 31)	37% (n = 30)	p = 0,748
Diabetes mellitus	30,2% (n = 26)	27% (n = 22)	p = 0,867

Conclusiones: En este estudio se logró determinar una prevalencia de 51,59% de hígado graso en una población con colelitiasis y reveló que el 63,9% tenía peso corporal por arriba del límite normal, lo que contribuye al depósito visceral de lípidos y a la formación de litos, sobre todo de colesterol. A pesar de esta vinculación, el 48,5% de pacientes no desarrolló esteatosis hepática, con la posibilidad de que exista sesgo de diagnóstico por etapas tempranas no detectadas por ultrasonido, o por la presencia de otras causas de colelitiasis, como la pérdida rápida de peso y los fármacos (como ceftriaxona, anticonceptivos orales, fibratos, entre otros). Estas cifras indican que en los pacientes con colelitiasis el hígado graso se relaciona con componentes del síndrome metabólico.

Financiamiento: No se contó con ningún financiamiento.

Lun211

PREVALENCIA DE FIBROSIS HEPÁTICA AVANZADA ASOCIADA A EHGNA EN PACIENTES CON VIH ESTIMADA POR FIB-4

J. D. Prieto-Nava, A. Bravo-Cabrera, M. S. González-Huezo, Departamento de Gastroenterología y Endoscopia, Centro Médico ISSEMyM

Introducción: La enfermedad por hígado graso no alcohólico (EHGNA), o redefinida en fecha reciente como enfermedad hepática esteatótica relacionada con disfunción metabólica (MASLD, *metabolic dysfunction-associated steatotic liver disease*), es una entidad con una prevalencia elevada mundial (25%-30% de la población). En México se calcula que 14,4% a 62,9% de los habitantes están afectados por esta enfermedad. Según la OMS, existen 38,4 millones de individuos con infección por el virus de inmunodeficiencia humana (HIV), de los cuales 336.515 se encuentran en este país. La bibliografía internacional muestra que el 35% de los pacientes con HIV cursa con EHGNA, la cual puede ser secundaria al consumo de fármacos o de índole metabólica, y se considera que 4% a 6% cursan con fibrosis hepática avanzada (FHA) al utilizar una herramienta no invasiva como la calificación de fibrosis 4 (FIB-4).

Objetivo: Determinar la prevalencia de FHA vinculada con EHGNA por medio de la herramienta FIB-4, así como las características clínicas en pacientes con HIV en un hospital de tercer nivel en Metepec, Estado de México.

Material y métodos: Estudio observacional, descriptivo y transversal en un hospital de tercer nivel de atención del Instituto de Seguridad Social del Estado de México y Municipios (ISSEMyM) en Metepec, Estado de México. Se evaluó a pacientes mayores de 18 años con el diagnóstico de HIV mediante la FIB-4 constituido por edad, AST, ALT y plaquetas.

Resultados: Se identificó a 365 pacientes con infección por HIV y se excluyó del análisis a 111 pacientes (elevación de ALT y AST > 100, infección por VHB/VHC, hepatopatías autoinmunitarias, consumo elevado de alcohol [> 2 bebidas al día], FIB-4 no calculable). Un total de 254 sujetos cumplió los criterios para el análisis y se le aplicó la herramienta FIB-4 para calcular, por un método no invasivo, la probable presencia de FHA ($> 2,67$). A 184 de ellos (72,44%) se los excluyó ($< 1,3$), a 60 (23,62%) se los clasificó como indeterminados (1,3-2,67) y sólo a 10 (3,93%) de los evaluados se les calculó una FIB-4 indicativa de FHA ($> 2,67$). La edad promedio de la población total evaluada fue de $47,08 \pm 12,1$ años. En aquéllos con probable FHA se observó que 7 de 10 eran hombres y 3 de 10 mujeres, con un tiempo promedio desde el diagnóstico de 11,8 años. Los tratamientos antirretrovirales (TAR) más indicados fueron bictegravir/tenofovir alafenamida/emtricitabina (BIC/TAF/FTC) en 4 de 10 pacientes, dolutegravir/abacavir/lamivudina (DTG/ABC/3TC) y efavirenz/emtricitabina/tenofovir disoproxil fumarato (EVF/FTC/TDF) en 2 de 10, respectivamente. En cuanto a las comorbilidades, 4 de 10 tenían sobrepeso/obesidad, 2 de 10 glucosa alterada de ayuno, 2 de 10 diabetes, 5 de 10 hipertensión arterial sistémica y 4 de 10 dislipidemia; se reconoció la presencia de síndrome metabólico en 2 de 10 sujetos evaluados.

Conclusiones: La EHGNA es una de las anomalías más prevalentes en este país y los componentes del síndrome metabólico son los principales factores de riesgo. La institución de TAR efectivos ha prolongado la sobrevida de los pacientes con HIV y, en consecuencia, ha propiciado una frecuencia elevada de EHGNA en esta población. El desarrollo de dicha hepatopatía es de índole metabólica inherente a la persona y también se debe a factores vinculados con el VIH como la lipodistrofia, fibrogénesis derivada de la persistencia del estrés oxidativo exacerbado y el consumo de

fármacos como DTG, FTC y TAF; la combinación de éstos hace propensos a los pacientes a la progresión hasta la FHA y sus complicaciones adjuntas. En este estudio que empleó FIB-4 en pacientes con HIV se determinó una tasa similar de diabetes, duración de infección por HIV y FHA respecto de las informadas en publicaciones internacionales.

Financiamiento: No se recibió financiamiento de ningún tipo.

Lun212

ASOCIACIÓN DE LA FUERZA Y MASA MUSCULAR CON LA ESTEATOSIS HEPÁTICA EN ADULTOS MEXICANOS

A. P. Herrera-López, S. E. Martínez-Vázquez, A. Kammar-García, L. F. Uscanga-Domínguez, Departamento de Gastroenterología, Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán

Introducción: Diferentes estudios han descrito que la enfermedad por hígado graso no alcohólico se vincula con un mayor riesgo de atrofia del músculo esquelético. La atrofia de éste, definida como una disminución de la fuerza y la cantidad de masa muscular, afecta la funcionalidad y la calidad de vida y aumenta la fragilidad. Hasta el momento, estas relaciones no se han estudiado en la población mexicana en las que existe una elevada prevalencia de esteatosis hepática.

Objetivo: Determinar el nexo entre la fuerza y la masa muscular con la enfermedad por hígado graso no alcohólico en adultos mexicanos.

Material y métodos: Es un estudio transversal analítico en trabajadores de la salud que consintieron participar en el protocolo con registro GAS 379-INCMSZ, evaluados entre febrero y octubre del 2022, que no contaran con diagnóstico previo de hígado graso, diabetes e hipertensión arterial descontrolada, enfermedades tiroideas autoinmunitarias, enfermedad renal o afecciones hepáticas avanzadas. La fuerza de agarre (FA) se determinó con un dinamómetro de presión manual (T.K.K. 5001) con una técnica estandarizada. La FA absoluta (FAA) se definió como el promedio de tres mediciones en kilogramos y la FA relativa (FAR) se obtuvo al dividir la FAA entre el IMC. La masa musculoesquelética (MME) se evaluó con bioimpedancia eléctrica (Seca mBCA 514) y se determinó el índice de masa musculoesquelética (IMME) tras dividir la MME sobre la altura al cuadrado. Los resultados de FAR e IMME se distribuyeron en cuartiles (Q) específicos por sexo. El hígado graso se determinó mediante el FLI (*Fatty liver index*) con un valor ≥ 60 como indicador positivo de enfermedad. Para determinar la vinculación entre las variables se aplicaron análisis de regresión logística.

Resultados: Se evaluó a un total de 177 sujetos con edad promedio de 41,53 años (DE, 13,43), de los cuales 108 fueron mujeres. La prevalencia de hígado graso fue del 35,5% ($n = 63$). De acuerdo con la FAR, la mayoría de los sujetos con esteatosis se agrupó dentro de Q1 ($n = 27$, 42,9%) y Q2 ($n = 19$, 30,2%), mientras que en el Q3 ($n = 11$, 17,5%) y Q4 ($n = 6$, 9,5%) se observó una menor frecuencia de esteatosis ($p < 0,001$). Con respecto al IMME, el mayor número de individuos con esteatosis se agrupó en los cuartiles Q4 ($n = 27$, 42,9%) y Q3 ($n = 18$, 28,6%), en tanto que en el Q2 ($n = 10$, 15,9%) y Q1 ($n = 8$, 12,7%) se observó una menor frecuencia de esteatosis ($p < 0,001$). Respecto de la FAR, el análisis de regresión logística mostró que los participantes en el Q1 (OR = 10,05; IC95%, 3,50-28,84; $p < 0,001$) y Q2 (OR = 4,81; IC95%, 1,68-13,72; $p = 0,003$) tuvieron mayor probabilidad de desarrollar esteatosis respecto de quienes tuvieron mayor fuerza (Q3: OR = 2,04; IC95%, 0,68-6,13; $p = 0,200$). En relación con el

IMME, el análisis de regresión logística reveló que los participantes en el Q1 (OR = 0,14; IC95%, 0,05-0,38; $p < 0,001$) y Q2 (OR = 0,18; IC95%, 0,73-0,46; $p < 0,001$) tuvieron menor probabilidad de sufrir hígado graso en comparación con quienes tuvieron mayor cantidad de masa muscular (OR = 0,04; IC95%, 0,17-0,98; $p = 0,046$).

Conclusiones: La FAR mostró una relación inversamente proporcional con la presencia de esteatosis, al margen del sexo, mientras que el IMME reveló una relación positiva con la esteatosis hepática.

Financiamiento: No se recibió financiamiento de ningún tipo.

Lun213

PREVALENCIA Y FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS CON LA PRESENCIA DE ESTEATOSIS Y FIBROSIS HEPÁTICA EN PACIENTES CON DIABETES MELLITUS TIPO 2 DE RECIENTE DIAGNÓSTICO

O. M. Fierro-Angulo, R. U. Macías-Rodríguez, R. G. Romo-Arellano, A. Guadarrama-Lome, D. Esquiliano-Raya, B. Román-Calleja, V. J. Ornelas-Arroyo, J. Moreno-Muñoz, B. A. Valencia-De la Peña, S. C. Hernández-Jiménez, A. C. García-Ulloa, J. A. González-Regueiro, A. Ruiz-Margáin, MICTLAN Network/Liver fibrosis and Nutrition Lab, Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán

Introducción: La enfermedad hepática esteatótica es la causa más frecuente de enfermedad hepática crónica y la principal causa de mortalidad relacionada con el hígado. La diabetes mellitus tipo 2 (DM2) representa un factor de riesgo importante para la esteatosis, así como para la fibrosis hepática. A pesar de que existe información en las publicaciones médicas sobre el riesgo de esteatosis y fibrosis hepáticas en pacientes con diabetes, es escasa la información en la población mexicana sobre este tema.

Objetivo: Determinar la prevalencia y los factores de riesgo vinculados con la esteatosis y la fibrosis hepática mediante elastografía transitoria por vibración controlada en pacientes con diagnóstico reciente de DM2 (< 5 años).

Material y métodos: Estudio transversal que incluyó a pacientes con DM2 y menos de cinco años de diagnóstico sin complicaciones crónicas, durante el periodo de enero de 2021 a julio de 2023. Variables analizadas: edad, sexo, IMC, medición de rigidez hepática (LSM), parámetro de atenuación controlada (CAP), química sanguínea y hemoglobina glucosilada. Para el análisis estadístico se utilizó estadística descriptiva, prueba de Kolmogorov-Smirnov, t de Student, U de Mann-Whitney, ji cuadrada, prueba exacta de Fisher y análisis de regresión logística.

Resultados: Se incluyó a 846 pacientes, la mayoría mujeres (63,2%); el 79% de la población tenía sobrepeso u obesidad, el 39,6% mostró esteatosis hepática (SLD) y el 10,6% fibrosis. Las personas con esteatosis hepática tenían IMC y LSM más altos, además de concentraciones más elevadas de triglicéridos, ALT, AST y GGT. Los pacientes con fibrosis hepática revelaron IMC, CAP, ALT, AST y GGT mayores. En el análisis multivariado, cifras mayores de IMC, LSM, triglicéridos y ALT se relacionaron de forma independiente con esteatosis. Para la fibrosis, la relación se estableció con valores más altos de IMC, esteatosis, GGT y AST.

Conclusiones: Las prevalencias de esteatosis y fibrosis hepática fueron de 39,6% y 10,6%, respectivamente. Los factores de riesgo vinculados de manera independiente con estas alteraciones incluyen al IMC, valor de transaminasas, GGT y triglicéridos, por lo que deben solicitarse de manera sistemática en la población con DM2.

Financiamiento: No se recibió financiamiento de ningún tipo.

Lun214

MARCADORES NO INVASIVOS DE FIBROSIS HEPÁTICA Y SU UTILIDAD EN LA ENFERMEDAD ARTERIAL CORONARIA

F. A. Félix-Téllez, J. A. Martínez-Ortiz, J. R. Barrientos-Ávalos, N. Morales-Victorino, C. X. Vásquez-Veloz, D. K. Tapia-Calderón, J. A. Velarde-Ruiz Velasco, Hospital Civil Fray Antonio Alcalde

Introducción: La enfermedad arterial coronaria (EAC) es una de las principales causas de morbilidad y mortalidad en todo el mundo. La prevalencia de EAC oculta, en particular de EAC confirmada anatómicamente, es limitada y los modelos de riesgo cardiovascular (RCV) sólo predicen el riesgo de un episodio coronario agudo en una temporalidad establecida. Se ha descrito que una puntuación de FIB-4 se relaciona con mayor RCV, pero es escasa la evidencia con otros marcadores no invasivos de fibrosis hepática.

Objetivo: Determinar la utilidad de los marcadores no invasivos de fibrosis hepática en la EAC.

Material y métodos: Se realizó un estudio de corte transversal en dos centros de tercer nivel del centro y occidente de México durante marzo del 2019 a abril del 2023. Se estudió a los pacientes que requirieron una angiografía coronaria percutánea y se registraron datos demográficos y hallazgos angiográficos. Se calcularon los índices de fibrosis no invasivos. Las variables continuas se sometieron a un análisis de distribución y un análisis de igualdad de varianzas para realizar luego un análisis de comparación de medias con la prueba U de Mann-Whitney entre los pacientes con afectación monovascular, bivascular y trivascular. También se analizó la correlación entre los marcadores no invasivos y el índice de Syntax.

Resultados: Se incluyó a 168 pacientes con una edad media de 66 ± 12 años y predominio del sexo masculino con un 75,6% ($n = 127$). Entre los hallazgos de la coronariografía se observó una afectación monovascular en 37,5%, bivascular en 32,7% y trivascular en 29,8%. En la comparación de medias de los marcadores no invasivos de fibrosis se demostró una diferencia significativa en la puntuación de HFS entre los pacientes con afectación coronaria monovascular ($0,17 \pm 0,18$), bivascular ($0,27 \pm 0,18$) y trivascular ($0,30 \pm 0,25$), $p \leq 0,001$. Se demostró una correlación entre los marcadores no invasivos y la calificación Syntax: FIB-4 ($r = 820$, $p \leq 0,001$), APRI ($r = 766$, $p \leq 0,001$), HFS ($r = 869$, $p \leq 0,001$), ($r = 820$, $p \leq 0,001$), NFS ($r = 807$, $p \leq 0,001$).

Conclusiones: La puntuación de las herramientas no invasivas para valorar la fibrosis hepática se correlaciona de manera positiva con la complejidad de la EAC y podría considerarse como herramienta en la valoración del RCV.

Financiamiento: No se contó con financiamiento alguno.

Lun215

PREVALENCIA DE ATEROESCLEROSIS CAROTÍDEA EN PACIENTES CON ESTEATOSIS HEPÁTICA METABÓLICA

A. D. Cano-Contreras, P. Durán-Azamar, M. R. Francisco, L. A. Amezcua-Toledo, J. M. Remes-Troche, Instituto de Investigaciones Médico-Biológicas, Universidad Veracruzana

Introducción: La enfermedad hepática metabólica (EHMet) es un factor de riesgo para enfermedad cardiovascular. La aterosclerosis carotídea es un signo temprano de riesgo cardiovascular incrementado y la medición de la capa íntima-media carotídea (GIM) se considera un marcador temprano de aterosclerosis generalizada.

Objetivo: Determinar la prevalencia de aterosclerosis carotídea en pacientes con esteatosis hepática metabólica.

Material y métodos: Estudio transversal y analítico realizado en pacientes del Instituto de Investigaciones Médico-Biológicas con diagnóstico reciente de EHMet mediante estudio de imagen. En todos los pacientes se realizaron ultrasonido carotídeo, elastografía hepática de transición con Fibroscan y estudios de laboratorio. En el análisis de resultados se utilizaron estadística descriptiva y medidas de dispersión para las variables numéricas y las variables categóricas se expresaron como frecuencia y porcentaje; la comparación entre grupos se efectuó con la prueba ji cuadrada. Las correlaciones se realizaron con la prueba de Pearson o la de Spearman. Se consideró como significancia estadística un valor de $p < 0,05$ y el análisis de datos se llevó a cabo en el programa estadístico SPSS V.25.

Resultados: Se incluyó a 57 pacientes con EHMet de $53,8 \pm 11,5$ años, en su mayoría mujeres (66,7%). Se identificaron datos de aterosclerosis carotídea en 11 pacientes (19,3%), uno de ellos con cambios por estenosis. La media del GIM en pacientes con aterosclerosis fue mayor en comparación con los sujetos sin ella (GIMD $1,91 \pm 0,21$ mm y GIMI $0,75 \pm 0,19$ mm vs. GIMD $0,89 \pm 0,2$ mm y GIMI $0,95 \pm 0,21$ mm, $p = 0,001$). La aterosclerosis mostró correlación con esteatosis grave ($r = 0,011$, $p = 0,012$), pero no así con el resto de las comorbilidades. En la **Tabla 1** se muestran las características de la población.

Conclusiones: En la población de estudio con EHMet de reciente diagnóstico, la aterosclerosis carotídea fue similar a la notificada en otras poblaciones con EHMet y mostró correlación con la gravedad de la esteatosis hepática, por lo cual es relevante la valoración cardiovascular en pacientes con EHMet de reciente diagnóstico.

Financiamiento: No se recibió financiamiento de ningún tipo.

Tabla 1. (Lun215)

	EHMet AT carotídea n=11	EHMet Sin AT carotídea n=46	P
Sexo			
Masculino n(%)	4 (36.4)	15 (32.6)	.816
Femenino n(%)	7 (63.6)	31 (67.4)	
Edad	63.2 + 6.5	51.5 + 11.3	.002
Peso	87.2 + 11.8	86 + 17.9	.840
IMC (kg/m ²)	33.7 + 3.6	33.1 + 6.4	.787
Comorbilidades			
Diabetes	4 (36)	11 (32)	.458
HAS	6 (54)	15 (32)	.219
Hipercolesterolemia	2 (18)	8 (17)	.789
Hipertrigliceridemia	9 (19)	2 (18)	.869
Hipotiroidismo	3 (27)	3 (6)	.053
Bioquímicos			
BT	0.70 + 0.43	0.45 + 0.17	.013
AST	34 + 24	25 + 14	.166
ALT	40 + 31	29 + 19	.178
GLUC	117 + 41	117 + 37	.987
COL	203 + 47	181 + 52	.269
LDL	133 + 61	111 + 44	.309
HDL	45 + 18	50 + 42	.815
VLDL	32 + 8	36 + 23	.707
TG	153 + 37	187 + 118	.436
Elastografía hepática			
Kpa	7.6 + 4.5	6.0 + 1.7	.061
CAP	308.72	304 + 38	.752
US carotíde			
GIM(I)	1.19 + 0.21	0.89 + 0.20	.006
GIM (D)	0.75 + 0.19	0.95 + 0.21	.001

Lun216

PREVALENCIA DE ENFERMEDAD PERIODONTAL EN PACIENTES CON ESTEATOSIS HEPÁTICA METABÓLICA

D. N. Guzmán-Uzcanga, M. R. Francisco, S. K. Nolasco-Pólito, P. Durán-Azamar, L. Roesch-Ramos, F. B. Roesch-Dietlen, J. M. Remes-Troche, A. D. Cano-Contreras, Instituto de Investigaciones Médico-Biológicas de la Universidad Veracruzana

Introducción: En fecha reciente se ha reconocido que los pacientes con esteatosis hepática metabólica (EHMet) tienen mayor frecuencia de enfermedades periodontales en comparación con la población sana. Aunque no se conoce el mecanismo fisiopatológico causal en ambas entidades, es posible que intervengan alteraciones de la microbiota oral, disbiosis intestinal y por ende mayor inflamación sistémica. En la población de estudio no se ha descrito la frecuencia de enfermedades periodontales y su nexa con EHMet.

Objetivo: Determinar la prevalencia de enfermedad periodontal en pacientes con esteatosis hepática metabólica en la ciudad de Veracruz.

Material y métodos: Estudio transversal y analítico conducido en pacientes con EHMet y grupo control sano del Instituto de Investigaciones Médico-Biológicas de la Universidad Veracruzana durante el periodo de febrero a mayo del 2023. Se analizaron las características antropométricas, calidad de la dieta, periodontograma detallado y elastografía hepática de transición con Fibroscan. En el análisis estadístico, las variables numéricas se expresaron con medidas de tendencia central y dispersión; las variables categóricas se registran como frecuencia y porcentaje. Para la comparación entre grupos se utilizaron las pruebas t de Student o la de Wilcoxon, según correspondiera, y en las categóricas se usó la ji cuadrada. Se realizaron correlaciones con los instrumentos de Pearson o Spearman. Se determinó como significancia estadística un valor de $p < 0,05$. El análisis se llevó a cabo en el programa estadístico SPSS V. 25.

Resultados: Se reconoció enfermedad periodontal en los 41 pacientes con EHMet incluidos en el estudio, con media de edad de $52,3 \pm 12,3$ años (intervalo, 18-88 años): 80,5% (29) con periodontitis y 19,5% (7) con gingivitis. Las características de los pacientes con EHMet y el grupo control se muestran en la **Tabla 1**. Se identificó una correlación de la enfermedad periodontal con el grado de esteatosis ($r = 0,412$, $p = 0,003$); la mayoría refirió una muy buena calidad de alimentación (41,7%) y sólo 8,3% mala calidad. En el grupo control (15 sujetos) se encontró enfermedad periodontal en el 46,6% ($p = 0,000$): 6 (40%) con periodontitis y 2 (13,3) con gingivitis; la calidad de la dieta y la enfermedad periodontal no se correlacionaron ($r = -0,037$, $p = 0,798$).

Tabla 1. Características de los pacientes con EHMet y grupo control. (Lun216)

	Pacientes con EHMet, n = 41	Grupo control, n = 15	Valor de p
Sexo			0,571
Masculino, n (%)	10 (27,8)	3 (20)	
Femenino	26 (72,2)	12 (80)	
Edad			0,633
20-29	1 (2,8)	4 (26,7)	
30-39	5 (13,9)	2 (13,3)	
40-49	6 (16,6)	-	

50-59	14 (38,9)	3 (20)
60-69	8 (22,2)	4 (26,7)
70-79	2 (5,5)	1 (6,66)
80-89	-	1 (6,66)
IMC		0,005
Peso normal	2 (5,6)	4 (26,7)
Sobrepeso	4 (11,11)	6 (40)
Obesidad	30 (83,4)	5 (33,3)
Esteatosis hepática		
S1	9 (25)	-
S2	5 (13,9)	-
S3	22 (61,1)	-
Fibrosis hepática		
F0 < 6,5	21 (58,3)	-
F0-F1	2 (5,6)	-
F2	8 (22,2)	-
F3	3 (8,3)	-
F4	2 (5,6)	-
Enfermedad periodontal		
Periodontitis	29 (80,6)	6 (40)
Gingivitis	7 (19,4)	2 (13,3)
Calidad de la alimentación (Mini-ECCA)		
Alimentación saludable (muy buena calidad)	9 (25)	2 (1,3)
Buen trabajo (buena calidad)	15 (41,7)	4 (26,7)
Algo bajo (moderada calidad)	9 (25)	7 (46,7)
Zona de peligro (mala calidad)	3 (8,3)	2 (13,3)

Conclusiones: Estos resultados mostraron una prevalencia elevada de enfermedad periodontal en pacientes con esteatosis hepática metabólica en comparación con los sujetos sanos, por lo que es importante considerar la valoración dental como parte del tratamiento multidisciplinario de estos pacientes.

Financiamiento: No se recibió financiamiento de ningún tipo.

Lun217

VALIDACIÓN Y RENDIMIENTO DIAGNÓSTICO DEL ÍNDICE DE ESTEATOSIS HEPÁTICA (HSI) EN SUJETOS CON MASLD

B. A. Priego-Parra, G. P. Martínez-Pérez, S. A. Reyes-Díaz, H. R. Ordaz-Álvarez, A. D. Cano-Contreras, A. Triana-Romero, J. M. Remes-Troche, Grupo de Investigación en MAFLD; Asociación Mexicana de Gastroenterología; Laboratorio de Fisiología Digestiva y Motilidad Gastrointestinal, Instituto de Investigaciones Médico-Biológicas, Universidad Veracruzana

Introducción: En el contexto de Latinoamérica es fundamental contar con herramientas diagnósticas accesibles que permitan tamizar y clasificar a sujetos con enfermedad por hígado esteatótico

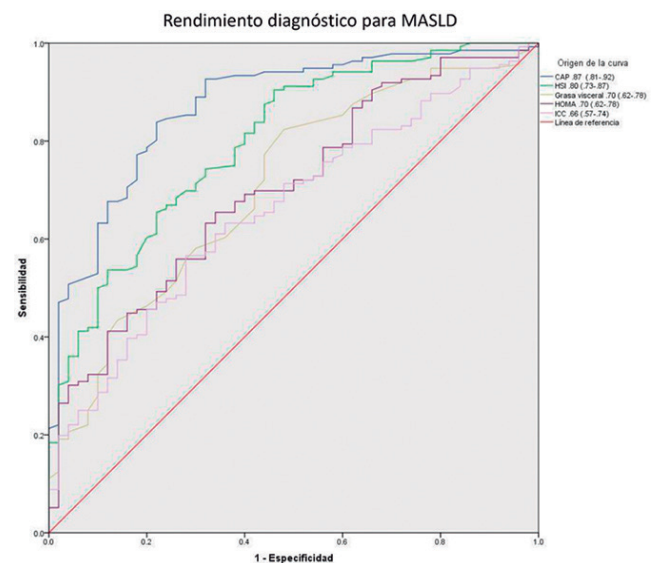
relacionado con disfunción metabólica (MASLD, *metabolic dysfunction-associated steatotic liver disease*).

Objetivo: Evaluar y comparar el rendimiento diagnóstico del índice de esteatosis hepática (HSI) con el modelo de homeostasis de resistencia a la insulina (HOMA), el índice cintura-cadera (ICC) y la grasa visceral (GV) en individuos diagnosticados con MASLD.

Material y métodos: Estudio retrospectivo en una cohorte de 585 sujetos con evaluación para hígado graso; se utilizaron los criterios establecidos por consenso para clasificar a los enfermos con MASLD. Se recopilaron datos de ultrasonido, variables bioquímicas y antropométricas. El HSI se calculó con la fórmula $HSI = 8 * ALT / AST + IMC + 2$ (si hay diabetes) + 2 (si el paciente es femenino). Se realizaron curvas ROC para HSI, HOMA, ICC y GV, y se determinaron la sensibilidad y especificidad y los valores predictivos positivo y negativo.

Resultados: Se evaluó a un total de 585 sujetos, de los cuales 277 (47,4%) se clasificaron con MASLD (65,5% de mujeres) y 306 sin MASLD (76,8% de mujeres). Los individuos con MASLD registraron valores más altos de edad, IMC, ICC, HOMA y HSI (Fig. 1). El HSI mostró un rendimiento diagnóstico con un área bajo la curva (AUC) de 0,80. Se estableció un punto de corte de 39,9 para el HSI, con una sensibilidad del 63%, especificidad del 74%, valor predictivo positivo (VPP) del 73% y valor predictivo negativo (VPN) del 64%. El HSI tuvo un rendimiento diagnóstico superior al de la grasa visceral (0,70), el HOMA (0,70) y el ICC (0,66) (Fig. 1).

Figura 1. Rendimiento diagnóstico de biomarcadores en la MASLD. Se muestra las curvas con las características operativas del receptor (ROC) para cada biomarcador evaluado en sujetos con enfermedad por hígado esteatótico relacionado con disfunción metabólica (MASLD). El HSI tuvo mayor rendimiento diagnóstico que los otros biomarcadores evaluados. CAP, parámetro de atenuación controlado; HSI, índice de esteatosis hepática; HOMA, modelo de homeostasis de resistencia a la insulina; ICC, índice cintura-cadera. (Lun217)



Conclusiones: Este estudio revela que el HOMA, la grasa visceral y el ICC pueden ser estrategias de tamizaje en la MASLD. Sin embargo, el índice de esteatosis hepática (HSI) demostró un rendimiento diagnóstico superior a los demás biomarcadores evaluados. Por lo tanto, se sugiere considerar el HSI como herramienta diagnóstica útil en la MASLD, sobre todo en lugares con recursos limitados.

Financiamiento: No se dispuso de financiamiento alguno.

Lun218

DESARROLLO DE ENFERMEDAD HEPÁTICA ESTEATÓSICA EN PACIENTES RECEPTORES DE TRASPLANTE HEPÁTICO

J. I. Carrillo-Rojas, S. Ontiveros-López, M. Rivera-Huizar, M. Castillo-Barradas, N. Bueno-Hernández, F. Martínez-Silva, M. C. Baxin-Domínguez, A. Torres-Castro, C. J. Toranzo-González, Hospital de Especialidades CMN La Raza

Introducción: Se ha señalado que hasta 70% de los pacientes receptores de trasplante hepático cursará con algún grado de dislipidemia y que 30% a 100% desarrollarán esteatosis hepática, ya sea recurrente (la forma más frecuente) o *de novo*. Los factores de riesgo típicos para síndrome metabólico se han descrito como contribuyentes para la recurrencia de esteatosis en el injerto, pero su papel en la esteatosis *de novo* es incierto. Las características del donador, la reversión del estado catabólico, e incluso los elementos genéticos, se han descrito como factores de riesgo para la recurrencia de la esteatosis, pero su contribución permanece controversial en los diversos estudios. El efecto sobre el pronóstico también es incierto debido a que la progresión a la esteatohepatitis relacionada

con disfunción metabólica (MASH) y fibrosis es menos frecuente que en la población general, y si bien se ha publicado un incremento de la frecuencia de hepatocarcinoma en pacientes con MASH, no se ha estudiado este efecto en pacientes que recurren luego de un trasplante de hígado.

Objetivo: Conocer la prevalencia de esteatosis hepática (recurrente o *de novo*) en pacientes receptores de trasplante hepático.

Material y métodos: Se incluyó a pacientes receptores de trasplante hepático atendidos en el Hospital de Especialidades del Centro Médico Nacional La Raza en el periodo de 2017 a 2023 que contaran con ultrasonido hepático al menos seis meses después del trasplante. El diagnóstico de esteatosis hepática se estableció mediante ecografía con transductor convexo de baja frecuencia (2,5-5,0 mHz); el criterio empleado fue el aumento de la ecogenicidad del parénquima hepático, con igual o mayor ecogenicidad de la corteza renal y esplénica. Tipo de estudio: cohorte retrospectiva. Variables analizadas: edad, sexo, causas de la cirrosis, peso, talla, IMC, colesterol, triglicéridos y esteatosis hepática.

Resultados: Se analizó una muestra de 41 pacientes, 20 hombres (48,8%) y 21 mujeres (51,2%), con edad de $51,6 \pm 10,7$ años. Las causas más frecuentes de hepatopatía por las que se realizó el trasplante fueron infección por virus de la hepatitis C (VHC) (31,7%), enfermedad hepática esteatósica relacionada con disfunción metabólica

Tabla 1. Características de los pacientes que desarrollaron esteatosis. (Lun218)

Variable	Pacientes que desarrollaron esteatosis (%) n = 10 (24,3)	Pacientes que no desarrollaron esteatosis (%) n = 31 (75,6)	p
Sexo			0,023
Hombre	8 (80)	12 (38,7)	
Mujeres	2 (20)	19 (61,2)	
Edad (años)	52,4 ± 12,3	51,3 ± 10,3	0,818
Comorbilidades			
Diabetes	4 (40)	4 (12,9)	0,060
Hipertensión	1 (10)	2 (6,4)	0,708
Hipotiroidismo	0 (0)	4 (12,9)	0,232
Causas			0,192
MASLD	4 (40)	3 (9,6)	
Hepatitis autoinmunitaria	2 (20)	5 (13,8)	
Colangitis biliar primaria	1 (10)	2 (6,4)	
Colangitis esclerosante primaria	0 (0)	1 (3,2)	
Etilismo	0 (0)	2 (6,4)	
Infección crónica por virus de hepatitis C	2 (20)	11 (35,4)	
Sobreposición HAI-CBP	0 (0)	4 (12,9)	
Enfermedad poliquística	0 (0)	3 (9,6)	
Criptogénica	1 (10)	0 (0)	
IMC pretrasplante	27,5 ± 3,7	24,0 ± 3,1	0,032
Interpretación IMC pretrasplante			0,049
Bajo	0 (0)	2 (6,4)	
Normal	3 (30)	19 (61,2)	
Sobrepeso	4 (40)	2 (6,4)	
Obesidad de grado 1	3 (30)	1 (3,2)	
IMC postrasplante	27,6 ± 3,7	24,8 ± 2,9	0,054
Interpretación IMC postrasplante			0,162
Bajo	0 (0)	0 (0)	
Normal	2 (20)	14 (45,1)	
Sobrepeso	6 (60)	16 (51,6)	
Obesidad	2 (20)	1 (3,2)	

(MASLD) (17,0%) y hepatitis autoinmunitaria (17,0%). La comorbilidad más común fue la diabetes mellitus (19,5%) (Tabla 1). Se encontró esteatosis hepática en el 24,3% de los casos (80% de hombres y 20% de mujeres, $p = 0,023$). Predominó la esteatosis hepática *de novo* (60%) sobre los casos recurrentes (40%). El 60% de los pacientes con esteatosis tenía sobrepeso.

Conclusiones: En este estudio, la prevalencia global de esteatosis fue similar a la informada por otros autores; sin embargo, se identificó un predominio en la aparición *de novo*. No se reconocieron diferencias estadísticamente significativas en la edad, género, comorbilidades, antropometría o causas de la cirrosis. El trasplante hepático resuelve las complicaciones de la cirrosis hepática; sin embargo, los factores de riesgo metabólicos persisten, por lo que la tasa de recurrencia es elevada. Esto sugiere la necesidad de realizar una evaluación multidisciplinaria para la detección oportuna mediante el uso de estrategias no invasivas, en particular el control de los factores de riesgo modificables.

Financiamiento: No se recibió ningún financiamiento.

Lun219

ASOCIACIÓN DE NIVELES SÉRICOS DE ÁCIDO ÚRICO Y PRESENCIA DE NAFLD EN POBLACIÓN MEXICANA

A. M. Mijangos-Trejo, J. P. Soriano-Márquez, C. A. Bautista-Mondragón, E. Tovar-Rivera, N. Chávez-Tapia, Médica Sur

Introducción: Se cree que el ácido úrico (AU) puede desempeñar un papel en la inflamación, el estrés oxidativo y la disfunción metabólica vinculados con la enfermedad de hígado graso no alcohólico (NAFLD), a través de una estructura llamada inflamasoma NLRP3, por lo que se ha relacionado con la progresión de la esteatosis hepática a esteatohepatitis no alcohólica (EHNA) y la fibrosis hepática. Sin embargo, no se han realizado estudios en población mexicana para comparar los valores del ácido úrico en pacientes con NAFLD y la población sin esteatosis.

Objetivo: Determinar la relación de los valores séricos de ácido úrico y la NAFLD.

Material y métodos: Expedientes de pacientes que acudieron a revisión preventiva y que se sometieron a elastografía hepática (Fibroscan®) en el año 2020. Tipo de estudio: descriptivo y analítico, transversal, retrospectivo y observacional. Variables analizadas: edad, género, comorbilidades, IMC, grado de esteatosis y fibrosis por elastografía, concentraciones séricas de ácido úrico, creatinina, transaminasas, bilirrubina total, plaquetas y proteína C reactiva. Análisis estadístico: los resultados se analizaron con medidas de frecuencia para la obtención de porcentajes, media, promedio y desviación estándar, así como t de Student para determinar la diferencia de las medias.

Resultados: De los 827 pacientes que acudieron a revisión preventiva, se excluyó a aquellos con datos incompletos en el expediente, con consumo de alcohol significativo y de hipouricemiantes. Se incluyó en el análisis a 577 pacientes; la edad promedio fue de 47 años ($\pm 10,8$); 54% correspondió a hombres, 11% a diabéticos, 44% tenía dislipidemia, 9,5% hipertensión arterial sistémica, 22% era fumador, 56% presentaba IMC < 25 , 36% padecía sobrepeso y el resto obesidad. En cuanto a los estudios de laboratorio, se observó una media de ácido úrico de 5,54 mg/dL, bilirrubina total de 0,91 mg/dL, alanino aminotransferasa (ALT) de 27,4 U/L, aspartato aminotransferasa (AST) de 24,4 U/L, plaquetas de 253.000/uL y proteína C reactiva de 1,80 mg/L. En la Tabla 1 se muestra el porcentaje de pacientes con esteatosis hepática y fibrosis, así como las diferencias en la media de los valores séricos de AU de acuerdo con el grado de esteatosis en comparación con los pacientes sin esteatosis.

Conclusiones: Los pacientes con NAFLD mostraron cifras más altas

de AU en comparación con los individuos sin esteatosis. Los resultados podrían sugerir que el AU es parte de la fisiopatología de la esteatosis en pacientes con NAFLD. Sin embargo, se necesitan más investigaciones para comprender completamente esta vinculación y su relevancia clínica.

Financiamiento: No se recibió financiamiento de ningún tipo.

Tabla 1. Valores séricos de ácido úrico de acuerdo con la esteatosis y la fibrosis hepática. (Lun219)

	Número de pacientes (n = 577)	Media de valores de ácido úrico (mg/dL)	p*
Sin esteatosis	293 (50,78%)	5,22 \pm 1,30	
Esteatosis (cualquier grado)	284 (49,22%)	5,87 \pm 1,25	< 0,001
Esteatosis grado 1 (S1)	85 (14,73%)	5,69 \pm 1,49	0,248
Esteatosis grado 2 (S2)	87 (15,07%)	5,77 \pm 1,02	0,081
Esteatosis grado 3 (S3)	112 (19,41%)	6,08 \pm 1,2	< 0,001
Fibrosis	10 (1,73%)	5,9 \pm 0,9	0,383

*Valor de p para comparación de cada grupo. Se empleó t de Student para comparar la diferencia de las medias.

Lun220

DIFERENCIAS EN LA COMPOSICIÓN CORPORAL EN PACIENTES CON MASLD DE ACUERDO AL ÍNDICE DE MASA CORPORAL Y PERFIL METABÓLICO

E. Juárez-Hernández, I. López-Méndez, K. D. Bernal-Contreras, A. P. Velázquez-Alemán, A. Maldonado-Rojas, M. H. Ramos-Ostos, M. Uribe, G. Castro-Narro, Fundación Clínica Médica Sur

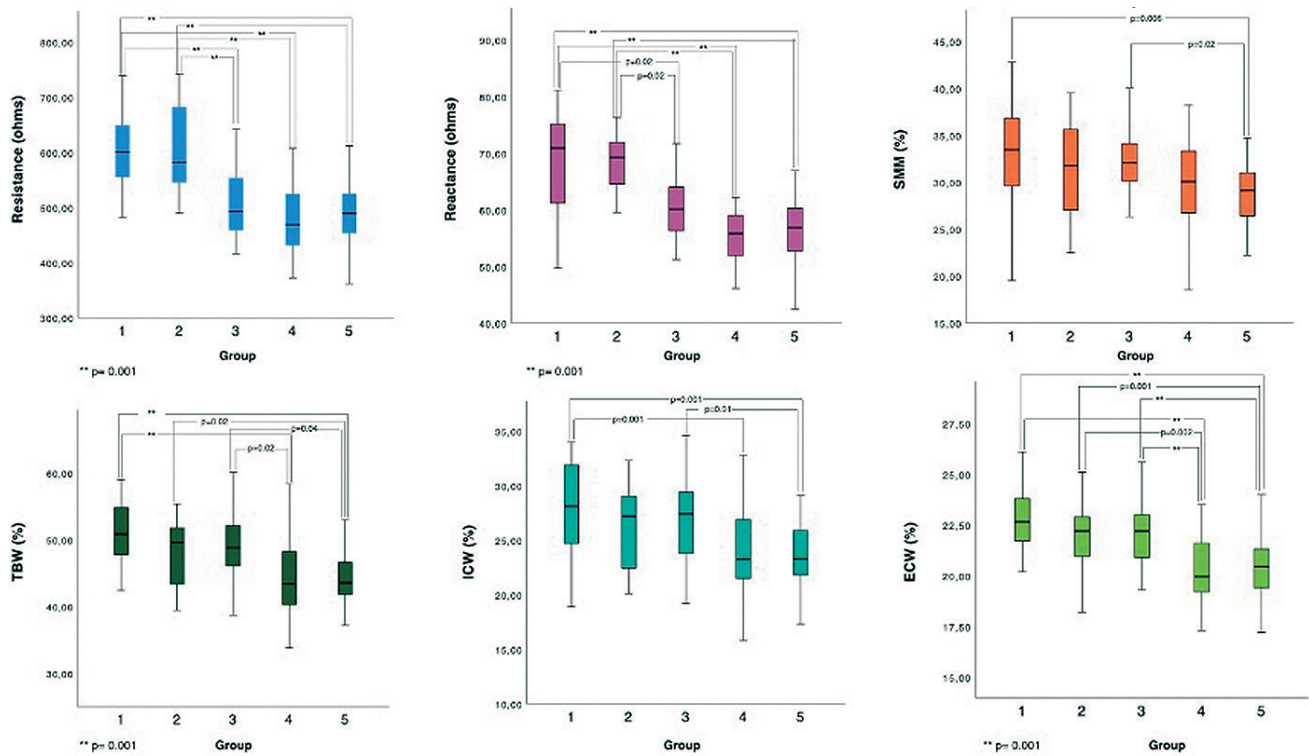
Introducción: La composición corporal (CC) se ha relacionado con esteatosis hepática.

Objetivo: Describir las diferencias en la CC en pacientes con esteatosis hepática relacionada con disfunción metabólica (MASLD, *metabolic dysfunction-associated steatotic liver disease*).

Material y métodos: Estudio transversal realizado en pacientes que acudieron a valoración preventiva regular. La esteatosis hepática se evaluó mediante parámetro de atenuación controlada y los pacientes se clasificaron, de acuerdo con los criterios de MASLD con respecto al índice de masa corporal, en cinco grupos: G1: < 25 kg/m²-no MASLD; G2: < 25 kg/m²-MASLD; G3: 25-30 kg/m²-MASLD; G4: > 30 kg/m²-MASLD metabólicamente sanos (MS) (< 3 anomalías metabólicas) y G5: > 30 kg/m²-MASLD y metabólicamente enfermos (ME). La CC se valoró con impedancia bioeléctrica (RJL Systems) y se obtuvieron valores de resistencia, reactancia, ángulo de fase, porcentajes de grasa, agua corporal total (%ACT), agua intracelular y extracelular (%AIC, %AEC) y masa muscular esquelética (%MME). Las diferencias en la CC se analizaron con la prueba de Kruskal-Wallis. Los datos continuos se presentan como medianas y rangos intercuartílicos.

Resultados: Se incluyó a un total de 140 pacientes, (G1 n = 30; G2 n = 24; G3 n = 30; G4 n = 26; G5 n = 30). Una proporción de 56,4% (n = 79) correspondió a hombres, con una mediana de edad de 41 a 55 años. Los pacientes con sobrepeso/obesidad y MASLD mostraron

Figura 1. Diferencias en la composición corporal en pacientes con MASLD. (Lun220)



valores menores en grado significativo de resistencia y reactancia ($p \leq 0,05$). De acuerdo con el análisis vectorial, la caquexia fue de 18,4% ($n = 7$) en el G4 y de 15,8% ($n = 6$) en el G5. El porcentaje de grasa fue mayor en los pacientes del G5 (ME) en comparación con el G2 (34,3 [29,8-40,4], $p = 0,02$) y G3 (35 [31,1-38,3], $p = 0,01$). Los pacientes obesos con MASLD mostraron valores menores de %ACT, %AIC y %AEC ($p \leq 0,001$) (Fig. 1). El %MEE fue menor en los pacientes obesos ME (29,1 [26,3-31,1]) respecto de los controles sanos (33,4 [29,3-36,8], $p = 0,006$) y pacientes con sobrepeso (32 [29,7-34,4], $p = 0,02$). El ángulo de fase no mostró diferencias significativas.

Conclusiones: Los pacientes con sobrepeso/obesidad y MASLD sufren alteraciones en la composición corporal en comparación con los controles sanos y pacientes delgados con MASLD. La resistencia, reactancia, agua corporal y masa muscular esquelética fueron menores de manera significativa en individuos obesos metabólicamente sanos y enfermos. Los cambios pueden explicarse por la sarcopenia y el intercambio de grasa-músculo y no, en todos los casos, por las alteraciones metabólicas.

Financiamiento: No se dispuso de ningún financiamiento.

Lun221

ALTERACIÓN DE LA FUNCIÓN RENAL EN PACIENTES CON ESTEATOSIS HEPÁTICA METABÓLICA DE RECIENTE DIAGNÓSTICO

P. Durán-Azamar, B. A. Priego-Parra, J. M. Remes-Troche, A. D. Cano-Contreras, Instituto de Investigaciones Médico-Biológicas, Universidad Veracruzana

Introducción: La enfermedad renal crónica afecta a más del 16% de la población adulta mexicana; es asintomática en etapas iniciales y ello retrasa el diagnóstico y el tratamiento oportuno. Se ha informado que hasta el 30% de los pacientes con esteatosis hepática

metabólica (EHMet) puede cursar con alteración de la función renal independiente de su tiempo de evolución. Es importante la evaluación temprana de la función renal en pacientes con EHmet para prevenir su progresión a enfermedad renal crónica.

Objetivo: Determinar la frecuencia de alteraciones de la función renal en individuos con esteatosis hepática metabólica de diagnóstico reciente.

Material y métodos: Estudio transversal y analítico en pacientes de la clínica de hígado del Instituto de Investigaciones Médico-Biológicas de la Universidad Veracruzana diagnosticados con esteatosis hepática metabólica seis meses antes de su inclusión. Se analizaron las características antropométricas, elastografía hepática con Fibroscan y marcadores séricos. Se determinó la tasa de filtrado glomerular (TFG) con la fórmula CKD-EPI. En el análisis estadístico, las variables numéricas se expresaron con medidas de tendencia central y dispersión, las variables categóricas se registran como frecuencia y porcentaje. Para la comparación entre grupos se utilizaron las pruebas t de Student o Wilcoxon, según correspondiera, para las variables numéricas y para las categóricas la ji cuadrada. Se realizaron correlaciones con Pearson o Spearman. Se determinó significancia estadística un valor de $p < 0,05$. El análisis se llevó a cabo con el programa estadístico SPSS V. 25.

Resultados: Se incluyó a 84 pacientes con EHMet, con 60% de mujeres y media de 54 años (intervalo, 23-73). En 22 pacientes (26,2%) se detectó alteración de la función renal por incremento de la creatinina sérica $> 1,2$ mg/dL y TFG < 60 mL/m², de los cuales 4 (4,6%) tenían rigidez hepática > 8 kpa por elastografía hepática de transición (Tabla 1). La alteración de la función renal no se correlacionó con diabetes ($r = 0,056$, $p = 0,638$) e hipertensión arterial ($r = 0,230$, $p = 0,051$). Sin embargo, la rigidez hepática se correlacionó con la glucosa ($r = 0,524$, $p = 0,022$).

Conclusiones: En la población estudiada, la frecuencia de alteraciones de la función renal en pacientes con EHMet de reciente diagnóstico fue del 26%, un hallazgo independiente del antecedente de diabetes e hipertensión arterial. El incremento de la glucosa parece

Tabla 1. Características de los pacientes con esteatosis hepática metabólica de acuerdo con la tasa de filtración glomerular (mL/m²). (Lun221)

n = 84	TFG ≥ 90 mL/m ²	TFG 60-89 mL/m ²	TFG 30-59 mL/m ²	p
Sexo				
Hombre	26 (30,9%)	6 (7,1%)	2 (2,3%)	0,794
Mujer	37 (44,0%)	8 (9,5%)	5 (5,9%)	
Diabetes				
No	37 (44%)	10 (11,9%)	3 (3,5%)	0,180
Sí	16 (19%)	2 (2,38%)	4 (4,7%)	
Hipertensión				
No	32 (38%)	10 (11,9%)	2 (2,38%)	0,060
Sí	21 (25%)	2 (2,38%)	5 (5,95%)	
Hipercolesterolemia				
No	38 (45,23%)	8 (9,52%)	6 (7,14%)	0,560
Sí	10 (11,9%)	4 (4,76%)	1 (1,19%)	
Hipertrigliceridemia				
No	39 (46,4%)	9 (10,7%)	6 (7,14%)	0,831
Sí	9 (10,7%)	3 (3,5%)	1 (1,19%)	
IMC				
Peso normal	1 (1,19%)	1 (1,19%)	0	0,341
Sobrepeso	23 (27,38%)	3 (3,5%)	1 (1,19%)	
Obesidad G1	19 (22,61%)	6 (7,14%)	3 (3,5%)	
Obesidad G2	8 (9,2%)	3 (3,5%)	2 (2,38%)	
Obesidad Mórbida	10 (11,9%)	0	0	
Grado de esteatosis (S)				
S0	1 (1,19%)	1 (1,19%)	0	0,679
S1	12 (14,28%)	2 (2,38%)	0	
S2	9 (10,7%)	2 (2,38%)	2 (2,38%)	
S3	41 (48,8%)	9 (10,7%)	5 (5,95%)	
Grado de fibrosis (F)				
F0	42 (50%)	11 (13,0%)	3 (3,5%)	0,014
F1	5 (5,9%)	0	1 (1,1%)	
F2	9 (10,7%)	1 (1,1%)	1 (1,1%)	
F3	7 (8,3%)	0	0	
F4	0	2 (2,3%)	2 (2,3%)	

ser un factor determinante, por lo que es recomendable la detección oportuna y el control de comorbilidades para evitar el avance a la enfermedad renal crónica.

Financiamiento: No se recibió financiamiento de ningún tipo.

Lun222

CORRELACIÓN DE CALIDAD DE VIDA Y TASA DE ATENUACIÓN CONTROLADA (CAP) POR ELASTOGRAFÍA HEPÁTICA EN PACIENTES CON ENFERMEDAD POR HÍGADO GRASO ASOCIADO A DISFUNCIÓN METABÓLICA (MAFLD) VS. CIRROSIS HEPÁTICA

R. Sosa-Martínez, M. G. Reyes-Zermeño, Centro Médico Nacional 20 de Noviembre

Introducción: La prevalencia mundial de hígado graso no alcohólico (HGNA) es del 25% a 30% y en pacientes diabéticos se calcula

una cifra > 60%. En México, las enfermedades que conforman el síndrome metabólico ocupan las principales causas de morbilidad y mortalidad. En 2020 se cambió el nombre de HGNA por el de enfermedad por hígado graso relacionado con disfunción metabólica (MAFLD, *metabolic associated fatty liver disease*) con criterios diagnósticos con métodos no invasivos, como ultrasonido, elastografía hepática o biomarcadores; en consecuencia, pasó de ser un diagnóstico de exclusión a uno positivo de inclusión. Las enfermedades del síndrome metabólico afectan de modo negativo la calidad de vida, pero se desconoce el efecto específico en pacientes con MAFLD.

Objetivo: Determinar la correlación entre parámetro de atenuación controlada (CAP) y calidad de vida por SF-36 en pacientes con cirrosis y MAFLD.

Material y métodos: Se realizó un estudio observacional, transversal y retrospectivo para establecer la correlación entre la calidad de vida determinada por el cuestionario SF-36 y el grado de esteatosis hepática obtenido con el parámetro de atenuación controlada (CAP) a su vez generado por elastografía hepática (modelo 630), en pacientes con los diagnósticos de enfermedad por hígado graso re-

lacionado con disfunción metabólica (MAFLD) y cirrosis hepática. El estudio se realizó en el servicio de gastroenterología del CMN 20 de Noviembre en el segundo semestre del 2021 como parte de la estrategia de recuperación de la atención integral en el periodo de transpandemia COVID-19 que alteró el seguimiento de la población de estudio.

Resultados: Se evaluó a 156 pacientes, de los cuales el 48% (n = 52) tenía diagnóstico de cirrosis y 52% (n = 81) de MAFLD. El 74% y 79% de los dos grupos corresponden al género femenino. La edad promedio en las pacientes con cirrosis fue de 70 ± 11 años y para los pacientes con MAFLD de 55 ± 13 años (Tabla 1). Los valores de los bioquímicos con significancia estadística en el grupo de cirrosis y MAFLD fueron AST (46 ± 35 vs. 39 ± 26), plaquetas (135 ± 86 vs. 232 ± 100), albúmina ($3,6 \pm 1,11$ vs. $4,2 \pm 0,9$), GGT (84 ± 101 vs. $38,6 \pm 49$), triglicéridos (116 ± 52 vs. 151 ± 72), bilirrubina total ($1,21 \pm 1$ vs. $0,8 \pm 0,5$) e INR ($1,09 \pm 0,30$. $9 \pm 0,09$), respectivamente. El índice de masa corporal en el grupo de cirrosis y MAFLD fue de 41,3% contra 27,2%; se encontraban en sobrepeso 16% contra 30,9%, en obesidad I 8% contra 6,2% y en obesidad II 1,3% contra 1,2% ($p \leq 0,0001$). Los grados de esteatosis por CAP estratificados por grupos en cirrosis y MAFLD fueron de 61% contra 42% en S0, de 10,7% contra 16% en S1, de 6,7% contra 6,2% en S2 y de 21,3% contra 35,8% en S3 ($p = 0,08$). Se determinó una correlación de Spearman con valores negativos débiles en todas las dimensiones del cuestionario SF-36, por debajo de 0,2 con $p \geq 0,05$.

Conclusiones: Los grados avanzados de esteatosis hepática determinados por CAP no modifican en forma negativa la calidad de vida de los pacientes. Esto puede explicar por qué el paciente con MAFLD no acude a solicitar atención médica: su curso es asintomático.

Financiamiento: No se dispuso de financiamiento.

Lun223

SÍNDROME DE INTESTINO IRRITABLE EN PACIENTES CON HÍGADO GRASO METABÓLICO: ¿RESULTADO DE LA DIETA?

S. A. Reyes-Díaz, B. A. Priego-Parra, H. R. Ordaz-Álvarez, G. P. Martínez-Pérez, M. R. Francisco, J. M. Remes-Troche, A. D. Cano-Contreras, Instituto de Investigaciones Médico-Biológicas, Universidad Veracruzana

Introducción: La esteatosis hepática metabólica (EHMet) es cada vez más frecuente en este país, con una prevalencia calculada de 41,3%. Un factor de riesgo determinante es la mala calidad de la alimentación con predominio de productos altos en carbohidratos, grasas y ultraprocesados. De modo simultáneo, los síntomas relacionados con el síndrome de intestino irritable (SII) pueden desencadenarse por este tipo de dietas occidentalizadas, popularizadas ahora en la población mexicana. A pesar de considerarse trastornos distintos, el SII y la EHMt muestran una significativa sobreposición. Se han observado varios mecanismos patogénicos compartidos, entre ellos la disbiosis intestinal, la inflamación sistémica, y las alteraciones inmunitarias y metabólicas.

Objetivo: Describir la prevalencia del síndrome de intestino irritable en pacientes con enfermedad hepática metabólica.

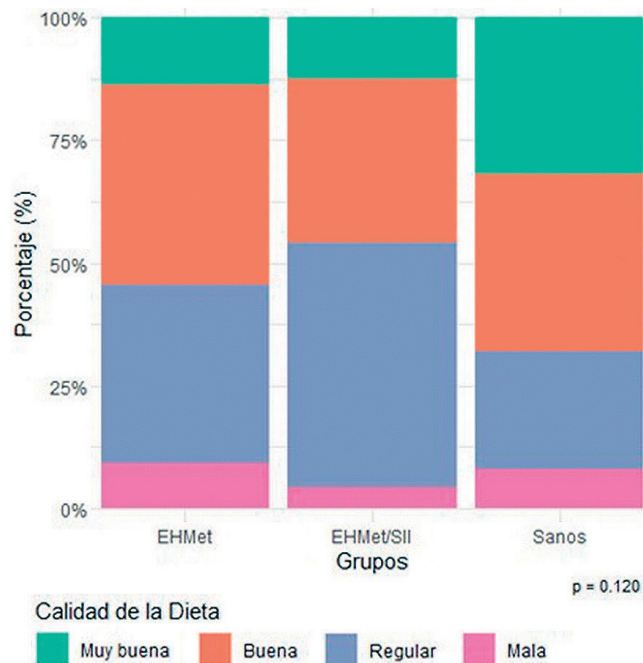
Material y métodos: Estudio observacional, transversal y analítico en el que se incluyó a pacientes con diagnóstico de EHMt y sujetos sanos. Previo consentimiento informado, se les pidió contestar un cuestionario con variables sociodemográficas, cuestionarios

Tabla 1. Características de los grupos por sexo, IMC, grado de esteatosis y correlación con la calidad de vida. (Lun222)

Características	Cirrosis, n = 75 media	Hígado graso, n = 81	p
Sexo			
• Femenino	56 (74%)	64 (79%)	0,5
• Masculino	19 (25,3%)	17 (21%)	
IMC			
• Normal	14 (18,7%)	17 (21%)	< 0,0001
• Sobrepeso	31 (41,3%)	22 (27,2%)	
• Obesidad I	12 (16%)	25 (30,9%)	
• Obesidad II	6 (8%)	5 (6,2%)	
• Obesidad III	1 (1,3%)	1 (1,2%)	
Grado de Esteatosis			
• S0	46 (61%)	34 (42%)	0.089
• S1	8 (10,7%)	13 (16%)	
• S2	5 (6,7%)	5 (6,2%)	
• S3	16 (21,3%)	29 (35,8%)	
Correlación CAP y calidad de vida por cuestionario SF-36			
	Diagnóstico		
	Cirrosis (coeficiente de correlación)	Hígado graso (coeficiente de correlación)	
Función física	- 0,128	0,062	
Limitación física	- 0,133	- 0,124	
Limitación emocional	- 0,107	- 0,109	
Energía-fatiga	- 0,133	- 0,155	
Bienestar	- 0,217	- 0,101	
Funcionalidad social	- 0,029	- 0,178	
Dolor	- 0,137	- 0,083	
Salud	- 0,103	- 0,048	

de Roma IV para síndrome de intestino irritable (SII) y Mini-ECCA para valorar la dieta. Las variables numéricas se expresaron con estadística descriptiva y medidas de dispersión, mientras que las categóricas con frecuencia y porcentaje. La distribución de los datos se evaluó con los parámetros de Kolmogorov-Smirnov y la homocedasticidad con la prueba de Levene. La comparación entre grupos se llevó a cabo con las pruebas t de Student o de Wilcoxon, según correspondiera. Se realizaron correlaciones mediante la prueba de Spearman. Se consideró como significancia estadística un valor de $p < 0,05$. El análisis de los datos se efectuó en el programa estadístico SPSS V.25 y R Studio V 4.3.1. **Resultados:** Se incluyó a 71 sujetos, de los cuales 46 cumplieron el diagnóstico de EHMt y 25 fueron sanos; 52 (73,2%) fueron hombres, con edad media de la población de 50,48 (intervalo, 29-73). Las comorbilidades más frecuentes fueron hipertensión arterial sistémica en 24 (33,8%), diabetes mellitus de tipo 2 en 20 (28,2%), hipercolesterolemia en 7 (9,9%) e hipertrigliceridemia en 5 (7%). La prevalencia de SII en los individuos con EHMt fue de 52,2% (24). Los subtipos más frecuentes fueron estreñimiento (39,1%), diarrea (13%) y mixto (4,3%). No se identificaron diferencias en Kpa ($p = 0,592$), CAP ($p = 0,098$), IMC ($p = 0,227$) ni en la dieta ($p = 0,712$) entre sujetos con EHMt y aquellos en los que coexistía nEHMt y SII. Tampoco se hallaron diferencias en la puntuación de la calidad de la dieta ($p = 0,182$) entre individuos con EHMt y los controles sanos (Fig. 1). En las correlaciones se encontró que el contorno de cintura se correlacionó con el Kpa ($r = 0,323$, $p = 0,029$), en tanto que la edad lo hizo con la calidad de la dieta ($r = 0,271$, $p = 0,021$). No se reconocieron diferencias entre sexos. En el subanálisis por sexos se observó que, en los hombres, Kpa se correlacionó con el contorno de cintura ($r = 0,366$, $p = 0,028$), mientras que en las mujeres el CAP lo hizo con el IMC ($r = 0,806$, $p = 0,005$), no así en los hombres.

Figura 1. Gráfica de barras apiladas que compara la calidad de la dieta entre sujetos con EHMt, EHMt/SII y controles. Para medir la calidad de la dieta se aplicó el cuestionario Mini-ECCA. (Lun223)



Conclusiones: Los resultados revelan una gran sobreposición entre EHMt y SII en la muestra de población, sin revelar una relación con la calidad de la alimentación. Estos hallazgos resaltan la estrecha relación entre ambas anomalías clínicas, lo cual subraya

la necesidad de contar con un enfoque integral en el tratamiento de los pacientes con esta comorbilidad.

Financiamiento: No se recibió financiamiento de ningún tipo.

Lun224

PREVALENCIA DEL HÍGADO GRASO NO ALCOHÓLICO EN PACIENTES CON ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA EN PACIENTES DEL HOSPITAL GENERAL DE ZONA NO. 8 DR. GILBERTO FLORES IZQUIERDO

M. Haro-Limón, N. N. Hernández-Ruiz, Instituto Mexicano del Seguro Social

Introducción: La enfermedad renal crónica es una afección compleja y progresiva que se define por anomalías de la estructura o función renal presentes durante ≥ 3 meses y en la que pueden estar presentes marcadores de daño renal o disminución de la tasa de filtración glomerular. En México se ha publicado una incidencia de 467 casos de ERC por cada 1.000.000 de habitantes; por otro lado, en el 2008 la enfermedad por hígado graso no alcohólico representó el 75% de todas las enfermedades hepáticas crónicas y, al no detectarse a tiempo, la progresión asintomática de esta enfermedad puede llevar a diagnosticar casos avanzados e incluso a la cirrosis. En fecha reciente se ha demostrado que el hígado graso no alcohólico es un factor de riesgo independiente de la coexistencia de factores de riesgo cardiometabólico, como obesidad, hipertensión, diabetes mellitus tipo 2 (DM2) o síndrome metabólico. Por consiguiente, es importante esclarecer la relación de estas dos alteraciones y evitar así la evolución o aparición de éstas.

Objetivo: Determinar la prevalencia del hígado graso no alcohólico y su correlación con la enfermedad renal crónica en pacientes hospitalizados en el Hospital General de Zona No. 8 del IMSS en la Ciudad de México.

Material y métodos: Pacientes con enfermedad renal crónica atendidos en el Hospital General No. 8 en la Ciudad de México en el periodo comprendido entre agosto de 2022 y mayo del 2023. Tipo de estudio: descriptivo de corte transversal, retrospectivo y observacional. Variables analizadas: edad, género, IMC, diagnóstico de enfermedad renal crónica (TFG < 60 mL/min/1,73 m²), factores de riesgo de tipo cardiometabólico, estadio del hígado graso de acuerdo con FIB-4, y *Fatty liver index*. Análisis estadístico: se emplearon medidas de frecuencia relativas y centrales para la obtención de porcentajes, media, promedio y desviación estándar.

Resultados: Se identificaron 60 casos con enfermedad renal crónica (estadio V en 47, estadio IV en 8, estadio IIIB en 4 y estadio IIIA en 1), de los cuales el 56,6% (34) mostró alto riesgo de hígado graso y fue predominante en el estadio V con 46,6% (28); el 13,3% (8) tenía un alto riesgo para fibrosis de alto grado (F3-fF). Como factores de riesgo se identificaron diabetes tipo 2 en 78,3% (47) e hipertensión arterial sistémica en 93,3% (56); dentro de estos grupos, los que sufrían ambas enfermedades representaban el 78,3% (47) y otros con diversos tipos de comorbilidad metabólica constituyeron el 23,3% (14).

Conclusiones: En este medio, el síndrome metabólico es una entidad con alta prevalencia y conlleva una amplia gama de enfermedades tal vez vinculadas, como el hígado graso con la diabetes tipo 2 y la hipertensión arterial sistémica. Sin embargo, la enfermedad renal crónica, sobre todo en fase terminal, debe empezar a considerarse un compañero en cuanto al desarrollo del MAFLD como se muestra en este protocolo, ya que los

pacientes en estadio V, a pesar de contar con más de una comorbilidad, tienen un alto riesgo y de éstos el 46,6% ya posee riesgo de fibrosis F3-F4.

Financiamiento: No se recibió financiamiento de ningún tipo.

Lun225

EVALUACIÓN DE LOS NIVELES DE LAS PROTEÍNAS DE UNIÓN AL FACTOR DE CRECIMIENTO INSULINOIDE EN MASLD, ALD Y METALD

A. Hernández-Barragán, M. Martínez-Castillo, Z. Medina-Ávila, M. Hernández-Santillán, F. Higuera-De La Tijera, J. L. Hernández-Pérez, D. Santana-Vargas, J. Córdova-Gallardo, G. Gutiérrez-Reyes; MexFibro; Laboratorio de Hígado, Páncreas y Motilidad (HIPAM), Unidad de Investigación en Medicina Experimental, Facultad de Medicina, UNAM

Introducción: La incidencia de las afecciones hepáticas, como la enfermedad hepática esteatótica relacionada con la disfunción metabólica (MASLD), la MASLD en consumidores de mayores cantidades de alcohol por semana (MetALD) y la enfermedad hepática alcohólica (ALD, *alcoholic liver disease*), se ha incrementado y se ha proyectado que su incidencia se duplicará en el año 2050, por lo que el estudio de los marcadores y los blancos terapéuticos es

apremiante. Ante esto, las proteínas de unión al factor insulinoide (IGFBP) han emergido como moléculas de interés, ya que son moduladores dependientes de las vías de señalización del factor de crecimiento insulinoide (IGF) y otras independientes que al parecer intervienen en la esteatosis e incluso en el cáncer.

Objetivo: Determinar los valores séricos de IGFBP-1, 2, 3 y 7 en las enfermedades hepáticas: MASLD, MetALD y ALD en comparación con sujetos control (CT).

Material y métodos: Estudio prospectivo y transversal. Se obtuvo una historia clínica que incluyó cuestionario de consumo de alcohol. Las IGFBP-1, 2, 3 y 7 se evaluaron en MASLD, ALD (cirrosis [CiOH]) y hepatitis alcohólica (HA), MetALD y grupo control (CT) por arreglo de suspensión múltiple para proteínas (Milliplex, Merck). Para el análisis estadístico se emplearon Kruskal-Wallis y U de Mann-Whitney y se consideró como significativo un valor $p < 0,05$.

Resultados: IGFBP-1 (ng/mL) está disminuida de la siguiente manera: MetALD > MASLD > CiOH, mientras que en la HA está 1,5 veces aumentada con respecto al grupo CT. Para IGFBP-2, la concentración en el grupo de HA es igual que en el grupo CT y en las otras causas disminuye: MetALD < CiOH.

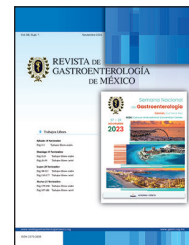
Conclusiones: Los valores séricos de IGFBP se regulan de manera diferencial de acuerdo con los estímulos dañinos para el hígado. En MetALD fue evidente el efecto sinérgico del consumo de alcohol y la dieta en la concentración de las IGFBP. Las IGFBP podrían usarse como biomarcadores o blancos terapéuticos en el control de diferentes hepatopatías.

Financiamiento: Los autores no dispusieron de financiamiento.



REVISTA DE GASTROENTEROLOGÍA DE MÉXICO

www.elsevier.es/rgmx



Exposición de trabajos libres en cartel

Lunes 20 de noviembre de 2023

Hígado Misceláneo

Lun226

EL PAPEL DE LOS BASÓFILOS EN LA REGENERACIÓN HEPÁTICA

B. T. Romero-Morales, A. H. Gallegos-Calderón, F. Tejeda-Domínguez, A. Carranza-Carrasco, N. Navarro-Álvarez, Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán

Introducción: Después de una resección quirúrgica, la regeneración hepática es mediada por la activación de diferentes células inmunológicas que conducen a la proliferación de los hepatocitos del tejido remanente. La regeneración hepática es un proceso complejo que requiere muchas señales y funciones coordinadas para proceder con normalidad con un alto riesgo de complicaciones, como la falla hepática posterior a la hepatectomía, caracterizada por el deterioro adquirido posoperatorio en la capacidad del hígado para mantener sus funciones. Diferentes poblaciones inmunológicas, incluidos los macrófagos, células dendríticas y eosinófilos, se han caracterizado por su papel como reguladores positivos de la regeneración hepática, si bien no se conoce la participación de los basófilos en este proceso.

Objetivo: Determinar el papel de los basófilos en la regeneración hepática en un modelo de hepatectomía extendida en ratones.

Material y métodos: Se utilizaron ratones C57BL/6 que fueron objeto de un modelo de hepatectomía extendida del 85%. Se establecieron dos grupos, uno control y otro de tratamiento (se administró por vía intraperitoneal un anticuerpo anti-CD200R3 para agotar los basófilos). La supervivencia se evaluó con la curva de Kaplan-Meier. La regeneración hepática se valoró mediante inmunohistoquímica con el marcador Ki67, así como por la relación hígado/peso corporal. Mediante citometría de flujo se analizó el agotamiento de los basófilos y los efectos en otras poblaciones celulares inmunes en sangre e hígado con los marcadores CD45, CD11b, FcER, CD200R3,

Gr-1, F4/80, MHCII, CXCR4 y Gal-3. Con uso de inmunotinción se analizó el infiltrado inflamatorio posterior a la hepatectomía en ambos grupos con F4/80 y Gal-3.

Resultados: Se estableció un nuevo modelo de hepatectomía extendida no letal con una supervivencia del 66%. No se observaron diferencias significativas en supervivencia entre los grupos. De igual manera, ambos grupos, con y sin agotamiento de basófilos, mostraron una adecuada regeneración hepática sin diferencias significativas en el porcentaje de células Ki67 positivas. Sin embargo, de manera interesante se reconoció que los ratones del grupo de agotamiento de basófilos mostraron un mayor infiltrado de células positivas para galectina 3 en el tejido hepático a las 24, 48 y 72 horas posteriores a la hepatectomía.

Conclusiones: Los basófilos no son indispensables en el proceso de regeneración hepática; sin embargo, al agotarse aumenta la presencia de células inmunes positivas a galectina 3 en el infiltrado inflamatorio del tejido hepático que podrían representar un mecanismo compensatorio para el agotamiento de basófilos.

Financiamiento: No se recibió financiamiento de ningún tipo.

Lun227

EVALUACIÓN DE LOS NIVELES SÉRICOS DE TGF- β 1, 2 y 3 e IL-10 EN ENFERMEDADES HEPÁTICAS CRÓNICAS

M. Hernández-Santillán, A. Hernández-Barragán, M. Martínez-Castillo, Z. Medina-Ávila, D. Mercado-Herrera, F. Higuera-De la Tijera, J. L. Hernández-Pérez, D. Santana-Vargas, G. Gutiérrez-Reyes, Universidad Nacional Autónoma de México

Introducción: La enfermedad hepática crónica (EHC) es un importante problema de salud mundial. La IL-10 regula el proceso

inflamatorio en la enfermedad hepática. Por otro lado, TGF- β juega un papel crucial durante la progresión de EHC, al favorecer la activación de células estelares hepáticas e inducir la producción de matriz extracelular en el hígado. Sin embargo, la producción de TGF- β 1, 2 y 3 e IL-10 en EHC aún no se comprende por completo.

Objetivo: Evaluar las concentraciones séricas de TGF- β 1, 2 y 3 e IL-10 en pacientes con virus de la hepatitis C (VHC), enfermedad hepática esteatósica relacionada con la disfunción metabólica (MASLD), cirrosis hepática por alcohol (CiOH) y sujetos control (CT).

Material y métodos: Estudio observacional y transversal. La historia clínica incluyó antropometría y pruebas bioquímicas. Se evaluaron TGF- β 1, 2 y 3 e IL-10 por arreglo de suspensión múltiple, incluidos 123 individuos divididos en cuatro grupos: VHC (n = 34), MASLD (n = 36), CiOH (n = 22); y los resultados se compararon con el grupo CT (n = 31). El análisis estadístico se realizó con el software SPSS v22 Windows. Los datos se expresaron en medias \pm error estándar. Se llevó a cabo un análisis con las pruebas de Kruskal-Wallis y U de Mann-Whitney. Se consideró estadísticamente significativo un valor de $p < 0,05$.

Resultados: El grupo CT mostró una edad cercana a 33 años, mientras que en las hepatopatías en conjunto una de 47 años, con el sexo masculino prevalente en CiOH y CT (en VHC y MASLD la distribución del sexo femenino fue similar). El análisis de comparación múltiple mostró que los valores séricos de TGF- β 1 y 3 (pg/mL) no mostraron diferencias entre grupos con EHC. Sin embargo, la isoforma TGF- β 2 reveló cifras aumentadas en MASLD y CiOH respecto de CT ($p < 0,05$), con un cociente de 1,8 y 1,6, respectivamente. Las concentraciones de la citocina antiinflamatoria IL-10 se distribuyeron de la siguiente manera: CiOH > MASLD > VHC, lo cual se confirmó con el cociente calculado, con un aumento de 4,4, 2,7 y 2,3, respectivamente, en relación con CT.

Conclusiones: Este estudio indica que en el plano sistémico no se observan cambios en TGF- β 1 y 3 bajo diferentes agresores hepáticos. La regulación positiva de la isoforma TGF- β 2 podría estar relacionada con la respuesta fibrogénica en la MASLD y la cirrosis hepática por alcohol. Los valores de IL-10 aumentaron en todas las enfermedades crónicas, lo que refleja su papel como mediador antiinflamatorio por excelencia.

Financiamiento: No se recibió financiamiento de ningún tipo.

Lun228

LA REGENERACIÓN HEPÁTICA SE MEJORA CON LA XENOIMPLANTACIÓN DE UN ANDAMIO EN UN MODELO ANIMAL DE HEPATECTOMÍA

G. Gutiérrez-Reyes, M. Martínez-Castillo, B. León-Mancilla, C. Piña-Barba, I. A. Núñez-Tapia, G. Ramírez-Rico, A. Hernández-Barragán, M. Hernández-Santillán, Facultad de Medicina, UNAM

Introducción: Debido a las bajas tasas de donación se reducen de forma significativa las posibilidades de practicar un trasplante exitoso. La medicina regenerativa y la ingeniería de tejidos emplean biomateriales como andamios, células con potencial regenerativo y factores de crecimiento. Estos procedimientos son hoy en día alternativas terapéuticas para los pacientes que se encuentran en espera de un trasplante. Los biomateriales pueden ser de origen natural o sintético; la matriz colagénica de bovino (MC) posee poros abiertos e interconectados que favorecen el desplazamiento celular y la difusión de líquidos biológicos, por lo que se ha sugerido que es una opción promisoriosa para restaurar la función de los órganos, incluido el hígado.

Objetivo: Evaluar la biocompatibilidad y la restauración del hígado después de la hepatectomía parcial y el xenoinplante de una matriz de colágena de bovino en un modelo de rata.

Material y métodos: Se integraron tres grupos de animales: a) simulación quirúrgica (Sham); b) hepatectomía parcial (HP, 40%, lóbulo izquierdo) de hígado de rata Wistar; y c) HP más implantación de la MC. Después del procedimiento quirúrgico los animales fueron objeto de seguimiento, de laparoscopia exploradora y de análisis histopatológico a los 14 y 30 días tras la xenoinplantación. Además, se comparó la función hepática de los animales de los tres grupos.

Resultados: Los animales no mostraron signos de infección o alteraciones sistémicas. No se reconocieron diferencias estadísticas en los valores de albúmina, bilirrubina, colesterol, triglicéridos, ALT, AST y fosfatasa alcalina en los días 14 y 30 en animales de los tres grupos de estudio. El biomaterial reveló signos de biocompatibilidad y reabsorción; además, la evaluación histopatológica indicó abundante proliferación de hepatocitos y angiogénesis cerca del sitio de implantación. Asimismo, se identificó una inflamación incipiente o exacerbación de macrófagos, tipo Langhans y células gigantes de cuerpo extraño, hallazgos que sugieren con solidez la falta de rechazo.

Conclusiones: La matriz de colágena mostró compatibilidad con el hígado y fue bioabsorbible. La incorporación de la MC no interfiere con la función hepática y permite la proliferación de hepatocitos y vasos, lo cual favorece la disposición típica del parénquima hepático. El uso del biomaterial puede ser una alternativa de estudio en regeneración de tejidos y a largo plazo puede tener utilidad para reducir la limitación actual de los órganos para trasplante.

Financiamiento: Recursos de la Facultad de Medicina, UNAM.

Lun229

MARCADORES DE DAÑO OXIDATIVO EN ENFERMEDAD HEPÁTICA POR ALCOHOL

G. Gutiérrez-Reyes, A. Hernández-Barragán, M. Martínez-Castillo, Z. Medina-Ávila, D. Santana-Vargas, F. Higuera-De la Tijera, J. L. Pérez-Hernández, J. Córdova-Villalobos, Facultad de Medicina, Universidad Nacional Autónoma de México

Introducción: Varios mecanismos participan en la fisiopatología del consumo excesivo de alcohol y la enfermedad hepática por alcohol (EHA), tales como la desregulación del sistema inmunitario y el estrés oxidativo. El metabolismo del etanol produce radicales libres: especies reactivas de oxígeno (ERO) y nitrógeno (ERN), que contribuyen a la lesión celular en la EHA. El malondialdehído (MDA) y las proteínas carboniladas son marcadores de daño oxidativo en lípidos y proteínas, respectivamente.

Objetivo: Analizar los valores de marcadores de lipoperoxidación y daño oxidativo a proteínas en pacientes con hepatitis alcohólica (HpA) y cirrosis hepática por alcohol (CiOH) y en un grupo control.

Material y métodos: Estudio transversal; se incluyó a 220 individuos divididos en tres grupos: el grupo control (n = 100) se integró con sujetos con un consumo de alcohol ≤ 10 g/día y puntuación AUDIT ≤ 7 ; pacientes con diagnóstico de HpA (n = 45) y pacientes con CiOH (n = 75). Se evaluó la concentración sérica de MDA (método de ácido tiobarbitúrico) y proteínas carboniladas (reacción DNPH). El análisis estadístico se realizó con el software SPSS v22 Windows. Los datos se expresaron en medias \pm error estándar. Se efectuó análisis de varianza (ANOVA). Un valor de $p < 0,05$ se consideró estadísticamente significativo.

Resultados: En el grupo control (CT), la edad fue de $30,47 \pm 0,52$ años, con consumo de alcohol de $2,32 \pm 0,2$ gOH/día y AUDIT de $2,24 \pm 0,1$. Los pacientes con EHA tuvieron $41,7 \pm 6,3$ años y consumo de $354,2 \pm 139,5$ gOH/día con AUDIT de $30 \pm 5,45$. Las pruebas

de función hepática como AST, ALT, GGT, bilirrubina directa y bilirrubina total fueron más elevadas en HpA y CiOH al comparar con los individuos CT ($p < 0,001$) y $AST/ALT \geq 2$. Los valores de albúmina fueron más bajos ($p < 0,001$) en HpA y CiOH respecto de CT. Las concentraciones séricas de proteínas carboniladas fueron más altas en pacientes con HpA que en CT y CiOH ($p < 0,001$). Se identificaron diferencias en las cifras séricas de MDA entre CiOH en comparación con HpA y CT ($p < 0,005$).

Conclusiones: Estos resultados sugieren que las proteínas carboniladas y MDA son marcadores de daño oxidativo a proteínas y lípidos en pacientes que tienen hepatitis alcohólica y cirrosis. La afección hepática por alcohol y el daño oxidativo pueden incrementar el riesgo de desnutrición, susceptibilidad a infecciones y sepsis, producción deficiente de los factores de la coagulación, sangrado gastrointestinal, entre otras, lo que eleva el riesgo de mortalidad. Los resultados subrayan la necesidad de contrarrestar el estrés oxidativo y de complementar el tratamiento actual de la enfermedad hepática alcohólica.

Financiamiento: Recursos de la Facultad de Medicina, UNAM.

Lun230

IMPACTO DE LA ACTIVACIÓN DEL SISTEMA INMUNE INNATO (NEUTRÓFILOS) EN LA REGENERACIÓN HEPÁTICA

H. Gallegos-Calderón, B. Romero-Morales, F. Tejeda-Domínguez, N. Navarro-Álvarez, Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán/Universidad Nacional Autónoma de México

Introducción: La falla hepática poshepatectomía (FHPH) se desarrolla debido a una masa hepática insuficiente para mantener la función hepática normal y representa una de las causas principales de mortalidad posterior a una hepatectomía. Los mecanismos precisos que subyacen a la FHPH se conocen poco; sin embargo, en estudios preliminares se ha observado que la FHPH se vincula con un exceso de IL-6 y neutrofilia. La IL-6 es una citocina clave para el inicio de una exitosa regeneración, si bien cuando se encuentra en exceso se ha demostrado que inhibe el ciclo hepatocelular.

Objetivo: Determinar si los neutrófilos se activan luego de una hepatectomía y contribuyen a la producción excesiva de IL-6 observada en la FHPH.

Material y métodos: Se realizó un modelo de hepatectomía extendida del 85% en ratones C57BL/6. Los animales se sometieron a eutanasia en diferentes puntos en el tiempo (3 h, 24 h y 48 h) después del procedimiento quirúrgico para la obtención de sangre periférica e hígado. Mediante citometría de flujo se evaluó la población de neutrófilos (Ly6-G+) para identificar su activación mediante la expresión de CD14 y su capacidad de producción de IL-6 mediante tinción intracelular.

Resultados: Posterior a la intervención del 85% existe un aumento del porcentaje y el número de neutrófilos en sangre periférica e hígado. Dichos neutrófilos se activan según lo revela la expresión de CD14 y una vez activados producen IL-6 cuando son atraídos hacia el hígado. En el grupo de animales sacrificados a las 24 y 48 h se observó que el número de neutrófilos y su marcador de activación CD14 comienzan a disminuir en los ratones que se recuperan después del procedimiento quirúrgico. En cambio, en los animales que cumplían criterios para someterse a eutanasia se advirtió que el número de neutrófilos activados (CD14+) se mantenía elevado 48 h después de la intervención quirúrgica.

Conclusiones: Los neutrófilos comienzan a desplazarse hacia el hígado 3 h después de una hepatectomía del 85%, así como su marcador de activación CD14; dichos neutrófilos son capaces de producir IL-6. Estos porcentajes decrecen a las 48 h después del

procedimiento pero, en ratones que no se recuperan luego del procedimiento, los neutrófilos activados se mantienen elevados, lo cual señala su posible contribución al desarrollo de FHPH.

Financiamiento: No se recibió financiamiento de ningún tipo.

Lun231

CARACTERÍSTICAS EPIDEMIOLÓGICAS EN PACIENTES CON COLANGITIS BILIAR PRIMARIA (CBP) EN UNIDAD MÉDICA DE ALTA ESPECIALIDAD (UMAE), IMSS, PUEBLA

M. Y. Munguía-Guizar, J. A. Ortega-Tecuatl, V. H. García-García, G. C. Che-Cantún, Hospital de especialidades Puebla, IMSS

Introducción: La colangitis biliar primaria es una enfermedad hepática colestásica crónica de origen autoinmunitario. Históricamente se ha notificado el predominio en mujeres blancas de 40 a 60 años, con presentación clínica variable, las más de las veces prurito y fatiga. Los anticuerpos antimitocondriales (AMA) son el sello distintivo debido a su presencia en 90% a 95% de los pacientes. En México no existen hasta la fecha datos epidemiológicos precisos.

Objetivo: Determinar las características epidemiológicas de los pacientes con diagnóstico de CBP en una cohorte mexicana.

Material y métodos: Se incluyó sólo a pacientes en seguimiento por el servicio de gastroenterología en la UMAE, Puebla, en el periodo comprendido entre 2013 y 2023. Tipo de estudio: descriptivo, observacional, de cohorte, transversal y retrospectivo. Variables analizadas: incidencia, prevalencia, edad, género, presentación clínica, presencia de AMA, estadio al diagnóstico, enfermedades vinculadas y mortalidad. Análisis estadístico: los resultados se analizaron con uso de medidas de dispersión y tendencia central.

Resultados: Se incluyó a 99 pacientes con diagnóstico de CBP; la incidencia y la prevalencia puntual en esta unidad fueron de 8,1 y 40,1 por cada 10.000 personas, respectivamente. Asimismo, se reconoció un predominio notorio del sexo femenino con un 96,9% y edad media de 49 años (intervalo, 28-71 años). En el análisis de signos o síntomas predominantes al momento del diagnóstico se identificó un dominio del prurito (39,39%), seguido de la fatiga (30,3%). Por otro lado, en la población de estudio se encontró una positividad inmunológica con AMA en sólo el 77,7%, así como un nexo con HAI en el 43,4% y otras enfermedades inmunológicas adjuntas hasta en el 44,4% de los pacientes, las más frecuentes de las cuales fueron la esclerosis sistémica (13,1%), la artritis reumatoide, el síndrome de Sjögren, el lupus eritematoso sistémico, la enfermedad tiroidea y el vitiligo (Tabla 1). En esta población, el 55,5% se diagnosticó en fase de cirrosis, proporción de la cual el 68,1% se clasificó como Child-Pugh A. La mortalidad hallada fue de 6% en 10 años.

Conclusiones: La incidencia y la prevalencia de CBP en la UMAE Puebla son superiores a lo informado en las publicaciones médicas mundiales; esto podría explicarse por tratarse de un estudio monocéntrico en un hospital de tercer nivel, por lo que se consideró como población total sólo a los pacientes valorados por el servicio de gastroenterología durante el periodo establecido (2013-2023). Llama la atención una positividad de AMA inferior a lo descrito en otras poblaciones, lo que traduce un mayor requerimiento de biopsia hepática para el diagnóstico de esta entidad. Por otro lado, y acorde con la epidemiología mundial registrada, el género femenino, los pacientes de mediana edad, y la presentación con fatiga o prurito, además del diagnóstico en etapa de hepatopatía crónica avanzada compensada, fueron las características clínico-epidemiológicas más comunes. La sobrevida fue del 94% a 10 años, tras considerar que en todos los pacientes se inició tratamiento con UDCA al momento del diagnóstico.

Financiamiento: No se recibió financiamiento de ningún tipo.

Tabla 1. Características de los pacientes con CBP en la UMAE Puebla. Se muestran resultados de las enfermedades inmunológicas relacionadas, inicio de la enfermedad y estadio al diagnóstico. (Lun231)

Enfermedades inmunológicas relacionadas	Pacientes (n = 99)	Síntoma inicial	Pacientes (n = 99)	Estadio de la enfermedad hepática	%
Esclerosis sistémica	13	Prurito	39	Sin cirrosis	44,40%
Artritis reumatoide	10	Fatiga	30	Child-Pugh A	30,30%
Lupus eritematoso sistémico	8	Asintomático	16	Child-Pugh B	22,20%
Síndrome de Sjögren	7	Dolor en hipocondrio derecho	16	Child-Pugh C	3%
Hipotiroidismo	4	Ictericia	14		
Hipertiroidismo	1	Descompensaciones de cirrosis	5		
Vitiligo	1				

Lun232

CARACTERÍSTICAS Y DESENLACE DE PACIENTES CON ABSCESO HEPÁTICO, UNA COHORTE RETROSPECTIVA

M. C. Alegría-Ovando, F. Higuera-De la Tijera, J. L. Pérez-Hernández, Hospital General de México Dr. Eduardo Liceaga

Introducción: El absceso hepático (AH) es una entidad poco frecuente en la actualidad, con una prevalencia baja; la transición epidemiológica de amebiano a piógeno en los últimos años quizá ha modificado sus características y desenlaces. Por lo tanto es preciso conocer su presentación, evolución, tratamiento y desenlace.

Objetivo: Describir las características y el desenlace de pacientes con absceso hepático.

Material y métodos: Estudio retrospectivo y observacional de pacientes con diagnóstico de AH; se evaluaron las variables epidemiológicas, presentación, tratamiento, drenaje y desenlace. Se realizó estadística descriptiva con medidas de tendencia central y de dispersión.

Tabla 1. Características generales de los pacientes con diagnóstico de absceso hepático en el Hospital General de México. (Lun232)

Características y resultados	
Número total de abscesos	n (%)
Piógenos	88 (84,5%)
Amebianos	15 (14,5%)
Sexo	n (%)
Masculino	72 (70%)
Femenino	31 (31%)
Edad	
media-años/DE	48,3 ± 15,7
Muertes, n (%)	1 (0,9%)
Pacientes con diagnóstico de diabetes, n (%)	26 (25,2%)
Tratamiento antibiótico, n (%)	
Combinación de ceftriaxona más metronidazol	83 (80,5%)
Carbapenémicos	15 (14,5%)
Diyodohidroxiquinoleína	7 (6,7%)
Otros	14 (13,5%)
Cultivo de absceso	
Sin desarrollo bacteriano	40 (38,8%)
<i>E. coli</i>	10 (9,7%)
<i>Klebsiella spp.</i>	5 (4,8%)
<i>Streptococcus spp.</i>	2 (1,9%)
Otros	3 (2,7%)
Muestra contaminada	3 (2,7%)

Resultados: Se revisaron los expedientes de pacientes con AH en el periodo del 2018 al 2023. Se incluyó a un total de 103 pacientes con AH, con edad de 48,3 ± 15,7, 70% de hombres y 30% de mujeres, 84,5% piógenos y 14,5% amebianos y 0,9% de muertes. Hasta 25,2% de los pacientes era diabético (Tabla 1). El 42,7% correspondió a abscesos hepáticos únicos y la localización más frecuente fue el segmento VII en un 50,4%. En cuanto al tratamiento antibiótico, 80,4% recibió tratamiento con metronidazol y ceftriaxona, seguido de carbapenémicos en un 14,5%. Del total de pacientes, 73,7% requirió drenaje percutáneo, de 60,1% se obtuvo cultivo, y de los agentes identificados *E. coli* fue el más frecuente en un 9,7%. Falleció sólo un paciente por choque séptico.

Conclusiones: La causa más frecuente del AH es ahora piógena, mucho más que amebiana; la mortalidad es baja y el desenlace es por lo regular la curación sin secuelas con administración de antimicrobianos y aplicación de drenaje percutáneo.

Financiamiento: No se recibió financiamiento de ningún tipo.

Lun233

CARACTERIZACIÓN Y DETERMINACIÓN DE PREVALENCIA DE ENFERMEDADES HEPÁTICAS AUTOINMUNES EN UN CENTRO DE TERCER NIVEL

E. J. Medina-Ávalos, F. Higuera-De la Tijera, J. L. Pérez-Hernández, V. López-Ladrón de Guevara, G. Rangel-Zavala, Hospital General de México Dr. Eduardo Liceaga

Introducción: Las enfermedades hepáticas autoinmunitarias (EHAI) se caracterizan sobre todo por una respuesta crónica inmunomediada y alterada dirigida a dos espectros histológicos: los hepatocitos y los conductos biliares. Corresponden en particular a la colangitis biliar primaria (CBP), la hepatitis autoinmunitaria (HAI) y la colangitis esclerosante primaria (CEP), en las cuales se necesitan diversos criterios para establecer el diagnóstico. Representan un gran desafío actual por la escasez de estudios, aumento de la prevalencia, complejidad diagnóstica, heterogeneidad, daño hepático irreversible y mortalidad.

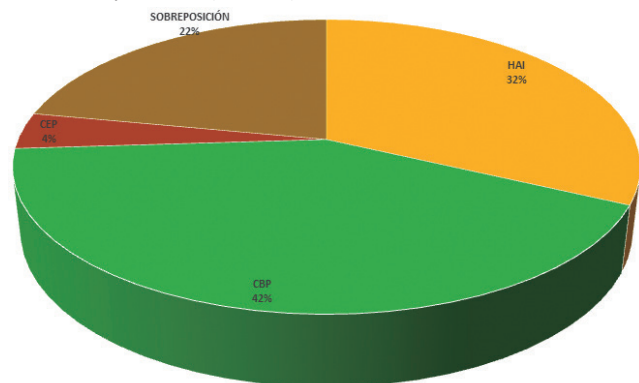
Objetivos: Determinar y caracterizar a pacientes con EHAI en la clínica de hígado del servicio de gastroenterología del Hospital General de México Dr. Eduardo Liceaga.

Material y métodos: Se realizó un estudio retrospectivo (transversal y retrolectivo). Se analizaron los expedientes de pacientes de la consulta (hombres y mujeres) de 18 años en adelante y se recolectan los diagnósticos de EHAI de la clínica de hígado del año 2020 al 2023. Se obtuvieron variables demográficas, clínicas, bioquímicas, serológicas e histológicas. Se utilizó estadística descriptiva: frecuencia y

porcentajes para variables cualitativas y medidas de tendencia central y dispersión para las cualitativas.

Resultados: Se identificó a un total de 201 pacientes, 85 (42%) con CBP, 65 (32%) con HAI, 7 (4%) con CEP, más 44 (22%) de sobreposición (Fig. 1). Una cifra de 177 (88%) correspondió a mujeres. La media de edad al diagnóstico fue de $51 \pm 13,2$ años ($51 \pm 13,2$). El 28% tenía enfermedades autoinmunitarias relacionadas, pero la enfermedad tiroidea fue la más común con 33%. La cirrosis hepática fue la forma de presentación más frecuente (60%) al momento del diagnóstico y 60% sufría descompensación (64% hemorragia digestiva variceal). La principal causa de cirrosis fue CBP (47%). Además, se practicó trasplante hepático en el 6% de las EHAI, en la mayor parte de los casos debido a HAI.

Figura 1. Enfermedades hepáticas autoinmunitarias. HAI, hepatitis autoinmunitaria; CBP, colangitis biliar primaria; CEP, colangitis esclerosante primaria. (Lun233)



Conclusiones: Se identificó un aumento progresivo de la frecuencia de pacientes con diagnóstico de EHAI. Se registra una elevada frecuencia del diagnóstico de estadios avanzados de la enfermedad hepática a causa de EHAI. Se necesitan más estudios para determinar la prevalencia y caracterizar a estos pacientes para mejorar un diagnóstico temprano y oportuno.

Financiamiento: No se recibió financiamiento de ningún tipo.

Lun234

DESENLACES ASOCIADOS CON LA RECURRENCIA DE ENFERMEDAD HEPÁTICA AUTOINMUNE POSTERIOR A UN TRASPLANTE HEPÁTICO EN PACIENTES DE UN CENTRO DE TERCER NIVEL EN MÉXICO

C. I. Zubía-Nevárez, I. García-Juárez, L. M. Martínez-Martínez, Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán

Introducción: La enfermedad hepática autoinmunitaria (EHA) incluye a la hepatitis autoinmunitaria (HAI), la colangitis biliar primaria (CBP), la colangitis esclerosante primaria (CEP) y los síndromes de superposición (SS). El trasplante hepático (TH) representa un tratamiento en etapas avanzadas que puede resultar en una supervivencia a los cinco años mayor de 70%. La recurrencia posterior a un TH es frecuente (17%-41%) y se ha relacionado con reducción de la supervivencia del injerto y necesidad de retrasplante y se ha cuestionado en diversos estudios si reduce en verdad la supervivencia a largo plazo.

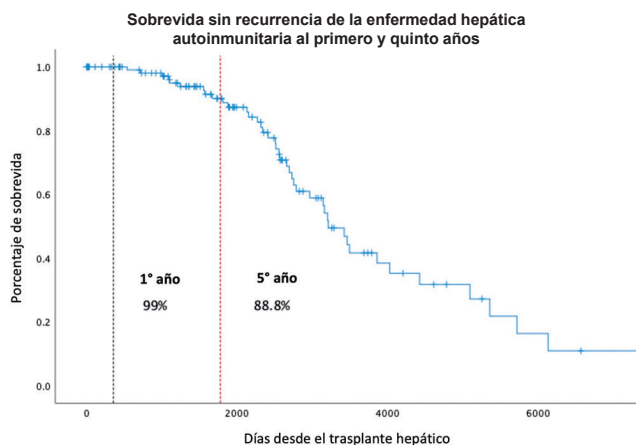
Objetivo: Notificar la prevalencia de recurrencia, factores de riesgo, supervivencia sin recurrencia (SSR) y supervivencia a largo plazo.

Material y métodos: Se incluyó a pacientes diagnosticados con EHA (por biopsia, colangiopancreatografía por resonancia o criterios de

París de acuerdo con la causa) que recibieron un TH ortotópico en un centro de tercer nivel en el periodo del 2000 al 2021. Tipo de estudio: descriptivo de corte transversal, retrospectivo y observacional. Variables analizadas: edad, género, factores de riesgo, informe histológico, estudios de laboratorio, MELD, MELD-Na, Child-Pugh, recurrencia (basado en las guías AASLD), rechazo del injerto y administración de inmunosupresores. Análisis estadístico: se describieron medidas de frecuencia y porcentajes; para la supervivencia y supervivencia sin recurrencia se empleó análisis de Kaplan-Meier (*log rank*), se expresó el cociente de riesgo (*hazard ratio*) y para la comparación entre medias se emplearon t de Student o U de Mann-Whitney.

Resultados: De 500 pacientes sometidos a un TH, se evaluó a 123 (24,6%) con diagnóstico de EHA. El sexo femenino fue el más prevalente (74,8%) y la media de edad fue de $52 \pm 13,3$ años. La HAI, CBP, CEP y SS correspondieron al 35,8%, 27,6%, 13,8% y 22,7%, respectivamente. El porcentaje de pacientes con Child-Pugh C fue del 61,8%, seguido de Child-Pugh B con 37,4%. La mediana de MELD-Na fue de 18 (8-40). La recurrencia ocurrió en el 32,5% y fue más común en los SS (50%). La mediana de días a la recurrencia fue de 881 (50-3.384). La supervivencia sin recurrencia a uno y cinco años fue de 99% y 88,5%, respectivamente (Fig. 1). La SSR fue menor en pacientes con < 42 años antes del TH (*log rank*, $p = 0,002$), comorbilidad autoinmunitaria (*log rank*, $p = 0,03$) y valores de IgG antes del TH (*log rank*, $p = 0,03$) y la inmunosupresión inicial con basiliximab (*log rank*, $p < 0,001$). Las cifras elevadas de IgG antes del TH ($2896,8 \pm 1281$ vs. 2126 ± 822 , $p = 0,005$) y el tiempo prolongado en meses de micofenolato de mofetilo ($p < 0,001$) se vincularon con mayor recurrencia. El rechazo del injerto ocurrió en el 26% (21,1% fue agudo) y más frecuente en HAI (29,5%) y CBP (29,4%). La supervivencia a cinco y 10 años fue de 89% y 84%, respectivamente. Falleció el 12,2%; la inducción de inmunosupresión con daclizumab se relacionó con más riesgo de mortalidad (HR, 5,8; IC95%, 1,34-25,43; $p = 0,019$) comparado con el grupo de basiliximab.

Figura 1. Supervivencia sin recurrencia de la enfermedad hepática autoinmunitaria al primero y quinto años. (Lun234)



Conclusiones: La recurrencia en las EHA posterior a un trasplante hepático concuerda con lo notificado con anterioridad (32,5%). La supervivencia sin recurrencia al primero y quinto años fue de 99% y 88,8%, respectivamente. Los factores que se vinculan con una baja supervivencia sin recurrencia son edad temprana < 42 años antes del TH, consumo prolongado de micofenolato de mofetilo, valores elevados de IgG antes del TH e inmunosupresión inicial con basiliximab. No se identificaron diferencia en la supervivencia en caso de recurrencia. La inducción inicial con daclizumab se acompañó de mayor riesgo de mortalidad.

Financiamiento: No se recibió ningún financiamiento.

Lun235

NEUROTOXICIDAD ASOCIADA A INHIBIDORES DE CALCINEURINA EN TRASPLANTE HEPÁTICO

L. Toapanta-Yanchapaxi, E. Chiquete, M. C. García-Alanís, R. Cruz-Martínez, M. García-Baysa, I. García-Juárez, J. Yglesias-Rosales, M. S. López-Yáñez, I. González-García; Investigación en Trasplante; Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán

Introducción: El hígado es un órgano importante en el metabolismo de los fármacos y, al practicar un trasplante hepático (TH), este órgano se reemplaza biológica y funcionalmente por un injerto nuevo, de tal modo que se crea una diada donador-receptor, con lo cual se altera el metabolismo de los inmunosupresores. La neurotoxicidad relacionada con los inhibidores de la calcineurina (ICN) se ha considerado infrecuente, pero es posible que existan sesgos de subregistro debido a que la mayoría de los estudios ha incurrido en un registro pasivo de los efectos adversos. Esto contribuye en gran medida a una comprensión insuficiente del fenómeno de la neurotoxicidad vinculada con los ICN.

Objetivo: Evaluar el desarrollo de los síndromes neurológicos y determinar el papel de las concentraciones de ICN en este efecto adverso después de un THO.

Material y métodos: Se incluyó a pacientes de forma prospectiva del 1 de abril del 2021 al 30 de mayo del 2023. Se obtuvieron datos demográficos, clínicos, de atención médica y del estado actual de los pacientes, mediante una evaluación estandarizada durante el primer año del THO y una revisión de los expedientes clínicos.

Resultados: Se analizó a un total de 80 pacientes (48 mujeres y 35 hombres) (mediana de la edad: 50,5 años; intervalo, 38-59 años). De estos pacientes, 55% sufría encefalopatía, 62,5% ascitis y 46,3% hipertensión portal hemorrágica. El MELD al THO fue de 22 (RIQ, 18-23). Los pacientes tuvieron una mediana de tiempo quirúrgico de 395 minutos (RIQ, 342,5-443,5) y una mediana de lactato máximo de 4,7 (RIQ, 3,4-6,4). Durante el seguimiento, la mediana de la dosis administrada de tacrolimus fue de 8 mg (RIQ, 6-10) y 58,8% experimentó complicaciones neurológicas. De estos individuos, 48,7% tenía cefalea, 45% temblor distal, 1,25% catatonía, 1,25% episodios de psicosis y 25% más de un efecto neurológico durante el seguimiento. En 10% se obtuvieron valores de toxicidad a los ICN (> 14 ng/dL) y de esa proporción 6,25% sufrió un efecto adverso grave, con un 5% con necesidad de rehospitalización por tales efectos.

Conclusiones: Los síndromes neurológicos en la población de estudio posee una prevalencia mayor a la descrita antes y puede causar morbilidad considerable, en particular en los primeros seis meses tras el THO.

Financiamiento: Este protocolo no recibió patrocinio; el autor LTY tiene una beca doctoral del Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología (CVU 741991).

Lun236

PROGRESIÓN DEL PAPANICOLAOU EN MUJERES QUE RECIBIERON UN TRASPLANTE HEPÁTICO. UNA COHORTE MEXICANA

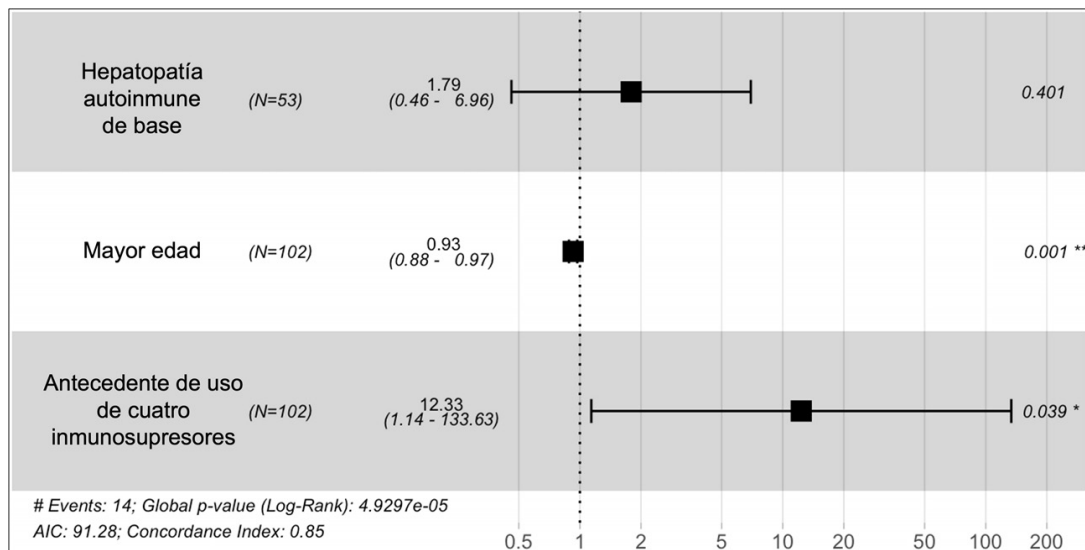
D. Aguirre-Villarreal, A. Soto-Mota, E. Beas-Lozano, D. Montante-Montes de Oca, N. C. Flores-García, E. Márquez-Guillén, I. García-Juárez, Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán

Introducción: La sobrevida en pacientes con trasplante de hígado ha aumentado debido a una mejor atención e inmunosupresión. Sin embargo, estos medicamentos se acompañan de efectos adversos, entre ellos un mayor riesgo de neoplasias. En el caso de las mujeres y el cáncer cervicouterino se ha advertido un mayor riesgo de lesiones precancerosas y cancerosas en las citologías cervicovaginales en las pacientes sometidas a un trasplante de órgano sólido, con estudios recientes limitados.

Objetivo: Evaluar los factores de riesgo y progresión del frotis de Papanicolaou en mujeres después de un trasplante de hígado.

Material y métodos: Se realizó un análisis retrospectivo de los expedientes clínicos de 226 mujeres después de recibir un trasplante hepático en el centro de los autores. Se registraron las características basales, la causa de la cirrosis, el tiempo desde el trasplante hasta la progresión y la inmunosupresión utilizada. Para la estadística descriptiva se determinaron la media o la mediana como medida de tendencia central y, como medida de dispersión, la desviación estándar (DS) o los rangos intercuartílicos 25° y 75° (RIC), respectivamente, según fuera la distribución de los datos. Para la comparación entre dos medias se emplearon la prueba t de Student y la U de Mann-Whitney para comparación de dos medianas en las variables con distribución no paramétrica. Para las variables categóricas se empleó la prueba χ^2 (o prueba exacta de Fisher de acuerdo con el caso) y se determinó la razón de

Figura 1. Riesgo de lesiones precancerosas y cancerosas en la citología cervical posterior al trasplante hepático. (Lun236)



momios (RM) con intervalos de confianza del 95%. Se realizó un modelo de regresión multivariado de riesgos proporcionales de Cox, ajustado a la edad, para obtener cocientes de riesgo.

Resultados: Se incluyó a 102/226 mujeres con los resultados disponibles. La edad promedio fue de 47,961 años y la puntuación de MELD promedio al momento del trasplante fue de 19,5 puntos. Las causas de la cirrosis fueron los trastornos autoinmunitarios (51,9%) seguidos por la infección por VHC (26,4%). El 85,2% de las pacientes recibió de manera histórica cuatro inmunosupresores diferentes. De la cohorte, 14/102 progresaron después del trasplante. La tasa de incidencia y el tiempo promedio de progresión fueron de 3.133/100 personas-años y 3,7 años, respectivamente. El análisis univariado mostró que las pacientes con factores autoinmunitarios ($p = 0,03$) evolucionaron con más frecuencia. Asimismo, demostró que las mujeres que avanzaron fueron más jóvenes comparadas con las que no progresaron ($33,71 \pm 12,71$ vs. $50,22 \pm 10,88$, $p < 0,001$). De manera consistente, el análisis multivariado (Fig. 1) estableció que una edad mayor era predictiva de falta de progresión (HR = 0,926; IC95%, 0,88-0,97; $p = 0,001$), mientras que la administración histórica de cuatro inmunosupresores fue predictiva de progresión (HR = 12,33; IC95%, 1,14-133,5; $p = 0,039$).

Conclusiones: De acuerdo con los resultados, el uso de cuatro inmunosupresores fue predictivo de avance del frotis de Papanicolaou en mujeres con trasplante de hígado, mientras que la causa no representó un riesgo y la edad mayor fue un factor protector.

Financiamiento: El autor DAV recibió la beca Impulso a la investigación en salud por parte de la fundación Carlos Slim, consistente en 72.000 pesos, una impresora y un dispositivo informático móvil (tableta).

Lun237

SOBREVIDA A UN AÑO DE TRASPLANTE HEPÁTICO EN UN GRUPO DE PACIENTES GERIÁTRICOS

C. S. Tinitana-Jumbo, K. A. Hernández-Bautista, V. M. Páez-Zayas, F. Higuera-De la Tijera, D. Santana-Vargas, C. Montes-Castellanos, J. L. Pérez-Hernández, Hospital General de México Dr. Eduardo Liceaga

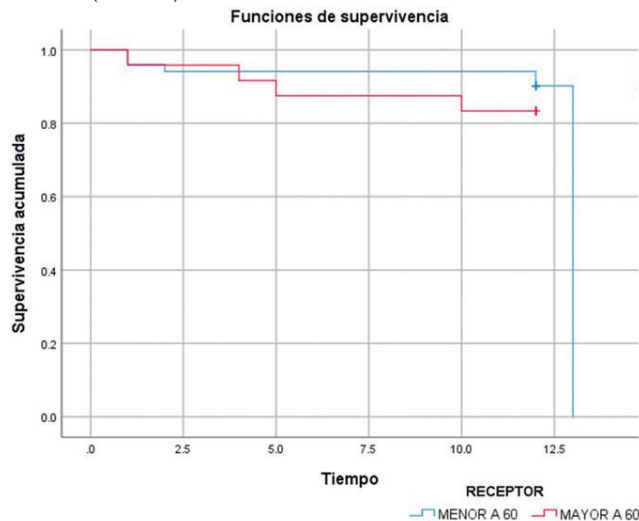
Introducción: La prevalencia de la cirrosis descompensada que requiere trasplante hepático (TH) ha aumentado en este país. Un porcentaje considerable de pacientes pertenece a la población geriátrica, lo que podría contraindicar el TH, aunque las tendencias en otros países indican que los resultados del TH en pacientes geriátricos son excelentes.

Objetivo: Evaluar la supervivencia a un año de pacientes con TH mayores de 60 años.

Material y métodos: Estudio retrospectivo, observacional y analítico de pacientes mayores de 60 años con TH, con evaluación de supervivencia, tiempo de isquemia fría (TIF), tiempo de isquemia caliente (TIC) y edad del donante (ED), en comparación con un grupo de menores de 60 años.

Resultados: Se incluyó a 81 pacientes, 51 menores ($44,33 \pm 10,59$) y 30 mayores de 60 años ($64,13 \pm 3,30$), con 31 mujeres y 50 hombres. Las causas de la cirrosis fueron consumo etílico (30,86%), autoinmunidad (24,69%), MALFD (11%) y hepatocarcinoma (9,88%). En cuanto a TIF y TIC en menores y mayores de 60: $313,64 \pm 97,69$ min, $29,91 \pm 6,14$ min y $307,39 \pm 101,85$ min, $30,36 \pm 7,57$ min, respectivamente. ED: $35,55 \pm 14,33$ años. La mortalidad fue de 11,76% (6/51) y 13,3% (4/30) en menores y mayores de 60 años, respectivamente, con una tasa acumulada de 12,34% (10/81). Supervivencia media en meses: 12,27 (11,45-13,1; IC95%) y 10,83 (9,6-12,0; IC95%) en menores y mayores de 60 años, respectivamente (Fig. 1). La comparación por edad no fue estadísticamente significativa (*log rank test*; ji cuadrada, 1 =

Figura 1. Supervivencia postrasplante hepático a un año de seguimiento. (Lun237)



0,742; $p = 0,389$).

Conclusiones: La supervivencia a un año de pacientes geriátricos después de TH es igual a la de los pacientes jóvenes y por tanto la edad no debe ser una contraindicación para el TH.

Financiamiento: No se contó con financiamiento para este trabajo.

Lun238

ÍNDICE PLAQUETAS-LEUCOCITOS COMO BIOMARCADOR PRONÓSTICO EN ABSCESO HEPÁTICO AMEBIANO

V. Jiménez-Hernández, L. M. Cruz-Rodríguez, S. M. Barceló-Valdez, F. A. Félix-Téllez, M. Lazcano-Becerra, P. E. Díaz-Aceves, R. Aguirre-Lázaro, J. A. Velarde-Ruiz-Velasco, J. M. Aldana-Ledesma, Hospital Civil de Guadalajara Fray Antonio Alcalde

Introducción: Los abscesos hepáticos amebianos (AHA) son colecciones de pus localizadas dentro del parénquima hepático que se rodean de tejido inflamatorio; su causa es el parásito *Entamoeba histolytica*. Aunque la mayoría de los pacientes (80%) tiene un curso indolente manifestado por síntomas leves, como fiebre, escalofrío y dolor en el hipocondrio derecho, se han descrito fenotipos de presentación más graves caracterizados por signos de toxicidad sistémica, choque séptico, disfunción orgánica y complicaciones como ruptura hacia la cavidad abdominal, cavidad pleural o pericardio, así como fístulas biliares e incluso la muerte. El índice plaquetas-leucocitos (IPL) es un marcador hematológico que se ha desarrollado como pronóstico de gravedad en abscesos hepáticos piógenos y en otras anomalías médicas; sin embargo, no hay estudios que demuestren su utilidad para predecir complicaciones y pronósticos en los AHA.

Objetivo: Describir la frecuencia y la vinculación de las complicaciones por abscesos hepáticos amebianos con un índice plaquetas-leucocitos bajo.

Material y métodos: Estudio descriptivo, retrospectivo y observacional. Se realizó un análisis consecutivo de expedientes de pacientes admitidos en el servicio de gastroenterología con diagnóstico de AHA. Los sujetos evaluados se dividieron en dos grupos: IPL bajo ($< 17,05$) e IPL alto ($> 17,05$) y se registraron las características demográficas, antecedentes de relevancia, condición clínica, así como estudios de laboratorio a su ingreso; también se evaluaron el curso

Tabla 1. Relación del índice plaquetas-leucocitos (IPL) con las complicaciones del absceso hepático amebiano. (Lun238)

Desenlace clínico	IPL bajo < 17,05	IPL alto > 17,05	OR	p
SRIS	66 (81,5%)	15 (18,5%)	2,3 (1,1-4,6)	0,015
Sepsis	64 (79,1%)	17 (20,9%)	1,9 (0,97-3,7)	0,05
Derrame pleural	14 (17,3%)	67 (82,7%)	0,8 (0,39-1,8)	0,66
Ruptura de absceso	6 (7,4%)	75 (92,6%)	0,5 (0,19-1,49)	0,23
Fístula biliar	1 (1,2%)	80 (98,8%)	1,2 (0,07-20,2)	0,87
Colecciones	2 (2,4%)	79 (97,6%)	2,5 (0,22-28,4)	0,43
Lesión renal aguda	8 (9,9%)	73 (90,1%)	2,6 (0,77-9,1)	0,11
Neumonía	2 (2,4%)	79 (97,6%)	2,5 (0,22-28,4)	0,43

SRIS, síndrome de respuesta inflamatoria sistémica.

clínico y las complicaciones durante su estancia hospitalaria. El diagnóstico de absceso hepático amebiano se estableció mediante hallazgos imagenológicos identificados por ultrasonido abdominal o tomografía computarizada, además de hallazgos microbiológicos con cultivo y Gram de la secreción aspirada del absceso (negativa), en el contexto de un país en vías de desarrollo con alta prevalencia de la enfermedad. Se realizó estadística descriptiva y análisis estadístico bivariado con ji cuadrada y grados de significancia estadística con valor de $p \leq 0,05$, intervalo de confianza del 95% y determinación de razón de probabilidades (OR, *odds ratio*) en el software SPSS v24.

Resultados: Se incluyó a un total de 182 pacientes con AHA, 76,6% de ellos hombres ($n = 139$) y con edad promedio de 41 años (RIQ, 29-55). Se observó que 44,5% de los pacientes tenía un IPL < 17,05 ($n = 81$). Tras el análisis estadístico se determinó que los individuos con IPL bajo (< 17,05) padecían más síndrome de respuesta inflamatoria sistémica (SRIS) (81,5% vs. 18,5%; OR, 2,3; IC95%, 1,1-4,6; $p = 0,015$) y sepsis (79,1% vs. 20,9%; OR, 1,9; IC95%, 0,97-3,7; $p = 0,05$) en comparación con los pacientes con IPL alto (> 17,05). En los sujetos con IPL bajo no se detectó mayor incidencia de complicaciones, como derrame pleural, ruptura a cavidad, fístula biliar, colecciones, lesión renal aguda o neumonía (Tabla 1).

Conclusiones: Un corte bajo de IPL se identificó como un factor de riesgo para SRIS y sepsis. Si se considera su efectividad en términos del costo, el IPL podría ser un biomarcador útil para predecir dichos desenlaces clínicos en los casos de AHA.

Financiamiento: No se dispuso de financiamiento.

Lun239

EL NIVEL DE EDUCACIÓN NO IMPACTA EN LOS DESENLACES DE TRASPLANTE HEPÁTICO

E. A. Jasso-Baltazar, D. Aguirre-Villareal, M. S. López-Yáñez, I. García-Juárez, Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán

Introducción: El alfabetismo en salud se define como la capacidad de obtener y procesar información para tomar decisiones adecuadas relacionadas con la salud. Los pacientes con trasplante hepático (TH) requieren un grado adecuado de alfabetismo, ya que necesitan un tratamiento y seguimiento complejo para obtener mejores desenlaces. Los grados bajos de educación, el desempleo y el apoyo social inadecuados se han identificado como factores de riesgo para un escaso apego al tratamiento. En la actualidad existen muy pocos estudios que evalúen el alfabetismo en salud en los pacientes sometidos a trasplante de hígado; sin embargo, ninguno se ha realizado en población latina y, dado que la observancia del tratamiento inmunosupresor es fundamental para el bienestar del injerto, un grado educativo bajo y una situación laboral adversa pueden propiciar un mayor número de rechazos.

Objetivo: Determinar si el grado educativo se vincula con una mayor tasa de rechazo en pacientes con trasplante hepático.

Material y métodos: Es un estudio retrospectivo realizado en la clínica de hígado del Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán, en el cual se incluyó a 100 pacientes sometidos a trasplante hepático. Se registraron datos demográficos, incluidos grado de estudios y situación laboral, así como datos clínicos y presencia o ausencia de rechazo. Los resultados se analizaron con medidas de frecuencia relativas y centrales para la obtención de porcentajes, promedio y desviación estándar. Se realizaron comparaciones con la prueba t de Student para edad, tiempo en vigilancia y MELD al trasplante. Por último, se compararon sexo, causa de la enfermedad, grado educativo al trasplante y situación laboral mediante la prueba ji cuadrada.

Resultados: Se incluyó a 100 pacientes, de los cuales 53 fueron mujeres, con una edad media al trasplante de $50,66 \pm 12,81$. La causa subyacente más común fue la infección por el virus de la hepatitis C ($n = 30$), seguida por cirrosis criptogénica ($n = 17$). En cuanto al nivel educativo, la preparatoria completa fue la más frecuente ($n = 28$) y después la licenciatura ($n = 24$); el resto se dividió en orden de frecuencia en secundaria completa (14), posgrado ($n = 12$), carrera técnica ($n = 10$), primaria completa ($n = 8$) y primaria incompleta ($n = 4$). De la misma manera, la mayoría refirió ser desempleada ($n = 42$), empleada ($n = 23$), pensionada ($n = 18$) y subempleada ($n = 17$).

Se identificó un antecedente de rechazo en 14/100 pacientes. Se registró una diferencia significativa en la edad al trasplante entre los pacientes con y sin rechazo ($42,29 \pm 14,1$ vs. $52,02 \pm 12,1$ años, respectivamente, $p = 0,008$), sin diferencias en sexo ($p = 0,808$), tiempo de seguimiento posterior al TH ($p = 0,309$) y MELD al trasplante ($p = 0,149$). En el grupo de rechazo, la causa principal fueron las enfermedades autoinmunitarias ($n = 9$, 64,2%). A pesar del predominio de estas enfermedades, no se observó diferencia al compararlas con otras causas, con y sin rechazo ($p = 0,166$). De modo similar, la escolaridad en el grupo de rechazo se distribuyó en preparatoria completa ($n = 5$), secundaria ($n = 3$), licenciatura ($n = 3$), posgrado ($n = 2$) y sólo un paciente con primaria incompleta, sin diferencia estadística al compararlo con el grupo de falta de rechazo ($p = 0,649$). Por último, en cuanto al empleo, no se advirtió diferencia entre los pacientes con y sin rechazo ($p = 0,551$). En la Tabla 1 se muestran las características de la población estudiada.

Conclusiones: De acuerdo con los resultados, el grado de educación y la situación laboral no son un factor relacionado con el rechazo en la población estudiada con trasplante hepático; por lo tanto, todos los pacientes que lo requieran deben programarse para trasplante hepático sin importar cuál sea su grado de escolaridad.

Financiamiento: No se recibió financiamiento de ningún tipo.

Tabla 1. Características basales de los pacientes estratificados por antecedente de rechazo. (Lun239)

Características	Rechazo			p
	General (n = 100)	Sí (n = 14)	No (n = 86)	
Sexo				0,808
Femenino	53 (53%)	7 (13%)	46 (87%)	
Masculino	47 (47%)	7 (15%)	40 (85%)	
Edad al trasplante				0,008
Promedio (SD)	50,66 (12.814)	42.286 (14.106)	52.023 (12,14)	
Intervalo	17 - 69	18 - 65	17 - 69	
Seguimiento posterior a TH (años)				0,309
Promedio (SD)	6.638 (5.082)	5.357 (2.274)	6.862 (5.405)	
Intervalo	1 - 51	1 - 10	1 - 51	
MELD al trasplante				0,149
Promedio (SD)	20,32 (6.082)	22,5 (6,43)	19.965 (5.987)	
Intervalo	8 - 40	12 - 36	8 - 40	
Causas, n (%)				0,166
Colangitis biliar primaria (CBP)	9	2 (22%)	7 (78%)	
Hepatitis autoinmunitaria (HAI)	14	4 (29%)	10 (71%)	
Sobreposición HAI/CBP	7	3 (43%)	4 (57%)	
Colangitis esclerosante primaria	4	0 (0%)	4 (100%)	
Alcohol	5	1 (20%)	4 (80%)	
Infección por virus de la hepatitis C (VHC)	30	1 (3%)	29 (97%)	
MASLD	8	2 (25%)	6 (75%)	
Falla hepática aguda	1	0 (0%)	1 (100%)	
Criptogénica	17	1 (6%)	16 (94%)	
Colangitis esclerosante secundaria	5	0 (0%)	5 (100%)	
Grado de estudios, n (%)				0,649
Primaria incompleta	4	1 (25%)	3 (75%)	
Primaria completa	8	0 (0%)	8 (100%)	
Secundaria completa	14	3 (21,43%)	11 (78,57%)	
Preparatoria completa	28	5 (17,86%)	23 (82,14%)	
Carrera técnica	10	0 (0%)	10 (100%)	
Licenciatura	24	3 (12,5%)	21 (87,5%)	
Posgrado	12	2 (16,67)	10 (83,33%)	
Situación laboral				0,551
Empleado	23	3 (13%)	20 (87%)	
Desempleado	42	4 (10%)	38 (90%)	
Subempleado	17	4 (24%)	13 (76%)	
Pensionado	18	3 (20%)	15 (83%)	

*Se realizaron comparaciones con la prueba t de Student para edades y MELD. Por último, se compararon las causas mediante la prueba ji cuadrada.

Lun240

NVP-ESPLENOMEGALIA SCORE COMO PREDIC- TOR DE VÁRICES ESOFAGOGÁSTRICAS EN PA- CIENTES CON DIAGNÓSTICO DE COLANGITIS BI- LIAR PRIMARIA

A. Y. Ávila-Franco, L. Robles-Casanova, R. Guirao-Pérez, E. I. Juárez-Valdés, S. M. I. Mejía-Loza, Hospital Juárez de México

Introducción: La colangitis biliar primaria (CBP) se relaciona con riesgo elevado de varices esofagogástricas (VEG), incluso en etapas tempranas y asintomáticas, lo que eleva la morbimortalidad. La aplicación del NVP-esplenomegalia (NVP-S), que incluye el diámetro del bazo, incrementa la probabilidad de identificar VEG. Se ha observado que es útil y efectiva en términos del costo como herramienta no invasiva para el tamizaje de VEG en comparación con la esofagogastroduodenoscopia (EGD).

Objetivo: Determinar la utilidad de la puntuación NVP-esplenomegalia (NVP-S) como predictor de VEG en pacientes con diagnóstico de CBP en el Hospital Juárez de México.

Material y métodos: Estudio retrospectivo, observacional, analítico y transversal. Se realizó una revisión de 68 expedientes y 55 pacientes cumplieron los criterios de inclusión para el estudio. Con posterioridad se aplicó la puntuación NVP-S y se utilizó una curva ROC para determinar la exactitud diagnóstica como predictor de VEG

Resultados: De los 55 pacientes incluidos, 51 (92%) pertenecían al sexo femenino, con una media de edad de 55,5 años. Hasta 41 (75,5%) tenían esplenomegalia y de éstos en 32 (78%) se identificaron VEG; 36 (65,4%) del total mostró VEG en la EGD y 14 (38,8%) tenían antecedentes de hemorragia gastrointestinal variceal. Para el cálculo de la calificación NVP-S se estableció un punto de corte de 0,30 y el 100% alcanzó una puntuación > 0,30. Se obtuvo una AUC de 0,69 (IC95, 0,53-0,85), con sensibilidad y especificidad del 77% y 57%, respectivamente.

Conclusiones: La puntuación NVP-S, al incluir el diámetro del bazo, se perfila como una herramienta útil para la predicción de

VEG, de tal forma que se evitaría la EGD. Sin embargo, es necesario incrementar el tamaño de la muestra con la finalidad de mejorar su rendimiento.

Financiamiento: Sin financiamiento.

Lun241

LAS ESTATINAS FAVORECEN UNA MEJOR RESPUESTA AL ÁCIDO URSODESOXICÓLICO EN PACIENTES CON COLANGITIS BILIAR PRIMARIA, MIENTRAS QUE LA FIBROSIS AVANZADA/CIRROSIS, LA SOBREPESACIÓN, LA OBESIDAD Y LA HIPERBILIRRUBINEMIA SON PREDICTORES ADVERSOS

A. Servín-Caamaño, M. A. Díaz-Castro, A. K. Soto-Martínez, A. Cruz-Estrada, N. Uribe-Rivera, F. García-Gorrosquieta, E. G. Alexanderson-Rosas, F. Higuera-de la Tijera; Grupo de Investigación Multidisciplinario sobre Enfermedades Hepáticas Autoinmunes en el HGM; Hospital General de México Dr. Eduardo Liceaga

Introducción: El ácido ursodesoxicólico (UDCA) es el tratamiento regular para la colangitis biliar primaria (CBP); sin embargo, la proporción de no respondedores al UDCA es tan alta como de 40% a 50%. La falta de respuesta al UDCA se relaciona con la evolución de la enfermedad y un mal pronóstico; se calcula que 30% de los pacientes puede desarrollar enfermedad hepática avanzada, enfermedad descompensada o fallecer. Por lo tanto, es crucial identificar los factores relacionados con la falta de respuesta al UDCA para aplicar estrategias que optimicen el tratamiento en estos pacientes y cambien el curso de la enfermedad.

Objetivo: Identificar los factores de riesgo relacionados con la respuesta (mejoría o falla) del tratamiento con UDCA en pacientes con CBP.

Material y métodos: Estudio de casos y controles anidado en una cohorte que incluyó a pacientes con CBP y en quienes se evaluó la respuesta al tratamiento con UDCA, según los criterios de Barcelona. Se compararon las características entre los pacientes que respondieron al UDCA y los que no lo hicieron y, para evaluar los factores de riesgo relacionados con el fracaso/optimización del tra-

tamiento, se recurrió a un análisis de regresión logística univariante y multivariante. Se consideró significativo un valor de $p < 0,01$. Se excluyó del estudio a los pacientes que refirieron no cumplir de manera adecuada con el tratamiento de UDCA ($n = 15$).

Resultados: Se integró una muestra de 119 pacientes con CBP, 98,3% del sexo femenino, con edad media de $49,9 \pm 11,4$ años. Todos recibieron UDCA a una dosis de 13 a 15 mg/kg/día y todos informaron adherencia al tratamiento; sin embargo, según los criterios de Barcelona, 49 (41,2%) se clasificaron como no respondedores. En el análisis univariante, los valores de albúmina (mg/dL) y plaquetas (células/ 10^9 /L) (U/L) fueron más bajos en los no respondedores que en los respondedores: 3,5 (intervalo, 2,0-4,8) contra 4,0 (intervalo, 2,6-4,8), $p < 0,0001$; 118 (intervalo, 52-518) contra 200 (78-436), $p < 0,0001$, respectivamente. La bilirrubina (mg/dL) y la fosfatasa alcalina (U/L) fueron más altas en los no respondedores: 1,9 (intervalo, 1,0-6,4) contra 1,6 (intervalo, 1,0-3,0), $p < 0,0001$; y 666 (intervalo, 143-1445) contra 480 (intervalo, 170-1556), $p = 0,01$, respectivamente. Los no respondedores tuvieron una mayor proporción de fibrosis avanzada/cirrosis (83,7% vs. 25,7%; $p < 0,0001$; OR, 14,8; IC95%, 5,8-37,4); obesidad (81,6% vs. 31,4%; $p < 0,0001$; OR, 9,7; IC95%, 4,0-23,4); sobreposición con hepatitis autoinmunitaria (HAI) (42,9% vs. 7,1%; $p < 0,0001$; OR, 9,8; IC95%, 3,3-28,5); y una evolución más prolongada de la enfermedad: 5 a 10 años (44,9% vs. 38,6%; $p = 0,004$; OR, 4,3; IC95%, 1,6-11,5), y > 10 años (40,8% vs. 8,6%; $p < 0,0001$; OR, 17,6; IC95%, 5,2-59,6). La adición de estatinas mejoró la respuesta al UDCA (60% vs. 16,3%; $p < 0,0001$; OR, 0,1; IC95%, 0,05-0,3). Los fibratos no tuvieron ningún efecto (47,1 vs. 46,9%; $p = 0,98$; OR, 1,0; IC95%, 0,5-2,1). La edad, AST, ALT, GGT, colesterol e INR no fueron diferentes entre los grupos. Se construyó un análisis multivariante tras tomar en cuenta las variables más significativas ($p < 0,0001$) en el análisis univariante, como el recuento de plaquetas y la albúmina, que son variables incluidas en los índices de fibrosis; la presencia de fibrosis/cirrosis significativa se usó como la principal variable para introducir en el modelo. Los resultados obtenidos en el análisis multivariante se muestran en la **Tabla 1**.

Conclusiones: Las estatinas mejoraron la respuesta al UDCA en pacientes con CBP. La sobreposición con HAI, la fibrosis avanzada o la cirrosis, la bilirrubina sérica $> 2,0$ mg/dL y la obesidad son factores relacionados con el fracaso del tratamiento con UDCA, según los criterios de Barcelona en pacientes con CBP.

Financiamiento: Sin financiamiento recibido.

Tabla 1. Comparación entre características clínicas y bioquímicas de pacientes con CBP respondedores y no respondedores al tratamiento con UDCA de acuerdo con los criterios de Barcelona: análisis univariante. (Lun241)

Características clínicas y bioquímicas	Respondedores n = 70	No- respondedores n = 49	p	OR (IC95%)
Edad, años	50,5 \pm 11,8	48,9 \pm 10,9	0,46	NA
Fosfatasa alcalina, U/L	480 (170-1556)	666 (143-1445)	0,01	NA
Plaquetas, $\times 10^9$ /L	200 (78-436)	118 (52-518)	$< 0,0001$	NA
Bilirrubina total, mg/dL	1,6 (1,0-3,0)	1,9 (1,0-6,4)	$< 0,0001$	NA
ALT, U/L	75 (21-185)	102 (19-456)	0,07	NA
AST, U/L	77 (23-204)	98 (18-333)	0,12	NA
GGT, U/L	354 (86-1349)	444 (99-1238)	0,05	NA
Colesterol, mg/dL	215 (85-779)	198 (85-409)	0,29	NA
Albúmina, g/dL	4,0 (2,6-4,8)	3,5 (2,0-4,8)	$< 0,0001$	NA
INR	1,0 (0,7-1,5)	1,0 (0,8-1,5)	0,50	NA
Fibrosis F3 o F4, n (%)	18 (25,7)	41 (83,7)	$< 0,0001$	14,8 (5,8-37,4)
Obesidad, n (%)	22 (31,4)	40 (81,6)	$< 0,0001$	9,7 (4,0-23,4)
HAI, n (%)	5 (7,1)	21 (42,9)	$< 0,0001$	9,8 (3,3-28,5)
Dislipidemia, n (%)	44 (62,9)	11 (22,4)	$< 0,0001$	0,2 (0,08-0,4)

Uso de estatinas, n (%)	42 (60)	8 (16,3)	< 0,0001	0,1 (0,05-0,3)
Uso de fibratos, n (%)	33 (47,1)	23 (46,9)	0,98	1,0 (0,5-2,1)
Evolución de CBP en años, n (%)				
< 5 años	37 (52,8)	7 (14,3)		
5-10 años	27 (38,6)	22 (44,9)	0,004	4,3 (1,6-11,5)
> 10 años	6 (8,6)	20 (40,8)	< 0,0001	17,6 (5,2-59,6)
Bilirrubina total (> 2,0 mg/dL), n (%)	13 (18,6)	24 (48,9)	< 0,0001	4,2 (1,8-9,6)
Análisis multivariado que contrasta factores relacionados con falla o mejoría de la respuesta a UDCA en pacientes con CBP según los criterios de Barcelona				
Variable	OR (IC95%)			P
Bilirrubina total (> 2,0 mg/dL)	4,4 (1,1-17,0)			0,03
Fibrosis F3 o F4	7,1 (1,9-26,6)			0,004
Obesidad	4,9 (1,4-17,9)			0,015
HAI	20,8 (3,1-137,6)			0,002
Uso de estatinas *	0,08 (0,02-0,4)*			0,002
Evolución de CBP en años				
5-10 años	1,2 (0,3-5,4)			0,78
> 10 años	6,1 (1,0-38,3)			0,05

AIH, hepatitis autoinmunitaria; CI, intervalo de confianza; F3, fibrosis avanzada; F4, cirrosis; OR, razón de probabilidades; CBP, colangitis biliar primaria; UDCA, ácido ursodesoxicólico. *Factor protector. Análisis multivariado: regresión logística binaria.

Lun242

HEPATOPATÍAS EN EL EMBARAZO EVALUADAS EN EL SERVICIO DE GASTROENTEROLOGÍA DEL HOSPITAL DE ESPECIALIDADES DEL CENTRO MÉDICO NACIONAL LA RAZA

M. T. Rizo-Robles, A. Torres-Castro, M. Soto-Villalpando, C. J. Toranzo-González, S. Ontiveros-López, I. A. Borunda-Sáenz, C. M. Del Real-Calzada, UMAE Hospital de Especialidades Dr. Antonio Fraga Mouret, CMN La Raza, IMSS

Introducción: Las alteraciones hepáticas durante la gestación se presentan en 3% a 5% de todos los embarazos y pueden tener consecuencias potencialmente graves en el binomio. Dentro de las enfermedades propias del embarazo se encuentran hiperemesis gravídica, preeclampsia/eclampsia, síndrome HELLP, colestasis intrahepática e hígado graso agudo del embarazo. El pronóstico depende del diagnóstico y tratamiento oportuno. Existen pocos informes nacionales de estas alteraciones.

Objetivo: Notificar las causas más frecuentes de interconsulta por hepatopatía al servicio de gastroenterología de una población de embarazadas del IMSS.

Material y métodos: Se realizó un estudio observacional, descriptivo y retrospectivo en el que se incluyó a pacientes embarazadas atendidas en el servicio de medicina materno-fetal y perinatología del hospital HGO 3 IMSS, valoradas por sospecha de hepatopatía por el servicio de gastroenterología del Hospital de Especialidades del Centro Médico Nacional La Raza en el periodo de marzo del 2021 a mayo del 2023.

Resultados: Se recabó información del expediente electrónico de 142 pacientes embarazadas hospitalizadas, de las cuales el promedio de edad fue de 30 años, el 54% correspondió a multigestas, el 8,4% de las pacientes cursaba el primer trimestre, 27% el segundo y 64% el tercero. Del total de la muestra se analizaron las alteraciones en la bioquímica hepática que satisfacían criterios clínicos y bioquímicos para enfermedades hepáticas vinculadas con el embarazo y en las que el 49% registró hipertransaminasemia por causas

diversas, entre ellas preeclampsia, síndrome HELLP, hígado esteatótico relacionados con disfunción metabólica y afección biliar. Una proporción de 41% cumplió criterios clínicos y bioquímicos para colestasis intrahepática del embarazo, el 6% para hiperemesis gravídica, 1,4% tuvo diagnóstico de hipertensión portal y cirrosis hepática, y sólo el 0,7% tenía hepatitis autoinmunitaria e hígado graso agudo del embarazo. Como hallazgo, el 35% de las pacientes sufría esteatosis hepática leve a moderada por ultrasonido.

Conclusiones: El estudio se realizó acorde a las valoraciones solicitadas en un periodo de dos años de mujeres embarazadas. Éstas se encontraban en hospitalización por alteraciones de la bioquímica hepática, la mayoría de las pacientes valoradas se encontraban en el tercer trimestre del embarazo y el diagnóstico más frecuente fue colestasis intrahepática del embarazo. Es relevante mencionar que de los diagnósticos más graves, como el hígado graso agudo del embarazo, sólo se identificó un caso. Las hepatopatías en el embarazo son poco frecuentes, pero representan un riesgo materno-infantil de consideración.

Financiamiento: No se contó con ningún financiamiento.

Lun243

CAUSAS DE FALLA HEPÁTICA AGUDA, CARACTERÍSTICAS DE LABORATORIO Y FACTORES RELACIONADOS CON MORTALIDAD

J. P. Ochoa-Maya, A. Bautista-Santos, R. Moreno-Alcántar, Hospital de Especialidades Centro Médico Nacional Siglo XXI IMSS

Introducción: La falla hepática aguda es el deterioro de la función hepática con alteración de la química hepática en pacientes sin diagnóstico previo de una enfermedad hepática crónica. Se caracteriza por la elevación de dos a tres veces el valor de las transaminasas, lo cual describe el daño hepático, en relación con ictericia y coagulopatía; y se determina por la prolongación del índice internacional normalizado (INR), usualmente > 1,5, o la prolongación del tiempo de protrombina (TP). La encefalopatía puede ser mínima, para lo cual se necesitan pruebas psicométricas para detectar los cambios sutiles del estado

mental, y también los evidentes, desde la confusión hasta el coma. La causa puede ser farmacológica, viral, inmunitaria, isquémica, tóxica o desconocida y ha cambiado con el tiempo; en los decenios de 1960 y 1970, la hepatitis viral era la causa de la mayor parte de los casos, mientras que el paracetamol se ha convertido ahora en la causa principal. Los patógenos más identificados como causantes fueron los virus de las hepatitis A, B, D y E. El riesgo de desarrollar falla hepática aguda tras sufrir estas infecciones se ha calculado en 0,1% a 4% de los casos hospitalizados. Asimismo, se ha observado que la incidencia de falla hepática aguda relacionada con el virus de las hepatitis A y B ha disminuido con el tiempo en países en vías de desarrollo, probablemente debido a los programas de vacunación y a los nuevos fármacos antivirales efectivos contra el virus de la hepatitis B.

Sin embargo, en la unidad de los autores se ha reconocido que la causa ha variado con el paso de los años: en el último año la principal causa es la infección aguda por el virus de la hepatitis A.

Objetivo: Describir la etiología, así como las características clínicas, bioquímicas y los desenlaces de los pacientes con falla hepática aguda e identificar los factores de riesgo para mortalidad en este grupo de pacientes.

Material y métodos: Estudio retrospectivo, descriptivo, transversal y unicéntrico. Se incluyó a pacientes hospitalizados en el servicio de gastroenterología del HE, Centro Médico Nacional Siglo XXI del IMSS, de enero de 2019 a junio de 2023. Se consideró a enfermos > 18 años con diagnóstico de falla hepática aguda. Se excluyó a las personas con diagnóstico previo de enfermedad hepática crónica. Los datos se tomaron del expediente clínico. La estadística descriptiva se realizó con medidas de dispersión (media, mediana, desviación estándar), ji cuadrada para variables dicotómicas y para valorar riesgo (OR).

Resultados: Se analizaron 16 casos, con predominio del sexo masculino ($n = 9$, 56,3%) y media de edad de $41 \pm 13,3$ años; los valores de aspartato aminotransferasa, alaninoaminotransferasa, bilirrubinas totales y albúmina basal fueron de 752 ± 846 , 1516 ± 1970 , $18,67 \pm 8,2$, $2,3 \pm 0,70$, respectivamente.

La principal causa fue la hepatitis A (50%) y, en concordancia con los criterios de O'Grady, la forma de presentación fue hiperaguda en 43,8% ($n = 7$); 4 (25%) pacientes cumplieron un criterio menor del *King's College*. Se realizó ji cuadrada para determinar riesgos (OR) sin identificar ningún factor con significancia estadística para mortalidad, tal vez por el pequeño tamaño de la muestra. El porcentaje de mortalidad fue de 56,3% ($n = 9$).

Conclusiones: La falla hepática aguda es una entidad poco frecuente que ha experimentado un incremento y cambio en su etiología; en la actualidad, la hepatitis A es la causa con mayor crecimiento.

Financiamiento: No se recibió financiamiento para realizar este trabajo.

Lun244

RESPUESTA AL ÁCIDO URSODESOXICÓLICO Y BETABLOQUEADOR EN PACIENTES CON ALTERACIONES HEPÁTICAS POR INMUNODEFICIENCIA COMÚN VARIABLE

Y. Tadeo-Jiménez, R. De la Vega-Mireles, A. E. Chavarín-Meza, A. Bautista-Santos, R. Moreno-Alcántar, Centro Médico Nacional Siglo XXI, IMSS

Introducción: Al menos el 10% de los pacientes con inmunodeficiencia común variable (IDCV) tiene compromiso hepático. La hiperplasia nodular regenerativa (HNR) es una lesión común observada en el hígado de pacientes con IDCV y puede ocasionar colestasis crónica, hipertensión portal no cirrótica o cirrosis hepática. Los pacientes con compromiso hepático pueden permanecer asintomáticos o sufrir fatiga, náusea, vómito, ictericia, prurito, ascitis, edema, hepatomegalia, esplenomegalia y varices esofágicas. En clínica, algunos pacientes con IDCV tienen diagnóstico de hepatitis crónica, hepatitis autoinmunitaria, colangitis esclerosante primaria, síndrome hepatopulmonar secundario a hepatopatía criptogénica, hipertensión portal, cirrosis hepática e incluso insuficiencia hepática. Cuando hay anomalías hepáticas deben investigarse las causas subyacentes. Las posibles causas de anomalías hepáticas incluyen infecciones por los virus VHC, VHB y VIH, reacciones autoinmunitarias, linfoproliferación, tumores malignos, depósito de hierro, cobre y grasa, ingestión de alcohol, drogas y toxinas. Es preciso practicar una biopsia hepática en casos seleccionados para definir la causa.

Objetivo: Describir las alteraciones hepáticas en pacientes con IDCV de la consulta externa del servicio de gastroenterología del CMN Siglo XXI, además de comparar los parámetros de laboratorio antes y después del tratamiento con ácido ursodesoxicólico y betabloqueador.

Material y métodos: Se llevó a cabo una búsqueda intencionada de alteraciones hepáticas en pacientes con diagnóstico de IDCV de la consulta externa del servicio de gastroenterología. Del total de los pacientes captados con antecedente de inmunodeficiencia común variable, el 75% satisfacía criterios para hiperplasia nodular regenerativa; el resto de las características y hallazgos se describe en la **Tabla 1**.

Discusión: En el hospital de los autores se le dio seguimiento a 38 pacientes con IDCV, el 10,5% ($n = 4$) con alteraciones hepáticas. Se desconoce la evolución de la enfermedad hepática en estos individuos, no así de las alteraciones colónicas y enterales. La fortaleza de este estudio radica en el tiempo de seguimiento y en descartar otras causas de enfermedad hepática, tras encontrar que la mayoría de los

Tabla 1. Hallazgos y características generales. Seguimiento bioquímico y de hipertensión portal a 12 meses. (Lun244)

	Receptor A		Receptor B		Receptor C	
	Pretrasplante	Posttrasplante (día 3)	Pretrasplante	Posttrasplante (día 3)	Posttrasplante	Posttrasplante
Anticuerpos contra VHC	Negativo	Negativo	Negativo	Negativo	Positivo	
Carga viral (copias)	No detectado		No detectado		92.900.000	
Creatinina (mg/dL)	9,7	12,7	2,7	13,3	9,49	1,81
Glucosa (mg/dL)	74	121	89	93	129	107
Urea (mg/dL)	90,3	240	125	199	206	109
Albúmina (g/dL)	3,7	2,6	2,37	3,9	3,81	3,91
Bilirrubina total	0,82	0,24	0,36	0,46	0,39	0,31
AST (U/L)	14	16	16	16	26	17
ALT (U/L)	10	22	10	12	55	30
Fosfatasa alcalina (U/L)	433	49	64	286	184	246
GGT (U/L)	27	31	36	43	54	43
Tacrolimus (ng/ml)		7,7	5,49		3,9	14,3

pacientes desarrolla hipertensión portal manifestada por varices esofágicas; es posible que este hallazgo indique el retraso del diagnóstico del compromiso hepático.

La hipertensión portal estuvo presente en el 75% con HNR al documentar las alteraciones hepáticas. No se identificó relación entre el tiempo de evolución de la IDCV y el desarrollo de hipertensión portal. El 100% de los pacientes tuvo fosfatasa alcalina elevada y este parámetro respondió a la administración de ácido ursodesoxicólico. En el seguimiento a 12 meses se observó mejoría en los parámetros de laboratorio y se evitó la hemorragia variceal con la administración de ácido ursodesoxicólico (15 mg/kg/día) y betabloqueador (propranolol, 40 mg).

Conclusiones: Los pacientes con IDCV sufren alteraciones hepáticas en 10% y éstas pueden mejorar con ácido ursodesoxicólico y betabloqueadores en caso de hipertensión portal. La cirrosis hepática puede explicar por qué los pacientes no experimentan mejoría en las pruebas de función hepática, como ocurrió en uno de los casos. El tiempo de la presentación de las alteraciones hepáticas y el tiempo de diagnóstico de la IDCV no están relacionados. Es necesario reunir más datos en México de las alteraciones hepáticas en este grupo de pacientes

Financiamiento: El trabajo no recibió ningún tipo de financiamiento.

Lun245

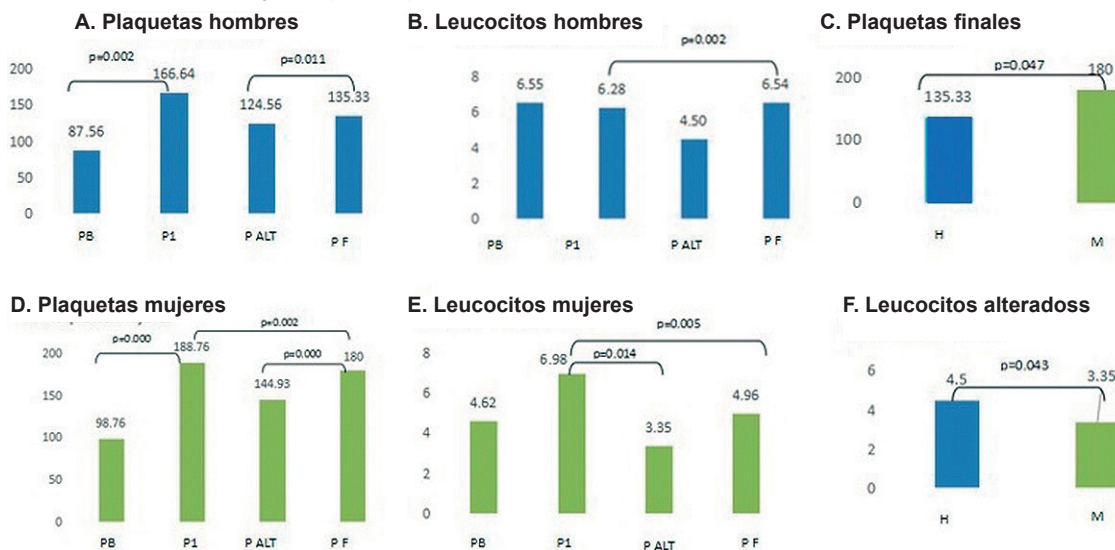
CITOPENIAS EN PACIENTE RECEPTOR DE TRASPLANTE HEPÁTICO ATENDIDO EN EL HE CMN LA RAZA

S. Ontiveros-López, J. I. Carillo-Rojas, M. Rivera-Huizar, N. Bueno-Hernández, Hospital de Especialidades, Centro Médico Nacional CMN La Raza

Introducción: Las citopenias posteriores al trasplante hepático son frecuentes. La leucopenia se define como glóbulos blancos < 5.000 cél/μL. La etiología es multifactorial: infecciones, inmunosupresores y antibióticos. Por otra parte, es esperable que la trombocitopenia (conteo de plaquetas < 150.000/mcL) mejore con la resolución de la hipertensión portal después del trasplante de hígado, aunque puede persistir en algunos pacientes hasta por más de un año.

Objetivo: Describir el comportamiento de las citopenias en el paciente sometido a trasplante hepático e identificar posibles vinculaciones.

Figura 1. Descripción de las citopenias divididas por género. PB, plaquetas basales; P1, plaquetas al mes; P ALT, plaquetas alteradas; PF, plaquetas finales; H, hombres; M, mujeres. (Lun245)



Material y métodos: Se creó una base de datos con pacientes trasplantados en el HE CMN La Raza en el periodo comprendido entre 2017 y abril de 2023 de cualquier edad, causa y género; no se incluyó a los pacientes con expedientes incompletos y sin historial de laboratorio al mes de la intervención quirúrgica. Se recabaron datos del expediente electrónico y sistema de laboratorio. Se identificaron citopenias (trombocitopenia: conteo de plaquetas < 150.000/mcL; Hb < 12 g/dL; leucocitos totales < 5.000 cel/μL). El registro y el análisis de los datos se llevaron a cabo con el sistema SPSS 25. Con las variables demográficas se obtuvieron valores de estadística descriptiva; la estadística inferencial se evaluó con χ^2 y t de Student.

Resultados: Se identificó a 52,5% de mujeres y 47,5% de hombres. El MELD promedio antes del trasplante es mayor en mujeres (16,2 vs. 15,8, p = 0,793). La causa más frecuente fue VHC en 32,5% (p = 0,129). Las comorbilidades más comunes fueron DM (22%), hipotiroidismo (10%) y HAS (7,5%). Se reconoció una diferencia por género en DMII: 88,8% en hombres contra 11,1% en mujeres (p = 0,005). También se registraron citopenias en 97,5%, con una media para su desarrollo de 5,2 meses. La trombocitopenia fue más frecuente en hombres (p = 0,047) y la leucopenia en mujeres (p = 0,043) (Fig. 1). El diagnóstico de DMII es un factor predictivo independiente para trombocitopenia al mes de la recepción del órgano (p = 0,005).

Conclusiones: Las citopenias son frecuentes en los pacientes posttrasplantados. En la población de estudio, la trombocitopenia es más prevalente en hombres y la leucopenia en mujeres. La media para el desarrollo es de cinco meses, periodo de uso concomitante de inmunosupresión y profilaxis antibiótica. El diagnóstico de DMII es un factor predictivo independiente de trombocitopenia a un mes tras la intervención quirúrgica.

Financiamiento: Esta investigación no generó gastos.

Lun246

ENFERMEDAD POLIQUÍSTICA RENAL Y HEPÁTICA. REPORTE DE CINCO CASOS Y REVISIÓN DE LA LITERATURA

J. D. Prieto-Nava, A. Bravo-Cabrera, L. A. Rosales-Rentería, M. S. González-Huezo, Departamento de Gastroenterología y Endoscopia, Centro Médico ISSEMyM

Introducción: Las enfermedades poliquisticas (EP) se desarrollan en el riñón (68:100.000), hígado (1:158.000) y páncreas (14 casos notificados). Se desconoce la epidemiología en México. La enfermedad hepática poliquistica autosómica dominante (EHPAD) forma parte de las EP hepáticas originadas desde la embriogénesis, en la que ocurren defectos en el remodelamiento y malformaciones de la placa ductal. La presencia de 10 quistes parenquimatosos sin extensión a la vía biliar ocurre de manera aislada o como la manifestación extrarrenal más frecuente (90%) de la enfermedad renal poliquistica autosómica dominante (ERPAD).

Objetivo: Describir cinco casos de pacientes con enfermedad poliquistica renal y hepática (EPRH).

Informe de casos:

Caso 1: Paciente masculino de 57 años con enfermedad renal crónica (ERC). Diagnóstico de EPRH en 2022; tiene dolor abdominal (DA) y saciedad temprana (ST); pruebas de funcionamiento hepático (PFH) normales, asintomático. Gigot tipo (GT) 3, Schnelldorfer tipo (St) A, Qian grado (QG) 4.

Caso 2: Paciente femenino de 57 años con EPRH desde 2006; las manifestaciones son efecto de distensión abdominal (DistA) y ST; requirió defenestración; PFH normales y asintomática. GT2, StA, QG3 (Fig. 1)

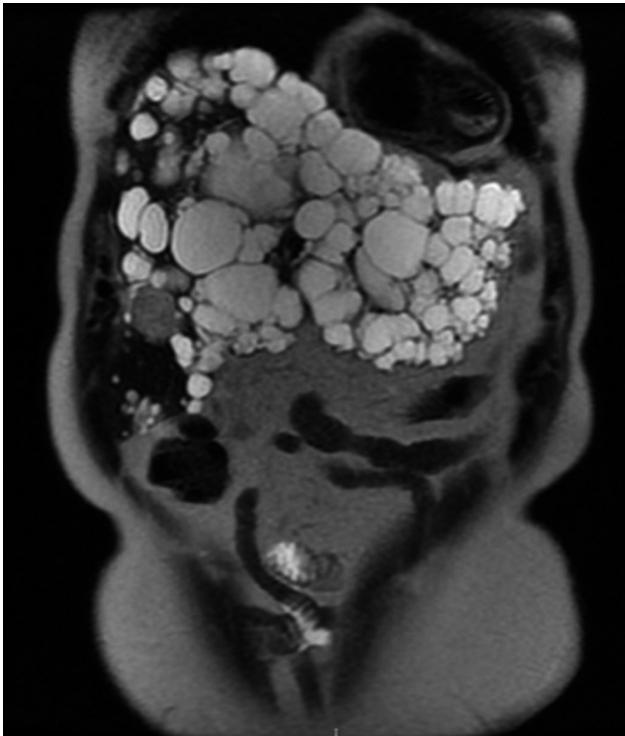
Caso 3: Paciente femenino de 79 años con EPRH desde 2022; sufre pancreatitis aguda biliar; PFH con elevación de fosfatasa alcalina, asintomática. GT1, StB, QG1.

Caso 4: Paciente masculino de 77 años con diabetes tipo 2, hipertensión arterial sistémica (HAS), ERC y cirrosis hepática. Diagnóstico de EPRH en 2023; se manifiesta con DA y DistA. PFH normales, persiste con ST. GT2, StA, QG3.

Caso 5: Paciente femenino de 47 años con HAS y EPRH. Diagnóstico en 2023; tiene DA. PFH normales, asintomática. GT2, StB, QG3.

Discusión: Se describen cinco casos de pacientes con EPRH que inicia con síntomas de DA, DistA y ST y el diagnóstico se establece por imagen. La EHPAD es rara mientras que la EPRH es más frecuente. La ERPAD posee mutaciones genéticas bien documentadas (PKD1 y PKD2 > 90% de casos); en la EHPAD no se ha encontrado un

Figura 1. Hallazgos por imagen de enfermedad poliquistica renal y hepática. (Lun246)



gen patológico, sólo mutaciones en PRKCSH, SEC63 y LRP5 vinculadas en 35% de los casos. Los factores de riesgo son sexo femenino (6:1), consumo de anticonceptivos, embarazos múltiples y tratamiento de reemplazo hormonal (TRH). El mecanismo de formación de quistes no es claro, pero al parecer se originan a partir de microhamartomas biliares secundarios a sobrecrecimiento ductular o de glándulas peribiliares. La mayoría de los pacientes se halla asintomática, pese a lo cual el cuadro clínico incluye DA, DistA, ST y disnea; son posibles hepatomegalia y efecto de masa que ocasionan obstrucción biliar o del flujo venoso hepático, trombosis de las venas suprahepáticas e hipertensión portal, con la posibilidad de desarrollar enfermedad hepática avanzada en 17%. El diagnóstico puede establecerse con USG, TAC o RMN; no se han descrito criterios radiográficos diagnósticos. Las clasificaciones ya mencionadas pueden utilizarse para guiar el tratamiento o determinar el compromiso hepático. El tratamiento médico incluye administrar análogos de somatostatina en enfermos con hepatomegalia y evitar el TRH. El tratamiento quirúrgico incluye aspiración con escleroterapia, embolización transcáteter, defenestración y resección; dichas intervenciones mejoran los síntomas y por lo general hay recurrencias. El trasplante hepático es el único tratamiento curativo en el 1% a 1,5% de los pacientes, con tasas de supervivencia del 92% a cinco años y, en caso de ERPAD con ERC, son elegibles para un trasplante dual.

Conclusiones: La EHPAD es una anomalía rara, en tanto que la EPRH es más frecuente por su relación con ERPAD; en esta serie de casos se notificaron las características clínicas y de imagen de cinco pacientes. Hoy en día se cuenta con tratamientos médicos y quirúrgicos, si bien el THO es el único tratamiento curativo.

Financiamiento: No se recibió financiamiento de ningún tipo.

Lun247

EVALUACIÓN DEL ESTADO DE SALUD GENERAL Y HEPÁTICA EN DONADORES DE SANGRE, UNA PRAXIS DE ATENCIÓN PRIMARIA

M. Martínez-Castillo, Y. Béjar-Ramírez, Y. Guizar-Alcántara, A. Hernández-Barragán, M. Hernández-Santillán, Z. Medina-Ávila, H. Reséndiz-García, J. Robledo-Ramírez, G. Gutiérrez-Reyes, Universidad Nacional Autónoma de México

Introducción: La composición corporal se evalúa mediante antropometría y bioimpedancia, en virtud de su rapidez y bajo costo, además de que posee validez y certificación. Debido a la baja tasa de donadores de sangre no se realiza la evaluación exhaustiva del estado de salud; además, es importante mencionar que existe una tasa baja de revisiones periódicas para evaluar el estado de salud. El banco de sangre es sin lugar a duda un punto clave para la evaluación de primera línea del estado de salud de la población. Cabe mencionar que varios hemoderivados se producen en el hígado, por lo cual su funcionamiento correcto es esencial en los donantes, ya que los que reciben los componentes sanguíneos son pacientes con complicaciones de distinta naturaleza.

Objetivo: Evaluar el estado de salud general y hepático de una población de donadores mediante antropometría, bioimpedancia, consumo de alcohol y elastografía transitoria (FibroScan).

Material y métodos: Estudio transversal que incluyó a una muestra de 310 sujetos donadores del banco de sangre del Hospital General de México Dr. Eduardo Liceaga con criterios de donación. Se obtuvieron medidas de bioimpedancia (TANITA) y se consideraron los siguientes indicadores: peso, porcentaje de grasa, porcentaje de agua corporal, masa muscular, complejión física, consumo de calorías diario (DCI/BMR), edad metabólica, masa ósea y grasa

visceral. Además, se realizó y clasificó a los donadores de acuerdo con el consumo de alcohol por medio de AUDIT (riesgo, Ri) y con DSM-IV (abuso y dependencia). El diagnóstico de esteatosis hepática (EsH) se evaluó por medio de FibroScan. Como sujetos sin daño (sano, SN) se consideró un AUDIT < 8 y sin EsH. Las variables cuantitativas se expresaron como medias y desviaciones estándar y las cualitativas como medianas y porcentajes. Las comparaciones se realizaron con las pruebas t o U de Mann-Whitney. Un valor $p \leq 0,05$ se consideró significativo. Todos los análisis estadísticos se realizaron con SPSS V21.

Resultados: Se identificó a 149 sujetos con AUDIT < 8 sin EsH, mientras que 52% de la población se clasificó como grupos de riesgo (Ri, $n = 18$), abuso (Ab, $n = 17$), dependencia (OH, $n = 19$), EsH ($n = 89$) y daño dual ($n = 18$). El IMC indicó sobrepeso en SN, Ri, Ab, OH, y obesidad en HGNA y daño dual, sin diferencias significativas. Sin embargo, el porcentaje de grasa corporal mostró diferencias en el grupo SN ($31,7 \pm 0,9$) contra EsH ($38,3 \pm 0,9$) y daño dual ($35,4 \pm 1,7$) ($p < 0,001$). La grasa visceral sólo mostró diferencias en EsH. La

edad metabólica fue mayor en los grupos EsH y dual ($p < 0,001$). Los valores de ALT se hallaron dentro de los límites normales en todos los grupos, en tanto que AST estaba ligeramente aumentada en el daño dual ($41,8 \pm 15,2$) respecto de los valores de referencia; de igual manera, GGT se registró elevada en dependencia ($54,2 \pm 13,1$) y daño dual ($49,2 \pm 14,4$).

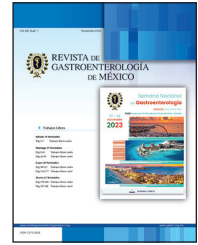
Conclusiones: La grasa visceral puede usarse como indicador primario de EsH con y sin consumo de alcohol; en consecuencia, más allá del peso corporal, la composición corporal es un indicador de alteraciones del estado de salud. Cabe destacar que valoraciones como la anterior pueden reducir el riesgo de sufrir alguna comorbilidad a largo plazo. La antropometría, bioimpedancia, AUDIT y el diagnóstico temprano de la salud hepática son herramientas de gran relevancia en la valoración del estado de salud y pueden usarse en el banco de sangre y centros de primer contacto; esto hará posible un diagnóstico temprano de EsH y daño dual, e instituir estrategias de acción contra estos agentes lesivos para el hígado.

Financiamiento: No se recibió financiamiento de ninguna clase.



REVISTA DE GASTROENTEROLOGÍA DE MÉXICO

www.elsevier.es/rgmx



Sesión de trabajos libres orales

Martes 21 de noviembre de 2023

Helicobacter pylori

Mar248

PRIMER ANÁLISIS DEL REGISTRO MEXICANO PARA EL ESTUDIO DEL DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE LA INFECCIÓN POR *HELICOBACTER PYLORI* (HP-MEXREG): DIAGNÓSTICO, INDICACIONES Y ERRADICACIÓN

J. M. Remes-Troche, A. Cano-Contreras, E. Coss-Adame, J. A. Velarde-Ruiz Velasco, M. S. González-Huezo, E. Juárez-Valdés, F. Higuera-de la Tijera, J. K. Yamamoto-Furusho, R. H. Raña-Garibay; Representación del grupo de Investigadores del Hp-MexReg; Instituto de Investigaciones Médico-Biológicas, Universidad Veracruzana

Introducción: México es un país con prevalencia elevada de infección por *Helicobacter pylori* (Hp). En los últimos años, la epidemiología y el éxito en la erradicación han variado en este país y, si bien se han realizados estudios por grupos específico de investigación en diversas zonas del país, nunca se había creado un registro único multicéntrico con el fin de proporcionar datos actualizados en relación con Hp.

Objetivo: Crear un registro mexicano con respecto a las características clínicas y la forma de establecer el diagnóstico y tratar el Hp en México.

Material y métodos: Se integró un registro nacional multicéntrico, retrospectivo/prospectivo (Hp-MexReg). La información sobre las indicaciones de tratamiento y pruebas diagnósticas y los tratamientos utilizados por gastroenterólogos en México durante el lapso de 2015 a 2023 se registraron en una base de datos creada para ese fin. Se analizaron los datos con estadística descriptiva.

Resultados: Hasta el momento se ha incluido a 771 sujetos (519 mujeres, 67,3%), con una edad promedio de $51,73 \pm 15$ años. El índice de masa corporal de los pacientes en promedio fue de $27,4 \pm 5$. En la actualidad, las indicaciones más frecuentes para erradicar Hp son dispepsia no investigada (59,3%), seguida de úlcera gástrica (7,4%), dispepsia funcional (5,7%), evidencia endoscópica de gastritis folicular o metaplasia intestinal (5,2%), úlcera duodenal (4,8%), antecedente familiar de cáncer gástrico (4,0%), púrpura trombocitopénica (1,3%), deseo personal del paciente (2,2%) y maltoma (0,3%). Un 79,2% refirió tener síntomas digestivos y los más frecuentes fueron dolor epigástrico (59,8%), náusea (35%), saciedad (22%), pirosis (21%) y plenitud gástrica (16,7%). El método diagnóstico más empleado ha sido la determinación histológica (toma de biopsias, 62,5%), seguida de la prueba de aliento con urea marcada con C_{13} (26%). El 77,6% de los pacientes no había sido objeto de tratamiento con anterioridad. El esquema más administrado en la actualidad es el cuádruple con bismuto (31,9%) y después el triple esquema (30,1%) y el tratamiento concomitante (26%). El 30,5% refirió algún efecto adverso durante el tratamiento y el 74% señaló una adherencia mayor al 90%. En el 87% de los casos se realizó una prueba confirmatoria para erradicación y la tasa global de erradicación fue de 77%. El tratamiento concomitante tuvo un éxito de 82% en comparación con la cuádruple con bismuto (71%) y la modalidad triple (64%, $p < 0,000$).

Conclusiones: En este análisis preliminar, los síntomas dispépticos son la principal razón para erradicar Hp en México y la toma de biopsias el método diagnóstico más frecuente. Existen diferencias en cuanto al éxito de los esquemas de erradicación y el tratamiento concomitante es el más efectivo en la actualidad.

Financiamiento: No se recibió financiamiento.

Mar249

PORCENTAJE DE RESPUESTA SINTOMÁTICA EN PACIENTES POSTERIOR AL TRATAMIENTO DE ERRADICACIÓN DE H. PYLORI

A. Martínez-Luna, M. F. García-Cedillo, J. S. Arenas-Martínez, D. I. Carmona-Guerrero, E. Coss-Adame, Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán

Introducción: La prevalencia de infección por *H. pylori* en México es alta, entre 70% y 80% de la población > 25 años. La infección por *H. pylori* se ha vinculado con afecciones gastroduodenales, entre ellas dispepsia, úlcera péptica y cáncer gástrico. Se recomienda la estrategia de buscar y tratar en pacientes con dispepsia. Sin embargo, es dudosa la obtención de mejoría sintomática con esta modalidad.

Objetivo: Definir el porcentaje de respuesta sintomática en pacientes con dispepsia de acuerdo con el estado de erradicación de *H. pylori*.

Material y métodos: Estudio retrospectivo, observacional y descriptivo de cohorte longitudinal en pacientes con dispepsia y prueba positiva para infección por *H. pylori*. Se realizó una búsqueda basada en la revisión del expediente clínico del INCMNSZ. Se recopilaron datos de las pruebas de aliento positivas para *H. pylori* en el periodo de enero a junio del 2022. Se estudió a pacientes con prueba positiva y síntomas de dispepsia que recibieron tratamiento de erradicación para *H. pylori*. Se evaluaron síntomas gastrointestinales altos (dolor epigástrico, saciedad temprana, plenitud, náusea y vómito). Se obtuvieron las características demográficas y antropométricas de los pacientes, información sobre el esquema de tratamiento indicado, respuesta al tratamiento con base en el resultado de la prueba de aliento posterior al tratamiento y la mejoría o persistencia de los síntomas de dispepsia. Los datos obtenidos se analizaron con el programa estadístico Jamovi; para las variables cuantitativas se utilizó la prueba de Kruskal-Wallis y para variables cualitativas la χ^2 o la exacta de Fisher.

Resultados: De los 85 pacientes incluidos, 58,8% correspondió a mujeres (n = 50) y 41,1% a hombres (n = 35). Se observaron tres esquemas distintos de erradicación: triple (IBP + dos antibióticos); cuádruple con bismuto (IBP + dos antibióticos + bismuto) y cuádruple sin bismuto (IBP + tres antibióticos). Se distribuyeron de la siguiente manera: 14 pacientes (16,4%) recibieron esquema triple, 63 pacientes cuádruple con bismuto (74,1%) y 8 pacientes cuádruple

sin bismuto (9,4%). Se alcanzó éxito global para la erradicación en el 52,9% de los pacientes (n = 45), con la siguiente distribución: de los pacientes que recibieron esquema triple, 8 (57,1%) tuvieron desenlace exitoso; de los sometidos a esquema cuádruple con bismuto, 35 (55,6%) tuvieron desenlace exitoso; por último, del esquema cuádruple sin bismuto, 2 (25%) consiguieron el desenlace exitoso. La prevalencia de síntomas dispépticos fue: dolor epigástrico en el 71,7% (n = 61), saciedad temprana en el 56,4% (n = 48), plenitud en el 57,6% (n = 49), náusea en el 58,8% (n = 50) y vómito en el 56,4% (n = 48). Posterior al tratamiento, mejoró 14% (n = 9) con dolor epigástrico, 10,4% (n = 5) con saciedad temprana, 4% (n = 2) con plenitud; 8% (n = 4) con náusea y 2% (n = 1) con vómito. El porcentaje de erradicación de la infección de acuerdo con la mejoría sintomática fue de 44,4% (n = 4) para dolor epigástrico; 40% (n = 2) para saciedad temprana; 0% (n = 0) para plenitud; 25% (n = 1) para náusea y 0% (n = 0) para vómito (Fig. 1).

Conclusiones: En este estudio, tras confirmar la erradicación, se observó mejoría sintomática global e individual en una proporción baja de pacientes, y el dolor epigástrico fue el síntoma con mayor porcentaje de mejoría. Estos hallazgos resaltan la importancia de seleccionar adecuadamente a los pacientes que requieren tratamiento de erradicación. Deben considerarse otros mecanismos en la fisiopatología de la generación de síntomas diferentes a los de la infección por *H. pylori*.

Financiamiento: No se recibió financiamiento para este estudio.

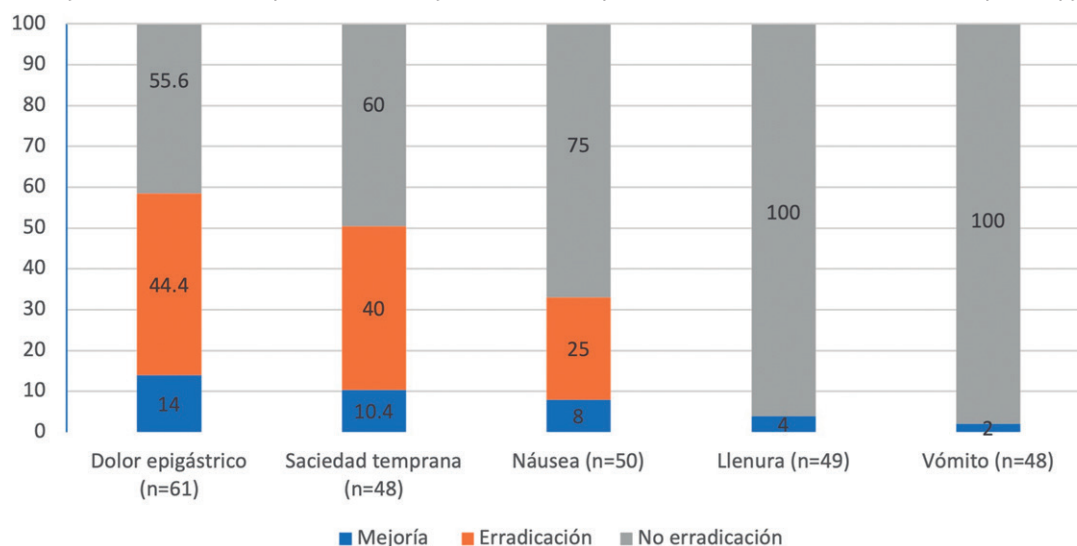
Mar250

EFICACIA EN LA ERRADICACIÓN DE HELICOBACTER PYLORI EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL

Y. M. Velasco-Santiago, M. Motola-Kuba, D. A. Carbajal-Silva, C. F. Castillo-Díaz, F. Higuera-de la Tijera, Hospital General de México Dr. Eduardo Liceaga

Introducción: *Helicobacter pylori* (HP) afecta a más del 70% de la población mexicana. Debido a las tasas altas de resistencia bacteriana, la tasa de erradicación con el esquema triple (TT) con claritromicina se ha registrado menor de 80%, lo que ha llevado a probar nuevos esquemas. En regiones con tasas de resistencia dual elevadas (claritromicina y metronidazol), como en México, o pacientes previamente tratados con macrólidos, la modalidad cuádruple con

Figura 1. Porcentaje de erradicación en pacientes con mejoría sintomática posterior al tratamiento de erradicación para *H. pylori*. (Mar249)



bismuto (TCB) durante 14 días debe considerarse la primera línea terapéutica y el tratamiento cuádruple sin bismuto (TCC) como esquema alternativo.

Objetivo: Evaluar la eficacia y tolerancia a los diferentes esquemas de tratamiento de erradicación de HP.

Material y métodos: Estudio de cohorte observacional y retrospectivo en el que se analizó a pacientes del servicio de gastroenterología del Hospital General de México del 2019 al 2023, mayores de 18 años, que recibieron tratamiento de erradicación para HP por primera vez y en quienes se verificó su erradicación. Variables analizadas: edad, sexo, informe histopatológico, prueba de erradicación, adherencia al tratamiento y efectos adversos. Análisis estadístico: los resultados se analizaron con medidas de frecuencia relativas y centrales para la obtención de porcentajes, media, promedio y desviación estándar.

Resultados: Se estudió a 150 pacientes y se dividieron de acuerdo con el esquema de erradicación instituido: 75 recibieron tratamiento con TT, 38 TCC y 37 TCB. La dispepsia no investigada fue la indicación más frecuente para la búsqueda de HP (66%), seguida de úlcera gástrica o duodenal (18,6%). La mayoría de los pacientes correspondió a mujeres (74%). En los 38 de la TCC (edad promedio $38 \pm 14,8$, 65,7% de mujeres) se identificó una respuesta del 97,3%

y efectos adversos en el 78,9%, los más frecuentes de los cuales fueron la disgeusia, la náusea y el dolor o distensión abdominal. Si bien hubo una mejor adherencia (96% y 91,8%) y una menor presentación de efectos adversos (60% y 40,5%) con el uso de TT y TCB respecto de TCC, la respuesta a ambas modalidades fue inferior (60% y 72,9% respectivamente). Cabe mencionar que, en el grupo de la TCB, se reconoció una mayor variabilidad en los antibióticos administrados (21 amoxicilina/claritromicina, 11 metronidazol/doxiciclina y 5 metronidazol/tetraciclina). Los hallazgos histológicos más frecuentes fueron gastritis crónica en 78 pacientes, gastritis folicular en 25, atrofia en 5, metaplasia en 18 y MALT en 1; no se identificó displasia (Tabla 1).

Conclusiones: La resistencia antimicrobiana es variable en diversas regiones geográficas, incluso dentro de un mismo país, por lo que se sugieren estudios regionales que evalúen la sensibilidad a los antibióticos y la respuesta a los tratamientos de erradicación para HP. En el medio de los autores, la TCC logró tasas óptimas de erradicación, por lo que debe considerarse como el tratamiento de primera línea. La TCB tuvo un desempeño subóptimo, pero podría considerarse en pacientes con alto riesgo de sufrir efectos adversos a TCC. La TT no se recomienda.

Financiamiento: No se recibió financiamiento de ningún tipo.

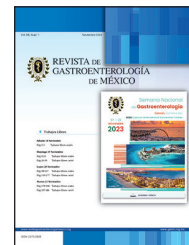
Tabla 1. Caracterización de los esquemas de erradicación. (Mar250)

	Grupo TT n = 75		Grupo TCC n = 38		Grupo TCB n = 37	
Edad promedio	47,5	$\pm 14,2$	38,1	$\pm 14,8$	44,7	$\pm 15,6$
Masculino	17	22,6%	13	34,2%	9	24%
Femenino	58	77,3%	25	65,7%	28	75,6%
Tasa de erradicación	45	60%	37	97,3%	27	72,9%
Adherencia del 100%	72	96%	26	68,4%	34	91,8%
Efectos adversos	45	60%	30	78,9%	15	40,5%
A. Disgeusia	14	18,6%	24	63,1%	1	2,7%
B. Dolor/distensión abdominal	25	33,3%	26	68,4%	13	35,1%
C. Diarrea	9	12%	3	7,8%	1	2,7%
D. Náusea	24	32%	22	57,8%	7	18,9%
E. Vómito	1	1,3%	2	5,2%	0	
F. Pirosis	13	17,3%	5	13,1%	1	2,7%
G. Saciedad	14	18,6%	2	5,2%	1	2,7%
H. Astenia	16	21,3%	0		2	5,4%
I. Anorexia	13	17,3%	3	7,8%	2	5,4%
Indicación de búsqueda						
Dispepsia no investigada	62	82,6%	12	31,5%	25	67,5%
Úlcera gástrica/duodenal	7	9,3%	15	39,4%	6	16,2%
Cáncer G. personal/familiar	6	8%	8	21%	4	10,8%
Informe histopatológico						
Gastritis crónica	37	49,3%	17	44,7%	24	64,8%
Gastritis folicular	14	18,6%	6	15,7%	5	13,5%
Gastritis atrófica	3	4%	0		2	5,4%
Metaplasia intestinal	14	18,6%	2	5,2%	2	5,4%
MALT	1	1,3%	0		0	



REVISTA DE GASTROENTEROLOGÍA DE MÉXICO

www.elsevier.es/rgmx



Sesión de trabajos libres orales

Martes 21 de noviembre de 2023

Hígado III

Mar251

LA RESOLUCIÓN DE LA HIPERTENSIÓN PORTAL CLÍNICAMENTE SIGNIFICATIVA EN PACIENTES QUE LOGRARON RECOMPENSACIÓN DE CIRROSIS SE ASOCIA CON MEJORES DESENLACES EN LA INFECCIÓN CRÓNICA POR VIRUS DE LA HEPATITIS C DESPUÉS DE OBTENER RESPUESTA VIRAL SOSTENIDA

L. A. Rosales-Rentería, N. M. Hirata-Medina, H. Jaramillo-Ramírez, L. Tinoco-Rodríguez, D. L. López-Rubio, M. S. González-Huezo, J. D. Prieto-Nava, J. A. Camacho-Escobedo, M. Morales-Ibarra, Centro Médico ISSEMyM

Introducción: La recompensación es un término novedoso que introdujo en fecha reciente el consenso de Baveno VII sobre la hipertensión portal y que exige la eliminación de la causa primaria de la cirrosis, la resolución de la ascitis sin diuréticos, la encefalopatía hepática (EH) sin lactulosa/rifaximina y la ausencia de hemorragia variceal (HV) durante el último año, con mejoría en las pruebas de función hepática. Sin embargo, no se ha estudiado el efecto de la recompensación en la resolución de la hipertensión portal clínicamente significativa (HP-CS) y su efecto clínico.

Objetivo: Evaluar la relación entre la recompensación y la resolución de la HP-CS en pacientes con cirrosis vinculada con el virus de la hepatitis C (VHC) y respuesta viral sostenida (RVS).

Material y métodos: Se trata de un estudio unicéntrico prospectivo de cohorte que incluyó a 57 pacientes con cirrosis por VHC que lograron recompensación de ésta de acuerdo con los criterios de BVII y que tuvieron RVS durante al menos un año después del tratamiento con antivirales de acción directa (AAD). Los pacientes fueron seguidos como pacientes ambulatorios en esta institución en

Mexicali, México, desde enero de 2021 hasta noviembre de 2022. En el momento de la inclusión, todos los pacientes fueron objeto de pruebas de recuento total de plaquetas (Plt), pruebas de función hepática (PFH), rigidez hepática (RH) mediante elastografía transitoria controlada por vibración (ETCV) y ecografía hepática convencional (ECH). Se utilizaron pruebas no invasivas, de manera específica Plt > 150.000 y RH < 12 kPa, para determinar la HP-CS. Los pacientes se subdividieron según fuera su estado de HP-CS y se les realizaron nuevas pruebas a los 3, 6 y 12 meses. Los betabloqueadores no selectivos se suspendieron en los pacientes que lograron la recompensación. El desenlace primario fue determinar la prevalencia de HP-CS entre los pacientes recompensados. Los desenlaces secundarios incluyeron la mediana de la puntuación MELD-Na a los 6 y 12 meses, la aparición de carcinoma hepatocelular (CHC) y el desarrollo de redescompensación (RD), definida como un nuevo episodio de descompensación que ocurriera en los siguientes 12 meses después de lograr la recompensación. Se consideró un valor de $p < 0,05$ como estadísticamente significativo.

Resultados: La cohorte consistió de 57 pacientes con recompensación después de la infección por VHC y RVS. Al final del estudio, 27 pacientes (47,3%) habían resuelto la HP-CS, mientras que 30 (53,6%) no lo habían logrado. Ambos grupos mostraban un predominio de hombres (58% vs. 61%) con una edad media similar (53 vs. 55). Se observaron 13 casos de RD y aquellos con HP-CS tenían un mayor riesgo de desarrollarlo (RR, 5,40; IC95%, 1,327, 21,980; $p < 0,05$; número necesario para dañar [NNH], 3,0). En cuanto a los tipos de RD, se registraron 5 episodios de HV, todos ellos en pacientes con HP-CS, 5 episodios de EH (3 en HP-CS vs. 2 en HP-CS resuelta), y 3 episodios de ascitis de grado 2 (todos en el grupo con HP-CS). El análisis de regresión multivariante mostró que una RH > 20 kPa por ETCV se relacionó con un mayor riesgo de RD entre los pacientes con HP-CS (RR, 1,07; IC95%, 1,03-1,11; $p = 0,001$). Véase la **Tabla 1**.

Conclusiones: En pacientes con cirrosis relacionada con VHC y RVS que lograron la recompensación, el 47% resolvió la HP-CS. Estos

Tabla 1. Análisis de regresión multivariante del riesgo de redescompensación. Después del análisis multivariante, sólo la rigidez hepática medida por ETCV > 20 kPa se acompañó de un mayor riesgo de redescompensación entre los pacientes con HP-CS (RR, 1,07; IC95%, 1,03-1,11; p = 0,0010). (Mar251)

Parámetro	Riesgo relativo	Intervalo de confianza del 95%	Valor p multivariado
Suspensión de betabloqueador	1,65	0,55-4,91	0,3089
Diabetes	1,40	1,07-1,84	0,3690
Edad > 60 años	1,55	1,09-2,20	0,9540
Consumo de alcohol*	1,14	0,19-4,48	0,8552
MELD-Na	1,73	0,4-4,80	0,3089
TBIL	3,36	0,35-29,25	0,2724
Albúmina > 3.5 mg/dL	0,66	0,19-2,03	0,9561
< 150.000 plaquetas	1,16	1,04-1,64	0,0990
LS por VCTE > 20 kPa	1,07	1,03-1,11	0,0010
IMC > 25 < 30	5,60	1,19-26,00	0,9820

*Menos de 20 g/día para mujeres y 30 g/día para hombres.

pacientes tuvieron puntuaciones de MELD-Na más bajas y un riesgo significativamente menor de RD. Los pacientes recompensados con HP-CS y una RH > 20 kPa tuvieron el mayor riesgo de RD. Se necesitan más estudios para replicar estos hallazgos y evaluar la importancia clínica de esta nueva definición.

Financiamiento: Financiamiento con recursos propios.

Mar252

VOLUMEN Y PRESIÓN DE LLENADO DE AURÍCULA IZQUIERDA Y LESIÓN RENAL AGUDA EN PACIENTES CON CIRROSIS HEPÁTICA

L. A. Revuelta-Rodríguez, J. Gutiérrez-Ortiz, Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán

Introducción: Los pacientes con cirrosis sufren un subtipo específico de miocardiopatía, caracterizada por una respuesta sistólica al estrés disminuida y alteración de la relajación diastólica, así como hipertrofia de cavidades, todas en ausencia de una causa cardíaca. En 2016, la *American Society of Echocardiography* definió los siguientes parámetros para el diagnóstico de disfunción diastólica: onda e' < 7 cm/s, lateral e' < 10 cm/s, E/e' > 14 y volumen de la aurícula izquierda (VAI) > 34 mL/m². Se ha comprobado que los pacientes con un índice E/e' ≥ 10 tienen mayor riesgo de desarrollar lesión renal aguda y que este valor de relación E/E' predecía de forma significativa la mortalidad a un año, al margen de la determinación del MELD (*Model for end-stage liver disease*). Sin embargo, hay pocos estudios que demuestren esta relación y no se ha investigado si la dilatación auricular podría correlacionarse de la misma forma.

Objetivo: Determinar la prevalencia de marcadores de disfunción diastólica (E/E' y VAI) en pacientes con cirrosis y su relación con lesión renal aguda en pacientes con cirrosis.

Material y métodos: Se realizó un estudio unicéntrico, retrospectivo y observacional en el INCMNSZ con pacientes que tuvieran diagnóstico de cirrosis hepática y contaran con ecocardiograma transtorácico de la función diastólica (relación E/E' y VAI). Asimismo, los participantes debían tener estudios de laboratorio en los

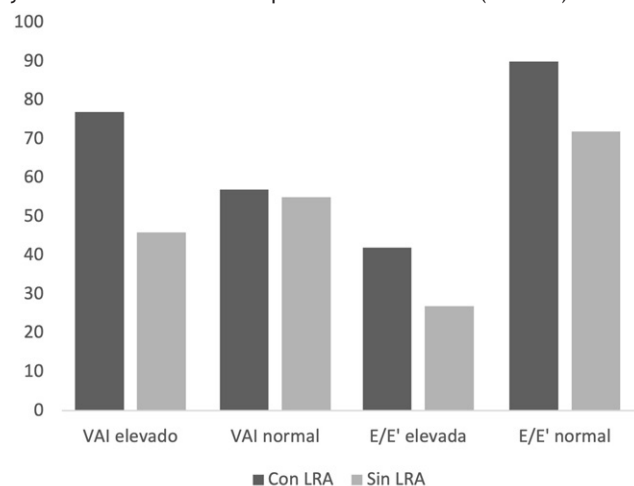
seis meses anteriores o posteriores al ecocardiograma para determinar si habían sufrido lesión renal aguda (LRA), definida como un incremento de la creatinina > 0,3 mg/dL con respecto a su basal. Se realizaron gráficas de barras para prevalencias y para comprobar la existencia posible de una correlación significativa entre E/E' ≥ 10 y VAI ≥ 34 cm³ y lesión renal. Se utilizó la prueba χ^2 para variables categóricas mediante el programa SPSS v25.

Resultados: Se analizó a un total de 235 pacientes con cirrosis (Child A, n = 47; Child B, n = 107; Child C, n = 81), de los cuales el 52,3% registró VAI elevado y el 29,8% E/E' elevado. De igual modo, 57% tenía LRA y, al realizar el análisis, de los pacientes con esta lesión, el 57,46% mostró VAI elevado contra 42,53% de los enfermos con VAI normal (p = 0,07); por su parte, de los pacientes sin LRA, el 45,54% registró VAI elevado y el 54,4% VAI normal. Entre los pacientes con LRA, el 31,81% tenía E/E' elevado contra 68,18% de los individuos con E/E' normal (p = 0,45), en tanto que en los pacientes sin LRA el 27,27% mostró E/E' elevado y el 72,7% E/E' normal (Fig. 1).

Conclusiones: En los pacientes con VAI elevado y E/E' elevada, que son marcadores de disfunción diastólica, se observa un mayor porcentaje de lesión renal aguda, aunque no se encontró significancia estadística con χ^2 ; al analizar con prueba exacta de Fisher se reconoció significancia estadística entre VAI elevado y lesión renal aguda (p = 0,47), por lo cual éste podría ser un predictor de lesión renal en pacientes con cirrosis hepática.

Financiamiento: No se contó con ningún financiamiento.

Figura 1. Porcentaje de pacientes con lesión renal aguda y sin ella y volumen de la aurícula izquierda e índice E/E'. (Mar252)



Mar253

MELD 3.0 ES EL MEJOR PREDICTOR DE MORTALIDAD EN PACIENTES CON FALLA HEPÁTICA AGUDA SOBRE CRÓNICA

E. J. Medina-Avalos, S. Teutli-Carrión, M. Y. Carmona-Castillo, C. L. Dorantes-Nava, D. Santana-Vargas, J. L. Pérez-Hernández, F. Higuera-De la Tijera, Hospital General de México Dr. Eduardo Liceaga

Introducción: La falla hepática aguda sobre crónica (FHAC) es un síndrome caracterizado por la falla de diferentes órganos por descompensación aguda en la hepatopatía crónica; su mortalidad a corto plazo es muy alta, por lo que se han diseñado escalas para predecir pronóstico y mortalidad temprana.

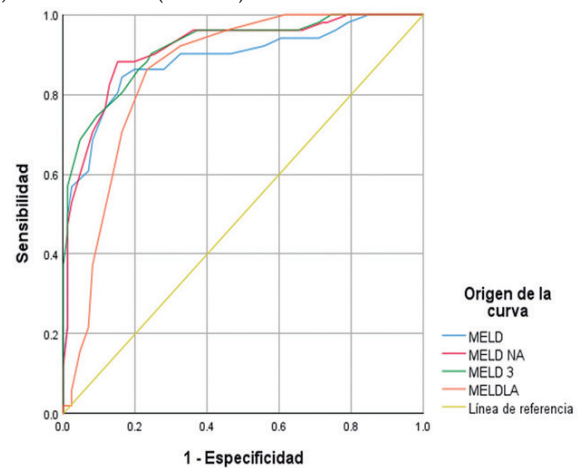
Objetivo: Evaluar las escalas MELD, MELD NA, MELD Lactato y MELD 3.0 para supervivencia y mortalidad en pacientes con FHAC.

Material y métodos: Estudio observacional, retrospectivo y analítico que incluyó a pacientes hospitalizados en un periodo de tres años. Se calcularon escalas, se determinaron sensibilidad (S) y especificidad (E) y se tomó como referencia CLIF-C-ACLF mediante curvas ROC. Se establecieron puntos de corte al valor máximo de sensibilidad y especificidad y se calculó también el porcentaje acumulado de mortalidad con el instrumento de Kaplan-Meier y comparación de grados de FHAC con *long rank* y un valor de p significativo $< 0,05$.

Resultados: Se integró a 233 pacientes, con 165 (71%) hombres y edad de 52 años \pm 12,96. Hasta 158 (68%) mostró factores etiológicos por alcohol (por grado de FHAC, 1 el 37%, 2 el 41% y 3 el 22%). La puntuación MELD 3.0 tuvo el mayor poder discriminativo para FHAC de grado 3 y mortalidad, con AUC de 0,91 (IC95%, 0,86-0,96) y punto de corte de 34,5 puntos con sensibilidad de 86% y especificidad de 80% (Fig. 1). La tasa de mortalidad global a dos años fue de 123 pacientes (52%): 30 (35%), 51 (53%), 42 (82%) para los grados 1, 2 y 3, respectivamente. La prueba *log rank* fue significativa, con $\chi^2 = 34,99$ y $p < 0,001$. Las medias de supervivencia por grados de FHAC fueron de 17 meses (grado 1), de 13 (grado 2) y de 5 (grado 3).

Conclusiones: La escala MELD 3.0 mostró mejor desempeño como herramienta para evaluar la gravedad y predecir el riesgo de mortalidad a corto plazo en pacientes con FHAC. Se puede utilizar como

Figura 1. Curvas ROC y AUC. Análisis comparativo de diferentes escalas en la FHAC. FHAC, falla hepática aguda sobre crónica; MELD-LA, MELD Lactato. (Mar253)



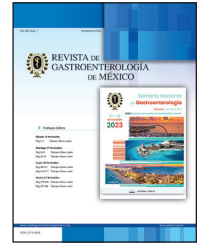
herramienta útil para priorizar el tratamiento intrahospitalario y trasplante hepático.

Financiamiento: Sin financiamiento.



REVISTA DE GASTROENTEROLOGÍA DE MÉXICO

www.elsevier.es/rgmx



Sesión de trabajos libres orales

Martes 21 de noviembre de 2023

Endoscopia II

Mar254

EFFECTIVIDAD DE LA PREPARACIÓN COLÓNICA CON BAJO VOLUMEN Y BISACODILO EN PACIENTES HOSPITALIZADOS (PREPBI): ENSAYO CLÍNICO, ALEATORIZADO, CIEGO SIMPLE

S. López-Romero, J. M. Mayorquín-Aguilar, F. J. López-Díaz, R. U. Macías-Rodríguez, A. E. Lara-Reyes, E. A. Jasso-Baltazar, A. Ruiz-Margáin, B. M. Román-Calleja, R. Barreto-Zúñiga, Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán

Introducción: El éxito diagnóstico y terapéutico de la colonoscopia depende de la calidad de la preparación intestinal. Esto es relevante en los pacientes hospitalizados que, debido a factores de riesgo como los medicamentos administrados y la inmovilidad, han mostrado dificultades en lograr una preparación intestinal adecuada. No existe evidencia concluyente sobre cuál es el mejor esquema de preparación para este tipo de pacientes, por lo cual se considera oportuno llevar a cabo este estudio.

Objetivos: Evaluar la efectividad de la preparación intestinal con bajo volumen y bisacodilo en comparación con el alto volumen en pacientes hospitalizados. De manera secundaria, evaluar la tolerancia y efectos adversos relacionados con las dos preparaciones.

Materiales y métodos: Se realizó un estudio clínico, aleatorizado y ciego simple en el departamento de endoscopia gastrointestinal del INCMNSZ durante el periodo de febrero de 2022 a junio de 2023. Se incluyó a todos los pacientes hospitalizados sometidos a una colonoscopia por cualquier causa y se aleatorizaron en una relación 1:1 para integrar dos grupos de estudio: preparación intestinal con alto volumen (4 L de polietilenglicol [PEG] en dosis

dividida) y bajo volumen (2 L de polietilenglicol en dosis dividida más 10 mg de bisacodilo). La calidad de la preparación colónica se evaluó con la escala de preparación intestinal de Boston (EPIB). La tolerancia y los efectos adversos se valoraron con un cuestionario previamente preparado. Los resultados se analizaron con medidas de frecuencia relativas y centrales para la obtención de porcentajes, media y desviación estándar. El análisis estadístico se efectuó con el paquete estadístico SPSS versión 20.0 (Armonk, NY, EU). El protocolo cuenta con la aprobación de los comités de ética e investigación del instituto (Ref. 3394).

Resultados: Se incluyó a 150 pacientes en el análisis, 76 para el grupo de alto volumen y 74 para el grupo de bajo volumen más bisacodilo. En cuanto a las características sociodemográficas, condiciones médicas e indicación de colonoscopia, no se encontraron diferencias clínicamente relevantes entre los grupos. La preparación intestinal fue adecuada (EPIB ≥ 6 puntos) en el 94,5% de todos los pacientes y la calidad de la preparación colónica medida por EPIB no fue diferente en ambos grupos (92,1% vs. 91,9%, volumen alto vs. bajo, respectivamente, $p = 0,37$). La tasa total de detección de adenomas fue del 16,6%, sin mostrar una diferencia entre ambos grupos (11,8% vs. 18,9%, volumen alto vs. bajo, respectivamente; $p = 0,34$). La tolerancia o adherencia a la preparación intestinal fue $> 90\%$ en la población estudiada y se registró mayor percepción de dolor abdominal en el grupo de alto volumen respecto del de bajo volumen ($p = 0,03$). Los otros parámetros analizados (náusea, vómito y mal sabor) no mostraron diferencias entre grupos.

Conclusiones: La preparación con bajo volumen de PEG más bisacodilo fue similar a la obtenida con 4 L de PEG, con una menor presentación de efectos adversos (dolor abdominal) y representa una alternativa adecuada para pacientes hospitalizados, en términos de tolerabilidad, costos y perfil de seguridad.

Financiamiento: No se recibió financiamiento de ningún tipo.

Mar255

INTELIGENCIA ARTIFICIAL EN COLONOSCOPIA PARA AUMENTAR LA TASA DE DETECCIÓN DE ADENOMAS EN PACIENTES CON SÍNDROME DE LYNCH

B. A. Sánchez-Jiménez, A. Hernández-Guerrero, E. M. Ramírez-Solis, Instituto Nacional de Cancerología

Introducción: El cáncer colorrectal (CCR) constituye una de las neoplasias con mayor incidencia y mortalidad en México y el mundo. La mayor parte de los casos de CCR es esporádica; sin embargo, entre 10% y 30% se relacionan con variables patogénicas que elevan el riesgo. El síndrome de Lynch es la causa más común de cáncer familiar colorrectal. En estos pacientes, las colonoscopias deben practicarse con intervalos más acortados. Sin embargo, la calidad de la endoscopia se ve influida, entre otros factores, por la experiencia del endoscopista. Para superar estas limitaciones, en fecha reciente se ha estudiado el uso de la inteligencia artificial (IA) para reducir el número de lesiones premalignas no detectadas. La tasa de detección de adenomas (TDA) es uno de los factores más estudiados para evaluar la calidad de la endoscopia.

Objetivo: Evaluar la TDA, con y sin IA, en pacientes con síndrome de Lynch.

Material y métodos: Estudio de casos y controles retrospectivo con asignación 2:1. El grupo control se sometió a colonoscopia convencional y el experimental a colonoscopia con IA (CADEYE, Fujifilm). Se calculó TDA y tasa de detección de pólipos y se realizó regresión logística de factores relacionados con identificación de adenomas.

Resultados: Se incluyó a 114 pacientes, 38 asignados al grupo de colonoscopia con inteligencia artificial y 76 al grupo con colonoscopia convencional. La media de edad fue de $49,8 \pm 13,5$ años, el 61,4% ($n = 70$) correspondiente a mujeres. Se observó una mejoría en la TDA del 25% con el uso de IA (11,8% vs. 36,8%; IC95%, 8,73-41,79%; $p = 0,0018$), así como una mejoría en la TDP del 34,2% (18,4% vs. 52,6%; IC95%, 15,77%-50,70%; $p = 0,0002$). Los únicos factores relacionados con la detección de adenomas fueron el uso de IA (OR, 7,69; IC95%, 2,48-23,89; $p < 0,001$), la edad > 52 años (OR, 4,27; IC95%, 1,36-13,405; $p = 0,013$) y el tamaño del pólipo > 10 mm (OR, 4,33; IC95%, 1,07-17,52; $p = 0,040$).

Conclusiones: En este estudio se demostró una mejoría en la detección de adenomas con el uso de la IA en pacientes con síndrome de Lynch. La IA es promisoría para el seguimiento de pacientes con riesgo aumentado de CCR. Este es el segundo estudio publicado que evalúa de forma específica a estos pacientes, por lo que se requiere mayor evidencia que apoye estos resultados.

Financiamiento: No se recibió financiamiento.

Mar256

TAMIZAJE DE CÁNCER COLORRECTAL EN HOSPITAL DE TERCER NIVEL EN MÉXICO A PARTIR DEL CAMBIO EN LA RECOMENDACIÓN DE EDAD DE INICIO EMITIDA POR EL EQUIPO DE TRABAJO DE SERVICIOS PREVENTIVOS DE ESTADOS UNIDOS (US PREVENTIVE SERVICES TASK FORCE, USPSTF)

I. Gutiérrez-Lozano, J. A. Ruiz-Manríquez, E. Jasso-Baltazar, D. Aguirre-Villarreal, L. E. Zamora-Nava, Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán

Introducción: En fecha reciente se ha registrado un incremento de la incidencia de cáncer colorrectal (CCR) en la población joven. Se calcula que el 10% de los casos de CCR se diagnostica en una pobla-

ción menor de 50 años. El 18 de mayo del 2021, el Equipo de Trabajo de Servicios Preventivos de Estados Unidos (USPSTF, U.S. Preventive Services Task Force) emitió una declaración en la que se recomienda que el tamizaje de CCR inicie a los 45 años. Sin embargo, esta recomendación no se ha validado en México.

Objetivo: Determinar la tendencia de uso de las pruebas de tamizaje de cáncer de colon mediante el análisis inmunoquímico fecal (FIT, *fecal immunochemical test*) o colonoscopia en pacientes de 45 a 49 años en el Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán (INCMNSZ) a partir de junio del 2021.

Material y métodos: Se realizó un estudio retrospectivo en el INCMNSZ. Se incluyó a pacientes de 45 a 49 años sometidos a una primera prueba FIT entre junio del 2021 y mayo del 2023. Se tomaron como positivas las pruebas FIT con resultado $> 20 \mu\text{g Hb/g}$. Se excluyó a los individuos en quienes la indicación de la prueba FIT no fuera el tamizaje de CCR. Por otro lado, se revisaron las colonoscopias de tamizaje de CCR efectuadas a partir de enero del 2022. Se analizaron los hallazgos endoscópicos de estas dos poblaciones.

Resultados: Entre junio del 2021 y mayo del 2023 se realizó un total de 11.976 pruebas FIT, de las cuales 714 resultaron positivas (5,9%). De éstas, 484 correspondían a pacientes de 45 a 49 años y se incluyeron en el estudio. Se excluyó a 97 sujetos con expedientes incompletos o con una indicación de FIT distinta del tamizaje de CCR, para integrar una muestra de 387 pacientes. Doce pruebas FIT resultaron positivas (3,1%) y se realizó colonoscopia en ocho casos (Fig. 1).

Por otro lado, entre el 1 de enero del 2022 y el 5 de julio del 2023 se practicaron 888 colonoscopias de tamizaje de CCR, 34 de ellas en pacientes de 45 a 49 años. Se descartó a los individuos con síndromes genéticos vinculados con CCR o antecedente de neoplasias gastrointestinales, para un número final de 25 casos. De éstos, 15 tuvieron un estudio endoscópico normal, tres tenían lesiones incipientes y el resto mostró afecciones no neoplásicas.

Conclusiones: A partir de la aparición de la recomendación de la USPSTF de reducir la edad de tamizaje de CCR se incrementó la frecuencia de solicitudes de pruebas FIT en la población de 45 a 49 años. En los dos años anteriores a dicha publicación se solicitaron tan sólo 157 pruebas FIT en este intervalo de edad, mientras que en los dos años posteriores a ella se solicitaron 484. Por otro lado, el porcentaje de positividad de pruebas FIT en esta población fue menor en comparación con el de la población mayor de 50 años (3,1 vs. 5%). En los pacientes con prueba FIT positiva y sometidos a colonoscopia fue relativamente frecuente identificar hallazgos endoscópicos patológicos, los más frecuentes de los cuales fueron las lesiones neoplásicas incipientes, aunque no se reconocieron casos de cáncer de colon. Por otro lado, la frecuencia de hallazgos patológicos en pacientes con colonoscopia como estudio inicial de tamizaje de CCR fue alta (40%), lo cual podría representar un sesgo de muestreo, ya que los estudios endoscópicos suelen solicitarse en pacientes que tienen algún dato clínico que requiere un estudio de visualización directa del colon. En estos casos, el hallazgo de lesiones incipientes también fue frecuente. A pesar de la falta de validación en la población de estudio, el tamizaje de CCR en la población menor de 50 años es cada vez mayor. Sin embargo, la tasa de positividad de pruebas FIT en este intervalo de edad es baja.

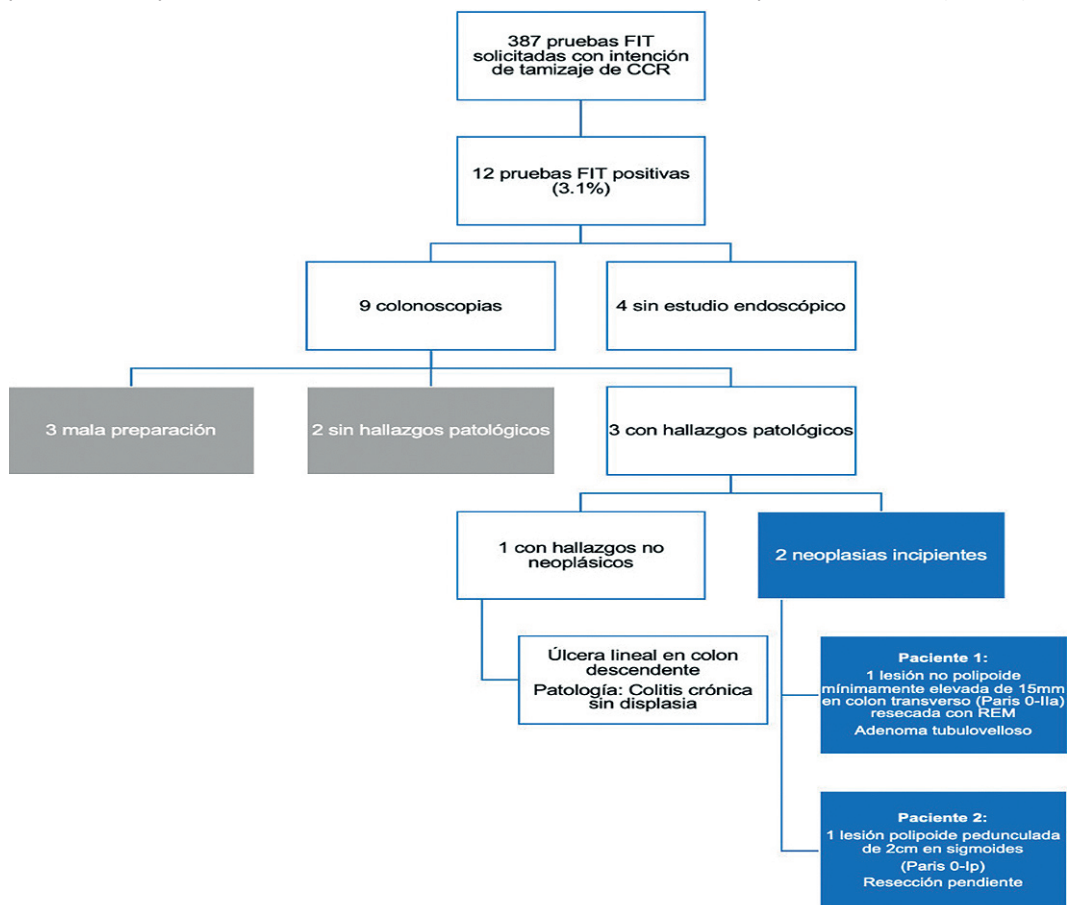
Financiamiento: Este trabajo no requirió financiamiento.

Mar257

PREDICTORES DE FRACASO CLÍNICO TEMPRANO (< 4 SEMANAS) DE SEMS DESCUBIERTOS EN LA OBSTRUCCIÓN DEL TRACTO DE SALIDA GÁSTRICA MALIGNA

A. I. Hernández-Guerrero, B. A. Sánchez-Jiménez, W. D. Torrecilla-Ramírez, Instituto Nacional de Cancerología

Figura 1. FIT, prueba inmunoquímica fecal; CCR, cáncer colorrectal; REM, resección endoscópica de la mucosa. (Mar256)



Introducción: La obstrucción maligna del tracto de salida gástrico (OMTSG) se caracteriza por la obstrucción mecánica en la región pilórica o duodenal, secundaria a infiltración directa o compresión neoplásica. Es recomendable usar SEMS (*self-expanding metallic stent*) enterales en pacientes con un mal estado funcional, con una expectativa de vida corta. En la actualidad no son claros los factores relacionados con el éxito clínico de los SEMS duodenales a corto plazo, por lo que se requiere mayor evidencia que apoye su empleo en pacientes con una expectativa de vida corta.

Objetivo: Identificar los factores vinculados con fracaso clínico temprano (< 4 semanas) de los U-SEMS en la OMTSG y también registrar la tasa general de éxito técnico y éxito clínico (definido como GOOSS de 2-3 a las cuatro semanas de la colocación del SEMS).

Material y métodos: Estudio retrospectivo realizado en un nivel de atención terciario (Instituto Nacional de Cancerología, Ciudad de México), en el que se revisaron los expedientes de pacientes con diagnóstico de OMTSG. Se utilizaron U-SEMS en todos los pacientes. Para evaluar los resultados clínicos se usó la escala GOOSS: si el paciente registró una puntuación de 2-3 tras la colocación del SEMS se definió como éxito clínico.

Resultados: Se revisó un total de 109 expedientes electrónicos de pacientes con OMTSG, que recibieron tratamiento endoscópico con colocación de SEMS descubiertos, de los cuales 68 cumplieron con los criterios de inclusión. Se identificó que el antecedente de quimioterapia al momento de la colocación del SEMS se vinculó con éxito clínico (OR, 0,041; IC95%, 0,004-0,42; $p = 0,008$). La metástasis también

se relacionó con éxito clínico (OR, 0,194; IC95%, 0,039-0,951; $p = 0,043$). El antecedente de ascitis (OR, 4,059; IC95%, 0,565-29,140; $p = 0,164$) y carcinomatosis peritoneal (OR, 3,034; IC95%, 0,521-17,656; $p = 0,217$) no reveló diferencia estadísticamente significativa (Tabla 1). El éxito técnico se logró en todos los pacientes; el éxito clínico, definido como GOOSS de 2-3 a las cuatro semanas se logró en el 76,5% ($n = 52$).

Tabla 1. Factores relacionados con fracaso clínico temprano (< 4 sem) de SEMS duodenales a las cuatro semanas. (Mar257)

Variable	OR	p
Quimioterapia (sí)	0,041 (0,004-0,428)	0,008
Ascitis (sí)	4,059 (0,565-29,140)	0,164
Carcinomatosis (sí)	3,034 (0,521-17,656)	0,217
Metástasis (sí)	0,194 (0,039-0,951)	0,043

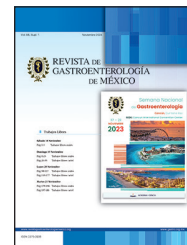
Conclusiones: La carcinomatosis peritoneal y la ascitis no se vincularon de forma significativa con mayor fracaso del SEMS a las cuatro semanas de su colocación. El tratamiento con quimioterapia al momento de la colocación de SEMS duodenales en pacientes con OMTSG se acompaña de mayor éxito clínico a las cuatro semanas luego de su colocación.

Financiamiento: No se dispuso de financiamiento alguno.



REVISTA DE GASTROENTEROLOGÍA DE MÉXICO

www.elsevier.es/rgmx



Exposición de trabajos libres en cartel

Martes 21 de noviembre de 2023

Neurogastro II

Mar258

NUEVAS HERRAMIENTAS DIAGNÓSTICAS EN ENFERMEDAD POR REFLUJO GASTROESOFÁGICO: INTEGRAL CONTRÁCTIL DE LA UNIÓN ESOFAGO-GÁSTRICA E IMPEDANCIA BASAL MEDIA NOCTURNA

G. Morales-Osorio, A. I. Quesada-Tortoriello, P. Gálvez-Castillejos, Y. Zamorano-Orozco, J. A. Villar-Tapia, C. I. Blanco-Vela, L. V. Fuentes-Ernult, J. E. Suárez-Morán, Hospital Español

Introducción: Dentro del espectro de la enfermedad por reflujo gastroesofágico (ERGE) existen zonas grises y en algunos casos diagnósticos no concluyentes, para lo cual han aparecido nuevas herramientas. La impedancia basal media nocturna (IBMN) evalúa la integridad de la mucosa; un valor bajo indica daño. Una anomalía fundamental de la ERGE es el deterioro de la unión esofagogástrica (UEG) como barrera antirreflujo; se dispone de una métrica que mide su fuerza, la llamba integral contráctil de la UEG (EGJ-CI).

Objetivo: Notificar los valores de la IBMN y la EGJ-CI en pacientes con ERGE, evaluar el rendimiento diagnóstico y correlacionar sus valores con los fenotipos de ERGE.

Material y métodos: Se realizó de manera retrospectiva un estudio descriptivo de enero de 2022 a abril de 2023, con una población de estudio integrada por 86 pacientes con síntomas de ERGE sometidos a manometría esofágica de alta resolución e impedancia/pH-metría. La muestra se dividió en pacientes con ERGE e individuos con hipersensibilidad al reflujo (HR). Se realizó estadística descriptiva; las variables continuas se expresaron como media y desviación estándar (DE) y las categóricas como porcentajes. Se realizó la prueba t de Student para la comparación de medias, χ^2 para la

comparación entre grupos y las correlaciones con prueba de Spearman; se consideró estadísticamente significativo un valor $p < 0,005$. **Resultados:** Del total de la población, 51 (59,3%) fueron mujeres, con fenotipo de ERGE en 25 (29,1%) y 61 (70,9%) con HR. La estadística descriptiva se expresó con media y DE comparativa entre grupos (Tabla 1). Se calcularon las relaciones con pruebas de χ^2 y exacta de Fisher; las variables que demostraron relación estadísticamente significativa fueron: índice de síntomas (IS) por pH en ERGE presente en 84% (n = 21/25; OR, 0,19; IC, 0,06-0,64; $p = 0,007$), en comparación con HR (OR, 5,08; IC, 1,55-16,55; $p = 0,007$), probabilidad de asociación de síntomas (PAS) por pH en ERGE en 92% (n = 23/25; OR, 0,19; IC, 0,04-0,89; $p < 0,027$) respecto de PAS por pH en HR en 50,81% (n = 31/61; OR, 1,33; IC 1,08-1,64; $p = 0,027$). Las correlaciones se efectuaron con prueba de Pearson; correlación inversa entre la edad y el valor de IBMN $r^2 = -0,251$ ($p < 0,020$), la talla $r^2 = -0,329$ ($p < 0,002$) y el tiempo de exposición al ácido (TEA) $r^2 = 0,261$ ($p < 0,0015$). Correlación negativa entre peso e IBMN $r^2 = 0,397$ ($p < 0,009$) y número de reflujo $r^2 = 0,449$ ($p < 0,003$). El índice de masa corporal (IMC) tuvo correlación inversa con IBMN $r^2 = 0,414$ ($p < 0,005$) y número de reflujo $r^2 = 0,455$ ($p < 0,002$). Número de reflujo con correlación negativa entre la IBMN $r^2 = 0,240$ ($p < 0,025$), el IMC $r^2 = 0,455$ ($p < 0,002$) y el TEA $r^2 = 0,822$ ($p < 0,000$). TEA con correlación inversa con IBMN $r^2 = 0,324$ ($p < 0,002$) y edad $r^2 = 0,261$ ($p < 0,015$).

Conclusiones: De acuerdo con los resultados obtenidos, la IBMN $< 1930 \Omega$ y la EGJ-CI $< 24,51$ mmHg.cm pueden usarse para diferenciar a pacientes con ERGE de trastornos funcionales esofágicos, sobre todo en casos en los que los parámetros establecidos con anterioridad no son concluyentes. Sin embargo, se sugiere aumentar la muestra a fin de estandarizar los resultados.

Financiamiento: No se requirió financiamiento.

Tabla 1. Estadística descriptiva. (Mar258)

	ERGE, n = 25	HR, n = 61
Género	Mujer 15 (60%) Hombre 10 (40%)	Mujer 36 (59,01%) Hombre 25 (40,98%)
Edad	52,24 ± 16,63	46,34 ± 15,71
Peso	76,45 ± 19,43	68,34 ± 15,11
Talla	1,64 ± 0,10	1,63 ± 0,10
IMC	28,99 ± 6,52	25,16 ± 3,52
Número de reflujos	144,08 ± 152,14	53,97 ± 44
TEA	13,30 ± 13,46	2,89 ± 4,04
Composición física	Líquido 3 (12%) Gaseoso 22 (88%)	Líquido 24 (39,34%) Mixto 1 (1,63%) Gaseoso 36 (59,01%)
Composición química	Ácido 17 (68%) No ácido 8 (32%)	Ácido 28 (45,9%) No ácido 33 (54,09%)
Alcance proximal	84%	78,68%
EGJ-CI	24,51 ± 19,66	32,99 ± 20,64
UEG	I 3 (12%) II 4 (16%) III 18 (72%)	I 32 (52,45%) II 14 (22,95%) III 15 (24,59%)
Motilidad	Normal 18 (72%) Inefectiva 7 (28%)	Normal 42 (68,85%) Inefectiva 19 (31,14%)
Reserva peristáltica	Presente 11 (44%) Ausente 14 (56%)	Presente 22 (36,06%) Ausente 39 (63,93%)
IBMN	1930,12 ± 1185,49	2813,67 ± 1232,96

IMC, índice de masa corporal; TEA, tiempo de exposición al ácido; EGJ-CI, integral contráctil de la unión esofagogástrica; UEG, unión esofagogástrica; IBMN, impedancia basal media nocturna.

Mar259

EFFECTO DE AMITRIPTILINA EN LA INTEGRAL DE CONTRACCIÓN DISTAL EN PACIENTES MEXICANOS CON ESÓFAGO HIPERCONTRÁCTIL

J. A. Garay-Ortega, N. X. Ortiz-Olvera, Centro Médico Nacional Siglo XXI

Introducción: Los agentes antidepresivos tricíclicos, ahora llamados neuromoduladores, han demostrado ser un tratamiento eficaz y seguro para pacientes con trastornos de la motilidad esofágica. Sin embargo, existen pocos protocolos clínicos enfocados en estudiar el efecto de los agentes neuromoduladores en pacientes con esófago hipercontráctil.

Objetivo: Evaluar el efecto de la amitriptilina sobre la integral de contracción distal (ICD) del cuerpo esofágico de pacientes mexicanos con esófago hipercontráctil.

Material y métodos: Estudio cuasi experimental. Se realizaron 2.303 manometrías entre marzo de 2019 y mayo de 2023. Se incluyó a pacientes con diagnóstico de esófago hipercontráctil (EoH), que acudieron de manera consecutiva al servicio de gastroenterología de un centro de alta especialidad. El diagnóstico de EoH se estableció con base a los criterios de Chicago v 4.0. Los pacientes se asignaron a un grupo de tratamiento con amitriptilina durante un periodo de al menos 12 semanas, con seguimiento hasta de seis meses. Se evaluó la eficacia del tratamiento con base en la mejoría

de los síntomas (escala global de síntomas) y en la normalización o disminución de al menos una de las ICD, determinada por manometría de alta resolución a las 12 semanas de tratamiento. Todos los pacientes firmaron por escrito la carta de consentimiento informado. El protocolo recibió aprobación del comité de ética del hospital R-2022-3601-212.

Resultados: La prevalencia del EoH en la población de estudio fue de 0,5%. Once pacientes cumplieron con los criterios para el diagnóstico de EoH. Se incluyó en el protocolo a siete individuos (100% de mujeres, media de edad de 55,7 años [± DE 5,7]) y se excluyó a cuatro por contraindicación para la administración del fármaco. Los síntomas predominantes fueron pirosis (57%) y disfagia (43%). Se identificaron ondas de doble pico en el 28% de los pacientes y ondas de triple pico en el 4%. El resto de los parámetros manométricos se muestra en la **Tabla 1**. Cuatro pacientes (57%) normalizaron los valores de ICD, sin alcanzar diferencia estadísticamente significativa ($p = 0,56$). Tres pacientes (43%) persistieron con criterios para EoH (dos o más degluciones con una ICD > 8.000 mm Hg/s/cm); sin embargo, dos de estos pacientes presentaron disminución de una desviación estándar en los valores de la ICD. Hubo mejoría clínica en el 60% de la población.

Tabla 1. Características manométricas de la población (n = 7). (Mar259)

Parámetro manométrico	Manometría basal	Manometría postratamiento
ICD media (mmHg/s/cm)	6.999	5.696
ICD máxima (mmHg/s/cm)	9.512	9.458
DL (s)	8,6	8,5
IRP (mmHg)	11,8	6,5
Número de degluciones ICD > 8.000 mmHg/s/cm	3,1	0,8
Longitud esofágica (cm)	23,1	23,1
Presión basal EES (mmHg)	25,6	36

ICD, integral de contracción distal; DL, latencia distal; IRP, presión de relajación integrada; EES, esfínter esofágico superior.

Conclusiones: Este estudio de seguimiento indica que la amitriptilina puede alterar la evolución natural del EoH en el 57% de la población, con mejoría clínica y manométrica a 12 semanas de seguimiento. Es necesario incrementar el tamaño de muestra para determinar el uso de los neuromoduladores en el control del EoH.

Financiamiento: Protocolo autofinanciado.

Mar260

COMPARACIÓN DE LAS CARACTERÍSTICAS DE LA IMPEDANCIA/PH-METRÍA Y LA IBMN ENTRE INDIVIDUOS CON SÍNTOMAS LARINGOFARÍNGEOS Y ESOFÁGICOS DE REFLUJO

G. Morales-Osorio, A. I. Quesada-Tortoriello, P. Gálvez-Castillejos, J. E. Suárez-Morán, C. I. Blanco-Vela, Hospital Español

Introducción: El reflujo laringofaríngeo (RLF) implica reflujo excesivo gástrico hacia la laringofaringe, pero no existe una prueba diagnóstica definitiva y se desconocen los mecanismos fisiopatológicos subyacentes a los síntomas del reflujo laringofaríngeo (SRLF). La impedancia basal media nocturna (IBMN), una métrica de impedancia-pH que evalúa el deterioro de la integridad de la mucosa del esófago debido al reflujo, es útil para reconocer a individuos con

enfermedad por reflujo gastroesofágico (ERGE) respecto de los controles sanos.

Objetivo: Comparar los valores de impedancia-pH de pacientes con SRLF con los sujetos con síntomas mixtos (SM) y síntomas esofágicos (SE) y determinar la relación con la IBMN de sensores proximales y distales.

Material y métodos: Se evaluó de modo retrospectivo a 130 pacientes que acudieron por sospecha de ERGE de enero de 2021 a mayo de 2023 a dos centros de tercer nivel. Se dividieron en tres grupos: SRLF, SM y SE. Se calculó la IBMN en sensores 1, 5 y 6 y se establecieron puntos de corte de < 2.292 y < 1.102 . Se realizó estadística descriptiva, pruebas de ANOVA, χ^2 o exacta de Fisher para la comparación entre grupos y correlaciones con el coeficiente de Spearman.

Resultados: SRLF en 6,2% (n = 8), SM en 69,2% (n = 90) y SE en 24,6% (n = 32). Tras la comparación entre grupos se identificaron diferencias (p < 0,05) en el porcentaje total de tiempo en reflujo (TEA) (2,96 ± 3,22 vs. 5,09 ± 7,41 vs. 11,29 ± 16,40), tiempo en reflujo (0:38:07.50 ± 0:40:01.16 vs. 1:06:10.67 ± 1:38:00.51 vs. 2:25:05.62 ± 3:36:50.56), número de reflujo largos (1,25 ± 1,75 vs. 2,20 ± 4,61 vs. 5,81 ± 9,96), reflujo más largo (0:06:37.50 ± 0:09:06.10 vs. 0:10:40.67 ± 0:13:33.77 vs. 0:18:24.37 ± 0:19:19.53), TEA vertical (3,66 ± 3,50 vs. 5,87 ± 7,36 vs. 11,27 ± 15,38) y el TEA supino (2,05 ± 3,88 vs. 3,80 ± 8,70 vs. 11,27 ± 20,54). Se encontraron diferencias (p < 0,01) en cuanto al número de reflujo totales (60,63 ± 39,98 vs. 67,14 ± 56,10 vs. 142,66 ± 186,55), número de reflujo por hora (2,80 ± 1,86 vs. 3,11 ± 2,64 vs. 6,75 ± 8,92), número de reflujo en vertical (51,96 ± 39,83 vs. 55,52 ± 45,10 vs. 118,34 ± 163,67), DeMeester (13,36 ± 12,46 vs. 19,63 ± 26,03 vs. 45,09 ±

62,68) y probabilidad de asociación de síntomas (PAS) por impedancia (62,2 ± 51,51 vs. 89,66 ± 27,05 vs. 89,71 ± 24,68) (Tabla 1). Se estableció la proporción en los tres grupos que presentó TEA > 6 y se encontraron relaciones entre esta proporción y el TEA en vertical, TEA en supino, índice de síntomas (IS) por pH, IS por impedancia, IBMN en sensor 5 < 2.292, IBMN sensor 5 < 1.102, IBMN sensor 6 < 2.292, IBMN en sensor 6 < 1.102; p < 0,001. Se reconoció una correlación negativa entre IBMN en el sensor 1 y TEA vertical r2 = - 0,199, IS por pH r2 = - 0,222, y PAS por impedancia r2 = - 0,184; p < 0,05. El sensor 5 presentó correlación negativa (p < 0,001) con tiempo en reflujo total r2 = - 0,403, número de reflujo totales r2 = - 0,409, número de reflujo por hora r2 = - 0,400, TEA total r2 = - 0,400, número de reflujo largos r2 = - 0,345, reflujo más largo r2 = - 0,322, TEA vertical r2 = - 0,383, número de reflujo vertical r2 = - 0,370, TEA supino r2 = - 0,340, número de reflujo supino r2 = - 0,271, DeMeester r2 = - 0,381, IS por pH r2 = - 0,355 y el IS por impedancia r2 = - 0,339. La IBMN sensor 6 tuvo una correlación negativa con edad r2 = - 0,191 y PAS pH- 0,185; p < 0,05. También con tiempo en reflujo total r2 = - 0,457, número de reflujo totales r2 = - 0,461, número de reflujo por hora r2 = - 0,455, TEA total r2 = - 0,456, número de reflujo largos r2 = - 0,409, reflujo más largo r2 = - 0,396, TEA vertical r2 = - 0,409, número de reflujo verticales r2 = - 0,408, TEA supino r2 = - 0,373, número de reflujo en supino r2 = - 0,323, DeMeester r2 = - 0,447, IS por pH r2 = - 0,292 e IS por impedancia r2 = - 0,301; p < 0,001.

Conclusiones: La IBMN de los sensores proximales y distales se correlacionan con la exposición patológica al ácido, incluso en pacientes con síntomas laringofaríngeos.

Financiamiento: No se requirió financiamiento.

Tabla 1. (Mar260)

Estadística descriptiva	SRLF		Síntomas mixtos		Síntomas esofágicos	
	Media	DE	Media	DE	Media	DE
Edad	54,75	12,981	51,00	14,988	46,41	16,710
Tiempo en reflujo T	0:38:07.50	0:40:01.16	1:06:10.67	1:38:00.51	2:25:05.62	3:36:50.56
Número de reflujo T	60,63	39,989	67,14	56,109	142,66	186,555
Número de reflujo por hora T	2,800	1,8639	3,116	2,6478	6,750	8,9282
TEA % T	2,963	3,2231	5,097	7,4103	11,291	16,4010
Número de reflujo largos T	1,25	1,753	2,20	4,616	5,81	9,969
Reflujo más largo T	0:06:37.50	0:09:06.10	0:10:40.67	0:13:33.77	0:18:24.37	0:19:19.53
TEA % V	3,663	3,5022	5,872	7,3690	11,272	15,3857
Número reflujo V	51,963	39,8319	55,522	45,1027	118,344	163,6760
TEA% S	2,050	3,8881	3,800	8,7052	11,278	20,5454
Número reflujo S	6,250	6,6922	12,244	27,7798	24,175	45,4173
DeMeester S	13,363	12,4696	19,634	26,0307	45,091	62,6866
IS PH	50,125	47,0945	53,646	36,3759	60,709	38,1676
PAS PH	81,038	34,3867	89,190	27,2315	86,091	29,4993
IS IMPE	45,713	41,5460	64,262	32,4022	66,813	36,3228
PAS IMPE	62,200	51,5102	89,663	27,0527	89,791	24,6863
Reflujo proximal	65,850	25,6567	69,976	18,1661	61,947	23,3027
Sensor 1	2458,00	834,873	3143,90	1541,023	2986,72	1364,400
Sensor 5	3039,13	1289,905	2980,69	1666,387	2427,06	1724,572
Sensor 6	2371,25	816,283	2483,37	1483,530	2080,78	1463,322

SRLF, síntomas de reflujo laringofaríngeo; TEA, tiempo de exposición al ácido; IS, índice de síntomas; PAS, probabilidad de asociación de síntomas.

Mar261

EVALUACIÓN DE LA FUNCIÓN CONTRÁCTIL DE LA UNIÓN ESOFAGOGÁSTRICA EN PACIENTES CON HERNIA HIATAL Y SU RELACIÓN CON LA DISFAGIA

V. J. Ornelas-Arroyo, M. F. García-Cedillo, D. I. Carmona-Guerrero, I. G. Carranza-Mendoza, A. A. Solís-Ortega, J. S. Arenas-Martínez, A. Martínez-Luna, E. Coss-Adame, Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán

Introducción: La unión esofagogastrica (UEG), compuesta por el esfínter esofágico inferior (EEI) y la crura diafragmática, sirve como una barrera mecánica y fisiológica entre el esófago y el estómago. Cualquier alteración fisiológica o estructural de la barrera de la UEG, como la hernia hiatal, puede contribuir al desarrollo de síntomas. La integral contráctil de la UEG es una métrica recientemente descrita en la manometría esofágica de alta resolución (MAR) que permite evaluar la integridad de la UEG. Se ha descrito la relación de la IC-UEG con el reflujo, pero no se ha estudiado su relación con la disfagia.

Objetivo: Evaluar la relación de la integral contráctil de la unión esofagogastrica con la disfagia en pacientes con hernia hiatal.

Material y métodos: Se evaluaron de forma retrospectiva las manometrías esofágicas de alta resolución realizadas en el laboratorio de motilidad del INCMNSZ en las que se observó una UEG de tipo 3, de enero de 2022 a junio de 2023. Se excluyó a los sujetos con un trastorno motor mayor de acuerdo con Chicago 4.0 y aquéllos con antecedente de cirugía del tubo digestivo superior. Se evaluó la UEG tras calcular la integral contráctil (IC) del esfínter esofágico inferior (EEI), la crura y el saco herniario, así como la relación entre la IC-EEI/IC-crura. La IC se calculó de forma manual durante tres ciclos respiratorios en una deglución estable y posterior a los tragos rápidos múltiples y se corrigió por el tiempo tras dividirlo entre la duración de los tres ciclos respiratorios para obtener los IC en mmHg/cm y se buscó la relación de estas mediciones con la presencia de disfagia. La distribución de las variables se analizó con la prueba de Shapiro-Wilk. Para la comparación de variables cuantitativas y cualitativas se utilizaron las pruebas de U de Mann-Whitney y χ^2 , respectivamente. Se tomó como estadísticamente significativo un valor de $p < 0,05$.

Resultados: Se evaluó a un total de 94 pacientes, de los cuales se excluyó a 33 (19 por contractilidad ausente, 4 por obstrucción del tracto de salida de UEG, 2 por esófago hipercontráctil, 1 por espasmo esofágico, 1 por acalasia, 4 por antecedente de funduplicatura y 2 por protocolo incompleto). Se analizó a un total de 61 pacientes, con 19 hombres (31,1%) y una mediana de edad de 57 años (50-63). El 65,6% de los pacientes (40) refirió disfagia. Los pacientes con disfagia registraron valores más elevados de IC del EEI y mostraron una tendencia a la significancia en los IC de crura y hernia en comparación con aquéllos sin disfagia: IC-esfínter, 108 mmHg/cm (28-162) contra 41,4 mmHg/cm (4,5-91,1) ($p = 0,02$); IC-crura, 70 mmHg/cm (37-94) contra 37 mmHg/cm (19-67) ($p = 0,06$); IC-hernia, 172 mmHg/cm (31-398) contra 64 mmHg/cm (-9,85-147) ($p = 0,08$). En relación con el índice de IC-EEI/IC-crura, no se vinculó con la presencia de disfagia: 1,46 (0,42-1,67) contra 0,6 (0,18-2,34) ($p = 0,42$). Las mediciones de IC obtenidas durante los tragos rápidos múltiples fueron similares y no significativas. Por último, el tamaño de la hernia hiatal se relacionó también con la disfagia: 4 cm (3,2-5) contra 3 cm (2,4-4) ($p = 0,01$) (Tabla 1).

Conclusiones: Los pacientes con UEG de tipo 3 y disfagia tienen una integral contráctil del EEI más elevada y una tendencia en el IC de la crura y el saco herniario, en comparación con aquellos pacientes sin disfagia. La medición de la IC de la UEG puede tener utilidad clínica en pacientes con hernia hiatal. Se requiere un mayor número de pacientes para establecer esta vinculación.

Financiamiento: No se recibió financiamiento de ningún tipo.

Tabla 1. Pacientes sin disfagia y con disfagia. (Mar261)

Variable	Sin disfagia (n = 18)	Con disfagia (n = 40)	p
Hernia hiatal (cm)	3 (2,4-4)	4 (3,2-5)	0,01
ICD esfínter	41,4 (4,5-91,1)	108 (28-162)	0,02
ICD crura	37 (19-67)	70 (37-94)	0,06
IC esfínter/crura	0,60 (0,18-2,34)	1,46 (0,42-1,67)	0,42
ICD hernia	64 (-9,85-147)	172 (31-398)	0,08
MRS ICD esfínter	54 (20-105)	99 (50-188)	0,04
MRS ICD crura	38 (20-68)	60 (41-94)	0,05
MRS ICD esfínter/crura	1,30 (0,39-2,21)	1,80 (0,68-3,3)	0,42
MRS ICD hernia	72 (17-177)	117 (40-434)	0,19

Mar262

CORRELACIÓN DEL TIEMPO DE EXPOSICIÓN AL ÁCIDO Y LA RESERVA PERISTÁLTICA EN PACIENTES CON MOTILIDAD ESOFÁGICA INEFECTIVA

E. J. Medina-Ávalos, R. A. Miranda-Maciel, E. A. San Vicente-Parada, F. Higuera-De la Tijera, S. Teutli-Carrión, M. Y. Carmona-Castillo, C. L. Dorantes-Nava; Laboratorio de Neurogastroenterología y Motilidad Gastrointestinal; Hospital Juárez de México, Hospital General de México Dr. Eduardo Liceaga

Introducción: La motilidad esofágica inefectiva (MEI) es el trastorno motor esofágico diagnosticado con más frecuencia por manometría esofágica de alta resolución (MAR). En pacientes con enfermedad por reflujo gastroesofágico (ERGE), los trastornos motores esofágicos como MEI producen tránsito del bolo retardado y menor aclaramiento del material refluído. Existen pocos estudios que analicen la falta de reserva peristáltica (RP) en pacientes con MEI y su nexa con el tiempo de exposición al ácido (TEA) en comparación con pacientes con RP.

Objetivo: Determinar si existe correlación entre el porcentaje del TEA y la RP en pacientes con MEI por MAR.

Material y métodos: Estudio observacional, transversal, descriptivo y analítico en pacientes referidos a MAR y pH-impedancia por síntomas de ERGE. Se seleccionó a los pacientes con diagnóstico de MEI por CCV4.0 en posición vertical y se comparó el porcentaje de TEA en los pacientes con y sin RP. Se calcularon medidas de tendencia central, estadística descriptiva y correlación de Spearman con p significativa $< 0,05$.

Resultados: Se revisaron 210 MAR, 73 (34%) pacientes identificados con MEI; el 64% correspondió a mujeres con edad media de 49 años $\pm 13,20$ y RP (47,6%). Hasta 41 pacientes con MEI contaban con pH-impedancia y 21 (51%) pacientes tenían resultado positivo a ERGE. El tipo de UEG más común fue el tipo 1 en 20 (47,6%) pacientes, tipo 2 en 12 (28,6%) y tipo 3 en 10 (23,8%). En términos clínicos, 27 (64,3%) padecían regurgitación, 21 (50%) pirosis, 12 (28,6%) disfagia y 5 (11,9%) dolor torácico. Se encontró una correlación negativa entre RP y TEA (Tabla 1).

Conclusiones: La MEI es el trastorno motor más prevalente, con mayor incidencia en mujeres de mediana edad. Los síntomas más comunes fueron la regurgitación y la pirosis. Se reconoció una correlación en la cual, a medida que se incrementa el tiempo de exposición al ácido (TEA), tiende a disminuir la reserva peristáltica. Esto sugiere que una mejor reserva peristáltica se relaciona con un menor TEA. Esta relación puede indicar que la RP ayuda a reducir el

Tabla 1. Correlación de Spearman, parámetros manométricos y pH-metría/impedancia. (Mar262)

		Género	MRS-ICD	ICD Media	RP	TEA > 6%	IS	PAS	
Spearman	Género	Correlación	1	0,008	0,13	0,01	- 0,08	- 0,09	- 0,04
		p =	.	0,95	0,40	0,92	0,59	0,54	0,76
	MRS-ICD	Correlación	0,008	1	0,39	0,63	- 0,08	- 0,09	- 0,02
		p =	0,95	.	0,01	< 0,0001	0,61	0,55	0,86
	ICD Media	Correlación	0,13	0,39	1	0,12	- 0,08	- 0,06	- 0,20
		p =	0,40	0,01	.	0,44	0,58	0,66	0,19
	RP	Correlación	0,01	0,63	0,12	1	0,40	- 0,25	- 0,11
		p =	0,92	0,0001	0,44	.	0,03	0,10	0,48
	TEA > 6%	Correlación	- 0,08	- 0,08	- 0,08	- 0,40	1	0,58	0,30
		p =	0,59	0,61	0,58	0,03	.	0,0001	0,05
	IS	Correlación	- 0,09	- 0,09	- 0,07	- 0,25	0,58	1	0,68
		p =	0,54	0,55	0,66	0,10	0,0001	.	0,0001
	PAS	Correlación	- 0,04	- 0,02	- 0,20	- 0,11	0,30	0,68	1
		p =	0,76	0,86	0,19	0,48	0,05	0,0001	.

ICD, contractilidad distal integrada; MRS-ICD, contractilidad distal integrada en prueba de tragos rápidos continuos; RP, reserva peristáltica; TEA, tiempo de exposición al ácido; IS, índice de síntomas; PAS, probabilidad de asociación con síntomas. p significativa < 0,05.

TEA, de forma independiente de la MEI, lo que puede atenuar los síntomas de la ERGE y el riesgo de daño esofágico. La MAR ofrece herramientas para una mejor valoración de los pacientes con ERGE, más allá de las degluciones individuales.

Financiamiento: Sin financiamiento alguno.

Mar263

MODIFICACIONES BIOMECÁNICAS DE LA RESPUESTA DEGLUTORIA OROFARÍNGEA A DIFERENTES VOLÚMENES Y VISCOSIDADES EVALUADAS MEDIANTE MANOMETRÍA FARINGOESOFÁGICA DE ALTA RESOLUCIÓN

A. A. Solís-Ortega, E. Coss-Adame, M. A. Valdovinos-Díaz, I. G. Carranza-Mendoza, V. J. Ornelas-Arroyo, M. F. García-Cedillo, A. Martínez-Luna, Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán

Introducción: Durante la deglución de alimentos líquidos y sólidos existen modificaciones en la biomecánica de la respuesta deglutoria orofaríngea (RDO) mediante un fenómeno de modulación sensorial mediado por vías aferentes y eferentes del sistema nervioso central y periférico que permiten la adaptación de las presiones de contracción y relajación faríngeas para asegurar un transporte eficaz del bolo alimentario. No se cuentan con estudios que evalúen mediante manometría faringoesofágica de alta resolución (F-MAR) si existen diferencias en la biomecánica de la RDO al administrar diferentes volúmenes y viscosidades.

Objetivo: Determinar si existen diferencias en la biomecánica de la RDO entre los distintos volúmenes administrados de una misma viscosidad y establecer si existen diferencias en la biomecánica de la RDO entre las distintas viscosidades para un mismo volumen.

Material y métodos: Protocolo faringoesofágico en voluntarios sanos en el que se administraron por triplicado y de forma secuencial tres volúmenes (5, 10 y 20 mL) y tres viscosidades a base de goma xantana con el método IDDSI (*International dysphagia diet standardisation initiative*) (líquida [IDDSI 0], néctar [IDDSI 2] y pudín [IDDSI 4]); se analizó un total de 27 degluciones por voluntario con el software *swallowgateway*. Se realizó el cálculo de mediana de las siguientes

métricas para cada volumen y viscosidad: a) integral de contracción faríngea (ICF), b) integral de contracción velofaríngea (ICV), c) integral de contracción mesofaríngea (ICM), d) integral de contracción hipofaríngea (ICH), e) integral de relajación de presión de EES (IRP-EES), f) tiempo de relajación de EES (TR-EES). Análisis estadístico: comparación de medianas de cada variable faringoesofágica mediante prueba U de Mann Whitney con $p < 0,05$ como estadísticamente significativa, en comparación con diferentes volúmenes de una misma viscosidad y con corrección de Durbin-Conover; se consideró un valor de $p < 0,016$ como estadísticamente significativo, en comparaciones de tres viscosidades de un mismo volumen.

Resultados: Para una misma viscosidad, el incremento del volumen se vincula con mayores presiones oclusivas (ICF, ICV, ICM, ICH $p < 0,05$) y de relajación (IRP-EES, TR-EES, $p < 0,05$). Para un mismo volumen, el incremento de la viscosidad se relaciona con descenso de la presión oclusiva faríngea (ICF, $p < 0,016$) a expensas de una disminución de la propulsión lingual (ICM $p < 0,016$), elevación -no significativa- de las presiones hipofaríngeas ($p > 0,016$) e incremento y disminución de las variables de relajación IRP-EES y TR-EES, respectivamente.

Conclusiones: La modulación sensorial de los fenómenos biomecánicos faringoesofágicos es distinta para incrementos de volumen o viscosidad. Se concluye que, para una misma viscosidad, incrementar el volumen se acompaña de una elevación de las presiones oclusivas y de relajación estudiadas y que, para un mismo volumen, el incremento de la viscosidad se vincula con menor propulsión lingual con elevación de las presiones hipofaríngeas y de relajación de EES. Es necesario el estudio con diferentes volúmenes y viscosidades para tener una visión holística de los fenómenos que ocurren al deglutir.

Financiamiento: No se contó con financiamiento.

Mar264

CALIDAD DE VIDA, ÍNDICE DE MASA CORPORAL, ESCOLARIDAD Y DEPRESIÓN/ANSIEDAD EN LA ENFERMEDAD POR REFLUJO GASTROESOFÁGICO

S. Camacho-Hernández, D. A. Carbajal-Silva, C. F. Castillo-Díaz, H. Martínez-González, S. Teutli-Carrión, C. Cruz-del Castillo, F. Higuera-de la Tijera, E. Altamirano-Castillo, Hospital General de México, Secretaría de Salud de la Ciudad de México

Introducción: Apenas en fecha reciente se ha notificado la calidad de vida (CV) en pacientes con reflujo gastroesofágico (ERGE) y, sin embargo, sólo se comparó en respuesta a los tratamientos farmacológicos (Gac Med Mex. 2022; 158:423-429.) y no con controles ni evaluación del índice de masa corporal (IMC), la escolaridad o la depresión/ansiedad.

Objetivo: Evaluar la CV, el IMC, la escolaridad y la depresión/ansiedad en pacientes con ERGE de la población abierta.

Material y métodos: Se evaluó la CV (Short Form-36), la ansiedad/depresión (*Hospital anxiety and depression scale*), el IMC y la escolaridad (años de estudio formal) en 51 pacientes con ERGE (49,8 ± 13,58 [46,08-53,53], 76% mujeres) y se compararon con 48 controles (36,27 ± 12,57 [32,71-39,83], 63% mujeres). Los pacientes se seleccionaron de la población abierta por medio de un muestreo por oportunidad. Los datos expresan promedio ± DE e IC95% o porcentajes, según correspondiera. Se utilizó la prueba t de Student no pareada, con dos colas; alfa = 0,05.

Resultados: Comparados con los controles, los pacientes con ERGE tienen baja calidad de vida en siete de los ocho dominios del SF-36, así como en el componente sumario físico (45,73 ± 13,01 [42,16-49,3] vs. 64,03 ± 9,3 [61,4-66,66], p < 0,001), pero no en el mental (45,85 ± 5,53 [44,33-47,37] vs. 46,7 ± 6,36 [44,9-48,5], p = 0,47). También mostraron mayor IMC, pero a expensas de la estatura (1,59 ± 0,08 [1,57-1,61] vs. 1,64 ± 0,09 [1,62-1,66], p = 0,004) dado que el peso no mostró cambios (68,95 ± 15,16 [64,78-73,11] vs. 68,22 ± 11,52 [64,96-71,48], p = 0,78). Los pacientes con ERGE tuvieron menor escolaridad y mayor puntuación en la ansiedad/depresión (Fig. 1).

Conclusiones: Estos resultados muestran que, en la población de estudio, los pacientes con ERGE poseen menor calidad de vida, más

ansiedad/depresión, mayor IMC a expensas de la talla y menor escolaridad. Este acercamiento sugiere que la ERGE se relaciona con circuitos cerebrales de bienestar subjetivo, de ansiedad/depresión, así como cognitivos. Por último, el sobrepeso de la ERGE puede relacionarse con factores morfológicos constitutivos.

Financiamiento: Sin financiamiento.

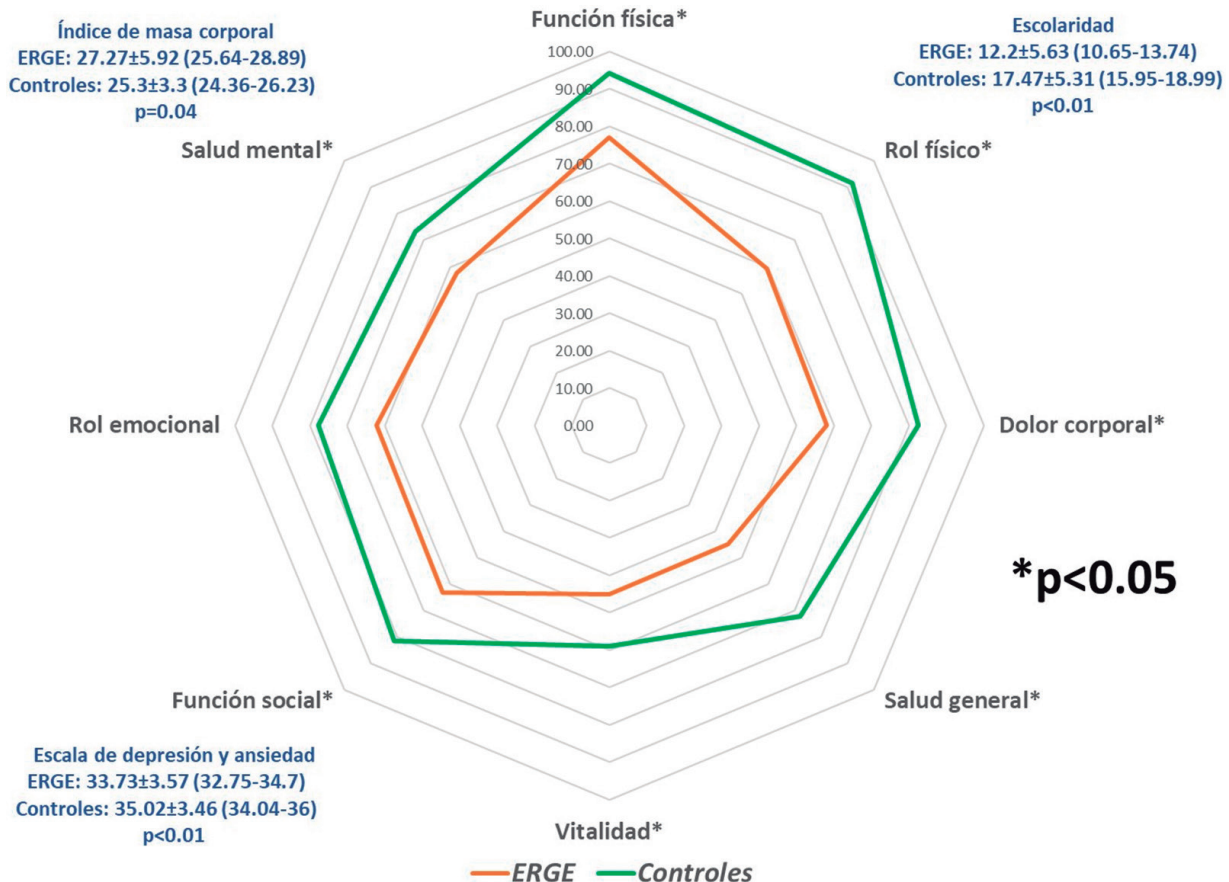
Mar265

CORRELACIÓN DE LA INTEGRAL CONTRÁCTIL DE LA UNIÓN ESOFAGO GÁSTRICA CON LA IMPEDANCIA BASAL NOCTURNA Y EL TIEMPO DE EXPOSICIÓN AL ÁCIDO EN LOS DISTINTOS FENOTIPOS DE ENFERMEDAD POR REFLUJO GASTROESOFÁGICO

R. A. Miranda-Maciel, E. A. San Vicente-Parada, A. Peña-Montes, Hospital Juárez de México

Introducción: En los pacientes con enfermedad por reflujo gastroesofágico (ERGE), la manometría esofágica de alta resolución (MAR) es una herramienta diagnóstica que permite evaluar trastornos de la motilidad esofágica y las características de la unión esofagagástrica (UEG) que llevan a la enfermedad. La integral contráctil de la UEG (IC-UEG) es una métrica adicional que se ha correlacionado con el tiempo de exposición al ácido y la respuesta al tratamiento con inhibidores de la bomba de protones (IBP) en los distintos fenotipos de enfermedad por reflujo gastroesofágico (ERGE). Existen pocos estudios que validen la utilidad y precisión de esta métrica.

Figura 1. Calidad de vida, índice de masa corporal, escolaridad y ansiedad/depresión en pacientes con enfermedad por reflujo gastroesofágico (ERGE) comparados con controles. (Mar264)



Objetivo: Correlacionar la medida de la IC-UEG en los distintos fenotipos de reflujo, así como el tiempo de exposición al ácido y la impedancia basal nocturna.

Material y métodos: Estudio observacional, transversal, descriptivo y analítico en pacientes referidos a MAR y pH-impedancia por síntomas de ERGE con estudio endoscópico previo y sin evidencia de enfermedad erosiva. Se analizaron las MAR y pH-metría con impedancia (pHZ) de 103 pacientes, sin incluir a 17 pacientes que no se clasificaron de acuerdo con los distintos fenotipos de ERGE. En concordancia con las distintas métricas de la pHZ, como el tiempo de exposición al ácido (TEA), la probabilidad de asociación de síntomas y la impedancia basal nocturna (MNBI), se dividió a los pacientes en los siguientes fenotipos de ERGE: enfermedad por reflujo gastroesofágico no erosivo (ERNE), hipersensibilidad al reflujo y pirosis funcional. Se calcularon medidas de tendencia central, estadística descriptiva, ANOVA y regresión lineal múltiple.

Resultados: Se incluyó a 86 pacientes en el estudio, de los cuales 35 (40,6%) tuvieron diagnóstico de ERNE, 26 (30,3%) de hipersensibilidad al reflujo y 25 (29,1%) de pirosis funcional. El tipo de UEG más común fue el tipo 1 en 42 (48,8%) pacientes, el tipo 2 en 25 (29,1%) y el tipo 3 en 19 (2,1%). En clínica, 80 (93%) sufrían pirosis, 73 (84,8%) regurgitación, 28 (32,5%) disfagia y 46 (50%) dolor torácico. La media de la IC-UEG en los pacientes con ERNE fue de 16,7 mmHg-cm, en los pacientes con hipersensibilidad al reflujo de 20,8 mmHg-cm y en los casos de pirosis funcional de 24,3 mmHg-cm. Se realizó ANOVA y *post hoc* entre los distintos fenotipos de ERGE y se identificó significancia estadística (0,004). Mediante la regresión lineal múltiple se observó una correlación entre la IC-UEG y el TEA $p = 0,001$, como se observa en la **Tabla 1**.

Tabla 1. Correlaciones entre la IC-UEG, MNBI y TEA. (Mar265)

Correlaciones				
		EGJ CI	MNBI	TEA
Correlación de Pearson	EGJ CI	1.000	-0,028	-0,320
	MNBI	-0,028	1.000	-0,524
	TEA	-0,320	-0,524	1.000
Sig. (unilateral)	EGJ CI		0,397	0,001
	MNBI	0,397		0,000
	TEA	0,001	0,000	
N	EGJ CI	86	86	86
	MNBI	86	86	86
	TEA	86	86	86

EGJ-CI: integral contráctil de la UEG; MNBI, impedancia basal nocturna; TEA, tiempo de exposición al ácido.

Conclusiones: La IC-UEG es una métrica fácil de calcular en la MAR. Con este estudio se demuestra que es mucho menor en los pacientes con ERNE en comparación con los pacientes con hipersensibilidad al reflujo o pirosis funcional, ya que se correlaciona con el tiempo de exposición al ácido. Es necesario realizar mayor número de estudios para conferirle validez a esta medida.

Financiamiento: No se recibió financiamiento de ningún tipo.

Mar266

RESPUESTA A INHIBIDOR DE BOMBA DE PROTONES Y SU CORRELACIÓN CON LOS PARÁMETROS DETERMINADOS POR MONITORIZACIÓN AMBULATORIA DE REFLUJO (pH-IMPEDANCIA) EN PACIENTES CON ENFERMEDAD POR REFLUJO GASTROESOFÁGICO

P. M. Diego-Salazar, E. A. San Vicente-Parada, D. F. Abendaño-Rivera, D. B. Lorenzo-Valle, Y. M. Velasco-Santiago, M. Motola-Kuba, F. Higuera-de la Tijera; Servicio de Motilidad Gastrointestinal del Hospital Juárez de México; Hospital General de México Dr. Eduardo Liceaga

Introducción: Los inhibidores de la bomba de protones (IBP) son el pilar del tratamiento de la enfermedad por reflujo gastroesofágico (ERGE); sin embargo, hasta el 30% de los pacientes tiene una respuesta sintomática deficiente. La vigilancia ambulatoria de reflujo por pH-impedancia es la norma de referencia para evaluar si esto es efecto de un reflujo ácido persistente o de otros trastornos relacionados con la exposición a distintos tipos de reflujo. La ERGE ya no puede abordarse como una entidad única, sino como una afección compleja con múltiples presentaciones fenotípicas y distintas consideraciones diagnósticas diferenciales.

Objetivo: Determinar los parámetros de pH-impedancia que se correlacionan con la respuesta a IBP en comparación con no respondedores, en pacientes con sospecha de ERGE.

Material y métodos: Estudio observacional, transversal, retrolectivo y analítico que incluyó a pacientes de 18 a 70 años con sospecha clínica de ERGE y a quienes se les realizó pH-impedancia. La respuesta a IBP se definió como la disminución de síntomas luego de cuatro semanas del inicio del tratamiento y la falta de respuesta como la persistencia de pirosis o regurgitación sin importar la frecuencia o la gravedad. Además de estadística descriptiva, se realizó análisis mediante correlación con rho de Spearman entre la respuesta a IBP y los diferentes parámetros de la pH-impedancia. Se consideró estadísticamente significativo un valor de $p < 0,01$.

Resultados: Se incluyó a 102 pacientes, 76 (74,5%) sin esofagitis, 19 (18,6%) con esofagitis inespecífica A o B y 7 (6,9%) con esofagitis grave (C, D, estenosis o probable Barrett). De acuerdo con la respuesta IBP, 41 (40,2%) se comportaron como no respondedores y 61 (59,8%) con respuesta a IBP. En el estudio de pH-impedancia se encontró que 25 (24,5%) tenían reflujo no ácido, 17 (16,7%) débilmente ácido y 60 (58,8%) ácido. El diagnóstico mediante pH-impedancia demostró que en 30 (29,5%) era normal o no concluyente, 49 (48%) padecían ERGE, 16 (15,7%) hipersensibilidad al reflujo y 7 (6,9%) pirosis funcional. Se reconoció una correlación positiva entre la respuesta a IBP y el número de reflujos en 24 horas, el índice de síntomas, la probabilidad de relación con síntomas y el tiempo de exposición al reflujo (**Tabla 1**).

Conclusiones: Se observó una correlación positiva entre la respuesta a los IBP y el número de reflujos en 24 horas, el índice de síntomas, la probabilidad de relación con síntomas y el tiempo de exposición al reflujo. Estos hallazgos sugieren que estos parámetros

Tabla 1. Correlación entre parámetros determinados mediante pH-impedancia y respuesta al tratamiento con IBP en pacientes con síntomas típicos indicativos de ERGE. (Mar266)

Respuesta clínica a IBP	Correlación de Pearson	Número de reflujos 24 h	IS	PAS	Impedancia basal media nocturna (ohmios)	Tipo de reflujo	Tiempo de exposición al reflujo
	P	0,33**	0,34**	0,28**	0,03	0,17	0,26**
		0,001	0,001	0,005	0,76	0,09	0,008

** Correlación significativa $< 0,01$ (bilateral)

tienen un valor predictivo en la respuesta al tratamiento con IBP. Además, se identificaron diagnósticos diferenciales, incluidas hipersensibilidad al reflujo y pirosis funcional, que pueden requerir medidas terapéuticas específicas. Los hallazgos resaltan la importancia de considerar múltiples factores clínicos y utilizar la técnica de pH-impedancia para evaluar y personalizar el enfoque terapéutico en estos pacientes. Sin embargo, se requieren investigaciones adicionales para validar y ampliar estos resultados.

Financiamiento: No se recibió financiamiento de ningún tipo.

Mar267

UTILIDAD DE LA IMPEDANCIA BASAL NOCTURNA EN EL DIAGNÓSTICO DE REFLUJO GASTROESOFÁGICO (RGE)

J. P. Bran-Alvarado, G. A. Torres-Barrera, F. García-Villarreal, Hospital Universitario Dr. José Eleuterio González

Introducción: En pacientes con endoscopia normal y síntomas de RGE, la pH-metría con impedancia se considera la norma de referencia para el diagnóstico. Se ha establecido un tiempo de exposición al ácido (TEA) > 6% como anormal y 4% a 6% no es concluyente. En este grupo de pacientes se propone optar por el uso de otras medidas como el número de episodios de reflujo en 24 horas y la impedancia basal nocturna media. La impedancia hace referencia a la resistencia que tiene el esófago en la conducción eléctrica. En un estudio retrospectivo de 371 pacientes de Rengarajan *et al.* se encontró que un nivel bajo de la impedancia basal nocturna tiene un papel en el diagnóstico de pacientes con TEA entre 4% y 6%, así como correlación con la respuesta al tratamiento médico.

Objetivo: Determinar la utilidad de la impedancia basal nocturna como elemento adicional en el diagnóstico de RGE con tiempo de exposición al ácido límite y también valorar la utilidad de la impedancia basal nocturna en nexa con la correlación sintomática en el diagnóstico de RGE.

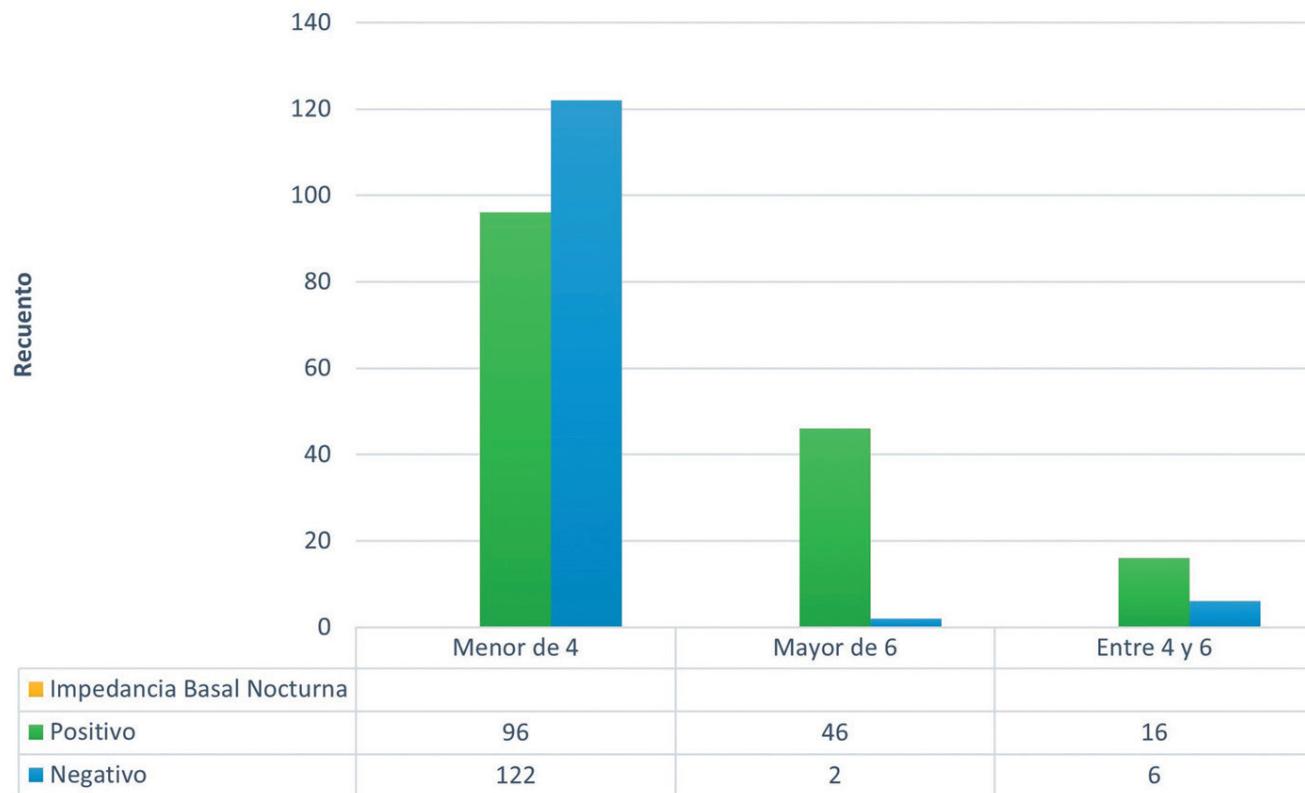
Material y métodos: Participaron los pacientes objeto de estudio de pH-impedanciometría con dispositivo ZepHr Recorder y analizados con el software Diversatek Zvu 3.0.0 en el Hospital Universitario Dr. José Eleuterio González de junio de 2021 a abril de 2023. Se trata de un estudio retrospectivo, transversal, analítico y relacional de las variables impedancia basal nocturna (medida por inteligencia artificial mediante software), tiempo de exposición al ácido, índice sintomático y probabilidad de relación sintomática mediante tablas cruzadas con el estadístico ji cuadrada.

Resultados: Se analizaron los datos obtenidos de pH-impedanciometría de 288 pacientes, de los cuales 63,9% correspondió a mujeres, con una media de edad de 52,58 años e IMC de 26,99. El análisis se llevó a cabo mediante tablas cruzadas de las variables impedancia basal nocturna y tiempo de exposición al ácido. En el grupo con TEA de 4 a 6 se observó que 72,7% de los pacientes tenía impedancia basal nocturna anormal (positiva) con un valor de $p < 0,005$ (Fig. 1). En contraste, en el análisis de la correlación sintomática y tiempo de exposición al ácido se registró un índice sintomático negativo en 81,8% y 87,5% de los pacientes con TEA de 4 a 6 y mayor de 6, respectivamente, con un valor de $p = 0,085$.

Conclusiones: En este estudio se demostró que la impedancia basal nocturna posee utilidad para establecer diagnóstico de reflujo en los pacientes con un TEA límite. Por su parte, el índice sintomático se encontró en su mayoría negativo en dicho grupo e incluso en pacientes con TEA mayor de 6.

Financiamiento: No se recibió financiamiento de ningún tipo.

Figura 1. Relación de la impedancia basal nocturna y tiempo de exposición al ácido. (Mar267)



Mar268

ANGULACIÓN DE LA UNIÓN ESOFAGOGÁSTRICA EVALUADA POR ESOFAGOGRAFÍA Y SU ASOCIACIÓN CON EL ÉXITO DE CANULACIÓN EN MANOMETRÍA Y EL ECKARDT POSQUIRÚRGICO

I. G. Carranza-Mendoza, V. J. Ornelas-Arroyo, A. A. Solís-Ortega, M. F. García-Cedillo, A. Martínez-Luna, J. Furuzawa-Carballeda, G. M. Torres-Villalobos, E. Coss-Adame, Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán

Introducción: La acalasia es una enfermedad que produce relajación incompleta del esfínter esofágico inferior, aperistalsis y dilatación del cuerpo esofágico. El esofagograma cronometrado ha demostrado ser de utilidad en la evaluación de los pacientes al establecer la columna de bario a 5 min como una referencia para medir el vaciamiento. El esófago sigmoideo se observa en una etapa avanzada y se caracteriza por una dilatación con angulación aguda y tortuosa del cuerpo esofágico. Se desconoce si el grado de angulación del cuerpo y la unión esofagogástrica (UEG < 135°) se relaciona con mayores síntomas y falla a la canulación con el catéter de manometría antes y después de miotomía de Heller con funduplicatura parcial.

Objetivo: Determinar si el grado de angulación del cuerpo y la UEG se vincula con una falla de canulación durante la manometría de alta resolución (MAR) antes y después de miotomía de Heller con funduplicatura parcial y establecer si el grado de angulación del cuerpo y la UEG se relaciona con mayor Eckardt después de la cirugía.

Material y métodos: Estudio retrospectivo de 93 expedientes de pacientes con acalasia en el preoperatorio y posoperatorio, en el periodo de marzo de 2013 a junio de 2022, que contaran con determinación de Eckardt, esofagograma y MAR de seguimiento. Se realizó una medición de la angulación cuerpo-unión esofagogástrica en un esofagograma baritado y se registró el éxito y falla de intubación, en los periodos prequirúrgico y posquirúrgico. En los pacientes en seguimiento con esofagograma se evaluó el estado de los síntomas con Eckardt y el grado de angulación. Análisis estadístico: χ^2 para comparación de proporciones y cálculo de razón de momios con intervalos de confianza al 95% para magnitud de asociación, tras considerar un valor de $p < 0,05$ como estadísticamente significativo. Los datos se analizaron con el programa JAMVI 2.3.

Resultados: En los periodos prequirúrgico y posquirúrgico se observó que los ángulos $\geq 135^\circ$ se relacionan con éxito y falla de canulación en 62 (66,7%) y 1 paciente (1,1%), respectivamente; los ángulos < 135° se acompañan de éxito y falla a la canulación en 23 (24,7%) y 7 (7,5%) para obtener un valor de $p < 0,001$ (Tablas 1 a 3). La razón de momios de éxito en la canulación con ángulos $\geq 135^\circ$ fue de 17,4 (IC95%, 2,03-148). Se observó que antes de la cirugía el ángulo era $\geq 135^\circ$ en 40 (43%) y < 135° en 8 (8,6%), y en pacientes posoperados el ángulo era < 135° en 22 (23,7%) y $\geq 135^\circ$ en 23 (24,7%), con una $p < 0,001$. Se evaluó a 45 pacientes con esofagograma de seguimiento posquirúrgico y se identificó que los ángulos < 135° mostraron un Eckardt > 3 y ≤ 3 en 3 (13%) y 20 (87%), respectivamente, y los ángulos $\geq 135^\circ$ un Eckardt > 3 y ≤ 3 en 1 (4,5%) y 21 (95,5%), respectivamente, con valor de $p = 0,60$.

Conclusiones: Un ángulo > 135° se vincula con intubación exitosa antes y después de la intervención. Es más frecuente encontrar un ángulo $\geq 135^\circ$ antes de la cirugía. Un ángulo $\geq 135^\circ$ se reconoce más a menudo en pacientes con mejoría sintomática. Se requiere evaluar el grado de angulación prequirúrgico como factor predictor de respuesta y determinar si éste puede llevar a un cambio en el abordaje de tratamiento (tipo de miotomía, reparación de hiato).

Financiamiento: No se recibió financiamiento de ningún tipo.

Tabla 1. Frecuencia de canulación de acuerdo con el ángulo de la UEG. (Mar268)

Angulación	Canulación exitosa	Canulación fallida	Total
$\geq 135^\circ$	62 (66,7%)	1 (1,1%)	63 (67,7%)
< 135°	23 (24,7%)	7 (7,5%)	30 (32,3%)
Total	85 (91,4%)	8 (8,6%)	93 (100%)

Tabla 2. Angulación de la UEG antes y después de la intervención. (Mar268)

Angulación	Prequirúrgico	Posquirúrgico	Total
$\geq 135^\circ$	40 (43%)	23 (24,7%)	63 (67,7%)
< 135°	8 (8,6%)	22 (23,7%)	30 (32,3%)
Total	48 (51,6%)	45 (48,4%)	93 (100%)

Tabla 3. Angulación posquirúrgica y relación con el Eckardt. (Mar268)

Eckardt	$\geq 135^\circ$ (n = 22)	< 135° (n = 23)	Total
≤ 3	21 (95,5%)	20 (87%)	41 (91,1%)
> 3	1 (4,5%)	3 (13%)	4 (8,9%)
Total	22 (100%)	23 (100%)	45 (100%)

Mar269

EFFECTOS DEL CANNABIDIOL (CBD) EN LA MOTILIDAD ESOFÁGICA

A. H. Díaz-Crespo, G. P. Martínez-Pérez, B. A. Priego-Parra, A. D. Cano-Contreras, M. Amieva-Balmori, K. R. García-Zermeño, J. M. Remes-Troche, Laboratorio de Fisiología Digestiva y Motilidad Gastrointestinal, Instituto de Investigaciones Médico-Biológicas, Universidad Veracruzana

Introducción: El sistema gastrointestinal posee receptores para cannabinoides. Aunque algunos estudios en modelos animales han evidenciado que los cannabinoides pueden influir en el tono del esfínter esofágico inferior (EEI), esta relación se ha investigado poco en seres humanos.

Objetivo: Evaluar el efecto del cannabidiol (CBD) en la motilidad esofágica para identificar su efecto en el funcionamiento esofágico.

Material y métodos: Estudio clínico no aleatorizado. Se incluyó a voluntarios sanos que acudieron al Instituto de Investigaciones Médico-Biológicas de la Universidad Veracruzana. Se realizaron tres manometrías esofágicas en días diferentes: una prueba basal, con dosis de 10 mg de CBD, y otra con 20 mg de CBD.

Resultados: Se integró una muestra de 10 sujetos sanos (90% de mujeres) que aceptaron participar en el estudio. La edad media de los individuos fue de 30 años (intervalo, 21-34). En la manometría esofágica se observó que la dosis de 10 mg de CBD indujo una disminución significativa de la integral contráctil (IC) de la unión esofágica en comparación con los valores basales ($p = 0,045$). Por otra parte, la dosis de 20 mg de CBD resultó en un aumento significativo del DCI máximo ($p = 0,039$) en comparación con los valores basales (Tabla 1). Antes del CBD, todos los pacientes tenían una unión esofagogástrica de tipo 1. Tras recibir 10 mg de CBD, el 30% mostró unión de tipo 2; con 20 mg, el 40% tuvo unión de tipo 2. Respecto del EEI, la medición basal mostró que el 70% tenía EEI normal, 10% hipertensión y 10% hipotensión. Después de 10 o 20 mg de CBD, los sujetos

Tabla 1. Comparación de las mediciones de la manometría esofágica en sujetos sanos antes y después de la administración de 10 mg o 20 mg de cannabidiol (CBD). (Mar269)

Variable	Basal	10 mg CBD acostado	P (normal vs. 10 mg)	20 mg CBD acostado	p (normal vs. 20 mg)
Presión EES	84,7 (55,4)	83,8 (68,3)	0,943	79,8 (45,8)	0,627
Presión EEI	38,1 (15,3)	28,4 (11,4)	0,065	31,7 (12,8)	0,373
IC de la unión	46,4 (29,8)	32,3 (23,7)	0,045	36,7 (23,2)	0,233
DCI máximo	2353 (1393,3)	2036 (1607)	0,132	2765,9 (1477,6)	0,039
DCI promedio	1505 (1183,4)	1252,8 (1220,6)	0,061	1722,7 (984,7)	0,179
IRP promedio	7 (4,45)	7 (4,2)	0,947	6,4 (3)	0,635
IRP tragos rápidos	0,60 (0,15)	0,010 (0,03)	0,363	0,10 (0,31)	0,741
DCI promedio tragos múltiples	1795,4 (1431,8)	1804 (2042)	0,57	1966,8 (1518,6)	0,487

EES, esfínter esofágico superior; EEI, esfínter esofágico inferior; IC, integral contráctil; DCI, índice de contractilidad distal; IRP, presión de relajación integrada. Las diferencias entre las intervenciones se analizaron con pruebas de diferencia de medias para muestras relacionadas en el programa estadístico SPSS V.25. Se consideró un valor de $p < 0,05$ como estadísticamente significativo.

con hipertensión del EEI se reclasificaron con EEI normal. Después de 10 mg de CBD, dos individuos con motilidad esofágica inefectiva y uno sin peristalsis se reclasificaron como normales. Con 20 mg, los tres pacientes con motilidad esofágica inefectiva se reclasificaron como normales.

Conclusiones: En resumen, los hallazgos de este estudio muestran que el cannabidiol (CBD) podría tener efectos dependientes de la dosis en la manometría esofágica y la motilidad en sujetos sanos. Estos resultados sugieren que el CBD puede influir en la motilidad esofágica y, por lo tanto, podría tener potencial en el tratamiento de los trastornos gastrointestinales.

Financiamiento: Sin financiamiento.

Mar270

FACTORES CLÍNICOS RELACIONADOS A FALLA A TRATAMIENTO CON INHIBIDORES DE BOMBA DE PROTONES EN PACIENTES CON SOSPECHA DE ENFERMEDAD POR REFLUJO GASTROESOFÁGICO EN DOS CENTROS DE TERCER NIVEL

P. M. Diego-Salazar, E. A. San Vicente-Parada, D. F. Abendaño-Rivera, E. J. Medina-Ávalos, Y. M. Velasco-Santiago, M. Motola-Kuba, F. Higuera-de la Tijera; Servicio de Motilidad Gastrointestinal del Hospital Juárez de México; Hospital General de México Dr. Eduardo Liceaga

Introducción: El diagnóstico de enfermedad por reflujo gastroesofágico (ERGE) se basa en una combinación de presentación de síntomas, evaluación endoscópica de la mucosa esofágica, vigilancia del reflujo y respuesta a la intervención terapéutica. En pacientes con síntomas típicos (pirosis y regurgitación) de ERGE, sin datos de alarma, se recomienda tratamiento empírico con inhibidores de la bomba de protones (IBP) como una prueba diagnóstica con la presuposición subyacente de que una respuesta a ellos establece el diagnóstico. Este enfoque es práctico, pero se encuentra limitado dada su sensibilidad de 78% y especificidad de 54%. Se ha descrito que los pacientes con pirosis, regurgitación, dolor abdominal y esofagitis erosiva experimentan una mejor respuesta a IBP (50%-60%).

Objetivo: Comparar las características clínicas de pacientes con sospecha de ERGE que responden en comparación con los que no responden al tratamiento con IBP.

Material y métodos: Estudio de casos y controles que incluyó a pacientes mayores de 18 años de ambos sexos con sospecha de ERGE. Se recabaron datos demográficos, clínicos y endoscópicos. La respuesta a IBP se definió como: no respondedores (presencia de pirosis o regurgitación, sin importar la frecuencia o la gravedad, según la definición de Montreal) y respondedores a IBP (disminución de síntomas sin importar la frecuencia, luego de cuatro semanas del inicio de tratamiento). Se llevó a cabo el análisis estadístico mediante t de Student, U de Mann-Whitney, χ^2 y prueba de Fisher, considerado un valor $p < 0,05$ como significativo.

Resultados: Se incluyó a 102 pacientes, 67 (65,7%) de ellos hombres, con media de edad de $49,5 \pm 13,2$ años. En clínica, 95 (93,1%) tenían pirosis, 74 (72,5%) regurgitación, 25 (24,5%) dolor torácico

Tabla 1. Comparación entre características clínicas de pacientes con sospecha clínica de ERGE: respondedores y no respondedores a IBP. (Mar270)

Característica	No respondedores a IBP (n = 41)	Respondedores a IBP (n = 61)	p	OR (IC95%)
Sexo femenino, n (%)	28 (68,3)	39 (63,9)	0,65	1,1 (0,8-1,4)
Pirosis, n (%)	37 (90)	58 (95)	0,43	2,1 (0,4-9,9)
Regurgitación, n (%)	25 (60,9)	49 (80,3)	0,04*	2,6 (1,1-6,4)
Dolor torácico, n (%)	14 (34,1)	11	0,10	0,4 (0,2-1,1)
Disfagia, n (%)	20 (48)	17 (27,8)	0,04*	1,7 (1,1-2,9)
Eructos, n (%)	4 (9,7)	4 (6,5)	0,71	1,5 (0,4-5,6)
Extraesofágicos, n (%)	15 (36,5)	21 (34,4)	0,83	1,0 (0,4-2,1)
Hernia hiatal, n (%)	5 (12,1)	15 (24,5)	0,14	2,3 (0,8-7,1)
Esofagitis grave ^a , n (%)	0 (0)	7 (11,4)	0,04*	1,1 (1,1-1,2)

χ^2 o prueba exacta de Fisher. * $p < 0,05$.

^aEsofagitis grave = grados C y D de Los Ángeles, o complicaciones como estenosis, probable esófago de Barrett.

retroesternal, 37 (36,3%) disfagia, 8 (7,8%) eructos y 36 (35,3%) alguna manifestación extraesofágica de acuerdo con la clasificación de Montreal. En el estudio endoscópico, 76 (74,5%) no mostraron esofagitis, 19 (18,6%) tenían esofagitis A o B, 5 (4,9%) esofagitis C o D y 2 (2%) estenosis péptica. Se reconoció hernia hiatal en 20 casos (19,6%). De acuerdo con la respuesta clínica inicial a los IBP, 41 (40,2%) se comportaron como no respondedores y 61 (59,8%) con respuesta completa (Tabla 1).

Conclusiones: Los pacientes con regurgitación y esofagitis erosiva grave respondieron favorablemente a IBP, mientras que los individuos con disfagia no mostraron mejoría. Estos resultados resaltan la importancia de evaluar las características clínicas de los pacientes antes de iniciar el tratamiento y sugieren que la regurgitación o la gravedad de la esofagitis pueden predecir una respuesta favorable. Por otro lado, la disfagia indica la necesidad de considerar opciones diagnósticas para descartar otros trastornos esofágicos.

Financiamiento: No se recibió financiamiento de ningún tipo.

Mar271

USO DE LA ESCALA NEQOL-S PARA VALORAR LA CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES CON SÍNTOMAS DE REFLUJO GASTROESOFÁGICO

A. Pena-Montes, E. A. San Vicente-Parada, R. A. Miranda-Maciél, Hospital Juárez de México

Introducción: Los pacientes con síntomas de reflujo clasificados dentro de los diferentes fenotipos se relacionan con altos costos de tratamiento y morbilidad; la medición de la calidad de vida intenta medir aspectos mentales y sociales de la vida del paciente y el efecto de éstos en la salud.

Objetivo: Evaluar la calidad de vida con el cuestionario NEQOL-S en paciente con ERNE, hipersensibilidad al reflujo y pirosis funcional en el Hospital Juárez de México.

Material y métodos: Se realizó un estudio transversal en el que se aplicó el cuestionario NEQOL-S (*Northwestern Esophageal Quality of Life*) validado al español y compuesto por 14 preguntas con 5 reactivos (los cuales recibieron una puntuación de 0 a 4); se clasificó a los pacientes por pH-impedancia de 24 horas, de acuerdo con la clasificación Lyon del 2018 y Roma IV. Los resultados se analizaron con estadística descriptiva, análisis de frecuencia y porcentajes, y se aplicó la prueba de ANOVA y pruebas *post hoc* intragrupo, así como ji cuadrada con comparación de columnas; el análisis se efectuó con el programa estadístico SPSS versión 25.

Resultados: Se aplicó a 40 pacientes, 36 elegibles, con 33 mujeres (91,7%) y 3 hombres (8,3%); la mediana de edad, peso e índice de masa corporal (IMC) fueron de 50 años, 62,5 kg y 24,2 kg/m², respectivamente. Se diagnosticó a 9 (25%) pacientes positivos a ERNE, de los cuales 8 (88,9%) fueron mujeres; 8 (22,2%) tenían hipersensibilidad al reflujo y la totalidad correspondió a mujeres; 8 sujetos (22,2%) mostraron pirosis funcional, 7 (87,5%) de éstos mujeres, y 11 (30,6%) pacientes no fueron clasificables por PAS; no se identificaron diferencias significativas. En la prueba ANOVA se encontró: MNBI de 2.770 kOhm (660-4.620) en los pacientes negativos a ERGE y de 1.235 kOhm (575-2.190) en pacientes con ERGE, con diferencia significativa ($p = 0,003$). En los episodios de reflujo se encontró una media de 84 episodios de reflujo en los pacientes con ERGE, respecto de 41 en los individuos sin ERGE, con diferencia significativa ($p = 0,048$); en cuanto al porcentaje total de exposición al ácido se reconoció una media de 14,1 en los pacientes con ERGE en comparación con 1,4 en los pacientes sin ERGE, con $p = 0,086$. De acuerdo con NEQOL-S, los pacientes no clasificables tenían mediana de 32 puntos, los sujetos positivos a ERGE una mediana de 38,8 puntos,

los individuos con hipersensibilidad al reflujo mediana de 38 puntos, y los pacientes con pirosis funcional mediana de 34,1 puntos, sin diferencia significativa ($p = 0,703$).

Conclusiones: Con el uso de la NEQOL-S se observó que no hay diferencia significativa, lo cual puede atribuirse al pequeño tamaño de la muestra; es necesario extender los resultados para valorar la calidad entre paciente con ERGE y trastornos del eje intestino-cerebro.

Financiamiento: No se recibió financiamiento de ningún tipo.

Mar272

EVALUACIÓN DE ÉXITO TRAS LA CIRUGÍA EN PACIENTES CON ACALASIA A UN AÑO DE SEGUIMIENTO

C. S. Tinitana-Jumbo, K. Cazarín-Chávez, M. Y. Carmona-Castillo, L. V. Cupil-Escobedo, M. Motola-Kuba, Y. M. Velasco-Santiago, A. Etcheagaray, F. Higuera-Hidalgo, F. Higuera-de la Tijera, Hospital General de México Dr. Eduardo Liceaga

Introducción: La acalasia es una enfermedad rara perteneciente al grupo de trastornos motores del esófago. La miocardiectomía de Heller se ha considerado la norma de tratamiento. Han surgido nuevas técnicas endoscópicas menos invasivas como el POEM, pero aún tienen escasa disponibilidad y accesibilidad en el medio de los autores; en consecuencia, es relevante conocer si en este medio la cirugía es aún exitosa y segura.

Objetivo: Confirmar y señalar el éxito (medido con puntuación de Eckardt ≤ 3) a seis y 12 meses después de la cirugía y las complicaciones graves, e identificar si existe algún factor relacionado con falla tras el tratamiento.

Material y métodos: Estudio observacional, prospectivo, retrolectivo, descriptivo y analítico, de tipo estudio de cohortes, que incluyó a pacientes con acalasia tratados quirúrgicamente y seguidos por seis y 12 meses después de la cirugía. Para los análisis comparativos se empleó t de Student para muestras independientes, t de Student pareada (muestras relacionadas), U de Mann-Whitney, χ^2 o prueba exacta de Fisher, según fueran el tipo y la distribución de cada variable. Se consideró significativo un valor de $p < 0,05$.

Resultados: Se incluyó a 192 pacientes, 118 (61,5%) de ellos mujeres, con media de edad de $46,6 \pm 14,8$ años; el 100% refirió disfagia esofágica como motivo más relevante de consulta, seguido de dolor torácico retroesternal de predominio posprandial en 186 (96,9%) y regurgitación y pérdida de peso en 181 (94,3%). La pérdida ponderal media fue de $11,7 \pm 7,6$ kg en un tiempo de evolución de los síntomas relacionados (en particular la disfagia) con la acalasia con una mediana de 12 meses (intervalo, 1-300 meses). De acuerdo con el tipo de acalasia, predominó el tipo I en 104 (54,2%), tipo II en 84 (43,8%) y tipo III en 4 (2,1%). Todos los pacientes se sometieron a miocardiectomía de Heller; además, en 119 (62%) se realizó funduplicatura de tipo Dor y en 70 (36,5%) de tipo Toupet. La puntuación basal (antes de cirugía) de Eckardt fue de $8,3 \pm 1,4$, a los seis meses después del procedimiento de $0,9 \pm 1,3$ ($p < 0,0001$) y a los 12 meses de $0,9 \pm 1,4$ ($p < 0,0001$). A los seis meses, la remisión de síntomas (Eckardt ≤ 3) se observó en 182 casos (94,8%) y a los 12 meses en 179 (93,2%). No hubo complicaciones graves que comprometieran la función o la supervivencia de los pacientes. La falta de remisión a 12 meses no se relacionó con edad, tiempo de evolución, longitud del esfínter esofágico inferior, puntuación de Eckardt basal, peso perdido o tipo de acalasia ($p = NS$).

Conclusiones: El éxito de los procedimientos depende en gran medida de la pericia de quien los realiza; este trabajo demuestra que, en manos experimentadas, la miocardiectomía de Heller es todavía exitosa y segura.

Financiamiento: No se contó con financiamiento para este trabajo.

Mar273

IMPACTO DEL DISTRÉS PSICOLÓGICO EN LA INTENSIDAD DE LOS SÍNTOMAS EN EL ESPECTRO DE ERGE REFRACTARIO ORGÁNICO-FUNCIONAL

A. P. Vázquez-Cruz, M. Vieyra-Vega, B. A. Priego-Parra, H. R. Ordaz-Álvarez, A. H. Díaz-Crespo, R. G. Pucheta-Cancino, K. R. García-Zermeño, A. Meixueiro-Daza, J. M. Remes-Troche, Laboratorio de Fisiología Digestiva y Motilidad Gastrointestinal, Instituto de Investigaciones Médico-Biológicas, Universidad Veracruzana

Introducción: Los factores psicológicos son importantes en todo el espectro de la enfermedad por reflujo gastroesofágico (ERGE); sin embargo, la mayoría de los estudios se ha enfocado sólo en la ansiedad y la depresión, sin considerar otros aspectos psicológicos.

Objetivo: Comparar escalas de intensidad de síntomas esofágicos y psicológicos en sujetos con trastornos esofágicos.

Material y métodos: Estudio transversal y analítico en el que se incluyó a personas sometidas a manometría esofágica de alta resolución y pH-metría en la institución de los autores. Los individuos contestaron la Escala de ansiedad y depresión hospitalaria (HAD), la Escala de estrés percibido (PSS), la Escala de hipersensibilidad y ansiedad esofágica específica (EHAS), el cuestionario corto de disfagia esofágica (BED-Q), y otros cuestionarios de síntomas esofágicos (GERD-Q, Eckard, RSI y PAGY-SYM).

Resultados: Se incluyó a 206 pacientes (66,6% de mujeres), con mediana de edad de 52 (intervalo, 18-83); de éstos, 98 cumplieron con criterios para ERGE, 38 para esófago hipersensible (EH), 30 para pirosis funcional y 40 para eructos supragástricos. La **Tabla 1** compara las puntuaciones caracterizadas en esta población. Al realizar la comparación entre grupos se encontró que los individuos con EH tuvieron mayor puntuación en las escalas de HAD ($p = 0,016$), PSS ($p = 0,019$), BED-Q ($0,048$), GERD-Q ($p = 0,043$) y EHAS ($p = 0,0001$). En las correlaciones, HAD-A lo hizo con GERD-Q ($r = 0,329$, $p < 0,0001$), Eckardt ($r = 0,350$, $p = 0,0001$), PSS ($r = 0,385$, $p < 0,0001$) y RSI ($r = 0,447$, $p = 0,0001$). HAD-D se correlacionó con BED-Q ($r = 0,348$, $r = 0,0001$), GERD-Q ($r = 0,287$, $p = 0,0001$) y Eckardt ($r = 0,349$, $p < 0,0001$). Por último, EHAS se correlacionó

con GERD-Q ($r = 0,347$, $p < 0,0001$), Eckardt ($r = 0,305$, $p = 0,0001$), HAD-A ($r = 0,501$, $p < 0,0001$), HAD-D ($r = 0,499$, $p = 0,0001$) y PAGY-SYM ($r = 0,348$, $p = 0,0001$).

Conclusiones: Estos resultados sugieren que el trastorno psicológico se vincula con mayor intensidad de síntomas esofágicos.

Financiamiento: No se contó con ningún financiamiento.

Mar274

CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS Y HALLAZGOS ENDOSCÓPICOS EN PACIENTES CON DISFAGIA ESOFÁGICA. UN ESTUDIO TRANSVERSAL EN UN CENTRO DE TERCER NIVEL DE ATENCIÓN

J. S. Arenas-Martínez, D. I. Carmona-Guerrero, A. Martínez-Luna, M. F. García-Cedillo, V. J. Ornelas-Arroyo, D. Azamar-Llamas, E. S. Dellon, E. Coss-Adame, Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán

Introducción: La disfagia esofágica es un síntoma de alarma que requiere una evaluación estructurada que incluye una esofago-gastroduodenoscopia (EGD) y toma de biopsias de la mucosa esofágica. En México se ha registrado una baja prevalencia de esofagitis eosinofílica (EEO) en pacientes con pirosis resistente o síntomas gastrointestinales múltiples. No se ha descrito la prevalencia de EEO en adultos estudiados por disfagia esofágica en México.

Objetivo: Describir los hallazgos endoscópicos, frecuencia de toma de biopsias esofágica y prevalencia de EEO en pacientes sometidos a una EGD por disfagia esofágica en un centro de tercer nivel.

Material y métodos: Se trata de un estudio transversal en un centro de tercer nivel de atención en la Ciudad de México. Se incluyó a pacientes que fueron objeto de EGD por disfagia entre enero de 2017 y diciembre de 2022. La información clínica se extrajo de los expedientes clínicos y se utilizó un formulario estandarizado de recopilación de datos demográficos, comorbilidades, hallazgos endoscópicos y resultados histopatológicos. Se excluyó a los pacientes

Tabla 1. Comparación de puntuaciones de los cuestionarios y escalas en sujetos con trastornos funcionales esofágicos. (Mar273)

Variable	ERGE n = 98	Esófago hipersensible n = 38	Pirosis funcional n = 30	Eructos supragástricos n = 40	p
Edad	54 (42-65)	49 (38-58)	43 (30-57)	53 (44-62)	0,094
Sexo					
Mujer, n (%)	56 (57,1%)	26 (68,4%)	19 (63,3%)	24 (60%)	*0,018
Hombre, n (%)	42 (42,9%)	12 (31,6%)	11 (36,7%)	16 (40%)	
IMC	26,8 (24-30,5)	27,3 (24,1-30,8)	26,9 (21,6-28,8)	27,3 (25,1-29)	0,321
HAD-A	7 (3,7-10)	7 (5-13,2)	7,5 (2-9)	5,5 (2-10)	*0,016
HAD-D	4 (1-6)	6 (2-11)	3 (1-6,2)	2 (0,2-6)	*0,017
PSS	21,5 (16,7-29)	27 (16-31,2)	23 (16,7-28)	19 (13-26,5)	*0,019
BED-Q	3 (0-13)	11,5 (1-19)	1 (0-12,5)	4,5 (0-17,2)	*0,048
GERD-Q	8 (4-12)	9 (4,7-12)	6,5 (3,7-8,5)	5,5 (2-9)	*0,043
ECKARD	3 (1-4)	4 (2,7-5)	2 (1,7-4)	3 (0,2-4,7)	0,133
EHAS	36 (24-48)	47 (35-52,2)	29,5 (17,5-45,5)	30 (8,5-45,7)	*0,0001
RSI	16,5 (12-24,5)	19,5 (14-31)	11 (5,5-21,2)	12,5 (4,7-23,7)	*0,005

BED-Q, Cuestionario corto de disfagia esofágica; EHAS, Escala de hipervigilancia y ansiedad esofágica; ERGE, enfermedad por reflujo gastroesofágico; HAD, Escala de ansiedad y depresión hospitalaria; GERD-Q, Cuestionario de la enfermedad por reflujo gastroesofágico; PSS, Escala de estrés percibido; RSI, índice de síntomas de reflujo.

con disfagia orofaríngea, cirugía esofagogástrica previa o datos clínicos incompletos (incluida la falta de informe de endoscopia). Un solo experto en patología gastrointestinal revisó las laminillas de los pacientes con biopsias de la mucosa esofágica. Los resultados se resumieron con estadísticas descriptivas. Se informan los datos preliminares del análisis.

Resultados: Se identificaron 853 EGD indicadas por disfagia, de las cuales 487 no cumplieron criterios de inclusión. De los restantes 366 casos, el 69,7% correspondió a mujeres, la media de edad fue de 55,8 (DE 16,6) años, el 2,2% tenía asma, 1,4% alergia alimentaria y 4,6% dermatitis atópica. El principal síntoma acompañante fue pirosis en 39,1%, seguido de dolor abdominal en 21,6% y dolor torácico en 18,6%. Se notificó al antecedente de impacción alimentaria en 6,3% de los casos. Al momento de la realización de la EGD, 42,3% de los sujetos consumía IBP y 8,7% utilizaba esteroides sistémicos o inhalados. La mediana de semanas entre el inicio de los síntomas y la EGD fue de 55,7 (RIC, 16,5-154) semanas. En la **Tabla 1** se muestran los hallazgos endoscópicos en los pacientes con disfagia. Entre los 108 pacientes con biopsia de la mucosa esofágica (29,5%), el 41,7% tomaba IBP y se encontró EEO en 9,3%.

Conclusiones: Los pacientes sometidos a una EGD por disfagia esofágica tienen una baja tasa de toma de biopsias y un alto número de estudios realizados con IBP, lo que puede conducir a un infradiagnóstico de EEO. Sin embargo, este estudio reconoció una mayor prevalencia de EEO en pacientes con disfagia y biopsia esofágica que la registrada antes en México. Se requieren esfuerzos educativos que ayuden a mejorar la evaluación diagnóstica de pacientes con disfagia y se sugieren estudios prospectivos poblacionales para conocer mejor la epidemiología de la EEO en México.

Financiamiento: No se recibió financiamiento de ningún tipo.

Tabla 1. Hallazgos endoscópicos de los pacientes con disfagia esofágica. (Mar274)

Características endoscópicas	n = 366
Normal % (n)	27 (99)
Esofagitis erosiva, n = 62	16,9 (62)
Los Ángeles A % (n)	29 (18)
Los Ángeles B % (n)	8,1 (5)
Los Ángeles C % (n)	37,1 (23)
Los Ángeles D % (n)	25,8 (16)
Anillo de Schatzki % (n)	5,7 (21)
Hallazgos indicativos de EEO	
Edema	2,5 (9)
Anillos	3,3 (12)
Exudados	1,4 (5)
Pliegues	1,9 (7)
Estenosis	10,9 (40)
Hernia hiatal % (n)	18,9 (69)
<i>Candida</i> % (n)	3,6 (13)
Úlceras % (n)	2,5 (9)
Acalasia % (n)	9 (33)
Tumor % (n)	4,1 (15)
EREFS informado % (n)	9,3 (34)
Biopsia realizada % (n = 108)	29,5 (108)
Consumo de IBP	41,7 (45)
Consumo de esteroides	10,2 (11)
EEO % (n)	9,3 (10)

Mar275

HALLAZGOS MANOMÉTRICOS EN ADULTOS MAYORES EN HOSPITAL DE TERCER NIVEL. HRAEBI ISSSTE

N. Martínez-Gómez, Y. M. Escandón-Espinoza, K. D. López-García, J. A. Espinoza-Hernández, L. Marcial-Pérez, L. A. Bustamante-Silva, J. D. Cabañas-Gómez, J. Téllez, Hospital Regional ISSSTE Tipo B de Alta Especialidad Bicentenario de la Independencia

Introducción: La manometría de alta resolución (MAR) se considera la norma de referencia para el diagnóstico de los trastornos motores del esófago. La esperanza de vida ha aumentado con los nuevos alcances médicos y terapéuticos, así como las innovaciones tecnológicas aplicadas en medicina, por lo que el envejecimiento en los adultos aumenta la aparición de trastornos motores esofágicos.

Objetivo: Describir los hallazgos manométricos en adultos mayores en el HRAEBI ISSSTE, las indicaciones médicas más frecuentes de MAR y las características demográficas, además de los hallazgos manométricos más frecuentes.

Material y métodos: Estudio transversal y retrospectivo en pacientes adultos mayores sometidos a manometría esofágica de alta resolución y con indicaciones para MAR durante el periodo de enero de 2020 a mayo de 2023. Se realizó estadística descriptiva con tablas 2 x 2. Criterios de inclusión: individuos mayores de 60 años que tuvieran indicación médica de MAR, con consentimiento informado y aceptación del procedimiento, valoración médica por un médico tratante y endoscopia alta previa. Criterios de exclusión: pacientes sin indicación médica de procedimiento manométrico, rechazo del procedimiento manométrico, declinación del consentimiento informado, ser menores de 59 años de edad y tener antecedentes de cirugías esofágicas o gástricas.

Resultados: Se incluyeron 837 estudios de MAR, de los cuales cumplieron los criterios de ingreso 587 pacientes, con edad promedio de 63,8 años y prevalencia del género femenino (59,8% vs. 40,7%). Las indicaciones más frecuentes fueron ERGE (52%), hernia hiatal (22%), disfagia (13,5%) y, en menor proporción, dolor torácico (9,0%). Los hallazgos más comunes fueron la motilidad normal en el 49,1%, seguida de la contractibilidad ausente en el 22,8%, motilidad inefectiva en el 15,8% y, como trastornos motores primarios, acalasia (4,9%).

Conclusiones: Los hallazgos más frecuentes en MAR fueron normales en el 49,1%; sin embargo, existen otras alteraciones motoras esofágicas que deben considerarse e identificarse en este grupo etario, como los siguientes trastornos motores mayores: contractibilidad ausente en más del 20%, que clínicamente puede ser significativa, y acalasia, que no debe subestimarse aunque estadísticamente tenga una prevalencia baja. Esto abre un área de oportunidad para este grupo poblacional de convertirse en objeto de estudio y debe considerarse la manometría esofágica de alta resolución dentro de este protocolo.

Financiamiento: No se recibió financiamiento de ningún tipo.

Mar277

DETECCIÓN DE *HELICOBACTER PYLORI* EN SALIVA HUMANA MEDIANTE TÉCNICA DE PCR. REPORTE INICIAL EN 10 PACIENTES

D. García-Domínguez, N. Ramírez-Durán, G. L. Manzanera-Leal, M. S. González-Huezo, Centro Médico ISSEMyM

Introducción: La infección crónica por *Helicobacter pylori* es altamente prevalente en países como éste y se relaciona con el desarrollo de

úlceras, atrofia, metaplasia intestinal, displasia, adenocarcinoma gástrico y linfoma del tejido linfoide vinculado con la mucosa gástrica. Se ha identificado *H. pylori* en la cavidad oral humana, que representa un reservorio potencial. Las técnicas moleculares que utilizan reacción en cadena de la polimerasa (PCR) han mostrado resultados prometedores en la identificación de *H. pylori* en muestras de biopsia gástrica, saliva y heces. En México no existen informes de identificación de este microorganismo por técnica de PCR en saliva de pacientes infectados.

Objetivo: Estandarizar un método para detección de *Helicobacter pylori* en saliva humana mediante PCR anidada y PCR regular con uso de primers específicos dirigidos a los genes *16S rRNA*, *VacA* y *UreA*.

Material y métodos: Estudio prospectivo, observacional y descriptivo llevado a cabo en el Centro Médico ISSEMyM en colaboración con el Laboratorio de Microbiología Médica y Ambiental de la Facultad de Medicina de la Universidad Autónoma del Estado de México. Se integró con pacientes mayores de 18 años con infección por *H. pylori* confirmada mediante biopsia, en quienes se recolectó saliva con técnica de escurrimiento en vaso estéril. Las muestras se sometieron a tres tipos de pretratamiento: agitación constante a 50°C por ocho horas, aplicación de 5 mg/mL de N-acetil-L-cisteína y tratamiento combinado. Después se llevó a cabo la extracción de DNA mediante el kit de extracción RNA/DNA Purification Kit (Spin Column) (Daan Gene Co., ref. DA0591). La concentración y pureza del DNA se obtuvo mediante espectrofotómetro UV (EPOCH, BioTek, USA). Se realizó PCR común a partir de cebadores basados en el gen *16S rRNA* y PCR semianidada mediante cebadores basados en los genes *VacA* y *UreA*. Para evaluar la especificidad de las reacciones se empleó como control positivo la cepa de referencia *Helicobacter pylori* ATCC 43504 y dos controles negativos consistentes en DNA de *Streptococcus salivarius* y agua libre de nucleasas estéril. Se registraron los resultados de los primeros 10 pacientes incluidos.

Resultados: Un total de 8 de 10 muestras sometidas a agitación constante a 50°C por ocho horas y 8 de 10 muestras bajo tratamiento combinado mostraron una obtención de DNA adecuada al analizarse con espectrofotómetro y electroforesis (concentración > 20 ng/μL). Por su parte, 10 de 10 muestras tratadas con 5 mg/mL de N-acetil-L-cisteína revelaron una concentración > 20 ng/μL y grados de pureza en la relación 260/280 dentro de los intervalos recomendados. En cuanto a la detección de la bacteria y el genotipificado, se logró estandarizar la técnica para la amplificación de los tres genes seleccionados. Se observó que el método de detección basado en la amplificación de un fragmento del gen *16S rRNA* es menos específico para la detección bacteriana (3/10), respecto de lo obtenido con la amplificación de los genes *VacA* (6/10) y *UreA* (7/10) en sus versiones anidadas. Los resultados se observan en la **Tabla 1**.

Conclusiones: El método de detección que utiliza la amplificación de genes *VacA* y *UreA* en sus versiones anidadas es más efectivo y preciso para identificar la presencia de *H. pylori* a partir de muestras de

saliva. Aunque el objetivo del estudio se cumplió, el tamaño de la muestra no es suficiente para poder realizar análisis estadístico, por lo que el estudio continúa en curso. Se esperan resultados similares a los de Goud *et al.* con sensibilidad de 80%, especificidad de 77,7% y valor predictivo positivo de 72,7%. Esto permitirá un enfoque no invasivo, factible y confiable, y sugiere de forma adicional que la cavidad oral puede actuar como sitio inicial de infección por *H. pylori*.

Financiamiento: No se recibió financiamiento de ningún tipo.

Mar278

RELACIÓN DE RECAÍDA A TERAPIA DE ERRADICACIÓN DE *HELICOBACTER PYLORI* EN GASTRITIS CRÓNICA ACTIVA Y FAMILIARES POSITIVOS EN UNA POBLACIÓN DE GUATEMALA

C. N. Asencio-Barrientos, L. C. Barrios-Lupitou, E. I. Juárez-Valdez, Hospital Nacional de Jutiapa, Guatemala

Introducción: La infección gástrica por *Helicobacter pylori* (*H. pylori*) constituye un grave problema de salud mundial. Se calcula que más del 50% de la población mundial está infectada por *H. pylori* causante de gastritis crónica y un 15% a 20% de los casos origina úlceras pépticas, linfomas tipo MALT y cáncer gástrico. Se ha vinculado la recaída en el tratamiento de erradicación de *H. pylori* con antecedentes de diabetes mellitus, condición socioeconómica y hacinamiento, pero son pocos los estudios que establecen una relación con familiares positivos a infección por *H. pylori*. En Guatemala no se dispone de estudios que relacionen las recaídas en el tratamiento de erradicación y familiares positivos a infección de *H. pylori*.

Objetivo: Determinar la relación de las recaídas al tratamiento de erradicación de *H. pylori* en gastritis crónica activa y familiares positivos.

Material y métodos: Estudio prospectivo de pacientes evaluados en la consulta externa de gastroenterología del Hospital Nacional de Jutiapa, Guatemala, que consultaron por síntomas de dispepsia con primera, segunda y tercera recaídas al tratamiento de erradicación de *H. pylori* del 1 de noviembre de 2022 al 30 de junio 2023, luego de cumplir los siguientes criterios de exclusión: erradicación de infección por *H. pylori* con primer esquema de tratamiento, diagnóstico previo con pruebas de anticuerpos en sangre de *H. pylori*, falta de aceptación de la prueba de aliento o antígeno de *H. pylori* en heces a todos los miembros de la familia, y nulo cumplimiento de los esquemas de tratamiento completo en recaídas.

Se analizó la relación de familiares positivos, hacinamiento, antecedentes de diabetes mellitus, estado nutricional con frecuencia de recaídas al tratamiento de erradicación de *H. pylori*. A todos los pacientes con recaída se les realizó gastroscopia para diagnóstico histopatológico y confirmar infección por *H. pylori*.

Se utilizó el programa estadístico Jamovi 1.1.9 para obtener medias, medianas y porcentajes, prueba ji cuadrada para análisis de variables categóricas y análisis unidireccional de varianza (ANOVA) para las variables continuas, con una $p < 0,05$ como significativa.

Resultados: En total se conformó una muestra de 50 pacientes, con una mediana de edad de 44 años (15-83) y 31 (62%) pacientes femeninos; comorbilidades: hipertensión arterial en 6 (12%) y diabetes mellitus en 10 (20%). Estado nutricional normal en 30 (60%), sobrepeso en 12 (24%) y obesidad en 8 (16%). Hacinamiento en 14 (28%) de los pacientes y en 33 (66%) se identificaron uno o más familiares positivos de infección por *H. pylori*.

El nivel socioeconómico reconoció clase baja en 16 (32%), media baja en 25 (50%) y media alta en 9 (18%). Se observó una escolaridad primaria en 18 (36%), secundaria en 10 (20%), diversificada en

Tabla 1. Resultados de la detección de *Helicobacter pylori* mediante PCR a partir de muestras de saliva. (Mar277)

Muestra	Gen <i>16S rRNA</i>	Gen <i>VacA</i>	Gen <i>VacA</i> anidada	Gen <i>UreA</i>	Gen <i>UreA</i> anidada
1	+	+	+	+	+
2	-	-	-	-	-
3	-	-	+	-	+
4	+	+	+	+	+
5	-	+	+	+	+
6	-	-	-	-	-
7	-	-	+	-	+
8	-	-	-	-	-
9	-	-	-	-	+
10	+	+	+	+	+

18 (36%) y universitaria en 4 (8%). El diagnóstico histopatológico de los pacientes con recaída al tratamiento incluyó gastritis crónica activa en 23 (46%), metaplasia intestinal incompleta en 6 (12%) y completa en 4 (8%). La frecuencia de primera recaída ocurrió en 23 (46%), de la segunda en 15 (30%) y de la tercera en 12 (24%).

La primera recaída al tratamiento de erradicación con familiares positivos, el hacinamiento, la diabetes mellitus y el estado nutricional no fueron significativos. En la segunda y tercera recaídas influyó el factor de familiares positivos ($p = 0,046$ y $0,039$, respectivamente) en comparación con el hacinamiento, el estado nutricional y la diabetes mellitus.

Conclusiones: En este estudio se encontró que la infección por *H. pylori* en familiares positivos influye en la segunda y tercera recaídas del tratamiento de erradicación en la gastritis crónica activa.

Financiamiento: Este trabajo no ha recibido patrocinio total o parcial de la institución gubernamental o la industria farmacéutica.

Mar279

EXPERIENCIA EN EL TRATAMIENTO DE *HELICOBACTER PYLORI* EN EL HOSPITAL JUÁREZ DE MÉXICO. ¿QUÉ FALTA POR HACER?

R. Guirao-Pérez, A. Y. Ávila-Franco, G. Bretón-Arroy, E. I. Juárez-Valdés, S. M. I. Mejía-Loza, Hospital Juárez de México

Introducción: *Helicobacter pylori* es todavía una de las infecciones bacterianas crónicas más comunes que afectan a los seres humanos. Es causante de enfermedad ulceropéptica y cáncer gástrico. Hoy en día, la relación entre *H. pylori* y síntomas dispépticos es aún controversial y, dado que en los últimos consensos se la considera ya una enfermedad infecciosa, se recomienda el tratamiento de erradicación en todos los pacientes, por lo que es primordial caracterizar las manifestaciones clínicas, la tasa de respuesta y los efectos adversos del tratamiento.

Objetivo: Describir los principales hallazgos clínicos, endoscópicos e histopatológicos, así como la respuesta al tratamiento y los efectos adversos de éste, en pacientes con diagnóstico de infección por *H. pylori* en el Hospital Juárez de México.

Material y métodos: Estudio descriptivo de corte transversal, observacional y retrospectivo. Se recolectaron datos de pacientes mediante interrogatorio directo y revisión del expediente clínico que acudieron a la consulta externa de gastroenterología durante el periodo de enero a junio del 2023, con diagnóstico por histopatología de infección por *H. pylori* y que recibieron tratamiento de erradicación. Con posterioridad se evaluaron la respuesta al tratamiento y los efectos adversos relacionados.

Resultados: De los 94 pacientes que cumplieron los criterios de inclusión, 72 (76,6%) correspondieron al sexo femenino y 22 (23,4%) al masculino, con una media de edad de 54 años. Los síntomas notificados con mayor frecuencia fueron dolor epigástrico en el 79,7%, distensión abdominal en 55,3% y náusea en 43%. Los hallazgos endoscópicos identificados fueron gastritis erosiva (50%), gastritis folicular (21,2%) y atrofia (13,8%). En cuanto a la histología registrada, el 41,4% correspondió a gastritis folicular, el 39% a gastritis crónica de predominio antral y el 11,7% a gastritis crónica corporal. Hasta 71 (75,5%) recibieron tratamiento con esquema cuádruple con bismuto, 9 (9,5%) concomitante, 14 (14,8%) con triple tratamiento. El 90% fue objeto de prueba de antígeno fecal para evaluar erradicación, con resultado negativo en 81 (95%) de los casos. Los efectos adversos informados relacionados con el tratamiento fueron con mayor frecuencia náusea (40,4%), disgeusia (38,2%) y dolor abdominal intenso (30,8%).

Conclusiones: Se identificó que el dolor epigástrico fue el principal motivo de consulta. Los hallazgos endoscópicos más comunes fueron

los ya señalados en las publicaciones médicas (alteración erosiva y folicular) confirmados por histología. Se registró una tasa de erradicación mayor del 90% con la modalidad cuádruple con bismuto. La náusea y el dolor abdominal intenso fueron los efectos adversos más importantes identificados y este último representó el motivo principal para la suspensión del tratamiento; en consecuencia, el control de los síntomas durante el tratamiento de erradicación podría representar una estrategia útil para incrementar el apego, mejorar las tasas de erradicación y disminuir la resistencia a los antibióticos.

Financiamiento: No se recibió financiamiento de ningún tipo.

Mar280

PREVALENCIA DE LESIONES PRECURSORAS DE ADENOCARCINOMA GÁSTRICO EN PACIENTES CON INFECCIÓN POR *H. PYLORI*

F. A. Félix-Téllez, A. G. Pérez-Castañeda, R. Aguirre-Lázaro, J. M. Aldana-Ledesma, E. S. García-Jiménez, J. A. Velarde-Chávez, A. Guzmán-Lepe, J. A. Velarde-Ruiz Velasco, Hospital Civil Fray Antonio Alcalde

Introducción: La prevalencia de infección por *H. pylori* en México varía de acuerdo con los estudios publicados de 50% a 85%. En este país también se considera con incidencia elevada el adenocarcinoma gástrico y algunas series han registrado tasas de 13 casos por 100.000 habitantes. Es escasa la evidencia epidemiológica de *H. pylori* en México y su relación con lesiones precursoras de adenocarcinoma gástrico, por lo que se consideró importante realizar este protocolo.

Objetivo: Determinar la prevalencia de lesiones precursoras de adenocarcinoma gástrico en pacientes con infección por *H. pylori*.

Material y métodos: Se realizó un estudio retrospectivo con delimitación temporal de enero del 2022 a junio del 2023 en el que se recolectaron datos de pacientes valorados por dispepsia no investigada con biopsias positivas para infección por *H. pylori* en la consulta externa de gastroenterología de un hospital de tercer nivel del occidente del país. Se registraron datos sociodemográficos, así como los registros de histopatología de biopsias gástricas por protocolo endoscópico de Sydney, valoradas por un patólogo asignado al servicio de gastroenterología. Se consideraron lesiones precursoras de adenocarcinoma gástrico la gastritis atrófica, la metaplasia intestinal completa, la metaplasia intestinal incompleta y la displasia.

Resultados: Se registro un total de 130 pacientes con edad media de 53 ± 14 años y en ellos predominó el sexo femenino con 73,1% ($n = 95$). Los hallazgos endoscópicos más frecuentes fueron gastritis folicular (43,6%) y gastritis erosiva (28,2%). Se observó una prevalencia de lesiones precursoras de adenocarcinoma gástrico del 26,2% (IC95%, 18-34) y de adenocarcinoma gástrico de tipo intestinal del 1,5% (IC95%, 0,1-5,0). Entre las lesiones precursoras predominó la gastritis atrófica con 61,7% ($n = 21$), seguida por metaplasia intestinal completa con 23,5% ($n = 8$), metaplasia intestinal incompleta con 8,8% ($n = 3$), displasia de bajo grado con 2,9% ($n = 1$) y displasia de alto grado con 2,9% ($n = 1$). Al comparar los pacientes con lesiones premalignas con aquéllos sin este tipo de lesiones no se identificó diferencia significativa en la edad (57 años vs. 52 años, $p = 0,39$) o sexo (femenino 41,7% vs. masculino 20,6%, $p = 0,18$).

Conclusiones: La prevalencia de lesiones precursoras de adenocarcinoma gástrico intestinal es frecuente en la población mexicana con infección por *H. pylori*; en este estudio se identificó una prevalencia mayor a la informada en el plano global.

Financiamiento: Sin financiamiento alguno.

Mar281

RESPUESTA CLÍNICA DE GLOBUS A LA TERAPIA DE ERRADICACIÓN EN PACIENTES CON INFECCIÓN POR *HELICOBACTER PYLORI*

F. A. Félix-Téllez, K. E. Medina-Morales, M. A. Escobar-Montes, G. J. Peña-Barajas, M. M. Ponce-Cortés, S. M. Barceló-Valdez, J. M. Aldana-Ledesma, E. C. Morel-Cerda, J. A. Velarde-Ruiz Velasco, Hospital Civil Fray Antonio Alcalde

Introducción: La sensación de globus se ha acompañado de trastornos esofágicos y afectación de cabeza y cuello. Sin embargo, no existe una relación de causalidad con dichos trastornos y gran parte de los pacientes se cataloga dentro del diagnóstico de globus funcional. Cierta evidencia demuestra una prevalencia elevada de *H. pylori* en pacientes con globus, pero son escasos los datos sobre el efecto terapéutico que la erradicación de *H. pylori* puede generar en estos pacientes.

Objetivo: Determinar si la erradicación de *H. pylori* atenúa la gravedad de la sensación de globus.

Material y métodos: Se realizó un estudio prospectivo con delimitación temporal de enero del 2022 a mayo del 2023 en el que se valoró a los pacientes con diagnóstico de infección por *H. pylori* en la consulta externa de gastroenterología de un hospital de tercer nivel del occidente del país. Se seleccionó a los pacientes que refirieron la presencia de globus para luego registrar datos sociodemográficos. Se aplicó el cuestionario FBST para gravedad de globus, antes de instituir tratamiento de erradicación y después de la erradicación. Para comparar la diferencia de la puntuación de FBST posttratamiento se efectuó un análisis de comparación de medias para muestras relacionadas con una prueba de Wilcoxon.

Resultados: Se registró un total de 87 pacientes con edad media de 52 ± 14 años y en ellos predominó el sexo femenino con un 81,6% ($n = 71$). El 2,2% ($n = 2$) de los pacientes contaba con hallazgo endoscópico de parche heterotópico de mucosa gástrica y un 11,4% ($n = 20$) cumplía criterios definitorios de enfermedad por reflujo gastroesofágico por criterios del consenso de Lyon. Todos los pacientes recibieron tratamiento cuádruple concomitante a base de claritromicina con una tasa de erradicación del 100%, confirmada con antígeno fecal para *H. pylori*. Al comprar la gravedad de globus pretratamiento y postratamiento se encontró que la erradicación de *H. pylori* sí mejora la gravedad sintomática de dicho síntoma (FBST pretratamiento: $3,88 \pm 2,74$ vs. FBST postratamiento: $2,74 \pm 2,06$, $p \leq 0,001$).

Conclusiones: Se ha descrito una vinculación de *H. pylori* con la sensación de globus y en este estudio se demostró que el tratamiento de erradicación para *H. pylori* mejora la gravedad de la sensación de globus.

Financiamiento: Ningún financiamiento.

Mar282

ENFERMEDADES AUTOINMUNES EN PACIENTES CON INFECCIÓN POR *HELICOBACTER PYLORI*

A. G. Pérez-Castañeda, F. A. Félix-Téllez, J. A. Velarde-Ruiz Velasco, J. A. Velarde-Chávez, E. S. García-Jiménez, J. M. Aldana-Ledesma, E. C. Morel-Cerda, R. Aguirre-Lázaro, Hospital Civil de Guadalajara Fray Antonio Alcalde

Introducción: La prevalencia de infección por *H. pylori* en México varía según sean los estudios publicados de 50% a 85%. La prevalencia mundial de enfermedad autoinmunitaria es de 3% a 8% y afecta

en su mayoría a mujeres (78%-85%); es similar a la de México. Los dos factores de virulencia de *H. pylori* (CagA y VacA) se han investigado de manera amplia. CagA es el primer factor de virulencia de *H. pylori* relacionado con enfermedades más graves y puede afectar a muchos procesos celulares. Además, VacA tiene múltiples funciones, desde inducir la apoptosis hasta regular el sistema inmunitario. Ambos afectan la forma de las células y las células inmunitarias, lo que puede ser la causa de cifras elevadas de anticuerpos autoinmunitarios o ser un activador de enfermedades autoinmunitarias. En la actualidad existe poca evidencia epidemiológica de *H. pylori* en México y su relación con enfermedades autoinmunitarias, por lo que se consideró importante realizar este estudio.

Objetivo: Determinar la prevalencia de enfermedades autoinmunitarias en pacientes con infección por *H. pylori*.

Material y métodos: Se realizó un estudio retrospectivo con delimitación temporal de enero del 2022 a junio del 2023 en el que se recolectaron datos de pacientes valorados por dispepsia no investigada con biopsias positivas para infección por *H. pylori* en la consulta externa de gastroenterología de un hospital de tercer nivel del occidente del país. Se registraron datos sociodemográficos, así como los informes de histopatología de biopsias gástricas por protocolo endoscópico de Sydney. Se colectaron datos en la entrevista y expediente electrónico de los registros de las enfermedades autoinmunitarias notificadas por los pacientes del estudio. La erradicación de *Helicobacter pylori* se confirmó mediante prueba de antígeno en heces.

Resultados: Se registró un total de 130 pacientes con edad media de 53 ± 14 años en los cuales predominó el sexo femenino con un 73,1% ($n = 95$). Se registró una prevalencia de enfermedades autoinmunitarias del 15,3% (IC95%, 9,66-22,7) que corresponde a 20 pacientes; el diagnóstico de infección por *H. pylori* se estableció mediante estudio histopatológico en 18 pacientes y por antígeno en heces en dos sujetos. En los pacientes sometidos a endoscopia, el diagnóstico más frecuente fue gastritis folicular con 61,1%. Todos los individuos con *H. pylori* recibieron tratamiento de erradicación con esquema concomitante con una tasa de éxito del 100%. Entre las enfermedades autoinmunitarias se registró mayor prevalencia con EoE (25%), artritis psoriásica (15%), artritis reumatoide (10%), colitis microscópica (10%), hepatitis autoinmunitaria (10%) y espondilitis anquilosante (10%); las enfermedades menos prevalentes fueron lupus eritematoso, DM 1 y síndrome de Sjögren con una prevalencia de 5%.

Conclusiones: La prevalencia de enfermedad autoinmunitaria e infección por *H. pylori* es mayor que en la población general. Las enfermedades más predominantes en esta serie fueron EoE y artritis psoriásica. Esta conclusión abre la posibilidad de buscar de forma intencionada infección de *H. pylori* en pacientes con antecedente de enfermedades autoinmunitarias y con ello lograr la erradicación.

Financiamiento: No se recibió financiamiento para este trabajo.

Mar283

PREVALENCIA DE SANGRADO DE TUBO DIGESTIVO ALTO NO VARICEAL EN PACIENTES HOSPITALIZADOS CON COVID-19: UN ESTUDIO OBSERVACIONAL

A. Piedras-Hernández, R. H. Raña-Garibay, J. Donis-Hernández, L. Escobedo-Berumen, Hospital Español

Introducción: El sangrado del tubo digestivo alto no variceal (ST-DAnV) es un trastorno frecuente que se ha presentado en enfermos que cursan con infección por el virus del SARS-CoV-2 (COVID-19). En la actualidad no hay algún estudio mexicano que

muestre en realidad la prevalencia de esta vinculación en sus centros hospitalarios; por esta razón no hay recomendaciones o guías con recomendaciones específicas sólidas basadas en evidencia. Por lo tanto, es importante conocer la prevalencia y evidenciar este nexo con la finalidad de poder emitir recomendaciones para el diagnóstico y tratamiento adecuado para esta relación.

Objetivo: Determinar la prevalencia de STDAnV en pacientes hospitalizados en el Hospital Español de México con diagnóstico de infección por COVID-19.

Material y métodos: Tipo de estudio: observacional, descriptivo y transversal. Se consideró a pacientes mayores de 18 años ingresados al área de hospitalización con diagnóstico de COVID-19 y que presentaran STDAnV en el periodo comprendido entre marzo de 2020 y marzo de 2021. Variables: edad, sexo, sangrado de tubo digestivo alto no variceal, melena, hematemesis, realización de estudio endoscópico, hemoglobina, hematocrito, plaquetas, obesidad, hipertensión arterial sistémica, diabetes mellitus tipo 2 y mortalidad. Análisis estadístico: se utilizó estadística descriptiva para obtener variables cuantitativas, medidas de tendencia central (media, mediana, moda, así como medidas de dispersión: desviación estándar, varianza), e inferencial para la edad, hemoglobina, hematocrito, plaquetas y mortalidad. En las variables cualitativas se consideraron sangrado de tubo digestivo alto no variceal, melena, hematemesis, tratamiento endoscópico, obesidad, hipertensión y diabetes mellitus; el sexo se analiza con frecuencia y porcentaje.

Resultados: De los 560 pacientes ingresados a salas COVID por diagnóstico de infección del virus SARS-CoV-2 (COVID-19), 36 tenían STDAnV (6,4%). De estos pacientes, 12 pacientes eran mujeres (33%) y 24 varones (67%) (Tabla 1). La mediana de edad en esta población fue de 57 años. La prevalencia fue de 6,42% del universo total de pacientes con infección por SARS-CoV-2 (100%). De los 36 sujetos incluidos en el estudio, la relación de COVID-19 y STDAnV con las enfermedades crónicas degenerativas fue de 18 pacientes para hipertensión arterial sistémica (50%), 13 (36,11%) pacientes para diabetes mellitus de tipo 2 y 13 (36%) para obesidad previamente diagnosticadas (Tabla 1). En los sujetos con STDAnV y COVID-19, las

manifestaciones clínicas más frecuentes fueron melena y hematemesis, la primera en 28 pacientes (77%) y la segunda en 12 (33%) (Tabla 1). De los mismos pacientes incluidos, 7 (19%) fallecieron a causa de las complicaciones de la COVID-19 y STDAnV. De los 36 pacientes que cumplieron las características de criterios de inclusión al estudio, 28 (78%) se sometieron a estudio endoscópico y los 8 (22%) restantes sólo recibieron atención médica en la que no se solicitó estudio endoscópico diagnóstico o terapéutico.

Conclusiones: La prevalencia de STDAnV en pacientes con COVID-19 en este estudio es similar a la notificada antes en la bibliografía médica. Con el advenimiento de más información sobre el virus y sus posibles manifestaciones y complicaciones, podrá reconocerse una vía diagnóstica y terapéutica más conveniente para estos enfermos, para poder atenuar las comorbilidades de esta relación; asimismo, se requieren estudios con mayor población de pacientes para inferir una conclusión basada en resultados significativos.

Financiamiento: No se recibió financiamiento de ningún tipo.

Mar284

EFFECTOS ADVERSOS GASTROINTESTINALES POS-VACUNACIÓN ANTI-SARS-CoV-2

M. J. Schmulson-Wasserman, Y. A. Miranda-Guzmán, R. M. Wong-Chew, Laboratorio de Hígado, Páncreas y Motilidad (HIPAM)-Unidad de Investigación en Medicina Experimental, Facultad de Medicina, Universidad Nacional Autónoma de México

Introducción: Si bien el COVID-19 se relaciona con síntomas gastrointestinales (GI), no se conoce bien la frecuencia de estos síntomas como efectos adversos de la vacunación contra el SARS-CoV-2. Algunos informes han publicado una frecuencia de efectos adversos GI posvacunación (dolor abdominal, diarrea, dispepsia, náusea) de 8,8% a 30,4%.

Objetivo: Explorar la presencia de efectos adversos GI de vacunación anti-SARS-CoV-2 en una consulta de gastroenterología en la Ciudad de México.

Material y métodos: Estudio retrospectivo de 491 pacientes consecutivos que consultaron a un solo gastroenterólogo en el periodo del 5 de agosto de 2021 al 14 de noviembre de 2022. Se describieron el tipo de vacuna, la frecuencia de efectos secundarios en general y, de manera específica, los GI, además de las posibles diferencias de acuerdo con el número de dosis recibidas. Los resultados se expresan en porcentajes e intervalos de confianza del 95% (IC95%) y medias \pm DE, y se analizaron mediante ji cuadrada y t de Student cuando fuera apropiado. Se consideró significativa una $p < 0,05$.

Resultados: Del total de pacientes, 481 pacientes (98%) estaban vacunados. La edad de los vacunados fue mayor que la de los no vacunados: $49,9 \pm 19,6$ contra $37,5 \pm 18,9$ años ($p = 0,049$). Los vacunados incluyeron a 58,6% de mujeres y 41,4% de hombres sin diferencias en edad. Las vacunas utilizadas en orden de frecuencia fueron Pfizer (43,8%), combinaciones (22,3%), Moderna (21,7%), AstraZeneca (6,1%), Johnson & Johnson (J&J) (4,2%), Sputnik (1,3%) y CanSino (0,6%). El 58,1% (IC95%, 53,6-62,5) mostró al menos un efecto adverso posvacunación; la frecuencia de acuerdo con la vacuna administrada fue la siguiente: Moderna (70,9%), combinaciones (66,0%), Pfizer (52,4%), Sputnik (50,0%), AstraZeneca (41,4%), J&J (40,0%), CanSino (33,3%) ($p = 0,004$). De los efectos adversos, 10,9% (7,7%-15,1%) fueron GI, pero no hubo diferencias en la frecuencia general de efectos adversos GI de acuerdo con el tipo de vacuna: J&J (15,0%), Moderna (9,7%), AstraZeneca (6,9%), Pfizer (6,3%) y combinaciones (1,9%) ($p = 0,192$). Sin embargo, la diarrea fue el único síntoma GI específico que se diferenció de acuerdo con el tipo de vacuna, en particular con la vacuna J&J (Tabla 1). El resto de los efectos GI (dolor abdominal, vómito, náusea, reflujo,

Tabla 1. (Mar283)

Características de los pacientes	SARS-COV2-COVID 19 + STDAnV n= 36
Edad, años, mediana	57 años
Sexo, masculino, n (%)	24 (67%)
Comorbilidades, n (%)	
Hipertensión arterial sistémica	18 (50%)
Diabetes Mellitus tipo 2	13 (36.11%)
Obesidad grado 1	1 (2.7%)
Obesidad grado 2	
Signos de STDAnV, n (%)	
Melena	28 (77%)
Hematemesis	12 (33%)
Analítica al ingreso, mediana (RIQ)	
Hemoglobina	14.64 (4-17.1)
Plaquetas	234 (32-550)
Hematocrito	43.93 (12-69)
Estudio endoscópico, n (%)	
Si	28 (78%)
No	8 (22%)
Mortalidad, n (%)	
Mortalidad	7 (19%)

epigastria, dolor retroesternal) no mostró diferencias con respecto al tipo de vacuna. Por último, se identificó una tendencia a incrementar la frecuencia de efectos GI luego de tres dosis de AstraZeneca (hasta 16,7%), Moderna (hasta 15,1%) y Pfizer (7,0%) ($p = 0,075$).

Conclusiones: Más de la mitad de los pacientes vacunados contra SARS-CoOV-2 señalaron efectos adversos generales, pero sólo 1 de cada 10 de ellos efectos GI. La diarrea fue el único efecto GI que fue diferente de acuerdo con la vacuna, en especial prevalente con J&J. A pesar de que éste es quizá el único estudio que ha comparado los efectos secundarios de múltiples vacunas, una limitante de estos datos es la diferencia en la proporción de vacunas aplicadas en este país y, en esta serie, la subrepresentación de algunas de ellas como la vacuna CanSino.

Financiamiento: Financiado parcialmente por la División de Investigación de la Facultad de Medicina de la UNAM.

Tabla 1. (Mar284)

Tipo de vacuna	n	Diarrea		p
		No	Sí	
		%	%	
Pfizer	208	98,6	1,4	0,003
Moderna	103	90,3	9,7	
J&J	20	85,0	15,0	
AstraZeneca	29	93,1	6,9	
CanSino	3	100	0	
Sputnik	6	100	0	
Combinaciones	106	98,1	1,9	

J&J, Johnson & Johnson.

Mar285

CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS Y RESULTADOS QUIRÚRGICOS EN CÁNCER COLORRECTAL EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL EN MÉXICO: IMPACTO DE LA EMERGENCIA SANITARIA DE COVID-19

S. K. Dosal-Limón, J. O. Soto-Llanes, R. R. Sánchez-Rosado, A. Vela-Torres, G. Ramírez-García, J. A. Villanueva-Herrero, L. J. Ortiz-Pacheco, B. Jiménez-Bobadilla, J. L. De León-Rendón, Hospital General de México Dr. Eduardo Liceaga

Introducción: El carcinoma colorrectal (CCR) es una de las neoplasias más frecuentes mundiales y representa una importante carga para los sistemas de salud. Durante la pandemia de COVID-19 se produjo una interrupción de la atención médica, lo que llevó a retrasos en el diagnóstico y tratamiento de enfermedades no relacionadas con el virus. En México, el CCR es la tercera causa de muerte por cáncer en hombres y la cuarta en mujeres. Es importante comprender los efectos de la emergencia sanitaria en la atención de pacientes con CCR y analizar las características clínicas y resultados de cirugía una vez que la atención hospitalaria se regularizó.

Objetivo: Describir las características clínicas y resultados de cirugía en pacientes con cáncer colorrectal en un hospital de tercer nivel en México después de regular la atención hospitalaria por la emergencia sanitaria de COVID-19.

Material y métodos: Se incluyó a 109 pacientes consecutivos con CCR atendidos en el servicio de coloproctología del Hospital General

de México Dr. Eduardo Liceaga, sometidos a cirugía en el periodo de abril de 2022 a marzo de 2023. Se recopilaron datos demográficos, comorbilidades, localización del tumor, estadio clínico, tratamiento quirúrgico y complicaciones posoperatorias. Los datos se analizaron mediante el paquete SPSS versión 25 con uso de estadísticas descriptivas para obtener medidas de tendencia central y distribución de frecuencias, lo que permitió una comprensión detallada de las características clínicas y los resultados de la cirugía en esta muestra de pacientes.

Resultados: De los pacientes incluidos en el estudio, 55 eran masculinos (50,5%) y 54 femeninos (49,5%). La edad media fue de $58 \pm 12,49$ años. Durante el periodo de estudio se observó un incremento significativo del número de sujetos en estadios tardíos de la enfermedad, posiblemente debido a la disminución de los casos de COVID-19 y la mayor disponibilidad de atención hospitalaria. La localización más frecuente del tumor fue el recto (53,2%), seguido del colon izquierdo (22,9%). La mayoría de los pacientes se encontraba en estadio clínico IV (46,8%). La resección anterior baja fue el procedimiento quirúrgico más común (12,8%). Se observaron complicaciones posoperatorias en 13,2% de los pacientes (Tabla 1).

Conclusiones: Este estudio resalta la importancia de la detección temprana y el acceso oportuno a la atención médica para los pacientes con cáncer colorrectal. Tras regular la atención hospitalaria por la emergencia sanitaria de COVID-19, se reconoció un aumento en pacientes en estadios tardíos de la enfermedad. Es crucial fortalecer los protocolos de atención, aplicar estrategias de prevención y diagnóstico temprano, y establecer programas de seguimiento a largo plazo. Esto mejorará los resultados quirúrgicos, reducirá las complicaciones y salvará vidas. En situaciones de crisis sanitaria debe garantizarse una atención médica continua y de calidad para los pacientes con CCR.

Financiamiento: Sin financiamiento.

Tabla 1. Características demográficas y clínicas de los pacientes con CCR. (Mar285)

Variable	Pacientes con CCR (n = 109)
Género, n (%)	
Masculino	55 (50,5)
Femenino	54 (49,5)
Edad-X \pm DE	58 \pm 12,49
Localización del tumor, n (%)	
Colon derecho	23 (21,1)
Colon transverso	02 (1,8)
Colon izquierdo	25 (22,9)
Recto	58 (53,2)
Colon transverso + recto	01 (0,9)
Estadio clínico, n (%)	
I	6 (5,5)
II	13 (11,9)
III	39 (35,8)
IV	51 (46,8)
Tratamiento quirúrgico, n (%)	
Resección anterior baja	14 (12,8)
Resección anterior ultrabaja	06 (5,5)
Resección abdominoperineal	01 (0,9)
Hemicolectomía derecha	15 (13,8)
Hemicolectomía izquierda	09 (8,3)
Ileostomía*	16 (14,7)
Colostomía*	37 (33,9)
En espera de tratamiento quirúrgico	11 (10,1)
Complicaciones posoperatorias, n (%)	15 (13,2)

*En espera de tratamiento definitivo.

Mar286

CORRELACIÓN ENTRE SÍNTOMAS DE DISPEPSIA FUNCIONAL Y DISTENSIÓN ABDOMINAL: LA OTRA CARA DE LA MONEDA

P. A. Alvarado-Garza, F. A. Félix-Téllez, L. F. Ochoa-Meza, L. M. Mo-ye-Haro, C. P. Jaén-Villanueva, A. Páez-Barrantes, J. A. Velarde-Ruiz Velasco, J. M. Avendaño-Reyes, A. R. Flores-Rendón, Hospital ISSSTECALI Mexicali

Introducción: La dispepsia funcional y la distensión abdominal son síndromes con alta prevalencia en la población mexicana. Se ha descrito una vinculación de la distensión abdominal con mecanismos fisiopatológicos de la dispepsia funcional como es el caso de la hipersensibilidad visceral; sin embargo, es escasa la evidencia acerca de la relación sintomática de dispepsia funcional y distensión abdominal.

Objetivo: Determinar si existe una vinculación de distensión abdominal con los síntomas de dispepsia funcional.

Material y métodos: Se realizó un estudio de corte trasversal, observacional y analítico con delimitación temporal del 12 de junio al 7 de julio del 2023. Se aplicó una encuesta en línea en población abierta en 26 estados de la República Mexicana, por medio de la cual se recolectaron datos sociodemográficos, antecedentes patológicos, así como síntomas de dispepsia y distensión abdominal. La gravedad sintomática se valoró con una escala de Likert. Se realizó un análisis de regresión logística univariado y multivariado con la prueba ji cuadrada, con intervalos de confianza al 95%, más una comparación de medias para muestras independientes con prueba t de Student.

Resultados: Se estudió a un total de 524 pacientes con edad media de $34,7 \pm 13,2$ y predominio del sexo femenino (65,6%). Se encontró una prevalencia de distensión abdominal de 14% (IC95%, 11-18), dolor epigástrico de 23% (IC95%, 20-27), saciedad temprana de 31% (IC95%, 27-35) y plenitud posprandial de 15% (IC95%, 12-19). En el análisis multivariado se reconoció una relación estadísticamente significativa de distensión abdominal inespecífica con plenitud posprandial ($p = 0,001$; OR, 3,435; IC95%), distensión abdominal total con plenitud posprandial ($p = 0,009$; OR, 2,224; IC95%) y distensión abdominal superior con dolor abdominal ($p = 0,001$; OR, 6,005; IC95%).

Conclusiones: La distensión abdominal se vincula con síntomas dispépticos relacionados con hipersensibilidad visceral, como el dolor epigástrico, y también con síntomas por el retraso del vaciamiento gástrico, como la plenitud posprandial. En consecuencia, tales síntomas podrían compartir mecanismos fisiopatológicos y por ende las mismas opciones terapéuticas. Para demostrar dicha vinculación fisiopatológica son necesarias pruebas de baróstato gástrico y vaciamiento gástrico en estudios posteriores.

Financiamiento: No hubo financiamiento de ningún tipo.

Mar287

LA LONGITUD DEL BAZO SE RELACIONA CON LAS VARICES ESOFAGOGÁSTRICAS

S. A. Vera-Nungaray, I. E. Severino-Ferreras, V. Tinoco-de León, M. I. Torres-Ruiz, C. D. Contreras-Tejeida, D. F. Abendaño-Rivera, E. Altamirano-Castillo, F. Higuera-De la Tijera, S. Camacho-Hernández, Hospital General de México Dr. Eduardo Liceaga

Introducción: Las varices esofagogástricas (GOV1 y2) y gástricas aisladas (IGV1 e IGV2) son consecuencia de alteraciones fisiopatoló-

gicas en pacientes con cirrosis. No se han investigado en fecha reciente las características ultrasonográficas del bazo de pacientes con varices por cirrosis en la población mexicana.

Objetivo: Identificar características ultrasonográficas del bazo relacionadas con varices gástricas y esofagogástricas en pacientes con cirrosis.

Material y métodos: Se reunieron características ultrasonográficas del bazo de 81 pacientes cirróticos ($56,12 \pm 10,65$ [53,8-58,44], 37% mujeres) con GOV1 ($n = 32$), GOV2 ($n = 50$), IGV1 ($n = 12$) e IGV2 ($n = 2$). Los datos expresan el promedio \pm DE e IC95% o porcentajes, según correspondiera. Se usó la prueba t de Student no pareada, con dos colas y un alfa = 0,05.

Resultados: Los pacientes con GOV1 demostraron tener un aumento del tamaño del bazo en milímetros en comparación con los pacientes con GOV2 ($149,48 \pm 28,77$ [139,51-159,45] vs. $147,16 \pm 34,14$ [137,7-156,62], $p = 0,038$) e IGV1 ($149,48 \pm 28,77$ [139,51-159,45] vs. $143,08 \pm 28,27$ [127,08-159,07], $p = 0,0006$).

Conclusiones: Estos resultados sugieren la utilidad del uso de la longitud total del bazo como marcador no invasivo y posible predictor de presencia de varices GOV2 en pacientes con cirrosis. Se requieren estudios posteriores con comparación entre otras enfermedades o sujetos sanos.

Financiamiento: No se recibió financiamiento de ningún tipo.

Mar288

CARACTERIZACIÓN CLÍNICA, ENDOSCÓPICA E HISTOLÓGICA EN PACIENTES HOSPITALIZADOS CON ADENOCARCINOMA GÁSTRICO EN EL SERVICIO DE GASTROENTEROLOGÍA DEL HOSPITAL GENERAL DE MÉXICO DR. EDUARDO LICEAGA

L. A. Torrez-Arias, C. S. Tinitana-Jumbo, K. Cazarín-Chávez, Y. M. Velasco-Santiago, F. Higuera-de la Tijera, Hospital General de México Dr. Eduardo Liceaga

Introducción: El cáncer gástrico es todavía la tercera causa de muerte por cáncer en todo el mundo con una variabilidad en la incidencia, mucho mayor en el continente asiático. México se considera un país de prevalencia intermedia (cerca de 10 casos por 100.000 habitantes) y afecta por lo general a personas de edad avanzada; la edad al diagnóstico promedio es de 65 años y es resultado de lesiones premalignas; se presenta más a menudo en los estadios III y IV, con una supervivencia a cinco años del 31% que depende sobre todo de la etapa al momento del diagnóstico, por lo que la detección oportuna es importante.

Objetivo: Describir las características clínicas, endoscópicas e histológicas en pacientes con diagnóstico de adenocarcinoma gástrico en el servicio de gastroenterología del Hospital General de México.

Material y métodos: Estudio observacional, transversal, descriptivo y de tipo serie de casos, durante el periodo de enero de 2022 a junio de 2023, que incluyó a pacientes hospitalizados en quienes se confirmó el diagnóstico de adenocarcinoma gástrico en el servicio de gastroenterología del Hospital General de México Dr. Eduardo Liceaga. Se recabaron antecedentes, cuadro clínico, informe endoscópico e histopatológico. Para resumir variables cualitativas se utilizaron frecuencias y porcentajes y para las cuantitativas media y desviación estándar.

Resultados: Se incluyó a 28 pacientes, la mayoría hombres (64,3%), con una edad media de $56,2 \pm 12$ años. De ellos, 17 (60,7%) tenían antecedente de consumo de alcohol y sólo uno antecedente familiar de cáncer gástrico. El tiempo de retraso en el diagnóstico fue hasta de tres años (intervalo, 2-6 años) desde el comienzo de los síntomas iniciales, el más frecuente de los cuales fue la dispepsia

Tabla 1. Características clínicas, endoscópicas e histológicas. (Mar288)

	Porcentaje	
Género		
Hombres	18	64,3
Mujeres	10	25,7
Edad		
Media + DE	56,2 ± 12	
Intervalo	28-75	
< 39	3	10,7
40-59	11	39,3
60-79	14	50
AHF		
Tabaco	12	42,9
Alcohol	17	60,7
IMC	21,93	
Tiempo de evolución		
1 año	4	14,3
2 años	8	28,6
3 años o más	16	57,1
Síntomas principales al inicio		
Dolor abdominal	15	53,6
Hemorragia gastrointestinal	0	0
Dispepsia	13	46,4
Motivo de hospitalización		
Dolor abdominal	6	21,4
Hemorragia gastrointestinal	17	60,7
Dispepsia	5	17,9
Pérdida de peso		
No	2	7,1
5-10 kg	9	32,1
11-20 kg	10	35,7
Mayor de 20 kg	7	25
Localización endoscópica		
Antro	9	32,1
Cuerpo	17	60,7
Fondo	2	7,1
Clasificación endoscópica		
Borrmann I	1	3,6
Borrmann II	2	7,1
Borrmann III	13	46,4
Borrmann IV	12	42,9
Tipo histológico		
Intestinal	5	17,9
Difuso	19	67,9
Mixto	4	14,3
Grado histológico		
Diferenciado	0	0
Moderadamente diferenciado	8	28,6
Indiferenciado	20	71,4
Estadio TNM		
Estadio I	1	3,6
Estadio II	7	25
Estadio III	6	21,4
Estadio IV	14	50

(60,8%). En la mayor de los casos, el motivo de ingreso fue la hemorragia digestiva alta (60,7%) a nivel de cuerpo, con clasificación de Borrmann III y IV en 46% y 42%, respectivamente, con informe histopatológico de adenocarcinoma en todos los casos. Se clasificaron con los tipos difuso en 67,9%, intestinal en 17,9%, mixto en 14,3%, en anillo de sello en 35% y poco diferenciados en 71,4% (Tabla 1).

Conclusiones: En el centro de los autores, el cáncer gástrico es un motivo de ingreso frecuente, las más de las veces con un retraso diagnóstico hasta de tres años y confundido de forma primaria con dispepsia, que en un elevado porcentaje no la investiga oportunamente el médico que refiere; esto da lugar a identificar la neoplasia en etapas tardías, lo cual contribuye a un peor pronóstico. La detección oportuna es importante para cambiar el curso de la evolución de esta anomalía.

Financiamiento: No se tuvo financiamiento para este estudio.

Mar289

CARACTERIZACIÓN DE LOS HALLAZGOS MANOMÉTRICOS EN ENFERMEDADES SISTÉMICAS EN POBLACIÓN MEXICANA

E. Goudet-Vértiz, Y. Zamorano-Orozco, A. L. De Sales-Iturbe, D. F. Cafaggi-Padilla, A. R. Guzmán-Cárcamo, M. V. Ramos-Gómez, CMN 20 de Noviembre, ISSSTE

Introducción: La manometría de alta resolución (MAR) esofágica evalúa el estado funcional motor del esófago. La clasificación de Chicago V4.0 es la más actual y facilita la interpretación de las topografías de presión obtenidas durante los estudios de MAR.

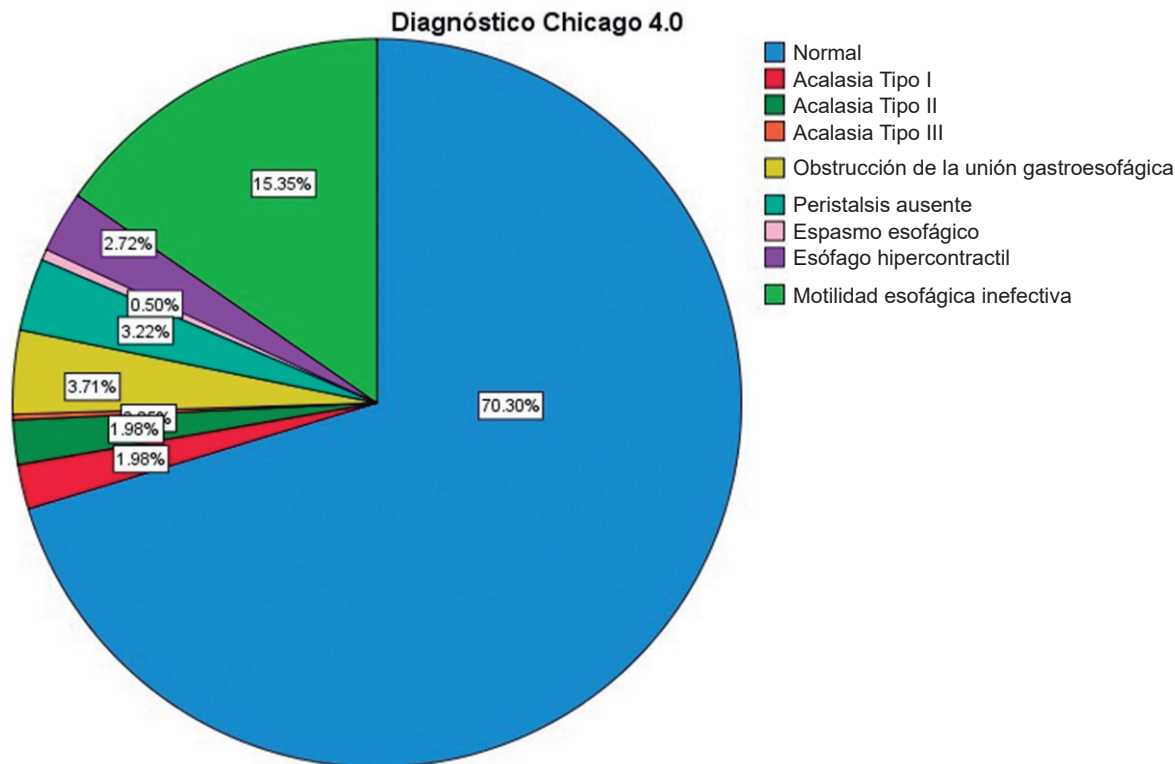
Objetivo: Evaluar los resultados manométricos en pacientes adultos sin afecciones sistémicas, como las enfermedades sistémicas crónico-degenerativas.

Material y métodos: Se realizó un estudio retrospectivo transversal que incluyó una muestra de 404 pacientes sometidos a manometría esofágica en el periodo comprendido entre junio de 2021 y junio de 2023. Las variables categóricas se expresaron como porcentaje en cada categoría. La significación estadística para las diferentes variables categóricas se verificó mediante la prueba χ^2 de Pearson. Las múltiples comparaciones se realizaron con la prueba χ^2 ; para las variables que no cumplían el supuesto de normalidad se utilizó la prueba U de Mann-Whitney para dos muestras independientes. Para este estudio se notificaron sólo las comorbilidades de los pacientes; de las mediciones se informaron sólo la longitud del EEI, IRP, porcentaje de relajación del EEI, longitud del cuerpo esofágico, DCI media, latencia distal, velocidad del frente contráctil, presión intrabolo media y presión basal media del EES, y se estableció el diagnóstico manométrico de acuerdo con el protocolo de Chicago V4.0.

Resultados: Del total de 404 pacientes, el 14,6% tenía diabetes mellitus, 28,2% hipertensión, 5,2% asma o EPOC, 2,2% AR, 0,5% LES, 2,5% esclerosis sistémica, 1% fibromialgia, 11,4% hipotiroidismo, 1,2% alguna neoplasia, 2% cardiopatía, 1,7% trastorno del SNP o autónomo, 1% epilepsia y 2% insuficiencia venosa. En cuanto a las medidas manométricas se encontró que la media para éstas fue de 3,71 cm para la longitud del EEI, 6,4 mmHg de IRP con un mínimo de -18,3 y un máximo de 64, porcentaje de relajación del EEI de 78%, longitud del cuerpo esofágico de 22,97 cm, DCI media de 1993.91 mmHg-s-cm, latencia distal de 8,3 s, velocidad de frente contráctil 2,82 cm/s, 18,1 mmHg de presión intrabolo media, y una presión basal media del EES de 89,9 mmHg. Los resultados de la manometría esofágica de alta resolución se expresaron en porcentaje, tal y como se observan en la Figura 1.

En cuanto a las comparaciones entre grupos se evaluó la posible diferencia entre las distintas comorbilidades y se identificó una diferencia estadísticamente significativa en la longitud del cuerpo esofágico, 22,04 cm contra 23,13 cm ($p = 0,03$), y en la presión intrabolo media,

Figura 1. Gráfica circular que demuestra el porcentaje de los hallazgos manométricos de acuerdo con la clasificación de Chicago V 4.0. (Mar289)



20,9 contra 17,6 mmHg ($p = 0,003$), en pacientes con diabetes respecto de los no diabéticos, al igual que en los pacientes con hipertensión con una longitud del cuerpo de 22,48 contra 23,17 cm en los no hipertensos ($p = 0,010$). En relación con la presión intrabolo media se documentó 19,7 mmHg contra 17,4 mmHg en los no hipertensos ($p = 0,006$); en pacientes con asma y EPOC se registró una diferencia estadísticamente significativa en la porción intraabdominal del EEI, con 1,15 cm contra 1,6 cm en no neumópatas ($p = 0,035$); para la esclerosis sistémica se observó que sí hay diferencia en la presión residual media del EES, con 124,6 mmHg contra 89,04 mmHg en paciente sin esclerosis sistémica ($p = 0,02$).

Conclusiones: La principal comorbilidad en los pacientes sometidos a una MAR son hipertensión arterial sistémica, seguida de diabetes mellitus e hipotiroidismo. Entre los hallazgos manométricos en las comorbilidades existen diferencias en la longitud del cuerpo esofágico y la presión intrabolo en pacientes con diabetes e hipertensión, comparados con la población sana, diferencia en la porción intraabdominal del EEI en pacientes con neumopatías y una mayor presión residual del EES en pacientes con esclerosis sistémica.

Financiamiento: No se recibió financiamiento para la elaboración de este trabajo.

Mar290

CARACTERÍSTICAS EPIDEMIOLÓGICAS Y MANOMÉTRICAS DE PACIENTES MEXICANOS CON DOBLE INCONTINENCIA (DI) EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL DE ATENCIÓN

G. C. Che-Cantún, A. D. Lugo-García, E. I. González-Bravo, M. Y. Munguía-Guizar, S. Herrera-Gómez, UMAE Hospital de Especialidades Puebla, Instituto Mexicano del Seguro Social

Introducción: La DI es la coexistencia de incontinencia urinaria e incontinencia fecal. La prevalencia de DI registrada en el plano mundial se aproxima a 3% a 5% en la población adulta, con un predominio del sexo femenino; en México, la prevalencia de incontinencia dual es de 2,7% en la población femenina, pero en general la prevalencia de la incontinencia fecal aislada es mayor (7%-18%). En Puebla no existen informes sobre la prevalencia de DI en relación con hallazgos manométricos, por lo que se consideró importante conducir este estudio.

Objetivo: Determinar las características epidemiológicas y manométricas de pacientes mexicanos con DI.

Material y métodos: Se incluyó a pacientes con incontinencia fecal atendidos en el laboratorio de motilidad de la UMAE Puebla y sometidos a manometría anorrectal de alta resolución (InSIGHT, Diversatek) en el periodo de 2018 a 2023. Tipo de estudio: descriptivo, transversal, retrospectivo y observacional. Variables analizadas: edad, género, comorbilidades, antecedentes quirúrgicos y gineco-obstétricos, gravedad de la incontinencia y resultados de manometría anorrectal. Análisis estadístico: los resultados se analizaron con medidas de frecuencia central y relativas, media, promedio y desviación estándar.

Resultados: Se incluyó a 129 pacientes, de los cuales 102 (79,1%) eran mujeres y 27 (20,9%) hombres. La prevalencia de DI fue de 38,8% (50/129), con una prevalencia en mujeres de 32,6% y en hombres de 6,2%. La edad promedio fue de $59,7 \pm 13,1$ años (25 y 85 años). La comorbilidad más identificada fue la diabetes mellitus de tipo 2 (38,8%). En hombres con DI ($n = 8$) se reconoció la cirugía anorrectal en 37,5% (3/8). En las mujeres, 45,2% (19/42) tuvo cirugías anorrectales, 47,6% (20/42) histerectomía abdominal, 85,7% (36/42) era de multiparas y 50% (21/42) había sufrido partos traumáticos. En cuanto a la gravedad de la incontinencia, en hombres fue moderada en el 62,5% (5/8) y en las mujeres en el 50% (21/42). En el tipo de incontinencia se identificó urgencia en hombres en 62,5% (5/8) y en mujeres en 66,7% (28/42). En los hallazgos manométricos se encontró en los hombres hipotensión anal en el 87,5%

(7/8) e hipocontractilidad en el 37,5% (3/8) e hipersensibilidad rectal en el 75% (6/8). En las mujeres se observó hipotensión anal en un 69% (29/42), hipocontractilidad en el 54,8% (23/42) e hipersensibilidad rectal en el 90,5% (38/42). El promedio de presión de reposo en hombres fue de $27,2 \pm 25,4$ (0-81) y en mujeres de $25,7 \pm 17,9$ (0-71,3). El promedio de contracción voluntaria en hombres fue de $143,5 \pm 105,6$ (26-317,6) y en mujeres de $82,15 \pm 50,6$ (0-207) (Tabla 1).

Tabla 1. Resultados de características epidemiológicas y manométricas de pacientes mexicanos con doble incontinencia. (Mar290)

Doble incontinencia (n = 50)	Mujeres (n = 42)	Hombres (n = 8)
Edad	60,87 \pm 12,35 (30-85)	55,59 \pm 15,3 (25-79)
Cirugías anorrectales más frecuentes	45,2% (19/42)	37,5% (3/8)
Hemoroidectomía	21,42% (9/42)	37,5% (3/8)
Fistulectomía	16,6% (7/42)	0
Histerectomía	54,7 (23/42)	
Abdominal	47,6% (20/42)	NA
Vaginal	7,1% (3/42)	
Partos traumáticos	50%	
Uso de fórceps	9,5% (4/42)	
Desgarros	23,8% (10/42)	NA
Episiotomía	16,7% (7/42)	
Gravedad de incontinencia		
Leve	23,8% (10/42)	25% (2/8)
Moderada	50% (21/42)	62,5% (5/8)
Grave	26,2% (11/42)	12,5% (1/8)
Tipo de incontinencia		
Urgencia	66,7% (28/42)	62,5% (5/8)
Pasiva	26,2% (11/42)	37,5% (3/8)
Manometría anorrectal		
Tono		
Normotensión	31% (13/42)	12,5% (1/8)
Hipotensión	69% (29/42)	87,5% (7/8)
Contractilidad		
Sin alteración	45,2% (19/42)	62,5% (5/8)
Hipocontractilidad	54,8% (23/42)	37,5% (3/8)
Maniobra defecatoria		
Sin alteración	83,3% (35/42)	75% (6/8)
Disinergia	2,4% (1/42)	12,5% (1/8)
Pobre propulsión	11,9% (5/42)	12,5% (1/8)
Sensibilidad		
Sin alteración	2,4% (1/42)	0
Hiposensibilidad	7,1% (3/42)	25% (2/8)
Hipersensibilidad	90,5% (38/42)	75% (6/8)
Promedio presión reposo	25,7 \pm 17,9 (0-71,3)	27,2 \pm 25,4 (0-81)
Promedio contracción voluntaria	82,15 \pm 50,6 (0-207)	143,5 \pm 105,6 (26-317,6)

Conclusiones: En este estudio se demuestra que las características epidemiológicas más reconocidas en DI coinciden con lo notificado en la bibliografía mundial, con predominio en mujeres con antecedentes ginecoobstétricos (multiparidad, histerectomía y partos traumáticos). En cuanto al patrón manométrico, lo más frecuente fue la hipotensión anal con contractilidad normal e hipersensibilidad rectal en más de la

mitad de la población estudiada. La prevalencia de DI es mayor a la informada en las publicaciones médicas, lo cual puede explicarse porque se trata de un estudio unicéntrico en un hospital de referencia de tercer nivel, lo cual es una limitante de este estudio.

Financiamiento: No se recibió financiamiento de ningún tipo.

Mar291

HALLAZGOS POR MANOMETRÍA DE ALTA RESOLUCIÓN EN PACIENTES POSOPERADOS DE FUNDUPPLICATURA

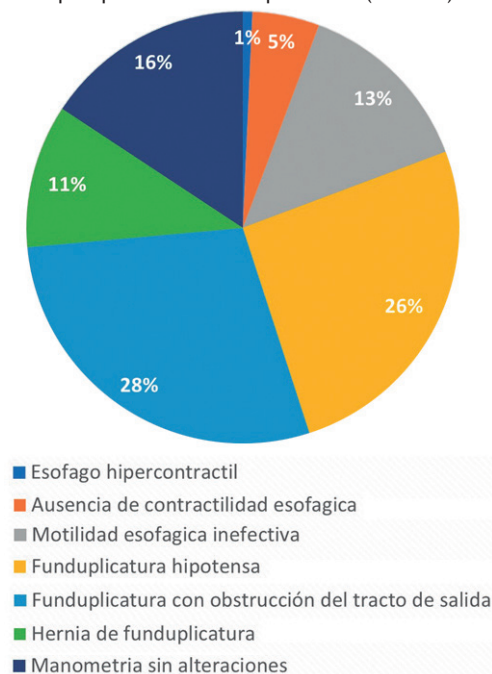
C. J. Toranzo-González, A. Torres-Castro, M. Soto-Villalpando, S. Zavala-Villegas, C. A. Munguía-Lares, J. I. Carrillo-Rojas, I. A. Borunda-Sáenz, D. Torres-Rubi, F. D. García-García, Hospital de Especialidades CMNR La Raza, IMSS

Introducción: En la actualidad no existe una definición regular de las complicaciones posquirúrgicas de una funduplicatura, pero se ha descrito una incidencia de síntomas nuevos, persistentes y recurrentes de 2% a 20%. Las causas son múltiples, entre ellas fallas de la técnica quirúrgica y mala selección de los pacientes. Las complicaciones pueden dividirse en tempranas: disfagia posoperatoria, neumotórax, enfisema, rotura de la funduplicatura o perforación. Las manifestaciones tardías incluyen síndrome de distensión por gas, aerofagia, retraso del vaciamiento gástrico. La principal complicación temprana es la disfagia, que tiene al menos tres alteraciones estructurales bien definidas: desplazamiento de la funduplicatura, laxitud de la plastia y obstrucción del tracto de salida de la UEG.

Objetivo: Describir los principales hallazgos por manometría de alta resolución en pacientes con funduplicatura atendidos en el laboratorio de fisiología gastrointestinal del servicio de endoscopia del CMN La Raza.

Material y métodos: Se incluyó a los pacientes atendidos en el laboratorio de fisiología gastrointestinal del servicio de endoscopia en el periodo de marzo de 2021 a junio de 2023, enviados por cualquier motivo con antecedente de funduplicatura.

Figura 1. Principales hallazgos por manometría de alta resolución en pacientes posoperados de funduplicatura. (Mar291)



Resultados: Se analizaron 140 manometrías de alta resolución practicadas en el hospital de especialidades de CMN La Raza. Se observó que el 46% tenía una funduplicatura normotensa, el 29% signos de obstrucción del tracto de salida de la unión esofagagástrica, 26% funduplicatura hipotensa, 14% motilidad esofágica inefectiva, 11% desplazamiento de la funduplicatura, 5% ausencia de contractilidad y 1% esófago hipercontráctil (Fig. 1).

Conclusiones: La principal alteración registrada por manometría de alta resolución en la población de estudio fue la obstrucción del tracto de salida de la unión esofagagástrica, en segundo lugar laxitud de la plastia y en tercer lugar el desplazamiento de ésta.

Financiamiento: No se contó con financiamiento alguno.

Mar292

PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DEL CÁNCER DE COLON Y RECTO EN POBLACIÓN GUANAJUATENSE: ¿JUSTIFICA UNA INTERVENCIÓN PREVENTIVA EFECTIVA?

G. Chávez-Saavedra, N. J. Fernández-Pérez, M. Gómez-Nájera. B. Gallo-Arriaga, A. Espinosa-Hinojosa, C. Hidalgo-Valadez, Departamento de Medicina y Nutrición, Universidad de Guanajuato

Introducción: El cáncer colorrectal (CCR) representa hoy en día un problema de salud pública debido a su morbimortalidad mundial. México figura en el grupo de países en los que el comportamiento epidemiológico muestra un claro crecimiento de su incidencia y mortalidad. **Objetivo:** Establecer el perfil epidemiológico del CCR a partir de los factores de riesgo modificables y no modificables de pacientes con diagnóstico confirmado, en población de un hospital de segundo y tercer niveles en Guanajuato.

Material y métodos: Estudio que incluyó los expedientes de pacientes con CCR, diagnosticados entre enero de 2016 y diciembre de 2020, en el Hospital General No. 58 y en la Unidad Médica de Alta Especialidad T1 Bajío del IMSS en León, Guanajuato. A partir de ellos se realizó un registro de los factores de riesgo modificables y no modificables para CCR. El levantamiento de la información se realizó de diciembre de 2020 a diciembre de 2021.

Resultados: En los 240 expedientes incluidos, la incidencia fue similar en menores y mayores de 65 años, y en menores de 50 años alcanzó 10%. La relación mujer y hombre fue de 1,2:1 y el nivel socioeconómico predominante resultó muy bajo. La distribución predomina en el colon proximal y recto para el sexo femenino y en el colon distal para el masculino. Los factores de riesgo no modificables sólo se encontraron en el 10%. Apenas 10% contaba con colonoscopia previa. El incremento de la incidencia se explicaría sobre todo por ciertos factores de riesgo modificables: obesidad (45%), sobrepeso (55%) y falta de actividad física (95%). Otros factores importantes fueron el consumo de más de 100 g al día de carne roja o procesada en el 43,75% y el consumo de menos de 400 g de frutas y vegetales al día en 54,16% de los casos. El grupo de riesgo promedio representó el 89,16% y el de riesgo medio el 10,83%.

El aumento de la incidencia del CCR y el refinamiento en el conocimiento de la influencia de factores de riesgo modificables justifican una intervención. El escrutinio sistemático en población de riesgo promedio (que concentra la gran mayoría de los factores de riesgo modificables) y la modificación de factores pueden ser difíciles de alcanzar. La experiencia en otros países ha mostrado que los programas de escrutinio aplicados a población de alto riesgo son útiles para atenuar la incidencia y la mortalidad.

Conclusiones: Se justifica una intervención preventiva para CCR debido a que los factores de riesgo modificables tienen una elevada frecuencia y los no modificables y protectores una baja frecuencia.

La intervención, que incluye modificación de factores o escrutinio, se enfocaría en la población de riesgo promedio debido a que concentra la mayor parte de los casos.

Financiamiento: No se recibió financiamiento de ningún tipo.

Mar293

EFECTO DE LA PIRFENIDONA ORAL EN LA CICATRIZACIÓN DE ANASTOMOSIS DE COLON Y LA FORMACIÓN DE ADHERENCIAS EN RATAS

J. A. Tavares-Ortega, S. Betancourt-Vicencio, M. R. Prieto-Aldape, G. Cervantes-Guevara, J. A. Flores-Prado, J. M. Chejfec-Ciociano, G. Delgado-Hernández, C. Fuentes-Orozco, A. González-Ojeda, Instituto Mexicano del Seguro Social

Introducción: Los estudios experimentales han revisado los fármacos administrados para mejorar la cicatrización de las anastomosis intestinales. Los análogos sintéticos de la prostaciclina, los inmunosupresores, y la oxigenoterapia hiperbárica han dado resultados en modelos de bajo riesgo de dehiscencia. La pirfenidona (PFD), un fármaco antifibrosante de uso común, no ha demostrado eficacia para este fin.

Objetivo: Evaluar los efectos de la PFD en la cicatrización de la anastomosis y la génesis de adherencias en un modelo de rata de bajo riesgo de dehiscencia de anastomosis colónica.

Material y métodos: Se realizó un estudio experimental en 40 ratas Wistar sanas asignadas aleatoriamente al grupo control o grupo experimental de PFD (20 ratas cada grupo). La anastomosis de colon se realizó 3 cm por encima del reflejo peritoneal. La resistencia mecánica se estudió al medir la presión de ruptura. Las adherencias se evaluaron de forma macroscópica e histológica. Los animales recibieron la primera dosis de PFD 12 h después de la cirugía a dosis de 500 mg/kg un día, durante cinco días consecutivos. El sexto día se reintervinieron los animales para cuantificar la presión de ruptura *in situ* y las adherencias de forma macroscópica y realizar su análisis histológico.

Resultados: No hubo muertes ni dehiscencia de la anastomosis. La presión media de ruptura fue de 120,8 DE 11 mmHg y 135,5 DE 12,4 en los grupos, respectivamente ($p < 0,001$). Las adherencias eran menos densas y tenían menos infiltración celular inflamatoria en el grupo de PFD ($p < 0,02$ y $0,002$, respectivamente). El contenido de colágeno fue ligeramente superior en el grupo de PFD ($p = 0,04$).

Conclusiones: Los resultados revelaron efectos favorables de la PFD en anastomosis de bajo riesgo, la presión de rotura fue mayor y las adherencias macroscópicas fueron blandas y mostraron menos infiltración inflamatoria y mayor contenido de colágeno en el grupo de PFD respecto del grupo de control.

Financiamiento: Este trabajo no contó con financiamiento.

Mar294

EFECTO DE LA ADMINISTRACIÓN ORAL DE PRAVASTATINA EN LA FORMACIÓN DE ADHERENCIAS: UN MODELO EXPERIMENTAL EN RATAS

N. E. López-Bernal, G. Delgado-Hernández, J. A. Tavares-Ortega, R. A. Ramírez-Aguado, E. Cervantes-Pérez, G. Cervantes-Guevara, C. Fuentes-Orozco, A. González-Ojeda, J. P. Ramírez-Contreras, Instituto Mexicano del Seguro Social

Introducción: Las estatinas han demostrado tener un efecto antifibrosante pleiotrófico, en especial en la fibrosis de la pared intestinal.

Algunos estudios en animales han mostrado esta particularidad con la administración tóxica de las estatinas en la disminución de adherencias posoperatorias.

Objetivo: Analizar el efecto de la administración oral de la pravastatina en la formación de adherencias en un modelo de abrasión peritoneal con cuerpos extraños en contacto con las vísceras intraabdominales en ratas.

Material y métodos: Estudio experimental en ratas Sprague-Dawley de 300 a 350 g de peso sometidas a un modelo de formación de abrasión peritoneal. Se incluyeron 20 ratas en el grupo de estudio que recibieron por vía oral pravastatina (2,5 mg/kg/día por 7 días) o 20 animales a los que se administró de agua pura. Al octavo día se reintervinieron quirúrgicamente para realizar evaluación macroscópica de las adherencias de acuerdo con la escala de Knightly y de modo microscópico con la escala de Zühkle, así como el infiltrado celular. El análisis estadístico se realizó con prueba U de Mann-Whitney.

Resultados: El peso promedio de las ratas del grupo de estudio fue de $325,25 \pm 11,8$ y $327,1 \pm 12,9$ sin diferencia significativa ($p = 0,64$). No hubo complicaciones ni mortalidad operatoria. La clasificación macroscópica de Knightly mostró cifras promedio de 11,5 y 29,5 ($p < 0,001$) y la microscópica cifras promedio de 16,7 y 24,33 ($p = 0,03$) en el grupo de estudio y el control, respectivamente. El infiltrado inflamatorio fue menos intenso en los animales que recibieron la pravastatina con cifras promedio de 16,23 para neutrófilos y de 16,20 para monocitos en comparación con 24,7 y 24,82 para el grupo control ($p = 0,02$ y $p = 0,01$).

Conclusiones: La formación de adherencia fue menos intensa en los animales que recibieron la estatina, así como también lo fue el infiltrado inflamatorio.

Financiamiento: Este trabajo careció de financiamiento.

Mar295

EFFECTOS DE ZAFIRLUKAST ORAL, SILDENAFILO O PIRFENIDONA EN LA FORMACIÓN DE ADHERENCIAS INTRAABDOMINALES POSQUIRÚRGICAS EN UN MODELO EXPERIMENTAL EN RATAS

J. A. Tavares-Ortega, R. Agredano-Jiménez, E. A. Reyes-Elizalde, G. Cervantes-Guevara, S. J. Vázquez-Sánchez, N. G. Barrera-López, G. Delgado-Hernández, C. Fuentes-Orozco, A. González-Ojeda, Instituto Mexicano del Seguro Social

Introducción: Las adherencias peritoneales son una consecuencia inevitable de la cirugía abdominal o de mínima invasión. Después de una operación, 53% de los pacientes desarrolla adherencias y de éstos el 14% sufre obstrucción a los dos años y el 2,6% requiere adherenciólisis. La complicación más peligrosa es la oclusión intestinal con estrangulamiento en el 30% de los casos; las recurrencias posteriores aparecen en 11% a 25%. La gestión actual se centra en las barreras mecánicas y quirúrgicas; los fibrinolíticos mediados por fármacos han ganado aceptación, sobre todo porque se administran de forma segura.

Objetivo: Evaluar el efecto de la administración oral de zafirlukast, sildenafil y pirfenidona en la formación de adherencias intraabdominales posquirúrgicas en un modelo experimental en ratas.

Material y métodos: Estudio experimental en ratas para el que se utilizaron cuatro grupos, cada uno de 10 ratas Wistar macho que pesaban entre 250 y 300 g: grupo A (control, sin tratamiento), B (zafirlukast), C (sildenafil), D (pirfenidona). Mediante laparotomía media se extirpó un área de $1,5 \times 1,5$ cm y se reconstruyó con malla de polipropileno fijada a la pared abdominal. Después de 12 horas se administraron dosis orales de zafirlukast (1,25 mg/kg, grupo B), sildenafil

(15 mg/kg, grupo C) o pirfenidona (500 mg/kg, grupo D) diariamente durante ocho días. El día 9 se reintervino a los animales. El implante se reseco después de una eutanasia éticamente aprobada y las muestras se fijaron en formaldehído al 10% para histopatología.

Resultados: Se operaron 40 ratas sin ninguna mortalidad. El tiempo quirúrgico fue de 20 minutos + 2 minutos + 4 + 1 minutos de exposición iónica y visceral intraabdominal al medio ambiente; después se cubrió con malla y se cerró. En la reoperación, el daño estaba adherido a la malla en grados variables. El grupo A tuvo una extensión del 100%, incluidos epiplón e hígado, así como adherencias laxas y firmes hacia intestino delgado. El grupo B tuvo adherencias firmes que afectaron hígado, intestino y estómago. El grupo C y D tuvieron adherencias firmes hacia la malla y menor cohesión, vascularidad y extensión a órganos que los grupos A y B. Según la escala de Zuhlke, los grupos A, B y C tuvieron tejido conectivo con menor cantidad de células, capilares y células inflamatorias. En la clasificación de Ehrlich y Hunt, el grupo D tuvo menor fibrosis, depósitos de colágena y densidad de infiltrado de células ($p = 0,001$). En la escala de Kanbour-Shakir *et al.*, el grupo D mostró menor fibrosis, proliferación vascular, células gigantes y ocasionales plasmocitos respecto del grupo A.

Conclusiones: El reemplazo de la pared con malla es un modelo muy radical para inducir la formación de adherencias. La administración oral de estos tres fármacos no evitó la formación intraabdominal de adherencias posquirúrgicas, pero sí la redujo. En virtud de la diversidad de acciones terapéuticas, la pirfenidona parece ofrecer el mejor efecto terapéutico. Es deseable realizar estudios en seres humanos para identificar algún papel en la prevención de episodios clínicamente relevantes consecutivos a bridas y adherencias.

Financiamiento: No se recibió financiamiento de ningún tipo.

Mar296

CORRELACIÓN DE LOS ÍNDICES HEMATOLÓGICOS IPL E INL CON LA GRAVEDAD Y EL PRONÓSTICO DE LA ENFERMEDAD DIVERTICULAR COMPLICADA

A. Vela-Torres, R. R. Sánchez-Rosado, S. K. Dosal-Limón, G. Ramírez-García, G. J. Maya-Vacio, B. Jiménez-Bobadilla, J. L. De León-Rendón, Hospital General de México Dr. Eduardo Liceaga

Introducción: La enfermedad diverticular (ED) es una afección común del tracto gastrointestinal que puede tener complicaciones graves que requieren intervención quirúrgica. Actualmente existe un interés creciente en identificar biomarcadores que predigan la gravedad de la enfermedad diverticular complicada, permitan una intervención temprana y mejoren los resultados a largo plazo. En este contexto, los índices hematológicos, como el IPL (índice plaquetas-linfocitos) e INL (índice neutrófilos-linfocitos), han surgido como posibles marcadores pronósticos prometedores en diferentes enfermedades infecciosas e inflamatorias.

Objetivo: Correlacionar la utilidad de los índices hematológicos IPL e INL como marcadores pronósticos en pacientes con enfermedad diverticular complicada.

Material y métodos: Se realizó un estudio transversal, relacional y analítico en el que se incluyó a 58 pacientes con el diagnóstico de ED atendidos en el Hospital General de México en el periodo de marzo de 2022 a marzo de 2023 de. De cada uno de los pacientes se registraron características clínicas y demográficas, comorbilidades, gravedad de la enfermedad por la escala de Hinchey y tratamiento recibido. Además, se analizaron parámetros bioquímicos, incluido el recuento de linfocitos, neutrófilos y plaquetas. Se calcularon los índices neutrófilos-linfocitos (INL) y plaquetas-linfocitos (IPL). Los datos se analizaron mediante el paquete estadístico SPSS versión 25

y se utilizó estadística descriptiva para obtener medidas de tendencia central y distribución de frecuencias. Las comparaciones de las variables categóricas se realizaron con la prueba ji cuadrada y las cuantitativas con las pruebas de U de Mann-Whitney o t de Student, según fuera la distribución de las variables. Las correlaciones se determinaron mediante la prueba R de Spearman. Se llevó a cabo un análisis ROC para establecer puntos de corte y exactitud diagnóstica. Se crearon tablas de contingencia de 2 x 2 para el cálculo de la razones de momios. El valor de p se consideró significativo cuando fue < 0,05.

Resultados: Las características clínicas y demográficas de los pacientes con ED se muestran en la **Tabla 1**. Al analizar los datos, se observan diferencias estadísticas entre los pacientes con enfermedad diverticular complicada en comparación con los de enfermedad diverticular (ED) no complicada en el recuento plaquetario, linfocitos y neutrófilos totales ($p \leq 0,05$). Se reconoció una correlación positiva con el INL ($r = 0,38$; $p \leq 0,001$) y el IPL ($r = 0,35$; $p \leq 0,001$), y la gravedad de la enfermedad medida mediante la escala de Hinchey. De la misma manera, se identificó un punto de corte para INL de 10 (sensibilidad de 100% y especificidad de 74%) y para el IPL de 219 (sensibilidad de 100% y especificidad de 71%) para diferenciar entre una ED complicada y una no complicada. El INL > 10 (OR, 2,22; IC95%, 1,12-4,37; $p = 0,02$) y el IPL > 219 (OR, 2,12; IC95%, 1,02-4,39; $p = 0,03$) representan un factor de riesgo para ED complicada.

Tabla 1. Características clínicas y demográficas de los pacientes con enfermedad diverticular (n = 58). (Mar296)

Género, n (%)	
Masculino	29 (50)
Femenino	29 (50)
Edad, x ± DE	
	58,5 ± 12,2
Comorbilidades, n (%)	
	40 (69)
Gravedad por Hinchey, n (%)	
I	38 (65,5)
II	15 (25,9)
III	2 (3,4)
IV	2 (3,4)
Tratamiento, n (%)	
Conservador	27 (46,6)
Drenaje percutáneo	11 (19)
Procedimiento de Hartmann	11 (19)
Resección y anastomosis	7(12,1)
Drenaje laparoscópico	2 (3,4)
Muertes	
	2 (3,4)
Parámetros bioquímicos	
Linfocitos	1,51 ± 0,78
Neutrófilos	8,5 ± 5,1
Plaquetas	255 ± 79
INL*	4,6 (3,04-12,20)
IPL*	177,17 (123,70-273,14)

*Los valores se expresan en medianas y rangos intercuartílicos.

Conclusiones: Los índices hematológicos INL e IPL pueden utilizarse como marcadores pronósticos en pacientes con enfermedad diverticular complicada. Estos índices proporcionan información adicional para evaluar la gravedad de la enfermedad y pueden ayudar a tomar decisiones clínicas, de tal modo que sea posible una intervención quirúrgica temprana en los pacientes con mayor riesgo de complicaciones.

Financiamiento: Sin financiamiento.

Mar297

DEFICIENCIA DE VITAMINA D EN PACIENTES MEXICANOS CON SÍNDROME DE INTESTINO IRRITABLE

D. F. Abendaño-Rivera, A. Servín-Caamaño, Y. M. Velasco-Santiago, M. Motola-Kuba, P. Diego-Salazar, Y. G. Céspedes-Saballos, Hospital General de México Dr. Eduardo Liceaga

Introducción: El síndrome del intestino irritable (SII) es un trastorno crónico que se caracteriza por dolor abdominal recurrente y cambios en la frecuencia o forma de las heces. La vitamina D es una hormona esteroide liposoluble que desempeña un papel crucial en numerosos mecanismos celulares, incluidos los trastornos inflamatorios del intestino; es esencial para mantener la integridad de la barrera epitelial en el intestino, lo que contribuye a su correcto funcionamiento. En el estudio de Khayyat *et al.* se notificó una mayor proporción de pacientes con SII y déficit de vitamina D respecto de los controles, por lo que se ha sugerido que su suplementación podría mejorar la gravedad de los síntomas y calidad de vida de los pacientes con SII.

Objetivo: Determinar una posible diferencia entre los valores séricos de vitamina D de un grupo de pacientes con SII en comparación con lo informado en la población mexicana sin SII.

Material y métodos: Estudio de tipo casos y controles, en el cual los casos fueron pacientes con diagnóstico de SII de acuerdo con los criterios de Roma IV atendidos entre enero y diciembre de 2022, que contaban con determinación de cifras séricas de 25-hidroxivitamina D [25(OH)D], considerada normal si el valor era > 30 ng/dL, insuficiente si era 20 a 29,9 ng/dL y deficiente si era < 20 ng/dL. Se excluyó a los pacientes con otras alteraciones que pudieran relacionarse con deficiencia de vitamina D (enfermedad renal crónica con y sin tratamiento sustitutivo de la función renal, hipotiroidismo, osteoporosis, tratada o no). Se tomaron datos de controles históricos obtenidos de la población mexicana sana. Se compararon entre grupos mediante t de Student, U de Mann-Whitney, χ^2 o prueba exacta de Fisher. Para determinar los riesgos se calcularon razón de momios (OR) e intervalos de confianza (IC) al 95%. Se consideró significativo un valor de $p < 0,05$.

Resultados: Se incluyó a 81 pacientes con SII según los criterios de Roma IV, con 64 (79%) mujeres y media de edad de 55 ± 9 años. De acuerdo con el subgrupo de SII, 47 (58%) tenían predominio de diarrea, 25 (30,9%) de estreñimiento y 9 (11,1%) mixto. Respecto de los valores séricos de vitamina D, 45 (55,6%) mostró déficit, 27 (33,3%) insuficiencia y sólo 9 (11,1%) valores normales. Se encontró una diferencia significativa, con mayores déficits de vitamina D en pacientes con SII en comparación con los controles (20,9 ± 7,1 vs. 25,0 ± 6,8 ng/dL, respectivamente; $p < 0,0001$). Véase la **Tabla 1**.

Tabla 1. Diferencia entre valores séricos de vitamina D en pacientes con síndrome de intestino irritable y controles sanos. (Mar297)

Vitamina D sérica	Pacientes con síndrome de intestino irritable n = 81	Controles, n = 250	OR (IC95%)	P
Normal, n (%)	9 (11,1)	53 (21,2)	1,0	< 0,0001
Insuficiente, n (%)	27 (33,3)	144 (57,6)	1,1 (0,5-2,2)	< 0,0001
Deficiente, n (%)	45 (55,6)	53 (21,2)	3,2 (1,7-6,0)	< 0,0001

Conclusiones: Existe una vinculación entre el SII y el déficit de vitamina D; sin embargo, se requieren más estudios para confirmar la relevancia clínica de este hallazgo y determinar si a futuro la complementación con vitamina D podría tener alguna relevancia en estos pacientes.

Financiamiento: No se recibió ningún tipo de financiamiento.

Mar298

PRESENCIA DE ESTREÑIMIENTO EN ADULTOS MAYORES DE 65 AÑOS CON DETERIORO COGNITIVO. ¿EXISTE RELACIÓN?

D. I. Carmona-Guerrero, J. S. Arenas-Martínez, M. F. García-Cedillo, A. Martínez-Luna, R. I. Carmona-Sánchez, A. J. Mimenza-Alvarado, E. Coss-Adame, Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán

Introducción: Existe una elevada prevalencia de estreñimiento en los adultos mayores y se incrementa conforme aumenta la edad. Se ha descrito una correlación entre el estreñimiento y la enfermedad de Parkinson, lo que ha suscitado el interés por determinar si el estreñimiento podría ser un marcador clínico temprano que ayude a predecir el desarrollo de enfermedades neurodegenerativas. Sin embargo, no se conoce por completo la relación de estreñimiento y deterioro cognitivo.

Objetivo: Evaluar la correlación entre el deterioro cognitivo y el estreñimiento en pacientes mayores de 65 años.

Material y métodos: Se encuestó a adultos mayores de 65 años que acudieron a la de geriatría en un centro de tercer nivel de atención en la Ciudad de México. En quienes aceptaron participar se aplicó un cuestionario previamente validado para detectar estreñimiento funcional, con base en los criterios de Roma IV, además del uso de laxantes, supositorios, fibra, actividad física, consumo de agua al día y otros síntomas vinculados. Se revisó en el expediente clínico la valoración geriátrica integral (VGI) para obtener la puntuación del Mini-Examen del Estado Mental (MEEM), y la puntuación registrada de la prueba de depresión de Beck (BDI-2). Estos datos se reunieron en un formulario electrónico. Se determinó una puntuación de MEEM: 30 a 27 como "deterioro cognitivo nulo", 26 a 24 como "deterioro leve", 23 a 10 como "demencia moderada" y < 9 como "demencia grave". La distribución de las variables se analizó con la prueba de Shapiro-Wilk. Para la comparación de variables cuantitativas y cualitativas se utilizaron las pruebas de U de Mann-Whitney y χ^2 , respectivamente. Para la correlación de variables se usó el instrumento de Spearman. Se tomó como p estadísticamente significativa un valor < 0,05.

Resultados: Se evaluó a 70 pacientes que aceptaron participar, de los cuales 20 no contaban con VGI, para integrar una muestra total de 50 pacientes. Se identificó a 25 (50%) pacientes con estreñimiento. No se encontró diferencia significativa en relación con las características demográficas y clínicas entre ambos grupos. La mediana de la puntuación del MEEM entre los pacientes con estreñimiento fue de 24 (RIC 22-26) puntos y sin estreñimiento de 26 (RIC 22-27). Se observó que la puntuación fue menor en los pacientes con estreñimiento en comparación con aquellos sin estreñimiento (24 vs. 26 puntos), lo cual determina "deterioro cognitivo leve", pero sin diferencia significativa entre ambos grupos. Se muestran las características completas en la **Tabla 1**. Al analizar la correlación entre estreñimiento y la puntuación del MEEM se observó una rho de Spearman de 0,056 ($p > 0,05$), y entre estreñimiento y frecuencia de evacuaciones una rho de Pearson de 0,013 ($p > 0,05$).

Conclusiones: No se reconoció una correlación significativa entre estreñimiento y deterioro cognitivo en este grupo de pacientes mayores de 65 años. Esto indica que los procesos neurodegenerativos

Tabla 1. Características de la población encuestada. (Mar298)

Variables	Sin estreñimiento	Estreñimiento	p
Sexo			
Femenino, n (%)	15 (60)	16 (68)	0,76
Edad, años			
Mediana (RIC)	80 (75,0-84,9)	84 (73-88)	0,17
Nivel educativo, escolaridad			
Analfabetos, n (%)	1 (4)	1 (4)	
Primaria, n (%)	10 (40)	11 (44)	
Secundaria, n (%)	3 (12)	1 (4)	0,67
Media superior, n (%)	3 (12)	6 (24)	
Superior, n (%)	8 (32)	6 (24)	
Frecuencia de evacuaciones, número de evacuaciones/día			
Mediana (RIC)	2 (1-3)	1 (1-2)	0,021
Tiempo de estreñimiento, meses/años			
NA, n (%)	25 (100)	NA	
3 meses, n (%)	NA	2 (8)	
3-6 meses, n (%)	NA	1 (4)	< 0,001
6-12 meses, n (%)	NA	3 (12)	
Más de 5 años, n (%)	NA	19 (76)	
Escala de Bristol, tipo de evacuación			
Bristol 1, n (%)	0 (0)	5 (29)	
Bristol 2, n (%)	0 (0)	6 (24)	
Bristol 3, n (%)	1 (4)	9 (36)	
Bristol 4, n (%)	19 (76)	0 (0)	< 0,001
Bristol 5, n (%)	1 (4)	4 (16)	
Bristol 6, n (%)	4 (16)	1 (4)	
Consumo de agua, litros/día			
Mediana (RIC)	1,5 (1-2,0)	1 (1-2)	0,47
Mini-Examen del Estado Mental, máx 30 pts			
Mediana (RIC)	26 (22-27)	24 (22-26)	0,70
Deterioro cognitivo			
Sin deterioro, n (%)	11 (44)	5 (20)	
Leve, n (%)	6 (24)	12 (48)	
Moderado, n (%)	4 (16)	5 (20)	0,21
Grave, n (%)	4 (16)	2 (12)	
Calificación de Beck, máx 63 pts			
Mediana (RIC)	10 (5-18)	12 (5-19)	0,38
Depresión			
Sin depresión, n (%)	16 (64)	16 (64)	
Leve, n (%)	5 (20)	3 (12)	
Moderada, n (%)	4 (16)	2 (8)	0,16
Grave, n (%)	0 (0)	4 (16)	

con efectos en la motoneurona son los que más intervienen en el desarrollo de estreñimiento, que es menor en aquellos que sólo padecen deterioro cognitivo. Se requieren más y mejores estudios para determinar las relaciones de la función gastrointestinal con pacientes con deterioro cognitivo.

Financiamiento: No se recibió financiamiento de ningún tipo.

Mar299

CAPACIDAD PREDICTIVA DE LOS NIVELES DE ANTICUERPOS ANTITRANSGLUTAMINASA IGA PARA IDENTIFICAR ATROFIA DE VELLOSIDADES INTES-TINALES EN PACIENTES CON SOSPECHA DE EN-FERMEDAD CELIACA

A. J. Fernández-Ramírez, D. Aguirre-Villarreal, E. Kauffman-Ortega, P. Rodríguez-García, J. Andrade-Rojas, M. Lara-Salazar, A. Ángeles-Ángeles, L. F. Uscanga-Domínguez, Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán

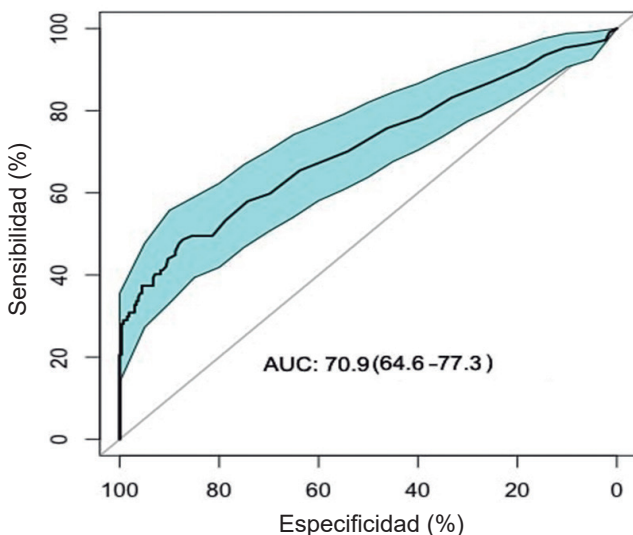
Introducción: La enfermedad celiaca (EC) es una enteropatía autoinmunitaria que se caracteriza por inflamación crónica y atrofia de la mucosa del intestino delgado secundaria a la exposición al gluten. El diagnóstico se establece con serología positiva y biopsia de intestino delgado con hallazgos histológicos consistentes. En fecha reciente se ha cuestionado la necesidad de la biopsia duodenal para enfermos con valores de anticuerpos ≥ 10 veces el límite superior normal (LSN).

Objetivo: Determinar la capacidad predictiva y el rendimiento diagnóstico de un aumento ≥ 10 veces el LSN de los valores séricos de anticuerpos antitransglutaminasa tisular (aTG IgA) para detectar lesiones en el intestino delgado consistentes con EC.

Material y métodos: Se realizó un análisis retrospectivo de pacientes con sospecha de EC en los que se midieron los valores de aTG IgA y endoscopia superior con biopsias duodenales. Se excluyó a pacientes con deficiencia de IgA o aquéllos con expediente incompleto. Se registraron datos demográficos, clínicos y diagnóstico final. Patólogos expertos (JAR y MLS) revisaron todos los casos para aplicar la clasificación de Marsh. Los resultados se analizaron con medidas de frecuencia relativas y centrales para la obtención de porcentajes, media, promedio y desviación estándar. Se realizó un análisis ROC en el que se determinó la relación entre la sensibilidad y la especificidad a diferentes puntos de corte de anticuerpos aTG IgA como predictor de Marsh 3.

Resultados: Se incluyó a 375 pacientes, de los cuales 251 fueron mujeres (67%), con una edad media al diagnóstico de $49,52 \pm 17,15$. Se estableció el diagnóstico de EC en 49 casos (13%). Se identificaron 107 casos con Marsh 3A-3C y de éstos los diagnósticos más comunes fueron enfermedad celiaca (41, 38%), sobrecrecimiento

Figura 1. Curva ROC para predecir atrofia de vellosidades (Marsh 3A-3C). (Mar299)



bacteriano de intestino delgado (21, 20%) y esprúe tropical (13, 12%). La especificidad de los valores ≥ 10 veces el LSN fue de 100% para Marsh 3A-3C (Fig. 1), con sensibilidad de 16,82%, valor predictivo negativo (VPN) de 75% y valor predictivo positivo (VPP) de 100%. Un punto de corte ≥ 5 veces el LSN tuvo especificidad de 99,63% y sensibilidad de 22,43%, un VPN de 76,29% y un VPP de 96,0%. El área bajo la curva (AUC) fue de 70,9 (IC, 64,6-77,3), a un punto de corte óptimo de 3,3 (sensibilidad de 48,6% y especificidad de 87,3%).

Conclusiones: Los valores de aTG IgA > 10 veces el LSN son muy específicos para predecir atrofia de vellosidades consistente con EC, aunque con una baja sensibilidad. Este estudio sugiere que podría determinarse el diagnóstico de EC sin biopsias en pacientes adultos mexicanos con aumento de 10 veces el LSN de aTG IgA.

Financiamiento: No se recibió financiamiento de ningún tipo.

Mar300

REPORTE DE SERIE DE CASOS DE TUBERCULOSIS ABDOMINAL: UNA PATOLOGÍA POLIFACÉTICA

R. A. Gómez-Mendoza, S. Murua-Beltrán Gall, M. Villanueva-Reza, D. Aguilar-Zapata, F. Vázquez-López, L. Rojo-Gutiérrez, J. Lizardi-Cervera, J. Hernández-Calleros, Hospital Médica Sur

Introducción: La tuberculosis abdominal es una entidad poco frecuente, con un amplio espectro de manifestaciones clínicas, por lo que es una anomalía de difícil diagnóstico. La tuberculosis se considera una afección reemergente y la forma abdominal es una de sus manifestaciones extrapulmonares más frecuentes.

Objetivo: Presentar tres casos de tuberculosis abdominal, con manifestaciones clínicas diversas y sitios distintos de presentación, para ejemplificar la heterogeneidad de esta alteración.

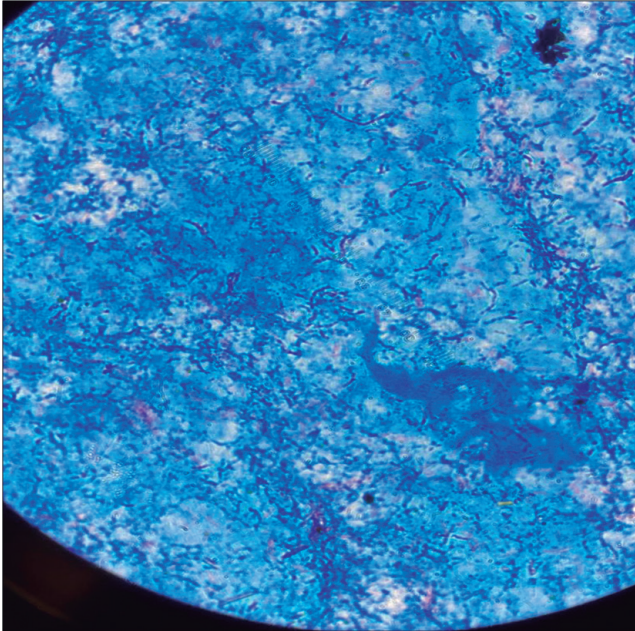
Informe de casos:

Caso 1: Mujer de 49 años con antecedentes de espondilitis anquilosante en tratamiento con adalimumab y tuberculosis latente tratada con isoniazida por nueve meses. Un año después inicia con cuadro de dos semanas de evolución con fiebre vespertina de 39°C , malestar general, astenia y adinamia. Se identificaron anemia normocítica normocrómica, hiperbilirrubinemia a expensas de la directa y patrón colestásico. El ultrasonido abdominal reveló signos de colecistitis aguda. La tomografía delineó un nódulo pulmonar basal derecho (2 cm), con patrón miliar, y hepatoesplenomegalia. Se practicaron laparotomía exploradora, colecistectomía laparoscópica y toma de biopsia hepática, ya que se observaron microabscesos hepáticos y esplénicos. Persistió con alteraciones de las pruebas de función hepática y elevaciones febriles, después de la cirugía y tratamiento anti-biótico. El informe de la anatomía patológica identificó en las tinciones hepatitis granulomatosa relacionada con *Mycobacterium spp.* (Fig. 1). Por lo anterior, se inició esquema antituberculoso.

Caso 2: Hombre de 30 años con antecedente de obesidad y pérdida intencionada de 30 kg. Inició una semana antes de su ingreso con dolor lumbar que se irradiaba al hemiabdomen derecho, de intensidad progresiva hasta EVA 10/10, por lo que acude a urgencias con datos de abdomen agudo. Se registró leucocitosis ($26 \times 10^3/\mu\text{L}$) a expensas de neutrofilia. La tomografía de abdomen reconoce colección en la región retroperitoneal derecha que diseca hasta la región subcostal. Se realizan laparotomía, hemicolectomía derecha e ileostomía terminal, con hallazgos de perforación de colon ascendente y peritonitis. Continuó con aumento de marcadores inflamatorios y fiebre intermitente. En la tinción de Ziehl-Neelsen (ZN) se observaron bacilos acidorresistentes al alcohol y cultivo positivo para *M. tuberculosis* (Fig. 1). Se inició tratamiento antituberculoso.

Caso 3: Mujer de 48 años con antecedente de consumo de alimentos no pasteurizados, DM2 de reciente diagnóstico y cesárea. Inicia

Figura 1. Tinción de Ziehl-Neelsen que muestra bacilos acidorresistentes al alcohol. (Mar300)



el padecimiento actual con dolor abdominal en hipogastrio, pérdida significativa de peso, diaforesis, aumento del perímetro abdominal y sangrado uterino anormal. El ultrasonido identifica líquido de acititis y tumor en útero. En consecuencia se practica una histerectomía total con salpingo-ooforectomía bilateral en la que se reconocen múltiples adherencias en la pared abdominal. En las biopsias se observaron miometrio congestivo e inflamación crónica y granulomatosa. En la tinción de ZN se identificaron bacilos acidorresistentes al alcohol, por lo que se integra el diagnóstico de tuberculosis diseminada y se inicia tratamiento antituberculoso.

Discusión: La tuberculosis abdominal incluye afectación de peritoneo, ganglios linfáticos, órganos sólidos y vísceras huecas. Representa el 5% de todos los casos de tuberculosis mundiales y el principal factor de riesgo para su presentación es la inmunosupresión. Se describieron tres casos con presentaciones clínicas distintas: alteración de las pruebas de función hepática y hepatoesplenomegalia, abdomen agudo y ascitis con sangrado uterino anormal.

Conclusiones: La tuberculosis abdominal es una afección con una amplia variedad de manifestaciones clínicas. La alta sospecha clínica y el abordaje multidisciplinario son esenciales para el diagnóstico adecuado y tratamiento oportuno en estos pacientes.

Financiamiento: No se contó con financiamiento.

Mar301

MICROBIOTA ORAL Y FECAL DE UN BUEN DONADOR MEXICANO: EL PARADIGMA DE LA MICROBIOTA SALUDABLE PARA EL TRASPLANTE FECAL

N. Ortiz-Olvera, E. Fernández-Figueroa, J. Argueta-Donohué, H. Miranda-Ortiz, E. Ruiz-García, Hospital de Especialidades, Centro Médico Nacional Siglo XXI, IMSS

Introducción: A pesar de los numerosos estudios de trasplante de microbiota fecal conducidos, el conocimiento sobre la composición real de una "microbiota saludable" es aún escaso.

Objetivo: Describir las diferencias en la composición de la microbiota oral y fecal de un buen donador mexicano.

Material y métodos: El análisis de la microbiota se realizó mediante secuenciación de siguiente generación de las regiones V3 y V4 del gen bacteriano 16S rRNA.

Resultados: La biodiversidad encontrada en la boca fue muy rica, con 56 especies identificadas y un predominio de los géneros *Veillonella*, *Haemophilus* y *Streptococcus*. Cabe destacar la presencia de *Fusobacterium nucleatum* (2,33%) en la boca. Los géneros *Bacteroides* y *Faecalibacterium* predominaron en las heces; la especie *F. prausnitzii* fue la más abundante.

Conclusiones: Este análisis muestra que la diversidad de la microbiota de un buen donador juega un papel fundamental en la efectividad de su producto en el trasplante de materia fecal. Esto sugiere que los microorganismos intestinales trasplantados tienen la capacidad de mantener o recuperar la salud en un proceso dinámico entre la microbiota y el hospedador. Estos hallazgos deben llevar a realizar más investigaciones y su resultado será el desarrollo de tratamientos bacterianos en enfermedades infecciosas e inflamatorias.

Financiamiento: Este trabajo no recibió financiamiento.

Mar302

CORRELACIONES ENTRE LA MICROBIOTA INTESTINAL Y LOS MACRONUTRIENTES DE LA DIETA EN PACIENTES CIRRÓTICOS POR VHC

C. Pérez-Monter, I. Escalona-Nandez, A. Estanes-Hernández, A. Torre-Delgadillo, L. G. Noriega-López, M. Guevara-Cruz, J. Granados-Arriola, Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán

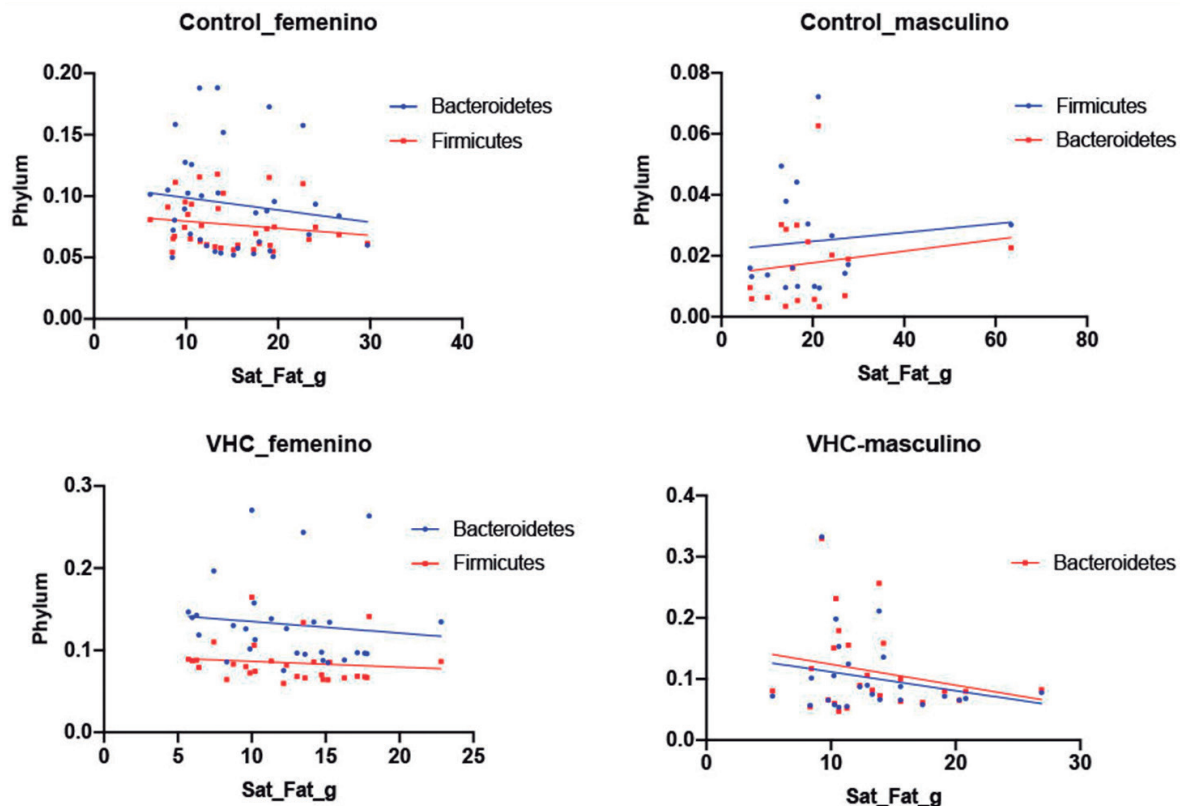
Introducción: La cirrosis hepática modifica la microbiota intestinal y contribuye a la patogenia mediante la producción de metabolitos secundarios derivados de la dieta. Los pacientes cirróticos deben modificar su dieta como parte del tratamiento y eso modifica directamente la producción de dichos metabolitos. Determinar la relación entre la dieta y la microbiota intestinal y la ingestión de alimentos permite mejorar el tratamiento de los pacientes cirróticos.

Objetivo: Establecer las correlaciones existentes entre la microbiota intestinal de pacientes cirróticos y los macronutrientes de su ingestión, en comparación con los de pacientes clínicamente sanos.

Material y métodos: Se incluyó a 58 pacientes cirróticos por virus C y 56 sujetos sanos. Se aplicaron cuestionarios de alimentación de tres días y recordatorios de consumo para precisar el consumo de macronutrientes y micronutrientes. Se colectaron muestras fecales para aislar DNA genómico. Con el uso de los cebadores V3-V4 del gen ribosomal 16S se generó una biblioteca de ampliaciones que se utilizó para secuenciación con la celda de flujo *NextSeq* (Nextera XT, Illumina). Los datos de los cuestionarios de alimentación, así como los recordatorios de 24 horas, se analizaron con el software *Food Processor*, mientras que para los datos de microbiota se usaron *DADA2* y *phyloseq*. Las correlaciones se establecieron mediante las pruebas de Pearson.

Resultados: La diversidad bacteriana alfa (Observed, Chao1 y Shannon) es menor en hombres y mujeres cirróticos comparados con los sujetos control ($p < 0,01$, prueba de Wilcoxon), mientras que la diversidad bacteriana indica que los pacientes cirróticos tienen mayor abundancia del género *Bacteroides*, 25% ($p < 0,01$) y 15% en mujeres y hombres, respectivamente, comparados con sus grupos de control. Por otro lado, el género *Akkermansia* fue menor (1%) en mujeres cirróticas, respecto de las del grupo control (3%). Se observó que los filos *Bacteroidetes* y *Firmicutes* tienen correlaciones positivas con la grasa saturada en el grupo de sujetos sanos masculinos, mientras que en el grupo de cirróticos dicha vinculación es negativa. En contraste, en el grupo de controles y

Figura 1. Correlaciones entre las concentraciones de grasa saturada y la abundancia relativa entre los filos *Firmicutes* y *Bacteroidetes* y la grasa saturada en pacientes cirróticos y controles sanos. La figura muestra las diferencias entre hombres y mujeres en ambas condiciones clínicas. (Mar302)



VHC femenino, dicha correlación fue negativa en ambos grupos (Fig. 1).

Conclusiones: Los pacientes con cirrosis sufren disbiosis significativa respecto de los pacientes control. Además, la abundancia relativa de *Firmicutes* y *Bacteroidetes* se relaciona de forma estrecha con el consumo de grasas saturadas, entre otros macronutrientes.

Financiamiento: No se recibió financiamiento de ningún tipo.

Mar303

EFICACIA DEL TRATAMIENTO CON *BIOFEEDBACK* EN MUJERES CON DISINERGI A DEFECATORIA EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL

C. L. Dorantes-Nava, S. W. Cruz-Torrico, Y. M. Velasco-Santiago, J. A. Villanueva-Herrero, B. Jiménez-Bobadilla, M. Motola-Kuba, F. Higuera-de la Tijera, Hospital General de México Dr. Eduardo Liceaga

Introducción: La disinergia defecatoria (DD) se define como una descoordinación entre los estímulos motores y sensitivos de los músculos rectoanales, abdominales y del piso pélvico que facilitan la defecación. El tratamiento siempre se individualiza y consta de medidas médicas e higiénicas iniciales y, en caso de ser necesario, se emplea el tratamiento de biorretroalimentación; sin embargo, pesar de tener una tasa de 70% a 80% de éxito, existen diversos factores que pueden influir en él.

Objetivo: Describir las características de mujeres con diagnóstico de DD y valorar el éxito del tratamiento con sesiones de retroalimentación, así como identificar factores relacionados con la falla de esa modalidad terapéutica.

Material y métodos: Estudio de cohorte que incluyó a mujeres con disinergia defecatoria de acuerdo con los criterios de Roma IV y Londres, en el periodo comprendido entre enero de 2019 y enero de 2023. Se recabaron datos demográficos y antecedentes personales patológicos y no patológicos, se realizaron sesiones de retroalimentación y se valoró la respuesta al tratamiento mediante entrevista directa. Los datos se resumieron mediante estadística descriptiva y para comparar entre grupos se empleó ji cuadrada. Se consideró significativo un valor de $p < 0,05$.

Resultados: Se incluyó a 54 mujeres con diagnóstico de DD y media de edad de 53 ± 13 años; el tipo más común fue el I en 33 (61,1%), seguido del III en 13 (24,1%), II en 5 (9,3%) y IV en 3 (5,6%). Respecto de los trastornos de sensibilidad anorrectal, 37 (68,5%) tuvieron hiposensibilidad, 12 (22,2%) normal, y 5 (9,3%) hipersensibilidad. Dentro de los antecedentes relevantes, 11 (20,4%) tenían cirugía del piso pélvico previa, 15 (27,8%) tenían partos o abortos previos, y 32 (59,3%) tabaquismo. En todos los casos se llevó a cabo tratamiento con sesiones de retroalimentación y la mediana de sesiones fue de 11 (intervalo, 6-12), con respuesta favorable en 45 (83,3%). De acuerdo con el subtipo de DD, la respuesta favorable tras el tratamiento con sesiones de retroalimentación ocurrió en 28 (84,8%) en el tipo I, 4 (80%) en el tipo II, 10 (76,9%) en el tipo III y 3 (100%) en el tipo IV (Tabla 1). El único factor en la DD de tipo I que se relacionó con falta de respuesta a sesiones de retroalimentación fue la hipersensibilidad anorrectal: hasta 66,7% no respondió en comparación con 16,7% de las que tuvieron hiposensibilidad y 0% de aquéllas con sensibilidad normal ($p = 0,02$).

Conclusiones: La disinergia defecatoria más frecuente es la de tipo I. Las sesiones de retroalimentación son un tratamiento efectivo para la DD en todos los subgrupos, pero la menor respuesta se observa en el tipo III. La hipersensibilidad anorrectal se relaciona con menor tasa de éxito en pacientes con DD de tipo I.

Tabla 1. Distribución y respuesta al tratamiento de acuerdo con el tipo de disinergia defecatoria. (Mar303)

Tipo	Frecuencia	%	Respuesta al tratamiento	%
I	33	61,1	28	84,8
II	13	24,1	4	80
III	5	9,3	10	76,9
IV	3	5,6	3	100

Financiamiento: No se contó con financiamiento.

Mar304

DISINERGIA DEFECATORIA: CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS Y MANOMÉTRICAS EN HOSPITAL DE TERCER NIVEL

C. L. Dorantes-Nava, A. E. Ramírez-Nava, Y. M. Velasco-Santiago, J. A. Villanueva-Herrero, B. Jiménez-Bobadilla, F. Higuera-de la Tijera, M. Y. Carmona-Castillo, S. Teutli-Carrión, E. J. Medina-Ávalos, Hospital General de México

Introducción: La disinergia defecatoria (DD) se define como una descoordinación entre los estímulos motores y sensitivos de los músculos rectoanales, abdominales y del piso pélvico que facilitan la defecación. En la población mexicana, la DD tiene una prevalencia (por síntomas) de 1,3%, con una media de edad de 45 ± 12 años y predominio del sexo femenino, en paciente con un nivel socioeconómico medio, con escolaridad de secundaria y primaria y jubilados. Dentro de las herramientas diagnósticas para esta afección se encuentra la manometría anorrectal de alta resolución (MAR), la cual es todavía uno de los mejores métodos para diagnosticarla, ya que evalúa de forma certera la presión, sensibilidad y distensibilidad. El tratamiento es siempre individualizado y consta en un principio de tratamiento médico y medidas higiénicas, tratamiento de biorretroalimentación o electroestimulación y por último, en caso de pobre respuesta, tratamiento quirúrgico.

Objetivo: Describir las características de la población en un hospital de tercer nivel con diagnóstico de DD y valorar los factores que pueden influir en las decisiones en cuanto al tratamiento.

Material y métodos: Estudio observacional, transversal y retrolectivo en el que se revisaron los expedientes de pacientes con criterios para DD, según los criterios de Roma IV y Londres, en el periodo comprendido entre enero de 2019 y enero de 2023. Se describieron las características y las variables se resumieron mediante estadística descriptiva con uso de mediana y desviación estándar en caso de variables cuantitativas con distribución paramétrica; y mediana y rango intercuartílico para variables cuantitativas con distribución no paramétrica; las variables cualitativas se resumieron mediante proporciones y porcentajes. La estadística analítica consistió en comparaciones mediante prueba de ji cuadrada o exacta de Fisher según fuera apropiado; cálculo de prevalencia de periodo; razón de momios e intervalos de confianza al 95% para determinar factores de riesgo. Se consideró significativo un valor de $p < 0,05$.

Resultados: Se revisaron 510 MAR de pacientes con diagnóstico de estreñimiento y de éstos 141 (27,6%) cumplieron criterios para diagnóstico de DD, 112 (79,4%) fueron mujeres, la media de edad fue de $51,8 \pm 15,8$ años, 32 (22,7%) con tabaquismo positivo; la distribución de acuerdo con el tipo de DD se muestra en la **Tabla 1**. De estos pacientes, 18 (12,8%) tenían afectación anorrectal previa (hemorroides, fisura, fístula, etc.), 28 (19,9%) antecedente de cirugía del piso pélvico, 63 (44,7%) cirugía abdominal previa y 43 (29,8%) tenían partos o abortos.

Cuando se analizaron los factores de riesgo para presentar DD de tipo 3, el único factor con tendencia a la significancia clínica fue ser mujer en 24/112 (21,4%) contra 1/29 (3,4%) (RM, 7,6; IC95%, 1,0-59,0; $p = 0,027$). Cuando se analizaron factores de riesgo para DD de tipo 4 se identificó una relación con enfermedad anorrectal previa en 4/18 (22,2%) en comparación con 6/123 (4,9%) (RM, 5,6; IC95%, 1,4-22,2; $p = 0,024$).

Tabla 1. Distribución de acuerdo con el tipo de disinergia defecatoria. (Mar304)

Tipo	Frecuencia	%
1	95	67,4
2	11	7,8
3	25	17,7
4	10	7,1

Conclusiones: De acuerdo con los resultados obtenidos en la población evaluada se evidencia una mayor prevalencia de DD en comparación con la estadística actual en México (27,6% vs. 1,3%), probablemente debido a que este diagnóstico se basó también en los hallazgos manométricos y no tan sólo en los síntomas.

Es importante recordar que el diagnóstico de DD se enfoca en los síntomas del paciente y no en el hallazgo incidental por MAR; pese a ello, es todavía una excelente herramienta en los pacientes en quienes no han tenido una buena respuesta al tratamiento médico y podrían verse beneficiados del tratamiento de rehabilitación del piso pélvico y mejorar así la calidad de vida de los pacientes.

Financiamiento: Sin algún tipo de financiamiento.

Mar305

EVALUACIÓN DEL SUEÑO EN PACIENTES CON DESÓRDENES DEL EJE CEREBRO-INTESTINO

M. Y. Carmona-Castillo, S. Camacho-Hernández, E. Altamirano-Castillo, F. Higuera-de la Tijera, K. S. Vázquez-Hernández, Hospital General De México Dr. Eduardo Liceaga

Introducción: Los trastornos del eje cerebro-intestino (TECI) pueden afectar de modo negativo la calidad del sueño; a su vez, los trastornos del sueño pueden alterar el sistema digestivo e influir en la aparición o empeoramiento de los síntomas digestivos. Cabe destacar que esta relación es compleja y puede variar en cada individuo.

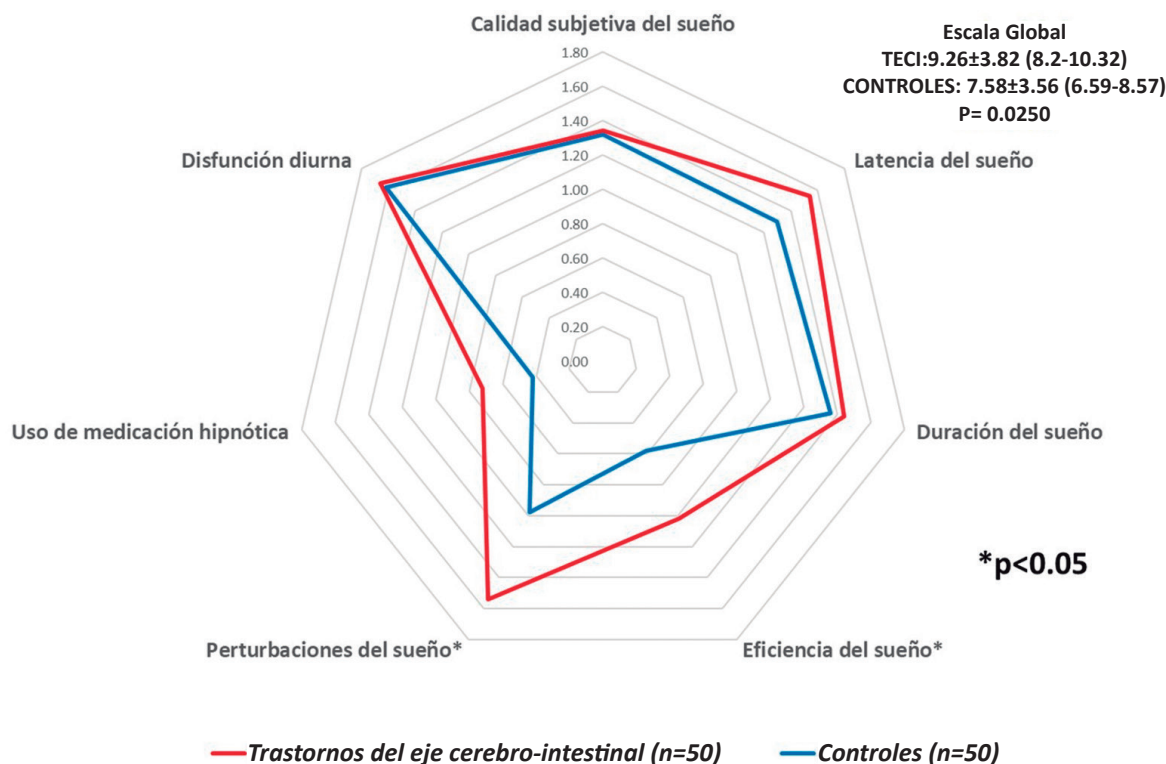
Objetivo: Evaluar la calidad del sueño en pacientes con trastornos del eje cerebro-intestino.

Material y métodos: Se evaluó a 50 pacientes con TECI ($45,52 \pm 12,68$ [42,01-49,03] años, 76% mujeres) pareado con 50 controles ($39,9 \pm 14,54$ [35,87-43,93] años, 60% mujeres). Se utilizó el índice *Pittsburgh Sleep Quality* que evalúa siete dominios relacionados con el sueño. Los datos expresan promedio \pm DE y IC95% o porcentajes según corresponda. Se usaron la prueba t de Student no pareada, con $\alpha = 0,05$.

Resultados: Los TECI fueron síndrome de intestino irritable (66%), seguido de dispepsia funcional (19%), pirosis funcional (5%), diarrea funcional (2%) y estreñimiento funcional (2%). Como se observa en la **Figura 1**, los pacientes con TECI tienen una puntuación mayor en los componentes de eficiencia del sueño habitual y perturbaciones del sueño, lo cual indica deterioro en dichos componentes. La escala global también fue mayor en TECI, lo que indica mayor trastorno por deficiencia y percepción del sueño.

Conclusiones: Estos hallazgos demuestran por primera vez alteraciones en el conectoma cerebral, en el circuito del sueño y en el

Figura 1. Análisis comparativo entre los componentes de PSQI y los trastornos del eje cerebro-intestino. (Mar305)



conectoma intestinal a través de los síntomas de los trastornos del eje cerebro-intestinal, en la población mexicana. Estos hallazgos deben confirmarse con la identificación de circuitos cerebrales e intestinales que justifiquen estas alteraciones concurrentes.

Financiamiento: Sin financiamiento.

Mar306

USO DE NEUROMODULADORES EN LA PRÁCTICA CLÍNICA: RESULTADOS DE UNA ENCUESTA NACIONAL A PROFESIONALES DE LA SALUD DIGESTIVA

L. R. Valdovinos-García, E. Coss-Adame, J. M. Remes-Troche, O. Gómez-Escudero, M. A. Valdovinos-Díaz, Médica Sur

Introducción: Los neuromoduladores han demostrado ser efectivos para el tratamiento de los trastornos de la interacción cerebro-intestino (TICI). La prescripción de estos medicamentos se ve limitada por estigmas del clínico y el paciente, a pesar de su eficacia probada para los TICI. En México no hay estudios sobre el grado de información y patrones de prescripción de los neuromoduladores por los profesionales de la salud digestiva.

Objetivo: Evaluar el grado de información y patrones de prescripción de los neuromoduladores por especialistas de la salud digestiva en México.

Material y métodos: Se elaboró una encuesta sobre definición, indicaciones, prescripción y recomendación de los neuromoduladores disponibles en México. Se envió y contestó por vía electrónica a los socios de las Asociaciones Mexicanas de Gastroenterología (n = 1.662). Se calculó un tamaño de muestra con un nivel de confianza del 95% y un margen de error del 5% para el total de socios de la AMG y se requerían 313 encuestas.

Resultados: La tasa de respuesta fue de 21% (350 encuestas contestadas), 246 (70,3%) de hombres, con edad promedio de 52,9 años (intervalo, 31-91); 59,1% correspondió a gastroenterólogos (G), 13% a cirujanos (C), 12% a endoscopistas, 8,3% a neurogastroenterólogos (NG) y 7,2% a hepatólogos, gastroenterólogos pediatras, internistas y otros. El 99,1% de los encuestados conoce la definición de neuromodulador según los criterios de Roma IV. Un 62% de los encuestados no recibió entrenamiento para el uso de los neuromoduladores en TICI. Respecto del uso de estos fármacos, un 52,9% los usa siempre o frecuentemente en el tratamiento de TICI, el 36,9% algunas veces y el 10,2% rara vez o nunca. La frecuencia del uso de neuromoduladores de acuerdo con TICI fue: síndrome de intestino irritable en 93,14%, seguido de pirosis funcional y esófago hipersensible en 84,5% y dispepsia funcional en 84%. Los fármacos más utilizados son los antidepresivos tricíclicos en 86%, seguidos de los inhibidores selectivos de la recaptura de serotonina en 83,42%. Los encuestados utilizan neuromoduladores en enfermedades no gastrointestinales, como depresión (93,4%), ansiedad (89,71%), fibromialgia (85,71%) y dolor crónico (84,28%). El 81,7% de los encuestados está parcial o totalmente de acuerdo en que los neuromoduladores son seguros y no representan riesgos. Por último, la mayoría de los encuestados (99,71%) considera que los neuromoduladores deben indicarlos el gastroenterólogo y el neurogastroenterólogo. Llama la atención que 58% de los encuestados considera que los cirujanos no deben administrar estos fármacos.

Conclusiones: Los neuromoduladores son conocidos y usados por los clínicos y reconocen su utilidad en los TICI. Se sienten cómodos al administrarlos en el síndrome de intestino irritable y la depresión. Llama la atención que la mayoría de los encuestados no ha recibido entrenamiento apropiado para el uso de esta modalidad terapéutica y que se considere que el cirujano no debe emplearlos. Se requiere mejorar los programas de gastroenterología existentes con aval universitario y los recursos para la indicación de los neuromoduladores.

Financiamiento: Sin financiamiento para el estudio.

Mar307

CORRELACIÓN ENTRE ESCALAS DE SÍNTOMAS ANORRECTALES Y TRASTORNOS DE LA SENSIBILIDAD RECTAL

K. R. García-Zermeño, B. A. Priego-Parra, A. H. Díaz-Crespo, A. Vázquez-Cruz, J. M. Remes-Troche, F. D. García-García, G. Morales-Osorio, Instituto de investigaciones Médico-Biológicas de la Universidad Veracruzana

Introducción: La incontinencia fecal (IF) y el estreñimiento crónico (EC) son dos trastornos de la defecación (TD) muy prevalentes que afectan la calidad de vida (QoL) de los pacientes. Aunque podría presuponerse que estos trastornos son de fácil abordaje diagnóstico y terapéutico, todavía existe un desconocimiento sobre los mecanismos fisiopatológicos subyacentes, así como el efecto clínico que tienen los parámetros manométricos en la intensidad de los síntomas. En fecha reciente, Scott *et al.* han destacado la importancia de la hiposensibilidad e hipersensibilidad rectal y demostrado que los trastornos de la sensibilidad rectal (TSR) también se relacionan con los TD. Aunque los cuestionarios de síntomas anorrectales *Patient Assessment of Constipation symptom* (PAC-SYM), *Constipation Scoring System* (CSS) y *St. Mark's incontinence Score* (SMIS) y otros se han correlacionado casi siempre con alteraciones motoras (hipotonía, hipocontractilidad), se conoce poco acerca de la correlación de éstos con los TSR.

Objetivo: Correlacionar parámetros de manometría anorrectal de alta resolución (MAR) con cuestionarios de intensidad de síntomas en sujetos con TD y TSR.

Material y métodos: Estudio multicéntrico, observacional, transversal y analítico en el que se incluyó a sujetos mexicanos > 18 años con síntomas de EC e IF, que se sometieron a evaluación mediante MAR. Se consideró como trastornos mayores de la sensibilidad rectal aquellos que cumplieron con criterios de Londres para hipersensibilidad (mayor percepción sensorial) o hiposensibilidad rectal (disminución de la percepción sensorial). Todos los participantes que aceptaron el consentimiento informado contestaron un cuestionario que incluyó características sociodemográficas y, según fuera el padecimiento, las escalas PAC-SYM, CSS y SMIS. Las variables numéricas se expresaron con estadística descriptiva y las categóricas con frecuencia y porcentaje. La comparación entre grupos se

realizó con la prueba t de Student o de Wilcoxon según correspondiera. Las correlaciones se realizaron con la prueba de Pearson o Spearman según fuera apropiado. Se consideró como significancia estadística un valor de $p < 0,05$. El análisis se llevó a cabo en el programa SPSS V.25.

Resultados: De 159 sujetos evaluados (edad, 60,5 [18-84]; 79,9%, mujeres), 75 (47,8%) tuvieron síntomas de IF y 42 (27,4%) de EC. De acuerdo con la clasificación de Londres, 89 (56%) se clasificaron con hiposensibilidad, 56 (35,2%) con hipersensibilidad rectal y 14 (8,8%) con hiposensibilidad limitrofe. Las características epidemiológicas de la población se mencionan en la **Tabla 1**. En las correlaciones, en sujetos con IF e hiposensibilidad, se observó una correlación negativa entre una menor presión en la maniobra de pujo y una mayor puntuación en la escala SMIS ($r = -0,475$, $p = 0,001$). Por otro lado, en los sujetos con IF e hipersensibilidad rectal se encontró una correlación negativa entre una mayor edad y una menor puntuación de SMIS ($r = -0,405$, $p = 0,040$). Los individuos con EC e hiposensibilidad rectal, mayor edad y mayor número de partos vaginales se correlacionaron de forma negativa con la puntuación de PAC-SYM ($r = -0,471$, $p = 0,009$; $r = -0,510$, $p = 0,021$, respectivamente). Asimismo, en aquéllos con EC e hipersensibilidad rectal, CSS se correlacionó negativamente con el volumen de la primera sensación ($r = -0,687$, $p = 0,014$), volumen para el deseo de defecar ($r = -0,698$, $p = 0,012$) y el volumen máximo tolerable ($r = -0,642$, $p = 0,024$).

Conclusiones: Estos resultados sugieren que los síntomas anorrectales se correlacionan con los TSR. Sin embargo, aún se desconocen los mecanismos subyacentes a estas correlaciones, por lo que son deseables más investigaciones en este campo.

Financiamiento: No se recibió financiamiento de ningún tipo.

Mar308

IMPACTO DE LA ORIENTACIÓN SEXUAL EN LOS SÍNTOMAS GASTROINTESTINALES DE SUJETOS CON SÍNDROME DE INTESTINO IRRITABLE: UN ESTUDIO TRANSVERSAL

S. A. Reyes-Díaz, B. A. Priego-Parra, H. R. Ordaz-Álvarez, C. L. Dorantes-Nava, F. A. Lajud-Barquín, F. Higuera-de la Tijera, M. Amieva-Balmori, R. G. Pucheta-Cancino, J. M. Remes-Troche, Instituto de Investigaciones Médico-Biológicas, Universidad Veracruzana

Tabla 1. Comparación de variables sociodemográficas en sujetos con estreñimiento, incontinencia fecal y trastornos de la sensibilidad anorrectal. Las variables numéricas se expresan con mediana y rango intercuartílico; las categóricas con frecuencia y porcentaje. La comparación entre grupos se realizó con la prueba t de Student o la de Wilcoxon según correspondiera. (Mar307)

Variable	Incontinencia fecal		Valor de p	Estreñimiento crónico		Valor de P
	Hiposensibilidad n = 42	Hipersensibilidad n = 27		Hiposensibilidad n = 30	Hipersensibilidad n = 12	
Edad	63 (48,7-71)	65 (59,7-73)	0,358	54 (44,2-61,5)	62 (48,5-70)	.078
Sexo	34 (81%)	25 (92,6%)	0,180	25 (83,3%)	12 (100%)	.132
IMC	26,5 (23,7-29,3)	27,7 (24,7-31,6)	0,076	25,2 (23,6-27,6)	26 (21,1-27,4)	.611
Tabaquismo	9 (21,4%)	7 (25,9%)	0,260	3 (10%)	5 (41,7%)	.018
Obesidad	9 (21,4%)	9 (33,3%)	0,272	4 (13,3%)	2 (16,7%)	.780
HAS	16 (38,1%)	12 (44,4%)	0,600	9 (30%)	3 (25)	.746
Diabetes	14 (33,3%)	11 (40%)	0,532	3 (10%)	1 (8,3%)	.906
Hipotiroidismo	6 (14,3)	6 (22,2%)	0,396	2 (6,7%)	1 (8,3%)	.850
Ansiedad	3 (7,1%)	2 (7,4%)	0,967	3 (10%)	2 (16,7%)	.547
Depresión	2 (4,8%)	2 (7,4%)	0,646	2 (6,7%)	1 (8,3%)	.850
Migraña	0	0	-	3 (10%)	1 (8,3%)	.868
Fibromialgia	1 (2,4%)	1 (3,7%)	0,749	2 (6,7%)	0	.359

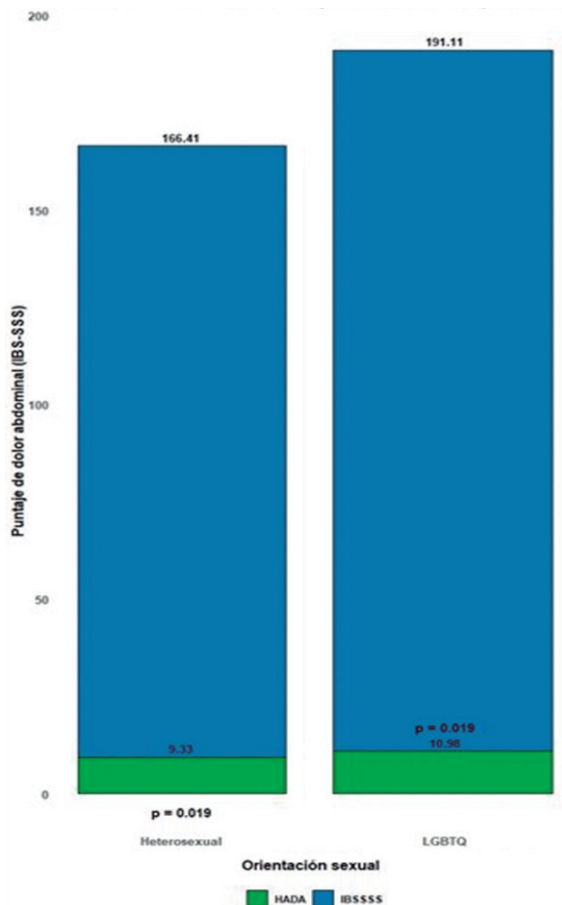
IMC, índice de masa corporal; HAS, hipertensión arterial sistémica.

Introducción: El síndrome de intestino irritable (SII) es un trastorno de la interacción del eje cerebro-intestino caracterizado por dolor abdominal y cambio en el hábito intestinal. Aunque la etiología del SII no se comprende del todo, se reconoce la influencia de los factores psicosociales en la intensidad y persistencia de los síntomas gastrointestinales. La orientación sexual se refiere a la atracción emocional, romántica o sexual que una persona experimenta hacia otras personas. Pocos trabajos han investigado la orientación sexual o la identidad de género en personas con SII. Integrar estos factores a la investigación es clave para proporcionar acercamientos más efectivos y personalizados.

Objetivo: Comparar la intensidad de los síntomas gastrointestinales y los factores psicológicos entre individuos heterosexuales y aquellos pertenecientes a la comunidad LGBTQ con síndrome de intestino irritable.

Material y métodos: Estudio transversal y analítico que utilizó un muestreo no aleatorizado y que incluyó a sujetos con SII. Los participantes que aceptaron el consentimiento informado completaron un cuestionario electrónico compuesto por 50 preguntas. Se obtuvieron variables sociodemográficas, entre ellas la orientación sexual y la identidad de género. Para el diagnóstico de SII se usó el cuestionario de Roma IV. Para evaluar la intensidad del dolor y la

Figura 1. Gráfica de barras que compara las puntuaciones del dolor abdominal (IBS-SSS) entre sujetos heterosexuales e individuos identificados como integrantes de la comunidad LGBTQ con síndrome de intestino irritable. Las barras representan dos categorías de variables: IBSSSS (azul) y HAD-A (verde). Las puntuaciones numéricas se muestran sobre cada barra. La comparación entre grupos se realizó con la prueba t de Student o Wilcoxon, según correspondiera. Se determinó como significancia estadística un valor de $p < 0,05$. (Mar308)



distensión abdominal se empleó la Escala de gravedad de síntomas en individuos con síndrome de intestino irritable (IBS-SSS). Se utilizó la Escala de ansiedad y depresión hospitalaria (HAD) para medir la alteración psicológica. En el análisis estadístico, las variables numéricas se expresaron con estadística descriptiva y medidas de dispersión, y las categóricas con frecuencia y porcentaje. Para la comparación entre grupos (heterosexual/LGBTQ) se usaron las pruebas t de Student o Wilcoxon, según correspondiera. Se realizaron correlaciones con la prueba de Spearman. Se consideró como significancia estadística un valor de $p < 0,05$. El análisis de los datos se llevó a cabo en el programa estadístico SPSS V.25.

Resultados: Se incluyó a 141 sujetos diagnosticados con SII (68,8% mujeres), con una mediana de edad de 27 (intervalo, 18-60). Con respecto al subtipo de SII, 51 (36,2%) se clasificaron como mixto, 49 (34,8%) con estreñimiento, 23 (16,3%) indeterminado y 18 (12,8%) con predominio de diarrea. Un número de 96 (68,1%) señaló ser heterosexual y 45 (31,9%) como pertenecientes a la comunidad LGBTQ. De los individuos LGBTQ, 27 (19,1%) se identificaron como homosexuales, 16 (11,3%) como bisexuales, 1 (0,7%) como transexual y 1 (0,7%) como *queer*. Los individuos LGBTQ tuvieron mayor puntuación de gravedad de síntomas gastrointestinales en el cuestionario IBS-SSS (191,1 [151,6-229,9] vs. 166,4 [126,6-210,35], $p = 0,019$), distensión abdominal (50 [25-50] vs. 25 [25-50], $p = 0,005$), y ansiedad (11 [8-14] vs. 9 [7-12], $p = 0,019$) (Fig. 1). En las correlaciones, el dolor abdominal se correlacionó con HAD-A ($r = 0,313$, $p < 0,0001$) y a su vez HAD-A se correlacionó con el número de días con dolor ($r = 0,269$, $p = 0,003$), intensidad de la distensión abdominal ($r = 0,250$, $p = 0,003$) e, inversamente, con la satisfacción evacuatoria ($r = -0,267$, $p = 0,007$). En el subanálisis se encontró que los individuos de orientación bisexual fueron el grupo más afectado, al registrar mayor puntuación de ansiedad ($p < 0,0001$) e intensidad de la distensión ($p = 0,037$).

Conclusiones: Las personas con SII pertenecientes a la comunidad LGBTQ tuvieron mayor intensidad de síntomas y ansiedad en comparación con los sujetos heterosexuales. Resalta la importancia de considerar los aspectos biopsicosociales al abordar el SII. Se sugiere una atención médica inclusiva y sensible a la diversidad sexual para garantizar una atención integral y óptima.

Financiamiento: Sin financiamiento alguno.

Mar309

CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS EN PACIENTES CON DOLOR ABDOMINAL DE ETIOLOGÍA NO IDENTIFICADA: ¿QUÉ TANTO SE ASOCIA A DOLOR CRÓNICO DE PARED ABDOMINAL?

K. E. Medina-Morales, F. A. Félix-Téllez, M. F. Sánchez, G. J. Peña-Barajas, M. A. Escobar-Montes, J. A. Velarde Ruiz-Velasco, J. M. Aldana-Ledesma, E. C. Morel-Cerda, Hospital Civil de Guadalajara Fray Antonio Alcalde

Introducción: El dolor abdominal es el síntoma gastrointestinal más frecuente que da lugar a visitas médicas ambulatorias y en México corresponde al 30% de las consultas en urgencias y hasta el 5% de la consulta de atención primaria. Dentro de estas últimas, el dolor crónico de la pared abdominal representa hasta el 10%; sin embargo, la mayor parte de los casos no se diagnostica de forma adecuada al no contar con los recursos paraclínicos suficientes. Para el clínico, el correcto abordaje de esa anomalía implica un reto, por lo que se consideró importante realizar este protocolo.

Objetivo: Determinar si existe una relación entre el dolor crónico de la pared abdominal y las diferentes características clínicas observadas en pacientes que acuden a la consulta externa por dolor abdominal de causa no identificada.

Material y métodos: Se realizó un estudio de corte transversal de enero del 2022 a junio del 2023 en el que se recolectaron datos de pacientes valorados por dolor abdominal en la consulta externa de gastroenterología de un hospital de tercer nivel del occidente del país. Se registraron datos sociodemográficos y semiológicos del dolor. También se aplicaron el cuestionario de HADS para ansiedad/depresión, el 18-pAQ para el diagnóstico de dolor de la pared abdominal y el de Roma IV para el diagnóstico de dispepsia y síndrome de intestino irritable. Se realizó un análisis de regresión logística multivariado para comparar a los pacientes con dolor de pared abdominal.

Resultados: Se registró a un total de 118 pacientes con edad media de 52 ± 14 años, entre los cuales predominó el sexo femenino con 78% ($n = 92$). En 74 pacientes se cumplieron los criterios de dolor de pared abdominal y de ellos el 68,9% también satisfacía criterios de dispepsia y 40,6% de síndrome de intestino irritable. En el análisis de regresión logística multivariado no se encontró una relación del síndrome de dolor de pared abdominal con la presentación clínica de dispepsia o síndrome de intestino irritable, pero sí una vinculación independiente con dolor localizado al cuadrante inferior izquierdo (OR, 18,2; IC95%, 2,10-159; $p = 0,008$), signo de Carnett (OR, 10,0; IC95%, 3,17-32; $p \leq 0,001$) y parestesias (OR, 1,68; IC95%, 1,39-2,030; $p \leq 0,001$).

Conclusiones: Se identificó una sólida relación del dolor en el cuadrante inferior izquierdo, no descrita antes, con dolor en la pared abdominal, y también con parestesias y signo de Carnett positivo. En cambio, no se reconoció un nexo de éstos con trastornos funcionales, incluido el síndrome de intestino irritable. Por lo tanto, se recomienda tomar en cuenta este diferencial para realizar un abordaje dirigido en pacientes con causa no identificada del dolor abdominal.

Financiamiento: Trabajo realizado con recursos propios.

Mar310

HALITOSIS EN ENFERMEDADES GASTROINTESTINALES. ¿MITO O REALIDAD?

P. Durán-Azamar, S. Pérez-Pérez, D. N. Guzmán-Uscanga, S. K. Nolasco-Polito, M. R. Francisco, F. B. Roesch-Dietlen, L. Roesch-Ramos, J. M. Remes-Troche, A. D. Cano-Contreras, Instituto de Investigaciones Médico-Biológicas, Universidad Veracruzana

Introducción: La halitosis es un síntoma frecuente informado hasta en 25% de la población general y es efecto sobre todo de enfermedad periodontal. Aunque se ha señalado que la ERGE y la dispepsia no investigada pueden cursar con halitosis, no existe evidencia contundente que demuestre estas relaciones.

Objetivo: Determinar la prevalencia de halitosis en pacientes con síntomas gastrointestinales.

Material y métodos: Estudio transversal y analítico realizado en pacientes del Instituto de Investigaciones Médico-Biológicas y Clínica de enfermedades periodontales de la Universidad Veracruzana que acudieron a valoración médica o profilaxis dental. En todos los pacientes se evaluaron los criterios de Roma IV para SII y dispepsia, cuestionario GERD-Q para síntomas de ERGE y determinación de halitosis mediante halitómetro (Breath Checker). En el análisis de resultados se utilizó estadística descriptiva y medidas de dispersión para las variables numéricas; las variables categóricas se expresaron como frecuencia y porcentaje, y la comparación entre grupos se efectuó con la prueba χ^2 cuadrada. Las correlaciones se realizaron con la prueba de Pearson o Spearman. Se consideró como significancia estadística un valor de $p < 0,05$; el análisis de datos se llevó a cabo en el programa estadístico SPSS V.25.

Resultados: Se incluyó a 82 sujetos, 55 (67,1%) mujeres de 26 años (intervalo, 19-73), 43 (52,4%) con síntomas de ERGE, 6 (7,3%) de SII

y 5 (6,1%) de dispepsia no investigada. Se consideró un grupo control de 28 sujetos (34,1%) asintomáticos. Todos los pacientes con SII y dispepsia no investigada tuvieron halitosis positiva (13,4%). En el grupo de ERGE, la prevalencia de halitosis fue de 88,4%, en su mayoría grave (55,6 vs. 9,1 $p < 0,001$), similar a la del grupo control con prevalencia del 85,7% ($p = 0,642$), pero en su mayoría halitosis leve (60,9 vs. 4,3, $p = 0,001$). En las correlaciones, los síntomas de ERGE se correlacionaron con el grado de halitosis ($r = 5,62$, $p \leq 0,001$), mientras que el grado de halitosis se correlacionó a la inversa con la frecuencia del cepillado ($r = -0,355$ $p = 0,001$). En la Tabla 1 se observan las características de la población.

Conclusiones: En la población de estudio, la halitosis es una entidad referida con frecuencia sin demostrar relación significativa con los síntomas digestivos. Sin embargo, se advirtió que los pacientes con ERGE e higiene oral deficiente cursan con halitosis de mayor intensidad. Es necesario aumentar la muestra de estudio para esclarecer el vínculo entre los síntomas digestivos y la halitosis.

Financiamiento: No se recibió financiamiento de ningún tipo.

Tabla 1. Características de los pacientes con halitosis y sin ella. (Mar310)

	Pacientes con halitosis n = 73	Pacientes sin halitosis N = 9	Valor de p
Sexo			
Masculino	25 (34,2%)	2 (22,2%)	0,525
Femenino	48 (65,8%)	7 (77,8%)	
Comorbilidades			
Diabetes	1 (1,4%)	1 (11,1%)	0,299
Hipertensión	1 (1,4%)	0 (0%)	
Sanos	71 (97,3 %)	8 (88,9%)	
Consumo de alcohol			
Sí consume	26 (35,6%)	3 (33,3%)	0,892
No consume	47(64,4%)	6 (66,6%)	
Consumo de tabaco			
Sí fuma	12	0 (0%)	.
No fuma	61	9 (100%)	0,188
Frecuencia del cepillado			
1 vez al día	0	0	0,66
2 veces al día	33 (45,2%)	1 (11,1%)	
3 veces al día	35 (47,9%)	8 (88,9%)	
> 3 veces al día	5 (6,8%)	0	
Síntomas gastrointestinales			
Sin síntomas	24 (32,9%)	4 (44,4%)	0,639
ERGE	38 (52,1%)	5 (84,9%)	
SII	6 (8,2%)	0	
Dispepsia	5 (6,8%)	0	
Grado de halitosis			0,000
Leve	16 (21,9%)	0	
Moderada	11 (15,1%)	0	
Intensa	17 (23,3%)	0	
Grave	29 (39,7%)	0	

Mar311

PATRONES DE MANOMETRÍA ESOFÁGICA DE ALTA RESOLUCIÓN EN PACIENTES POSOPERADOS DE FUNDUPLICATURA TIPO NISSEN

A. H. Díaz-Crespo, P. Durán-Azamar, G. P. Martínez-Pérez, K. R. García-Zermeño, B. A. Priego-Parra, M. Amieva-Balmori, J. M. Remes-Troche, Laboratorio de Fisiología Digestiva y Motilidad Gastrointestinal, Instituto de Investigaciones Médico-Biológicas, Universidad Veracruzana

Introducción: La funduplicatura de tipo Nissen laparoscópica es el tratamiento quirúrgico de elección para la enfermedad por reflujo gastroesofágico (ERGE). Los pacientes con recurrencia de síntomas o desarrollo de efectos secundarios requieren evaluación integral para valorar la posible reintervención. La manometría de alta resolución (MAR) esofágica forma parte de este conjunto de pruebas y permite evaluar e identificar los diferentes tipos de fallas del procedimiento. Hoshino *et al.* (Dig Dis Sci 2012) han propuesto una clasificación topográfica que describe seis patrones diferentes.

Objetivo: Describir los patrones de manometría esofágica de alta resolución en pacientes posoperados de funduplicatura de tipo Nissen.

Material y métodos: Estudio transversal, analítico y descriptivo realizado en pacientes posoperados de funduplicatura que acudieron al laboratorio de motilidad del Instituto de Investigaciones Médico-Biológicas para someterse a manometría esofágica. Se utilizó catéter de estado sólido de alta resolución de 36 sensores ManoScan™ ESO de Medtronic y el procedimiento se realizó luego del posicionamiento transnasal del catéter y en decúbito supino; se identificaron así la zona de alta presión distal y el esfínter esofágico inferior (EEI); la función del cuerpo esofágico se evaluó con 10 degluciones líquidas (5 cm³) y mediante la integral de contracción distal (DCI). La relajación del EEI se evaluó tras calcular la presión de relajación integrada (IRP) y clasificar la funduplicatura en intacta, rota, torcida, intratorácica, deslizada y acalasia secundaria. En todos los pacientes se evaluaron los síntomas con el cuestionario GERD-Q para síntomas de ERGE.

Resultados: Se incluyó a 17 pacientes posoperados de funduplicatura de tipo Nissen, 11 (64,7%) mujeres y 6 (35,3%) hombres, con mediana de edad de 52 años. A todos los pacientes se los evaluó por lo menos tres meses después de la intervención por la persistencia de síntomas esofágicos. De acuerdo con la evaluación de MAR, se identificaron ocho funduplicaturas intactas, cuatro intratorácicas, cuatro deslizadas y una rota (Fig. 1). No hubo correlación significativa con los síntomas de reflujo, pero sí con disfagia.

Conclusiones: Los patrones manométricos después de una funduplicatura son fáciles de identificar de acuerdo con la clasificación de Hoshino *et al.* En la cohorte de estudio, la funduplicatura estaba morfológicamente intacta en casi la mitad de los casos, deslizada o en posición intratorácica en una cuarta parte y se correlacionaba con disfagia. De acuerdo con la propia experiencia de los autores, es recomendable utilizar esta clasificación.

Financiamiento: No se contó con ningún financiamiento.

Mar312

PREVALENCIA E IMPACTO DEL SÍNDROME DE INTESTINO IRRITABLE EN INDIVIDUOS CON INCONTINENCIA FECAL SEGÚN LOS CRITERIOS DE ROMA IV

G. Rangel-Zavala, F. Higuera-de la Tijera, J. A. Villanueva-Herrero, Hospital General de México Dr. Eduardo Liceaga

Introducción: El síndrome del intestino irritable (SII) es un trastorno común de la interacción entre el intestino y el cerebro. La incontinencia fecal (IF), que se define como la pérdida accidental de heces, es otro trastorno gastrointestinal común que afecta al 1% a 16% de la población. Ambas entidades son trastornos gastrointestinales que modifican en grado significativo la calidad de vida de los pacientes. Se sabe poco acerca de los efectos del síndrome de intestino irritable en individuos con incontinencia fecal.

Objetivo: Notificar la prevalencia del SII en individuos que padecen incontinencia fecal, así como comparar las características de estos pacientes con aquellos que no cumplen los criterios diagnósticos de Roma IV.

Material y métodos: Se recopilaron los expedientes de 43 pacientes con incontinencia fecal, incluidos datos demográficos, manometrías anorrectales, síntomas gastrointestinales y psicológicos. Además, se evaluó la presencia del SII en estos mismos pacientes y se asignó una clasificación de acuerdo con los criterios de Roma IV. Para realizar el análisis estadístico se utilizó la prueba t de Student, que permitió comparar diversas variables entre los pacientes con IF, con SII y sin él.

Resultados: Se analizó a 43 pacientes para determinar la prevalencia del SII en sujetos con IF (Tabla 1). En los participantes evaluados se encontró que el 58,13% (25 pacientes) presentaba SII, mientras que el resto no cumplía con los criterios diagnósticos de Roma IV para SII. Un aspecto relevante de esta población es la distribución de género, en la cual se observó que la mayoría de los pacientes con SII e IF correspondía a mujeres (80% del grupo). La edad media de estos pacientes fue de 59,04 ± 13,2 (53,8-64,12) años. En cuanto a las características clínicas, se midió la presión de reposo en pacientes con SII e IF y los resultados mostraron un promedio de 40,69 ± 26,9 (30,15-51,24). No se halló diferencia significativa en el número de

Figura 1. Patrones de manometría de alta resolución en pacientes posoperados de funduplicatura de tipo Nissen: a) MAR de un paciente con funduplicatura intacta. En comparación con un voluntario sano, la presión basal del EEI es más alta, pero es buena. (Mar311)

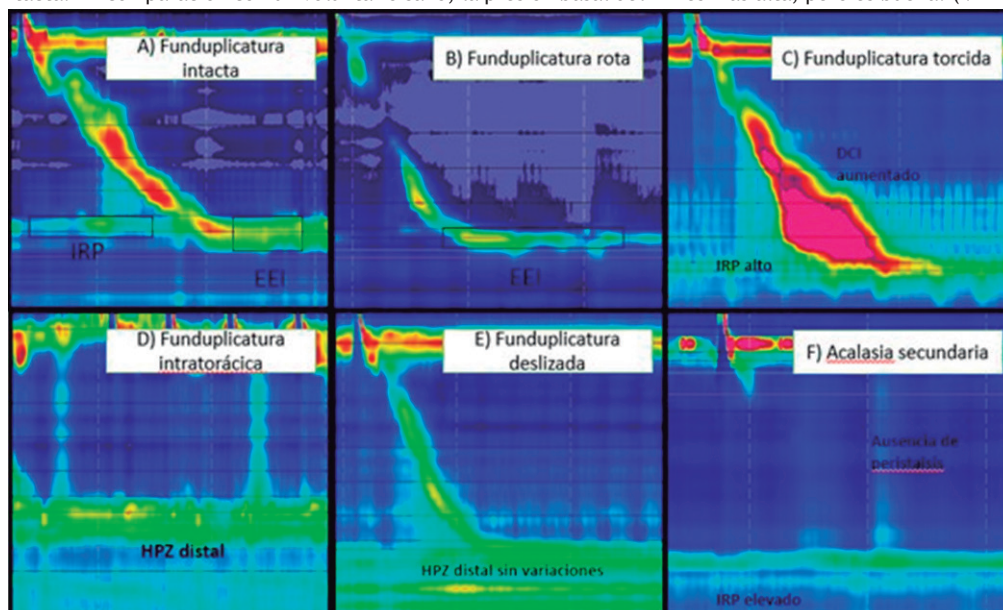


Tabla 1. Diferencias entre ambos grupos. (Mar312)

	Edad	Presión de reposo	Presión contracción	Número de partos	Escala de Bristol
Pacientes con SII +	59,04 ± 13,2 (53,87-64,21)	40,69 ± 26,9 (30,15-51,24)	81,98 ± 48,21 (63,08-100,88)	2,04 ± 2,03 (1,24-2,84)	5,8 ± 1,08 (5,38-6,22)
Pacientes sin SII -	54,39 ± 14,37 (47,75-61,03)	51,09 ± 29,78 (37,33-64,85)	95,82 ± 57,56 (69,23-122,41)	1,5 ± 2,55 (0,32-2,68)	4,06 ± 1,03 (3,58-4,53)
Prueba t de Student	0,27843242	0,238687471	0,39670606	0,444031533	0,0000

partos entre ambos grupos. Además, se examinaron los antecedentes de cirugía anorrectal en los pacientes y se descubrió que 16 (37,20%) de ellos se habían sometido antes a alguna intervención quirúrgica de este tipo. Para evaluar la consistencia de las deposiciones se utilizó la escala de Bristol, un indicador importante en pacientes con SII e IF. Se encontró que aquellos con SII e IF mostraron un promedio más elevado de 5,8 ± 1,08 (5,38-6,22), mientras que el grupo sin SII registró un promedio de 4,06 ± 1,03 (3,58-4,53); esta diferencia fue estadísticamente significativa, con un valor de $p = 0,0000$.

Conclusiones: Este estudio proporciona información relevante sobre la prevalencia del SII en pacientes con IF y destaca la mayor incidencia en mujeres. Además, se identificaron diferencias significativas en la consistencia de las deposiciones entre los grupos con SII y sin él, lo que sugiere una vinculación notable entre estos dos trastornos gastrointestinales. Estos resultados pueden contribuir al mejor entendimiento y abordaje clínico de ambas anomalías, con el objetivo de mejorar la calidad de vida de los pacientes afectados.

Financiamiento: Sin financiamiento.

Mar313

PRESIÓN ANAL DURANTE LA TOS EN PACIENTES CON INCONTINENCIA FECAL: VALOR Y UTILIDAD DIAGNÓSTICA

K. R. García-Zermeño, B. A. Priego-Parra, G. P. Martínez-Pérez, A. H. Díaz-Crespo, F. D. García-García, G. Morales-Osorio, J. M. Remes-Troche, Laboratorio de Fisiología Digestiva y Motilidad Gastrointestinal, Instituto de Investigaciones Médico-Biológicas, Universidad Veracruzana

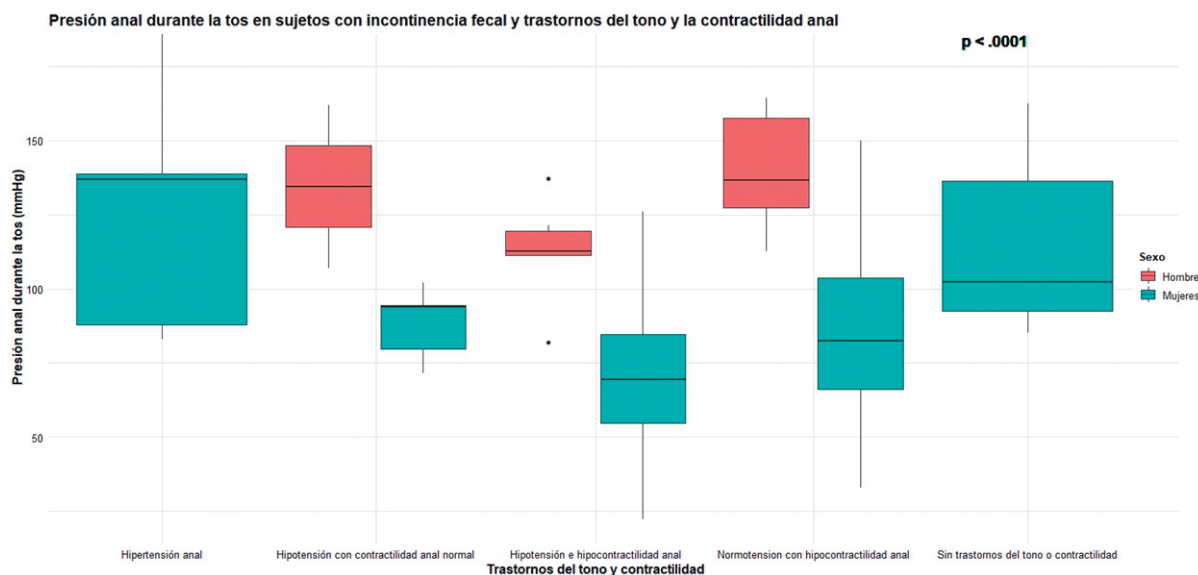
Introducción: La incontinencia fecal (IF) es una alteración debilitante que afecta al 8,4% de la población general, con efectos negativos sobre la calidad de vida. Aunque la disfunción del esfínter anal es el mecanismo fisiopatológico más importante en la IF, sólo un tercio de los pacientes sufre hipotonía anal, en tanto que dos tercios tienen hipocontractilidad anal. Esto sugiere que existen factores supraesfínterianos de igual o mayor importancia para la continencia. El grupo de trabajo de Londres recomienda evaluar la respuesta de presión anorrectal ante la tos como parte del protocolo de manometría anorrectal (MAR) para mejorar el valor diagnóstico y utilidad de la MAR; sin embargo, hay pocos estudios cuantitativos que analicen los cambios en la IF en relación con estas respuestas de presión.

Objetivo: Evaluar la utilidad de la respuesta de presión anal durante la tos, en pacientes con IF y trastornos del tono y contractilidad anal.

Material y métodos: Estudio multicéntrico, transversal y analítico en el que se incluyó a sujetos con diagnóstico de IF y consentimiento informado antes de su participación en el estudio. Para evaluar las características anorrectales se realizó manometría anorrectal de alta resolución de acuerdo con el protocolo de Londres. Se registraron variables clínicas y manométricas. En el análisis estadístico se evaluó la distribución de los datos y la homocedasticidad. La diferencia de medias se realizó con la prueba t de Student o Wilcoxon, según correspondiera. Para las correlaciones se utilizaron los instrumentos de Pearson o Spearman. Para la comparación de variables categóricas se empleó ji cuadrada. Se realizó un análisis de regresión logística para calcular las razones de probabilidades (*odds ratio*) y evaluar la relación entre variables de interés. Se consideró como significancia estadística un valor de $p < 0,05$. El análisis se llevó a cabo en SPSS V 25.

Resultados: Se incluyó a 80 individuos (80% de mujeres) con diagnóstico de IF. La mediana de edad fue de 63 años (intervalo, 54-71)

Figura 1. Distribución de los trastornos del tono y la contractilidad anal por sexo en pacientes con IF, así como el promedio de la presión anal durante la tos en cada uno de los grupos. (Mar313)



e índice de masa corporal de 26,8 (23,8-30,8). Durante la maniobra de la tos, el promedio de presión anal fue de $92,1 \pm 35,7$. Se identificó una diferencia significativa en la presión anal durante la tos entre los grupos de mujeres y hombres ($83,9 \pm 33$ vs. $125,1 \pm 26,3$, $p < 0,0001$), con la presión más baja identificada en el grupo de mujeres. Respecto de los trastornos del tono, se observaron las siguientes distribuciones: 7 (9,6%) sujetos tenían hipertensión anal, 41 (56,2%) hipotensión e hipocontractilidad, 7 (9,6%) hipotensión con contractilidad anal normal, 18 (24,7%) normotensión con hipocontractilidad anal y 7 (9,6%) sin alteraciones en el tono o contractilidad anal. Las personas con hipotensión e hipocontractilidad

tuvieron una presión de tos significativamente menor ($74,9 \pm 27,9$ vs. $135,6 \pm 41,8$, $p < 0,0001$), al igual que aquéllos con normotensión e hipocontractilidad ($104,2 \pm 35,1$ vs. $135,6$, $p = 0,007$), en comparación con los otros grupos (Fig. 1). El diagnóstico de hipotensión e hipocontractilidad se relacionó con menor presión durante la tos (OR, 6,8; IC95%, 1,1-40,4; $p = 0,021$).

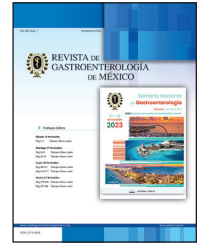
Conclusiones: Los resultados sugieren que una respuesta anormal de presión durante la tos podría ser un marcador importante vinculado con la gravedad de la disfunción del esfínter anal, así como parte de otros mecanismos supraesfintéricos.

Financiamiento: No se dispuso de financiamiento alguno.



REVISTA DE GASTROENTEROLOGÍA DE MÉXICO

www.elsevier.es/rgmx



Exposición de trabajos libres en cartel

Martes 21 de noviembre de 2023

Hígado-Cirrosis

Mar314

GALECTINA-3 SE CORRELACIONA CON LA EXPRESIÓN DE MARCADORES DE SENESCENCIA, p21 Y p53 EN PACIENTES CON CIRROSIS

D. Guerrero-Escalera, O. Méndez-Guerrero, E. Cervantes-Álvarez, F. Tejeda-Domínguez, N. Navarro-Álvarez, Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán

Introducción: La cirrosis hepática se caracteriza por fibrosis y formación de nódulos de regeneración, que conducen a una alteración de la estructura hepática y produce compromiso vascular y altera de forma directa la función hepática. El propio proceso de una lesión hepática crónica induce senescencia celular que promueve una disminución de la regeneración hepática. Los estudios en el laboratorio de los autores han descrito el importante papel que la galectina 3 (Gal-3) tiene como mediador de inflamación y promotor de la progresión de enfermedad hepática crónica. Sin embargo, su papel en la regeneración hepática no se ha esclarecido.

Objetivo: Determinar la expresión de Gal-3 y genes supresores del ciclo celular como p21 y p53 en el RNAm, además de describir en el plano histopatológico la localización subcelular en biopsias de pacientes con cirrosis.

Material y métodos: Se evaluó la expresión de marcadores relacionando con el detenimiento del ciclo celular y la senescencia mediante qPCR (p21, p53) y su vinculación con la galectina 3 en muestras de hígado de pacientes con cirrosis en comparación con muestras de control. La expresión proteínica se corroboró mediante inmunofluorescencia con el uso de anticuerpos para la detección de Gal-3, p21 y p53. Análisis estadísticos: se analizó la normalidad de las variables cuantitativas mediante la prueba de Kolmogorov-Smirnov. La comparación entre el grupo control y los

pacientes con cirrosis compensada y cirrosis descompensada se analizó con la prueba de Kruskal-Wallis y con posterioridad se efectuó un análisis *post hoc* con correlación de Spearman en la que se correlacionó Gal 3 con p21 y Gal-3 con p53.

Resultados: El análisis de correlación reveló una relación significativa en la expresión del RNAm de Gal-3 con p21 ($p < 0,0001$) y Gal-3 con p53 ($p < 0,005$) en los pacientes con cirrosis compensada y cirrosis descompensada respecto del grupo control. Este grado alto de expresión de Gal-3, p21 y p53 se corroboró en el plano histológico y se observó una abundancia de las proteínas p21 y p53 en los nódulos de regeneración. Dicha abundancia denotó una heterogeneidad en la localización subcelular de p21/Gal3 y p53/Gal3, la cual mostró una expresión diferencial intranodular e internodular de tales proteínas.

Conclusiones: La elevada expresión de Gal-3 se correlaciona directamente con el aumento de la expresión de genes supresores del ciclo celular, como p21 y p53, lo cual sugiere que la Gal-3 tiene un papel como regulador negativo de la regeneración hepática e inductor de senescencia en los pacientes con cirrosis.

Financiamiento: Este trabajo fue financiado por la beca # 652260 del Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología (CONACYT)-México.

Mar315

RELACIÓN NEUTRÓFILO-LINFOCITO COMO PREDICTOR DE MORTALIDAD EN PACIENTES CON FALLA HEPÁTICA AGUDA SOBRE CRÓNICA DE UN TERCER NIVEL DE ATENCIÓN EN MÉXICO

K. E. Pérez-Reséndiz, G. Zafra-Hernández, R. Sandoval-Salas, Hospital de Especialidades CMN Siglo XXI Bernardo Sepúlveda, IMSS

Introducción: La falla hepática aguda sobre crónica (ACLF, *acute-on-chronic liver failure*) es el deterioro agudo de la función hepática que se desarrolla en pacientes con cirrosis hepática. Un factor importante en la patogenia de la ACLF es la inflamación sistémica, cuya evaluación incluye el uso de marcadores sustitutos como la relación neutrófilo-linfocito, que se ha encontrado como un predictor estadísticamente significativo de muerte durante la hospitalización en estos pacientes, y su identificación puede ayudar a guiar un tratamiento médico radical.

Objetivo: Determinar si la relación neutrófilo-linfocito predice mortalidad en pacientes con ACLF en la población mexicana, identificar las características demográficas de este grupo de pacientes y establecer la mortalidad relacionada con los 28 días.

Material y métodos: Se realizó un estudio observacional, retrospectivo y unicéntrico en el que se incluyó a sujetos con diagnóstico confirmado de ACLF de acuerdo con los criterios de la Asociación Europea de Estudio del Hígado (EASL-CLIF) hospitalizados durante el periodo de 2017 a 2022 en el servicio de gastroenterología del Centro Médico Siglo XXI. Se excluyó a los individuos con diagnóstico de enfermedades extrahepáticas crónicas terminales, hepatocarcinoma y neoplasias extrahepáticas. Análisis estadístico: se realizó estadística descriptiva con porcentajes; de acuerdo con la distribución de las variables, se utilizaron t de Student o U de Mann-Whitney. Para el análisis estadístico se usó el sistema SPSS v.25.

Resultados: Se evaluó a 186 sujetos, con una media de edad de 56,95 años. Las principales causas de hepatopatía crónica fueron la enfermedad del hígado graso no alcohólica (EHGNA) en el 29,00% (n = 54), etilismo en el 22,60% (n = 42) y hepatitis C en el 13,40% (n = 25). El principal potencial precipitante identificado en la población fue infeccioso en el 59,07% (n = 111) de los individuos, seguido por hemorragia digestiva en el 21,00% (n = 39). En cuanto al tipo de falla reconocida, la falla renal fue la más frecuente en 71% y luego la falla de la coagulación (50%) y la falla neurológica (49%). En la evaluación para clase de ACLF al ingreso, el 41,40% (n = 77) de los pacientes registró una clase III, 38,70% (n = 72) clase II y 19,90% (n = 37) clase I; en la evaluación a los tres días, el 40,90% (n = 76) tuvo clase III, el 28,00% (n = 52) clase II y el 18,30% (n = 34) clase I; en esta evaluación, 12,90% (n = 24) de las personas no mostró ACLF a los tres días. A los 28 días fallecieron 146 (78,9%) personas y se reconoció una relación neutrófilo-linfocito (NLR) con punto de corte de 6,5 para predecir mortalidad a los 28 días, con un valor estadísticamente significativo de p = 0,016.

Conclusiones: Se ha estudiado la utilidad del NLR para fines diagnósticos y pronósticos. Se presupone que esta relación puede ofrecer información sobre la actividad del sistema inmunitario, además de la gravedad de la enfermedad. En este estudio se demostró una correlación estadísticamente significativa con mortalidad a los 28 días, en concordancia con estudios en otras poblaciones, si bien con una sensibilidad y especificidad bajas.

Financiamiento: El estudio no tuvo financiamiento.

Mar316

CARACTERIZACIÓN DE ANEMIA EN PACIENTES CON CIRROSIS HEPÁTICA SIN EVENTOS DE DESCOMPENSACIÓN AGUDA

J. I. Carrillo-Rojas, S. Ontiveros-López, M. Rivera-Huizar, N. Bueno-Hernández, C. J. Toranzo-González, A. Torres-Castro, M. T. Rizo-Robles, Hospital de Especialidades CMN La Raza

Introducción: La anemia es una entidad observada muchas veces en pacientes con enfermedad hepática crónica avanzada, con una

prevalencia informada de 50% a 87%. La etiología es multifactorial, en particular atribuible a pérdidas gastrointestinales (agudas o crónicas); sin embargo, se han descrito otros contribuyentes como hipersplenismo, desnutrición y déficit de nutrientes (vitamina B₁₂, ácido fólico) o la anemia de enfermedades crónicas por efecto de la hepcidina.

Objetivo: Evaluar la prevalencia de anemia en pacientes con cirrosis hepática sin antecedente de descompensación aguda en el Hospital de Especialidades del Centro Médico Nacional La Raza.

Material y métodos: Se incluyó a pacientes con cirrosis hepática de cualquier causa sometidos a endoscopia en el periodo de junio de 2022 a abril de 2023, que no tuvieran descompensación con hemorragia variceal, ascitis o encefalopatía hepática en los tres meses anteriores a la fecha del estudio. Los datos se obtuvieron del expediente clínico electrónico. Tipo de estudio: descriptivo, observacional y retrospectivo. Variables analizadas: edad, género, etiología, comorbilidades, hemoglobina, hematocrito, grado de anemia y hallazgos endoscópicos. Análisis estadístico: las variables cuantitativas se expresaron con medidas de tendencia central y medidas de dispersión; las variables cualitativas se describieron mediante frecuencias y porcentajes. La relación se evaluó con tablas cruzadas y ji cuadrada. El análisis estadístico se efectuó a través del programa SPSS 25.

Resultados: Se evaluó una muestra de 100 pacientes, 33 hombres y 67 mujeres. La causa más frecuente fue MAFLD (57,6% en hombres y 41,8% en mujeres, p = 0,044). Las comorbilidades más comunes fueron diabetes mellitus (39%) e hipertensión arterial (32%). El 73% de los pacientes tuvo antecedente de descompensación por hemorragia variceal. La prevalencia global de anemia fue de 55%, con predominio de grados 1 (30%) y grado 2 (20%); por volumen corpuscular medio, la presentación más frecuente fue normocítica (33%) y microcítica (16%) y, por hemoglobina corpuscular media, la forma más frecuente fue normocrómica (16%) e hipocrómica (27%); el hallazgo endoscópico más común en pacientes con anemia y sin anemia fue gastropatía hipertensiva portal grave (29% y 25%, respectivamente, sin diferencia estadística significativa). Se documentaron varices GOV2 en 9% de los pacientes con anemia y en ninguno de los pacientes sin anemia (p = 0,038) (Tabla 1). Se realizó un subanálisis de los pacientes sin antecedente de descompensación (18 pacientes, 13 de ellos mujeres y 5 hombres). En este grupo se identificó anemia en 27,7% de los casos, el grado 1 fue el más común (80%) y todos los casos correspondieron a anemia macrocítica con distribución similar entre anemia hipercrómica e hipocrómica; no se registró diferencia estadística significativa en los hallazgos endoscópicos entre los pacientes con cirrosis compensada y cirrosis con antecedente de descompensación.

Conclusiones: La prevalencia de anemia en este grupo fue de 55%, acorde con lo notificado en las publicaciones médicas. Predominó, como era esperable, el grupo con antecedente de descompensación por hemorragia variceal, pero en el grupo de estudio no se reconoció correlación significativa con la presencia de anemia y grado de

Tabla 1. Características demográficas entre los pacientes sin antecedente de descompensación y con alguna descompensación previa. (Mar316)

Variable	Cirrosis sin antecedente de descompensación (%) n = 18 (18)	Cirrosis con antecedente de descompensación (%) n = 82 (82)	p
Sexo			
Hombres	5 (27,7)	28 (34,1)	0,603
Mujeres	13 (72,2)	54 (65,8)	
Edad (años)	55,4 ± 12,8	55,8 ± 12,6	0,898

Etiología			
MAFLD	9 (50)	38 (46,3)	
HAI	0 (0)	5 (6,0)	
CBP	2 (11,1)	8 (9,7)	
Etilismo	0 (0)	4 (4,8)	
Infección por VHC	3 (16,6)	14 (17,0)	
MAFLD + etilismo	0 (0)	1 (1,2)	0,916
HAI-CBP	2 (11,1)	4 (4,8)	
Fibrosis congénita	0 (0)	1 (1,2)	
Metotrexato	1 (5,5)	2 (2,4)	
Criptogénica	1 (5,5)	5 (6,0)	
Comorbilidades			
Diabetes tipo 2	7 (38,8)	32 (39,0)	0,991
Hipertensión arterial	8 (44,4)	24 (29,2)	0,211
ERC	0 (0)	4 (4,8)	0,339
Presencia de anemia	5 (27,7)	50 (60,9)	0,010
Hemoglobina (g/dL)	13,2 ± 1,9	11,4 ± 2,3	0,001
Hematócrito (%)	39,8 ± 5,9	35,9 ± 9,0	0,028
VCM (fl)	92,0 ± 7,4	88,7 ± 10,4	0,123
HCM (pg)	30,6 ± 3,3	28,9 ± 4,5	0,073
Grado de anemia			
Grado 1	4 (80)	26 (52)	
Grado 2	1 (20)	19 (38)	0,459
Grado 3	0 (0)	5 (10)	
Tipo de anemia por VCM			
Macroscítica	0 (0)	6 (12)	
Normocítica	5 (100)	28 (56)	0,160
Microscítica	0 (0)	16 (32)	
Tipo de anemia por HCM			
Hipercrómica	2 (40)	10 (20)	
Normocrómica	1 (20)	15 (30)	0,582
Hipocrómica	2 (40)	25 (50)	
Hallazgos endoscópicos			
VEP	9 (50)	27 (32,9)	0,172
VEG	5 (27,7)	37 (45,1)	0,177
GHPL	9 (50)	34 (41,4)	0,508
GHPS	9 (50)	45 (54,8)	0,707
GOV1	1 (5,5)	9 (10,9)	0,488
GOV2	0 (0)	5 (6,0)	0,282
GAVE	0 (0)	3 (3,6)	0,410

disfunción hepática, probablemente por la ausencia de descompensación reciente. Sin embargo, es importante conceder más atención al diagnóstico etiológico de la anemia en los pacientes con cirrosis e instituir estrategias de tratamiento para modificar la calidad de vida de los pacientes.

Financiamiento: No se recibió ningún financiamiento.

Mar317

EVALUACIÓN DE LA ESCALA MELNA AGIB PARA PREDECIR MORTALIDAD EN PACIENTES CON CIRROSIS Y HEMORRAGIA VARICEAL

M. Y. Carmona-Castillo, E. J. Medina-Ávalos, C. L. Dorantes-Nava, S. Teutli-Carrión, J. L. Pérez-Hernández, F. Higuera-de la Tijera; Hospital General de México Dr. Eduardo Liceaga

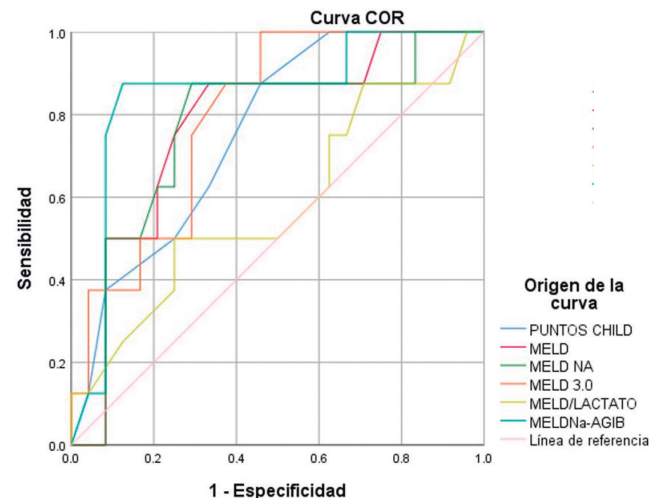
Introducción: Los pacientes con cirrosis descompensada tienen riesgo de sufrir hemorragia variceal con incremento del riesgo de mortalidad. Se dispone de escalas validadas para evaluar el riesgo, pero hasta ahora no existe una escala que evalúe el riesgo de hemorragia variceal y muerte. La escala MELDNa-AGIB (*acute gastrointestinal bleeding*) incluye valores de Na, albúmina, intervalo QTc y antecedente de hemorragia al calcular la mortalidad a seis semanas. Si bien se ha evaluado en otros centros, aún faltan estudios que validen su utilidad.

Objetivo: Evaluar la escala MELDNa-AGIB para predecir el riesgo de muerte en pacientes cirróticos descompensados.

Material y métodos: Estudio retrospectivo, analítico y observacional de una cohorte de pacientes con cirrosis descompensada con hemorragia variceal, en quienes se calculó la escala MELDNa-AGIB y se comparó con MELD, MELD NA, MELD LACTATO Y MELD 3.0 para evaluar su eficacia. Análisis estadístico: se realizaron curvas ROC para determinar el valor pronóstico, de diferentes parámetros, como predictor de mortalidad en los pacientes con hemorragia del tubo digestivo alto variceal; se consideró una significancia estadística < 0,05 y se determinaron la sensibilidad y la especificidad de acuerdo con el punto de corte de la curva ROC en las que resultaron significativas.

Resultados: Se incluyó a 32 pacientes, con 56,2% de hombres y edad de 57 ± 11; hasta 34,37% tenía una alcohólica, 31,25% MAFLD, 21,87% daño dual, 6,25% virus de hepatitis C, 3,12% hepatitis autoinmunitaria y 3,12% causa no relacionada. El 50% de los pacientes registró QTc prolongado (> 456 ms) mediante fórmula de Fridericia y 67,2% antecedente de hemorragia variceal previa. La escala MELDNa-AGIB mostró AUROC = 0,849 (IC95%, 0,681-1; p = 0,004) (Fig. 1), con una sensibilidad y especificidad del 87,5% y 83%, respectivamente, a un punto de corte de 17 para MELDNa-AGIB; para el parámetro MELD/Lactato, la AUROC para predecir mortalidad fue significativamente menor.

Figura 1. Análisis comparativo entre las diferentes escalas en pacientes con hemorragia variceal y cirrosis hepática. (Mar317)



Conclusiones: Si bien este grupo de estudio es pequeño, la escala MELD-NA-AGIB mostró un desempeño significativo para predecir mortalidad a seis semanas en pacientes que desarrollaron hemorragia variceal.

Financiamiento: No se contó con financiamiento.

Mar318

PREDICTORES DE MORTALIDAD EN FALLA HEPÁTICA AGUDA SOBRE CRÓNICA EN POBLACIÓN MEXICANA

G. Zafra-Hernández, K. E. Pérez-Reséndiz, R. Sandoval-Salas, Centro Médico Nacional Siglo XXI, Hospital de Especialidades Bernardo Sepúlveda, IMSS

Introducción: La falla hepática aguda sobre crónica (ACLF, *acute-on-chronic liver failure*) es el deterioro agudo de la función hepática que se desarrolla en pacientes con cirrosis hepática, la cual se caracteriza por la disfunción de diferentes órganos. Tiene una tasa de mortalidad más elevada con respecto a los pacientes que no desarrollan esta entidad (33,9% vs. 4,7%). Identificar predictores de mortalidad hospitalaria en estos pacientes puede ayudar a guiar un tratamiento médico.

Objetivo: Determinar los predictores de mortalidad en falla hepática aguda sobre crónica en la población mexicana e identificar las características demográficas de los pacientes con ACLF y su mortalidad a los 7, 28, 90 y 180 días. Asimismo, notificar las áreas bajo la curva (AUC), sensibilidad y especificidad de las escalas AARC, MELD, MELD-Na, MELD 3.0, CLIF-SOFA, CLIC-C ACLF, Child-Pugh y relación lactato-albúmina.

Material y métodos: Se realizó un estudio observacional, retrospectivo y unicéntrico que incluyó a sujetos con diagnóstico de ACLF de acuerdo con los criterios de la Asociación Europea de Estudio del Hígado (EASL-CLIF) hospitalizados entre 2017 y 2022. Se excluyó a los pacientes con enfermedades extrahepáticas crónicas terminales, hepatocarcinoma y neoplasias extrahepáticas. Análisis estadístico: se realizó estadística descriptiva con porcentajes; según fuera la distribución de las variables, se utilizaron t de Student o U de Mann-Whitney. Para las variables categóricas se utilizó ji cuadrada. Se realizaron curvas ROC. En todas las evaluaciones se obtuvieron áreas bajo la curva, especificidad, sensibilidad, con un $p < 0,05$ como estadísticamente significativo. Se utilizó el sistema SPSS v.25.

Resultados: Se incluyó a 186 sujetos, con 51,10% (n = 95) que correspondió a mujeres y una edad media de 56,95 (DE, 12,42) años. La principal causa fue la enfermedad de hígado graso no alcohólica (EHGNA) en 29% (n = 54) de los sujetos. El principal precipitante fue infeccioso en 59,07% (n = 111); el 84,90% (n = 158) de los individuos tenía antecedente de descompensación previa. En cuanto al tipo de falla ocurrida, la falla renal fue la más frecuente en un 71%. En la evaluación para clase ACLF al ingreso, el 41,40% (n = 77) de los sujetos tuvo una clase III, 38,70% (n = 72) clase II y 19,90% (n = 37) clase I. A los siete días falleció el 39,5% (n = 73) de la población, a los 28 días el 78,9% (n = 146), a los 90 días el 85,9% (n = 159) y a los 180 días el 93% (n = 172). La población registró una media para estancia hospitalaria de 6,33 (DE, 4.950) días. La falla circulatoria, coagulación hepática y síndrome hepatorenal se vincularon con mortalidad ($p < 0,05$). Los valores bioquímicos con significancia para la mortalidad a los siete días fue el conteo de plaquetas y leucocitos, a los 28 días la glucosa y a los 90 y 180 días los valores de bilirrubina, ALT, AST y glucosa. Los betabloqueadores se relacionaron con reducción de la mortalidad a los 90 días y el índice lactato-albúmina no fue útil. En la evaluación de mortalidad a los 7, 28 y 90 días, CLIF-SOFA tuvo mayor AUC y a los 180 días la escala CLIF-C.

Conclusiones: Se encontró significancia estadística para los instrumentos SCORE AARC, CLIF-SOFA, CLIF-C, Child-Pugh, MELD, MELD 3.0 y MELD-NA para mortalidad. La falla circulatoria, falla de la coagulación, falla hepática y síndrome hepatorenal se acompañaron de mortalidad ($p < 0,05$).

Financiamiento: El estudio no tuvo financiamiento.

Mar319

FACTORES DE RIESGO PARA PRESENTAR TRASTORNO SEXUAL SEGÚN CRITERIOS DEL DSM-V EN PACIENTES CON CIRROSIS HEPÁTICA

J. I. Cervantes-Contreras, L. M. Cruz-Rodríguez, F. A. Félix-Téllez, J. M. Aldana-Ledesma, E. S. García-Jiménez, D. H. Tovar-Chávez, D. A. Ortiz-Hernández, S. M. Barceló-Valdez, J. A. Velarde-Ruiz Velasco, Hospital Civil de Guadalajara Fray Antonio Alcalde

Introducción: La OMS definió la salud sexual como “la integración de los aspectos somáticos, emocionales, intelectuales y sociales del ser sexual de manera que sean positivamente enriquecedores y mejoren la personalidad, la comunicación y el amor”. Las disfunciones sexuales son un grupo heterogéneo de trastornos que se caracterizan de forma típica por una alteración clínicamente significativa en la capacidad de una persona para responder sexualmente o experimentar placer sexual.

Objetivo: Determinar si existe un nexo en los diferentes grupos de edad, consumo de fármacos, comorbilidades, etiología, estadio de la cirrosis y paraclínicos entre pacientes cirróticos con trastorno sexual, trastorno de interés/excitación sexual femenino y trastorno de deseo sexual hipoactivo en el varón.

Material y métodos: Se trata de un estudio prospectivo, transversal y analítico que incluyó a pacientes con diagnóstico de cirrosis hepática y seguimiento por consulta externa del servicio de gastroenterología del HCFAA del 1 de abril del 2021 al 30 de octubre del 2022. Los criterios de inclusión fueron edad de 18 a 65 años y hombres y mujeres con diagnóstico de cirrosis hepática de cualquier causa con antecedente de actividad sexual. A los sujetos que cumplieron los criterios de inclusión se les aplicaron los criterios del DSM-5 para trastorno de interés/excitación sexual femenino o trastorno de deseo sexual hipoactivo masculino, según correspondiera.

Resultados: Se incluyó a 86 pacientes con diagnóstico de cirrosis hepática, de los cuales 62 fueron hombres, y se les aplicaron los criterios para trastorno de deseo sexual hipoactivo masculino y 24 mujeres con criterios del trastorno de interés/excitación sexual femenino, según el DSM-V. La principal causa de la cirrosis hepática en estos pacientes se relacionó con el consumo del alcohol con un 60,4% (n = 53), seguido de la infección crónica por VHC con 17,4% (n = 15) y hepatitis autoinmunitaria con 8,1% (n = 7). En relación con la etapa de avance de la enfermedad hepática y según la escala de CPT, 22% (n = 19) correspondía a la clase A, 45,3% (n = 39) a la clase B y 33,7% (n = 28) a la clase C; asimismo, por puntuación de MELD la media fue de 17,1 y para la MELD-Na de 19,1. Con el consumo de medicamentos, 37,2% (n = 32) consumía espironolactona, 22% (n = 19) furosemida y 38,3% (n = 33) propranolol. Respecto del análisis de comparación de grupos (cirróticos con disfunción y cirróticos sin disfunción) no se observó relación estadísticamente significativa entre la edad, causa de la cirrosis, estadio de la enfermedad (Child-Pugh, MELD), comorbilidades (HTA, DM), administración de fármacos y trastorno sexual en los pacientes. De los parámetros bioquímicos se observó una diferencia estadísticamente significativa en los valores de sodio de ambos grupos (124 mmol/L vs. 131 mmol/L, $p = 0,01$). En el análisis de regresión logística binaria se observó que la hiponatremia (< 135 mmol/L) elevaba el riesgo de

trastorno sexual (RR, 5.063 [1.697-15.106]; $p = 0,004$). De igual modo, se buscó diferencia con el resto de los parámetros bioquímicos en los que no se observó diferencia estadísticamente significativa; sin embargo, se reconoció una tendencia no significativa en cuanto a los valores de plaquetas (130.540/ μ L vs. 114.120/ μ L, $p = 0,47$), cifras séricas de Cr (2,05 mg/dL vs. 1,13 mg/dL, $p = 0,23$) y concentraciones de AST (95,51 UI/L vs. 62,21 UI/L, $p = 0,69$).

Conclusiones: Las disfunciones sexuales en los pacientes con cirrosis hepática son frecuentes. La fase de avance y la causa de la enfermedad, edad, consumo de fármacos y comorbilidades no se vinculan con trastorno sexual. La hiponatremia es un factor de riesgo para desarrollar disfunción sexual en los pacientes con cirrosis hepática.

Financiamiento: Los investigadores patrocinaron en su totalidad este trabajo.

Mar320

VALIDACIÓN DE ENCEFALAPP-STROOP TEST, QUICKSTROOP Y PRUEBA DE NOMBRAR ANIMALES EN UN MINUTO COMO HERRAMIENTAS DIAGNÓSTICAS DE ENCEFALOPATÍA HEPÁTICA MÍNIMA EN EL NORESTE DE MÉXICO

J. F. Ortiz-Treviño, A. L. Kuljacha-Gastélum, A. Tovar-Durán, M. E. Wade-Isidro, Unidad Médica de Alta Especialidad No. 25, Hospital General de Zona No. 33, Hospital General de Zona No. 17, Instituto Mexicano del Seguro Social

Introducción: La encefalopatía hepática mínima (EHM) se caracteriza por un déficit cognitivo y psicomotor en ausencia de síntomas clínicos de encefalopatía hepática, afecta la calidad de vida de los pacientes y eleva el riesgo de sufrir episodios de encefalopatía hepática manifiesta. Su prevalencia varía de 20% a 80% de los pacientes con cirrosis, lo cual refleja la variabilidad de su definición y el diagnóstico. No existe una norma de referencia para su diagnóstico; se ha considerado la PHES, pero es compleja y consume tiempo, de tal manera que en la práctica clínica se usa muy poco.

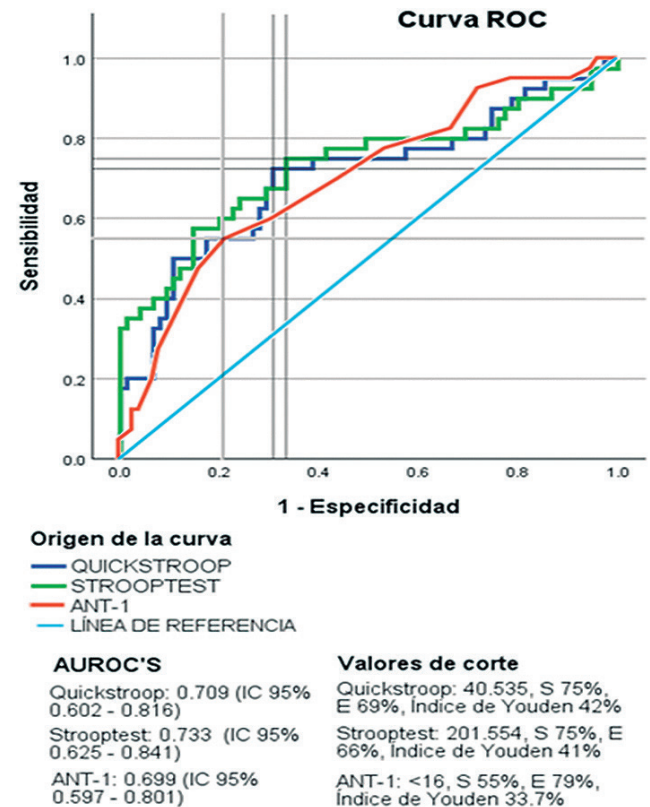
Objetivo: Validar tres pruebas diagnósticas para EHM más accesibles y sencillas de aplicar en la práctica clínica y en la población: *EncefalApp Stroop Test*, *QuickStroop* y la prueba de nombrar animales en un minuto.

Material y métodos: Se consideró a pacientes con cirrosis de cualquier causa mayores de 15 años sin antecedente de EH manifiesta, atendidos en tres hospitales del IMSS de Monterrey, en el periodo de diciembre de 2022 a julio de 2023, sin incluir a los pacientes en tratamiento con fármacos antimonio, antibióticos o psicoactivos, analfabetos, y sujetos con daltonismo, discapacidad visual o mental. Tipo de estudio: observacional, descriptivo, prospectivo y transversal. Variables analizadas: edad, género, escolaridad, Child-Pugh, MELD-Na, causa de la cirrosis, puntuaciones obtenidas en pruebas de EHM, presencia o ausencia de diabetes, hipertensión, obesidad, ascitis e hipertensión portal clínicamente significativa. Se utilizó la prueba PHES como norma de referencia con una puntuación < -4 para definir EHM. Análisis estadístico: se usó la versión 29 de SPSS para analizar los resultados con medidas de tendencia central y de dispersión para la estadística descriptiva. Se comparó la presencia o ausencia de EHM por PHES con la prueba U de Mann-Whitney para las variables cuantitativas y la prueba exacta de Fisher para las cualitativas. Se crearon curvas ROC para determinar la eficacia diagnóstica de las pruebas aplicadas y se obtuvo un punto de corte basado en el índice de Youden.

Resultados: Se analizó a 115 pacientes. Se registró una prevalencia de EHM del 34,8% y se encontró una relación estadísticamente

significativa entre la presencia o ausencia de EHM y la escolaridad, años de estudio, nivel de ingresos y puntuaciones obtenidas en las pruebas estudiadas ($p < 0,05$). No se reconocieron diferencias significativas en el resto de las variables entre pacientes con EHM y sin ella. Se crearon curvas ROC para las pruebas de *EncefalApp-Stroop Test*, *Quickstroop* y prueba de nombrar animales en un minuto con AUROC de 73,3%, 70,9% y 69,9%, respectivamente. Se establecieron valores de corte de 201.554 con sensibilidad del 75% y especificidad del 66% para *Stroop test*, 40.535 con sensibilidad del 75% y especificidad del 69% para *Quickstroop* y < 16 animales con sensibilidad del 55% y especificidad del 79% (Fig. 1).

Figura 1. Curvas ROC de las mediciones *EncefalApp-Stroop Test*, *Quickstroop* y prueba de nombrar animales en un minuto. Se muestran las áreas bajo la curva ROC (AUROC) y los valores de corte de acuerdo con el índice de Youden para cada una de las pruebas. ANT-1, prueba de nombrar animales en un minuto; IC, intervalo de confianza; S, sensibilidad; E, especificidad. (Mar320)



Conclusiones: Los parámetros *EncefalApp-Stroop Test*, *Quickstroop* y la prueba de nombrar animales en un minuto son mediciones útiles y sencillas de aplicar en el diagnóstico de la EHM. *EncefalApp-Stroop Test* y *Quickstroop* tuvieron un buen rendimiento diagnóstico, mientras que la prueba de nombrar animales en un minuto mostró un rendimiento moderado.

Financiamiento: No se recibió financiamiento de ningún tipo.

Mar321

EFICACIA Y SEGURIDAD DE L-ORNITINA-L-ASPARTATO ENDOVENOSA EN PACIENTES CON ENCEFALOPATÍA DE GRADOS III Y IV

G. Rangel-Zavala, L. V. Cupil-Escobedo, F. Higuera-de la Tijera, J. L. Pérez-Hernández, Hospital General de México Dr. Eduardo Liceaga

Introducción: La encefalopatía hepática (EH) es una complicación muy frecuente de pacientes con cirrosis y un motivo constante de ingresos hospitalarios. Se relaciona con una alta morbilidad y mortalidad. El amonio y la inflamación son los principales desencadenantes de la aparición de encefalopatía hepática. El L-ornitina-L-aspartato (LOLA) es un medicamento que proporciona sustancias precursoras para la síntesis de glutamina a las células perivenosas, lo cual acelera la detoxificación del amonio a través de la síntesis de glutamina en el hígado, el encéfalo y el tejido muscular.

Objetivo: Evaluar la eficacia y seguridad de LOLA endovenosa en pacientes con EH grado III-IV.

Material y métodos: Estudio retrospectivo y analítico de pacientes hospitalizados con diagnóstico de cirrosis y EH de grados III y IV admitidos en el Hospital General de México en el servicio de gastroenterología entre septiembre de 2022 y abril de 2023. Todos los pacientes recibieron LOLA (50 g/24 h IV) en infusión continua hasta por 48 h, así como disacárido no absorbible y antibiótico de acción intraluminal. Se excluyó a los pacientes con lesión renal. Se realizó estadística descriptiva con medidas de tendencia central y dispersión; se consideró mejoría cuando la EH regresó cuando menos un grado y se evaluaron los efectos adversos.

Resultados: Se incluyó a 32 pacientes, con edad de 55 años \pm 9,6, 13 mujeres (40,6%) y 19 hombres (59,4%); 8 (25%) pacientes eran Child-Pugh B y 24 (75%) C, con MELD de 19,03 \pm 6,08 y MELD NA de 21,6 \pm 7,19. La causa más frecuente fue el alcohol en 14 (43,8%), seguido por MAFLD en 9 (29,1%). Todos los pacientes cursaban con encefalopatía hepática de grados III y IV. Los principales precipitantes fueron sepsis (53%), hemorragia (25%), diuréticos (6,3%) y desequilibrio hidroelectrolítico (3,1%). Respondieron al tratamiento 24 (75%) pacientes y no lo hicieron 8 (25%); no se documentaron efectos adversos.

Conclusiones: El uso de LOLA endovenosa para el tratamiento de la encefalopatía hepática de grados III y IV demostró ser eficaz y segura. Estos resultados respaldan su utilización como una opción terapéutica para la encefalopatía hepática en esta población de enfermos.

Financiamiento: Sin financiamiento.

Mar322

CARACTERÍSTICAS DE PACIENTES CON PERITONITIS BACTERIANA ESPONTÁNEA, FALLA AL TRATAMIENTO Y RESISTENCIA ANTIMICROBIANA

G. Rangel-Zavala, J. L. Pérez-Hernández, F. Higuera-de la Tijera, Hospital General de México Dr. Eduardo Liceaga

Introducción: Las infecciones bacterianas están presentes hasta en un tercio de los pacientes con cirrosis hospitalizados. La peritonitis bacteriana espontánea (PBE) es una complicación frecuente y grave de los pacientes con cirrosis y ascitis. Uno de los aspectos más desafiantes en su atención clínica es la creciente resistencia antimicrobiana observada en los patógenos causantes de la infección; por consiguiente, puede ser un factor determinante en el fracaso terapéutico y el empeoramiento del pronóstico del paciente.

Objetivo: Investigar la resistencia antimicrobiana en casos de peritonitis bacteriana espontánea, caracterizar a los patógenos causales y analizar las tendencias de susceptibilidad en la población mexicana.

Material y métodos: Estudio observacional, transversal y retrolectivo, de tipo serie de casos. Se incluyó a pacientes hospitalizados con peritonitis bacteriana espontánea admitidos en el Hospital General de México en el servicio de gastroenterología entre noviembre de 2021 y junio de 2023. Los resultados se analizaron mediante estadística descriptiva.

Resultados: Se incluyó a 62 pacientes de los cuales 34 (54,8%) fueron hombres, con media de edad de 56 \pm 12 años; 43 (69,4%) tenían clasificación de Child C y 19 (30,6%) Child B; en 31 (50%) no se logró el aislamiento en el cultivo de ascitis y se catalogaron como ascitis neutrocítica (AN), con 37 (59,7%) infecciones adquiridas en la comunidad y 25 (40,3%) relacionadas con cuidados de la salud. En términos globales, 34 (54,8%) no respondieron al tratamiento antimicrobiano empírico (cefotaxima) y fallecieron 32 (51,6%). Las bacterias aisladas más frecuentes se muestran en la **Tabla 1**. Entre los cultivos que resultaron positivos y en los que se logró analizar el antibiograma se detectaron las siguientes frecuencias de resistencia a diferentes antibióticos: 8 (25,8%) cefotaxima, 9 (29%) ciprofloxacina, 7 (22,6%) norfloxacina, 11 (35,5%) trimetoprim/sulfametoxazol, 5 (16,1%) ampicilina/sulbactam, 3 (9,7%) amikacina, 4 (12,9%) tigeciclina, 12 (38,7%) ampicilina, 1 (3,2%) linezolid, 4 (12,9%) moxifloxacina, 10 (32,3%) cefepima, ceftriaxona y ceftazidima, 5 (16,1%) meropenem y ertapenem, y 3 (9,7%) gentamicina; no se identificó ninguna resistencia a la vancomicina.

Tabla 1. Análisis multivariado para identificar los principales factores de riesgo relacionados con mortalidad en pacientes con peritonitis bacteriana espontánea. (Mar322)

Bacteria aislada	Frecuencia	Porcentaje
<i>A. baumannii</i>	1	1,6
<i>Aeromonas sobira</i>	1	1,6
<i>E. coli</i>	12	19,4
<i>E. coli</i> (BLEE)	6	9,7
<i>Enterococcus gallinarum</i>	1	1,6
<i>Enterococcus faecalis</i>	1	1,6
<i>K. pneumoniae</i>	3	4,8
<i>S. agalactiae</i>	1	1,6
<i>S. aureus</i>	1	1,6
<i>S. haemolyticus</i>	1	1,6
<i>S. pneumoniae</i>	1	1,6
Salmonela entérica	1	1,6
<i>Streptococcus spp.</i>	1	1,6
Sin desarrollo	31	50,0
Total	62	100,0

Conclusiones: Existe un gran problema con la imposibilidad de aislar efectivamente las bacterias causales en el cultivo de ascitis; es alarmante la falla terapéutica al esquema empírico, ya que en los casos de AN (en los que no se logra aislar la bacteria en cultivo) no existe forma de ajustar el tratamiento antimicrobiano, más allá de los esquemas empíricos. Además, la resistencia a muchos antibióticos supera el 20% (esquemas subóptimos), lo cual dificulta la selección de los esquemas terapéuticos efectivos en estos pacientes, en particular en el escenario de la AN.

Financiamiento: No se dispuso de financiamiento.

Mar323

FACTORES DE RIESGO DE MUERTE POSQUIRÚRGICA EN PACIENTES CON CIRROSIS HEPÁTICA

M. Pacheco-Serrano, I. García-Juárez, J. Córdova-Gallardo, D. Medina-Julio, Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán/Hospital General Dr. Manuel Gea González

Introducción: En comparación con la población general, los pacientes con cirrosis hepática tienen mayor riesgo de muerte posoperatoria. La identificación de los factores de riesgo de muerte posquirúrgica en pacientes con cirrosis hepática cobra relevancia en la actualidad, no sólo por el incremento de la prevalencia de la hepatopatía crónica avanzada, sino por el aumento de la expectativa de vida de dichos pacientes.

Objetivo: Determinar qué factores de riesgo se relacionan con mortalidad posquirúrgica en pacientes mexicanos con cirrosis hepática.

Material y métodos: Se trata de un estudio observacional, de cohorte retrospectiva, que incluyó a pacientes con cirrosis hepática intervenidos quirúrgicamente entre 2015 y 2022 en dos hospitales de la Ciudad de México. Se recabaron distintas variables sociodemográficas, clínicas y bioquímicas relevantes y, mediante análisis de riesgos proporcionales de Cox, se determinó su vinculación con mortalidad posterior a la intervención quirúrgica.

Resultados: Se incluyeron los datos de 288 procedimientos quirúrgicos practicados en 173 pacientes. La mediana de edad fue de 60 años (IQR 52-68) y 59,8% correspondió a pacientes del sexo femenino. La mediana de seguimiento fue de 432 días (IQR 98-1189). Las causas de hepatopatía crónica más identificadas fueron hígado graso no alcohólico (36,4%) y hepatitis virales (21,4%). La mayoría de los pacientes ya había sufrido algún episodio de descompensación con anterioridad (69,9%) y pertenecía a las clases B y C de Child-Pugh (62,4%), con una mediana de MELD-Na de 15 (IQR 10-21).

En relación con otras comorbilidades, las más reconocidas fueron diabetes mellitus (40,5%) e hipertensión arterial (33,5%). Con respecto a su estado físico preoperatorio, 57,2% de los pacientes pertenecía a la clase ASA IV. Los tipos de intervención quirúrgica más practicados correspondieron a cirugías abdominales abiertas (39,3%), cardiotorácicas (16,8%) y de la pared abdominal (15,6%). Una gran proporción de intervenciones se consideró de emergencia (43,4%).

Se calculó una mortalidad a 30, 90 y 180 días de 11,6%, 16,8% y 18,5%, respectivamente. Se encontró que un MELD-Na > 20 puntos se vinculó de forma significativa con muerte a 30 (HR, 6,33; IC95%, 2,7-14,84; $p = 0,00$), 90 (HR, 3,62; IC95%, 1,96-6,72; $p = 0,00$) y 180 días posteriores a la intervención (HR, 4; IC95%, 2,2-7,26; $p = 0,00$). El hecho de que un procedimiento se realizara con carácter de

emergencia, y que no perteneciera a los tipos de cirugías abdominales laparoscópicas y de la pared abdominal, se relacionó de forma significativa con muerte a 90 (HR, 2,44; IC95%, 1,02-5,8; $p = 0,045$; y HR, 10,96; IC95%, 2,6-46,4; $p = 0,001$, respectivamente) y 180 días (HR, 2,35; IC95%, 1,04-5,3; $p = 0,04$; y HR, 12,42; IC95%, 2,9-52; $p = 0,001$, respectivamente), pero no con mortalidad a 30 días. En contraste, una concentración de nitrógeno ureico en sangre (BUN) > 21 mg/dl se vinculó de forma independiente con muerte a 30 (HR, 3,9; IC95%, 1,44-10,6; $p = 0,07$) y 90 días (HR, 2,2; IC95%, 1,14-4,22; $p = 0,018$), pero no con mortalidad a 180 días. Los hallazgos anteriores se representaron de forma gráfica por medio de curvas de supervivencia acumulada (Fig. 1).

Conclusiones: Un MELD-Na > 20 puntos se vinculó de forma independiente con mortalidad posquirúrgica a corto y largo plazos. Un procedimiento quirúrgico de emergencia y los procedimientos distintos de las cirugías abdominales laparoscópicas y de la pared abdominal se acompañaron de riesgo de muerte posquirúrgica a largo plazo, mas no a corto plazo. En cambio, una concentración sérica de BUN > 21 mg/dL se vinculó de forma significativa con riesgo de muerte posoperatoria en el corto plazo.

Financiamiento: No se recibió financiamiento de ningún tipo.

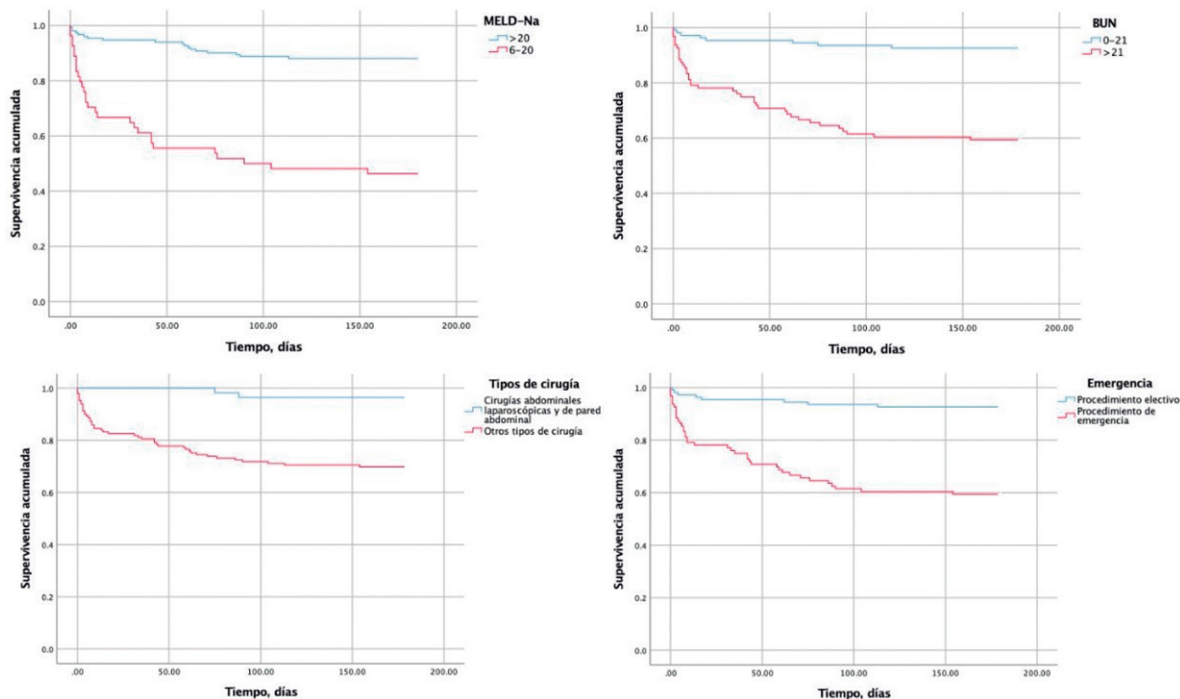
Mar324

CAMBIOS INMEDIATOS DEL ESTADO MENTAL EN PACIENTES CON ENCEFALOPATÍA HEPÁTICA MÍNIMA TRATADOS CON L-ORNITINA-L-ASPARTATO

A. D. Santana-Vargas, C. I. Hinojosa-Segura, D. Montemira-Orozco, J. Zavala-Ramírez, I. G. Cruz-Reyes, M. Escobedo-Silva, F. Higuera-de la Tijera, J. L. Pérez-Hernández, Hospital General de México Dr. Eduardo Liceaga

Introducción: La encefalopatía hepática mínima (EHM) se caracteriza por cambios cognitivos muy sutiles que se diagnostican con el *Psychometric hepatic encephalopathy score* (PHES) y la frecuencia crítica de

Figura 1. Curvas de supervivencia acumulada. (Mar323)



parpadeo (FCP) y, de forma experimental, con los potenciales evocados cognitivos P300. Los valores diagnósticos son -4 desviaciones estándar (DS) en el PHES, FCP < 39 Hz y latencia aumentada del P300 respecto de los controles. Luego del tratamiento con L-ornitina-L-aspartato (LOLA) (18 g/30 días), aumenta la puntuación del PHES y la FCP y disminuye la latencia del P300. A corto plazo se desconoce si hay cambios en estos tres indicadores de los pacientes con EHM.

Objetivo: Detectar cambios del estado mental a corto plazo en las pruebas PHES y FCP y el potencial cognitivo P300 de pacientes con EHM tratados con LOLA de 18 g por tres días.

Material y métodos: Se incluyó a pacientes con diagnóstico de cirrosis hepática que acudieron a la clínica de hígado del servicio de gastroenterología del Hospital General de México Eduardo Liceaga. Se les aplicaron las pruebas PHES y FCP. El potencial cognitivo P300 se determinó con una prueba de discriminación visual en la que se registra el electroencefalograma al tiempo que se presentan dos imágenes mostradas de forma aleatoria. La primera requiere una respuesta (presionar el botón del ratón) y posee menor proporción (20%) y la segunda se ignora (80%), de tal forma que al detectar la de menor proporción y emitir una respuesta se genera el P300. El tiempo de respuesta es la latencia al P300. El criterio para EHM fue una puntuación de la prueba PHES < -4 DS y además una puntuación $< 39,0$ Hz en la prueba FCP. A los pacientes con EHM se les proporcionó LOLA (6 g/3 veces por día) por tres días. Posteriormente se repitieron las pruebas PHES, FCP y P300.

Resultados: Se incluyó a 89 pacientes con cirrosis hepática, 54 (60,7%) de ellos mujeres, con media de $53 \pm 7,9$ años y $8,3 \pm 3,4$ años de escolaridad. Fueron positivos a PHES 57 pacientes (64,0%) y 64 a FCP (71,9%). Se identificó EHM (positividad a PHES y FCP) en 53 pacientes (59,6%). Aceptaron tratamiento con LOLA o completaron las tres pruebas 36 pacientes (68%), de los cuales 16 las repitieron. La mediana del PHES antes del tratamiento fue $-5,0$ DS (-1 a -6) y después del tratamiento con LOLA de $-3,0$ DS (-2 a -4). La diferencia fue significativa para la prueba de Wilcoxon de muestras pareadas ($p < 0,0001$). La media inicial de la FCP fue de $37,03 \pm 1,8$ Hz y la final de $39,8 \pm 2,1$ Hz. La diferencia fue significativa para la prueba t de Student para muestras relacionadas ($p < 0,0001$). Como se muestra en la **Figura 1**, el potencial P300 tuvo una amplitud inicial de $2,42 \pm 2,9$ y una final de $2,21 \pm 2,19$ y no fue significativa; en contraste, con la latencia inicial de $410,06 \pm 63$ ms y la final de $404,88 \pm 63,6$ ms fue significativa después del tratamiento con LOLA ($p = 0,015$).

Conclusiones: Se observó mejoría inmediata en el estado cognitivo de los pacientes con encefalopatía hepática mínima en respuesta al

tratamiento con LOLA por tres días. Aumentó la puntuación de las pruebas PHES, y FCP y disminuyó la latencia de los potenciales evocados P300. Dado que ya se conocen estos efectos a 30 días, las tres pruebas demostraron que son indicadores de respuesta al tratamiento a corto y largo plazos.

Financiamiento: Los autores no recibieron financiamiento para realizar la investigación.

Mar325

USO DE LA PRUEBA S-ANT PARA EL ESCRUTINIO DE LA ENCEFALOPATÍA HEPÁTICA MÍNIMA

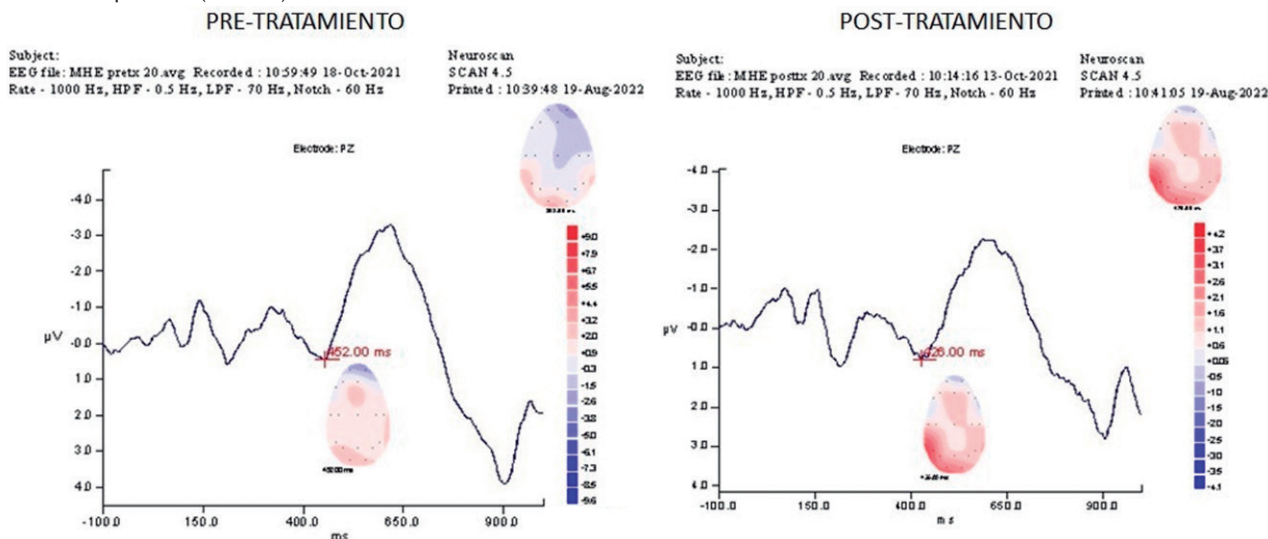
A. D. Santana-Vargas, F. Higuera-de la Tijera, S. J. Lozada-Calle, C. Calderón-Mendoza, C. Barragán-Pastén, R. García-Peniche, I. A. García-Espinosa, J. L. Pérez-Hernández, Hospital General de México Dr. Eduardo Liceaga

Introducción: La encefalopatía hepática mínima (EHM) es una complicación de la cirrosis hepática con múltiples alteraciones neuromusculares, neurológicas y psiquiátricas subclínicas, en particular las anomalías cognitivas. La EHM se relaciona con mayor riesgo de accidentes y deterioro de la calidad de vida y puede detectarse con pruebas como el *Psychometric hepatic encephalopathy score* (PHES) y la frecuencia crítica de parpadeo (FCP). Una prueba útil para reconocer la EHM es la prueba de denominación de animales (S-ANT), la cual aún no se ha validado en la población mexicana. La prueba es positiva si se denominan menos de 15 animales en un minuto.

Objetivo: Determinar el punto de corte de la prueba S-ANT para identificar EHM en pacientes con cirrosis sin EH manifiesta.

Material y métodos: Estudio transversal, observacional, prospectivo y prolectivo. Se incluyó a pacientes cirróticos atendidos en la consulta de hepatología sin evidencia de encefalopatía clínica; se excluyó a aquellos sometidos a cualquier medida antiamonio previa en los últimos seis meses, con consumo de alcohol en los seis meses anteriores o creatinina basal $> 1,5$ mg/Dl. Los pacientes con cirrosis de diferente causa sin EH manifiesta fueron objeto de las pruebas S-ANT, PHES, Flicker. La sensibilidad y especificidad se determinaron con el punto de corte de la AUROC para la calificación de la S-ANT para MHE+. Se consideró EHM cuando las pruebas PHES (-4 desviaciones estándar) y FCP (< 39 Hz) fueron positivas para EHM. La puntuación de la prueba S-ANT de pacientes con y sin MHE se

Figura 1. Promedio del potencial evocado P300 en los pacientes con encefalopatía hepática mínima antes y después del tratamiento con L-ornitina-L-aspartato. (Mar324)



comparó con la prueba t de Student para grupos independientes con un valor alfa < 0,05.

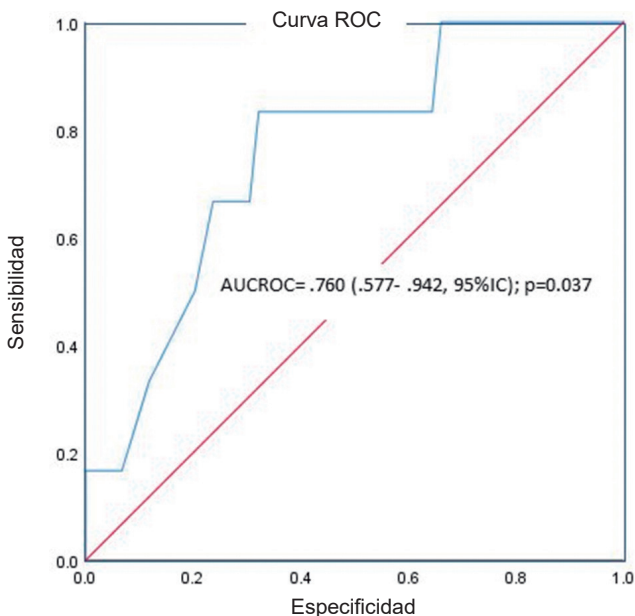
Resultados: Se evaluó a 83 pacientes con cirrosis; 12 (14,5%) tenían EHM basal, 43 (51,83%) fueron mujeres, la media de edad fue de $52,7 \pm 7,5$ años, la mediana de escolaridad fue de 8,3 años (intervalo, 0-17), y la causa de la cirrosis fue: alcohol en 39 (47,0%), cirrosis biliar primaria en 9 (28,9%), hígado graso metabólico en 17 (20,5%) y virus de la hepatitis C en 18 (21,7%). De acuerdo con la clasificación de Child-Pugh: 57 (68,7%) A, 25 (30,1%) B y 1 (1,2%) C.

La media de la S-ANT para MHE- fue de $19,35 \pm 5,4$ y para MHE+ de $14,7 \pm 5,6$ ($p = 0,024$). Como se observa en la **Figura 1**, la AUROC fue significativa, 0,760 (IC95%, 0,577-0,942; $p = 0,037$), con una sensibilidad de 83% y especificidad de 77%, y punto de corte de 17,5 palabras.

Conclusiones: En la población mexicana, la prueba S-ANT diferencia de forma confiable a los pacientes con encefalopatía hepática mínima. El punto de corte fue mayor, comparado con otras versiones en español de la prueba, por lo que es específico de la población. Los resultados de la prueba S-ANT confirmaron el deterioro cognitivo de los pacientes al igual que las pruebas PHES y FCP.

Financiamiento: Los autores no recibieron financiamiento.

Figura 1. Área bajo la curva ROC del número de palabras enunciadas por pacientes cirróticos con encefalopatía hepática mínima y sin ella. (Mar325)



Mar326

PREVALENCIA Y FACTORES PREDICTORES DE DISFUNCIÓN DIASTÓLICA EN PACIENTES CON CIRROSIS DE UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL DE LA CIUDAD DE MÉXICO

J. Gutiérrez-Ortiz, L. A. Revuelta-Rodríguez, Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán

Introducción: La miocardiopatía cirrótica se reconoce en el 50% de los pacientes con cirrosis. La disfunción diastólica del ventrículo izquierdo parece ser la alteración cardíaca más temprana en sujetos con cirrosis y se ha relacionado con complicaciones de la cirrosis, entre ellas lesión renal aguda y encefalopatía hepática. Se ha encontrado una relación entre la gravedad de la cirrosis y el grado de disfunción diastólica y el efecto de esta última en la supervivencia. A

pesar de los resultados controversiales, la disfunción diastólica del ventrículo izquierdo es una anomalía frecuente que no ha recibido la suficiente atención, lo cual podría deberse en parte a la falta de criterios diagnósticos sólidos.

El diagnóstico de disfunción diastólica del ventrículo izquierdo (DDVI) se determina de acuerdo con las pautas de la Sociedad Estadounidense de Ecocardiografía (2016) y los criterios ecocardiográficos: $E/e' > 14$, velocidad septal $e' < 7$ cm/s o velocidad lateral $e' < 10$ cm/s, dilatación de aurícula izquierda (> 34 mL/m²) y velocidad IT $> 2,8$ m/s.

Objetivo: Investigar la prevalencia de disfunción diastólica en pacientes con cirrosis hepática y evaluar la existencia posible de factores que se correlacionen con la disfunción diastólica.

Material y métodos: Se realizó un estudio unicéntrico, retrospectivo y observacional en 189 pacientes con cirrosis hepática sometidos a un ecocardiograma transtorácico (ECOTT) previo entre marzo del 2015 y marzo del 2022. Se incluyó a pacientes mayores de 18 años con diagnóstico de cirrosis hepática y con datos disponibles clínicos y de laboratorio y ecocardiograma transtorácico. Se excluyó a los pacientes con cardiopatía coexistente, incluidas cardiopatía isquémica, miocardiopatía dilatada, cardiopatía reumática y cardiopatía congénita. Los criterios de DDVI ya se mencionaron antes.

Se consideraron variables demográficas, consumo de betabloqueadores o diuréticos, descompensación (ascitis, encefalopatía hepática, lesión renal aguda y sangrado) y valores de laboratorio en los seis meses anteriores o posteriores a la realización del ECOTT.

Las variables categóricas se expresaron en frecuencias y porcentajes y las continuas en medias y desviaciones estándar. Los valores p correspondieron a las pruebas de Wald de significancia estadística para los coeficientes de la regresión logística en relación con disfunción diastólica. Se analizó la supervivencia en pacientes con y sin disfunción diastólica mediante curvas de Kaplan-Meier. Se consideró un valor de $p < 0,05$ como significativo.

Resultados: Se calculó una prevalencia de disfunción del 23%. En cuanto a las características demográficas, no se identificó diferencia respecto del sexo, aunque sí una mayor prevalencia de disfunción diastólica en pacientes más jóvenes. Los individuos con disfunción diastólica pertenecían sobre todo a las clasificaciones de Child B y C. No se registraron diferencias en relación con la causa de la cirrosis, consumo de betabloqueadores o diuréticos, y aparición de complicaciones vinculadas con la cirrosis o las comorbilidades. El BNP fue el único marcador que tuvo una diferencia estadísticamente significativa, con valores más elevados en el grupo de disfunción diastólica (**Tabla 1**).

Conclusiones: La prevalencia de disfunción diastólica en pacientes con cirrosis fue del 23% y se identificó una correlación significativa

Tabla 1. Características demográficas, clínicas y de laboratorio entre pacientes con disfunción diastólica del ventrículo izquierdo y sin ella. (Mar326)

	Sin disfunción diastólica (n = 145)	Con disfunción diastólica (n = 44)	p
Sexo			
Mujer	79 (54,5%)	24 (54,5%)	0,413
Hombre	66 (45,5%)	20 (45,5%)	
Edad	$56,19 \pm 11,96$	$51,23 \pm 14,55$	0,010
Causas			
VHC	33 (22,75%)	11 (25,58%)	-Basal-
MAFLD	22 (15,17%)	9 (20,93%)	0,233
Alcohol	20 (13,79%)	6 (13,95%)	0,472
Autoinmunitaria	35 (24,11%)	8 (18,59%)	0,479
Criptogénica	31 (21,38%)	7 (16,27%)	0,421
Otra	4 (2,76%)	2 (4,64%)	0,542

Child			
A	23 (15,86%)	5 (11,36%)	-Basal-
B	51 (35,17%)	20 (45,45%)	0,012
C	71 (48,96%)	19 (43,18%)	0,012
MELD			
6-9	33 (22,75%)	7 (15,91%)	-Basal-
10-14	55 (37,93%)	20 (45,45%)	0,712
15-19	30 (20,68%)	9 (20,45%)	0,149
≥ 20	27 (18,62%)	8 (18,18%)	0,142
Ascitis			
Sí	99 (68,27%)	31 (70,45%)	0,041
No	43 (29,65%)	13 (29,55%)	
Encefalopatía			
Sí	84 (57,93%)	24 (54,55%)	0,120
No	43 (42,06%)	20 (45,45%)	
Sangrado			
Sí	45 (31,03%)	6 (13,63%)	0,082
No	99 (68,27%)	38 (86,36%)	
LRA			
Sí	82 (56,55%)	27 (61,36%)	0,874
No	63 (43,45%)	17 (38,63%)	
Años del diagnóstico a la ECOTT			
	2,36 ± 2,88	1,61 ± 1,80	0,227
Comorbilidades			
Obesidad (IMC)	33,72 ± 7,65	32,70 ± 2,55	0,285
Sobrepeso (IMC)	27,75 ± 1,38	27,54 ± 1,23	0,137
HAS	29 (20%)	11 (25%)	0,086
Diabetes	44 (30,34%)	7 (15,91%)	0,359
ERC	8 (5,51%)	2 (4,54%)	0,125
Hepatocarcinoma	23 (15,86%)	7 (15,91%)	0,200
Fármacos			
Betabloqueadores	89 (61,38%)	21 (47,72%)	0,112
Diuréticos	100 (68,96%)	31 (70,45%)	0,345
Estudios de laboratorio			
Ancho de distribución eritrocitaria	17,73 ± 3,67	17,36 ± 2,54	0,941
Na	136 ± 4,91	135,8 ± 3,95	0,644
Creatinina	0,94 ± 0,54	0,96 ± 0,44	0,078
Bilirrubina	4,39 ± 5,91	4,93 ± 7,44	0,990
Albúmina	3,08 ± 0,67	3,12 ± 0,74	0,057
BNP	180,4 ± 239,98	237,1 ± 405,13	0,036
Proteína C reactiva	3,54 ± 4,12	2,71 ± 3,56	0,705

entre el grado de disfunción hepática (Child B y C) y el valor de BNP con DDVI; no se observaron diferencias en la supervivencia entre los pacientes con disfunción diastólica y sin ella.

Financiamiento: No se obtuvo ningún financiamiento.

Mar327

USO DE PREDNISONA VS. PREDNISOLONA EN HEPATITIS ALCOHÓLICA AGUDA GRAVE EN POBLACIÓN MEXICANA: UN ESTUDIO ABIERTO, PROSPECTIVO Y CUASIEXPERIMENTAL

L. A. Rosales-Rentería, H. Jaramillo-Ramírez, J. D. Prieto-Nava, J. A. Camacho-Escobedo, P. Sterling-Carrillo, M. L. Torres-Mata, M. Morales-Ibarra, Centro Médico ISSEMyM

Introducción: La hepatitis alcohólica (HA) es una de las principales causas de descompensación en pacientes con enfermedad hepática crónica (EHC) que desarrollan insuficiencia hepática aguda sobre crónica (ACLF, *acute-on-chronic liver failure*). Se ha demostrado que la prednisolona (PL) es un tratamiento que reduce la mortalidad a los 28 días, pero no a los 90 o 365 días, y se recomienda como primaria opción en pacientes sin infección activa y con un valor de función diferenciadora de la calificación de Maddrey modificada (mMDF) ≥ 32, una escala de hepatitis alcohólica de Glasgow (GAHS) ≥ 9 o un modelo para enfermedad hepática en etapa terminal (MELD) > 20. La prednisona (PD) requiere metabolismo hepático para activarse y su uso en pacientes con EHC puede no reflejar la misma utilidad en comparación con la PL, pero se recomienda todavía en lugar de la prednisolona según la opinión de expertos.

Objetivo: Comparar la administración de PL o PD en pacientes con hepatitis alcohólica grave (HAS) en un hospital de atención terciaria en México.

Material y métodos: Este estudio prospectivo, longitudinal y cuasiexperimental se realizó en un centro único que incluyó a todos los pacientes con HAS, mMDF > 32, GAHS > 9 o MELD > 20 sin infección activa al ingreso, que se hospitalizaron en esta institución en Mexicali, México, desde el 1 de enero de 2014 hasta el 30 de abril de 2022. Se obtuvieron las principales características clínicas, bioquímicas y sociodemográficas. El resultado principal fue la mortalidad general a los 30 días (M30) y los resultados secundarios fueron la mortalidad a los 90 días (M90) y el desarrollo de nueva descompensación (FD), definida como la aparición de uno o más de los siguientes episodios: lesión renal aguda (LRA), hemorragia variceal (HV), encefalopatía hepática (EH) de grados III o IV según la escala de West Haven o peritonitis bacteriana espontánea (PBE). Se consideró un valor de $p < 0,05$ como estadísticamente significativo. Los criterios de exclusión fueron todos los pacientes menores de 18 años y aquellos con infecciones activas al ingreso.

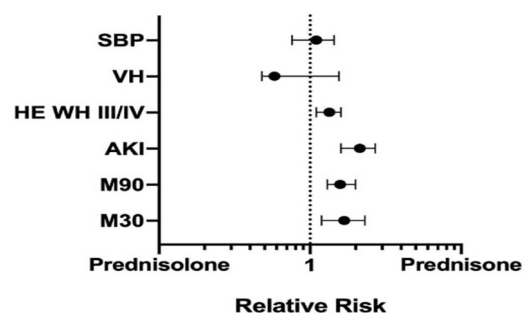
Resultados: Se incluyó a un total de 232 pacientes. A los 30 días tras el inicio del tratamiento falleció un total de 59/119 pacientes que recibieron PD, en tanto que 33/112 pacientes tratados con PL alcanzaron el resultado principal; esta diferencia fue estadísticamente significativa, con un riesgo relativo (RR) de 1,68 (IC95%, 1,19-2,3; $p < 0,001$) y un número necesario para dañar (NND) de 4,9. Los resultados secundarios también fueron significativos para M90 (RR, 1,58; IC95%, 1,3-2,0; $p < 0,001$; NND, 3,4), LRA (RR, 2,13; IC95%, 1,6-2,7; $p < 0,001$; NND, 2,4) y EH (RR, 1,34; IC95%, 1,1-1,6; $p < 0,002$; NND, 5,3) (Fig. 1).

Conclusiones: En pacientes con hepatitis alcohólica aptos para el tratamiento con esteroides, la administración de PD representó un mayor riesgo de mortalidad a los 30 y 90 días, así como de LRA y EH, en comparación con los pacientes que recibieron PL.

Financiamiento: Estudio autofinanciado.

Figura 1. Riesgo relativo acumulado de la administración de prednisona o prednisolona en la hepatitis alcohólica grave (desenlaces primario y secundario). (Mar327)

Prednisolone vs Prednisone on primary and secondary outcomes



Mar328

UTILIDAD DE LAS ESCALAS MELD Y MELD-LACTATO EN PACIENTES CON HEPATITIS ALCOHÓLICA SEVERA, COMO PREDICTOR DE GRAVEDAD Y MORTALIDAD TEMPRANA

F. I. García-Juárez, M. Y. Kuri-Letayf, F. Higuera-de la Tijera, J. L. Pérez-Hernández, D. Santana-Vargas, Hospital General de México Dr. Eduardo Liceaga

Introducción: La enfermedad hepática alcohólica engloba a lesiones diversas, desde la esteatosis hasta la hepatitis alcohólica (HA) y la cirrosis. La HA ocasiona inflamación aguda del hígado. El pronóstico depende de la recuperación del hígado y puede incluir una rápida mejoría o una falla multiorgánica y muerte. Los corticoides son aún la piedra angular del tratamiento y pueden mejorar la supervivencia a corto plazo. Algunas escalas establecen el pronóstico y la respuesta a los esteroides en la HA, con base en marcadores bioquímicos, pero ninguna utiliza concentraciones de lactato. Estas últimas puede estar incrementadas en un paciente con hepatitis. No hay estudios que correlacionen la cifra de lactato con HA. La escala MELD-lactato tiene mejor rendimiento que la escala MELD en pacientes con hepatitis alcohólica para predecir gravedad y mortalidad temprana.

Objetivo: Determinar si la escala MELD-lactato es mejor que la MELD para predecir con mayor exactitud la gravedad y la mortalidad temprana en pacientes con hepatitis alcohólica.

Material y métodos: Estudio retrospectivo, retrolectivo y analítico de enero del 2019 a septiembre del 2022. El tamaño de la muestra se calculó en 28, con un nivel de significancia de 95%, poder estadístico de 80% y error alfa de 5%. Las variables se obtuvieron con estudios de laboratorio al ingreso, incluidas las concentraciones de lactato. Se incluyó a pacientes mayores de 18 años con HA grave. La precisión de las puntuaciones de pronóstico se determinó mediante curvas de características operativas del receptor (ROC) y se calculó el área bajo la curva (AUROC), para sensibilidad y especificidad de escalas predictivas, y MELD-lactato para determinar la mortalidad (a 28 y 90 días). Se realizó una regresión logística para generar ecuaciones; un valor de $p < 0,05$ se consideró estadísticamente significativo. La sensibilidad y la especificidad se establecieron con el punto de corte con el índice de Youden más alto (sensibilidad + especificidad - 1).

Resultados: Se incluyó a 70 pacientes, 59 hombres (84,2%) y 11 mujeres (15,7%), con una edad media de $43,2 \pm 9,8$ años. La mortalidad a 28 días fue de 19 pacientes (27,1%) y a 90 días de 18 (25,7%), para un total de 37 (52%). El resultado del área bajo la curva para MELD-lactato fue, en la mortalidad general, de 0,823 (0,705-0,941; sensibilidad, 81,8%; especificidad, 72,4%), a 28 días de 0,874 (0,780-0,968; sensibilidad, 88,9%; especificidad, 71,3%) y a 90 días no hubo significancia, en comparación con la escala MELD que registró una mortalidad general de 0,741 (0,603-0,878; sensibilidad, 81,8%; especificidad, 66,1%), a 28 días de 0,766 (0,615-0,916; sensibilidad, 88,9%; especificidad, 63,3%) y sin significancia a 90 días. En el resto de las escalas (MELD3.0, ABIC, MADDREY, MELD NA y Glasgow) se observaron menores cifras respecto de la calificación MELD-lactato.

Conclusiones: Los pacientes con hepatitis por alcohol grave tienen una alta mortalidad, temprana o tardía. Las escalas del pronóstico empleadas aún no son tan eficaces; en este estudio se observó que la escala MELD-lactato puede ser una mejor escala para el pronóstico en relación con la mortalidad temprana en pacientes con hepatitis por alcohol, ya que mostró un mejor rendimiento que todas las otras escalas utilizadas. Aunque deben confirmarse estos resultados en otros centros hospitalarios, puede recomendarse su uso.

Financiamiento: Recursos propios de los investigadores.

Mar329

DESENLACES DE PACIENTES CON DIAGNÓSTICO DE FALLA HEPÁTICA AGUDA EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL Y CENTRO DE REFERENCIA DE TRASPLANTE HEPÁTICO DE LA CIUDAD DE MÉXICO

L. A. Estrella-Sato, N. C. Flores-García, J. H. Hernández-Félix, A. Ruiz-Margáin, M. Vilatobá-Chapa, R. Cruz-Martínez, J. L. Zamudio-Bautista, R. P. Leal-Villalpando, Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán

Introducción: La falla hepática aguda (FHA) se define como un proceso agudo de disfunción hepática caracterizado por desarrollo de ictericia, encefalopatía hepática (EH) y coagulopatía. Es una entidad de alta mortalidad a pesar de los avances terapéuticos de los últimos años. Antes de la protocolización del trasplante hepático en estos pacientes, la mortalidad descrita era de 80%. Hoy en día no existe ningún estudio en México que describa los desenlaces y principales causas de la FHA.

Objetivo: Describir los desenlaces y las causas de los pacientes con diagnóstico de falla hepática aguda atendidos en el INCMNSZ, así como las variables vinculadas con mayor mortalidad.

Material y métodos: Se realizó una revisión retrospectiva de 562 expedientes de casos de FHA de pacientes atendidos en el INCMNSZ de 1987 a 2023. Se excluyeron 424 expedientes por falta de diagnóstico definitivo de FHA. Se analizaron 138 casos. Se utilizó estadística descriptiva para definir las características demográficas de la población. Las variables categóricas se compararon mediante la prueba ji cuadrada. Las variables continuas con distribución normal se compararon con la prueba t de Student y las variables continuas con distribución no normal y se compararon mediante la prueba U de Mann-Witney. Se determinó la supervivencia con el método de Kaplan-Meier. Para el análisis univariado de los factores relacionados con supervivencia se usó la prueba de *log rank*. Una $p < 0,05$ se consideró estadísticamente significativa. La supervivencia global y supervivencia libre de trasplante se calculó con el método de Kaplan-Meier.

Resultados: La mediana de edad al diagnóstico fue de 38,5 años, 60,6% (n = 84) correspondió a mujeres y 56,5% (n = 78) a personas previamente sanas. El curso fue hiperagudo en 37,7% (n = 52) y agudo o subagudo en 62,3% (n = 86). El grado de EH al ingreso fue de I y II en 55,8% (n = 77) y de III y IV en 44,2% (n = 61). La principal causa fue la indeterminada en 21% (n = 29). El factor etiológico más favorable fue VHA con supervivencia global de 64,2%. Se observó una mortalidad de 68,1% (n = 94). La principal causa de muerte fue el choque séptico en un 73,4% (n = 69). Los factores vinculados con mortalidad fueron: curso subagudo ($p = 0,002$), mayor grado de EH al ingreso ($p \leq 0,001$) y lesión renal aguda ($p \leq 0,001$). La administración de N-acetilcisteína en cualquier causa se acompañó de mejores desenlaces y mayor supervivencia global y sin trasplante ($p = 0,004$) y el protocolo de trasplante y los receptores representaron mejor pronóstico y desenlaces en comparación con aquellos que no los recibieron ($p = 0,001$). Véase la **Tabla 1** para el resto resultados de causas y desenlaces.

Conclusiones: La FHA es una entidad que produce alta mortalidad. Se observó que afecta de modo predominante a mujeres jóvenes, sin comorbilidades y previamente sanas. El curso agudo y subagudo predominó sobre el hiperagudo (62,3%, n = 86). En la cohorte de estudio se advirtió que la principal causa fue la indeterminada en un 21% (n = 29) de los casos, seguida del daño hepático inducido por fármacos en un 18,8% (n = 26). Se reconoció una diferencia en la supervivencia global y supervivencia sin trasplante de acuerdo con cada causa. Como factores vinculados con la mortalidad se identificaron la causa, el curso de la FHA, el grado de EH al ingreso y el

Tabla 1. Características generales y desenlaces por cada grupo etiológico. (Mar329)

	Indeterminada (n = 29) (21%)	DILI (n = 26) (18,8%)	Hepatitis autoinmunitaria (n = 19) (13,8%)	VHA (n = 14) (10,1%)	Infiltración (n = 12) (8,7%)	Isquemia (n = 11) (8%)	VHB (n = 8) (5,8%)	Otras causas (n = 19) (13,8%)
Edad (mediana, años)	36	38	36	32	50,5	33	50,5	36
Mujeres (%)	58,6%	69,2%	78,9%	50%	58,3%	63,6%	0%	57,8%
Curso hiperagudo (desarrollo de EH posterior a inicio de ictericia en menos de 7 días) (%)	20,7% (n = 6)	30,7% (n = 8)	31,5% (n = 6)	64,2% (n = 9)	50% (n = 6)	72,7% (n = 8)	75% (n = 6)	26,3% (n = 5)
Curso agudo o subagudo (desarrollo de EH posterior a inicio de ictericia en más de 7 días) (%)	79,3% (n = 23)	69,3% (n = 18)	68,5% (n = 13)	35,8% (n = 5)	50% (n = 6)	27,3% (n = 3)	25% (n = 2)	73,7% (n = 14)
EH grados III o IV (%)	48,2% (n = 14)	38,4% (n = 10)	68,4% (n = 13)	35,7% (n = 5)	41,6% (n = 5)	36,3% (n = 4)	75% (n = 6)	31,5% (n = 6)
ALT (mediana, UI/L)	146	258,5	479,5	1362,5	80	138,5	107	140
Bilirrubinas totales (mediana, mg/dL)	23,3	21,2	22,4	15,6	18,1	6,6	29,5	19,72
Trasplantados (%)	3,4% (n = 1)	3,8% (n = 1)	36,8% (n = 7)	14,2% (n = 2)	8,3% (n = 1)	0%	0%	0%
Supervivencia sin trasplante (%)	25%	44%	9,0%	66,6%	0%	18,2%	25%	15,7%
Supervivencia global (%)	27,5%	46,1%	36,8%	64,2%	8,3%	18,2%	25%	15,7%

desarrollo de fallas orgánicas extrahepáticas. Los factores relacionados con mejores desenlaces fueron el uso de N-acetilcisteína y receptores de trasplante hepático.

Financiamiento: No se recibió financiamiento alguno para la realización de este estudio.

Mar330

ACCIÓN DE NIVELES SÉRICOS DE CORTISOL POSTERIOR A ESTIMULACIÓN CON CORTROSYN® EN PACIENTES CON HEPATITIS ALCOHÓLICA

R. A. Jiménez-Castillo, C. E. González-Martínez, J. A. González-González, J. O. Jáquez-Quintana, A. A. Garza-Galindo, J. A. Martínez-Segura, F. J. Bosques-Padilla, C. A. Cortez-Hernández, H. J. Maldonado-Garza, Hospital Universitario Dr. José Eleuterio González

Introducción: La insuficiencia suprarrenal en las cirrosis compensada y descompensada se identifica en casi 60% de los pacientes. El cortisol bajo parece estar ligado a un peor desenlace. La hepatitis alcohólica se vincula con valores incrementados de endotoxinas y mediadores proinflamatorios, similares a los encontrados en la sepsis. Los esteroides reducen la mortalidad en paciente con hepatitis alcohólica grave, por lo que puede conjeturarse que la insuficiencia suprarrenal se relaciona con la hepatitis alcohólica y ello afecta su pronóstico.

Objetivo: Determinar los valores de cortisol sérico 60 minutos después de la estimulación con Cortrosyn® y analizar su correlación con la gravedad de dicha enfermedad.

Material y métodos: Se analizó de manera prospectiva a 21 pacientes que acudieron al servicio de urgencias y que tenían diagnós-

tico probable de hepatitis alcohólica. Una vez establecido el diagnóstico se aplicó una prueba de estimulación de cortisol con Cortrosyn® (ACTH sintética) con medición del cortisol sérico a los 60 minutos. Asimismo, los pacientes se asignaron a dos grupos de acuerdo con su gravedad por el índice de Maddrey. Análisis estadístico: se realizó estadística descriptiva en las variables clínicas y de laboratorio. Se compararon las medias de cortisol sérico entre los grupos de gravedad.

Resultados: Se estudió a 21 pacientes con diagnóstico reciente de hepatitis alcohólica en el servicio de urgencias. Del total de pacientes, la mediana de edad fue de 50 años (intervalo, 42-58). El sexo masculino estuvo presente en 19 pacientes (90,5%). La media de consumo de gramos de alcohol a la semana fue de 750 g (DE ± 339,11), la media de sodio sérico fue de 134,93 (DE ± 4,25), la de tiempo de protrombina de 19,51 (DE ± 7,27), la de creatinina de 1,03 (DE ± 0,41), la de bilirrubina total de 8,93 (DE ± 7,56) y la media de albúmina de 2,56 (DE ± 0,81). La media de MELD Na fue de 24,83 (DE ± 5,56) y la media de la calificación de Maddrey modificada fue de 41,20 (DE ± 26,49). De los 21 pacientes evaluados, 5 (27,8%) tenían afección leve y 16 (76,2%) grave. En el grupo de pacientes con hepatitis alcohólica leve, la media de cortisol sérico posterior a la estimulación con Cortrosyn® fue de 27,15 µg/dL (DE ± 6,75) contra 25,84 µg/dL (DE ± 8,97) de pacientes con hepatitis alcohólica grave (p = 0,769). En el grupo de hepatitis alcohólica leve se encontró a 1 (20%) paciente con insuficiencia suprarrenal en comparación con 3 (18,8%) en el grupo de hepatitis alcohólica grave (p = 0,950). De la cohorte estudiada sólo se registró 1 (5,55%) fallecimiento a los 28 días.

Conclusiones: La gravedad de la hepatitis alcohólica no parece influir en los valores de cortisol sérico medidos a los 60 minutos tras la estimulación con Cortrosyn®. Se identificó una frecuencia similar de insuficiencia suprarrenal entre los grupos.

Financiamiento: No se recibió financiamiento de ningún tipo.

Mar331

SARCOPENIA, FRAGILIDAD Y NIVELES DE TESTOSTERONA EN HOMBRES CON CIRROSIS HEPÁTICA

S. M. Barceló-Valdez, R. Aguirre-Lázaro, P. A. Martínez-Lozano, L. M. Cruz-Rodríguez, F. A. Félix-Téllez, V. A. Jiménez-Hernández, M. Lazcano-Becerra, J. M. Aldana-Ledesma, J. A. Velarde-Ruiz Velasco, Hospital Civil de Guadalajara Fray Antonio Alcalde

Introducción: La sarcopenia es un trastorno común en pacientes con cirrosis y posee una mayor incidencia en hombres que en mujeres, con una prevalencia cercana al 70%, en relación con una tasa elevada de complicaciones; éstas representan no sólo un mayor número de días de estancia hospitalaria, requerimientos de intervenciones o medicamentos de alto costo, sino también una mayor tasa de mortalidad. La sarcopenia en la cirrosis es multifactorial; sin embargo, se ha formulado la hipótesis de que los valores de testosterona desempeñan uno de los papeles más importantes en su desarrollo, sobre todo en pacientes masculinos con enfermedad hepática crónica compensada.

Objetivo: Determinar el nexo entre las concentraciones séricas de testosterona y la sarcopenia en pacientes masculinos con cirrosis hepática.

Material y métodos: Se realizó un estudio de corte transversal con el fin de determinar la sarcopenia en pacientes con cirrosis hepática. Se analizó a 63 pacientes masculinos y se obtuvieron de ellos medidas antropométricas, incluida la circunferencia cervical; se cuantificaron los valores séricos de testosterona y el índice de masa muscular mediante bioimpedancia para determinar el ángulo de fase. Se efectuó un análisis de comparación de medias mediante las pruebas t de Student o U de Mann-Whitney, según fueran la distribución de variables y las varianzas. Para el análisis de correlación se usó la prueba de Spearman. En ambas pruebas se consideró como resultado significativo a los análisis un valor de $p < 0,05$.

Resultados: Se integró una muestra total de 63 pacientes con cirrosis hepática, con edad media de los pacientes incluidos en el estudio de 50 años ($DE \pm 10,5$). La sarcopenia se documentó en el 72,6% ($n = 45$) y la fragilidad en 93,5% ($n = 58$). De estos pacientes, tan sólo el 9,7% ($n = 6$) tenía obesidad sarcopénica. La mortalidad intrahospitalaria fue del 4,8% ($n = 3$). Los individuos con sarcopenia registraron en su mayoría valores bajos de testosterona en comparación con los pacientes sin sarcopenia (33 vs. 11, $p = 0,036$). Al realizar el análisis de comparación de medias se encontró que los pacientes con sarcopenia tenían menor valor de ángulo de fase ($4,2^\circ$ vs. $6,2^\circ$, $p < 0,0001$), circunferencia cervical (38,2 cm vs. 42 cm, $p = 0,005$), IMC (25,6 vs. 28,9, $p = 0,067$), MAMC (21,2 cm vs. 24,2 cm, $p = 0,005$) y menores cifras de albúmina (2,6 vs. 3,3, $p = 0,001$). En el análisis de correlación se demostró una correlación positiva entre concentraciones de testosterona y sarcopenia por valores de ángulo de fase ($r = 0,273$, $p = 0,032$).

Conclusiones: Los pacientes con cirrosis hepática tienen alto riesgo de sarcopenia, independientemente del estadio fisiopatológico de su enfermedad. Se demostró que los valores $<5,6^\circ$ de ángulo de fase por bioimpedancia eléctrica representan un buen punto de corte para determinar sarcopenia en los pacientes cirróticos masculinos; sin embargo, resultarían útiles estudios en poblaciones más amplias con fines de estandarizar un valor de corte para diagnóstico de sarcopenia en esta población de pacientes. Se demostró asimismo una relación entre las cifras de testosterona reducidas y la sarcopenia en los pacientes.

Financiamiento: Estudio autofinanciado.

Mar332

UTILIDAD DIAGNÓSTICA DE LOS ÍNDICES LOK Y FIB-4 EN VARICES DE ALTO RIESGO EN PACIENTES CON CIRROSIS HEPÁTICA COMPENSADA

A. L. Mateos-Viramontes, M. G. Reyes-Zermeño, Centro Médico Nacional 20 de Noviembre, ISSSTE

Introducción: La hipertensión portal es una complicación en pacientes cirróticos que causa varices esofágicas o gástricas con riesgo de hemorragia, ascitis y encefalopatía, lo cual incrementa su morbimortalidad. El consenso de Baveno VI establece que los valores de elastografía hepática > 25 kPa pueden confirmar la hipertensión portal clínicamente significativa con riesgo de descompensación. En el centro de los autores no se dispone de elastografía hepática y por tanto se busca determinar la utilidad de índices no invasivos de fibrosis, como los índices Lok y FIB-4 para reconocer de manera oportuna a pacientes con varices de alto riesgo de descompensación.

Objetivo: Determinar el valor de los índices Lok y FIB-4 en varices esofágicas o gástricas de alto riesgo en pacientes con cirrosis hepática compensada.

Material y métodos: Se realizó un estudio transversal en el que se evaluó a 223 pacientes con cirrosis hepática compensada en el periodo de enero de 2018 a diciembre de 2022 en el servicio de gastroenterología del CMN 20 de Noviembre del ISSSTE. Se incluyó a pacientes con diagnóstico de cirrosis hepática de cualquier causa diagnosticada por ultrasonido, biopsia o elastografía hepática (> 15 kPa) clínicamente compensados, con endoscopia y estudios bioquímicos completos. Se calcularon la escala de Child-Pugh, MELD, índice Lok, FIB-4 y endoscopia con varices esofágicas, con y sin intervención endoscópica. El análisis estadístico se realizó con el software IBM SPSS Statistics 25.

Resultados: Se incluyó a un total 223 pacientes, de los cuales el 72,6% ($n = 162$) correspondió a mujeres y 27,4% ($n = 61$) a hombres; la edad promedio fue de $62,53 \pm 10$. La causa más frecuente en el 35% ($n = 78$) fue la enfermedad por hígado graso en relación con disfunción metabólica (MAFLD), seguida de infección por el virus de la hepatitis C en el 30,9% ($n = 69$). De los pacientes con varices de alto riesgo y tratamiento endoscópico, el 83% ($n = 40$) tenía una clasificación de Child-Pugh A y el 16% ($n = 8$) B y MELD de $9,1 \pm 3,32$. El 21,5% ($n = 48$) con varices esofágicas o gástricas de alto riesgo recibió tratamiento endoscópico con ligadura; las varices esofágicas representaron el 18,8% ($n = 42$) y las varices gástricas tipo GOV1 el 10,4% ($n = 5$), con un caso de GOV2 y una aplicación de cianoacrilato. El valor promedio del índice Lok fue de $0,69 \pm 0,23$ y el de FIB-4 de $6,66 \pm 4,66$ en el grupo de tratamiento endoscópico ($p < 0,05$).

El punto de corte para el índice Lok fue $\geq 0,65$ (IC95%, 0,4004-0,5324) con un AUROC de 0,656 (IC95%, 0,575-0,736), sensibilidad de 70,8%, especificidad de 60%, VPP de 35% y VPN de 84%. El punto de corte para FIB-4 fue $\geq 4,06$ (IC95%, 0,3915-0,5233) con una AUROC de 0,67

Tabla 1. Valores de AUROC para la predicción de varices de alto riesgo en pacientes con cirrosis hepática compensada. (Mar332)

Parámetro	FIB-4	Índice Lok
Varices de bajo riesgo con tratamiento endoscópico	5,06 \pm 5,65	0,54 \pm 0,28
Promedio \pm DE	6,66 \pm 4,66	0,69 \pm 0,23
Varices de alto riesgo con tratamiento endoscópico		

Punto de corte (IC95%)	≥ 4,06 (0,3915-0,5233)	≥ 0,65 (0,4004-0,5324)
AUROC (IC95%)	0,67 (0,589-0,751)	0,656 (0,575-0,736)
Sensibilidad	66,7%	70,8%
Especificidad	60%	60%
+LR	1,67	1,77
-LR	0,56	0,49
VPP (%)	34%	37%
VPN (%)	84%	85%
P	0,03	0,03

(IC95%, 0,589-0,751), sensibilidad de 66,7%, especificidad de 60%, VPP de 37% y VPN de 85% (Tabla 1).

Conclusiones: Los índices Lok y FIB-4 distinguieron entre varices esofágicas y gástricas de alto riesgo con necesidad de tratamiento endoscópico en pacientes con cirrosis hepática compensada, lo cual modifica de forma positiva el pronóstico de los pacientes.

Financiamiento: Ningún financiamiento.

Mar333

EL PAPEL DE LA ETIOLOGÍA DE LA CIRROSIS EN EL DESARROLLO DE LESIÓN RENAL AGUDA Y MUERTE

C. Y. Sánchez-Sánchez, K. Cazarín-Chávez, D. Abendaño-Rivera, F. Higuera-de la Tijera, D. Santana-Vargas, J. L. Pérez-Hernández, Hospital General de México Dr. Eduardo Liceaga

Introducción: Los pacientes con cirrosis hepática (CH) tienen riesgo de desarrollar lesión renal aguda (LRA) por múltiples factores. Los tipos principales de LRA son hipovolemia, necrosis tubular aguda (NTA) y obstrucción urinaria. Las causas frecuentes de CH incluyen MAFLD (*metabolic associated fatty liver disease*), consumo de alcohol, enfermedades virales y autoinmunitarias que pueden tener un papel diferente en el riesgo de LRA y mortalidad.

Objetivo: Evaluar las causas de la cirrosis en el desarrollo de lesión renal aguda y muerte.

Material y métodos: Estudio retrospectivo, analítico y observacional de pacientes con CH que analizó la etiología, el tipo de LRA y muerte. Análisis estadístico: para evaluar la tasa de mortalidad relacionada con la causa se realizó la curva de Kaplan-Meier tras considerar muerte a 28 y 90 días; se utilizó el estadístico *log rank*. Para valorar la vinculación entre la causa y el tipo de LRA se empleó la prueba ji cuadrada con corrección de Bonferroni; se consideró una significancia $p \leq 0,05$.

Resultados: Se incluyó a 201 pacientes con CH, 106 (52,73%) de ellos hombres, con edad de $55 \pm 10,4$ años, 25 (12,43%) con Child-Pugh A, 70 (34,82%) con B y 106 (52,73%) con C; MELD-Na de $21,8 \pm 9,45$ puntos. La tasa acumulada de mortalidad a 28 días fue de 18,4% (37); la comparación por causa fue significativa con la prueba ji cuadrada de 13,23 (4; $p = 0,01$); la media de supervivencia para MAFLD fue de 27,7, para alcohol de 23,8, para la autoinmunitaria de 24,1, la viral de 25,92 y la dual de 22,56, con supervivencia global de 24,88. La comparación a 90 días fue significativa con ji cuadrada de 10,46 (4, $p = 0,033$), con una tasa acumulada de mortalidad de 24,4% (49) y medias de supervivencia para MAFLD de 86,82, para alcohol de 70,02, para la autoinmunitaria de 67,03, la viral de 80,07, la dual de 66,56 y la global de 74,84. Las pruebas de relación entre causa y tipo de lesión renal fueron significativas para una ji cuadrada de 29,65 (8, $p \leq 0,001$). Las diferencias

se encontraron para los grupos de alcohol-hipovolémico y sin LRA y NTA, y los grupos autoinmunitario-hipovolémico y sin LRA y NTA, con una mayor proporción identificada en alcohol-hipovolémico y menor en autoinmunitario-hipovolémico respecto de sin LRA y NTA. **Conclusiones:** Las causas dual y autoinmunitaria confieren mayor mortalidad a 28 y 90 días, respectivamente, y el consumo de alcohol mayor riesgo para LRA por hipovolemia.

Financiamiento: No se contó con financiamiento de ningún tipo.

Mar334

ASOCIACIÓN ENTRE LA DEFICIENCIA SÉRICA DE VITAMINA D Y PERITONITIS BACTERIANA ESPONTÁNEA

J. I. Mazadiego-Cid, R. Zapata-Arenas, F. Higuera-de la Tijera, P. M. Diego-Salazar, M. A. Lozano-Moreno, Hospital General de México Dr. Eduardo Liceaga

Introducción: La hidroxivitamina D (25-HOD) o vitamina D tiene su principal función en el metabolismo del calcio y el fósforo. Sin embargo, se ha observado un efecto modulador de la respuesta inmunitaria. Tiene un papel fundamental en la homeostasis intestinal, al activar a las células de Paneth y las células de la lámina propia, y evitar el crecimiento excesivo de bacterias en el intersticio. Los macrófagos, las células dendríticas y los linfocitos TH1/TH17 se encargan de limitar la invasión de bacterias en la lámina propia. Luego de la erradicación de los patógenos, la vitamina D regula la respuesta celular tras inhibir a los linfocitos TH1 y TH17, además de estimular a los linfocitos T reg. Hay pocos estudios que vinculen la enfermedad hepática crónica (EHC) con la disminución de los valores séricos de vitamina D. Se ha advertido que las concentraciones de vitamina D guardan una relación inversamente proporcional con la gravedad de la enfermedad. Las personas con infecciones bacterianas obtuvieron de forma significativa cifras séricas de vitamina D menores. Asimismo, se ha relacionado la deficiencia de la vitamina D con el riesgo de desarrollar encefalopatía hepática y PBE. En consecuencia, este estudio evalúa el nexo entre la disminución de los valores séricos de vitamina D y el desarrollo de PBE, dado que no se cuenta hoy día con suficientes estudios que evalúen esta relación.

Objetivo: Determinar la vinculación entre las cifras séricas de vitamina D y el diagnóstico de peritonitis bacteriana en sujetos con ascitis con enfermedad hepática crónica.

Material y métodos: Se realizó un estudio de cohorte, transversal, retrospectivo y analítico en un solo centro hospitalario. La muestra se conformó con los registros de pacientes que acudieron al Hospital General de México de los meses de enero del 2022 a junio del 2023. Se incluyó únicamente a individuos mayores de 18 años y que tuvieran el diagnóstico de EHC, según los criterios de la EASL. Se determinó el diagnóstico de PBE con base en los criterios de la AASLD; se excluyó a los pacientes que habían recibido complementación con vitamina D en los últimos 12 meses. Se realizó un análisis bivariado para determinar la relación entre vitamina D sérica y el diagnóstico de PBE. La prueba ji cuadrada se empleó para determinar la vinculación entre la deficiencia de vitamina D y la PBE, y la prueba t de Student de dos grupos independientes para determinar la relación con la vitamina D sérica; además, se usó la prueba d de Cohen para establecer el tamaño del efecto.

Resultados: La muestra se integró con 119 sujetos, de los cuales el 58,8% correspondió a mujeres y el 19,3% a pacientes con PBE. En el análisis cualitativo se observó una diferencia significativa en algunas mediciones séricas entre los pacientes que sufrieron PBE en comparación con los sujetos que no la desarrollaron, por ejemplo la disminución de los valores séricos de vitamina D ($p = 0,008$), el aumento

de la bilirrubina total ($p = 0,03$), el incremento de la creatinina ($p = 0,27$) y el aumento de la cantidad de neutrófilos ($p = 0,037$). La frecuencia relativa de PBE fue casi el doble en personas con algún grado de deficiencia de vitamina D respecto de aquéllos con valores normales; el tamaño de efecto resultó moderado (0,57) entre los valores séricos de vitamina D y el diagnóstico de PBE. Asimismo, se vincularon con significancia estadística las cifras más bajas de hemoglobina en sujetos con PBE en comparación de los que no la sufrieron ($p = 0,001$).

Conclusiones: Debido al tamaño del efecto encontrado, el estudio confirmó la relación de valores bajos de vitamina D con el desarrollo de PBE, en comparación con los individuos que no la tuvieron. Por lo tanto, con los resultados obtenidos deben realizarse más investigaciones de carácter prospectivo para confirmar esta vinculación.

Financiamiento: Este proyecto de investigación se financió con recursos propios de los autores.

Mar335

DESCUBRIENDO BRECHAS EN LA ATENCIÓN DE PACIENTES CON HEMORRAGIA AGUDA VARICEAL: ENCUESTA EN MULTINACIONAL SOBRE EL MANEJO DE LA HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA EN AMÉRICA LATINA

J. A. Ruiz-Manríquez, W. E. Ramírez-Quesada, A. Olivas-Martínez, L. C. Chávez-García, E. A. Jasso-Baltazar, J. S. Arenas-Martínez, V. A. Venegas-Gómez, G. Castro-Narro, L. E. Zamora-Nava, Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán

Introducción: La hemorragia variceal aguda (HVA) es una complicación grave de la hipertensión portal y se acompaña de una mortalidad y

costo elevados. Existe poca información sobre la accesibilidad del tratamiento de la HVA en América Latina.

Objetivo: Recopilar datos sobre el tratamiento de la HVA y la disponibilidad de recursos en América Latina para mejorar la atención médica y optimizar la atención especializada en los pacientes con HVA en la región.

Material y métodos: Se realizó una encuesta mediante Microsoft Forms con inclusión a través de invitaciones en redes sociales y colaboración con asociaciones médicas locales. Se recopilaron datos sobre características demográficas, prácticas clínicas y disponibilidad de recursos especializados. Los países de América Latina se clasificaron de acuerdo con su desarrollo económico (sistema de clasificación del Banco Mundial). Las variables se describen mediante porcentajes o medianas y rangos intercuartílicos y se comparan entre regiones socioeconómicas con la prueba ji cuadrada o análisis de varianza, según correspondiera.

Resultados: En total, completaron la encuesta 798 médicos de 20 países de América Latina. La edad media fue de 39 años, 80% de los participantes correspondió a especialistas, 14% a residentes y 6% a residentes de alta especialidad. Los países estaban representados por un 6% en poblaciones de ingresos altos, 72% por las de ingresos medios-altos y 21% por la de ingresos medios-bajos. La gastroenterología (62%) fue la especialidad predominante, seguida de medicina interna (23%), endoscopia gastrointestinal (18%) y hepatología (18%). Los centros de atención de tercer nivel representaron el 45% de los participantes, seguidos de la atención de segundo nivel (30%) y la práctica privada (21%). En cuanto a la existencia de salas de endoscopia, no se registraron diferencias entre los países encuestados, pero su disponibilidad las 24 horas del día y los siete días de la semana, es todavía mayor en los países de ingresos altos. La disponibilidad de medicamentos vasoactivos se correlacionó con el desarrollo económico. Los hallazgos detallados se muestran en la **Tabla 1**.

Conclusiones: En América Latina, la falta de protocolos estandarizados, recursos limitados y experiencia implican desafíos en el

Tabla 1. Respuestas más relevantes de la encuesta, con los países divididos de acuerdo con el nivel de ingreso socioeconómico del sistema de clasificación del Banco Mundial. (Mar335)

Pregunta encuestada	Respuesta	Nivel alto (n = 47)	Nivel medio alto (n = 565)	Nivel medio bajo (n = 162)	Puerto Rico (n = 15)	P*
Disponibilidad de unidad de endoscopia en su centro	Sí	44 (94%)	505 (89%)	152 (94%)	15 (100%)	0,2
Disponibilidad de servicio de endoscopia 24 h/7 días a la semana en su centro	Sí	36 (77%)	287 (51%)	104 (64%)	10 (67%)	< 0,001
Corrección sistemática de INR en el tratamiento preendoscópico	Sí	17 (36%)	210 (37%)	60 (37%)	7 (47%)	> 0,9
Umbral de hemoglobina para indicar transfusión en HDAV	7 g/dL	34 (72%)	473 (84%)	138 (85%)	13 (87%)	0,13
	8 g/dL	11 (23%)	72 (13%)	20 (12%)	2 (13%)	
	9 g/dL	1 (2,1%)	15 (2,7%)	1 (0,6%)	0 (0%)	
	10 g/dL	1 (2,1%)	5 (0,9%)	3 (1,9%)	0 (0%)	
Transfusión de plaquetas sistemática para ligadura con bandas, cuando son menores de 50×10^9 cel/L	Sí	15 (32%)	310 (55%)	96 (59%)	4 (27%)	0,01
Centros con disponibilidad de fármacos vasoactivos (p. ej., terlipresina, somatostatina, octreótida)	Sí	43 (91%)	443 (78%)	107 (66%)	15 (100%)	< 0,001
Administración de tratamiento farmacológico, antes de endoscopia	Sí	30 (64%)	410 (73%)	108 (67%)	14 (93%)	0,003
Horas de espera en urgencias, antes de realizar endoscopia terapéutica	< 6 h	18 (38%)	93 (16%)	21 (13%)	0 (0%)	
	6 - 12 h	20 (43%)	241 (43%)	79 (49%)	8 (53%)	
	> 12 h	8 (17%)	190 (34%)	55 (34%)	7 (47%)	

*Prueba ji cuadrada de Pearson; prueba exacta de Fisher.

tratamiento de la HVA. Es crucial mejorar el acceso a la atención especializada e implementar protocolos estandarizados para mejorar los resultados de los pacientes en la región.

Financiamiento: No se recibió financiamiento de ningún tipo.

Mar336

IMPACTO DE LA PERITONITIS BACTERIANA ESPONTÁNEA EN EL DESENLACE DE LOS PACIENTES CON CIRROSIS HEPÁTICA

S. Teutli-Carrión, E. J. Medina-Ávalos, C. L. Dorantes-Nava, M. Y. Carmona-Castillo, F. Higuera-de la Tijera, D. Santana-Vargas, J. L. Pérez-Hernández, Hospital General de México Dr. Eduardo Liceaga

Introducción: La peritonitis bacteriana espontánea (PBE) es una complicación grave de la cirrosis que confiere un aumento de la mortalidad de los pacientes. Es relevante determinar la mortalidad relacionada con la respuesta temprana al antibiótico para el desenlace clínico de los pacientes.

Objetivo: Evaluar la PBE como factor de riesgo para mortalidad en pacientes con cirrosis.

Material y métodos: Estudio retrospectivo y analítico de pacientes con EHC que desarrollaron PBE, todos bajo esquema antimicrobiano empírico. El seguimiento se realizó con paracentesis a las 48 horas para evaluar respuesta temprana y mortalidad a los 28 días. Análisis estadístico: se evaluó la tasa de mortalidad con una curva de Kaplan-Meier, *log rank*, se consideró significativa una $p \leq 0,05$, y se compararon de forma independiente lesión renal, ACLF (*acute-on-chronic liver failure*) y pacientes sin respuesta temprana.

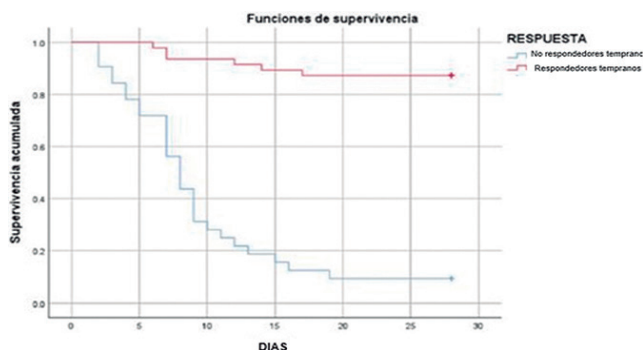
Resultados: Se incluyó a 79 pacientes, 40 hombres (50,63%) y 39 mujeres (49,36%); en términos etiológicos se identificaron alcohol en 39 (49,36%), MAFLD (*metabolic associated fatty liver disease*) en 23 (29,11%), afección autoinmunitaria en 9 (11,39%) y otras en 8 (10,12%). Por la clasificación de Child-Pugh: A (0%), B (12, 15,18%) y C (67, 84,81%). Los antibióticos administrados fueron cefalosporinas en 66 (84,81%) y carbapenémicos en 13 (16,45%).

Se registraron seis muertes en respondedores tempranos y 29 en individuos sin respuesta, con media de supervivencia para respondedores de 25,76 días y de 9,78 días para los sujetos sin respuesta; el modelo fue significativo $\chi^2 (1) = 59,92$, $p < 0,001$ (Fig. 1).

Se informaron dos muertes en casos sin ACLF y 33 con ACLF, con una media de supervivencia sin ACLF de 26,93 días y de 14,6 días con ACLF; el modelo fue significativo $\chi^2 (1) = 26,6$, $p < 0,001$.

Muertes notificadas con ACLF 1: 1; con ACLF 2: 8; y con ACLF 3: 24; la media de supervivencia con ACLF 1 fue de 24,8 días, con ACLF 2 de 19,4 días y con ACLF 3 de 9,3 días; el modelo fue significativo $\chi^2 (3) = 56,91$, $p < 0,001$.

Figura 1. Área bajo la curva. Curva operacional de respondedores tempranos y no respondedores tempranos para predecir la supervivencia a 28 días. (Mar336)



Se informaron tres muertes sin lesión renal y 32 con lesión renal; la media de supervivencia sin lesión renal fue de 25,65 días y de 16,17 días con lesión renal; el modelo fue significativo $\chi^2 (1) = 14,92$, $p < 0,001$.

Conclusiones: La PBE en pacientes con cirrosis hepática se vincula con una elevada tasa de muertes; sin embargo, varios factores como la respuesta temprana al tratamiento, la ACLF y la lesión renal tienen un efecto significativo en la supervivencia de los pacientes.

Financiamiento: No se dispuso de financiamiento.

Mar337

EL USO DE BETABLOQUEADORES COMO EFECTO PROTECTOR PARA EL DESARROLLO DE LESIÓN RENAL Y PERITONITIS BACTERIANA ESPONTÁNEA EN PACIENTES CON FALLA HEPÁTICA AGUDA SOBRE CRÓNICA EN POBLACIÓN MEXICANA, EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL DE ATENCIÓN

J. R. Hernández-Maya, G. Zafra-Hernández, R. Moreno-Alcántar, R. Sandoval-Salas, Hospital de Especialidades del Centro Médico Nacional Siglo XXI, Instituto Mexicano del Seguro Social

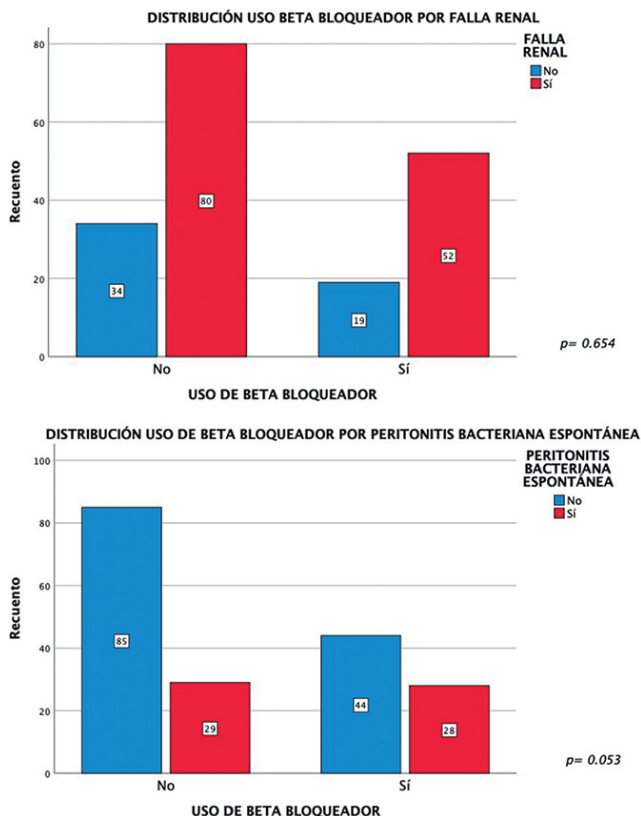
Introducción: La falla hepática aguda sobre crónica (ACLF, *acute-on-chronic liver failure*) es un síndrome caracterizado por la descompensación aguda de cirrosis en relación con fallos de diferentes órganos que conlleva una elevada mortalidad a corto plazo. La hipertensión portal tiene una gran influencia en la evolución natural de la enfermedad, por lo que la intervención con betabloqueadores podría atenuar de manera positiva el desarrollo de un mayor grado de descompensación, como la lesión renal o incluso la peritonitis bacteriana espontánea.

Objetivo: Evaluar el efecto protector de los betabloqueadores no selectivos en pacientes que desarrollan ACLF con respecto al desarrollo de lesión renal aguda o peritonitis bacteriana espontánea.

Material y métodos: Se realizó un estudio observacional, retrospectivo y unicéntrico en el que se incluyó a pacientes con diagnóstico confirmado de ACLF y hospitalizados durante el periodo de 2017 a 2022. Se excluyó a pacientes con enfermedades crónicas terminales, hepatocarcinoma y neoplasias extrahepáticas. Análisis estadístico: se realizó estadística descriptiva con porcentajes; de acuerdo con la distribución de las variables se usaron t de Student o U de Mann-Whitney. Se utilizó el sistema SPSS V25.

Resultados: Se incluyó a 186 pacientes, 51,10% correspondiente a mujeres; la principal causa fue la esteatosis hepática secundaria a disfunción metabólica en el 29% de los pacientes, con 71% que sufrió falla renal. Se identificó que el 38,7% de los pacientes consumió betabloqueador antes de su descompensación (propranolol en 94,4% y carvedilol sólo en 2,80%), con una exposición promedio al fármaco de 29 meses y una frecuencia cardíaca mantenida promedio de 85 lpm. La lesión renal se desarrolló en el 70,2% de los pacientes en quienes no se administró betabloqueador en comparación con el 73,2% de los pacientes en los que sí se prescribió ($p = 0,654$). De los 57 sujetos en los que se observó peritonitis bacteriana espontánea, el 49,10% consumía betabloqueador. De este grupo, el 61,10% ($n = 44$) no desarrolló peritonitis bacteriana espontánea, mientras que el 38,90% ($n = 28$) sí ($p = 0,053$), como se muestra en la Figura 1. Del total de pacientes con peritonitis bacteriana espontánea, el 15,1% se expuso a un betabloqueador contra el 15,6% que no. La mortalidad fue del 81% en los pacientes no expuestos al betabloqueador en los 28 días contra 74% de los pacientes expuestos al fármaco con una diferencia del 7%.

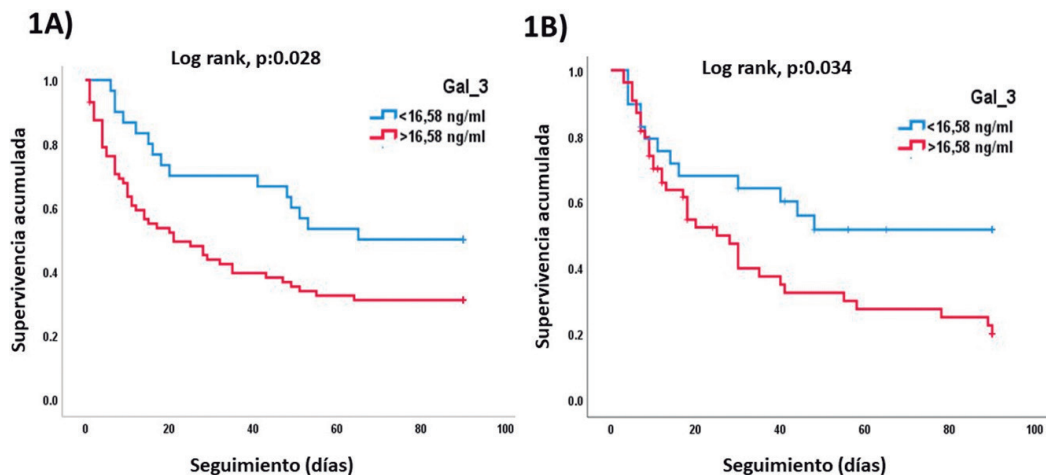
Figura 1. Efecto de la administración de un fármaco betabloqueador en pacientes con ACLF que desarrollaron lesión renal/peritonitis bacteriana espontánea. (Mar337)



Conclusiones: En la población mexicana con diagnóstico de ACLF en este estudio se ha identificado que la exposición previa a un betabloqueador no se vinculó de manera estadísticamente significativa con un menor desarrollo de falla renal ni tampoco con un menor desarrollo de peritonitis bacteriana espontánea, por lo que se concluye que disminuir la hipertensión portal de manera farmacológica no modifica el desarrollo de la falla hepática aguda sobre crónica en cuanto a dichas descompensaciones. Es necesario evaluar el efecto de administrar carvedilol o un tiempo de exposición más prolongado para observar el efecto significativo como se ha notificado en otros estudios.

Financiamiento: Este estudio no tuvo financiamiento de ningún tipo.

Figura 1. Análisis de supervivencia (1A) y desarrollo de infección (1B) de acuerdo con los valores de galectina 3. (Mar338)



Mar338

GALECTINA 3 COMO PREDICTOR DE DESARROLLO DE INFECCIONES Y MAYOR MORTALIDAD EN PACIENTES CON FALLA HEPÁTICA AGUDA SOBRE CRÓNICA (ACLF)

O. Méndez-Guerrero, A. Carranza-Carrasco, E. Cervantes-Álvarez, N. Limón-de la Rosa, A. Estanes-Hernández, A. Rodríguez-Espada, S. Yarza-Regalado, A. Torre, N. Navarro-Álvarez, Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán

Introducción: La enfermedad hepática aguda sobre crónica (ACLF, *acute-on-chronic liver failure*) es un síndrome caracterizado por descompensación aguda, fallas orgánicas, peor pronóstico y una mortalidad incrementada en el corto plazo. La fisiopatología de esta alteración sugiere la existencia de una respuesta inflamatoria excesiva. La galectina 3 (Gal-3) es una lectina que interviene en la inflamación y la fibrosis; este grupo de investigadores la ha estudiado con anterioridad en virtud de su nexa con el avance del daño hepático, una característica distintiva de la ACLF.

Objetivo: Evaluar la relación entre los valores circulantes de Gal-3 y el desarrollo de infecciones y mortalidad en pacientes con ACLF.

Material y métodos: Estudio de cohorte prospectiva en pacientes con cirrosis hepática que ingresaron por un episodio de descompensación al servicio de urgencias y con diagnóstico de ACLF establecido en los primeros siete días tras el ingreso. Se analizaron los factores precipitantes de ACLF, las fallas orgánicas y las concentraciones de Gal-3 circulantes mediante ELISA. Se determinó la mortalidad y el desarrollo de infecciones durante un periodo de seguimiento de 90 días y su vinculación con la Gal-3 circulante. Análisis estadístico: la normalidad de los datos se evaluó mediante la prueba de Kolmogorov-Smirnov. Los pacientes se clasificaron con base en las cifras circulantes de Gal-3 para lo cual se utilizó el punto de corte ya registrado por los autores (< 16,58 [bajo] y > 16,58 ng/mL [alto]). La comparación entre ambos grupos se llevó a cabo mediante t de Student, U de Mann-Whitney, exacta de Fisher o ji cuadrada de Pearson de acuerdo con el tipo de variable. Se realizó un análisis de supervivencia mediante el instrumento de Kaplan-Meier para evaluar la diferencia en el tiempo de supervivencia y el desarrollo de infecciones entre los pacientes con base en las concentraciones de Gal-3. Se compararon los grupos con la prueba de *log rank*. Un valor de $p < 0,05$ se consideró estadísticamente significativo.

Resultados: Se incluyó a 102 pacientes que desarrollaron ACLF a su ingreso al servicio de urgencias. La causa más frecuente de cirrosis

fue autoinmunitaria (30,3%) y el factor precipitante de ACLF más común fue la infección (49%). Los pacientes con cifras más elevadas de Gal-3 ($> 16,58$ ng/mL) registraron una puntuación mucho mayor de MELD ($24,66 \pm 5,1$ vs. $29,6 \pm 8,5$, $p = 0,003$), de la escala ACLF ($49,13 \pm 5,9$ vs. $54,93 \pm 11,3$, $p = 0,009$) y de CLIF-OF ($11 [10-12]$ vs. $12 [10-14]$, $p = 0,011$) y se observó un predominio significativo de pacientes con ACLF de grado 3 considerado el de mayor gravedad ($47,2\%$ vs. $16,7\%$ $p = 0,011$). Los pacientes con valores elevados de Gal-3 mostraron mayor prevalencia de las fallas hepática ($56,9\%$ vs. $23,3\%$, $p = 0,02$), renal ($52,8\%$ vs. $13,3\%$, $p \leq 0,001$) y pulmonar ($29,2\%$ vs. 10 , $p = 0,039$) en comparación con los de Gal-3 $< 16,58$ mg/mL. La sobrevida global a 90 días de seguimiento fue del 36%. Cuando la sobrevida se analizó de acuerdo con los valores de Gal-3, los pacientes con cifras más altas tenían menor sobrevida ($p = 0,028$) (Fig. 1A). En aquellos que sobrevivieron más de siete días, las concentraciones de galectina 3 se vincularon también con mayor desarrollo de infección ($p = 0,034$) (Fig. 1B).

Conclusiones: Los pacientes con valores elevados de Gal-3 tienen mayor riesgo de desarrollar infección y una menor sobrevida a 90 días.

Financiamiento: No se recibió financiamiento de ningún tipo.

Mar339

FACTORES PREDICTORES DE TROMBOSIS PORTAL NO TUMORAL EN PACIENTES CIRRÓTICOS EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL

B. Ocón-Morán, M. Gálvez-Martínez, R. Moreno-Alcántar, Centro Médico Nacional Siglo XXI, IMSS

Introducción: La cirrosis hepática no se considera un trastorno relacionado con riesgo bajo de desarrollar episodios trombóticos; en realidad, múltiples estudios han mostrado que los pacientes en esta situación clínica se hallan en un alto riesgo de sufrirlos, el más importante de los cuales es la trombosis de la vena porta (TVP). La TVP es un proceso multifactorial. La cirrosis y la hipertensión portal provocan cambios en la estructura del hígado que conducen a la activación y la disfunción de las células endoteliales en el contexto de un flujo alterado de la vena porta (VP) y las tasas de velocidad < 10 cm/s se han vinculado con una mayor mortalidad. Determinar los factores de riesgo que elevan el riesgo trombótico ayuda a identificar a los pacientes que se beneficiarían de la profilaxis con anticoagulación; esto tiene importancia porque las opciones terapéuticas se reducen de forma notable y por tanto también se ven afectados el pronóstico y la calidad de vida.

Objetivo: Establecer los factores predictivos para desarrollar trombosis portal no tumoral en pacientes con cirrosis hepática.

Material y métodos: Se trata de un estudio de cohorte, prospectivo, transversal, descriptivo, observacional y unicéntrico. Se evaluó a los pacientes con diagnóstico de cirrosis hepática sin datos de trombosis venosa portal, en seguimiento por el servicio de gastroenterología del Centro Médico Nacional Siglo XXI, que cumplieran los criterios de inclusión y que contaran con expediente físico en el archivo clínico. Se recabó la información clínica de los expedientes existentes a partir de enero del 2021 y hasta diciembre de 2022. Los pacientes se sometieron a una consulta primera como valoración y con posterioridad, de ser incluidos, se les concedió seguimiento clínico, bioquímico e imagenológico semestral hasta la aparición de alguno de los desenlaces: trombosis venosa portal, trasplante hepático o muerte. Se utilizó el modelo de regresión de riesgos proporcionales de Cox con $p < 0,045$ como valor de significación para la inclusión y $p \geq 0,1$ para la exclusión con objeto de determinar los factores vinculados con el desarrollo de TVP no tumoral

y descompensaciones hepáticas agudas, así como la prueba ji cuadrada y t de Student para las evaluaciones en el tiempo.

Resultados: Se analizó en total a 47 pacientes, de los cuales el 68,1% correspondió a mujeres y 31,9% a hombres. Como causa de la cirrosis predominó la enfermedad por hígado graso relacionado con la disfunción metabólica con el 51,1%. Se identificó a la trombosis venosa portal como factor predictor en relación con el estadio funcional en la clasificación de Child-Pugh B. No se reconoció la administración de betabloqueadores como factor de riesgo que redujera la velocidad de la vena porta y produjera episodios trombóticos. Los hallazgos se muestran en la Tabla 1.

Conclusiones: Se encontró un nexo con los pacientes cirróticos que tienen un estadio funcional Child-Pugh B y mayor riesgo de desarrollar trombosis venosa portal. La prescripción de un betabloqueador y las descompensaciones hepáticas agudas no fueron estadísticamente significativas para desarrollar un episodio trombótico.

Financiamiento: No se recibió financiamiento de ningún tipo.

Tabla 1. Se analizó a los pacientes cirróticos en un hospital de tercer nivel de acuerdo con la clasificación de Child-Pugh y consumo de betabloqueadores en relación con trombosis portal no tumoral. Se observó que esta escala permite la detección de trombosis desde la etapa basal y hasta los 18 meses. El análisis se realizó con la prueba estadística ji cuadrada en pacientes cirróticos según las evaluaciones en el tiempo. (Mar339)

No		TVP basal		Total	p
		Sí	No		
Child-Pugh basal	Grado A	34	3	37	0,021**
	Grado B	5	4	9	
	Grado C	1	0	1	
Child-Pugh 18 meses	Grado A	34	3	37	0,029**
	Grado B	6	4	10	
Betabloqueador basal	No	14	0	14	0,068
	Sí	26	7	33	
Betabloqueador 18 meses	No	12	0	12	0,107
	Sí	28	7	35	
TVP 18 meses					
Child-Pugh 18 meses	Grado A	33	4	37	0,013**
	Grado B	5	5	10	
Betabloqueador basal	No	12	2	14	0,456
	Sí	26	7	33	
Betabloqueador 18 meses	No	11	1	12	0,259
	Sí	27	8	35	

Mar340

FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A MORTALIDAD EN PACIENTES CON CIRROSIS HEPÁTICA Y HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA

L. M. Cruz-Rodríguez, J. M. Aldana-Ledesma, J. A. Velarde-Chávez, E. S. García-Escalera, J. A. Velarde-Ruiz Velasco, Hospital Civil de Guadalajara Fray Antonio Alcalde

Introducción: La hemorragia digestiva alta (HDA) es un problema clínico que se presenta con regularidad en la práctica diaria.

Los pacientes con cirrosis hepática tienen una gran morbimortalidad por diversas causas, por lo que es importante identificar los factores de riesgo vinculados con peores desenlaces clínicos en estos pacientes.

Objetivo: Identificar los factores de riesgo que se relacionan con mortalidad intrahospitalaria en pacientes con cirrosis hepática y hemorragia digestiva alta, variceal y no variceal.

Material y métodos: Estudio prospectivo de casos consecutivos en pacientes con HDA; se obtuvieron datos del expediente clínico con desenlaces primarios, mortalidad intrahospitalaria y reingreso en las últimas dos semanas. Se realizaron análisis univariados y cruces bivariados con la prueba ji cuadrada y se determinó la razón de momios (OR) con significancia estadística $p < 0,05$ (IC95%).

Resultados: Se incluyó a 121 pacientes con cirrosis hepática y HDA, de los cuales el 76% correspondió a hombres, con edad media de 55 (DE \pm 12,8), en su mayoría con clasificación de Child-Pugh B (51,2%). El consumo de alcohol fue la principal causa de cirrosis en 60,3%, con una etiología principal variceal en 60,3%; de los casos no variceales, la causa principal fue las úlceras gástrica o duodenal. Más de la mitad de los casos mostraron estigmas de alto riesgo endoscópico (58,7% de casos). Se registró una mortalidad intrahospitalaria de 20% por todas las causas y reingreso hospitalario en dos semanas de 9,9%. Los pacientes que desarrollaron a su ingreso encefalopatía hepática (OR, 6,6; IC95%, 2,5-17,3; $p \leq 0,001$), lesión renal aguda (OR, 6,5; IC95%, 2,5-16,8; $p \leq 0,001$) e infecciones (OR, 4,9; IC95%, 1,9-13,0; $p = 0,001$) tuvieron mayor riesgo de mortalidad. Los individuos con episodio previo de HDA (OR, 13,0; IC95%, 1,6-105,5; $p = 0,003$) e infecciones (OR, 5,3; IC95%, 1,4-20,1; $p = 0,007$) tuvieron mayor probabilidad de reingreso.

Conclusiones: Se identificaron los factores de riesgo que deben considerarse en una intervención temprana en pacientes con cirrosis hepática. Éstos pueden ocasionar peores desenlaces clínicos y elevar la morbimortalidad de estos pacientes, lo que a su vez propiciaría descompensaciones de la enfermedad hepática avanzada.

Financiamiento: Este trabajo no contó con patrocinio total o parcial.

Mar341

COMPARACIÓN DE LA FÓRMULA DE PROBABILIDAD PREDICHA DE AKI VS. CKD-EPI EN LA DETECCIÓN TEMPRANA DE LESIÓN RENAL AGUDA EN PACIENTES CON CIRROSIS

E. A. Licona-Samperio, R. Contreras-Omaña; Centro de Estudio e Investigación en Enfermedades Hepáticas y Toxicológicas (CEIHET); Centro de Estudio e Investigación en Enfermedades Hepáticas y Toxicológicas (CEIHET)

Introducción: La identificación temprana de pacientes con cirrosis en riesgo de desarrollar AKI (*acute kidney injury*) es crucial, pero las determinaciones basadas en la creatinina pueden ser limitadas. **Objetivo:** Comparar la utilidad de la fórmula de probabilidad predicha de AKI respecto de CKD-EPI (*Chronic kidney disease epidemiology collaboration*) en la detección temprana de lesión renal aguda en pacientes con cirrosis.

Material y métodos: Estudio predictivo y longitudinal de cohorte observacional, conducido entre el 1 de octubre del 2021 y el 25 de marzo del 2023, con un total de 74 pacientes atendidos en la consulta externa con diagnóstico de cirrosis hepática. Se aplicó la fórmula de probabilidad predicha para desarrollar AKI 1, con uso de un punto de corte $> 0,77$ para determinar alto riesgo, en comparación con CKD-EPI como norma de referencia.

1 Probabilidad predicha de AKI = $\exp(2 - 4,59 + 0,089 \times \text{WBC} + 0,87 \times \text{Scr} + 0,65 \times \text{INR}) / (1 + \exp(2 - 4,59 + 0,089 \times \text{WBC} + 0,87 \times \text{Scr} + 0,65 \times \text{INR}))$

El análisis estadístico se llevó a cabo con el programa SPSS versión 23 y la comparación entre medias con aplicación de la prueba ji cuadrada.

Discusión: Se encontró una proporción de 98,3% de concordancia en la capacidad de predecir ausencia de AKI entre la fórmula y un CKD-EPI > 65 ; RR de 0,8 de sufrir AKI cuando el resultado de la fórmula es $> 0,77$, con un valor de p no significativo de 0,62. La fórmula posee especificidad de 98% y valor predictivo negativo de 81%, pero la sensibilidad y el valor predictivo positivo son nulos.

Conclusiones: A pesar de tener buena especificidad y valor predictivo negativo alto, dada su baja sensibilidad y escaso valor predictivo positivo, la fórmula de probabilidad predicha de AKI no tiene diferencia significativa en comparación con CKD-EPI, por lo que no se recomienda por el momento su empleo generalizado.

Financiamiento: Sin financiamiento.

Mar342

ÍNDICE DE CALIDAD DEL SUEÑO DE PITTSBURGH: VALIDACIÓN DE SU TRADUCCIÓN Y PRIMERA APLICACIÓN EN POBLACIÓN MEXICANA CON HEPATOPATÍA

M. I. Badillo-Vázquez, R. Contreras-Omaña; Escuela de Medicina, Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo; Centro de Estudio e Investigación en Enfermedades Hepáticas y Toxicológicas (CEIHET), Hidalgo; Centro de Estudio e Investigación en Enfermedades Hepáticas y Toxicológicas (CEIHET)

Introducción: Los pacientes con hepatopatías sufren alteraciones en la calidad del sueño y el descanso. El Índice de calidad del sueño de Pittsburgh (PSQI) es una herramienta apta para evaluarlo y por ello este estudio busca validar su traducción y aplicación en la población mexicana.

Objetivo: Validar la traducción y la aplicación del PSQI en la población mexicana con hepatopatía.

Material y métodos: Se desarrolló una versión traducida del PSQI para evaluar la calidad del sueño en pacientes mexicanos con hepatopatías, evaluada y corregida por dos expertos bilingües y un equipo médico especializado en salud hepática. Con posterioridad se aplicó a una muestra piloto de 10 individuos con hepatopatía y 25 controles para su validación.

Resultados: Se encuestó a 35 personas, de las cuales 10 (28%) tenían hepatopatía; el 57,1% correspondió a mujeres. En pacientes hepatopatas, los problemas de sueño se dividieron en: nulo (30%), leve (30%) y moderado (40%). En los controles, los porcentajes fueron: nulo (16%), leve (32%), moderado (48%) y grave (1%). En promedio, 7 hepatopatas registraron algún grado de alteración del sueño (70%), en comparación con 20 controles (81%). Al aplicar la prueba t de Student se encontró que la diferencia entre ambos grupos no fue significativa ($p = 0,448$). La comprensión de las preguntas fue adecuada en todos los individuos.

Conclusiones: Este estudio piloto demostró que la traducción del PSQI es de fácil comprensión y adecuada aplicación en la población mexicana, lo que permitirá validarla. No se identificó una diferencia significativa entre grupos debido al tamaño de muestra y al hecho de que se incluyó a pacientes con hepatopatías compensadas. Esta validación hará posible llevar a cabo un estudio de mayor escala en pacientes con cirrosis descompensada en los siguientes meses.

Financiamiento: No se dispuso de financiamiento.

Mar343

LA DEFICIENCIA DE 25-HIDROXIVITAMINA D COMO UN FACTOR ASOCIADO AL DESARROLLO DE ENCEFALOPATÍA HEPÁTICA EN POBLACIÓN MEXICANA

P. M. Diego-Salazar, D. F. Abendaño-Rivera, K. Cazarín-Chávez, D. Santana-Vargas, V. López-Ladrón de Guevara, J. L. Pérez-Hernández, F. Higuera-de la Tijera, Hospital General de México Dr. Eduardo Liceaga

Introducción: La encefalopatía hepática (EH) es una complicación muy frecuente en pacientes con enfermedad hepática crónica (EHC). El desarrollo de esta descompensación es multifactorial e incluye concentraciones de amoníaco, estado inflamatorio, sepsis y otros más. Un factor poco estudiado en la población son los valores séricos de 25-hidroxivitamina D (25-HOD), que podrían actuar como un cofactor en EH.

Objetivo: Determinar si la deficiencia de 25-HOD sérica actúa como cofactor en el desarrollo de EH.

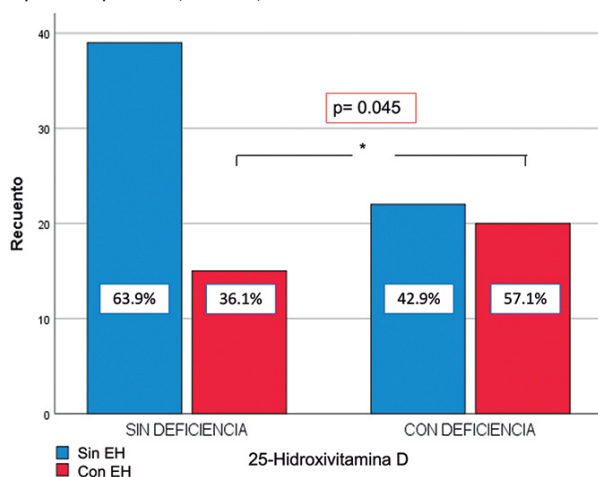
Material y métodos: Estudio observacional, retrospectivo, analítico, de casos y controles que incluyó a sujetos de ambos sexos, mayores de 18 años, diagnosticados con EHC de diferentes causas. Se registraron hemograma, función hepática y renal, electrolitos séricos, perfil de coagulación y valores séricos de 25-HOD. Se evaluaron con la escala West Heaven (WH). Para comparar las diferencias entre las concentraciones de 25-HOD de pacientes con EH y sin ella se utilizó la prueba t de Student en grupos independientes. La relación entre deficiencia de 25-HOD, con y sin EH, se efectuó con prueba ji cuadrada y se consideró un nivel de significancia alfa = 0,05.

Resultados: De un total de 96 pacientes, el 36,5% mostró EH. La media de 25-HOD con EH fue de $18,78 \pm 8,56$ en comparación con el grupo sin EH que fue de $22,77 \pm 9,94$. La prueba t fue significativa: $t(1) = 2,072$, $p = 0,041$. Los pacientes con deficiencia y EH sumaron 20/35 (57,1%) respecto de 22/61 (36,1%) sin EH. La prueba ji cuadrada para la relación entre deficiencia y EH fue positiva con valor de $(1) = 4,015$, $p = 0,045$ (Fig. 1).

Conclusiones: No puede considerarse una relación causal entre deficiencia de 25-HOD y desarrollo de EH, ya que ésta es multifactorial; sin embargo, la deficiencia de 25-HOD es frecuente en pacientes con EHC y este estudio demuestra que tal deficiencia funciona como un cofactor, dado que existe una diferencia significativa entre los grupos. Es necesario en futuras investigaciones validar hallazgos con análisis multivariado para confirmar estos hallazgos.

Financiamiento: No se contó con financiamiento.

Figura 1. Relación entre los valores de 25-hidroxivitamina D y encefalopatía hepática. (Mar343)



Mar344

USO DE UN BIOMATERIAL EN EL TRANSPORTE DE NUEVA MOLÉCULA PARA EL TRATAMIENTO DE HEPATOCARCINOMA EN UN MODELO *IN VITRO*

M. Martínez-Castillo, C. Piña-Barba, I. Núñez-Tapia, M. Hernández-Santillán, A. Hernández-Barragán, G. Gutiérrez-Reyes, Facultad de Medicina, UNAM

Introducción: La enfermedad hepática crónica en estadios avanzados (cirrosis y hepatocarcinoma celular [HCC]) representa casi 1,75 millones de muertes al año; sus opciones terapéuticas son el trasplante o la ablación parcial. La ingeniería de tejidos considera el uso de andamios, células y factores de crecimiento como medidas alternativas, ante la baja tasa de donación y las limitaciones biológicas de los trasplantes. La recurrencia del tumor es la principal causa de muerte una vez practicada la resección del HCC, sea en pacientes con cirrosis o sin ella. STAT-3 se ha identificado como un blanco terapéutico en el HCC. En estudios preclínicos, el compuesto WP1066 ha demostrado ser un excelente inhibidor de la vía STAT3 en distintos tipos de cáncer. Por otra parte, el uso de los andamios de matriz de colágena (MC) se ha referido como una forma de transportar fármacos antineoplásicos.

Objetivo: Evaluar la capacidad de una MC como vehículo de WP1066 en un modelo *in vitro* de HCC.

Material y métodos: Se realizaron diluciones seriales de WP1066 (concentración final de DMSO, 0,05%) para determinar la IC50 en las líneas HEPA 1-6 (murino) y HEPG2 (humana) mediante el método de la resazurina. Una vez establecidas las concentraciones de IC se evaluó la estabilidad de WP1066 en la MC a los días 1, 3 y 7 mediante espectrometría de masas. Se evaluaron el pH del medio de cultivo (RPMI) y la viabilidad celular en células tratadas y no tratadas con WP1066 en presencia o ausencia de la MC. El análisis estadístico se realizó mediante ANOVA de dos vías; significancia estadística: $p < 0,001$.

Resultados: La IC50 de WP1066 fue similar en ambas líneas de HCC, $1,54 \pm 0,07$ μM y $1,68 \pm 0,16$ μM , para HEPA 1-6 y HEPG2, respectivamente. El análisis de espectrometría de masas WP1066 reveló la estabilidad del compuesto a los días 1, 3 y 7 en la MC. El WP1066 y la MC, solas o en combinación, no cambian el pH a las 72 h de cultivo. La viabilidad celular de ambas líneas celulares se redujo hasta un 80% en la combinación de MC más WP1066. De manera inesperada, la MC promovió la reducción de la viabilidad celular al 50% al igual que el WP1066 solo ($p < 0,001$).

Conclusiones: Con anterioridad los autores notificaron que la MC permite la supervivencia y proliferación de células troncales mesenquimales humanas obtenidas de membrana amniótica. Los resultados demuestran que la MC puede ser vehículo de WP1066 y posibilitar su estabilidad. La MC, al igual que WP1066, reduce la viabilidad celular de las líneas de HCC. Es probable que el contenido de hidroxiapatita de la MC (cerca del 20%) participe en la reducción de la viabilidad de las células cancerosas; éste es un hallazgo que debe estudiarse para el tratamiento del HCC.

Financiamiento: No se recibió financiamiento de ningún tipo.

Mar345

INCIDENCIA DE TUMORES MALIGNOS *DE NOVO* Y FACTORES DE RIESGO EN PACIENTES CON TRASPLANTE HEPÁTICO: EXPERIENCIA DE 10 AÑOS EN UN CENTRO NACIONAL DE REFERENCIA

J. M. Jiménez-Gutiérrez, I. García-Juárez, Instituto Nacional de Cancerología

Introducción: El trasplante hepático es el único tratamiento potencialmente curativo para la cirrosis hepática descompensada. Sin embargo, la inmunosupresión prolongada se ha vinculado con un riesgo incrementado de desarrollar tumores malignos *de novo* (TMN) en el periodo posterior al trasplante, con afectación de la supervivencia de los pacientes.

Objetivo: Evaluar la incidencia de TMN y los factores de riesgo en una cohorte de pacientes sometidos a trasplante hepático en un centro nacional de referencia en México.

Material y métodos: Se realizó un estudio de cohorte retrospectivo de pacientes que recibieron un trasplante hepático durante el periodo 2006-2015 en un centro nacional de referencia. Criterios de inclusión: pacientes mayores de 18 años sometidos a un trasplante hepático. Criterios de exclusión: pacientes con antecedente de carcinoma hepatocelular o neoplasias malignas antes del trasplante y pacientes con seguimiento menor de seis meses. Las variables continuas se expresaron como medianas con rangos intercuartílicos y las variables categóricas como frecuencias y proporciones. Para la comparación entre grupos se utilizó la U-de Mann-Whitney para variables continuas y la ji cuadrada para variables categóricas. Un valor de $p \leq 0,05$ se consideró significativo. Los análisis estadísticos se realizaron con el paquete estadístico SPSS v.25.

Resultados: Se incluyó a 141 pacientes, de los cuales 12/141 (8,5%) desarrollaron TMN. La mediana de edad de los pacientes con TMN fue de 45,5 años (RIC, 28,7-57,7), con predominio del género masculino (7/12, 58,3%). Los TMN más frecuentes fueron cáncer de piel (distinto del melanoma) en 5/12 pacientes (41,6%) y neoplasias hematológicas en 4/12 pacientes (33,3%). La mediana de tiempo del trasplante hepático al diagnóstico de TMN fue de 49,4 meses (RIC, 32,6-72,1). No se encontró relación con el género, la edad al trasplante, la causa

de la cirrosis y el número y tipo de inmunosupresión en el desarrollo de TMN (Tabla 1). Sólo 56/141 (39,7%) pacientes tuvieron alguna valoración dermatológica en su seguimiento. La mediana de seguimiento en el grupo de pacientes con TMN fue de 89,5 meses (RIC, 60,6-121,6). El 33,3% (4/12) de los pacientes con TMN falleció por causas consecutivas a las neoplasias.

Conclusiones: El cáncer de piel (diferente del melanoma) es el TMN más frecuente en paciente con trasplante hepático, seguido de las neoplasias hematológicas. La mayor parte de los TMN se diagnosticó en los primeros cinco años posteriores al trasplante. Los pacientes receptores de trasplante hepático deben tener un seguimiento estrecho para detectar de forma temprana TMN, especialmente en los primeros cinco años. La evaluación por dermatología debe realizarse de forma sistemática y estricta en todos los pacientes.

Financiamiento: No se recibió financiamiento de ningún tipo.

Mar346

SARCOMA HEPÁTICO FUSOCELULAR DE ALTO GRADO. PRESENTACIÓN DE DOS CASOS

K. A. Salazar-Garza, P. A. López-Hernández, A. Y. Ruiz-Flores, Unidad Médica de Alta Especialidad No. 25, IMSS

Introducción: El sarcoma hepático es una neoplasia maligna de estirpe mesenquimal de muy baja frecuencia y difícil diagnóstico, con una evolución casi siempre rápida y letal. La causa precisa se desconoce en la mayoría de los casos. El tratamiento quirúrgico es

Tabla 1. Estadísticas presentadas como medianas (RIC), n (%). Las pruebas estadísticas realizadas fueron U de Mann-Whitney, ji cuadrada y exacta de Fisher. (Mar345)

Características	Todos los casos = 141	TMN, n = 12	Controles, n = 129	p
Edad, mediana, (RIC)	47 (39, 57)	45,5 (28,7, 57,7)	48 (39, 57)	0,58
Sexo				0,7
Hombre	75 (53,2%)	7 (58,3%)	68 (52,7%)	
Mujer	66 (46,8%)	5 (41,7%)	61 (47,3%)	
Etiología				0,47
Autoinmunitaria	51 (36,2%)	7 (58,3%)	44 (34,1%)	
Virus de la hepatitis C	42 (29,8%)	3 (25%)	39 (30,2%)	
MALFD/criptogénica	16 (11,3%)	1 (8,3%)	15 (11,6%)	
Alcohol	15 (10,6%)	0 (0%)	15 (11,6%)	
Otra	17 (12,1%)	1 (8,3%)	16 (12,4%)	
MELD, mediana, (RIC)	16,0 (12,2, 17,8)	16,0 (12,2, 17,0)	17,5 (14,2, 21,0)	0,36
Inmunosupresión				
ICN	127 (90%)	11 (91,6%)	116 (89,9%)	0,96
Tacrolimus	15 (68%)	10 (83,3%)	107 (82,9%)	
Ciclosporina	5 (23%)	1 (8,3%)	9 (7%)	
MMF	39 (27,6%)	2 (16,7%)	37 (28,7%)	0,37
Prednisona	49 (34,7%)	7 (58,3%)	42 (32,6%)	0,07
mTOR	12 (8,5%)	1 (8,3%)	11 (8,6%)	0,95
Azatioprina	2 (1,4%)	1 (8,3%)	1 (0,8%)	0,95
Número de inmunosupresores				0,62
0	1 (0,7%)	0 (0%)	1 (0,8%)	
1	70 (49,6%)	4 (33,3%)	66 (51,2%)	
2	51 (36,2%)	6 (50%)	45 (34,9%)	
3	19 (13,5%)	2 (16,7%)	17 (13,2%)	

TMN, tumor maligno *de novo*; MALFD, *metabolic associated liver fatty disease*; MELD, *model for end-stage liver disease*; ICN, inhibidor de la calcineurina; MMF, micofenolato de mofetilo; mTOR, *mammalian target of rapamycin*.

complejo y, dada la diseminación de la enfermedad, la cirugía no suele ser posible, por lo que se aplican medidas paliativas en las etapas finales de la enfermedad.

Objetivo: Presentar dos casos de sarcomas hepáticos primarios observados en este centro en el transcurso de un año, con diferentes edades de presentación y características similares tomográficas e inmunohistoquímicas.

Informe de casos:

Caso 1: Paciente femenino de 51 años sin antecedentes oncológicos familiares ni toxicomanías, que inicia con dolor punzante en hipocondrio derecho y síndrome consuntivo. La exploración reconoce una tumoración palpable indurada, localizada en el hipocondrio derecho con extensión a la fosa iliaca derecha. La TAC trifásica delinea una lesión dependiente de los segmentos IVb y V, de morfología irregular y heterogénea, con bordes lobulados y mal definidos de 13,2 x 7,9 x 18,4 cm; la fase arterial con realce heterogéneo señala vascularidad central y periférica, y la fase portal reconoce zonas centrales sin realce indicativas de necrosis (Fig. 1A, B). Las pruebas de función hepática no identifican alteraciones y los marcadores tumorales son negativos. PAAF: sarcoma de alto grado con patrón fusocelular y diferenciación hacia músculo liso positivo a desmina, vimentina y Ki67 en 20% por análisis inmunohistoquímico. Se determina que es irresecable y se inicia tratamiento de primera línea con doxorubicina liposomal; en la actualidad se halla en su octavo ciclo con progresión de enfermedad con un ECOG de 2.

Caso 2: Paciente masculino de 22 años de edad, sin antecedentes familiares, con tabaquismo esporádico y consumo de alcohol de 120 g por semana durante seis años. Inicia el padecimiento con elevaciones febriles y malestar general; el ultrasonido y la tomografía simple y contrastada revelan una imagen indicativa de absceso hepático de 9,3 x 7,6 x 6,7 cm con volumen de 270 mL. Se trata con antibioticoterapia sin mejoría y se drenan de forma percutánea 3 cm³ con cultivo negativo; se practica una laparoscopia para drenaje y se reconocen cambios de coloración en el segmento IV sin signos de tejido desvitalizado. La TAC trifásica delinea una imagen en los

segmentos IVa y V con áreas hipodensas centrales consistentes con necrosis y múltiples calcificaciones puntiformes centrales y periféricas. Las pruebas de función hepática no revelan alteraciones y los marcadores tumorales son negativos. Dos biopsias hepáticas percutáneas señalan datos de necrosis. Se decide biopsia laparoscópica por deterioro clínico y síndrome consuntivo, y se diagnostica sarcoma hepático fusocelular indiferenciado de alto grado histológico, con inflamación mixta grave, necrosis y hemorragia; el análisis inmunohistoquímico es positivo a vimentina y Ki67 en 30% y se inicia quimioterapia neoadyuvante, con toxicidad hematológica. Se considera una tumoración irresecable y hay deterioro clínico, con ECOG de 3; se suspende la quimioterapia y se ofrecen medidas paliativas. El paciente muere por avance de la enfermedad.

Discusión: La incidencia de los sarcomas de hígado oscila entre 0,1% y 1% de todos los tumores hepáticos malignos del adulto. El diagnóstico definitivo es histopatológico y positivo para marcadores endoteliales por inmunohistoquímica; el pronóstico es letal, con una evolución rápida y una pobre sobrevida. No hay tratamiento médico curativo en la mayoría de los casos, sólo medidas paliativas y de apoyo.

Conclusiones: El sarcoma hepático es infrecuente y esquivo al diagnóstico, por lo que es importante conocer las características clínicas y radiológicas de estas neoplasias para lograr una detección temprana y un tratamiento multidisciplinario.

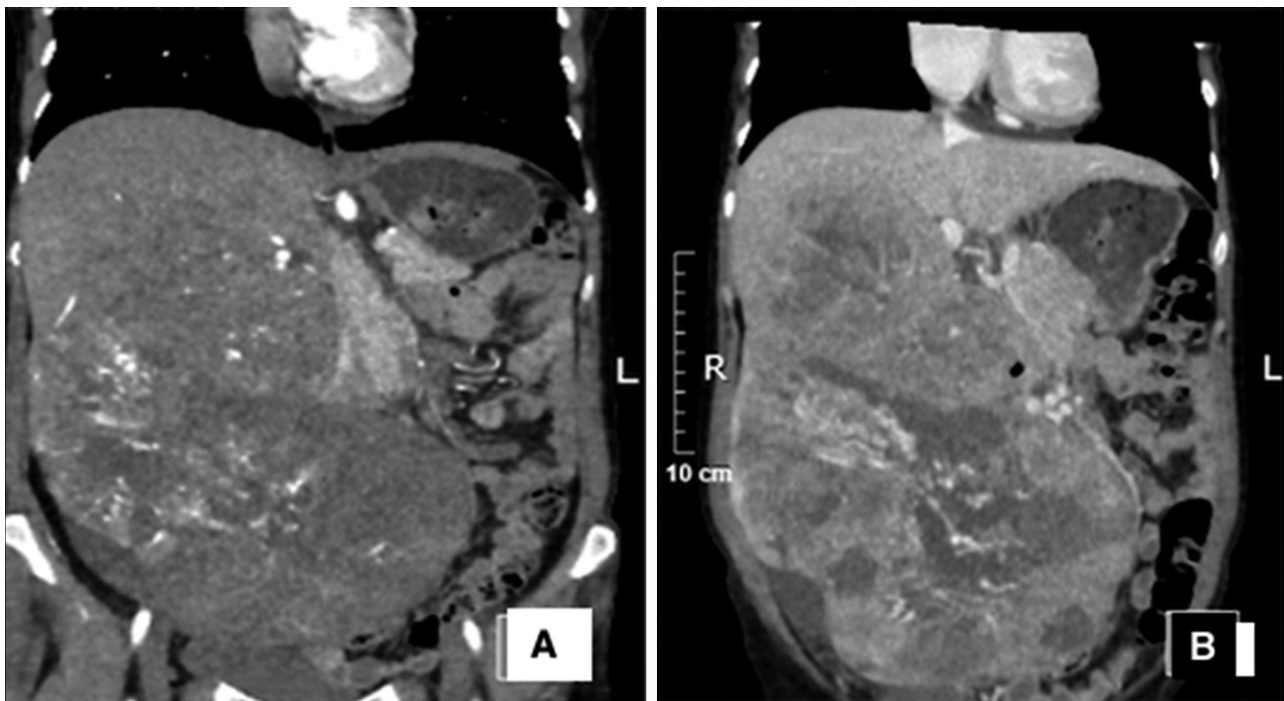
Financiamiento: No se recibió ningún tipo de financiamiento.

Mar347

CARACTERIZACIÓN CLÍNICA Y EPIDEMIOLÓGICA DE PACIENTES CON HEPATOCARCINOMA

L. M. Cruz-Rodríguez, J. M. Aldana-Ledesma, J. I. Cervantes-Contreras, J. A. Velarde Ruiz-Velasco, Hospital Civil de Guadalajara Fray Antonio Alcalde

Figura 1. Tomografía en corte coronal. A, lesión dependiente de los segmentos IVb y V, con morfología irregular, bordes lobulados y mal definidos, densidad heterogénea; en la fase arterial se observa realce heterogéneo con vascularidad central y periférica en forma radial. B, fase portal con múltiples zonas extensas e irregulares centrales, sin realce indicativo de necrosis. La lesión mide 11,7 x 18,8 x 26 cm en sus ejes máximos. (Mar346)



Introducción: El carcinoma hepatocelular (HCC) representa más del 80% de los cánceres de hígado con efecto directo en la morbimortalidad. Las hepatitis virales producen la mayor parte de los casos, además de la progresión de la cirrosis hepática por otras causas. Existen diversos factores de riesgo con gran importancia para los programas de identificación y escrutinio de adultos con riesgo de HCC.

Objetivo: Caracterizar el perfil clínico y epidemiológico de los pacientes con diagnóstico de HCC.

Material y métodos: Estudio prospectivo de pacientes con diagnóstico de HCC. Se obtuvieron datos de la historia clínica, estudios de laboratorio, análisis histopatológico y estudios de imagen. Se realizaron análisis univariados y se efectuaron pruebas de normalidad de Kolmogorov-Smirnov y Shapiro-Wilk, con lo cual se determinó la prueba estadística adecuada, y se realizaron también cruces bivariados con la prueba de Mann-Whitney o t de Student. Las correlaciones no paramétricas se determinaron mediante rho de Spearman y para los cálculos se usaron intervalos de confianza del 95% con significancia estadística de $p < 0,05$.

Resultados: Se identificó a 50 pacientes ($n = 50$) con HCC. La media de edad al diagnóstico fue de 66 años ($DE \pm 12,91$), con predominio masculino (70%). De estos pacientes, el 88% cursó con cirrosis hepática (CH), sobre todo Child-Pugh C con 34%. La principal causa de la CH fue hepatitis C con 42%, seguida del consumo de alcohol con 30%; otras causas fueron MAFLD en 4% y hepatitis B en 4%. La puntuación de calidad de vida por escala ECOG fue de 0-2 en un 70% y de 3-4 en un 30%. La mayoría de los pacientes se identificó con la clasificación D (38%) de Barcelona (BCLC) y todos se diagnosticaron mediante criterios de imagen o histopatológicos junto con valores de alfafetoproteína (AFP). Se realizaron biopsias en 34% de los pacientes en las que se identificó sobre todo el tipo moderadamente diferenciado (14%) y se identificaron metástasis en 8%. La mortalidad fue de 28% y se registraron relación y significancia estadística con cifras de AFP ($p = 0,028$) (Fig. 1) y encefalopatía hepática ($p = 0,004$). La puntuación ECOG mostró correlación positiva con la ascitis ($r = 0,567$, $p \leq 0,001$), encefalopatía hepática ($r = 0,337$, $p = 0,017$) y escala de Child-Pugh ($r = 0,615$, $p \leq 0,001$).

Conclusiones: La mayoría de los casos se identificó en estadio avanzado, lo cual destaca la importancia de la detección temprana, con programas de escrutinio enfocados en la eliminación de los factores de riesgo, el tratamiento de las hepatitis virales, la cesación del consumo de alcohol y el seguimiento periódico de pacientes con cirrosis hepática para prevenir el avance de la enfermedad y los efectos sobre la calidad de vida.

Financiamiento: Este trabajo no contó con patrocinio total o parcial.

Mar348

CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS, ENFOQUE TERAPÉUTICO Y DESENLACE EN PACIENTES CON HEPATOCARCINOMA EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL

L. V. Cupil-Escobedo, V. M. Páez-Zayas, C. Y. Sánchez-Sánchez, G. Rangel-Zavala, F. Higuera-de la Tijera, J. L. Pérez-Hernández, Hospital General de México Dr. Eduardo Liceaga

Introducción: El carcinoma hepatocelular (HCC) es el tumor maligno más común en pacientes con cirrosis avanzada y representa una

carga significativa para el sistema de salud. El tratamiento incluye un enfoque multidisciplinario, si bien la enfermedad avanzada limita las opciones disponibles. La efectividad y el desenlace pueden diferir según sean el estadio de la enfermedad, la reserva funcional del paciente y otros factores.

Objetivo: Describir las características clínicas, estadificación, tratamiento y desenlace de los pacientes con HCC en un hospital de tercer nivel.

Material y métodos: Estudio retrospectivo y descriptivo de pacientes con HCC. Se evaluaron variables demográficas, tratamiento recibido de acuerdo con el sistema de estadificación del *Barcelona Clinic Liver Cancer* (BCLC) y respuesta al tratamiento según la Evaluación de respuesta en tumores sólidos (RECIST, *Response evaluation criteria in solid tumors*). Se realizó estadística descriptiva con medidas de tendencia central y dispersión.

Resultados: Se incluyó a 50 pacientes, 20 mujeres y 30 hombres, con límites de edad de 62 ± 8 . Como factores etiológicos se encontraron MAFLD (19), alcohol (14), hepatitis C (11) y otros (6). Las puntuaciones fueron: MELD $12,5 \pm 6,22$; MELD Na $14,7 \pm 5,44$ y los estadios BCLC A (9), B (28), C (4) y D (9). Un número de 30 era elegible para tratamiento, clasificados como Child-Pugh A (2), B (22) y C (6). Recibieron tratamiento radiológico 21 pacientes, incluidas quimioembolización transarterial (TACE) en 13 pacientes; ablación en 4, TACE y ablación simultáneas en 4, tratamiento médico en 1 con lenvatinib, atención médica y radiológica (nivolumab/lenvatinib) con TACE/ablación en 3, tratamiento con TACE y luego trasplante en 4 y trasplante hepático de primera línea en 1. La evaluación de respuesta al tratamiento mostró una completa en 4, parcial en 9, enfermedad estable en 7 y progresión en 8, con mortalidad global a tres meses de 8,3%.

Conclusiones: El grupo de los autores destaca la preponderancia de hombres con proporción similar entre cirrosis compensada y descompensada. La causa más frecuente identificada fue MAFLD. La mayoría de los casos se presentó en estadio intermedio (BCLC B). Se identificó a 30 pacientes (60%) aptos para recibir tratamiento; en cuanto a la respuesta radiológica se observó que el 13% de pacientes logró respuesta completa y el 30% respuesta parcial. Si bien varía la respuesta al tratamiento, se ha reconocido baja mortalidad a corto plazo.

Financiamiento: No se recibió financiamiento de ningún tipo.

Figura 1. Relación de los valores de AFP con la mortalidad. (Mar347)

