



# REVISTA DE GASTROENTEROLOGÍA DE MÉXICO

## ■ Trabajos Libres

### Sábado 16 Noviembre

Pág 1-3 Trabajos libres orales

### Domingo 17 Noviembre

Pág 4-29 Trabajos libres orales

Pág 30-92 Trabajos libres cartel

### Lunes 18 Noviembre

Pág 93-114 Trabajos libres orales

Pág 115-178 Trabajos libres cartel

### Martes 19 Noviembre

Pág 179-199 Trabajos libres orales

Pág 200-250 Trabajos libres cartel



**SEMANA  
NACIONAL  
GASTRO**

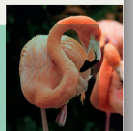
Semana Nacional  
**GASTRO  
MÉRIDA**

Centro Internacional de Congresos de Yucatán

**15-19·NOVIEMBRE·2024**

**INNOVACIÓN, CIENCIA Y CONVIVENCIA**

**#TodosSomosGastro**





# REVISTA DE GASTROENTEROLOGÍA DE MÉXICO

Órgano Oficial de  
la Asociación Mexicana  
de Gastroenterología

Publicación Oficial de la Asociación Mexicana de Gastroenterología

Vol. 89 Supl. 1 Noviembre 2024

## Editores titulares

### Enrique Coss-Adame

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

### José Antonio Velarde-Ruiz Velasco

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

## Consejo editorial

### 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

### Mario 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

## Editores asociados

### 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

### María de Fátima Higuera-de la Tijera

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

### Félix I. Téllez-Ávila

Gastroenterology and Hepatology Division, University of Arkansas for Medical Sciences, Little Rock, Arkansas, USA

## Editor administrativo

### Ma. de Lourdes Torres Fuentes

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

## Asistente editorial

### Pablo Sánchez Alarcón

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

## Mesa directiva

### Octavio Gómez Escudero

*Presidente*

### José María Remes Troche

*Vicepresidente*

Louis Francois de Giau Triulzi

*Secretario*

Luis Raúl Valdivinos García

*Tesorero*

José Antonio Velarde Ruiz Velasco

*Protesorero*

Rosalía Figueroa Salazar

*Secretaria de Actas*

Luis Ignacio Gurza Morales

*Secretario de relaciones*

## Consejo consultivo

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

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

## 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

### Raúl Contreras Omaña

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

### Ismael Domínguez Rosado

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

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

### 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 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 Olivós  
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 (ISSSTE/CALI) 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

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 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 Especialidades 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 Edil 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 Acoxpa, Ciudad de México, México

Yukiyo 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. Abrales  
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

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](http://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. 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 (CRMCYT).

© 2024 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.



# REVISTA DE GASTROENTEROLOGÍA DE MÉXICO

**SEMANA NACIONAL DE GASTROENTEROLOGÍA  
DEL 16 AL 19 DE NOVIEMBRE DE 2024**

## **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  
Dr. Carlos Patricio Acosta Rodríguez Bueno  
Dr. Juan Manuel Aldana Ledesma  
Dra. Mercedes Amieva Balmori  
Dra. Karla Miranda Barbachano  
Dra. Ana Delfina Cano contreras  
Dr. Jony Cerna Cardona  
Dra. Josefina Monserrat Cázares Méndez  
Dr. Raúl Contreras Omaña  
Dr. Ángel Ricardo Flores Rendón  
Dr. Louis Francois de Giau  
Dr. Edgar Santino García Jiménez  
Dra. Karla Rocío García Zermeño  
Dra. Elizabeth Hernández Chávez  
Dr. Oscar Víctor Hernández Mondragón  
Dra. María de Fátima Higuera de la Tijera  
Dra. María Fernanda Huerta de la Torre  
Dr. Ulises Leal Quiroga  
Dr. Heriberto Medina Franco  
Dr. Javier Manuel Meza Cardona  
Dra. Karla Miranda Barbachano  
Dra. Ericka Montijo Barrios  
Dra. Laura Ofelia Olivares Guzmán  
Dr. Mario Peláez Luna  
Dra. Yazmín Berenice Quiñones Pacheco





# REVISTA DE GASTROENTEROLOGÍA DE MÉXICO

Dr. José María Remes Troche  
Dra. Marlene Alejandra Ruiz Castillo  
Dra. Xochiquetzal Sánchez Chávez  
Dr. Erick Toro Monjaraz  
Dr. Omar Edel Trujillo Benavides  
Dr. Miguel Ángel Valdovinos Díaz  
Dr. Genaro Vázquez Elizondo  
Dr. Jesús Kazuo Yamamoto Furusho  
Dr. Juan Rafael Zárate Guerrero  
Dra. Mónica Rocío Zavala Solares

## **Curso Precongreso de Posgrado en Gastroenterología**

Directores de curso:  
Dra. Mercedes Amieva Balmori  
Dr. Enrique Coss Adame  
Dra. María de Fátima Higuera de la Tijera  
Dr. Miguel ángel Valdovinos Díaz

## **XVI Curso Precongreso de Posgrado en Gastroenterología y Nutrición. “Tiempo de reconstruir”**

Directores de Curso:  
M. en C. Luis Chi Cervera  
Dra. María Fernanda Huerta de la Torre  
Dra. Sophia Eugenia Martinez Vázquez

## **Directores de Congreso**

Dr. Ramón Isaías Carmona Sánchez  
Dra. María Eugenia Icaza Chávez  
Dr. José Antonio Chávez Barrera  
Dr. Louis Francois de Giau Triulzi  
Dr. Sergio Javier Fernández Ortiz  
Dra. Rosalía Figueroa Salazar  
Dra. Ericka Montijo Barrios  
Dr. Mario César Peláez Luna



# REVISTA DE GASTROENTEROLOGÍA DE MÉXICO

## **Directores de Curso Transcongreso de Posgrado en Cirugía**

Dr. Miguel Ángel Mercado Díaz  
Dr. Eduardo Prado Orozco  
Dr. Antonio Ramos de la Medina  
Dr. Noel Salgado Nesme

## **Curso Transcongreso de Endoscopia Gastrointestinal**

**“Fundamentos y trucos de la endoscopia diagnóstica y terapéutica”**

Coordinan:

Dra. Angélica Hernández Guerrero  
Dr. Ángel Ricardo Flores Rendón  
Dr. Daniel Ruiz Romero

## **IX Congreso Internacional de Gastroenterología y Nutrición Pediátrica**

Directores de curso:

Dr. Sergio Javier Fernández Ortiz  
Dra. Rosalía Figueroa Salazar  
Dra. Ericka Montijo Barrios



# REVISTA DE GASTROENTEROLOGÍA DE MÉXICO

## MENSAJE DE BIENVENIDA

Estimados socios, profesores nacionales e internacionales, invitados de honor, colegas y acompañantes, amigos todos:

Les doy la más cordial bienvenida a nuestro magno evento, la Semana Nacional de Gastroenterología, congreso con el que cerramos el año de actividades académicas. A lo largo de sus 89 años, la Asociación Mexicana de Gastroenterología (AMG) ha sido una institución líder en la organización, participación e innovación de programas científicos, de academia, e investigación. Poco después de su fundación, en el año 1946, fue de las instituciones pioneras al participar en el primer Congreso Nacional de Medicina. En 1952 realizó el primer “Congreso Nacional de Gastroenterología”, en la ciudad de México, evento que posteriormente fue rebautizado en el año de 1972 como Semana Nacional de Gastroenterología, ya que duraba exactamente una semana. Con el paso de los años, y respondiendo a diferentes tipos de necesidades, la duración del evento, al igual que muchos otros congresos internacionales, se fue reduciendo hasta quedar en el formato actual, con dos días de precongreso y 3 de congreso.

A lo largo de los años la AMG ha innovado en el formato de su congreso de diferentes formas. A partir de 1975 se editó por primera vez el suplemento de la Revista de Gastroenterología que incluía resúmenes de los trabajos presentados durante el Congreso. Posteriormente se fueron incorporando diferentes tipos de cursos precongreso como el de Nutrición y el de Gastropediatria, así como cursos transcongreso de hígado, endoscopia y cirugía de aparato digestivo, convirtiéndola en una verdadera Semana de Enfermedades Digestivas. A esto se han agregado Simposios conjuntos con diferentes asociaciones nacionales e internacionales tanto de gastroenterología como de algunas subespecialidades como hepatología, endoscopia, neurogastroenterología y motilidad, o enfermedad inflamatoria intestinal, siempre considerando en los mismos a expertos nacionales e internacionales reconocidos en cada tema, y cuando es posible, invitando al Presidente de la Asociación con la cual hacemos el Simposio Conjunto. Para este año, el Curso de Postgrado de Gastroenterología se ha dividido el primer día en Hepatología y Endoscopia, y el segundo en Gastroenterología, con 6 módulos de pláticas y Conferencias Magistrales y 5 comidas. Los directores del Curso este año son el Dr. Miguel Ángel Valdovinos Díaz, el Dr. Enrique Coss Adame, la Dra. María de Fátima Higuera de la Tijera y la Dra. Mercedes Amieva Balmori, mientras que para la sección de hepatología hemos invitado a la Dra. Graciela E. Castro Narro, a la Dra. Ana Delfina Cano Contreras, a la Dra. María de Fátima Higuera de la Tijera, a la Dra. Nayelli Cointa Flores García y Dra. María Saraí González Huevo. El Curso de Postgrado de Nutrición fue elaborado por la Dra. Sophia E. Martínez Vázquez, la Dra. María Fernanda Huerta de la Torre y el M.C. Luis Alberto Chi Cervera. La organización del curso de Gastropediatria estuvo a cargo del Comité de Pediatría, la Dra. Ericka Montijo Barrios, la Dra. Rosalía Figueroa Salazar y el Dr. Sergio J. Fernández Ortiz.



# REVISTA DE GASTROENTEROLOGÍA DE MÉXICO

Los Directores del Congreso 2024 son el Dr. Ramón I. Carmona Sánchez, la Dra. María Eugenia Icaza Chavez, el Dr. Louis Francois De Giau Triulzi, el Dr. José Antonio Chávez Barrera y el Dr. Mario Peláez Luna.

Este año para la sesión plenaria tenemos una Conferencia Magistral muy especial, por el Dr. Barry Marshall conmemorando los 40 años del descubrimiento del *Helicobacter pylori*. Algunos de los temas más relevantes de los simposios de este año incluyen inteligencia artificial, uso de neuromoduladores, actualización de consensos y guías de buena práctica, farmacología y biológicos en EII, nuevas herramientas endoscópicas, sangrado de intestino delgado, enfermedad por reflujo gastroesofágico y un popurrí de enfermedades esofágicas, oncología gastrointestinal, enfermedades emergentes, hígado graso, hepatitis virales agudas y crónicas, histopatología gastrointestinal, síndromes de náusea y vómito, disbiosis, patología pancreática, redes sociales, aspectos médico-legales y fiscales, así como una sesión cultural acerca del mundo del vino, entre otras. Tenemos un Curso Transcongreso de Endoscopia a cargo del Dr. Ángel Ricardo Flores Rendón, Dr. Daniel Ruiz Romero y Dra. Angélica I. Hernández Guerrero, así como otro de Cirugía a cargo de los Dres. Miguel Ángel Mercado Díaz, Dr. Eduardo Prado Orozco, Dr. Antonio Ramos de la Medina y Dr. Noel Salgado Nesme.

Como cada año hemos programado varios Simposios conjuntos con otras asociaciones hermanas internacionales. Este año los Simposios son con el *American College of Gastroenterology* (ACG), la *World Gastroenterology Organisation* (WGO), la Organización Panamericana de Gastroenterología y Endoscopia (OPGE), la *Panamerican Crohn's and Colitis Organization* (PANCCO), así como la Sociedad Guatemalteca de Gastroenterología como país invitado. Como cada año tenemos un amplio Programa de Trabajos Libres, y gracias al apoyo del Comité Científico tendremos 15 sesiones y 80 trabajos orales, además de presentaciones diarias en carteles. Tenemos una extensa participación de la industria farmacéutica, con un total de 44 laboratorios, a quienes agradecemos como siempre por su colaboración. Durante el presente evento tenemos 18 comidas simposio y un desayuno patrocinados por la industria, 5 comidas en el Curso de Gastroenterología, 1 en el de Nutrición, y un taller *box lunch* en el Transcongreso de Endoscopia.

Otra de las innovaciones que ha propuesto la Mesa Directiva este año es incluir durante la ceremonia de inauguración los homenajes y no en la de clausura, tanto a un ex-presidente como a dos profesores internacionales que han participado con nosotros a lo largo de muchos años, como Asociados Honorarios. Al término de la Inauguración y en lugar de un cóctel hemos organizado una cena formal para Socios registrados al evento (cupó limitado), es una forma de agradecerles su asistencia y que servirá de antesala para la celebración del 90 Aniversario de la AMG en el 2025.

Nos vemos en Mérida.

**Dr. Octavio Gómez Escudero**  
Presidente AMG



# REVISTA DE GASTROENTEROLOGÍA DE MÉXICO

## Contenido

### ■ Trabajos libres orales, sábado 16 noviembre

- 1 *Chay-Correa T. D. P. y cols.* Prevalencia y factores asociados a infección por *Clostridioides difficile* en niños con enfermedad inflamatoria intestinal
- 2 *García-Barrón A. M. y cols.* Características clínicas, bioquímicas y endoscópicas de riesgo para la respuesta al tratamiento en enfermedad inflamatoria intestinal de inicio muy temprano
- 2 *Álvarez-Valencia L. E. y cols.* Aprovechamiento de residuo mediante técnica de puenteo como terapia adyuvante en niños con derivación intestinal de manera domiciliaria

### ■ Trabajos libres orales, domingo 17 noviembre

- 4 *Reyes-Apodaca M. y cols.* Afrontando la transición en fibrosis quística: análisis de la preparación de pacientes y familias
- 5 *Cervantes-Garduño M. C. y cols.* Factores clínicos y bioquímicos presentes en los pacientes pediátricos con estenosis esofágica por ingesta de cáusticos en un hospital de tercer nivel
- 5 *Contreras-Hernández E. M. y cols.* Implementación de una escala clínica diagnóstica en estenosis hipertrófica de píloro
- 5 *Ramírez-Beltrán K. I. y cols.* Características clínicas y manométricas en pacientes con incontinencia fecal: comparativa entre retentiva y no retentiva
- 6 *Pérez-Santos P. L. y cols.* Frecuencia y características de pacientes pediátricos sometidos a colangiopancreatografía retrógrada endoscópica
- 7 *Gallardo-Luna M. S. y cols.* Impacto diagnóstico y terapéutico del ultrasonido endoscópico en la pancreatitis recurrente pediátrica después

de una colangiopancreatografía por resonancia magnética

- 7 *Pineda-Cely E. C. y cols.* Características demográficas, clínicas y genéticas de los pacientes con fibrosis quística en un hospital pediátrico durante el periodo 2018-2023
- 8 *Sámano-Villanueva G. F. y cols.* Hallazgos histológicos con impacto pronóstico en la respuesta al tratamiento en pacientes pediátricos con hepatitis autoinmune
- 10 *Reyes-Díaz S. A. y cols.* Disfunción sexual y calidad de vida en individuos con síndrome de intestino irritable: un estudio transversal
- 11 *Abendaño-Rivera D. F. y cols.* Asociación entre el estreñimiento crónico y el deterioro en la función cognitiva
- 12 *Madrid A. M. y cols.* Encuesta latinoamericana en gastroenterólogos expertos en trastornos del eje intestino-cerebro sobre el diagnóstico del síndrome de intestino irritable (SII) en su práctica clínica
- 12 *García-Cedillo M. F. y cols.* Efecto de la combinación de rifaximina alfa y dieta modificada en FODMAP en comparación con intervenciones individuales sobre la actividad de la lactasa en pacientes con SII sin estreñimiento y SIBO
- 13 *Solís-Hernández C. G. y cols.* Durmiendo con el enemigo: impacto del síndrome de intestino irritable en la calidad de vida y el sueño en pacientes mexicanos
- 14 *Cruz-Saucedo A. Y. y cols.* Lactulosa vs. polietilenglicol para la preparación intestinal en colonoscopia a pacientes en un hospital de tercer nivel
- 14 *Toranzo-González C. J. y cols.* Tasa de detección de lesiones sésiles serradas en colonoscopias de tamizaje

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](http://www.elsevier.com)



- 15 *Reyes-Saavedra N. y cols.* Determinación de la prevalencia de metaplasia intestinal y atrofia de la mucosa gástrica relacionada con *Helicobacter pylori* de enero de 2020 a abril de 2024 en el hospital español, un estudio retrospectivo
- 16 *González-Arredondo A. y cols.* Un tiempo de inserción prolongado se asocia a una mayor cantidad de moco en el colon izquierdo durante una colonoscopia con intercambio de agua: resultados de una cohorte prospectiva
- 16 *Cano-Contreras A. D. y cols.* ¿Cómo se hace el diagnóstico de infección por *H. pylori* en México? Datos del Registro Nacional Mexicano. Hp-MexReg
- 18 *López-Bernal C. A. y cols.* Caracterización y clasificación de la función anorrectal mediante manometría anorrectal de alta resolución en pacientes con colitis ulcerosa crónica idiopática
- 18 *Félix-Téllez F. A. y cols.* Aplicación clínica del COuGH-Reflux score en pacientes referidos para estudio de enfermedad por reflujo gastroesofágico por síntomas laringoesofágicos: resultados de un estudio multicéntrico internacional
- 19 *Alcalá-Torres V. H. y cols.* Alteraciones en la manometría esofágica posterior a infección por COVID severo, prolongado y persistente
- 19 *Félix-Téllez F. A. y cols.* Relación entre presión intragástrica y severidad de náusea y vómito crónico: un estudio manométrico
- 20 *Vázquez-Elizondo G. y cols.* La impedancia basal nocturna es útil identificando fenotipos de ERNE en pacientes hispanicos
- 21 *Cafaggi-Padilla D. F. y cols.* Frecuencia y factores asociados a remisión transmural en pacientes con enfermedad de Crohn en el Centro Médico Nacional 20 de Noviembre, ISSSTE
- 21 *Philippe-Ponce M. y cols.* Frecuencia y análisis de la remisión profunda en pacientes con colitis ulcerosa crónica idiopática: un estudio retrospectivo unicéntrico
- 22 *Ordaz-Álvarez H. R. y cols.* Impacto de los trastornos del sueño y de la conducta alimentaria en sujetos con enfermedad inflamatoria intestinal y síndrome de intestino irritable
- 24 *Cervantes-Contreras J. I. y cols.* Frecuencia de esteatosis y fibrosis hepática en pacientes con enfermedad inflamatoria intestinal
- 24 *Soto-Villalpando M. y cols.* Evaluación de la calidad de vida en pacientes con enfermedad inflamatoria intestinal con la herramienta IBDQ-32
- 26 *López-Sánchez M. y cols.* Incidencia de descompensación clínica en pacientes con cirrosis: asociación con el índice dietario proteína-sodio
- 27 *Gutiérrez-Castillo A. y cols.* Incidencia de infecciones tempranas en pacientes trasplantados de hígado
- 27 *Tadeo-Jiménez Y. y cols.* Elastografía esplénica como método no invasivo para determinar hipertensión portal clínicamente significativa en pacientes con cirrosis compensada
- 28 *Guerrero-Cabrera P. y cols.* El Doppler venoso renal y elastografía transitoria como predictores del desarrollo de síndrome cardiohepático en pacientes ambulatorios con hipertensión arterial pulmonar
- 28 *Fajardo-Félix C. F. y cols.* Incidencia de peritonitis fúngica espontánea en paciente con cirrosis hepática en población de Ciudad de México
- Trabajos libres en cartel, domingo 17 noviembre
- 30 *Panaccione R. y cols.* Eficacia y seguridad del retratamiento con upadacitinib después de la interrupción del tratamiento en colitis ulcerosa: datos del estudio de extensión abierto de fase 3 U-ACTIVATE
- 31 *Dubinsky M. y cols.* Risankizumab versus ustekinumab para lograr remisión clínica y la reducción de biomarcadores inflamatorios en pacientes con enfermedad de Crohn de moderada a grave: resultados del estudio fase III B SEQUENCE
- 31 *Salazar-Zamudio A. y cols.* Valor clínico del pH fecal como biomarcador de nivel de actividad en pacientes con colitis ulcerosa
- 32 *Galindo-Félix A. y cols.* Comparación de respuesta clínica, bioquímica, endoscópica e histológica en pacientes con diagnóstico de colitis ulcerosa en tratamiento con infliximab y golimumab en un hospital de tercer nivel de Puebla
- 33 *Molina-López M. y cols.* Evaluación de la actividad de la colitis ulcerosa en el Hospital de Especialidades Puebla: comparación de índices clínicos y reporte histopatológico
- 34 *Philippe-Ponce M. y cols.* Análisis demográfico de pacientes con colitis ulcerosa crónica idiopática sometidos a proctocolectomía restaurativa con reservorio ileal: un estudio unicéntrico de los últimos 12 años
- 35 *Martínez-Silva F. y cols.* Tofacitinib inhibidor de Jak, un nuevo mecanismo de acción en pacientes con colitis ulcerosa: serie de casos

- 35 *Contreras-Avilés E. y cols.* Utilidad del ancho de distribución eritrocitaria en la evaluación de la actividad de la colitis ulcerosa crónica idiopática y su correlación con biomarcadores inflamatorios
- 36 *Lorenzo-Valle D. B. y cols.* Relación de linfocitos/LDH como indicador de actividad en pacientes con colitis ulcerativa crónica idiopática
- 37 *Contreras-Avilés E. y cols.* Impacto clínico del tratamiento con vedolizumab en pacientes con colitis ulcerosa crónica idiopática: evidencia de un estudio del mundo real en México
- 38 *Bastida-Osorio M. y cols.* La albúmina sérica como marcador relacionado al curso crónico de la colitis ulcerativa crónica idiopática
- 38 *Philippe-Ponce M. y cols.* Cambio de diagnóstico de colitis ulcerosa crónica idiopática a enfermedad de Crohn: un estudio retrospectivo unicéntrico
- 39 *Philippe-Ponce M. y cols.* Eficacia de la terapia combinada con 5-ASA en pacientes con colitis ulcerosa crónica idiopática con actividad bioquímica aislada: estudio de vida real
- 40 *Mejía-Brito E. F. y cols.* Manifestaciones extraintestinales asociadas a enfermedad inflamatoria intestinal en pediatría en el Instituto Nacional de Pediatría
- 40 *Benítez-Cruz P. y cols.* Prevalencia de infecciones por microorganismos oportunistas en pacientes pediátricos con tratamiento inmunosupresor para enfermedad inflamatoria intestinal en el Hospital General Gaudencio González Garza, Centro Médico Nacional La Raza, revisión de enero 2016 a diciembre 2021
- 42 *Figuroa-Palafox M. y cols.* Escala de Kioto modificada para *H. pylori* en población mexicana
- 43 *Carmona-Castillo M. Y. y cols.* Perfil endoscópico en pacientes con histología positiva vs. negativa para *Helicobacter pylori*
- 44 *Domínguez-Cardoso P. F. y cols.* Relación entre los hallazgos endoscópicos y score APRI en el tamizaje de varices esofágicas
- 44 *González-Martínez C. E. y cols.* Desenlaces y complicaciones después de la obturación de varices gástricas con cianoacrilato en pacientes con sangrado variceal
- 45 *Teutli-Carrión S. y cols.* Factores asociados a desarrollo de úlcera posligadura en pacientes con cirrosis
- 46 *Severino-Ferreras I. E. y cols.* Utilidad del ultrasonido endoscópico en la determinación de la erradicación de varices gástricas
- 46 *Herrera-Elizondo J. L. y cols.* Utilidad de la metoclopramida para mejorar la visualización endoscópica en sangrado de tubo digestivo alto
- 46 *Pérez-Santos P. L. y cols.* Ultrasonido endoscópico como herramienta diagnóstica para la localización de adenoma paratiroideo
- 47 *Pérez-Santos P. L. y cols.* Ultrasonido endoscópico como herramienta diagnóstica de coledocolitiasis en pacientes con riesgo intermedio de acuerdo con los criterios ASGE 2019
- 48 *Ramírez-Zamudio L. C. y cols.* Síndromes de Lemmel: serie de casos en un hospital de tercer nivel
- 49 *García-Prado D. I. y cols.* Síntomas digestivos superiores en los pacientes con bilis en cámara gástrica: ¿amigo o enemigo?
- 49 *Tinitana-Jumbo C. S. y cols.* Hallazgos de colonoscopias de tamizaje y relación del sexo con la histopatología
- 49 *Toranzo-González C. J. y cols.* Características endoscópicas de tumores neuroendocrinos del tracto gastrointestinal diagnosticados por endoscopia
- 50 *Juárez-León O. y cols.* Análisis de los cambios endoscópicos y etiología en los diferentes fenotipos de ectasia vascular antral gástrica
- 51 *Montoya-Montoya O. J. y cols.* Protocolo de Roma (Costamagna): características clínicas y endoscópicas de pacientes en un hospital de referencia
- 51 *Chavarín-Meza A. E. y cols.* Evaluación de la escala *Decision to scope score* (DTS) como predictora de resolución endoscópica en pacientes con ingesta de cuerpo extraño
- 52 *Medina-Ávalos E. J. y cols.* Endoscopia preoperatoria de rutina en pacientes sometidos a cirugía bariátrica
- 53 *Flores-Pérez D. E. y cols.* Frecuencia de desarrollo y prevalencia de agentes infecciosos en cultivo biliar en pacientes con colangitis aguda en el hospital español
- 53 *Celis-Valenzuela G. C. y cols.* La morfología de la papila de Vater influye en el tiempo y dosis de radiación durante la colangiografía retrógrada endoscópica

- 53 *Enríquez-Constantino B. A. y cols.* Correlación entre hallazgos endoscópicos e histológicos para el diagnóstico de gastritis eosinofílica
- 54 *Guzmán-Lepe A. y cols.* Hallazgos endoscópicos en ingesta de cáusticos: análisis de casos
- 54 *Fernández-Ramírez A. J. y cols.* La tasa de detección de pólipos en el Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán, experiencia en un instituto de tercer nivel en la Ciudad de México
- 55 *Rivera-Flores A. G.* Comparación de la eficacia en la preparación intestinal de una colonoscopia entre la lactulosa oral versus polietilenglicol
- 55 *Espinoza-Acuña J. R. y cols.* Puntaje de Boston en pacientes en el régimen de preparación para colonoscopia con Nulytely (macrogol) vs. Nulytely Bis (macrogol/ bisacodilo) en pacientes mayores a 50 años
- 56 *Pacheco-Serrano M. y cols.* Análisis observacional de pólipos colónicos en pacientes con acromegalia
- 57 *Rogel-Zárate L. L. y cols.* Rehabilitación intestinal: crecimiento, calidad de vida y suplementación de vitamina D en pacientes con falla intestinal portadores de nutrición parenteral domiciliaria del Hospital Infantil de México Federico Gómez
- 57 *Martínez-Subías D. y cols.* Evaluación de la prevalencia de síndrome de desgaste energético proteico en pacientes con enfermedad renal crónica con terapia de sustitución renal con hemodiálisis
- 58 *Rieppi-Díaz A. y cols.* STRONGkids: evaluación del riesgo nutricional en una sala de urgencias pediátricas
- 58 *Velasco-Benítez C. A. y cols.* Intervenciones nutricionales en la práctica clínica para niños con trastornos del espectro autista: perspectivas de pediatras, estudiantes de pediatría y subespecialistas
- 59 *Peña-Vélez R. y cols.* Prácticas de alimentación complementaria y desarrollo de anemia en lactantes de 12 a 24 meses de edad
- 59 *Macías-Barrera D. y cols.* Experiencia del uso de nutrición parenteral individualizada en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales del Hospital Infantil de México Federico Gómez en pacientes quirúrgicos
- 60 *Medina-Vera I. y cols.* Evaluación del gasto energético en reposo, composición corporal y grosor del cuádriceps en población pediátrica con exceso de peso
- 60 *Ortega-Díaz K. V. y cols.* Utilidad del tamizaje nutricional al ingreso hospitalario y el impacto en el estado nutricional en un hospital pediátrico de tercer nivel
- 60 *Becerra-Morales S. N. y cols.* Requerimiento energético en reposo, ángulo de fase y composición corporal entre estrato diagnóstico en pacientes pediátricos con recién diagnóstico oncológico
- 61 *Peña-Vélez R. y cols.* Punto de corte de la circunferencia media de brazo para diagnóstico de desnutrición en niños de 2 a 5 años en México
- 61 *Peña-Vélez R. y cols.* Riesgo de anemia al ingreso hospitalario en niños con diagnóstico de sobrepeso y obesidad
- 62 *Chino-Valderrábano D. y cols.* Características clínicas de pacientes con hemorragia de tubo digestivo alto sometidos a endoscopia en un hospital de tercer nivel
- 62 *Medina-Rodríguez S. A. y cols.* Ingesta de sustancias cáusticas en pacientes pediátricos: características clínicas, endoscópicas, tratamiento y complicaciones en un hospital de tercer nivel
- 63 *Moraga-Sánchez D. S. y cols.* Descripción del comportamiento de estenosis esofágicas, terapéutica endoscópica realizada en una unidad de endoscopia pediátrica de tercer nivel. Experiencia de 8 años
- 63 *Alvarado-Cifuentes M. D. R. y cols.* Cápsula endoscópica: un nuevo horizonte en el diagnóstico de la enfermedad de injerto contra huésped gastrointestinal
- 64 *Peña-Gutiérrez J. J. y cols.* Experiencia en el uso de cápsula endoscópica en pacientes pediátricos de un hospital de tercer nivel
- 64 *Guerrero-Valenzuela A. F. y cols.* Caracterización y evolución clínica de la motilidad esofágica inefectiva en pacientes pediátricos: estudio retrospectivo en un centro de referencia
- 65 *Elizondo-Benet S. y cols.* Manometría esofágica de alta resolución en los pacientes pediátricos con enfermedad por reflujo gastroesofágico refractario
- 65 *Castro-Zárate A. L. y cols.* Utilidad de IMBN y PSPW en el espectro diagnóstico de reflujo gastroesofágico en una población pediátrica
- 66 *Quesada-Tortoriello A. I. y cols.* Presentación atípica (síntomas respiratorios): asociada con reflujo gastroesofágico no ácido en la población pediátrica: resultados preliminares

- 66 *Rico-Rojas D. y cols.* Abordaje de alergia alimentaria para el control de síntomas en pacientes con esofagitis eosinofílica. Serie de casos
- 67 *Arellano-Sánchez D. R. y cols.* Prevalencia de síndrome de intestino irritable en pacientes con lupus eritematoso sistémico de inicio en la infancia
- 67 *Escobedo-Berumen L. y cols.* Factores sociodemográficos asociados a gastroenteritis viral aguda en pediatría postpandemia en México
- 68 *Obando-Lazo F. J. y cols.* Alergia a las proteínas de la leche de vaca (APLV), conocimientos del personal médico sobre diagnóstico y el tratamiento
- 68 *Pardo-Gutiérrez A. L. y cols.* Modificación de la microbiota intestinal y reducción de sintomatología posterior a un mes de tratamiento estándar en lactantes con alergia a la proteína de la leche de vaca
- 68 *Flores-Castillo J. L. y cols.* Descripción demográfica, clínica, diagnóstica y terapéutica de pacientes pediátricos con adenocarcinoma colorrectal
- 70 *Velasco-Benítez C. A. y cols.* Ausentismo escolar y social en niños entre 8 y 18 años de edad con trastornos del eje cerebro-intestino
- 70 *Velasco-Suárez D. A. y cols.* Ansiedad, depresión y calidad de vida en escolares colombianos con estreñimiento funcional de un colegio público rural
- 70 *Moreno-Rivas A. P. y cols.* Cambios en el patrón evacuatorio durante la hospitalización en pacientes pediátricos
- 70 *Hernández-López A. J. y cols.* Enfermedades psiquiátricas en pacientes pediátricos con dispepsia funcional en el Instituto Nacional de Pediatría del 2015-2022
- 71 *Velasco-Suárez D. A. y cols.* Disfagia funcional en niños entre 10 y 18 años de edad
- 71 *Guillén-Guerrero M. C. y cols.* La mente sobre el esófago: comorbilidades psiquiátricas en trastornos funcionales esofágicos
- 72 *Leal-Cortés S. A. y cols.* Malacoplaquia intestinal, reporte de 2 casos
- 72 *Velasco-Suárez D. A. y cols.* Diarrea funcional en niños entre los 8 y 18 años de edad
- 73 *Velasco-Suárez D. A. y cols.* Proctalgiya fugaz en niños entre 10 y 18 años de edad
- 73 *Velasco-Suárez D. A. y cols.* Trastornos del eje cerebro-intestino en pretérminos de un programa canguro
- 73 *Veloz-Corona Q. y cols.* Explorando la conexión entre disquecia infantil y estreñimiento funcional
- 74 *Tribouillier-Espinoza E. L. y cols.* Asociación de niveles de vitamina D con la actividad de la enfermedad inflamatoria intestinal en pacientes pediátricos
- 74 *Álvarez-Cruz D. E. y cols.* Prevalencia de la enfermedad fibroestenótica en pacientes pediátricos con diagnóstico de enfermedad inflamatoria intestinal en un hospital de tercer nivel
- 75 *Royo-Rosales A. y cols.* Características clínicas de pacientes pediátricos con enfermedad inflamatoria intestinal que recibieron terapia biológica en un hospital de tercer nivel
- 75 *Amaro-Reynoso C. U. y cols.* Manifestaciones extraintestinales y gravedad de la enfermedad en pacientes pediátricos con enfermedad inflamatoria intestinal
- 76 *Maldonado-Rivera C. y cols.* Enfermedad de Crohn; uso de ustekinumab (UST) vs. anti-TNF en Hospital Central Sur de Alta Especialidad, Petróleos Mexicanos
- 76 *Rivera-Suazo Y. y cols.* Factores de riesgo para desarrollar pancreatitis aguda recurrente y pancreatitis crónica en niños – experiencia de un centro de tercer nivel
- 77 *Enríquez-Mireles M. y cols.* Diagnóstico y seguimiento de niños con pancreatitis hereditaria en el Hospital Regional de Alta Especialidad del Bajío (HRAEB)
- 78 *Maldonado-Rivera C. y cols.* Pancreatitis crónica recidivante idiopática en pacientes pediátricos, serie de casos en el HCSAE PEMEX
- 78 *Alfaro-Bolaños J. E. y cols.* Pancreatitis aguda recurrente y crónica: relación entre el número de episodios y los resultados a largo plazo en un hospital terciario
- 78 *González-Heredia C. A. y cols.* Características clínicas de los pacientes con pancreatitis aguda en hospital de tercer nivel. Experiencia de 10 años
- 79 *Maldonado-Rivera C. y cols.* Síndrome de Alagille: reporte de casos del HCSAE
- 79 *Reyes-Apodaca M. y cols.* Encuesta sobre los desafíos y éxitos en la atención de la fibrosis quística en América Latina
- 80 *Carrillo-Gutiérrez A. A. y cols.* Manifestaciones clínicas en enteropatía congénita asociada a *NEUROG3*: una serie de casos

- 81 *Flores-Castillo J. L. y cols.* Descripción demográfica, clínica y genética de pacientes pediátricos con síndromes de poliposis intestinal en un Hospital Pediátrico de México
- 81 *Zubieta-Burgos M. A. y cols.* Síndrome de artrogriposis-disfunción renal-colestasis (ARC). Presentación de dos casos con variante patogénica en el gen *VPS33B*, C.1498G > T, P. GLU500\*
- 81 *Carrillo-Gutiérrez A. A. y cols.* Manifestaciones clínicas del síndrome de Alagille en pacientes pediátricos en un Instituto Nacional de Salud
- 83 *Flores-Castillo J. L. y cols.* Linfangiectasia intestinal primaria: descripción clínica, nutricional, endoscópica e histológica. Serie de casos
- 83 *García-Barrón A. M. y cols.* Síndrome de Alagille: presentación clínica y diagnóstico de pacientes de una institución de tercer nivel de pediatría en la Ciudad de México del año 2003 a 2023
- 85 *Obando-Lazo F. J. y cols.* Medición de escala CIOMS/RUCAM para hepatotoxicidad en pacientes oncológicos pediátricos
- 85 *Franco-Gutiérrez D. L. y cols.* Características clínicas de los pacientes con daño hepático asociado a insuficiencia intestinal
- 86 *Chelius-Muñoz M. F. y cols.* Calidad de vida de los niños receptores de trasplante hepático y sus cuidadores
- 86 *Hernández-Gómez G. D. y cols.* Biomarcadores inflamatorios en la enfermedad de hígado graso asociada a disfunción metabólica (MAFLD) en pacientes pediátricos
- 87 *Lizardi-Benítez G. E. y cols.* Precisión de las escalas PELD/MELD y pCLIF SOFA para predecir mortalidad en niños con falla hepática aguda, aguda sobre crónica o crónica
- 88 *Amaro-Reynoso C. U. y cols.* Hemorragia variceal secundaria a hipertensión porta en pacientes pediátricos atendidos en el Hospital Infantil de México Federico Gómez
- 88 *Villagómez-López I. y cols.* MASLD en pacientes pediátricos con obesidad: interacción clínica y balance REDOX
- 89 *Romano-Velazco J. A. y cols.* Relación entre la cateterización umbilical y absceso hepático neonatal: un reporte de seis casos
- 89 *Chávez-Marcocchio A. y cols.* Correlación de índice de masa corporal y resistencia a la insulina en pacientes pediátricos con diagnóstico de esteatosis hepática en el Hospital Civil de Guadalajara Juan I. Menchaca
- 90 *Sánchez-Martínez A. M. y cols.* Experiencia en el diagnóstico y tratamiento de quiste de colédoco en un hospital de tercer nivel en México en los últimos 10 años
- 90 *Paredes-Alcocer A. D. y cols.* Quiste gigante de colédoco, una causa inusual de dolor abdominal en pediatría: serie de casos
- 91 *Amezcuca-Martínez J. y cols.* Epidemiología, características clínicas, histológicas y tratamiento quirúrgico de pacientes pediátricos con diagnóstico de quiste de colédoco en los últimos 10 años diagnosticados en un hospital de tercer nivel
- 92 *Guzmán-Avilán K. D. y cols.* Colecistolitiasis en pacientes pediátricos. Datos clínicos y complicaciones
- Trabajos libres orales, lunes 18 noviembre
- 93 *Vargas-Basurto J. L. y cols.* Experiencias adversas de la infancia y cambios manométricos en individuos con incontinencia fecal y estreñimiento funcional
- 94 *Schmulson M. y cols.* Evaluación de diarrea crónica con enfoque en diarrea funcional, modificadores clínicos y biomarcadores
- 94 *Hanna-Jairala I. y cols.* Encuesta latinoamericana en gastroenterólogos expertos en trastornos del eje intestino-cerebro (TIIC) sobre el tratamiento del síndrome de intestino irritable (SII) en la práctica clínica
- 96 *Alegría-Ovando M. C. y cols.* Frecuencia de ansiedad y depresión en pacientes con diagnóstico de síndrome de intestino irritable en una población mexicana
- 97 *Vargas-Basurto J. L. y cols.* ¿Glucosa o lactulosa?Cuál es mejor. Variabilidad y reproducibilidad de las pruebas de aliento en sujetos sanos
- 98 *Celis-Valenzuela G. C. y cols.* Radiación durante la colangiopancreatografía retrógrada endoscópica (CPRE) a considerar como indicador de calidad en el Hospital Universitario Dr. José Eleuterio González
- 99 *Cardona-Torres J. L. y cols.* Hallazgos endoscópicos y desenlaces clínicos en pacientes con HTDA y ERC terminal
- 100 *Pérez-Ortiz A. y cols.* Miotomía de Heller laparoscópica con “pull-down” como alternativa de tratamiento en acalasia con megaesófago



- 100 *Báez-Serrano A. R. y cols.* Factores asociados a la presentación de dispepsia orgánica en una población con dispepsia al noroeste de México
- 100 *Esquivel-Steffanoni M. R. y cols.* Utilidad en cirugía de la escala "Colon leakage score" en riesgo de fuga de anastomosis al recto
- 101 *Thomas-Dupont P. y cols.* Evolución de la seroprevalencia de la enfermedad celiaca en donantes de sangre en el sur de México: un estudio comparativo de 10 años
- 102 *Martínez-Castillo M. y cols.* Pacientes con hepatitis alcohólica muestran mejora en la lipoperoxidación con tratamiento prednisona más ácido graso omega-5
- 103 *Abendaño-Rivera D. F. y cols.* Prevalencia y principales características de trombosis del sistema venoso portal en pacientes con enfermedad hepática crónica avanzada descompensada
- 103 *Munguía-Guizar M. Y. y cols.* Análisis de los factores asociados a mala respuesta bioquímica al ácido ursodesoxicólico (UDCA) en pacientes con colangitis biliar primaria (CBP) en una cohorte mexicana
- 104 *Sánchez-Sánchez C. Y. y cols.* Correlación entre el factor de crecimiento de tejido conectivo y el grado de fibrosis en pacientes con colangitis biliar primaria (CBP)
- 104 *Sánchez-Sánchez C. Y. y cols.* Lipocalina asociada a la gelatinasa de neutrófilos (NGAL) para fenotipificar lesión renal aguda en pacientes cirróticos con hepatitis por alcohol grave
- 106 *Medina-Ávalos E. J. y cols.* Relación de hallazgos histológicos de esófago de Barrett y patrones de mucosa descritos por endoscopia
- 106 *Soriano-Márquez J. P. y cols.* Prevalencia de prueba inmunoquímica fecal positiva y factores asociados en población mexicana con riesgo promedio de cáncer colorrectal
- 107 *García-Aguilar A. D. y cols.* Perfil epidemiológico y análisis de supervivencia del carcinoma hepatocelular tratado con embolización transarterial en el Instituto Nacional de Cancerología
- 107 *Teutli-Carrión S. y cols.* Concordancia interobservador de patrones superficiales endoscópicos en pacientes con esófago de Barrett
- 108 *Cruz-Ramírez Y. J. y cols.* Mutaciones del gen KRAS, en cáncer colorrectal en población mexicana
- 109 *Francisco M. D. R. y cols.* Evaluación de biomarcadores inmunometabólicos en sujetos con MASLD suplementados con ácido alfalipoico-*Silybum marianum* (Ludlev®) y dieta mediterránea
- 110 *Ramírez-Mejía M. M. y cols.* Riesgo cardiovascular elevado en mujeres mexicanas con hígado graso asociado a disfunción metabólica
- 110 *Borbolla-Schega I. y cols.* Patrones de composición corporal determinados por bioimpedancia eléctrica como factores de riesgo para el desarrollo de enfermedad hepática esteatósica, esteatohepatitis y fibrosis hepática
- 111 *Castillo-Martínez M. F. y cols.* Utilidad diagnóstica de fibrosis hepática de un nuevo método no invasivo (HEPAMET) en paciente con enfermedad por hígado graso no alcohólico
- 112 *Velarde-Chávez J. A. y cols.* Aplicación clínica del puntaje de fibrosis NAFLD y del puntaje de fibrosis HEPAMET en enfermedad arterial coronaria y MASLD: un estudio transversal en población del oeste de México
- 113 *Cano-Contreras A. D. y cols.* Efecto de la suplementación con ácido alfalipoico y *Silybum Marianum* (Ludlev®) en asociación con dieta mediterránea para la mejoría del hígado graso asociado a disfunción metabólica
- 113 *Cano-Contreras A. D. y cols.* Perfil de hepatocinas y citocinas proinflamatorias en pacientes con aterosclerosis carotídea y esteatosis hepática metabólica
- 114 *Fierro-Angulo O. M. y cols.* Prevalencia y factores de riesgo asociados con la presencia de esteatosis y fibrosis hepática en pacientes con diagnóstico reciente de diabetes mellitus tipo 2 en una población de alto riesgo
- 114 *Román-Calleja B. M. y cols.* El ejercicio físico monitorizado mejora la función cognitiva y la hemodinámica cerebral en pacientes con esteatosis hepática metabólica: un ensayo clínico aleatorizado, controlado y abierto
- 115 *García-Alonso D. A. y cols.* Impacto del consumo de alcohol en pacientes con enfermedad inflamatoria intestinal
- 115 *Murillo-López M. y cols.* Prevalencia de esteatosis y fibrosis hepática en pacientes con enfermedad inflamatoria intestinal y uso de terapia biológica
- 116 *Bastida-Guadarrama K. M. y cols.* Alteraciones hepáticas encontradas en pacientes con enfermedad inflamatoria intestinal en un hospital de tercer nivel

- 117 *Pérez-Roa G. F. y cols.* Prevalencia de enfermedad hepática esteatótica asociada a la disfunción metabólica, fibrosis avanzada y cirrosis en pacientes con enfermedad inflamatoria intestinal
- 118 *Parra-Holguín N. N. y cols.* Mantenimiento de la remisión clínica con biocomparable adalimumab (ABP 501) a seis meses de tratamiento y frecuencia de eventos adversos
- 118 *García-Alonso D. A. y cols.* Terapia avanzada en enfermedad inflamatoria intestinal y su impacto en la calidad de vida
- 118 *Guinea-Lagunes A. y cols.* Prevalencia de quantiFERON positivo en pacientes con enfermedad inflamatoria intestinal elegibles para terapia biológica: análisis clínico y demográfico
- 119 *Hernández-Rodríguez R. T. y cols.* Epidemiología de la enfermedad inflamatoria intestinal en un Centro de Alta Especialidad en México: estudio retrospectivo en un periodo de 10 años
- 120 *Narváez-Chávez S. M. y cols.* Enfermedad inflamatoria intestinal como causa de depresión: importancia en el manejo multidisciplinario
- 120 *Contreras-Avilés E. y cols.* Características clínicas y demográficas de pacientes con enfermedad inflamatoria intestinal en un hospital de tercer nivel en México
- 121 *Contreras-Avilés E. y cols.* Retraso en el diagnóstico de la enfermedad inflamatoria intestinal, impacto clínico y socioeconómico
- 121 *Murillo-López M. y cols.* Prevalencia de cáncer en pacientes con enfermedad inflamatoria intestinal: cohorte retrospectiva de 10 años en el CMN "20 de Noviembre"
- 122 *Almeida-Del Prado S. G. y cols.* Diagnóstico de cáncer colorrectal en pacientes con colitis ulcerosa crónica inespecífica: estudio observacional en un hospital de tercer nivel en México
- 123 *Sánchez-Sánchez C. Y. y cols.* Características clínicas en una serie de casos de colitis ulcerosa crónica idiopática e infección por VIH en un hospital de tercer nivel
- 124 *Tinitana-Jumbo C. S. y cols.* Impacto en la calidad de vida de los pacientes con infección por *Helicobacter pylori*
- 125 *Guirao-Pérez R. y cols.* Erradicación de *Helicobacter pylori* con esquema cuádruple con bismuto basado en doxiciclina en un hospital de tercer nivel
- 125 *Remes-Troche J. M. y cols.* Eficacia de la terapia cuádruple con bismuto basada en tegoprazan comparada con la terapia cuádruple con bismuto para la erradicación de *Helicobacter pylori*: experiencia en el mundo real
- 126 *Martínez-Pérez G. P. y cols.* Esquemas de erradicación para la infección de *H. pylori* y su eficacia. Análisis del Registro Nacional Mexicano (HP-MEX-REG)
- 126 *Ramírez-Marcial R. y cols.* Lesiones endoscópicas e histológicas asociadas a infección por *Helicobacter pylori*, en población mexicana del Hospital Juárez de México, durante el año 2023
- 127 *Gutiérrez-Bailón V. Y. y cols.* Deficiencia de hierro, vitamina B<sub>12</sub> y ácido fólico en adultos con infección activa por *Helicobacter pylori*
- 127 *Goudet-Vértiz E. y cols.* Causas asociadas, factores protectores para mortalidad en sangrado de tubo digestivo alto y rendimiento de las escalas Blatchford, Rockall y AIMS-65
- 128 *Durán-Castro J. J. y cols.* Hallazgos de *Sarcina ventriculi* en patología gástrica: una bacteria más común de lo que se cree. Serie de casos
- 128 *Tórrez-Arias L. A. y cols.* Características clínico-patológicas de pacientes con adenocarcinoma gástrico en un centro de tercer nivel
- 129 *Toledo-Galván R. y cols.* Hallazgos endoscópicos e histológicos en pacientes con dispepsia no investigada que acuden a un hospital de tercer nivel
- 130 *Mejía-Ramírez J. y cols.* Principales manifestaciones gastrointestinales en pacientes con enfermedades reumatológicas
- 131 *Espinoza-López D. E. y cols.* Cambios histológicos en pacientes con diarrea crónica y colonoscopia normal que acuden a un hospital de tercer nivel
- 131 *Solís-Hernández C. G. y cols.* Frecuencia y comportamiento epidemiológico de diarrea crónica en una población mexicana
- 132 *Jiménez-Urrutia K. A. y cols.* Prevalencia de infecciones gastrointestinales causantes de diarrea aguda

#### ■ Trabajos libres en cartel, lunes 18 noviembre

- 124 *Oviedo-Garza C. A. y cols.* Interacción entre la infección por *Helicobacter pylori* y el síndrome metabólico como factor de riesgo para el desarrollo de lesiones gástricas premalignas en la población mexicana

- 133 *Lugo-García D. y cols.* Características epidemiológicas de endoscopia e histología en el abordaje del paciente con diarrea crónica en Hospital de Especialidades IMSS Puebla
- 134 *Rivas-Salas S. A. y cols.* Colitis nucleomigrans: ¿un nuevo tipo de colitis microscópica? Serie de casos y revisión de literatura
- 134 *Bravo-Espinoza I. E. y cols.* Remisión profunda en pacientes con colitis ulcerosa crónica idiopática tratados con terapia biológica versus terapia convencional
- 135 *Bravo-Espinoza I. E. y cols.* Correlación entre la calprotectina fecal y un nuevo índice integral para evaluar la actividad de la enfermedad en pacientes con colitis ulcerativa crónica idiopática (CUCI)
- 135 *Castellanos-Hernández T. y cols.* Características histopatológicas de la colitis eosinofílica en población veracruzana
- 135 *Sánchez-Rosado R. R. y cols.* Utilidad del índice ALBI como indicador pronóstico en pacientes con cáncer de recto
- 136 *Aguirre-García J. y cols.* Tamizaje de cáncer colorrectal en la población con trasplante hepático. Un estudio de cohorte
- 137 *Almeida-Del Prado S. G. y cols.* Características demográficas y clínicas del cáncer anal en un hospital de tercer nivel en México durante la última década
- 138 *Almeida-Del Prado S. G. y cols.* Evaluación clínica y epidemiológica del cáncer colorrectal: análisis de 35 años en un hospital de tercer nivel en México
- 138 *Campos-Martínez B. I. y cols.* Epidemiología del cáncer colorrectal en adultos menores de 50 años en el hospital español de México
- 139 *Guinea-Lagunes A. y cols.* Evaluación de la práctica de cirugía ambulatoria en el servicio de coloproctología de un hospital de tercer nivel en México
- 140 *Cupil-Escobedo L. V. y cols.* Prevalencia de pólipos en pacientes con colonoscopia de seguimiento posterior a resección de cáncer colorrectal
- 140 *Santoyo-Fexas L. y cols.* Cáncer colorrectal en adultos jóvenes: características clínico-demográficas en una población del noreste de México
- 141 *García-Rentería J. E. y cols.* Terapia de biorretroalimentación (TBRA) del hospital español, consenso de egresados, experiencia de 25 años
- 141 *González-Torres L. A. y cols.* Síndrome de la arteria mesentérica superior: una serie de casos del síndrome de Wilkie
- 142 *Félix-Téllez F. A. y cols.* Fenotipo clínico del estreñimiento en pacientes con hipotiroidismo primario bajo tratamiento: un estudio de corte transversal en la población del occidente de México
- 143 *Ortiz-Martínez J. R. y cols.* Utilidad diagnóstica de los hallazgos obtenidos por videocápsula endoscópica en patologías de intestino medio
- 143 *Rangel-Zavala G. y cols.* Tumores colorrectales de estirpe histológica atípica en pacientes atendidos en el Hospital General de México Dr. Eduardo Liceaga
- 144 *Esquivel-Steffanoni M. R. y cols.* Experiencia de anastomosis primaria o secundaria al recto en un hospital de tercer nivel
- 144 *López-Contreras R. y cols.* Cápsula endoscópica como auxiliar diagnóstico de isquemia mesentérica aguda: serie de casos
- 145 *Ordóñez-Vázquez A. L. y cols.* Características epidemiológicas en pacientes con incontinencia fecal: experiencia en un hospital de tercer nivel de atención
- 146 *Guzmán-Pérez V. y cols.* Hallazgos morfológicos y funcionales del piso pélvico en pacientes con trastornos de la defecación evaluados mediante defecografía por resonancia magnética (DRM)
- 146 *Robles-Casanova L. y cols.* Descripción multidimensional de pólipos colorrectales: características epidemiológicas, endoscópicas e histológicas en un hospital de tercer nivel en México
- 147 *Cruz-Ramírez Y. J. y cols.* Sangrado digestivo como manifestación de leiomioma
- 147 *Solís-Hernández C. G. y cols.* Una década de tumores raros: frecuencia y comportamiento epidemiológico de los tumores neuroendocrinos digestivos en un hospital de tercer nivel
- 149 *Baños-Vázquez R. y cols.* Vitamina D y su relación en el perfil lipídico y composición corporal en mujeres con síndrome de intestino irritable
- 150 *Pérez-Trabanca D. M. y cols.* Desempeño del cribado nutricional combinado con criterios GLIM en el diagnóstico de desnutrición en pacientes con pancreatitis. Reporte preliminar
- 151 *Carranza-Carrasco A. y cols.* Evaluación de la alimentación en pacientes con cirrosis hepática. ¿Es diferente en los que desarrollan encefalopatía hepática abierta?

- 152 *Alegría-Ovando M. C. y cols.* Utilidad de la escala mSPAP-1 para valorar la gravedad de pancreatitis aguda en un hospital de tercer nivel
- 153 *Venegas-Gómez V. A. y cols.* Prevalencia y características clínicas de pacientes con pancreatitis aguda que desarrollan trombosis venosa esplácnica
- 153 *Gómez-Mendoza R. A. y cols.* Factores asociados a la presencia de esteatosis pancreática no alcohólica en pacientes con síndromes coronarios agudos
- 153 *Reyna-Aréchiga A. I. y cols.* Litotripsia guiada por pancreatoscopia preoral con SpyGlass en pacientes con pancreatitis crónica calcificada asociada a dolor abdominal. Serie de casos
- 154 *Valencia-Chávez J. y cols.* Factores de riesgo para el desarrollo de pancreatitis crónica posterior a un evento de pancreatitis aguda
- 154 *Cuevas-Maldonado M. S. y cols.* Relación entre el índice de neutrófilos-linfocitos con el grado de severidad según escala de Marshall modificada en pacientes con pancreatitis aguda severa
- 155 *Vargas-Olmos I. O. y cols.* Desenlaces clínicos y bioquímicos de la reanimación hídrica agresiva vs. reanimación hídrica conservadora en pacientes con pancreatitis aguda
- 155 *Bastida-Guadarrama K. M. y cols.* Índice neutrófilo-creatinina como predictor de severidad en pancreatitis aguda
- 156 *Diego-Salazar P. M. y cols.* Índice de proteína C reactiva (PCR)/albúmina sérica como predictor de mortalidad al ingreso en hospitalización por pancreatitis aguda
- 156 *Zubía-Nevárez C. I. y cols.* Desenlaces a largo plazo de pacientes con enfermedad relacionada a IgG4 de fenotipo pancreatobiliar en una cohorte mexicana de un centro de tercer nivel
- 157 *Arce-Hernández J. A. y cols.* Tumores neuroendocrinos de la vía biliar: serie de casos de un Centro en Monterrey, Nuevo León
- 158 *Ochoa-Maya J. P. y cols.* Factores de riesgo para esteatosis pancreática en población mexicana
- 158 *Tornel-Avelar A. I. y cols.* El impacto de la pandemia en el diagnóstico y la mortalidad de los pacientes con cáncer de páncreas. No todo fue negativo
- 160 *Cupil-Escobedo L. V. y cols.* Comparación de escalas MELD en pacientes con enfermedad hepática crónica descompensados con hemorragia variceal como predictor de mortalidad en un centro de tercer nivel de atención
- 161 *Méndivil-Sáenz S. P. y cols.* Nivel plasmático del factor de von Willebrand como predictor de mortalidad en pacientes con hepatopatía crónica
- 161 *Gallardo-González L. I. y cols.* Experiencia con dexmedetomidina en el manejo de síndrome de supresión etílica en pacientes con cirrosis
- 162 *Rangel-Zavala G. y cols.* Patrones de resistencia y susceptibilidad antimicrobiana en pacientes con peritonitis bacteriana espontánea en el Hospital General de México Dr. Eduardo Liceaga
- 162 *Pérez-López K. P. y cols.* Efecto de los betabloqueadores en la supervivencia y frecuencia de complicaciones en pacientes con cirrosis hepática descompensada por ascitis
- 163 *Granados-Espinosa D. L. y cols.* Frecuencia de sarcopenia en pacientes con falla hepática aguda sobre crónica y asociación con mortalidad
- 163 *Rivera-Huízar M. y cols.* Prevalencia de polifarmacia e interacciones farmacológicas en pacientes con cirrosis hepática del HES CMN La Raza
- 164 *Bautista-Mondragón C. A. y cols.* Predictores de mortalidad y necesidad de trasplante hepático en pacientes con hepatitis viral A
- 165 *Hernández-Rodríguez R. T. y cols.* Profilaxis secundaria de hemorragia variceal con atorvastatina en pacientes con cirrosis hepática compensada e hipertensión portal clínicamente significativa
- 166 *Diego-Salazar P. M. y cols.* Índice neutrófilo/linfocito (INL) como predictor para identificar la presencia de infecciones bacterianas en pacientes con cirrosis descompensada en hospitalización
- 166 *Rangel-Espinosa V. y cols.* Asociación entre la desnutrición medida por fuerza de agarre y la presencia de encefalopatía hepática mínima en mujeres con cirrosis hepática
- 167 *Díaz de la Vega-Broissin D. y cols.* Evaluación del “tiempo-puerta-paracentesis” en un grupo de pacientes con ACLF
- 167 *Diego-Salazar P. M. y cols.* Validación de los índices neutrófilo/linfocito (INL), linfocito/monocito (ILM) y plaqueta/linfocito (IPL) para predecir mortalidad a corto plazo en pacientes con cirrosis descompensada
- 168 *Rodríguez-García M. E. y cols.* Tiempo de inicio de antibiótico en pacientes hospitalizados con ACLF y su asociación con mortalidad

- 169 *Abendaño-Rivera D. F. y cols.* Factores de riesgo para mortalidad en pacientes con cirrosis descompensada durante su hospitalización
- 169 *Govea-Mendoza B. y cols.* Antecedentes asociados e incidencia de falla hepática aguda secundaria a infección por virus de hepatitis A en el ISSSTE Hospital Regional Lic. Adolfo López Mateos
- 170 *Parra-Holguín N. N. y cols.* Desarrollo de enfermedades metabólicas en pacientes postrasplantados: estudio de cohorte en el CMN 20 de Noviembre, ISSSTE
- 170 *Solís-Hernández C. G. y cols.* Prueba colorimétrica para diagnóstico temprano de peritonitis bacteriana espontánea
- 171 *Cazarín-Chávez K. y cols.* Mortalidad y desenlace de la lesión renal aguda en pacientes hospitalizados con cirrosis, lesión renal e infección bacteriana
- 171 *Pérez-Reséndiz K. E. y cols.* Factores de riesgo para desarrollo de sarcopenia en pacientes cirróticos en evaluación para trasplante hepático
- 172 *Robles-Casanova L. y cols.* Utilidad del ultrasonido Doppler para predecir hemorragia variceal en pacientes con cirrosis hepática: correlación con MELD 3.0
- 172 *Antuna-Villaseñor L. R. y cols.* Efectos adversos del uso de terlipresina en infusión comparado con bolos en pacientes con cirrosis hepática y hemorragia variceal. Estudio TERMEX
- 173 *De la Vega-Mireles R. y cols.* Factores predictores de requerimiento transfusional en hemorragia digestiva alta variceal en pacientes con cirrosis hepática
- 174 *Espinoza-Acuña J. R. y cols.* Modelo MELD 3.0 como predictor de descompensación aguda grave e ingreso hospitalario en pacientes con enfermedad hepática avanzada
- 174 *Hidalgo-Muñoz S. y cols.* Uso de octreotide en hemorragia variceal: riesgo de resangrado según la reserva funcional hepática
- 175 *Aguilar-De la O J. C. y cols.* Tuberculosis latente en pacientes candidatos a trasplante hepático ortotópico: experiencia de un centro de tercer nivel
- 176 *Romero-Gómez K. y cols.* Meld-lactato como predictor de severidad en pacientes con sangrado agudo variceal esofágico
- 176 *Vera-Nungaray S. A. y cols.* Complicaciones presentadas en pacientes postrasplante hepático en un hospital de tercer nivel en México
- 178 *Pena-Montes A.* Frecuencia y características clínicas de dispepsia en pacientes con cirrosis hepática
- Trabajos libres orales, martes 19 noviembre
- 179 *Moreno-Fuentes M. y cols.* Desarrollo del síndrome metabólico posterior a la miotomía de Heller en pacientes con acalasia
- 179 *Félix-Téllez F. A. y cols.* Perfiles fisiológicos y psicológicos en la disfagia funcional: un enfoque multidimensional
- 180 *Torres-Villalobos G. y cols.* Hallazgos histológicos en el músculo del esfínter esofágico inferior de pacientes con acalasia
- 181 *García-Rentería J. E. y cols.* Nuevo índice para liberar el potencial de la integral contráctil de la UEG y permitir su uso en extenso
- 181 *Arenas-Martínez J. S. y cols.* Evaluación del aclaramiento de bolo: análisis mediante un índice de impedancia por manometría de alta resolución en pacientes con disfagia esofágica
- 182 *Mendoza-Martínez V. M. y cols.* Efecto del tratamiento nutrición y la rehabilitación deglutoria sobre el estado nutricional de pacientes con disfagia orofaríngea. Ensayo clínico
- 183 *Martínez-Castillo M. y cols.* Evaluación de IL-6, IL-10, TNF- $\alpha$  y CXCL8/IL-8 de acuerdo con el grado de fibrosis hepática por hepatitis C crónica
- 183 *Andrade-González D. L. y cols.* Éxito de un segundo tratamiento con antivirales de acción directa en pacientes con infección crónica por virus de hepatitis C
- 184 *Castillo-Barradas M. y cols.* Utilidad del FIB-4 Plus como predictor no invasivo de varices esofágicas en pacientes con enfermedad hepática crónica avanzada compensada por virus de hepatitis C
- 184 *Bastida-Guadarrama K. M. y cols.* Características bioquímicas relacionadas con el desarrollo de enfermedad ósea en enfermedades hepáticas autoinmunes en un hospital de tercer nivel
- 185 *Coronel-Castillo C. E. y cols.* Niveles de IL-10 e IFN- $\gamma$  medidos por espectrometría como predictores de mortalidad y desarrollo de ACLF en pacientes con cirrosis descompensada
- 187 *García-Zermeño K. R. y cols.* Eficacia de la estimulación del nervio tibial en el tratamiento de incontinencia fecal y estreñimiento crónico asociados a hiposensibilidad rectal: resultados de un estudio piloto



- 187 *Keil-Ríos D. y cols.* Prevalencia estacional de ciclosporiasis en pacientes con enfermedad diarreica estudiada con panel gastrointestinal en la ciudad de México: una encuesta transversal
- 188 *López-Nepomuceno A. y cols.* Validez y fiabilidad de los criterios GLIM como score diagnóstico de desnutrición en pacientes ambulatorios con cirrosis hepática
- 189 *López-Urbina G. y cols.* Respuesta terapéutica a neuromodulación y biofeedback en pacientes con hipersensibilidad anorrectal y colitis ulcerativa en la población del Hospital de Especialidades de Puebla, Centro Médico Nacional General de División Manuel Ávila Camacho, Puebla, México
- 189 *Martínez-Pérez G. P. y cols.* Evaluación de indicaciones clínicas para la erradicación de *Helicobacter pylori* en México: un estudio basado en el registro nacional Hp-MexReg
- 191 *Méndez-Hernández D. P. y cols.* Incidencia de comorbilidades autoinmunes, inflamatorias, neurológicas y crónico-degenerativas en una cohorte de pacientes con acalasia
- 192 *Vieyra-Vega M. y cols.* Validación en español de la versión corta de la escala de hipervigilancia esofágica y ansiedad específica "EHAS-7" en población mexicana
- 193 *Guinea-Lagunes A. y cols.* Evaluación de la función sexual en pacientes con enfermedad inflamatoria intestinal
- 193 *Domínguez-Barradas R. N. y cols.* Resultados de una campaña de pruebas PIF para la detección de cáncer colorrectal
- 195 *Martínez-Cuazitl A. y cols.* Biomarcadores en saliva mediante espectroscopia EITF y un sensor de láser de cascada cuántica de hemorragia variceal
- 196 *Rosales-Sotomayor G. y cols.* Composición corporal por tomografía computarizada para el diagnóstico y evaluación de sarcopenia y osteoporosis en pacientes con pancreatitis crónica
- 197 *Tinitana-Jumbo C. S. y cols.* Coexistencia de pancreatitis crónica y cirrosis: enfermedades relacionadas con el consumo de alcohol
- 197 *Pereira-García A. y cols.* Impacto del síndrome de respuesta inflamatoria sistémica transitorio vs. persistente en los desenlaces de la pancreatitis aguda
- 198 *Iglesias-García J. y cols.* Detección de imágenes de flujo (DFI) guiado por ultrasonido endoscópico: una nueva técnica de imagen avanzada para el diagnóstico diferencial de tumores sólidos de páncreas
- 199 *Parra-Holguín N. N. y cols.* Desenlaces clínicos en pacientes con pancreatitis crónica en un centro de tercer nivel
- Trabajos libres en cartel, martes 19 noviembre
- 200 *Flores-Sánchez A. y cols.* ¿El estrés oxidativo es un biomarcador en el patrón de consumo y la enfermedad hepática alcohólica?
- 201 *Dorantes-Nava C. L. y cols.* Comparación de modelo ALBI (índice albúmina/bilirrubina) con escalas conocidas como predictor de respuesta al tratamiento con esteroides en pacientes con hepatitis alcohólica severa
- 201 *Medina-Ávila K. Z. y cols.* La inmunidad celular periférica es modificada por el consumo riesgoso y excesivo de alcohol
- 201 *Dorantes-Álvarez J. A. y cols.* Susceptibilidad a la progresión del daño hepático inducido por tioacetamida en el modelo murino de acuerdo con el sexo. Implicaciones en la búsqueda de terapias farmacológicas
- 202 *Munguía-Lares C. A. y cols.* Efectos secundarios con el uso de inhibidores de tirosin-quinasa en una cohorte de pacientes con carcinoma hepatocelular
- 202 *Loza-Hernández B. N. y cols.* Impacto de la hiperlactatemia en la respuesta al tratamiento esteroide en pacientes con hepatitis alcohólica grave
- 203 *Alegría-Ovando M. C. y cols.* Factores relacionados a mayor mortalidad en pacientes con hepatitis grave asociada al alcohol tratados con prednisona en dos centros de tercer nivel
- 204 *Rodríguez-Jacobo S. y cols.* Valor de MELD-lactato como predictor de mortalidad en pacientes con sangrado de tubo digestivo alto variceal
- 205 *Pérez-López K. P. y cols.* Sobrevida en pacientes con cirrosis hepática descompensada por ascitis a los que se le realiza paracentesis de gran volumen
- 205 *Román-Lugo G. A. y cols.* Mortalidad en pacientes cirróticos con hemorragia variceal
- 206 *Pérez-Sánchez J. y cols.* Factores de riesgo asociados con resangrado temprano en pacientes con cirrosis hepática y hemorragia variceal
- 207 *Durán-Castro J. J. y cols.* Factores de riesgo y progresión a enfermedad renal crónica en pacientes

- cirróticos ingresados con lesión renal aguda en el Hospital de Especialidades Puebla
- 208 *Soto-Agustín P. J. y cols.* Niveles de alfa fetoproteína según la etiología de cirrosis hepática, en pacientes con carcinoma hepatocelular: análisis de casos
- 208 *Jiménez-Mendoza J. C.* Desenlaces y características en pacientes con síndrome hepatopulmonar en un centro de tercer nivel en la ciudad de México: un análisis descriptivo
- 209 *Flores-Peña R. y cols.* La naringenina, un flavonoide eficaz para prevenir el desarrollo de la fibrosis hepática experimental al inhibir la vía  $\alpha$ -SMA/TGF- $\beta$
- 210 *Hernández-Barragán A. y cols.* Perfil de citocinas en hepatitis C crónica de acuerdo con el grado de fibrosis, en la búsqueda de nuevos biomarcadores
- 210 *Gómez-Mendoza R. A. y cols.* Correlación de dos equipos de elastografía transitoria para estimación de esteatosis y fibrosis hepática
- 210 *Hidalgo-Muñoz S. y cols.* Prevalencia de infección por virus de hepatitis C en intoxicación por opioides en una ciudad fronteriza
- 211 *Cazarín-Chávez K. y cols.* Seroprevalencia de virus de hepatitis B y C en donadores de sangre en un hospital de tercer nivel del 2019 al 2023
- 212 *Leija-Walle R. y cols.* Hepatitis autoinmune, colangitis biliar primaria y su relación con otras enfermedades autoinmunes: estudio de cohorte
- 213 *Rivera-Medina I. L. y cols.* Experiencia de un hospital de tercer nivel en el tratamiento de la hepatitis autoinmune con tacrolimus como tratamiento de segunda línea
- 213 *Gutiérrez-Rodríguez E. A. y cols.* Cociente RDW/plaquetas como marcador indirecto de fibrosis hepática significativa en pacientes con enfermedad hepática autoinmune en la UMAE No. 25, IMSS
- 214 *Ortega-Tecuatl J. A. y cols.* Respuesta a bezafibrato (BZF) en pacientes con colangitis biliar primaria (CBP) no respondedores a ácido ursodesoxicólico (UDCA)
- 215 *Tinitana-Jumbo C. S. y cols.* Índice neutrófilo/linfocito como predictor pronóstico en pacientes con colangitis biliar primaria
- 216 *Govea-Mendoza B. y cols.* Respuesta clínica a bezafibrato en pacientes con colangitis biliar primaria refractarios al tratamiento con ácido ursodesoxicólico en el Hospital Regional Lic. Adolfo López Mateos, ISSSTE
- 216 *Solís-Hernández C. G. y cols.* Características del síndrome de sobreposición en pacientes mexicanos
- 216 *Guirao-Pérez R. y cols.* Asociación entre síndrome metabólico y respuesta a tratamiento con ácido ursodesoxicólico en colangitis biliar primaria
- 217 *Ponce-Tejeda A. y cols.* Síndrome de superposición hepatitis autoinmune y lupus eritematoso sistémico: serie de casos
- 217 *Caloca-Camarena F. y cols.* Efecto terapéutico preventivo de la N-acetilcisteína mediante la regulación de la vía antioxidante de Nrf2 en el hepatocarcinoma experimental
- 217 *Tadeo-Espinoza H. N. y cols.* Factores de riesgo para el desarrollo de carcinoma hepatocelular en pacientes con enfermedad hepática autoinmune
- 219 *Priego-Parra B. A. y cols.* Evaluación del rendimiento diagnóstico de dieciséis biomarcadores para el diagnóstico de MASLD
- 220 *Pérez-Castañeda A. G. y cols.* TSH y su correlación con el desarrollo de fibrosis hepática en pacientes con hipotiroidismo en hospital de tercer nivel de atención
- 221 *González-Gómez K. D. y cols.* Evaluación de sarcopenia y fragilidad, entidades clínicas que impactan la calidad vida en MASLD
- 221 *Díaz-Canul C. y cols.* Beneficios de la suplementación con donadores de grupo metilo en el eje intestino-hígado en un modelo de MetALD
- 221 *Chi-Cervera L. A. y cols.* Las pequeñas y densas partículas de colesterol LDL son un marcador útil de riesgo de enfermedad cardiovascular aterosclerótica en pacientes con esteatosis hepática metabólica
- 222 *Prieto-Nava J. D. y cols.* Prevalencia de esteatosis y fibrosis hepática avanzada asociada a MASLD en pacientes que viven con infección por VIH evaluada por VCTE
- 223 *Hernández-Santillán M. y cols.* Evaluación de IGFbps séricas en hepatopatías crónicas como biomarcadores
- 223 *Herrera-Martínez H. M. y cols.* Factores clínicos relacionados al desarrollo de enfermedad hepática esteatósica asociada a disfunción metabólica (MASLD) en pacientes con hepatitis autoinmune
- 224 *Fernández-Garibay V. M. y cols.* Quantose-IR: ¿una nueva herramienta en el estudio de esteatosis hepática?

- 224 *Alfaro-Martínez C. R. y cols.* La manga gástrica disminuye el grado de esteatosis en pacientes con obesidad/MASLD
- 225 *Silva-Tinoco R. y cols.* Análisis de los cambios en el índice FIB-4 en adultos con diabetes tipo 2 en un programa efectivo de atención integral de la diabetes
- 225 *Cornejo-Hernández S. y cols.* Niveles de hemoglobina glicosilada como predictor de fibrosis hepática por MASLD
- 227 *Mejía-Ramírez J. y cols.* Experiencia en el tratamiento de quistes hepáticos simples en un hospital de tercer nivel
- 228 *Cornejo-Gutiérrez M. A. y cols.* Factores asociados a respuesta completa en pacientes con hepatocarcinoma sometidos a quimioembolización transarterial en el noreste de México
- 228 *Hernández-Garza V. y cols.* La utilidad del índice pronóstico nutricional como factor pronóstico en la supervivencia de los pacientes con carcinoma hepatocelular
- 229 *Sánchez-Salinas F. y cols.* Predictores de respuesta en pacientes con carcinoma hepatocelular tratados con quimioembolización transarterial convencional
- 229 *Tórrez-Arias L. A. y cols.* Enfermedad poliquística hepática en un hospital de tercer nivel
- 230 *Arceo-Orozco S. y cols.* Pirfenidona aumenta la inmunovigilancia tumoral en un modelo de hepatocarcinoma experimental, restringiendo la inducción de células T reguladoras a través de la vía canónica de TGF- $\beta$
- 232 *Esesarte-Rodríguez M. y cols.* Eructos supragástricos: caracterización epidemiológica, clínica y su asociación con la enfermedad por reflujo gastroesofágico
- 233 *Hurtado-Díaz de León I. y cols.* Evaluación de la asociación entre el índice de masa corporal y el tiempo de exposición al ácido en pacientes del Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición
- 233 *Ordóñez-Vázquez A. L. y cols.* Factores relacionados al paciente que incrementan el tiempo de adquisición de la manometría esofágica de alta resolución: un estudio transversal
- 234 *Jiménez-Castillo R. A. y cols.* Estudio comparativo entre el valor de la integral contráctil de la unión esofagogastrica en sedestación frente a la medición en decúbito supino como predictor de ERGE
- 234 *Coutiño-Flores M. y cols.* Integral contráctil distal de la unión esofagogastrica contra el tipo de válvula, unión y tonicidad gastroesofágica. ¿Cuál es el mejor predictor para enfermedad por reflujo gastroesofágico?
- 235 *Félix-Téllez F. A. y cols.* Hipertonía del esfínter esofágico superior como potencial marcador objetivo en globus funcional
- 235 *Soto-Villalpando M. y cols.* Síntomas recurrentes en pacientes postfunduplicatura: hallazgos manométricos mediante el nuevo Consenso de Padova
- 236 *Schmulson M. y cols.* Tratamiento de la enfermedad por reflujo gastroesofágico con fexuprazán: resultados de un consenso Delphi
- 236 *Félix-Téllez F. A. y cols.* Prevalencia y utilidad de criterios de apoyo en la clasificación de la enfermedad por reflujo gastroesofágico según Lyon 2.0 en pacientes mexicanos
- 237 *García-Zermeño K. R.* Caracterización del rendimiento diagnóstico de los síntomas percibidos en la diferenciación de eructos supragástricos con y sin ERGE
- 237 *Orozco-Gámiz A. y cols.* Lapso de tiempo entre la cena y el momento de acostarse a dormir, importancia en pacientes con enfermedad por reflujo, cohorte retrospectiva de 500 casos al azar
- 238 *García-Zermeño K. R. y cols.* Rendimiento diagnóstico del número de síntomas reportado por los pacientes durante la pH-impedancia intraluminal en el espectro de los trastornos relacionados con los eructos y la ERGE
- 238 *Guerrero-Barrera R. C. y cols.* Utilidad diagnóstica de la impedancia media basal nocturna y factores asociados a su variación
- 239 *Rodríguez-Jacobo S. y cols.* Asociación de alteraciones motoras esofágicas en pacientes con reflujo gastroesofágico diagnosticado por pH-metría e impedancia
- 240 *Rodríguez-Jacobo S. y cols.* Ingesta de cáusticos en adultos: características clínicas y hallazgos endoscópicos en un centro de referencia del noreste de México
- 240 *Romero-Osuna K. M. y cols.* Diferencia en la respuesta terapéutica a tratamiento quirúrgico en pacientes con acalasia tipo II con presiones focales elevadas vs. sin presiones focales elevadas
- 240 *Vera-Nungaray S. A. y cols.* Relación entre el síntoma inicial y el tiempo de diagnóstico en pacientes

- de un hospital de tercer nivel en el centro de México con acalasia
- 241 *Arenas-Martínez J. S. y cols.* Descripción de la respuesta contráctil del esfínter anal posterior al reflejo rectoanal inhibitorio en sujetos con estreñimiento
- 242 *Gallardo-González L. I. y cols.* Eficacia y efectos adversos del tratamiento escalonado en el estreñimiento funcional
- 242 *Ávila-Franco A. Y. y cols.* Escala EAT-10 como herramienta para el cribado de disfagia esofágica en pacientes adultos del Hospital Juárez de México
- 242 *Félix-Téllez F. A. y cols.* Diferencias clínicas entre la clasificación de acalasia según Chicago 4.0 y los subtipos de acalasia tipo II con presión focal o presurización panesofágica de 70 mmHg
- 243 *Velarde-Ruiz Velasco J. A. y cols.* Características clínicas y endoscópicas de la hemorragia de tubo digestivo masiva
- 244 *Aldana-Ledesma J. M. y cols.* Comparación entre distintas escalas para predecir mortalidad en pacientes con ERC terminal y hemorragia digestiva alta
- 244 *Espinoza-Villalobos I. D. y cols.* Calidad de vida en pacientes con dispepsia funcional en tratamiento con neuromodulador en un hospital de tercer nivel en la ciudad de Puebla
- 245 *Sández-Araiza A. y cols.* Caracterización clínica, endoscópica y tasa de detección de displasia en pacientes con esófago de Barrett
- 245 *Fuentes-Montalvo A. y cols.* Desempeño de pacientes con disinergia defecatoria utilizando un test de apraxia ideomotora modificado
- 246 *Bolio-Lavalle L. y cols.* Detección y diferenciación de patrones motores anorrectales por manometría anorrectal de alta resolución en pacientes referidos al servicio de neurogastroenterología y motilidad por estreñimiento, incontinencia fecal o dolor anal
- 246 *Castro-Zárate A. L. y cols.* Comparación del tránsito y la retención del bolo entre pacientes con motilidad esofágica inefectiva y motilidad esofágica normal mediante manometría de alta resolución con impedancia
- 247 *Medina-Morales K. E. y cols.* El síndrome de intestino irritable subtipo diarrea se asocia a menor resiliencia y mayor severidad de síntomas
- 247 *Céspedes-Saballos Y. G. y cols.* Frecuencia de los trastornos digestivos funcionales en pacientes con fibromialgia en un hospital de tercer nivel
- 248 *Carrillo-Rojas J. I. y cols.* Validación del *Cough reflux index*: una novedosa herramienta para predecir enfermedad por reflujo gastroesofágico en pacientes con síntomas laringofaríngeos crónicos
- 248 *Velasco-Santiago Y. M. y cols.* Impacto del síndrome de intestino irritable en la productividad laboral y actividades cotidianas de pacientes mexicanos
- 249 *Schmulson M. y cols.* Participación de la enzima nicotidamida adenina dinucleótido fosfato (NADPH) oxidasa en síndrome de intestino irritable (SII)
- 249 *Medina-Morales K. E. y cols.* Prevalencia de manifestaciones extraintestinales según el subtipo de síndrome de intestino irritable
- 250 *Ordóñez-Vázquez A. L. y cols.* Impacto de la terapia de biorretroalimentación en pacientes con incontinencia fecal



# REVISTA DE GASTROENTEROLOGÍA DE MÉXICO

www.elsevier.es/rgmx



## Sesión de trabajos libres orales

Sábado 16 de noviembre de 2024

### Pediatría

#### Sab001

#### PREVALENCIA Y FACTORES ASOCIADOS A INFECCIÓN POR *CLOSTRIDIODES DIFFICILE* EN NIÑOS CON ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL

T. D. P. Chay-Correa, L. P. Bilbao-Chávez, M. Cervantes-Garduño, S. M. Téllez-Salmerón, B. Araiza-Ramírez, V. Álvarez-Banda, M. Sosa-Arce, Hospital General Centro Médico Nacional La Raza, IMSS

**Introducción:** La alteración de la microbiota intestinal es un hallazgo constante en pacientes pediátricos que sufren enfermedad inflamatoria intestinal (EII). La presencia de este factor y su relación con la enfermedad predispone al desarrollo de infección por *Clostridioides difficile*, que tiene un efecto negativo sobre el pronóstico de la enfermedad al acompañarse de complicaciones, entre ellas aumento del tiempo de hospitalización, necesidad de practicar colectomía, mayor gravedad de la enfermedad y muerte.

**Objetivo:** Determinar la prevalencia y los factores relacionados con infección por *Clostridioides difficile* en niños con enfermedad inflamatoria intestinal.

**Material y métodos:** Se realizó un estudio retrospectivo, observacional y analítico con los expedientes clínicos físicos y electrónicos de pacientes pediátricos (edades de 1 mes a 17 años y 11 meses), con diagnóstico de enfermedad inflamatoria intestinal en seguimiento por el servicio de gastroenterología pediátrica de la UMAE del Centro Médico La Raza del Hos-

pital General Gaudencio González Garza, del 2011 a agosto del 2023. Análisis estadístico: se calcularon mediana, rango intercuartílico y prueba de U de Mann-Whitney para variables cuantitativas; para variables cualitativas se calcularon frecuencias, porcentajes,  $\chi^2$  y prueba exacta de Fisher. La relación entre variables de estudio y el desarrollo de infección por *Clostridioides difficile* en niños con EII se calculó mediante razón de momios para prevalencia.

**Resultados:** Se incluyeron 74 expedientes de niños con EII. El sexo predominante fue el masculino con 52,7% y la mediana de edad al diagnóstico fue de 12 años con RIC de 7-14. El promedio de días de estancia hospitalaria en niños con infección por *Clostridioides difficile* fue de 55 días. La prevalencia de infección por *Clostridioides difficile* en niños con EII atendidos del 2011 a agosto del 2023 fue de 9,5%. Al comparar los grupos de niños conforme a la presencia o ausencia de infección por *Clostridioides difficile*, se encontró que los niños con infección tuvieron menor edad al diagnóstico de la EII ( $p = 0,006$ ), recibieron antibióticos previos ( $p = 0,021$ ) y se habían tratado con fármacos biológicos ( $p = 0,005$ ). Al realizar el análisis de regresión logística binaria se observó que la infección por *Clostridioides difficile* en niños con EII se vinculó con el empleo de antibióticos previos (RMP 7,60; IC95% 1,473-39,213) y dentro del tratamiento de la EII con la administración de fármacos biológicos (RMP 1,709; IC95%, 1,709-134,446) (Tabla 1).

**Conclusiones:** El antecedente de antibióticos y el empleo de fármacos biológicos fueron los factores vinculados con infección por *Clostridioides difficile*. La prevalencia de infección por *Clostridioides difficile* en niños con enfermedad inflamatoria en esta unidad fue de 9,5%.

**Financiamiento:** No se recibió financiamiento de ningún tipo.



Tabla 1. (Sab001)

Variable	Infección por <i>Clostridioides difficile</i>		RMP	IC95%
	Sí n = 7	No n = 67		
Sexo masculino <sup>a</sup>	4 (57,1)	35 (52,2)	0,820	0,170-3,950
<b>Tipo de enfermedad inflamatoria<sup>a</sup></b>				
Colitis ulcerosa <sup>a</sup>	5 (71,4)	55 (82,1)	0,545	0,094-3,154
Enfermedad de Crohn <sup>a</sup>	2 (28,6)	10 (14,9)	2,280	0,388-13,415
<b>Factores relacionados con el desarrollo de infección por <i>Clostridioides difficile</i></b>				
Empleo de antibióticos <sup>a</sup>	4 (57,1)	10 (14,9)	7,60	1,473-39,213
Tratamiento inmunosupresor <sup>a</sup>	7 (100)	57 (85,1)	0	-
Hospitalización prolongada <sup>a</sup>	2 (28,6)	9 (13,4)	2,578	0,433-15,345
Empleo de inhibidor de bomba de protones <sup>a</sup>	4 (57,1)	54 (80,6)	0,321	0,064-1,614
Antecedente de procedimientos quirúrgicos gastrointestinales <sup>a</sup>	2 (28,6)	11 (16,4)	2,036	0,349-11,867
Estancia en unidad de cuidados intensivos <sup>a</sup>	0	2 (3)	0	-
<b>Tipo de tratamiento recibido en niños con enfermedad inflamatoria intestinal</b>				
Corticoides <sup>a</sup>	6 (85,7)	52 (77,6)	1,731	0,193-15,520
Aminosalicilatos <sup>a</sup>	6 (85,7)	63 (94)	0,381	0,036-3,978
Inmunomoduladores <sup>a</sup>	5 (71,4)	61	0,246	0,039-1,551
Biológicos <sup>a</sup>	6 (85,7)	19 (28,4)	1,709	1,709-134,446

<sup>a</sup>Los valores se presentan como frecuencias y porcentajes. RMP, razón de momios para prevalencia; IC, intervalo de confianza.

## Sab002

### CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS, BIOQUÍMICAS Y ENDOSCÓPICAS DE RIESGO PARA LA RESPUESTA AL TRATAMIENTO EN ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL DE INICIO MUY TEMPRANO

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

**Introducción:** La enfermedad inflamatoria intestinal de inicio muy temprano (EIIIMT) se ha convertido en un campo de innovación y oportunidad en la gastroenterología pediátrica. Su incidencia y prevalencia han aumentado en el plano mundial debido a factores ambientales y genéticos. La EIIIMT tiene un curso más agresivo, inflamación más grave y resistencia al tratamiento.

**Objetivo:** Identificar las características clínicas, bioquímicas y endoscópicas de riesgo para la respuesta al tratamiento en pacientes con EIIIMT diagnosticados en el periodo de 2012 a 2023 en el Instituto Nacional de Pediatría.

**Material y métodos:** Estudio retrospectivo, unicéntrico, observacional y descriptivo mediante la revisión de expedientes clínicos de niños menores de seis años de edad con diagnóstico de EIIIMT en el Instituto Nacional de Pediatría, en el periodo de 2012 a 2023.

**Resultados:** Hasta 16 pacientes se diagnosticaron con EIIIMT, 50% del sexo femenino. Un total de 14 (87,5%) tenía colitis ulcerativa (UC) y 2 (12,5%) enfermedad de Crohn (CD). La media de edad al inicio de los síntomas fue de 23,1 meses y la media de edad en que se realizó el diagnóstico de 58,6 meses. Cinco (31,2%) tenían antecedente de alergia a las proteínas de la leche de vaca, 8 (50%) habían recibido lactancia materna y 9 (56,2%) sufrieron detención del crecimiento; 5 (31,2%) mostraron error innato de la inmunidad, 71,4% de los pacientes con UC tuvo actividad moderada a grave al diagnóstico según el *Score Pediatric Ulcerative Colitis Activity Index* (PUCAI). Uno de los pacientes con CD registró actividad moderada a grave de acuerdo con el *Score Pediatric Crohn's Disease Activity Index* (PCDAI). Al diagnóstico, 100% sufría diarrea con sangre, 62,5% dolor abdominal y 37,5% pérdida de peso. Hasta 75% mostró manifestaciones extraintestinales. Se observó que no hay significación estadística del PUCAI inicial y a los 12 meses con una  $p = 0,745$ . Tampoco la hubo con el PCDAI inicial y a los 12 meses con una  $p = 1,000$ . Los parámetros bioquímicos no revelaron significación estadística de respuesta al tratamiento. En la

evaluación endoscópica, de acuerdo con la clasificación de París, en 71,4% de los pacientes con UC se identificó pancolitis y en 28,5% colitis izquierda. Se registró un UCEIS (*Ulcerative Colitis Endoscopic Index of Severity*) moderado a grave en 85,7% y leve en 14,2%. La totalidad de los pacientes con CD tuvo localización ileocecal. El CDEIS (*Crohn's Disease Endoscopy Index of Severity*) fue moderado a grave en 100%. Se observó que no hay significación estadística del UCEIS inicial y el PUCAI a los 12 meses con una  $p = 0,655$ . Asimismo, el CDEIS inicial y el PCDAI a los 12 meses tuvieron una  $p = 1,000$ . Una cifra de 28,5% con UC requirió fármaco biológico a los 12 meses del diagnóstico y, en contraste, el 100% de los pacientes con CD se mantenía con biológicos a los 12 meses tras el inicio del tratamiento. El 64,2% y 100% de los pacientes con UC y CD, respectivamente, desarrollaron resistencia a los corticoides; 85,7% de los pacientes con UC y 100% con CD presentaron dependencia a estos fármacos; 12,5% necesitó medias quirúrgicas y 6,2% trasplante de células madre hematopoyéticas. El 87,5% de los pacientes experimentó remisión clínica, 50% remisión bioquímica y 81,2% remisión endoscópica.

**Conclusiones:** La evolución clínica de los pacientes estudiados fue un curso grave, la mayoría con resistencia a los corticoides y dependencia a estos fármacos, además de uso prolongado del tratamiento biológico. Se concluyó que los parámetros clínicos, bioquímicos y endoscópicos no son factores vinculados con la respuesta al tratamiento en este grupo de pacientes, ya que no se halló nexo estadístico. Como limitante del estudio debe considerarse que la muestra fue a conveniencia del estudio.

**Financiamiento:** No se recibió financiamiento de ningún tipo.

## Sab003

### APROVECHAMIENTO DE RESIDUO MEDIANTE TÉCNICA DE PUENTE COMO TERAPIA ADYUVANTE EN NIÑOS CON DERIVACIÓN INTESTINAL DE MANERA DOMICILIARIA

L. E. Álvarez-Valencia, S. Villalpando-Carrión, Hospital Infantil de México

**Introducción:** Las resecciones ileales y yeyunales se relacionan con la formación de estoma proximal y una fístula mucosa distal; la técnica de puente consiste en recolectar el residuo del estoma proximal e infundirlo a través de la fístula mucosa distal, a semejanza de la trayectoria fisiológica del contenido

intestinal, de tal modo que se prevenga la atrofia del intestino distal y se promueva la absorción de líquidos y nutrientes. Ya se ha analizado su eficacia, pero no se han documentado estudios en las publicaciones médicas que fundamenten su uso y eficacia de forma domiciliaria.

**Objetivo:** Evaluar la relación entre el estado nutricional y la técnica de puenteo domiciliario, describir el porcentaje de pacientes sometidos a la técnica de puenteo en casa y calcular la mejoría del estado nutricional.

**Material y métodos:** Estudio retrospectivo, observacional, analítico y longitudinal. Población y variables a estudiar: pacientes atendidos en el Hospital Infantil de México Federico Gómez en quienes se realizó una resección intestinal, con creación de ostomía en intestino delgado y sometidos a la técnica de puenteo en domicilio. Se consideraron la edad, la edad al momento de la intervención, el diagnóstico, la longitud del segmento residual, la presencia o falta de válvula ileocecal, los días de inicio de la técnica de puenteo y el estado nutricional.

**Resultados:** Se identificó a 15 pacientes que cumplieron los criterios de inclusión (dos se excluyeron por pérdida de seguimiento). En cuanto a la distribución del género, 53% (n = 8) correspondió al masculino y 46% al femenino

(n = 7). Todos los pacientes fueron objeto de resección intestinal, la más frecuente de las cuales fue secundaria a atresia intestinal con 33% (n = 5), seguida de gastrosquisis y enfermedad de Hirschsprung en 20% (n = 3). En cuanto a la técnica de puenteo, al 100% de los pacientes se sometió a puenteo en un medio hospitalario y el 40% (n = 6) a puenteo domiciliario. Se efectuó la comparación del estado nutricional antes del puenteo hospitalario con discreta mejoría sin encontrar significancia estadística. De igual manera, se comparó el estado nutricional antes del puenteo domiciliario y se identificó una significancia estadística (p = 0,02), lo que traduce una mejoría del estado nutricional una vez que se inicia el puenteo en el domicilio.

**Conclusiones:** Estos hallazgos destacan que los pacientes objeto de puenteo domiciliario muestran mejoras significativas en el estado nutricional, así como en los parámetros hepáticos vinculados con el uso de NPT. Esto sugiere que la técnica en sí misma tiene implicaciones importantes en el pronóstico y tratamiento de los pacientes, lo que podría justificar su uso estandarizado en hospitales nacionales.

**Financiamiento:** No se recibió financiamiento de ningún tipo.



# REVISTA DE GASTROENTEROLOGÍA DE MÉXICO

www.elsevier.es/rgmx



## Sesión de trabajos libres orales

Domingo 17 de noviembre de 2024

### Pediatría

#### Dom004

#### AFRONTANDO LA TRANSICIÓN EN FIBROSIS QUÍSTICA: ANÁLISIS DE LA PREPARACIÓN DE PACIENTES Y FAMILIAS

M. Reyes-Apodaca, M. A. Kuan-Mahecha, J. L. Lezama-Fernández, I. Núñez-Barrera, R. Vázquez-Frias, M. Medeiros, Hospital Infantil de México Federico Gómez

**Introducción:** La fibrosis quística (FQ) es una de las enfermedades más complejas en términos terapéuticos. En condiciones ideales debe atenderse de manera transdisciplinaria, lo que genera una carga mayor para los cuidadores primarios y el paciente. En la actualidad no existen en México programas de transición de la atención pediátrica a la atención de adultos para este grupo de enfermos.

**Objetivo:** Evaluar la preparación para la transición a la atención de adultos en pacientes con FQ y de sus padres en un hospital infantil de tercer nivel, con análisis de las diferencias relacionadas con la edad, los factores demográficos y la correlación entre la preparación de pacientes y padres con dos cuestionarios diferentes.

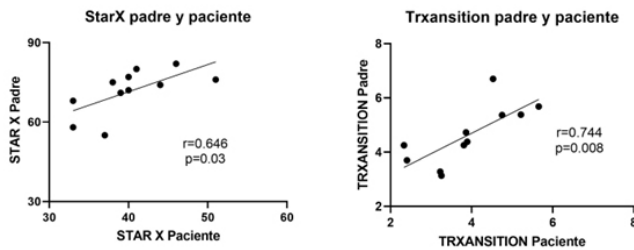
**Material y métodos:** Estudio transversal. Consistió en la evaluación en pacientes con FQ mayores de 10 años, con aplicación de dos herramientas de evaluación para la transición del paciente pediátrico: el STARx, que es un cuestionario autoaplicable para el paciente y el cuidador primario, y el TRxANSITION, que lo aplicó el equipo de la Clínica de Atención Integral para FQ. Para la descripción de la población se utilizó estadística descriptiva. Con las puntuaciones de los cuestionarios se realizó un análisis de correlación de Pearson para valorar la relación entre los puntajes obtenidos.

**Resultados:** Se incluyó a un total de 11 pacientes con sus cuidadores principales; la mediana de edad fue de 12,4 años, con cinco mujeres y seis varones. La mediana de edad de los cuidadores primarios fue de 24,6 años y la mayoría correspondía a madres (9/10). Las áreas con las puntuaciones más bajas fueron la salud reproductiva y las habilidades de autocuidado, tanto en padres como en pacientes. Por otro lado, las puntuaciones medias más altas en padres y en pacientes se registraron en las áreas de adherencia y conocimiento de la enfermedad crónica. Se realizó un análisis de correlación de Pearson para evaluar la relación entre las puntuaciones del cuestionario TRxANSITION del paciente y la edad, que reveló una correlación positiva y una tendencia a observar mayores valores obtenidos cuanto mayor fuera el paciente ( $r = 0,646$ ;  $p = 0,03$ ), que fue estadísticamente significativa. El mismo análisis se realizó también con los datos del cuestionario TRxANSITION, con registro de una correlación positiva, que fue estadísticamente significativa ( $r = 0,744$ ;  $p = 0,008$ ) (Figura 1).

**Conclusiones:** Este es el primer estudio en México relacionado con el estado de la transición del paciente pediátrico con FQ. Este protocolo resalta la necesidad urgente de abordar las brechas de conocimiento sobre FQ entre padres e hijos en el proceso de transición del cuidado pediátrico al de adulto. Las bajas puntuaciones en áreas críticas como la salud reproductiva y las habilidades de autocuidado evidencian una preparación insuficiente para la transición del paciente con FQ. Dado que el tratamiento exitoso de FQ tiene enfoque multidisciplinario, es imperativo el desarrollo y la implementación de programas de transición robustos. Estos programas no solo deben enfocarse en educar tanto a los pacientes como a sus cuidadores, sino también en proporcionar herramientas y recursos que faciliten una transición fluida y efectiva, lo que mejorará la supervivencia y la calidad de vida de estos pacientes.

**Financiamiento:** Ninguno.

Figura 1. Correlaciones de las puntuaciones de los cuestionarios TRxANSITION y STARx entre pacientes y cuidadores primarios. (Dom004)



## Dom005

### FACTORES CLÍNICOS Y BIOQUÍMICOS PRESENTES EN LOS PACIENTES PEDIÁTRICOS CON ESTENOSIS ESOFÁGICA POR INGESTA DE CÁUSTICOS EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL

M. C. Cervantes-Garduño, S. B. Balseca-López, J. F. Fonseca-Nájera, Centro Médico Nacional La Raza, UMAE Hospital General Gaudencio González Garza, Instituto Mexicano del Seguro Social

**Introducción:** La ingestión de cáusticos es la causa más común de estenosis esofágica en niños de países en vías de desarrollo. La identificación temprana de factores de riesgo de complicaciones o mal pronóstico es fundamental para dirigir el tratamiento y el seguimiento. Dentro de los factores predictores de estenosis se han notificado las características de la sustancia ingerida, como pH, cantidad, estado físico y tiempo de contacto, pero los datos sobre las características propias del paciente como síntomas y signos, alteraciones bioquímicas, afectación a otros niveles, estado nutricional y comorbilidades relacionadas no se han descrito por completo. El conocimiento de estos factores ofrecería al médico la posibilidad de instituir un seguimiento más estrecho, con la sospecha diagnóstica intencionada de esta entidad.

**Objetivo:** Identificar los factores clínicos y bioquímicos presentes en los pacientes pediátricos con estenosis esofágica por ingestión de cáusticos en un hospital de tercer nivel.

**Material y métodos:** Se realizó un estudio observacional, transversal, descriptivo y retrospectivo que incluyó expedientes de pacientes con diagnóstico de estenosis esofágica secundaria a ingestión de cáusticos de 1 mes a 17 años y 11 meses de edad, atendidos en el servicio de endoscopia y gastroenterología pediátrica de la UMAE Hospital General Gaudencio González Garza, Centro Médico Nacional La Raza, del 1 de enero de 2012 al 31 de diciembre de 2022. Se tomaron datos del paciente (edad, sexo, momento de la ingestión, peso y talla, comorbilidades), fecha de la ingestión, características de la sustancia ingerida, síntomas y signos al ingreso, tiempo en que se diagnosticó la estenosis por esofagogastroduodenoscopia y sus características. Se documentaron los valores de hemoglobina, hematocrito y tiempos de coagulación al ingreso, así como leucocitos, neutrófilos y linfocitos en las primeras 72 h posteriores a la ingestión. Se realizó un análisis estadístico de tipo descriptivo.

**Resultados:** Se incluyeron 27 expedientes en un periodo de 11 años de un total de 244 casos de esofagitis cáustica. El sexo masculino predominó con 77,8%, con mayor frecuencia en menores de cinco años (52,9%); el 66,6% correspondió a pacientes eutróficos. La sosa cáustica fue la sustancia ingerida con más frecuencia (59%). El cuadro clínico más común se caracterizó por vómito (74%) y sialorrea (59,2%). La leucocitosis a expensas de neutrofilia fue la anomalía bioquímica más registrada (55,5%), así como la prolongación del TP (59,2%). El grado IIIa de Zargar fue la lesión esofágica más frecuente (64%). La mediana de tiempo para la aparición de estenosis fue de 28 días y el grado de estenosis más frecuente de 50%.

**Conclusiones:** Los datos clínicos más frecuentes fueron edad  $\leq 5$  años, sexo masculino y estado nutricional eutrófico. El vómito y la sialorrea caracterizaron al cuadro clínico. La leucocitosis a expensas de neutrofilia fue la alteración bioquímica más encontrada. El tipo de sustancia ingerida con mayor frecuencia fue la sosa cáustica. La lesión IIIa de Zargar fue el grado de esofagitis más referido. El porcentaje de estenosis fue muy variable, entre 20% y 98%, y se presentó en una mediana de 28 días.

**Financiamiento:** No se requirió financiamiento externo, ya que todos los recursos estaban disponibles en el hospital.

## Dom006

### IMPLEMENTACIÓN DE UNA ESCALA CLÍNICA DIAGNÓSTICA EN ESTENOSIS HIPERTRÓFICA DE PÍLORO

E. M. Contreras-Hernández, G. D. Hernández-Gómez, C. A. Zapata-Castilleja, M. E. De La O-Cavazos, K. D. Guzmán-Avilán, J. L. Rodríguez-Díaz, F. J. Villa-Martínez, Hospital Universitario José Eleuterio González

**Introducción:** La estenosis hipertrófica pilórica (EHP) es una alteración crítica que aparece en las primeras semanas de vida y exige tratamiento quirúrgico. Diagnosticarla correctamente puede ser fácil para médicos experimentados y con recursos adecuados, pero desafiante para clínicos de primer contacto en áreas con escasos recursos. No existen escalas diagnósticas específicas para este trastorno, lo que dio lugar a este estudio.

**Objetivo:** Implementar una escala clínica diagnóstica para estenosis hipertrófica de píloro con objeto de facilitar el diagnóstico para médicos con menos experiencia y de primer contacto.

**Material y métodos:** Se realizó un estudio multicéntrico en dos fases. La primera fase fue retrospectiva, longitudinal, analítica y observacional, con revisión de expedientes de pacientes menores de cuatro meses con vómito no biliar, sin incluir a aquellos con intervenciones previas. Se compararon signos y síntomas con datos de ultrasonido y piloromiectomía de Ramstedt, y se calcularon sensibilidad, especificidad y riesgo relativo de cada signo para crear la escala. Los puntos de la escala se asignaron de acuerdo con el riesgo relativo y se evaluaron sensibilidad, especificidad y valores predictivos para determinar puntos de corte ideales. La segunda fase fue prospectiva, se aplicó la escala a nuevos pacientes con las mismas características y se confirmaron los diagnósticos con ultrasonido y piloromiectomía.

**Resultados:** En la primera fase se incluyeron 180 expedientes y en la segunda 156, para un total de 225 pacientes. Se analizaron antecedentes, signos y síntomas comunes, se crearon tablas de contingencia y se calcularon riesgos relativos. Se eliminaron variables de baja sensibilidad (estreñimiento, ictericia y antecedentes familiares) y se ajustaron los puntos de la escala con base en sensibilidad, especificidad y riesgo relativo, lo cual tuvo como resultado una escala de 10 puntos. La escala se revisó de manera retrospectiva con los mismos pacientes de la primera fase y posteriormente se aplicó de modo prospectivo en los pacientes de la segunda fase. Se efectuó un análisis de varianza en las puntuaciones de cada fase con la prueba de Welch de dos muestras y se identificó así que no había varianza entre ambas, por lo que era factible su análisis en conjunto, y se realizó un análisis de utilidad con sus respectivas curvas ROC.

**Conclusiones:** Una puntuación diagnóstica simple basada en antecedentes, síntomas y signos comunes en la EHP permite identificar a pacientes que necesitan observación o cirugía. La escala es aplicable en todas las situaciones clínicas y no requiere computadora.

**Financiamiento:** No se recibió ningún financiamiento.

## Dom007

### CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS Y MANOMÉTRICAS EN PACIENTES CON INCONTINENCIA FECAL: COMPARATIVA ENTRE RETENTIVA Y NO RETENTIVA

K. I. Ramírez-Beltrán, E. Toro-Monjaraz, F. E. Zárate-Mondragón, K. R. Ignorosa-Arellano, J. F. Cadena-León, R. Bustamante-Cervantes, E. Montijo-Barríos, J. A. Ramírez-Mayans, Instituto Nacional de Pediatría

**Introducción:** Los trastornos del eje cerebro-intestino son un problema común en la edad pediátrica que afectan en grado significativo la calidad de vida del niño y su familia, lo cual incluye anomalías como la incontinencia fecal, que se divide en incontinencia fecal retentiva (IFR) e incontinencia fecal no retentiva (IFNR); esta clasificación depende de la presencia de masa fecal en el recto, que en el caso de la IFR produce defecación y salida de heces por rebosamiento. En México y América Latina existen pocos estudios sobre esta afección. La manometría anorrectal de alta resolución es una herramienta que permite evaluar la fisiología defecatoria, aunque su disponibilidad es limitada en países como este; la identificación de anomalías en la fisiología defecatoria en la incontinencia fecal puede ser de gran utilidad para el tratamiento de estos pacientes.

**Objetivo:** Identificar las características clínicas y manométricas de la incontinencia fecal no retentiva y retentiva en pacientes en un tercer nivel de atención.

**Material y métodos:** Estudio observacional, retrospectivo transversal y analítico. Se incluyó a pacientes con diagnóstico de IFR e IFNR sometidos a manometría anorrectal de alta resolución, con equipo Alacer®; solo se tomaron en cuenta las manometrías con el protocolo de manometría anorrectal completo. Las variables analizadas incluyeron datos demográficos, síntomas (dolor abdominal, dolor al evacuar, promedio por semana de salida de materia fecal involuntaria, número de evacuaciones por semana, tipo de evacuación de acuerdo con la escala de Bristol). Para el análisis estadístico se realizó análisis univariado mediante frecuencias y porcentajes para las variables categóricas y medidas de tendencia central y dispersión para las cuantitativas. Para la comparación de los parámetros manométricos se evaluó la normalidad de las variables y, según fuera el caso, se utilizaron las pruebas T de Student o Wilcoxon de signos y rangos.

**Resultados:** Se incluyó a un total de 51 pacientes de los cuales 84,5% (45) se diagnosticaron con IFR y 6 con IFNR (11,76%). La edad promedio de todo el grupo fue de 9 años (DE 3,4), 9,4 años para el grupo de IFR y 11,6 años para la IFNR. Predominó el género masculino en un 73,6% (39 pacientes). El dolor abdominal fue el síntoma más común en un 54% de los pacientes, sin encontrar diferencias significativas entre ambos tipos de incontinencia ( $p = 0,127$ ). El 60,4% de los pacientes con IFR evacuaba diariamente y el 100% de los pacientes con IFNR. En el grupo de IFR, el tipo de heces de acuerdo con la escala de Bristol fue el tipo 1 en un 47,2%, mientras que el tipo 4 fue el más común en la IFNR (37,5%). En la Tabla 1 se muestran los valores de la manometría en ambos grupos de pacientes (reflejo rectoanal inhibitorio, presión basal del esfínter anal, contracción del canal anal, maniobras de sensibilidad: primera sensación, urgencia y máxima tolerancia). Las presiones basales del esfínter anal fueron levemente menores en el grupo de IFNR. Los límites superiores en las presiones de la primera sensación, máxima tolerabilidad y urgencia se encuentran mayores en el grupo de IFR, pero sin mostrar diferencias significativas con el grupo de incontinencia fecal no retentiva.

**Conclusiones:** La incontinencia fecal no retentiva es todavía el tipo menos frecuente en la población pediátrica. La manometría anorrectal no permitió identificar características específicas en ambos grupos de pacientes, aunque la IFR mostraba mayores intervalos de sensibilidad y una presión rectal mayor que la IFNR, por lo que probablemente con un mayor número de muestras se identifiquen diferencias estadísticamente significativas.

**Financiamiento:** No se recibió financiamiento de ningún tipo.

## Dom008

### FRECUENCIA Y CARACTERÍSTICAS DE PACIENTES PEDIÁTRICOS SOMETIDOS A COLANGIOPANCREATOGRAFÍA RETRÓGRADA ENDOSCÓPICA

P. L. Pérez-Santos, V. M. Mendoza-Martínez, R. Y. López-Pérez, D. Muñoz-Fuentes, J. C. Silis-Cravioto, M. I. Torres-Ruiz, J. C. Zavala-Castillo, Hospital General de México Eduardo Liceaga

**Introducción:** La colangiopancreatografía retrógrada endoscópica (CPRE) es una técnica utilizada para el diagnóstico y el tratamiento de las enfermedades biliopancreáticas. En niños y adolescentes la información es escasa. La incidencia de CPRE en niños es de 4% a 16%, la prevalencia de 1,9% y la mortalidad del 1,5%.

**Objetivo:** Conocer la frecuencia de CPRE en niños, sus principales indicaciones y hallazgos, así como las características clínicas y bioquímicas antes y después del procedimiento.

**Material y métodos:** Se realizó un estudio transversal y descriptivo en el servicio de endoscopia; se incluyeron los expedientes de pacientes menores de 17 años, en el periodo de marzo de 2022 a marzo de 2023 sometidos a CPRE. Se analizaron los datos bioquímicos y clínicos antes y 48-72 horas después del procedimiento, así como los hallazgos y las técnicas empleadas. El éxito técnico se consideró como la canulación exitosa y la resolución del cuadro y el éxito clínico como la mejoría de síntomas y parámetros bioquímicos tras someterse a la CPRE, así como las complicaciones del procedimiento. Se realizó estadística descriptiva para las variables demográficas. Se tomó una  $p$  significativa  $< 0,05$ .

**Resultados:** Se obtuvieron 41 expedientes clínicos, que correspondieron al 8,5% del total de CPRE realizadas dentro del periodo. El 88% correspondió al género femenino y el 22% al masculino, con edad promedio de  $16 \pm 1$  años. El 68,2% representó coledocolitiasis, 24,3% colangitis, 2,4% probable síndrome de Mirizzi tipo 1, con 2,4% para retiro de prótesis biliar y 2,4% para coledocolitiasis y hepatolitiasis no resuelta. El 48,7% tenía papila tipo 1, 21,3% tipo 3, 14,6% tipo 4, 9,75% tipo 2 y 4,8% modificada. En 19,5% la canulación fue difícil y, de esta proporción, en 36,5% se empleó técnica de canulación avanzada, con realización de precorte en 12 pacientes, técnica de doble guía en dos pacientes y canulación sobre prótesis pancreática en un paciente. Se realizó esfinterotomía en 85,3% y 14,6% tuvo canulación no intencionada del conducto pancreático; al 70,7% se le colocó prótesis biliar. Las papilas más frecuentes que requirieron canulación avanzada fueron los tipos 1 (77,2%) y 3 (22,2%). Los hallazgos de CPRE fueron coledocolitiasis (75,6%) y el 80,6% de estas correspondió a resueltas y 19,3% a no resueltas; a todas se les colocó prótesis biliar. Otro hallazgo encontrado fue dilatación de vía biliar sin coledocolitiasis en el 14,6%, un 2,4% tuvo estenosis del colédoco distal, 2,4% fístula bilioentérica y 4,8% colangiografía normal. La tasa de éxito técnico fue del 97,5%. En cuanto a la clínica, se observó mejoría en el dolor abdominal que disminuyó de 63,4% a 17%, la fiebre remitió completamente, la náusea pasó de 46% a 15% y la ictericia de 63,4% a 12%, con significancia estadística, excepto el vómito (22% al 7%;  $p = 0,095$ ); se consideró el éxito clínico en el 100% (Tabla 1). En cuanto a los parámetros bioquímicos, antes y después del procedimiento, mejoraron en leucocitos ( $9,7 \pm 3,1$  vs.  $7,9 \pm 3,3$ ;  $p < 0,001$ ), neutrófilos ( $80,7 \pm 11,6$  vs.  $68,3 \pm 10,1$ ;  $p < 0,001$ ), bilirrubina total ( $5,9 \pm 2,4$  vs.  $3,4 \pm 1,6$ ;  $p < 0,001$ ), bilirrubina directa ( $4,1 \pm 1,7$  vs.  $2,2 \pm 1,2$ ;  $p < 0,001$ ), bilirrubina indirecta ( $1,7 \pm 1,1$  vs.  $1,1 \pm 0,5$ ;  $p < 0,001$ ), fosfatasa alcalina ( $386,4 \pm 148,3$  vs.  $247,6 \pm 108,3$ ;  $p < 0,001$ ) y GGT ( $602,7 \pm 267$  vs.  $394,6 \pm 190,4$ ;  $p < 0,001$ ).

Tabla 1. Características manométricas en ambos grupos. (Dom007)

Parámetro evaluado	Tipo de incontinencia	Media (mmHg)	Límite inferior (mmHg)	Límite superior (mmHg)	U de Mann-Whitney
Presión basal	Retentiva	44,02	35,92	51,17	0,385
	No retentiva	42,16	27,27	59,04	
Presión máxima de contracción	Retentiva	102,43	86,46	118,40	0,913
	No retentiva	123,07	72,78	173,36	
primera sensación	Retentiva	79,32	55,65	102,99	0,456
	No retentiva	65,75	42,83	84,58	
Máxima tolerabilidad	Retentiva	158,22	137,19	179,25	0,486
	No retentiva	148,95	100,95	196,55	
Urgencia	Retentiva	121,44	104,14	138,74	0,842
	no retentiva	110	72,61	147,39	
		Presente (n de pacientes)	Ausente (n de pacientes)	Anormal (n de pacientes)	$p$
Reflejo anal inhibitorio	Retentiva	73,3% (33)	2,2% (1)	6,7% (3)	$> 0,05$
	No retentiva	100% (8)	0%	0%	



**Conclusiones:** Se encontró una frecuencia del 8,5% de CPRE en la población estudiada. La técnica demostró una tasa de éxito del 97,5% y sin complicaciones. Los síntomas predominantes fueron dolor abdominal e ictericia, con mejoras clínicas y bioquímicas después de la intervención. Las CPRE en pacientes pediátricos practicadas en este servicio se deben a enfermedad biliar, todas con fines terapéuticos. Estos hallazgos subrayan la importancia de considerar la CPRE como una opción terapéutica viable y segura en niños con trastornos biliopancreáticos.

**Financiamiento:** No se recibió financiamiento de ningún tipo.

**Tabla 1.** Características y hallazgos de la CPRE. (Dom008)

	n = 41
Sexo femenino, n (%)	36 (88)
Sexo masculino n (%)	5 (22)
Edad, media ± DE	16 ± 1 años
Tipo de papila	
1	20 (48,7)
2	4 (9,75)
3	9 (21,9)
4	6 (14,6)
Modificada	2 (4,8)
Canulación difícil	8 (19,5)
Técnica avanzada de canulación	15 (36,5)
Precorte	12 (29,6)
Doble guía	2 (4,8%)
Pancreática	1 (2,43)
Esfinterotomía	35 (85,3)
Canulación inadvertida del conducto pancreático	6 (14,6)
Colocación de prótesis biliar plástica	29 (70,7)
Hallazgos de CPRE	
Coledocolitiasis	31 (75,6)
Resuelta	25 (80,6)
No resuelta	6 (19,3)
Dilatación de vía biliar sin coledocolitiasis	6 (14,6)
Estenosis del colédoco distal	1 (2,4)
Fístula bilioentérica	1 (2,4)
Colangiografía normal	2 (4,8)
Éxito técnico	40 (97,5)
Éxito clínico	41 (100)

CPRE, colangiopancreatografía retrógrada endoscópica; todas las variables están presentadas en n (%).

## Dom009

### IMPACTO DIAGNÓSTICO Y TERAPÉUTICO DEL ULTRASONIDO ENDOSCÓPICO EN LA PANCREATITIS RECURRENTE PEDIÁTRICA DESPUÉS DE UNA COLANGIO-PANCREATOGRFÍA POR RESONANCIA MAGNÉTICA

M. S. Gallardo-Luna, J. E. Alfaro-Bolaños, A. I. Quesada-Tortoriello, Y. Rivera-Suazo, R. Soto-Solís, R. A. Castañeda-Ortiz, R. A. Rodríguez-Izaguirre, Centro Médico Nacional 20 Noviembre, ISSSTE

**Introducción:** La pancreatitis aguda recurrente (PAR) en niños es una afección desafiante que requiere enfoques diagnósticos y terapéuticos complementarios.

**Objetivo:** Evaluar el efecto diagnóstico y terapéutico del ultrasonido endoscópico (USE) en niños con PAR después de una colangiopancreatografía por resonancia magnética (CPRM), en un centro de atención terciaria en México, desde enero de 2021 hasta mayo de 2024.

**Material y métodos:** Se incluyó a pacientes pediátricos con PAR, definida por el *International Study Group of Pediatric Pancreatitis: In Search for a Cure* (INSPPIRE) como dos o más crisis. Todos los pacientes se evaluaron por causas metabólicas/tóxicas, biliares y anatómicas; sin embargo, no todos se evaluaron por causas genéticas y autoinmunitarias. Se incluyó a pacientes con un USE realizado después de una CPRM sin secretina. El efecto diagnóstico se definió como cualquier hallazgo de USE que alterara el diagnóstico o identificara una causa no detectada por la CPRM. El efecto terapéutico se definió como cambios en el plan terapéutico previsto con base en los hallazgos del USE.

**Resultados:** Se incluyó a 16 pacientes, con una edad media de 10,6 años (3,4 ± DE) y la mayoría correspondió a niñas (56%). Los hallazgos de USE resultaron en cambios diagnósticos en 9 de los 16 pacientes. Los hallazgos más comunes se describen en la **Tabla 1** e incluyeron pancreatitis crónica y lodo biliar/microlitiasis. El efecto terapéutico se observó en seis pacientes y las intervenciones más frecuentes fueron la colecistectomía o la colangiopancreatografía retrógrada endoscópica (CPRE). En un paciente, la CPRM sugirió probable microlitiasis del conducto biliar común, que se descartó por USE, lo que evitó así la necesidad de una CPRE.

**Conclusiones:** El USE es una herramienta complementaria en la atención diagnóstica y terapéutica de la PAR pediátrica posterior a una CPRM. Se necesitan estudios prospectivos para confirmar estos resultados y optimizar los protocolos diagnósticos/terapéuticos para la PAR pediátrica.

**Financiamiento:** Ninguno.

**Tabla 1.** \*Relación con lodo biliar. USE, ultrasonido endoscópico; CPRM, colangiopancreatografía por resonancia magnética; PAR, pancreatitis aguda recurrente; CPRE, colangiopancreatografía retrógrada endoscópica. (Dom009)

	n (%)
<b>Efecto diagnóstico</b>	
Lodo biliar/microlitiasis	2 (13)
Pancreatitis crónica	4 (25)
Pólipo vesicular (3 mm)*	1 (6)
Microlitiasis de conducto pancreático	1 (6)
Litiasis biliar excluida	1 (6)
<b>Efecto terapéutico</b>	
Colecistectomía	1 (6)
CPRE	2 (13)
CPRE + colecistectomía	2 (13)
Evitó CPRE	1 (6)
<b>Total</b>	<b>16</b>

## Dom010

### CARACTERÍSTICAS DEMOGRÁFICAS, CLÍNICAS Y GENÉTICAS DE LOS PACIENTES CON FIBROSIS QUÍSTICA EN UN HOSPITAL PEDIÁTRICO DURANTE EL PERIODO 2018-2023

E. C. Pineda-Cely, L. B. Worona-Dibner, R. Vázquez-Frias, Hospital Infantil de México Federico Gómez

**Introducción:** La fibrosis quística (FQ) es una enfermedad monogénica y autosómica recesiva causada por variantes patogénicas en el gen *CFTR*; afecta a 89 000 personas en todo el mundo. En México su incidencia es 1/8 500 recién nacidos vivos; la supervivencia calculada es de 18 años. Puede mostrar afectación pulmonar, hepática y gastrointestinal. Predomina la insuficiencia pancreática exocrina (IPE) identificada en el 87%; los pacientes con IPE requieren tratamiento de reemplazo de enzimas pancreáticas, además de un adecuado control nutricional y seguimiento estrecho. Existen pocos estudios en este medio.

**Objetivo:** Describir las características demográficas, clínicas y genéticas de pacientes con fibrosis quística en un hospital pediátrico de tercer nivel en la Ciudad de México durante el periodo comprendido entre 2018 y 2023.

**Material y métodos:** Estudio descriptivo, transversal y retrospectivo. Se revisaron los expedientes clínicos de todos los pacientes menores de 18 años con fibrosis quística tratados en los últimos cinco años. Se analizaron variables demográficas: edad al diagnóstico, sexo y procedencia; genéticas: mutación *CFTR*, tipo de mutación; clínicas: afectación respiratoria, hepática, pancreática y gastrointestinal al inicio y durante la evolución. Tratamiento: control nutricional, enzimas pancreáticas y evolución (estado nutricional, sobrevida, mortalidad). Para determinar la relación se usó la prueba  $\chi^2$ . Se utilizó SPSS v29 para el análisis estadístico.

**Resultados:** Se incluyeron 70 expedientes. Se reconoció un predominio del sexo masculino (relación 1.25:1). La mayoría (65,7%) se diagnosticó en lactantes, 22,9% en preescolares y 11,5% en escolares y adolescentes. Las manifestaciones más frecuentes fueron respiratorias (85,7%) y pancreáticas (78,6%) tanto al inicio como durante el seguimiento. Cuatro pacientes desarrollaron diabetes. Se identificó hepatitis crónica en 12 pacientes de los cuales tres desarrollaron hipertensión portal. La insuficiencia pancreática exocrina al inicio fue de 78,6% y en el seguimiento se incrementó a 88,6% (Tabla 1). El estudio genético se realizó solo en el 42,9% de los casos; la variante  $\Delta F508/X$  se detectó en el 36,6% de los pacientes secuenciados, pero otras variantes fueron:  $\Delta I507$  y  $G542$  (6,6%); también se reconocieron las variantes compuestas  $2353C>T/CFTR$  dele 25,26;  $\Delta F508/ W1089X$ ;  $\Delta F508/$

$H199Y$ ;  $G542X / c1680-886A>G$ . La relación de  $\Delta F508/X$  con insuficiencia pancreática exocrina no fue significativa (OR 1,098; IC 0,82-1,47;  $p = 0,443$ ). A través de la intervención nutricional se logró incrementar la proporción de pacientes eutróficos al seguimiento de 32,9% a 52,9%. La adherencia al tratamiento nutricional fue del 78,6%. El 91,4% recibió enzimas pancreáticas ( $7\ 869,9 \pm 1\ 911\ U/kg/día$ ). La sobrevida media fue de  $77,6 \pm 48,59$  meses y la mortalidad de 4,3%. Nueve pacientes perdieron el seguimiento, por lo que solo se tomaron en cuenta los datos obtenidos hasta la última consulta. **Conclusiones:** La adecuada intervención nutricional aunada a un óptimo reemplazo enzimático hace posible la recuperación nutricional en la mayoría de los casos a pesar de las múltiples exacerbaciones respiratorias. La tasa de mortalidad en esta institución es similar a la registrada en otros estudios. La variante genética más frecuente en la población estudiada fue  $\Delta F508$  en un 15,7%; se encontró un nexo con IPE, pero esta no tuvo significancia estadística debido a que probablemente no se secuenció a todos los pacientes. La mayoría de los enfermos (57,1%) no cuenta con secuenciación del *CFTR*, por lo que es imposible establecer una vinculación entre genotipo y fenotipo que contribuya a predecir el pronóstico y determinar qué pacientes se beneficiarían de un tratamiento con moduladores.

**Financiamiento:** Propio.

## Dom011

### HALLAZGOS HISTOLÓGICOS CON IMPACTO PRONÓSTICO EN LA RESPUESTA AL TRATAMIENTO EN PACIENTES PEDIÁTRICOS CON HEPATITIS AUTOINMUNE

G. F. Sámano-Villanueva, R. Cervantes-Bustamante, F. Zárate-Mondragón, K. R. Ignorosa-Arellano, E. M. Toro-Monjaraz, J. F. Cadena-León, J. A. Ramírez-Mayans, M. C. Martínez-Soto, Instituto Nacional de Pediatría

**Introducción:** La hepatitis autoinmunitaria (HAI) es la primera enfermedad hepática que mostró mejoría a partir del tratamiento médico; sin embargo, la biopsia hepática es la piedra angular para el diagnóstico de la HAI y aún es el criterio para valorar la remisión. Pocas publicaciones actuales han descrito el efecto de todos los hallazgos histológicos en la respuesta al tratamiento.

**Objetivo:** General: identificar los hallazgos histológicos típicos con efecto en el pronóstico de la respuesta al tratamiento en pacientes pediátricos con hepatitis autoinmunitaria. Específicos: describir las características de la población, determinar las pruebas de inflamación: ALT, AST, anticuerpos y serologías: ANAS, anti-LKM-1, antimusculo liso, IgG, basales, a las cuatro semanas, seis y 12 meses, así como las manifestaciones histológicas típicas consistentes con HAI basales y control a los 12, 24 o 36 meses: infiltrado linfoplasmocitario, grado de fibrosis, emperipolesis, perivascularitis, gotas de lípidos en células de Kupffer y formación de rosetas como factores pronósticos para la respuesta clínica, bioquímica e histológica, es decir, factores del pronóstico relacionados con la respuesta al tratamiento.

**Material y métodos:** Estudio analítico, observacional, retrospectivo y longitudinal. Población: pacientes cuyo diagnóstico de HAI se estableciera entre enero de 2010 y abril de 2024 en el INP. Criterios de inclusión: expedientes de pacientes pediátricos con diagnóstico de HAI por marcadores serológicos o hallazgos histológicos típicos, así como pacientes con sospecha de HAI y marcadores negativos con histología no compatible que respondieron al tratamiento con esteroides y mejoraron en las pruebas de inflamación. Exclusión: expedientes de individuos sin determinación de biopsia hepática. Eliminación: expedientes de pacientes perdidos en el seguimiento. Se realizó estadística descriptiva para las variables epidemiológicas mediante razones y proporciones para las variables cualitativas y medianas para las cuantitativas. El análisis inferencial para las variables cualitativas se realizó con ji cuadrada y para las cuantitativas con U de Mann-Whitney. De igual forma, se determinaron los riesgos relativos para cada factor de estudio en relación con los desenlaces de interés. El análisis predictivo se efectuó con el análisis de regresión logística multinomial para analizar las variables dependientes de hallazgos histológicos típicos y atípicos y las variables independientes fueron la respuesta al tratamiento, incluidas aquellas variables que demostraran alguna vinculación significativa o un riesgo.

**Resultados:** Se analizaron 100 expedientes, de los cuales se incluyó a 34 de pacientes con sospecha de HAI. La mayoría de los enfermos correspondió a mujeres (64,70%). El tipo de HAI más común fue la seronegativa (64,70%). En cuanto a los hallazgos histológicos basales, la mayoría de los pacientes presentó hepatitis de interfaz (100%), infiltrado linfoplasmocitario (100%) y

**Tabla 1.** Características clínicas de fibrosis quística al diagnóstico y durante el seguimiento. (Dom010)

Características clínicas	Al diagnóstico n = 70 (100%)	Seguimiento n = 70 (100%)	
Afectación respiratoria	Síndrome broncoobstructivo	39 (55,7%)	54 (77,1%)
	Neumonía	38 (54,3%)	12 (17,1%)
	Asma	4 (5,7)	0 (0%)
	Sinusitis	2 (2,9%)	3 (4,3%)
	Pólipos nasales	2 (2,9%)	3 (4,3%)
	Atelectasia	1 (1,4%)	2 (2,9%)
Afectación hepática	Hepatitis	19 (27,1%)	12 (17,1%)
	Colestasis	8 (11,4%)	3 (4,3%)
	Esteatosis hepática	4 (5,7%)	3 (4,3%)
	Colelitiasis	3 (4,3%)	4 (5,7%)
	Hipertensión portal	1 (1,4%)	3 (4,3%)
Afectación pancreática	Diabetes mellitus 1	1 (1,4%)	4 (5,7%)
	Insuficiencia pancreática exocrina	55 (78,6%)	62 (88,6%)
Afectación gastrointestinal	Diarrea	18 (25,7%)	1 (1,4%)
	Íleo meconial	9 (12,9%)	-
Afectación gastrointestinal	Enfermedad por reflujo gastroesofágico	8 (11,4%)	3 (4,3%)
	Estreñimiento	3 (4,3%)	3 (4,3%)
	Prolapso rectal	3 (4,3%)	0 (0%)
	Síndrome de oclusión intestinal distal	2 (2,9%)	5 (7,1%)
Diagnóstico nutricional	Eutrófico	23 (32,9%)	37 (52,9%)
	Desnutrición leve/moderada	26 (37,1%)	10 (14,3%)
	Desnutrición grave	15 (21,4%)	11 (15,7%)
	Obesidad	0	1 (1,4%)
	Talla baja	6 (8,6%)	11 (15,7%)

fibrosis de moderada o grave (35,3%). Destacó que dos pacientes desarrollaron cirrosis basal, si bien ambos pacientes lograron remisión histológica completa. Durante el seguimiento, los hallazgos más comunes fueron hepatitis de interfaz (48,4%), cirrosis (12,1%) y fibrosis (11,8%). La mayor fibrosis histológica al seguimiento se relacionó con mayor necesidad de tratamiento de segunda línea (OR 59,5; IC95% 4,6-767,2), mientras que la presencia de rosetas al seguimiento se acompañó de menor necesidad de tratamiento de segunda línea (OR 0,556; IC95% 0,31-0,997). En relación con la dependencia de esteroides, la fibrosis histológica al seguimiento (OR 8; IC95% 1,5-43,7) y

el infiltrado linfoplasmocitario (OR 5,8; IC95% 1,2-29,8) se relacionaron en grado significativo con esta anomalía. Por otro lado, la presencia de rosetas al seguimiento mostró un nexo inverso significativo con la dependencia de esteroides (OR 0,286; IC95% 0,125-0,654) (Tabla 1).

**Conclusiones:** En esta población, ciertos hallazgos histológicos durante el seguimiento, particularmente la fibrosis y el infiltrado linfoplasmocitario, están significativamente vinculados con la necesidad de tratamiento de segunda línea y la dependencia de esteroides.

**Financiamiento:** Ninguno.

Tabla 1. Hallazgos de biopsia basales de pacientes con HAI divididos por remisión histológica. (Dom011)

	Total (34, 100%)	Sin remisión histológica (17, 50%)	Remisión histológica (17, 50%)	Valor de p
<b>Hallazgos de biopsia basales</b>				
Biopsia hepática basal	10 (29,40%)	7 (41,2%)	3 (17,6%)	0,158
Fibrosis basal	12 (35,30%)	6 (35,3%)	6 (35,3%)	0,476
Hepatitis de interfaz basal	33 (100,00%)	16 (100,0%)	17 (100,0%)	-
Infiltrado linfoplasmocitario basal	30 (100,00%)	13 (100,0%)	17 (100,0%)	-
Emperipolesis basal	6 (50,00%)	2 (28,6%)	4 (80,0%)	0,079
Perivenulitis basal	5 (45,50%)	1 (20,0%)	4 (66,7%)	0,122
Rosetas basales	8 (53,30%)	2 (28,6%)	6 (75,0%)	0,072
Pigmento en células de Kupffer basal	5 (45,50%)	1 (20,0%)	4 (66,7%)	0,122
Necrosis basal	5 (20,80%)	3 (30,0%)	2 (14,3%)	0,35
Cirrosis basal	2 (6,30%)	0 (0,0%)	2 (11,8%)	0,17



# REVISTA DE GASTROENTEROLOGÍA DE MÉXICO

www.elsevier.es/rgmx



## Sesión de trabajos libres orales

Domingo 17 de noviembre de 2024

### Neurogastroenterología I

#### Dom012

#### DISFUNCIÓN SEXUAL Y CALIDAD DE VIDA EN INDIVIDUOS CON SÍNDROME DE INTESTINO IRRITABLE: UN ESTUDIO TRANSVERSAL

S. A. Reyes-Díaz, B. A. Priego-Parra, E. L. Núñez-Jiménez, H. R. Ordaz-Álvarez, C. L. Dorantes-Nava, F. Higuera-De La Tijera, K. R. García-Zermeño, M. Amieva-Balmori, J. M. Remes-Troche, Laboratorio de Fisiología Digestiva y Motilidad Gastrointestinal, Instituto de Investigaciones Médico-Biológicas, Universidad Veracruzana

**Introducción:** La disfunción sexual (DS) es un trastorno que afecta el comportamiento y la sensación sexual, con respuestas anormales o insuficientes a los estímulos sexuales. Diversos estudios han revelado una alarmante prevalencia de DS en sujetos con síndrome de intestino irritable (SII), con tasas que varían de 30% a 80%. La DS puede deteriorar de forma considerable tanto la calidad de vida general como la específica de estos individuos.

**Objetivo:** Comparar la prevalencia de DS en individuos con SII y controles sanos (CS) y correlacionar estos hallazgos con síntomas gastrointestinales y calidad de vida.

**Material y métodos:** Estudio transversal y analítico en el que se incluyó a individuos con SII y CS. Se implementó una encuesta electrónica compuesta por 60 reactivos, en la que se recopilaban datos sociodemográficos. Para el diagnóstico de SII se utilizaron los criterios de Roma IV. Para evaluar la intensidad del dolor y la distensión abdominal se empleó la Escala de Gravedad de Síntomas en personas con Síndrome de Intestino Irritable (IBS-SSS). Para medir la función sexual se usó la Escala de Experiencia Sexual de Arizona (ASEX). Se utilizó la Escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria (HAD) para medir la distorsión psicológica, el cuestionario SF-12 para evaluar la calidad de vida y la Escala de Autoestima de Rosenberg (RSES) para valorar la

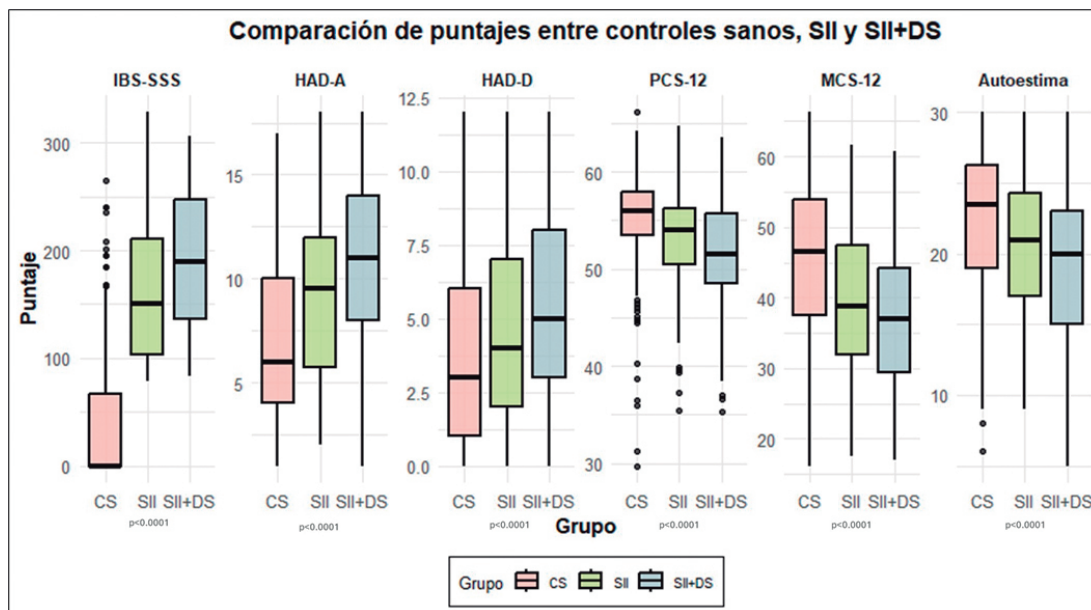
autoestima. Las variables numéricas se describieron mediante medidas de tendencia central, mientras que las variables categóricas se expresaron con frecuencias y porcentajes. Se confirmaron los supuestos de normalidad y homocedasticidad. Para la comparación entre grupos se utilizaron las pruebas t de Student o Wilcoxon. Las comparaciones múltiples se realizaron con la prueba de Kruskal-Wallis o ANOVA. Para las correlaciones se usó la prueba de Spearman. Se construyó un modelo de regresión lineal generalizado con método de eliminación hacia atrás. El análisis de datos se llevó a cabo en R Studio versión 4.4.3 y el software SPSS V. 25.

**Resultados:** Se incluyó a 420 individuos (54,3% mujeres) divididos en 170 con SII y 250 CS, con una mediana de edad de 25,1 (RIQ 21-24). Los sujetos con SII tuvieron mayor prevalencia de DS (34,1% vs. 23,2%;  $p = 0,015$ ) y mayor dificultad para alcanzar el orgasmo (18,2% vs. 10%,  $p = 0,019$ ) en comparación con los CS. Al evaluar a los individuos con SII, aquellos con SII + DS tuvieron mayor puntuación de ansiedad (11 [7,75-14] vs. 9,5 [2,25-12];  $p = 0,034$ ), IBS-SSS (190,69 + 66,16 vs. 164,27 + 63,81;  $p = 0,012$ ), intensidad del dolor (42,39 + 14,87 vs. 36,55 + 14,06;  $p = 0,025$ ), afectación de los síntomas en la calidad de vida (43,63 + 25,88 vs. 29,43 + 25,97;  $p = 0,001$ ) y menor autoestima (20 [15-23] vs. 21 [17-24,75];  $p = 0,049$ ) en comparación con aquellos sin DS (Figura 1). Al comparar a mujeres con SII contra mujeres sanas, las mujeres con SII obtuvieron una mayor puntuación en el ASEX (16 [13-19] vs. 15 [13-18]), menor impulso sexual (8,9% vs. 13,5%,  $p = 0,006$ ) y menor puntaje de autoestima (20 [15-23,7] vs. 23 [17,2-25],  $p = 0,003$ ). Los individuos con SII tuvieron mayor probabilidad de desarrollar algún tipo de DS en comparación con los CS (OR 1,7; IC95% 1,1-2,6).

**Conclusiones:** La DS es más prevalente en individuos con SII y se correlaciona con mayor dolor abdominal y distorsión psicológica; las mujeres se afectan más. Se recomienda la inclusión del tamizaje de disfunción sexual como parte de la atención integral del SII, junto con la implementación de intervenciones multidisciplinarias que aborden los aspectos físicos y los psicológicos del SII para mejorar la calidad de vida de estos individuos.

**Financiamiento:** Ninguno.

Figura 1. Comparación de puntuaciones entre controles sanos, sujetos con SII e individuos con SII + DS. DS, disfunción sexual; SII, síndrome de intestino irritable; ASEX, Escala de Experiencia Sexual de Arizona; HAD-A, Escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria (Ansiedad); HAD-D, Escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria (Depresión); MCS-12, componente mental de la calidad de vida SF-12; PCS-12, componente físico de la calidad de vida SF-12; SII, síndrome de intestino irritable. (Dom012)



Dom013

ASOCIACIÓN ENTRE EL ESTREÑIMIENTO CRÓNICO Y EL DETERIORO EN LA FUNCIÓN COGNITIVA

D. F. Abendaño-Rivera, P. M. Diego-Salazar, S. A. Vera-Nungaray, M. A. Díaz-Castro, R. Y. López-Pérez, F. Higuera-De La Tijera, Hospital General de México Eduardo Liceaga

**Introducción:** En el proceso de envejecimiento normal se observa un grado de deterioro cognitivo influido por diversas vías, entre ellas la relación entre el intestino y el cerebro. En 2003, Braak *et al.* propusieron que un patógeno intestinal desconocido podía desempeñar un papel en el inicio del Parkinson y establecieron un modelo de estadificación basado en la propagación específica de la  $\alpha$ -sinucleína, una proteína relacionada con la enfermedad. Este modelo sugiere que el estreñimiento puede ser un síntoma inicial en ciertos trastornos neurocognitivos, de tal modo que puede identificarse así a poblaciones con mayor riesgo de desarrollar estas alteraciones.

**Objetivo:** Determinar la relación del estreñimiento crónico y deterioro de la función cognitiva en pacientes atendidos en el servicio de consulta externa de gastroenterología del Hospital General de México Eduardo Liceaga de la Ciudad de México.

**Material y métodos:** Se realizó un estudio de tipo observacional, descriptivo, analítico y prospectivo de casos y controles. Los casos fueron pacientes

con estreñimiento crónico sin comorbilidades que consultaron al servicio de gastroenterología entre marzo y junio de 2024. Los controles fueron individuos sanos o con trastornos intestino-cerebro sin comorbilidades. Se utilizó SPSS versión 23.0 para el análisis. Las variables cualitativas se expresaron como frecuencias y porcentajes, las numéricas como medias y desviación estándar o mediana y rango. Se emplearon pruebas como ji cuadrada, exacta de Fisher, t de Student y U de Mann-Whitney, así como Wilcoxon y Kruskal-Wallis. Se consideró significativo un valor de  $p < 0,05$ .

**Resultados:** Se incluyó a 248 participantes, 186 mujeres (75%) con una edad media de  $47 \pm 10,2$  años y 62 hombres (25%) con una edad media de  $48 \pm 10,4$  años. Todos los participantes residían en áreas urbanas y ninguno tenía antecedentes familiares de primer grado con trastornos neurocognitivos. El índice de masa corporal (IMC) promedio fue de  $27 \pm 3$  para ambos grupos. Los años de escolaridad fueron de  $12,2 \pm 2,4$  años en aquellos con estreñimiento crónico (EC) y de  $11,7 \pm 2,6$  años en el grupo control. Ningún participante informó un consumo diario de alcohol superior a 30 g y el 20% consumo de tabaco. Al comparar las puntuaciones del cuestionario MOCA entre los dos grupos se utilizó la prueba t de Student ( $-3,85$ ). Debido a varianzas desiguales, se aplicó también la prueba t de Welch, con obtención de un valor de  $p < 0,001$ . Las personas con EC obtuvieron puntuaciones de MOCA más bajas en comparación con el grupo control para ambos sexos. No se halló una relación significativa entre la edad y la función cognitiva ( $p = 0,511$ ) ni tampoco con los años de escolaridad ( $p = 0,109$ ) (Tabla 1). Al comparar los grupos de estudio y analizar las funciones cognitivas más afectadas, las funciones ejecutiva-visoespacial, atención y lenguaje fueron las más afectadas con p

Tabla 1. Grupo de estudio y puntuación de MOCA. (Dom013)

Grupo de estudio		Grupo	n	Media	Mediana	DE	Estadístico	gl	p	
Puntuación de MOCA	EC		124	27,2	28	2,45	T de Student	-3,848 <sup>a</sup>	246	< 0,001
	Grupo control		124	28,1	28	1,41	T de Welch	-3,848	197	< 0,001
Edad	EC		124	48,4	50	10,41	T de Student	0,659	246	0,511
	Grupo control		124	47,5	49	10,23	T de Welch	0,659	246	0,511
Años de escolaridad	EC		124	12,2	12	2,44	T de Student	1,607	246	0,109
	Grupo control		124	11,7	11	2,61	T de Welch	1,607	245	0,109

Nota: H<sub>a</sub>  $\mu$ estreñimiento crónico (EC)  $\neq$   $\mu$ grupo control.

<sup>a</sup> La prueba de Levene significativa ( $p < 0,05$ ) sugiere que las varianzas no son iguales.



< 0,001. Por otro lado, las funciones de identificación y recuerdo diferido no mostraron alteraciones significativas. Los fenotipos del EC fueron: síndrome del intestino irritable con estreñimiento (SII-C) en 108 (87%), estreñimiento funcional en 7 (6%) y disineria defecatoria en 9 (7%). De la población total, 124 participantes sufrían otro trastorno de la interacción intestino-cerebro (TIIC) sin identificar relación con el deterioro cognitivo ( $p = 0,504$ ). El principal TIIC para ambos grupos fue la dispepsia. Los problemas para conciliar el sueño fueron más comunes en el grupo con EC (31% vs. 19% en el grupo control), con una relación estadísticamente significativa ( $p = 0,019$ ).

**Conclusiones:** Con los hallazgos obtenidos se puede sugerir una vinculación significativa entre el estreñimiento crónico y un menor rendimiento en el MOCA, lo que indica una posible relación entre el estreñimiento crónico y el deterioro cognitivo.

**Financiamiento:** No se recibió ningún tipo de financiamiento.

## Dom014

### ENCUESTA LATINOAMERICANA EN GASTROENTERÓLOGOS EXPERTOS EN TRASTORNOS DEL EJE INTESTINO-CEREBRO SOBRE EL DIAGNÓSTICO DEL SÍNDROME DE INTESTINO IRRITABLE (SII) EN SU PRÁCTICA CLÍNICA

A. M. Madrid, M. Schmulson, G. Puentes-Leal, I. Hanna-Jairala, L. Aguilar-Paiz, J. Suazo-Barahona, J. M. Remes-Troche, E. Coss-Adame, L. M. Bustos-Fernández, L. Solé, Grupo Colaborativo: Sociedad Latinoamericana de Neurogastroenterología, Hospital Clínico Universidad de Chile

**Introducción:** El SII-Roma IV tiene una prevalencia del 4,1% en países de Latinoamérica (Schmulson *et al.*, Neurogastroenterol Motil 2023), con efecto negativo en la calidad de vida y altos costos para los sistemas de salud. Aunque las guías de práctica clínica del SII son similares en el plano global, existen diferencias que pueden influir en el diagnóstico, como la disponibilidad y el acceso a determinadas pruebas diagnósticas, y la experiencia en la atención de este tipo de pacientes.

**Objetivo:** Evaluar la heterogeneidad en la investigación diagnóstica del SII entre gastroenterólogos expertos en Latinoamérica.

**Material y métodos:** Encuesta por internet realizada a 97 gastroenterólogos expertos en neurogastroenterología de 14 países de Latinoamérica (82,5% práctica privada y 17,5% pública). Se incluyeron 110 preguntas, 23 relacionadas con el estudio diagnóstico. Se realizó un análisis observacional descriptivo de exploración de datos de variables cualitativas.

**Resultados:** El 99% usa criterios diagnósticos para SII y el 98% los criterios de Roma IV con diferente frecuencia. Cuando hay signos de alarma, el 100% considera solicitar pruebas adicionales, las más frecuentes de las cuales son el hemograma, la sangre oculta en heces y las pruebas tiroideas (Tabla 1). El 40% solicita siempre o casi siempre serología para enfermedad celíaca (EC) y una cuarta parte indica calprotectina fecal para descartar enfermedad inflamatoria intestinal. El 85% siempre o casi siempre solicita colonoscopia en mayores de 50 años y más del 70% TAC abdominopélvica. Las pruebas de aliento para sobrecrecimiento bacteriano del intestino delgado (SIBO) solo las indica el 20% siempre o casi siempre. El 72% considera la manometría anorrectal en SII-E y el 96% en SII-E con síntomas de trastorno evacuatorio.

Por países, el 91% en Argentina y el 86% en Chile solicita siempre serología para EC; el 71% en Chile indica siempre calprotectina fecal, mientras que en México estos requerimientos son mucho menos frecuentes: el 14% solicita siempre calprotectina fecal y el 12% serología para EC. Por último, 65% en Argentina solicita siempre o casi siempre pruebas de aliento para SIBO.

**Conclusiones:** La mayoría de los gastroenterólogos expertos en TIIC en Latinoamérica emplea criterios de Roma IV para el diagnóstico de SII. Los signos de alarma son la razón más frecuente para solicitar pruebas diagnósticas con la finalidad de descartar otras alteraciones; y, con base en las guías internacionales, la mayoría indica colonoscopia en mayores de 50 años. Sin embargo, parece haber una indicación mayor de lo esperado de estudios como TAC abdominopélvica. Se observan también algunas diferencias por países, como mayor frecuencia de serología para EC en Argentina y Chile, probablemente por la elevada prevalencia de dicha enfermedad en estos países, y calprotectina fecal en Chile. Es de utilidad conocer la forma en la que los gastroenterólogos generales, internistas y médicos generales estudian esta entidad y establecer guías prácticas para el diagnóstico del SII en la clínica.

**Financiamiento:** Sociedad Latinoamericana de Neurogastroenterología.

## Dom015

### EFECTO DE LA COMBINACIÓN DE RIFAXIMINA ALFA Y DIETA MODIFICADA EN FODMAP EN COMPARACIÓN CON INTERVENCIONES INDIVIDUALES SOBRE LA ACTIVIDAD DE LA LACTASA EN PACIENTES CON SII SIN ESTREÑIMIENTO Y SIBO

M. F. García-Cedillo, J. S. Arenas-Martínez, F. U. Villegas-García, L. A. Estrella-Sato, E. Coss-Adame, Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán

**Introducción:** El síndrome de intestino irritable (SII) se relaciona con diferentes mecanismos fisiopatológicos, entre ellos el sobrecrecimiento bacteriano del intestino delgado (SIBO) e intolerancias alimentarias. El SIBO puede ocasionar disminución de la actividad de varias enzimas digestivas, incluida la lactasa. La rifaximina ha demostrado mejorar los síntomas y la actividad de la lactasa en pacientes con SII sin estreñimiento. La modulación de oligosacáridos, disacáridos, monosacáridos y polioles fermentables (FODMAP) mejora los síntomas y la calidad de vida en pacientes con SII.

**Objetivo:** Evaluar el efecto en los síntomas y la actividad de la lactasa en los pacientes con SII sin estreñimiento posterior al tratamiento en combinación con rifaximina alfa y dieta modificada en la FODMAP en comparación con las intervenciones individuales.

**Material y métodos:** Estudio piloto y prospectivo. Se incluyó a pacientes de ambos sexos de 18 a 65 años de edad 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 valores bajos de xilosa urinaria (19,18 mg/dL) medida por prueba de Lactest® en pacientes con autoinforme de intolerancia a la lactosa. Posterior a la firma del consentimiento informado, los pacientes se aleatorizaron a uno de los tres grupos: dieta modificada en FODMAP (DMF) por cuatro semanas, rifaximina alfa (400 mg cada 8 h) por dos semanas o la combinación de ambas intervenciones. Cuatro semanas después del inicio

**Tabla 1.** Frecuencia registrada de estudios solicitados tras considerar la siguiente pregunta: ¿ante el diagnóstico de SII solicitó estudios diagnósticos para descartar afectación orgánica? (Dom014)

Solicitud de los siguientes estudios en SII	Pruebas diagnósticas ante signos de alarma	Hemograma	Pruebas tiroideas	Serología celíaca	Calprotectina fecal	Sangre oculta en heces	Prueba de aire SIBO	Prueba de aire/malabs. lactosa	Prueba de aire/malabs. fructosa	Colonoscopia en > 50 años	TAC abdominal
Siempre	83,5%	52,6%	32,0%	25,8%	14,4%	32,0%	2,1%	1,0%	1,0%	56,7%	2,1%
La mayoría de las veces	9,3%	16,5%	25,8%	14,4%	11,3%	18,6%	17,5%	8,2%	6,2%	29,9%	8,2%
Algunas veces	7,2%	27,8%	33,0%	54,6%	54,6%	35,1%	46,4%	54,6%	43,3%	9,3%	62,9%
Nunca	0,0%	3,1%	9,3%	5,2%	19,6%	14,4%	34,0%	36,1%	49,5%	4,1%	26,8%

de la intervención se realizaron PAE con lactulosa y lactosa, se evaluaron los síntomas y Lactest® (cifras de xilosa urinaria) para medir de manera indirecta la actividad de la lactasa.

**Resultados:** Se integró a 77 pacientes, 63 (82,9%) de ellos mujeres, con una mediana de edad de 47 (35,3-55,80) años, IMC 26,70 kg/m<sup>2</sup> (24,40-30,5), 43 (55,8%) con SII mixto. La distribución en los grupos fue: 24 (30,7%) en rifaximina + DMF, 26 (33,3%) rifaximina y 27 (35,1%) DMF, y no se encontraron diferencias significativas en las variables demográficas entre los grupos. Al momento de la inclusión, el 100% de los pacientes tenía PAE positiva para SIBO. Luego del tratamiento asignado se observó una PAE negativa en el 62,4%, así como una mejoría del dolor abdominal en un 69,50%; en cuanto a la consistencia de las evacuaciones, el 57% mejoró el parámetro de Bristol 3 o 7 a 4 o 5. En cuanto a la actividad de la lactasa se observó mejoría en los pacientes de 8,88 (6,60-9,94) a 13,00 (11,00-14,60). En cuanto a la ingestión de FODMAP no se observaron cambios en el grupo de rifaximina, como se muestra en la **Figura 1**.

**Conclusiones:** Las intervenciones propuestas en el estudio tienen una respuesta positiva en la mejoría de la actividad de la lactasa y en PAE negativas a SIBO; sin embargo, se requieren estudios de mayor seguimiento para determinar la duración de la respuesta a las intervenciones.

**Financiamiento:** No se recibió financiamiento de ningún tipo.

### Dom016

## DURMIENDO CON EL ENEMIGO: IMPACTO DEL SÍNDROME DE INTESTINO IRRITABLE EN LA CALIDAD DE VIDA Y EL SUEÑO EN PACIENTES MEXICANOS

C. G. Solís-Hernández, M. C. Alegría-Ovando, M. F. Domínguez-Domínguez, Y. M. Velasco-Santiago, M. Motola-Kuba, F. Higuera-De La Tijera, Hospital General de México Eduardo Liceaga

**Introducción:** El síndrome de intestino irritable (SII) es un trastorno funcional intestinal caracterizado por dolor o malestar abdominal recurrente que se vincula con alteraciones en la forma o frecuencia de las evacuaciones. El SII tiene un efecto interesante en la calidad de vida, que puede incluso afectarse tanto como en los trastornos gastrointestinales orgánicos, por

ejemplo la enfermedad inflamatoria intestinal. Los pacientes con SII refieren a menudo una disminución de la capacidad para llevar a cabo actividades diarias, una mayor incidencia de ansiedad y depresión, y una reducción del rendimiento laboral y académico.

**Objetivo:** Determinar el efecto del SII en la calidad de vida y el sueño.

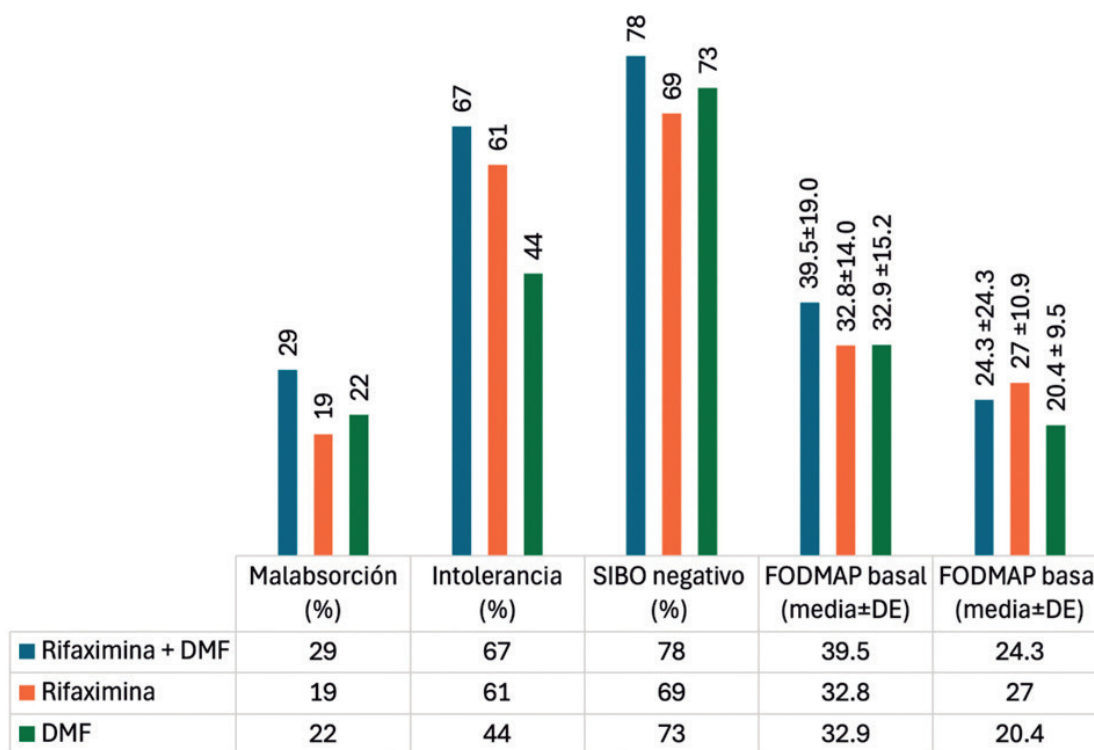
**Material y métodos:** Estudio observacional, descriptivo y analítico, de tipo casos y controles, en el que se comparó a pacientes con SII, con base en los criterios de Roma IV, y controles sanos, todos los pacientes mayores de 18 años, que acudieron a la consulta externa de gastroenterología en el Hospital General de México Eduardo Liceaga. Se les aplicó el cuestionario IBSQoL (*IBS Quality of Life Questionnaire*) para evaluar la calidad de vida. Se realizó un subanálisis para comparar entre los diferentes tipos de SII. Para comparar entre grupos se emplearon las pruebas t de Student, U de Mann-Whitney, ji cuadrada o exacta de Fisher según fueran el tipo y la distribución de cada variable. Cuando se comparó entre tres o más grupos se usó la prueba de ANOVA de un factor. Se consideró significativo un valor de  $p < 0,05$ .

**Resultados:** Se analizó a un total de 112 pacientes, 74 con diagnóstico de SII y 40 controles sanos. El 87% de los participantes correspondió a mujeres, con una edad media de  $49 \pm 14,8$  años. Los pacientes con SII se clasificaron en tres subtipos: 40 pacientes (54%) con SII-E (predominio de estreñimiento), 23 pacientes (31%) con SII-D (predominio de diarrea) y 11 pacientes (14,8%) con SII-M (mixto). El 98,6% de los enfermos con SII mostró un efecto moderado en su calidad de vida, en contraste con los controles, quienes tuvieron un efecto bajo en el 100% de los casos ( $p = 0,0001$ ). En el análisis por subgrupos no se hallaron diferencias significativas ( $p = 0,057$ ). Al evaluar la calidad del sueño se encontró que el 65,3% presentó mayor despertar nocturno, 22,2% problemas en la conciliación del sueño y 12,5% despertar temprano. Al comparar la calidad del sueño por subgrupos se observó una diferencia significativa entre SII-E y SII-D ( $p = 0,003$ ), así como entre SII-E y SII-M ( $p = 0,0025$ ).

**Conclusiones:** El deterioro de la calidad de vida es mucho más frecuente en pacientes con síndrome de intestino irritable en comparación con sujetos sanos (se afecta más la calidad del sueño). Los pacientes con SII tienen un mayor efecto en su calidad de vida respecto de los pacientes sanos. No hay diferencias significativas en la forma en que los subtipos de SII afectan la calidad de vida en general. La calidad del sueño es peor en pacientes con SII-E respecto de aquellos con SII-D y SII-M, lo que podría sugerir la necesidad de enfoques específicos para tratar los problemas del sueño en este grupo de pacientes.

**Financiamiento:** Ninguno.

Figura 1. Porcentaje de respuesta de malabsorción, intolerancia y SIBO. Consumo de FODMAP después de la intervención. (Dom015)





# REVISTA DE GASTROENTEROLOGÍA DE MÉXICO

www.elsevier.es/rgmx



## Sesión de trabajos libres orales

Domingo 17 de noviembre de 2024

### Endoscopia I

#### Dom017

#### LACTULOSA VS. POLIETILENGLICOL PARA LA PREPARACIÓN INTESTINAL EN COLONOSCOPIA A PACIENTES EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL

A. Y. Cruz-Saucedo, C. Mendoza-Segura, D. Torres-Rubí, P. C. González-Vera, C. A. Martínez-Arredondo, J. M. Martín-Bufajer, B. A. De-Anda-Martínez, F. D. García-García, Instituto Mexicano del Seguro Social

**Introducción:** La colonoscopia es un método diagnóstico y terapéutico de mínima invasión que visualiza la mucosa de colon e íleon terminal. Una preparación intestinal inadecuada representa el 25% de las colonoscopias fallidas y, por otro lado, una preparación intestinal de calidad reduce la tasa de adenomas no diagnosticados en 40%. Se ha demostrado que la lactulosa posee una eficacia similar, mejor tolerabilidad, menor costo y una seguridad aceptable para una preparación intestinal de calidad en comparación con el polietilenglicol (PEG). Por ello se propone un estudio que demuestra estas ventajas para implementar su uso en la práctica diaria y mejorar la experiencia del paciente.

**Objetivo:** Comparar la calidad de la preparación intestinal con lactulosa y polietilenglicol en pacientes sometidos a colonoscopia.

**Material y métodos:** Estudio clínico controlado, paralelo, aleatorizado, simple ciego, 1:1, que incluyó a hombres y mujeres, mayores de edad, programados para colonoscopia diagnóstica en el HE CMN La Raza. Se obtuvo a 172 pacientes, que se dividieron en dos grupos (1:1): el grupo A recibió cuatro sobres de PEG, un día antes entre las 16 y las 20 horas; y el grupo B recibió 200 mL de lactulosa más 600 mL de agua el día anterior al estudio. Se valoraron la hora de la primera evacuación, la escala de Bristol, la palatabilidad, los electrolitos séricos y las reacciones adversas. La colonoscopia

la realizó el mismo endoscopista, quien registró hallazgos y calidad de la limpieza intestinal con la escala de Boston.

**Resultados:** De 172 pacientes, cinco se excluyeron por tener estenosis que impedía el paso del colonoscopio; el total de pacientes fue de 167. Se asignó a 83 pacientes al grupo de PEG (49,7%) y 84 al grupo de lactulosa (50,2%). Las comorbilidades más frecuentes fueron hipertensión arterial sistémica (31,7%) y DM 2 (19,1%). Las indicaciones más comunes fueron hemorragia gastrointestinal baja y diarrea crónica (19,2%). Se observaron palatabilidad gastrointestinal baja y diarrea crónica (19,2%). Se observaron palatabilidad con lactulosa en 9/10 (8-10 puntos), con PEG en 6/10 (5-10 puntos), con  $p < 0,001$ . Ambas se relacionaron con un descenso significativo de los valores séricos de potasio (grupo PEG de 4,19 inicial vs. 3,97 final;  $p < 0,001$ ; y grupo de lactulosa de 4,25 vs. 4 meq/L;  $p < 0,001$ ), y la elevación de creatinina sérica (PEG 0,79 vs. 0,93 mg/dL;  $p = 0,001$ ; lactulosa 0,82 vs. 1 mg/dL;  $p < 0,001$ ), pero sin diferencia significativa. La escala de Boston con lactulosa fue de 8 puntos (7-8) contra 7 (6-8) de PEG ( $p = 0,003$ ) (Tabla 1).

**Conclusiones:** La calidad de la preparación intestinal con uso de la escala de Boston fue significativamente mejor con lactulosa; el perfil de seguridad muestra que el empleo de esta se relaciona con una mejor palatabilidad, menor volumen administrado y menor cantidad de efectos adversos.

**Financiamiento:** Ninguno.

#### Dom018

#### TASA DE DETECCIÓN DE LESIONES SÉSILES SERRADAS EN COLONOSCOPIAS DE TAMIZAJE

C. J. Toranzo-González, F. Rojas-Mendoza, N. E. Aguilar-Olivos, M. Figueroa-Palafox, Médica Sur

**Tabla 1.** Parámetros de eficacia entre ambos grupos estudiados. Las variables cualitativas se resumieron con frecuencias absolutas (relativas)<sup>^</sup>; el valor de p se obtuvo con la prueba U de Mann-Whitney<sup>u</sup>. (Dom017)

Parámetro de eficacia	Población de estudio (n = 167)	Grupo de polietilenglicol (n = 83)	Grupo de lactulosa (n = 84)	Valor de p
Tiempo de canulación (min)	6 (5-10) <sup>o</sup>	7 (5-10) <sup>o</sup>	5 (5-7) <sup>o</sup>	< 0,001 (S) <sup>u</sup>
Volumen de agua obtenido (mL)	100 (50-160) <sup>o</sup>	150 (100-300) <sup>o</sup>	50 (25-77,5) <sup>o</sup>	< 0,001 (S) <sup>u</sup>
Escala de preparación de Boston	7 (6-8) <sup>o</sup>	7 (6-8) <sup>o</sup>	8 (7-8) <sup>o</sup>	0,003 (S) <sup>u</sup>

Abreviaturas: mL Mililitros; S Significativo. Se resaltan en negritas las variables que presentaron significancia estadística, el valor de p se obtuvo empleando la prueba t de Student para grupos independientes<sup>u</sup>; el valor de p se obtuvo empleando la prueba Chi cuadrada de Pearson<sup>u</sup>

**Introducción:** El cáncer colorrectal (CCR) es una de las principales causas de muerte por cáncer en todo el mundo. La colonoscopia es fundamental para detectar y eliminar lesiones precursoras del CCR. Las lesiones serradas sésiles de colon y recto tienen una importancia clínica significativa debido a su potencial maligno, ya que producen entre 20% y 30% de los CCR de intervalo. Estas lesiones se clasifican en pólipos hiperplásicos, adenomas serrados sésiles (ASS) y adenomas serrados comunes (ASC). Los ASS representan aproximadamente el 9% a 20% de todos los pólipos serrados y son más comunes en el colon proximal. Las características endoscópicas de los pólipos serrados incluyen su apariencia plana o ligeramente elevada, bordes indistintos y una coloración similar a la mucosa circundante, lo que puede dificultar su detección. Se ha comunicado en las publicaciones médicas internacionales una tasa de detección de adenomas sésiles serrados de 1,8% y de ASS con displasia de 0,1%, las cuales mejoran a 9,4% y hasta 12,3% con el uso de la cromoscopia virtual.

**Objetivo:** Determinar la tasa de detección de lesiones sésiles serradas en colonoscopias de tamizaje en el hospital Médica Sur.

**Material y métodos:** Se llevó a cabo un estudio retrospectivo en el hospital Médica Sur en el periodo de enero de 2021 a diciembre de 2023. En este lapso se practicó un total 2 830 colonoscopias y se eligió a tres endoscopistas expertos para evaluar su tasa de detección de lesiones sésiles serradas en colonoscopias de tamizaje. Los procedimientos endoscópicos se efectuaron con procesadores EVIS EXERA III CV-190 y colonoscopios modelo CF-H190L/I. Se usaron las bases de datos de los servicios de endoscopia y anatomía patológica del hospital Médica Sur y se tomaron los datos correspondientes de localización del pólipo colónico, tamaño del pólipo, número de pólipos hallados durante el estudio, histología del pólipo y presencia de displasia.

**Resultados:** Se revisaron 2 830 colonoscopias, de las cuales 324 se incluyeron en el análisis. El promedio de edad de los pacientes fue de 63 años, con una distribución de sexo similar entre hombres y mujeres, 50,5% y 49,5%, respectivamente. En las 324 colonoscopias se identificaron 33 adenomas serrados sésiles, 124 pólipos hiperplásicos y ningún adenoma serrado común. La ubicación más frecuente de los adenomas serrados sésiles fue el colon ascendente (30,3%), seguido del colon descendente (21%) (Tabla 1). Solo 15% de los adenomas tuvo displasia de alto grado. En 66% de los estudios se encontraron dos o más de las lesiones, incluidos los adenomas. Las tasas de detección de lesiones serradas sésiles por endoscopista fueron: endoscopista 1 con 14,8%; endoscopista 2 con 9,8%; y endoscopista 3 con 5,9%.

**Conclusiones:** Las lesiones serradas sésiles en este estudio se presentan de manera similar en hombres y mujeres, son más frecuentes en pacientes de la tercera edad y su distribución es similar en colon derecho e izquierdo. Existe una amplia variabilidad entre la tasa de detección de adenomas. Debido a la significancia clínica y a la evolución del cáncer colorrectal de las lesiones sésiles es necesario mejorar las técnicas de detección de estas anomalías y evitar así la progresión al cáncer colorrectal y el cáncer de intervalo.

**Financiamiento:** Ninguno.

**Tabla 1.** Características demográficas. (Dom018)

	n = 324
Edad (n, mM)	63 (31-90)
Masculino (n, %)	167 (50,5%)
Tasa de detección de adenomas serrados sésiles	33 (10,19%)
Tasa de detección de adenomas serrados sésiles con displasia de alto grado (n, %)	5 (1,5%)
Tasa de detección de pólipos hiperplásicos	124 (38,2%)
Ubicación anatómica de adenomas serrados	
Colon derecho (n, %)	14 (42,4%)
Colon izquierdo (n, %)	14 (42,4%)
Recto (n, %)	5 (15,1%)
Número de lesiones	
Única (n, %)	9 (27,2%)
Múltiples (n, %)	22 (66,6%)
Descripción de las lesiones	
Adenomas tubulares	191 (58,9%)
Adenomas avanzados	21 (6,4%)

## Dom019

### DETERMINACIÓN DE LA PREVALENCIA DE METAPLASIA INTESTINAL Y ATROFIA DE LA MUCOSA GÁSTRICA RELACIONADA CON *HELICOBACTER PYLORI* DE ENERO DE 2020 A ABRIL DE 2024 EN EL HOSPITAL ESPAÑOL, UN ESTUDIO RETROSPECTIVO

N. Reyes-Saavedra, I. Borbolla-Schega, J. I. Vinageras-Barroso, J. C. Solís-Sáinz, R. H. Raña-Garibay, Hospital Español

**Introducción:** La infección por *Helicobacter pylori* (HP) es una preocupación global debido a su relación con enfermedades gastrointestinales como gastritis crónica, úlceras gástricas, duodenales y cáncer gástrico. Se calcula que afecta a más del 50% de la población mexicana y de esta proporción 3% desarrolla cáncer gástrico. Si se consigue la erradicación antes de que se produzcan cambios histológicos puede prevenirse; es la razón que justifica el tratamiento del HP. Se han descrito factores de riesgo como bajo nivel socioeconómico, hacinamiento, falta de agua potable y pobre higiene. El cáncer gástrico es la tercera causa de muerte por cáncer en el mundo. El riesgo de desarrollarlo por *H. pylori* es de 0,6% a 0,22%. La gastritis atrófica y la metaplasia gástrica son lesiones premalignas. Debido a lo anterior es que la vigilancia epidemiológica y las estrategias de prevención y tratamiento son importantes.

**Objetivo:** Determinar la prevalencia de metaplasia intestinal y atrofia gástrica relacionadas con infección por *Helicobacter pylori* en el Hospital Español de México.

**Material y métodos:** Estudio descriptivo observacional retrospectivo de enero del 2020 a abril del 2024 que incluyó a 894 pacientes adultos sometidos a endoscopia digestiva alta con biopsias gástricas. Se utilizó análisis estadístico descriptivo y pruebas de relación mediante tablas de contingencia y prueba exacta de Fisher.

**Resultados:** De los 894 expedientes incluidos en este estudio (Tabla 1), 53,9% correspondió a mujeres y la edad promedio fue de 60,2 años. La principal indicación del estudio fue sangrado del tubo digestivo (STD) con 25,27%, seguido de enfermedad por reflujo gastroesofágico (ERGE) con 14,9%. La prevalencia de HP fue de 17,6%, de la cual 53,8% se registró en mujeres, sin encontrar relación positiva entre HP y el sexo ( $p = 0,528$ ); la edad promedio del grupo HP(+) fue de 58,25 y no tuvo nexo significativo con la infección ( $p = 0,402$ ). En pacientes con HP(+), la indicación más común fue STD con 28,4%, sin hallar vinculación significativa ( $p = 0,178$ ), seguida en segundo lugar por ERGE con 20,8%; se determinó que la presencia de HP eleva el riesgo de ERGE en un 67,9% ( $p = 0,016$ ). La prevalencia de metaplasia fue de 7% y de atrofia de 1,23%. En el total de pacientes positivos a HP no hubo relación significativa con metaplasia ni atrofia. Por último, se observó que el HP incrementa el riesgo de gastritis crónica 14,2 veces ( $p < 0,001$ ).



Tabla 1. Prevalencias y caracterización de la población de estudio. (Dom019)

Variable	Todos (n = 894)	<i>H. pylori</i> (n = 158)	No <i>H. pylori</i> (n = 736)	
Edad (años, promedio $\pm$ SD)	60,2 $\pm$ 18	58,25 $\pm$ 18,26	60,61 $\pm$ 17,93	
Sexo (fem/mas)	F: 53,9% (482) M: 46,1% (413)	F: 53,8% (85) M: 46,2% (73)	F: 53,9% (397) M: 46,1% (340)	
Indicación	STD	25,27% (226)	28,48% (45)	24,59% (181)
	ERGE	14,97% (133)	20,88% (33)	13,58% (100)
	Diarrea	10,17% (91)	11,39% (18)	9,91% (73)
Hallazgos	<i>H. pylori</i>	-	17,67% (158)	82,33% (736)
	Metaplasia	7% (63)	8,22% (13)	6,79% (50)
	Atrofia	1,23% (11)	2,53% (4)	0,95% (7)
	Gastritis crónica	67,33% (602)	89,87% (142)	62,5% (460)

**Conclusiones:** Aunque la prevalencia de *H. pylori* en el Hospital Español de México es menor que en el resto del país, aún es relevante debido a sus implicaciones en la salud gastrointestinal. Se reconoció que el HP aumenta 14,2 veces el riesgo de desarrollar gastritis crónica y se vinculó 67,9% con ERGE. La falta de nexo entre HP y metaplasia/atrofia puede surgir debido al punto de no retorno en lesiones avanzadas de la mucosa, ya que una vez establecida la lesión continúa de forma histológica, lo que apoya la recomendación de dar seguimiento a estas lesiones cualquiera que sea el resultado de HP para la detección temprana de displasia y cáncer gástrico.

**Financiamiento:** No se requirió de financiamiento para la realización de este estudio.

## Dom020

### UN TIEMPO DE INSERCIÓN PROLONGADO SE ASOCIA A UNA MAYOR CANTIDAD DE MOCO EN EL COLON IZQUIERDO DURANTE UNA COLONOSCOPIA CON INTERCAMBIO DE AGUA: RESULTADOS DE UNA COHORTE PROSPECTIVA

A. González-Arredondo, C. P. Jaén-Villanueva, D. F. Ovalle-Marroquín, R. A. Miranda-Maciel, A. L. Mateos-Viramontes, D. I. García-Prado, A. R. Báez-Serrano, A. R. Flores-Rendón, Hospital Mexicali, Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Gobierno y Municipios del Estado de Baja California

**Introducción:** La colonoscopia es el procedimiento médico regular utilizado para evaluar la mucosa del colon. Para una efectividad y seguridad adecuadas en una colonoscopia es necesario que el colon esté completamente libre de heces y otros residuos. Una preparación inadecuada del intestino reduce la detección de lesiones preneoplásicas, aumenta el tiempo del procedimiento y puede elevar los riesgos y costos vinculados con la colonoscopia. Se ha identificado que la técnica por intercambio de agua incrementa la producción de moco en el colon izquierdo, lo que dificulta la visualización apropiada.

**Objetivo:** Analizar los factores relacionados con la producción de moco en una colonoscopia con intercambio de agua medida con la escala de moco de colon izquierdo.

**Material y métodos:** Se realizó un estudio prospectivo de un solo centro en pacientes con indicación de colonoscopia > 18 años entre enero y julio del 2024. La preparación intestinal se efectuó a base de PEG en dosis completa o dividida. En todos los pacientes se practicó una colonoscopia con técnica por intercambio de agua con uso de agua inyectable o solución salina al 0,45%. La preparación intestinal se evaluó con la escala de Boston y se consideró adecuada una puntuación  $\geq$  6 puntos; la producción de moco se evaluó con la escala de producción de moco en el colon izquierdo, con una puntuación  $\leq$  1 como adecuada. Se evaluaron variables demográficas, hallazgos endoscópicos y factores vinculados con la colonoscopia como la tasa de detección de adenomas y adenomas serrados sésiles y el tiempo de colonoscopia, entre otros. Se realizaron análisis univariados y multivariados, además de análisis de regresión logística para análisis independiente.

**Resultados:** Se incluyó a 92 pacientes, de los cuales 63 fueron mujeres (68%), con una edad promedio de 58  $\pm$  11,2, PEG dividido (77%) y dosis com-

pleta (23%). En el 51% se logró una preparación intestinal  $\geq$  6; una escala de moco adecuada se consiguió en 16 pacientes (17,4%); la detección de adenomas se consiguió en 49 pacientes (53,3%) y de lesiones serradas sésiles en 22 pacientes (23,9%). En el análisis de regresión logística solo el tiempo de inserción cecal > 9 min se acompañó de un aumento de la producción de moco en el colon izquierdo (OR 1,24; IC95% 1,11-1,39;  $p = 0,043$ ), sin encontrar otra variable significativa, incluido el uso de solución salina.

**Conclusiones:** La presencia de moco en el colon izquierdo es frecuente con la técnica de intercambio de agua; el tiempo de inserción prolongado es al parecer la variable más importante relacionada con este hallazgo, lo cual podría sugerir el efecto inflamatorio por la manipulación excesiva del colon sigmoide. Llama la atención que el uso de solución salina no protegiera contra este efecto, lo que hace necesario conducir más estudios para apoyar esta conclusión.

**Financiamiento:** No se recibió financiamiento de ningún tipo.

## Dom021

### ¿CÓMO SE HACE EL DIAGNÓSTICO DE INFECCIÓN POR *H. PYLORI* EN MÉXICO? DATOS DEL REGISTRO NACIONAL MEXICANO. HP-MEXREG

A. D. Cano-Contreras, J. M. Remes-Troche, G. P. Martínez-Pérez, F. Higuera-De la-Tijera, E. Coss-Adame, J. A. Velarde-Ruiz Velasco, S. González-Hueso, J. K. Yamamoto-Furusho, Grupo Colaborativo: Colaboradores del Registro Mexicano para el Estudio del Diagnóstico y Tratamiento de la Infección por *Helicobacter pylori*, Laboratorio de Fisiología Digestiva y Motilidad Gastrointestinal, Instituto de Investigaciones Médico-Biológicas, Universidad Veracruzana

**Introducción:** *Helicobacter pylori* (*H. pylori*) afecta a más del 50% de la población mundial y es un factor determinante en el desarrollo de diversas enfermedades. La detección y erradicación precisa de esta bacteria son esenciales para prevenir y tratar estas afecciones. La fiabilidad y precisión de las pruebas diagnósticas y de erradicación son fundamentales para optimizar el control clínico de la infección por *H. pylori*.

**Objetivo:** Evaluar el uso de las pruebas diagnósticas y de erradicación de *Helicobacter pylori* en la población mexicana de acuerdo con el Hp-MexReg.

**Material y métodos:** Estudio transversal y descriptivo realizado en pacientes incluidos en el Registro Mexicano para el Estudio del Diagnóstico y Tratamiento de la Infección por *Helicobacter pylori* provenientes de 50 sedes nacionales. Se analizaron las pruebas diagnósticas, así como las pruebas para la erradicación. El análisis fue descriptivo mediante medidas de tendencia central y se realizó con el programa SPSS versión 26.

**Resultados:** Se analizó a 1 484 individuos, con predominio del sexo femenino (67,1%). La edad media fue de 53,3 años (intervalo, 16-92). La prueba diagnóstica para *H. pylori* más empleada fue la endoscopia con toma de muestras para el análisis histológico en el 69,7%; la media de edad de estos pacientes fue de 54,7  $\pm$  15,1 años. En cuanto a las pruebas no invasivas, se recurrió con mayor frecuencia a la prueba de aliento con urea 13C (19,5%) y la prueba de aliento con urea 14C (6,3%). La edad media de los pacientes seleccionados para pruebas no invasivas fue de 50,3  $\pm$  15,8 años, con una diferencia significativa entre los pacientes sometidos a endoscopia ( $p = 0,000$ ). En cuanto a las pruebas de erradicación, la más usada fue la prueba



de aliento con urea 13C (25,9%), seguida de los antígenos fecales monoclonales (23,8%) y la prueba de aliento con urea 14C (19,3%) (Tabla 1). Cabe destacar que el 14,2% de los sujetos no se sometió a prueba diagnóstica de erradicación; de estos, el 8,9% se perdió en el seguimiento y en el 2,7% no se identificó la causa.

**Conclusiones:** La prueba diagnóstica utilizada con mayor frecuencia fue la endoscopia con análisis histológico, lo cual puede deberse a que la mayoría de los pacientes con sospecha de *H. pylori* era mayor de 50 años. Se reconoció una falta notable de seguimiento posterior a la erradicación, lo que subraya la necesidad de mejorar las estrategias de seguimiento y favorecer la adherencia a las pruebas para optimizar el tratamiento de la infección por *H. pylori*.

**Financiamiento:** Ninguno.

**Tabla 1.** Descripción de la población y las pruebas diagnósticas y de erradicación. (Dom021)

Sexo F/M	999 (67,1%)/485 (32,9%)	
Edad	53,3 (16-92)	
Edad, pruebas no invasivas	50,3 ± 15,8	p = 0,000
Edad, pruebas invasivas	54,7 ± 15,1	
Pruebas diagnósticas		
Histología	1 034 (69,7%)	
Prueba de aliento con urea 13C	290 (19,5%)	
Prueba de aliento con urea 14C	93 (6,3%)	
Antígenos fecales monoclonales	35 (2,4%)	
Antígenos fecales policlonales	18 (1,2%)	
Prueba de ureasa rápida	8 (0,5%)	
Serología	5 (0,3%)	
Pruebas diagnósticas de erradicación		
Prueba de aliento con urea 13C	385 (25,9%)	
Antígenos fecales monoclonales	354 (23,8%)	
Prueba de aliento con urea 14C	288 (19,3%)	
No se realizó prueba	207 (14,2%)	
Antígenos fecales policlonales	155 (10,4%)	
Histología	95 (6,4%)	
Serología	0	
Prueba de ureasa rápida	0	



# REVISTA DE GASTROENTEROLOGÍA DE MÉXICO

www.elsevier.es/rgmx



## Sesión de trabajos libres orales

Domingo 17 de noviembre de 2024

### Neurogastroenterología II

#### Dom022

#### CARACTERIZACIÓN Y CLASIFICACIÓN DE LA FUNCIÓN ANORRECTAL MEDIANTE MANOMETRÍA ANORRECTAL DE ALTA RESOLUCIÓN EN PACIENTES CON COLITIS ULCEROSA CRÓNICA IDIOPÁTICA

C. A. López-Bernal, J. L. De León-Rendón, O. N. Sandoval-Bermúdez, L. Sánchez-Reza, E. I. González-Bravo, A. López-Colombo, J. A. Villanueva-Herrero, B. Jiménez-Bobadilla, G. Rangel-Zavala, Hospital General de México Eduardo Liceaga

**Introducción:** Los mecanismos fisiopatológicos de los síntomas defecatorios persistentes se relacionan con los cambios neuroplásticos. Se han conducido diversos estudios en los que se han comparado las características clínicas y manométricas de los pacientes portadores de colitis ulcerosa con individuos sanos, y se ha demostrado que uno de los principales parámetros alterados es la sensibilidad rectal, que se vincula con la hipersensibilidad que causa los síntomas típicos en estos pacientes.

**Objetivo:** Caracterizar y clasificar la función anorrectal mediante manometría anorrectal de alta resolución en pacientes con colitis ulcerosa crónica idiopática.

**Material y métodos:** Estudio descriptivo, transversal, analítico y retrospectivo de pacientes portadores de colitis ulcerosa crónica idiopática para caracterizar su función anorrectal mediante manometría de alta resolución con el protocolo de Londres de dos centros hospitalarios del país.

**Resultados:** Se incluyó a 37 pacientes con colitis ulcerosa crónica idiopática con manometría anorrectal de alta resolución. La media de edad fue de

45 años. Al evaluar la actividad de la CUCI con el parámetro de Truelove y Witts, 20 pacientes estaban inactivos, 12 mostraron actividad leve y cinco, actividad moderada. Según la extensión de la enfermedad mediante la clasificación de Montreal, cinco pacientes fueron E1, 13 E2 y 19 E3. En relación con la administración de fármacos biológicos, solo 6 pacientes (16,2%) se encontraban bajo dicho tratamiento. Se identificaron hipercontracción del esfínter anal en dos pacientes, hipotonía anal en cinco, hiposensibilidad anorrectal en cinco e hipersensibilidad anorrectal en 20.

**Conclusiones:** En pacientes con CUCI, la hipersensibilidad es el trastorno manométrico más frecuente.

**Financiamiento:** No se recibió financiamiento para la realización de este trabajo.

#### Dom023

#### APLICACIÓN CLÍNICA DEL *COUGH REFLUX SCORE* EN PACIENTES REFERIDOS PARA ESTUDIO DE ENFERMEDAD POR REFLUJO GASTROESOFÁGICO POR SÍNTOMAS LARINGOESOFÁGICOS: RESULTADOS DE UN ESTUDIO MULTICÉNTRICO INTERNACIONAL

F. A. Félix-Télez, R. A. Jiménez-Castillo, L. G. Alcalá-González, J. Serra, E. Barba, I. Marín, A. Ezquerro-Durán, F. Estremera, J. M. Remes-Troche, Grupo Colaborativo: Grupo Iberoamericano de Investigación en Neurogastroenterología, Instituto de Investigaciones Médico-Biológicas, Universidad Veracruzana

**Introducción:** Los síntomas típicos del reflujo laringofaríngeo (RLF) incluyen disfonía, globo faríngeo, tos crónica, exceso de moco en la garganta y carraqueo crónico no productivo. Sin embargo, debido a que los síntomas y hallazgos de la fibrolaringoscopia son inespecíficos, la mayoría de los pacientes requiere una evaluación objetiva mediante pruebas invasivas para establecer el diagnóstico definitivo de enfermedad por reflujo gastroesofágico (ERGE). En fecha reciente se ha descrito una calificación predictiva que permite estratificar a los pacientes con síntomas de RLF en alta o baja probabilidad de ERGE; sin embargo, dicho parámetro se diseñó con resultados de manometría esofágica, lo que dificulta su aplicabilidad en la práctica real.

**Objetivo:** Valorar la utilidad del *COUGH-Reflux score* y el *COUGH-Reflux score* solo con endoscopia para el diagnóstico de ERGE en pacientes con síntomas de RLF.

**Material y métodos:** Estudio multicéntrico e internacional de pacientes referidos para evaluación de ERGE por RLF en seis hospitales (cuatro en España, uno en Chile y uno en México) entre marzo de 2020 y junio de 2024. Todos los pacientes contaban con resultados de pruebas objetivas (endoscopia superior, manometría esofágica y vigilancia ambulatoria del reflujo). Se calculó el índice del *COUGH-Reflux score* recientemente descrito y se evaluó el desempeño del resultado solo con endoscopia (práctica clínica), y con resultado de manometría esofágica. Se subanalizó el resultado del *COUGH-Reflux* para predecir ERGE en pacientes con relación sintomática entre episodios de reflujo y tos.

**Resultados:** Se incluyó a un total de 459 adultos referidos por RLF, de los cuales 164 (36%) tenían ERGE demostrada (esofagitis erosiva > B o tiempo de exposición al ácido > 6%). La presencia de dos o más síntomas de RLF se vinculó con la ausencia de ERGE (25% vs. 15%,  $p = 0,016$ ). En esta cohorte, el *COUGH-Reflux score* mostró un área bajo la curva de 0,706, con una sensibilidad de 86% y una especificidad del 43% para el diagnóstico de ERGE demostrada. El *COUGH-Reflux score* solo con endoscopia presentó un área bajo la curva de 0,684, con una sensibilidad de 89% y una especificidad del 31%. De la población estudiada, 197 (43%) pacientes registraron > 3 episodios de tos durante el estudio de pH o pHz, y solo 31 (34%) pacientes tenían relación parcial o completa entre la tos y los episodios de reflujo. Cinco (15%) individuos con relación parcial entre tos y reflujo se clasificaron de manera incorrecta con el *COUGH-Reflux score* en falsos negativos (uno con ERGE demostrada y cuatro con hipersensibilidad esofágica).

**Conclusiones:** El *COUGH-Reflux score* solo con endoscopia es una herramienta útil para predecir ERGE demostrada en pH/pHz de pacientes referidos por síntomas indicativos de RLF. El *COUGH-Reflux score* es útil para detectar a los pacientes con relación sintomática entre la tos y los episodios de reflujo.

**Financiamiento:** Ninguno.

## Dom024

### ALTERACIONES EN LA MANOMETRÍA ESOFÁGICA POSTERIOR A INFECCIÓN POR COVID SEVERO, PROLONGADO Y PERSISTENTE

V. H. Alcalá-Torres, E. C. Morel-Cerda, B. Vázquez-Meza, L. F. Gómez-Hermosillo, F. F. Ulloa-Ruiz, J. A. Velarde-Ruiz Velasco, Hospital Civil de Guadalajara Juan I. Menchaca

**Introducción:** La COVID prolongada se define como los síntomas que persisten tres meses después del inicio de la afección, que dura dos meses o más y cuyos síntomas no se vinculan con diagnósticos alternativos. Es esperable que al menos 10% a 30% de los sobrevivientes de COVID-19 desarrollen COVID prolongada y de estos el 22% tendrá síntomas gastrointestinales. Se ha identificado SARS-CoV-2 y su receptor en el músculo del esfínter esofágico inferior (EEI) de pacientes con acalasia tipo II-COVID-19, lo que sugiere que el virus podría afectar al plexo mientérico.

**Objetivo:** Evaluar la frecuencia con que se presentan las alteraciones en la manometría esofágica en pacientes que tuvieron infección grave por SARS-CoV-2, COVID prolongada y síntomas gastrointestinales.

**Material y métodos:** Estudio descriptivo de corte transversal. Se incluyó a pacientes que ingresaron al Hospital Civil de Guadalajara Juan I. Menchaca durante mayo de 2020 y hasta diciembre de 2021, que se clasificaron como COVID grave y que egresaron. Se citaron a consulta externa en la que se interrogaron en relación con síntomas gastrointestinales acorde con cuestionarios validados (BEDQ, calificación de Eckardt, cuestionario de dispepsia PAGY-SYM, cuestionario de reflujo GERD-Q, índice de síntomas de reflujo RSI) y se sometieron a manometría esofágica de alta resolución (Medtronic) de

acuerdo con el protocolo de Chicago v4.0. Análisis estadístico: las variables cualitativas se presentan como frecuencias o proporciones y las cuantitativas como promedio y desviación estándar. Para el análisis de los datos se utilizó el paquete estadístico SPSS v 25.

**Resultados:** Se incluyó a 17 pacientes, de los cuales 8 (47,05%) fueron del sexo femenino y 9 del masculino (52,95%), con edad promedio de 52 años (36-80), peso promedio de 93,76 kg (65-140) e IMC promedio de 34 kg/m<sup>2</sup> (obesidad de grado 1). El 70,5% tenía algún tipo de alteración manométrica: unión gastroesofágica tipo III (hernia hiatal) en 5 (29,41%) pacientes, hipertensión del EEI en 4 (23,52%), motilidad esofágica inefectiva (MEI) en 4 (23,52%), obstrucción del flujo de salida de la unión esofagagástrica en 1 (5,88%) y esófago hipercontráctil en 1 (5,88%). Se presentaron alteraciones manométricas clasificables por Chicago 4.0 en el 35% de los casos. Respecto de los cuestionarios aplicados, los resultados fueron los siguientes: BEDQ positivo en el 18%; calificación de Eckardt positiva en 29%; en cuanto al PAGY-SYM, 23,5% fue positivo para náusea/vómito; 58% para saciedad temprana/plenitud posprandial, y la distensión abdominal fue positiva en el 58%. En cuanto al GERDQ, la calificación promedio fue de 8 puntos. La correlación de los hallazgos de manometría y síntomas gastrointestinales se muestra en la **Tabla 1**.

**Conclusiones:** En este estudio se observó una mayor frecuencia de síntomas esofágicos acompañados de alteraciones manométricas luego de infección grave por COVID-19, las más frecuentes de las cuales fueron MEI e hipertensión del EEI. Además, se registró una mayor frecuencia de síntomas esofágicos y gastrointestinales nuevos que definen el síndrome de COVID prolongada/persistente.

**Financiamiento:** No se recibió financiamiento de ningún tipo.

**Tabla 1.** Correlación de las alteraciones manométricas y los síntomas esofágicos en pacientes con COVID prolongada. (Dom024)

Manometría esofágica	BEDQ	Eckardt	PAGY-SYM (pirosis y regurgitación)	GERDQ	RSI
1 UGE tipo III/HH	-	-	+	+	-
2 UGE tipo III/HH	-	-	-	+	+
3 OFUEG	-	-	-	+	-
4 Negativa	-	-	-	+	+
5 HEEI	-	-	+	+	-
6 UGE tipo III/HH	-	-	-	+	-
7 Negativa	-	-	-	+	+
8 HEEI	-	-	-	+	-
9 MEI	-	-	+	+	-
10 Negativa	+	+	+	+	+
11 Esófago hipercontráctil + HEEI	-	-	-	+	+
12 UGE tipo II/HH + HEEI	-	+	+	+	+
13 Negativa	-	-	+	+	-
14 MEI	-	-	-	+	+
15 MEI	-	+	+	+	-
16 Negativa	+	+	+	+	+
17 UGE tipo III/MEI	+	+	+	+	+

## Dom025

### RELACIÓN ENTRE PRESIÓN INTRAGÁSTRICA Y SEVERIDAD DE NÁUSEA Y VÓMITO CRÓNICO: UN ESTUDIO MANOMÉTRICO

F. A. Félix-Téllez, R. A. Jiménez-Castillo, J. D. Prieto-Nava, D. K. Rojas-Vallenzuela, J. J. Durán-Castro, J. L. Vargas-Basurto, K. D. González-Gómez, H. R. Ordaz-Álvarez, J. M. Remes-Troche, Instituto de Investigaciones Médico-Biológicas, Universidad Veracruzana

**Introducción:** La náusea y el vómito crónico son síntomas frecuentes en la población general, por lo general secundarios a trastornos funcionales de emesis. Se han identificado mecanismos fisiopatológicos de origen central en estos pacientes, pero es poca la información que existe relacionada con el mecanismo toracoabdominal y abdominofrénico, además de que se desconoce la existencia de algún parámetro fisiológico obtenido durante la realización de manometría esofágica que sea de utilidad.

**Objetivo:** Determinar si existen alteraciones en la presión intratorácica (PIT), presión intragástrica (PIG) y métricas relacionadas con el diafragma en manometría esofágica de pacientes con náusea y vómito crónicos.

**Material y métodos:** Se realizó una captación de datos de enfermos con náusea y vómito sometidos a manometría esofágica durante el periodo de 2017 a 2024 en el Instituto de Investigaciones Médico-Biológicas de la Universidad Veracruzana. Se clasificó a la población en dos grupos: pacientes con náusea-vómito y pacientes sin náusea-vómito. Se registraron los datos sociodemográficos, resultados de la manometría esofágica de alta resolución, así como los cuestionarios PAGA-SYM, HADS y EHAS. Se calcularon PIT, PIG, gradiente abdominotorácico (GAT) y CI-unión esofagogastrica (CI-UEG). Se efectuó un análisis de distribución de variables con prueba de Shapiro-Wilk e igualdad de varianzas con Levene para luego someter las variables a una comparación de medias con prueba t de Student o U de Mann-Whitney. Mediante prueba de Pearson o Spearman también se valoró la correlación entre las métricas manométricas y la puntuación de PAGA-SYM global y la subescala de náusea y vómito.

**Resultados:** Se incluyó a un total de 81 pacientes con edad media de  $53 \pm 12$  años y predominio del sexo femenino ( $n = 58, 71,6\%$ ). La población estudiada se clasificó en los grupos descritos previamente: náusea-vómito crónicos ( $n = 29, 35,8\%$ ) y sin náusea-vómito crónicos ( $n = 52, 64,1\%$ ). Al comparar a ambos grupos se encontró que los pacientes con náusea-vómito crónicos tuvieron mayor PIG (náusea-vómito crónico, PIG:  $20,4 \pm 10,3$  mmHg vs. sin náusea-vómito crónico, PIG:  $14,6 \pm 7,6$  mmHg;  $p = 0,020$ ), y GAT en posición sedente (náusea-vómito crónico, GAT:  $14,7 \pm 10,8$  mmHg vs. sin náusea-vómito crónico, GAT:  $11,4 \pm 6,8$  mmHg;  $p = 0,007$ ). Al valorar la correlación sintomática se encontró que la PIA tenía una correlación positiva débil con PAGA-SYM subescala de vómito ( $r: 264, p = 0,017$ ) y PAGA-SYM Global ( $r: 266, p = 0,016$ ).

**Conclusiones:** La PIG se correlaciona con la gravedad sintomática de la náusea y el vómito crónico, y el aumento de esta podría ser parte del mecanismo fisiopatológico de dichos síntomas. La medición objetiva de la PIG podría ser un marcador objetivo para futuras medidas terapéuticas de terapia física o biorretroalimentación dirigidas al diafragma y la pared abdominal, pero se necesitan más estudios para valorar su utilidad.

**Financiamiento:** Ninguno.

## Dom026

### LA IMPEDANCIA BASAL NOCTURNA ES ÚTIL IDENTIFICANDO FENOTIPOS DE ERNE EN PACIENTES HISPÁNICOS

G. Vázquez-Elizondo, J. M. Remes-Troche, V. Vázquez-Montemayor, A. H. Díaz-Crespo, S. Achem, Oncare Gastrocenter

**Introducción:** La impedancia basal nocturna media (IBNM) se ha convertido en un parámetro objetivo que incrementa el rendimiento diagnóstico de la vigilancia ambulatoria del pH esofágico en pacientes con ERGE. No obstante,

la evidencia en pacientes mexicanos es aún escasa y su utilidad en la diferenciación de fenotipos de ERGE aún debe determinarse.

**Objetivo:** Comparar los valores de IBNM en diferentes fenotipos de ERGE no erosiva en una cohorte mexicana.

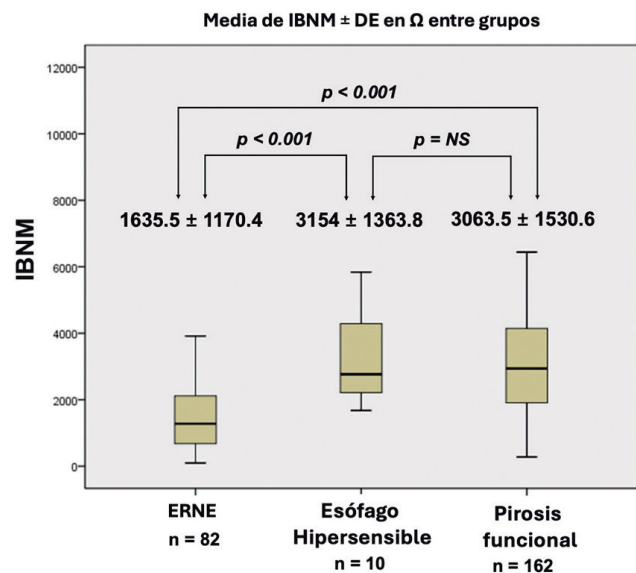
**Material y métodos:** Se incluyó a pacientes en dos centros de referencia en México (Monterrey y Veracruz). Todos los casos consecutivos con síntomas de ERGE a pesar del tratamiento con inhibidores de la bomba de protones (IBP) y endoscopia negativa (enfermedad erosiva no mayor a Los Ángeles A/B) se ingresaron en la base de datos para su análisis. Los pacientes se clasificaron como: a) enfermedad por reflujo no erosiva (ERNE, con tiempo de exposición ácida [TEA] > 6%); b) esófago hipersensible (EH, con TEA normal y un índice de síntomas positivo [IS] o probabilidad de relación sintomática [PRS]) o c) pirosis funcional (PF, con TEA normal y IS/PRS negativos) y se calculó la IBNM en todos los grupos. Se realizó entonces estadística descriptiva y comparativa para determinar el significado de las diferencias entre grupos.

**Resultados:** Se incluyó en el análisis a 254 pacientes, 156 (61%) de los cuales eran varones, con una media de edad de  $46,2 \pm 14$ . En cuanto a los grupos, se incluyeron como sigue: ERNE, 82 (32%); EH, 10 (4%); y PF, 162 (64%). En cuanto a las características basales, la media de TEA en el grupo fue de  $5,2 \pm 7,4$  y entre los grupos se identificó lo siguiente: ERNE  $12,7 \pm 6$ ; EH  $5,1 \pm 0,5$ ; y PF  $1,4 \pm 1,4$  ( $p = 0,0001$ ). La IBNM se registró de la siguiente forma entre los grupos: ERNE,  $1635,5 \pm 1170,4$ ; EH,  $3154 \pm 1363,8$ ; y PF,  $3063,5 \pm 1530,6$ ;  $p < 0,001$  (Figura 1).

**Conclusiones:** La IBNM se halló significativamente más baja en los pacientes con ERNE en comparación con EH y PF en pacientes mexicanos. Este estudio incrementa el conocimiento de la utilidad de la IBNM en el diagnóstico de los fenotipos de ERGE no erosivo.

**Financiamiento:** Los autores declaran no tener financiamiento para este trabajo.

Figura 1. Comparación de IBNM entre grupos. (Dom026)





# REVISTA DE GASTROENTEROLOGÍA DE MÉXICO

www.elsevier.es/rgmx



## Sesión de trabajos libres orales

Domingo 17 de noviembre de 2024

### Enfermedad inflamatoria intestinal

#### Dom027

#### FRECUENCIA Y FACTORES ASOCIADOS A REMISIÓN TRANSMURAL EN PACIENTES CON ENFERMEDAD DE CROHN EN EL CENTRO MÉDICO NACIONAL 20 DE NOVIEMBRE, ISSSTE

D. F. Cafaggi-Padilla, N. N. Parra-Holguín, D. A. García-Alonso, R. Sosa-Martínez, E. Goudet-Vértiz, M. V. Ramos-Gómez, J. G. López-Gómez, Centro Médico Nacional 20 de Noviembre, ISSSTE

**Introducción:** La enfermedad de Crohn (EC) pertenece al grupo de los trastornos inflamatorios intestinales y se caracteriza por tener un origen autoinmunitario, ser segmentaria y transmural y afectar a cualquier segmento del tubo digestivo. Los estudios de imagen son esenciales en su seguimiento, ya que hasta un 50% de los pacientes con colonoscopia normal puede mostrar inflamación transmural en estudios de imagen y esta se acompaña de complicaciones. Debido a su característica transmural se ha propuesto la remisión transmural (RT) como un objetivo terapéutico, ya que se vincula con una menor incidencia de complicaciones. De modo adicional, la RT ha reducido el consumo de recursos financieros en las instituciones de salud.

**Objetivo:** Determinar la frecuencia de la RT en pacientes con EC en el Centro Médico Nacional 20 de Noviembre, ISSSTE.

**Material y métodos:** Es un estudio de tipo transversal, retrolectivo, descriptivo y secundariamente analítico con pacientes con EC que contaran con estudios de enterorresonancia (MRE) y endoscopia. Para considerar la RT se utilizó la escala de MaRIA.

**Resultados:** Se incluyó a 31 pacientes con diagnóstico de EC, 55% correspondiente al sexo femenino y con una edad promedio de  $52 \pm 14$  años. El fenotipo de la enfermedad más frecuente fue el tipo B2 (estenosante) con 52% (16), seguido por el B1 (inflamatorio) con 29% (9) y el B3 (fistulizante)

con 19% (6). En cuanto a la cronicidad de la enfermedad, 9 (29%) tenían menos de cinco años de diagnóstico, 11 (35,5%) 6 a 10 años y 11 (35,5%) más de 10 años de diagnóstico. Siete individuos (22,6%) contaban con el antecedente de más de 10 hospitalizaciones por actividad de la enfermedad y 24 (77,4%) menos de 10 ocasiones. La prevalencia de la RT fue de 42%, mientras que el 90% (28) experimentó remisión clínica, 61% (19) remisión endoscópica, 52% (16) remisión histológica y 68% (21) remisión bioquímica. Se observó una relación entre la presencia de RT y la remisión endoscópica, además de la presencia de enfermedades crónicas degenerativas ( $p = 0,045$  y  $0,025$ ).

**Conclusiones:** La prevalencia de RT, en este centro hospitalario, es mayor a la notificada en estudios internacionales; sin embargo, es importante destacar que un número significativo de pacientes no logra la RT. Por lo anterior, dentro del seguimiento de los pacientes con EC es elemental la realización de MRE para determinar si tienen o no RT y así confirmar el éxito del tratamiento establecido.

**Financiamiento:** No se recibió financiamiento de ningún tipo.

#### Dom028

#### FRECUENCIA Y ANÁLISIS DE LA REMISIÓN PROFUNDA EN PACIENTES CON COLITIS ULCEROSA CRÓNICA IDIOPÁTICA: UN ESTUDIO RETROSPECTIVO UNICÉNTRICO

M. Philippe-Ponce, E. Contreras-Avilés, A. Guinea-Lagunes, S. G. Almeida-Del Prado, R. Y. López-Pérez, J. A. Villanueva-Herrero, B. Jiménez-Bobadilla, J. L. De León-Rendón, Clínica de Enfermedad Inflamatoria Intestinal, Servicio de Coloproctología, Hospital General de México Eduardo Liceaga

**Introducción:** La colitis ulcerosa crónica idiopática (CUCI) es una enfermedad inflamatoria del colon y el recto caracterizada por periodos de exacerbación



y remisión. La remisión profunda, definida como la ausencia de síntomas clínicos, normalización de marcadores inflamatorios y curación endoscópica, es un objetivo terapéutico crucial. Los avances en la comprensión de la CUCI han permitido desarrollar estrategias terapéuticas para inducir y mantener la remisión profunda. Sin embargo, identificar los factores que determinan esta remisión es todavía un área de investigación relevante debido a la variabilidad en la respuesta al tratamiento y la presentación clínica de la CUCI.

**Objetivo:** Determinar la frecuencia de la remisión profunda en pacientes con CUCI y analizar los factores demográficos y clínicos vinculados con dicha remisión.

**Material y métodos:** Se realizó un estudio retrospectivo en 94 pacientes con CUCI atendidos de forma consecutiva en la Clínica de Enfermedad Inflamatoria Intestinal del Hospital General de México Eduardo Liceaga. Los datos se recopilaron de expedientes clínicos e incluyeron variables demográficas y clínicas como edad, género, extensión de la enfermedad, edad al diagnóstico, presencia de manifestaciones extraintestinales (MEI) y tratamientos recibidos. La gravedad de la enfermedad se evaluó mediante la escala de Truelove y Witts (clínica), la subclasificación de Mayo (endoscópica) y el índice de Riley (histológico). Se consideró en remisión profunda a los pacientes que tenían remisión clínica, endoscópica e histológica, además de normalización de los marcadores bioquímicos (proteína C reactiva y calprotectina fecal). Los análisis estadísticos se realizaron mediante las pruebas ji cuadrada y t para evaluar las diferencias entre pacientes con y sin remisión profunda, mediante el software SPSS versión 29.

**Resultados:** De los 94 pacientes con CUCI estudiados, 18 (19,1%) lograron remisión profunda. En términos de sexo, el 38,9% de los pacientes con remisión profunda correspondió a hombres y el 61,1% a mujeres, sin diferencias significativas en comparación con los pacientes sin remisión profunda ( $p = 0,425$ ). La edad media de los pacientes con remisión profunda fue mayor ( $46,11 \pm 13,26$  años) en comparación con los pacientes sin remisión profunda ( $40,66 \pm 12,55$  años), aunque esta diferencia no fue estadísticamente significativa ( $p = 0,091$ ). La edad al diagnóstico fue similar entre ambos grupos ( $35,83 \pm 14,04$  años vs.  $34,76 \pm 12,23$  años,  $p = 0,785$ ). La mayoría de los pacientes en ambos grupos se clasificó como E3 según la clasificación de Montreal, sin diferencias significativas ( $p = 0,774$ ). El uso de tratamiento convencional fue similar en ambos grupos ( $77,7\%$  vs.  $64,4\%$ ,  $p = 0,423$ ), mientras que la terapia biológica fue más frecuente en pacientes sin remisión profunda ( $35,5\%$  vs.  $22,2\%$ ,  $p = 0,217$ ). Las manifestaciones extraintestinales fueron más comunes en pacientes con remisión profunda ( $38,9\%$  vs.  $26,3\%$ ,  $p = 0,306$ ). En la Tabla 1 se muestran las características clínicas y demográficas de los pacientes incluidos en el estudio.

**Tabla 1.** Características demográficas y clínicas de los pacientes con CUCI incluidos en el estudio. (Dom028)

Variable	n = 94	
	Pacientes con remisión profunda (n = 18)	Pacientes sin remisión profunda (n = 76)
<b>Género, n (%)</b>		
Masculino	7 (38,9)	37 (48,)
Femenino	11 (61,1)	39 (51,)
<b>Edad (media <math>\pm</math> DE)</b>	46,11 $\pm$ 13,26	40,66 $\pm$ 12,55
<b>Edad al diagnóstico (media <math>\pm</math> DE)</b>	35,83 $\pm$ 14,04	34,76 $\pm$ 12,23
<b>Clasificación de Montreal, n (%)</b>		
E1	1 (5,6)	8 (10,5)
E2	5 (27,8)	21 (27,6)
E3	12 (66,)	47 (61,8)
<b>Tratamiento convencional, n (%)</b>		
5-ASA oral	14 (100)	49 (100)
5-ASA tópico	8 (57,1)	18 (36,7)
5-ASA combinado	4 (28,5)	4 (8,1)
5-ASA + inmunomodulador	1 (7,1)	9 (18,3)
5-ASA + esteroide	1 (7,1)	10 (20,4)
	0 (0)	8 (16,3)

Tratamiento biológico,		
n (%)	4 (100)	27 (100)
Anti-TNF	0 (0,0)	2 (7,4)
Antiinterleucina 12-23	0 (0,0)	3 (11,1)
Antiintegrina	4 (100)	22 (81,4)

MEI, n (%)		
Positivas	7 (38,9)	20 (26,3)

DE, desviación estándar; 5-ASA, 5-aminosalicilatos; anti-TNF, anticuerpos antifactor de necrosis tumoral; MEI, manifestaciones extraintestinales; n, número de casos; E1, proctitis; E2, colitis del lado izquierdo; E3, pancolitis.

**Conclusiones:** En este estudio, el 19,1% de los pacientes con CUCI logró una remisión profunda. No se identificaron diferencias significativas en factores demográficos o clínicos, como sexo, edad, edad al diagnóstico, presencia de MEI, clasificación de Montreal y tipo de tratamiento médico entre los pacientes con y sin remisión profunda. Estos hallazgos sugieren que los factores evaluados no se relacionaron en grado significativo con la remisión profunda en esta cohorte, lo cual destaca la necesidad de investigar otros posibles determinantes de remisión en CUCI.

**Financiamiento:** No se recibió ningún tipo de financiamiento.

## Dom029

### IMPACTO DE LOS TRASTORNOS DEL SUEÑO Y DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA EN SUJETOS CON ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL Y SÍNDROME DE INTESTINO IRRITABLE

H. R. Ordaz-Álvarez, J. K. Yamamoto-Furusho, B. A. Priego-Parra, J. L. De León-Rendón, R. Y. López-Pérez, M. Y. Carmona-Castillo, M. Philippe-Ponce, J. M. Remes-Troche, Laboratorio de Fisiología Digestiva y Motilidad Gastrointestinal, Instituto de Investigaciones Médico-Biológicas, Universidad Veracruzana

**Introducción:** Los trastornos del sueño (TS) y los trastornos de la conducta alimentaria (TCA) se relacionan con trastornos gastrointestinales mediante la interacción del eje microbiota-intestino-cerebro y la regulación de las vías orexigénicas, anorexigénicas, ciclo circadiano y alimentación.

**Objetivo:** Comparar la prevalencia de TS y TCA y su efecto en la calidad de vida en individuos con enfermedad inflamatoria intestinal (EII) y síndrome de intestino irritable (SII).

**Material y métodos:** Estudio multicéntrico, transversal y analítico en el que se comparó a individuos con diagnóstico de EII y SII que contestaron los cuestionarios HADS, cuestionario S-EDE-Q, cuestionario ORTO-11-ES, índice de calidad del sueño de Pittsburgh (PSQI) y cuestionario de calidad de vida relacionado con la salud SF-12 V2.

**Resultados:** Se incluyó a 200 sujetos con SII (mediana de edad de 25 años [18-69], 69,5% de mujeres) y 106 con EII (mediana de edad de 45 años [18-69], 62,3% de mujeres). Al comparar a los individuos con SII y EII se observó mayor prevalencia de TS en los sujetos con SII (10 [6-12] vs. 5 [2-8],  $p \leq 0,0001$ ) y depresión (5 [3-8] vs. 3 [1-6],  $p = 0,001$ ) que los individuos con EII. La prevalencia de TCA fue mayor en SII (14,5% vs. 3,8%,  $p = 0,004$ ) en comparación con los sujetos con EII, al igual que las puntuaciones de las subescalas restricción alimentaria ( $p = 0,041$ ), preocupación por comer ( $p \leq 0,0001$ ), preocupación por la figura ( $p \leq 0,0001$ ), preocupación por el peso ( $p \leq 0,0001$ ) y la puntuación global del cuestionario S-EDE-Q ( $p \leq 0,0001$ ). En la evaluación de los TS se encontró que los individuos con SII tuvieron mayor puntuación en el PSQI (10,5 [8-13] vs. 7 [5-10],  $p \leq 0,0001$ ), mala calidad de sueño (42,5% vs. 26,5%,  $p = 0,022$ ), menor duración de sueño menor de 4 horas (53,5% vs. 7,5%,  $p \leq 0,0001$ ), y menor eficiencia del sueño (54% vs. 25,5%,  $p \leq 0,0001$ ) en comparación con los individuos con EII. Por último, se identificaron diferencias en las perturbaciones del sueño ( $p = 0,004$ ) y disfunción diurna; las personas con SII fueron el grupo más afectado. Al preguntarles sobre cómo consideraban su estado de salud, se observó que un mayor número de individuos con EII considera tener peor estado de salud ( $p = 0,022$ ) en comparación con los sujetos con SII. En la valoración del estado de salud con el cuestionario SF-12v2, las personas con EII consideraron tener peor salud en general ( $p < 0,0001$ ), menor puntuación en el índice sumario físico (PCS-12,  $p \leq 0,0001$ ) y

menor puntuación total ( $p \leq 0,0001$ ) del cuestionario en comparación con los sujetos con SII. Los individuos con SII tuvieron mayor probabilidad de sufrir ansiedad (OR 3,6; IC95% 2,2-5,9;  $p \leq 0,0001$ ), depresión (OR 1,8; IC95% 1-3,3;  $p = 0,034$ ), coexistencia de ansiedad y depresión (OR 2; IC95% 1-3,7;  $p = 0,023$ ) y diagnóstico de algún TCA (OR 4,3; IC95% 1.4-12,6;  $p = 0,004$ ).

**Conclusiones:** Los individuos con SII tienen mayor prevalencia de TS, TCA,

ansiedad, depresión y peor calidad de vida en comparación con las personas con EI. Estos resultados sugieren realizar el escrutinio de TS y TCA en pacientes con EI y SII para identificarlos oportunamente y realizar un abordaje multidisciplinario. Se propone continuar las investigaciones para comprender mejor los trastornos del sueño y la conducta alimentaria.

**Financiamiento:** Ninguno.

**Tabla 1.** Comparación de variables entre individuos con síndrome de intestino irritable e individuos con enfermedad inflamatoria intestinal. (Dom029)

Variable	Enfermedad inflamatoria intestinal n = 106	Síndrome de intestino irritable n = 200	Valor de p
Ansiedad (HADS) (RIC)	5 (2-8)	10 (6-12)	< 0,0001
Depresión (HADS) (RIC)	3 (1-6)	5 (3-8)	0,001
Restricción (RIC)	0 (0-1)	1,2 (0,2-2,8)	0,041
Preocupación por comer (RIC)	0 (0-1)	0,8 (0-2)	< 0,0001
Preocupación por la figura (RIC)	0,4 (0-0,3)	2,6 (1-4)	< 0,0001
Preocupación por el peso (RIC)	0,2 (0-1,6)	2 (1-3,8)	< 0,0001
Puntuación global S-EDE-Q (RIC)	0,3 (0,5-1,1)	1,7 (0,6-2,9)	< 0,0001
Algún trastorno de la conducta alimentaria (S-EDE-Q > 4), n (%)	4 (3,8%)	29 (14,5%)	0,004
Algún episodio de restricción dietética, n (%)	10 (9,4%)	77 (38,5%)	< 0,0001
Restricción dietética regular, n (%)	7 (6,6%)	27 (13,5%)	0,068
Algún episodio de atracón objetivo, n (%)	18 (17%)	91 (45,5%)	< 0,0001
Episodios regulares de atracón objetivo, n (%)	9 (8,5%)	68 (34%)	< 0,0001
Algún episodio de atracón subjetivo, n (%)	14 (13,2%)	53 (26,5%)	0,007
Episodios regulares de atracón subjetivo, n (%)	11 (10,4%)	48 (24%)	0,004
Algún episodio de vómito autoinducido, n (%)	0 (0%)	18 (9%)	0,001
Episodios regulares de vómito autoinducido, n (%)	0 (0%)	6 (3%)	0,072
Algún episodio de abuso de laxantes, n (%)	0 (0%)	19 (9,5%)	0,001
Episodios regulares de abuso de laxantes, n (%)	0 (0%)	13 (6,5%)	0,007
Algún episodio de abuso de diuréticos, n (%)	0 (0%)	3 (1,5%)	0,205
Episodios regulares de abuso de diuréticos, n (%)	0 (0%)	2 (1%)	0,302
Algún episodio de ejercicio excesivo, n (%)	22 (20,8%)	99 (49,5%)	< 0,0001
Episodios regulares de ejercicio excesivo, n (%)	9 (8,5%)	37 (18,5%)	0,020
Puntuación total ORTO- 11-ES (RIC)	26,5 (24-28)	25 (23-27)	0,007
Índice de calidad de sueño de Pittsburgh (PSQI)	7 (5-10)	10,5 (8-13)	< 0,0001
Puntuación global (RIC)			
Calidad subjetiva del sueño, n%			0,022
Muy buena	12 (11,3%)	12 (6%)	
Bastante buena	60 (56,6%)	89 (44,5%)	
Bastante mala	28 (26,4%)	85 (42,5%)	
Muy mala	6 (5,7%)	14 (7%)	
Duración del sueño, n%			< 0,0001
Más de 7 horas	29 (27,4%)	9 (4,5%)	
6-7 horas	48 (45,3%)	47 (23,5%)	
4-5 horas	21 (19,8%)	37 (18,5%)	
Menos de 4 horas	8 (7,5%)	107 (53,5%)	
Eficiencia del sueño, n%			< 0,0001
Más del 85%	47 (44,3%)	45 (22,5%)	
75-84%	24 (22,6%)	31 (15,5%)	
65-74%	8 (7,5%)	16 (8%)	
Menos del 65%	27 (25,5%)	108 (54%)	
Número de trastornos del sueño, n%			0,004
Ningún trastorno	5 (4,7%)	6 (3%)	
1-9 trastornos	58 (54,7%)	117 (58,5%)	
10-18 trastornos	35 (33%)	64 (32%)	
19-27 trastornos	8 (7,5%)	13 (6,5%)	

Disfunción diurna, n%	32 (30,2%)	24 (12%)	< 0,0001
Ninguna vez en el último mes	40 (37,7%)	76 (38%)	
Menos de una vez a la semana			
Una o dos veces a la semana	28 (26,4%)	66 (33%)	
Tres o más veces a la semana	6 (5,7%)	34 (17%)	
Estado de salud general, n%			0,022
Muy malo	2 (1,9%)	0 (0%)	
Malo	14 (13,2%)	30 (15%)	
Ni bueno ni malo	57 (53,8%)	84 (42%)	
Bueno	32 (30,2%)	73 (36,5%)	
Muy bueno	1 (0,9%)	13 (6,5%)	
SF-12 v2-Salud general			< 0,0001
Excelente	2 (1,9%)	13 (6,5%)	
Muy buena	19 (17,9%)	54 (27%)	
Buena	41 (38,7%)	100 (50%)	
Regular	42 (39,6%)	33 (16,5%)	
Mala	2 (1,9%)	0 (0%)	
PCS-12 (RIC)	48 (44,1-55,8)	55,2 (51,8-67,6)	< 0,0001
MCS-12 (RIC)	43,3 (33,5-50,2)	42,7 (33,6-50)	0,761
Puntuación total (RIC)	91 (82,6-100,3)	96,9 (87,9-104,4)	< 0,0001

### Dom030

#### FRECUENCIA DE ESTEATOSIS Y FIBROSIS HEPÁTICA EN PACIENTES CON ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL

J. I. Cervantes-Contreras, G. E. Castro-Narro, L. Meza-López, A. E. Moreno-González, C. I. Zubia-Nevárez, M. Bastida-Osorio, S. E. Martínez-Vázquez, M. A. Hernández-Galindo, J. K. Yamamoto-Furusho, Hospital Civil de Guadalajara Fray Antonio Alcalde

**Introducción:** La enfermedad inflamatoria intestinal (EII) comprende la colitis ulcerosa crónica idiopática (CUCI), la enfermedad de Crohn (EC) y la colitis indeterminada. La enfermedad del hígado graso no alcohólico (EHGNA) es un espectro diverso de trastornos desde la esteatosis hepática (EH) hasta la esteatohepatitis con inflamación adjunta y puede provocar fibrosis hepática, cirrosis y hepatocarcinoma. Se ha establecido la definición de enfermedad hepática esteatósica relacionada con disfunción metabólica (MASLD), para cuyo diagnóstico debe estar demostrada la enfermedad hepática esteatósica por estudio de imagen o biopsia y al menos un factor de riesgo cardiometabólico, sin consumo de alcohol.

**Objetivo:** Describir la frecuencia de fibrosis y esteatosis hepática no alcohólica, así como de MASLD y los factores relacionados para presentarlos.

**Material y métodos:** Es un estudio transversal y analítico que incluyó a pacientes con diagnóstico de EII sometidos a elastografía hepática transitoria para la obtención de valores de esteatosis y fibrosis hepática; además, se valoró la presencia de criterios de síndrome metabólico para establecer el diagnóstico de MASLD. Se registraron variables demográfica y clínicas de la enfermedad. Para el análisis estadístico se utilizaron el Software R Commander y la aplicación R Studio Desktop.

**Resultados:** Se incluyó a un total de 136 pacientes con diagnóstico de EII, de los cuales 80 (58,82%) eran mujeres y 56 (41,18%) hombres. La media de edad general fue de 44,83 años (DE  $\pm$  15,78). En cuanto al tipo de EII, 106 (77,9%) pacientes tuvieron el diagnóstico de CUCI, mientras que la EC contó con 30 (22,1%) individuos. Se observó que de los 136 pacientes sometidos a EHT, 90 participantes (66,18%) tenían algún grado de EH: leve (la más común) con 34 pacientes (25%) y 33 (24,26%) mostraban algún grado de fibrosis. En los criterios de síndrome metabólico, un IMC/CC se registró en 75 pacientes (60,98%), seguido de 45 (38,7%) pacientes con HDL bajo, 33 (28,45%) con TGC aumentado, 21 (15,4%) con alguna alteración glucémica y 16 con HTA. Al considerar los criterios anteriores, 76 (55,8%) pacientes tenían MASLD. Se compararon los grupos de pacientes sin esteatosis (SE), pacientes con esteatosis aislada y pacientes con MASLD, y se reconocieron diferencias significativas en los valores de FIT en pacientes con MASLD respecto de SE [138,43 ( $\pm$  397,26) vs. 1 599,19 ( $\pm$  7 813,66),  $p = 0,01$ ] y TGC [136,20 ( $\pm$  64,67), 103

( $\pm$  52,89)  $p \leq 0,05$ ]. En cuanto a las variables nutricionales se observó que los pacientes con MASLD registraban valores más elevados en comparación con los grupos de SE y EH en peso [67,64 ( $\pm$  15,39) vs. 60,31 ( $\pm$  11,51),  $p = 0,02$ ; 55,21 ( $\pm$  14,39),  $p \leq 0,05$ ], cintura [93,95 ( $\pm$  11,65) vs. 81,96 ( $\pm$  9,14),  $p \leq 0,05$ ]; 81 ( $\pm$  15,32),  $p = 0,001$ ], IMC [26,05 ( $\pm$  4,04) vs. 22,78 ( $\pm$  3,13),  $p \leq 0,05$ ; 22,9 ( $\pm$  4,58),  $p = 0,36$ ] y grasa [23,18 ( $\pm$  7,48) vs. 16,9 ( $\pm$  7,99),  $p \leq 0,05$ ; 22,9 ( $\pm$  4,58),  $p = 0,017$ ]. En cuanto a la actividad de la enfermedad en CUCI por TLW, 84 (79,2%) pacientes se encontraban en remisión y el resto tenía actividad leve a moderada. Con la escala de Mayo para la actividad endoscópica, el 36,9% de los pacientes experimentó remisión. En EC según CDAI, 24 (80%) mostraron remisión. Al usar la calprotectina como referente de actividad bioquímica ( $> 250 \mu\text{g/g}$ ) se observó que el 62,4% la tenía. No se identificaron diferencias significativas entre la presencia de remisión/actividad y la EH.

**Conclusiones:** En pacientes con EII, la esteatosis hepática no alcohólica es importante y se observó que el 66,18% ( $n = 90$ ) de los pacientes mostraba algún grado de esteatosis. Más de la mitad de los pacientes (76, 55,8%) cumplió criterios para MASLD.

**Financiamiento:** No se recibió patrocinio de ningún tipo para llevar a cabo este manuscrito.

### Dom031

#### EVALUACIÓN DE LA CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES CON ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL CON LA HERRAMIENTA IBDQ-32

M. Soto-Villalpando, F. Martínez-Silva, M. Rivera-Huizar, S. Zavala-Villegas, Y. N. Varela-Martínez, V. M. Mendoza-Martínez, A. Wong-Muñoz, J. I. Carrillo-Rojas, Hospital de Especialidades, Centro Médico Nacional La Raza

**Introducción:** Se ha reconocido la mejoría de la calidad de vida relacionada con la salud como uno de los objetivos terapéuticos en la enfermedad inflamatoria intestinal (EII), tanto para colitis ulcerosa (CU) como para enfermedad de Crohn (EC). Se han diseñado diversas herramientas para su evaluación; una de las más útiles es el *Inflammatory Bowel Disease Questionnaire* (IBDQ) con 36 reactivos y su versión simplificada con 32 (IBDQ-32), que adaptaron y validaron en la población mexicana Zavala *et al.* El grado de actividad clínica es el factor de riesgo informado con más frecuencia, pero los datos de las publicaciones médicas no son homogéneos.

**Objetivo:** Evaluar la calidad de vida en una cohorte de pacientes con EII mediante la herramienta IBDQ-32.

**Material y métodos:** Estudio transversal en pacientes con diagnóstico de EII en seguimiento por el servicio de gastroenterología del HE CMN La Raza.

De acuerdo con el índice de Truelove y Witts, en pacientes con CU se definió enfermedad activa con  $\geq 11$  puntos y remisión si esta puntuación era menor. Los pacientes con EC se evaluaron con el Índice de Actividad de la Enfermedad de Crohn (CAI); la enfermedad activa se consideró con una puntuación  $\geq 150$  y remisión si era menor. Se aplicó el cuestionario IBDQ-32 integrado con 32 reactivos que evalúan cuatro aspectos de la vida del paciente: síntomas intestinales (10), síntomas sistémicos (5), área social (12) y área emocional (5). Cada pregunta se responde con una escala tipo Likert puntuada de 1 a 7, con un intervalo de 32 a 224 puntos; las puntuaciones más altas se correlacionan con una mejor calidad de vida. El análisis de los datos se realizó con el paquete estadístico SPSS v25. La relación entre variables cualitativas se evaluó con tablas cruzadas y ji cuadrada; para las variables cuantitativas se empleó la t de Student. Se utilizó como valor de p significativo  $< 0,05$ .

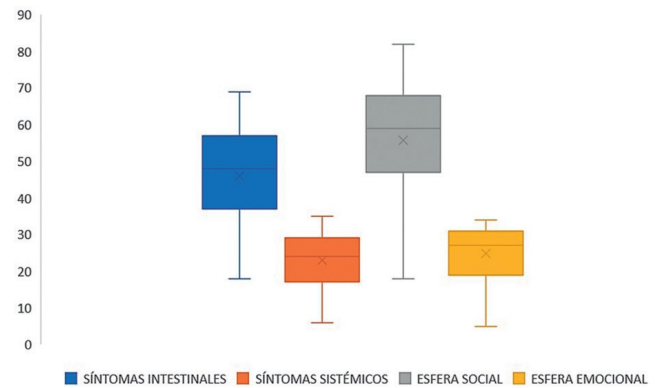
**Resultados:** Se incluyó a 51 pacientes, 35 (69%) con CU y 16 (31%) con EC; 20 (39%) fueron hombres y 31 (61%) mujeres, con edad de  $50,9 \pm 12,9$  años. La puntuación total obtenida fue de  $149 \pm 42$  puntos; en el análisis por categorías se obtuvieron  $45 \pm 12$  puntos en relación con los síntomas digestivos,  $23 \pm 7$  puntos en los síntomas sistémicos,  $55 \pm 16$  puntos en la esfera social y  $24 \pm 7$  puntos en la esfera emocional (Figura 1). La actividad de la enfermedad no se vinculó con las puntuaciones conseguidas. Tanto en la puntuación global como en cada una de las categorías de la prueba, las puntuaciones más altas se observaron en hombres en comparación con las mujeres y en pacientes con CU respecto de EC; los enfermos tratados con prednisona o infliximab tuvieron puntuaciones menores que los individuos que recibían otra modalidad farmacológica. Estas diferencias no fueron estadísticamente significativas en ninguno de los casos. La edad, peso, albúmina y recuento plaquetario no mostraron relación con la puntuación obtenida en la escala. En los pacientes con CU, la puntuación total más baja se registró en aquellos con extensión de Montreal E2; sin embargo, en la categoría de síntomas digestivos, la puntuación más baja se halló en el

grupo con proctitis, sin ser estadísticamente significativa. En los pacientes con EC, las puntuaciones más bajas se notificaron en aquellos diagnosticados entre los 17 y 40 años (A2), con extensión ileocolónica en comparación con la afectación ileal o colónica aislada y en los pacientes con enfermedad estenosante en comparación con el fenotipo inflamatorio.

**Conclusiones:** El efecto en la calidad de vida fue mayor en los pacientes con CU respecto de EC; la extensión E1 se vinculó con las menores puntuaciones en el área de los síntomas digestivos. La edad se relacionó con los desenlaces solo en los pacientes con EC. No se encontró nexo con la actividad clínica o el género.

**Financiamiento:** No se recibió ningún financiamiento.

**Figura 1.** Puntuaciones obtenidas en cada una de las categorías del IBDQ-32. (Dom031)





# REVISTA DE GASTROENTEROLOGÍA DE MÉXICO

www.elsevier.es/rgmx



## Sesión de trabajos libres orales

Domingo 17 de noviembre de 2024

### Hígado I

#### Dom032

#### INCIDENCIA DE DESCOMPENSACIÓN CLÍNICA EN PACIENTES CON CIRROSIS: ASOCIACIÓN CON EL ÍNDICE DIETARIO PROTEÍNA-SODIO

M. López-Sánchez, J. O. Talavera-Piña, M. Flores-Aldana, N. X. Ortiz-Olvera, R. Moreno-Alcántar, S. Morán-Villota, Instituto Mexicano del Seguro Social

**Introducción:** La descompensación de la cirrosis hepática (CH) representa un mayor riesgo de mortalidad respecto de la fase compensada. En la actualidad, el paradigma del consumo de proteína (y otros nutrimentos) no está bien establecido para los pacientes con cirrosis compensada a pesar de reconocer la importancia de diferenciar el tratamiento médico en cada uno de los estadios de la cirrosis.

**Objetivo:** Obtener un índice dietario a partir del informe del consumo de diferentes nutrimentos (energía-proteína-fibra-sodio) vinculado con la aparición del primer episodio de descompensación clínica, en pacientes con cirrosis compensada.

**Material y métodos:** Análisis de una cohorte prospectiva de pacientes con cirrosis hepática compensada atendidos en el servicio de gastroenterología del Hospital de Especialidades Bernardo Sepúlveda del Centro Médico Nacional Siglo XXI entre febrero del 2017 y marzo del 2020. Mediante un análisis de consolidación conjunta se integró un índice de dieta, en el cual el desenlace primario fue la descompensación de los pacientes por el desarrollo del primer episodio de ascitis, hemorragia variceal o encefalopatía hepática.

**Resultados:** De los pacientes incluidos, 37/187 (19,78%) sufrieron un episodio de descompensación en una mediana de seguimiento de 22 meses (RI, 10-37), con desarrollo de ascitis en 18/187 (9,62%), hemorragia variceal en 15/187 (8,02%) y encefalopatía hepática en 4/187 (2,13%). En un análisis bivariado, el consumo excesivo de proteína (> 1,8 g/kg de peso seco/día) y el consumo excesivo de sodio ( $\geq$  2 g/día) se relacionaron con la incidencia de descompensación. La consolidación de las variables en el índice dietario proteína-sodio (índice PNa), por medio de análisis multivariable, muestra una mayor incidencia de descompensación en aquellos dentro de la categoría III (46,2%) (Tabla 1). El análisis de riesgos proporcionales de Cox revela una elevación del riesgo de descompensación en los sujetos de la categoría III (HR, 3,18; IC95%, 1,28-7,85) del índice, al ajustar por diferentes variables.

Tabla 1. (Dom032)

Categoría	Característica	Gradiente de descompensación (%)	p	Poder
PNa-I	Consumo proteína < 1,8 g/kg peso seco/día + sodio < 2 g/día	23/143 (9,09%)	Referencia	NA
PNa-II	Consumo proteína < 1,8 g/kg peso seco/día + sodio $\geq$ 2 g/día	8/31 (25,8%)	0,200	62,21%
PNa-III	Consumo proteína $\geq$ 1,8 g/kg peso seco/día	6/13 (46,2%)	0,033*	94,05%

PNa, índice dietario proteína-sodio.

\*Prueba exacta de Fisher.



El índice PNa, la presencia de varices esofágicas y la trombocitopenia se vincularon con el desarrollo de descompensación clínica.

**Conclusiones:** Los resultados sugieren la existencia de una relación entre el consumo excesivo de proteína y sodio con la incidencia de descompensación clínica en pacientes con cirrosis compensada que tienen signos de hipertensión portal.

**Financiamiento:** Sin ningún tipo de financiamiento.

### Dom033

#### INCIDENCIA DE INFECCIONES TEMPRANAS EN PACIENTES TRASPLANTADOS DE HÍGADO

A. Gutiérrez-Castillo, C. M. Román-Montes, D. I. Pulido-Morales, N. C. Flores-García, Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán

**Introducción:** Durante el primer año posterior al trasplante hepático (TH) más del 50% de los receptores desarrolla al menos una infección a pesar del avance de las técnicas quirúrgicas, profilaxis y vacunación. Las infecciones tempranas son aquellas que aparecen durante el primer mes después del TH, con predominio de las intrahospitalarias, las más de las veces relacionadas con el procedimiento quirúrgico o el uso de dispositivos invasivos. Se conocen algunos factores vinculados con estas infecciones, como el sangrado quirúrgico, el requerimiento transfusional y el tiempo de estancia intrahospitalaria.

**Objetivo:** Describir la incidencia y los factores de riesgo relacionados con el desarrollo de infecciones tempranas en pacientes trasplantados de hígado en el INCMNSZ durante el periodo de 2019 a 2023.

**Material y métodos:** Se incluyó a pacientes trasplantados de hígado entre enero de 2019 y diciembre de 2023. Estudio observacional, retrospectivo y transversal analítico. Se analizaron variables demográficas y clínicas, infecciones o episodios de descompensación tres meses antes del TH, variables anteriores al TH, transquirúrgicas y posquirúrgicas. Análisis estadístico: los datos se expresaron mediante estadística descriptiva y no paramétrica. Se realizó análisis univariado y análisis multivariado de regresión logística múltiple para determinar los factores de riesgo vinculados con infección temprana.

**Resultados:** De 181 TH practicados en cinco años, 125 cumplieron los criterios de inclusión. De estos, 55% correspondió a mujeres, con una media de edad de 53 años (DE 13,1; RIC 21). La enfermedad hepática grasa relacionada con disfunción metabólica (EHGDM) fue el principal motivo de TH, es decir, 30% de los TH. El 38% de los receptores desarrolló al menos una infección temprana. En el análisis univariado, las variables significativas fueron choque séptico tres meses antes del TH ( $p = 0,01$ ), bilirrubina total  $> 5,99$  ( $p = 0,013$ ) y hemoglobina  $< 12,5$  mg/dL ( $p = 0,02$ ) antes del TH; técnica quirúrgica *piggy-back* ( $p = 0,02$ ), tiempo de isquemia tibia  $< 38,5$  min ( $p < 0,01$ ), sangrado quirúrgico  $> 3000$  mL ( $p = 0,03$ ),  $> 4$  días de estancia en terapia intensiva ( $p = 0,04$ ),  $> 10$  días de estancia intrahospitalaria ( $p < 0,01$ ) y aparición de complicaciones relacionadas con la vía biliar durante el posquirúrgico ( $p = 0,01$ ). En el análisis de regresión logística múltiple se obtuvo un modelo con una devianza de 120,7, criterio de información de Akaike de 135 y pseudo-R<sup>2</sup> de Nagelkerke (R<sup>2</sup>N) de 0,410, con un valor de  $p < 0,001$  para el modelo. En la **Tabla 1** se describe el modelo con las variables significativas. Los 61 episodios infecciosos ocurrieron en promedio a los 11,6 días luego del TH (DE 9; RIC 12). El 67% correspondió a infecciones intrahospitalarias y las más frecuentes de ellas fueran las del tracto urinario (23%), neumonía (21%) y diarrea (10%). Se obtuvo aislamiento microbiológico en 64% de los casos, en su mayoría bacteriano (87%). De estos, el 56% se debió a microorganismos resistentes a múltiples fármacos, en particular *E. coli* y *K. pneumoniae*.

**Conclusiones:** La incidencia de infecciones tempranas en TH es del 38%, las más frecuentes de las cuales fueron las infecciones intrahospitalarias bacterianas por patógenos resistentes a múltiples fármacos. Los pacientes que ingresan a un TH con anemia e hiperbilirrubinemia, así como los de mayor estancia intrahospitalaria y quienes desarrollan complicaciones, poseen un mayor riesgo de desarrollar una infección temprana posterior al TH.

**Financiamiento:** No se recibió financiamiento de ningún tipo.

### Dom034

#### ELASTOGRAFÍA ESPLÉNICA COMO MÉTODO NO INVASIVO PARA DETERMINAR HIPERTENSIÓN PORTAL CLÍNICAMENTE SIGNIFICATIVA EN PACIENTES CON CIRROSIS COMPENSADA

Y. Tadeo-Jiménez, M. Gálvez-Martínez, E. V. Rodríguez-Negrete, M. G. López-Sánchez, K. E. Pérez-Reséndiz, Instituto Mexicano del Seguro Social

**Introducción:** En pacientes con cirrosis hepática, la hipertensión portal clínicamente significativa (HPCS), definida como un gradiente de presión venoso portal  $> 10$  mmHg, se considera el umbral sobre el cual pueden desarrollarse complicaciones; su diagnóstico se establece través de la medición del HVPG pero es un método invasivo, poco disponible y con alto riesgo de complicaciones. La sonoelastografía o la elastografía por ondas de corte bidimensional (2D-SWE) parecen ser modalidades fiables y rápidas para la evaluación no invasiva de la fibrosis hepática y se ha documentado una mayor tasa de éxito en comparación con la elastografía por vibración y la resonancia magnética, con buena correlación con el HVPG.

**Objetivo:** Determinar un punto de corte para el diagnóstico de varices esofágicas como un indicador de HPCS, a través de la elastografía esplénica por 2D SWE en pacientes cirróticos compensados.

**Material y métodos:** Estudio de prueba diagnóstica, transversal, analítico y unicéntrico. Se evaluó a pacientes con cirrosis hepática compensada, de cualquier causa, sin episodios de descompensación previa; se realizó elastografía esplénica y hepática por 2D-SWE, así como endoscopia, en búsqueda de varices esofágicas entre enero de 2023 y abril de 2024. Se trazaron curvas ROC y se utilizó como desenlace dicotómico la presencia de varices esofágicas y como variable cuantitativa (kPa) obtenidos de la elastografía esplénica; para la elección del punto de corte se seleccionó el valor con mayor sensibilidad. Para variables cuantitativas se usaron media y desviación estándar o mediana y rango intercuartílico; las variables categóricas se mostraron con frecuencias y porcentajes. Para conocer la concordancia entre el valor de la prueba y la presencia de HPCS se calculó el índice phi ( $\phi$ ). Se consideró como significancia estadística un valor de  $p < 0,05$ . Se calculó un tamaño de muestra para un valor de sensibilidad esperada de 88,9%. Se consideró un valor de alfa de 0,05 y un poder estadístico de 80%.

**Resultados:** De un total de 25 participantes, 19 correspondieron al sexo femenino (76,0%). Las causas fueron virales (9/25, 36,0%), autoinmunitarias (3/25, 12,0%), EHGDM (12/25, 48,0%) y otras (1/25, 4,0%). Edad promedio de  $61,72 \pm 11,94$  años, Child-Pugh de 5,0 puntos (RIQ: 5-6), MELD de 9,5 (RIQ: 9,0-14,0), IMC de 24,7 (RIQ: 22,9-29,8). Diámetro portal de  $10,41 \pm 2,09$  mm, bazo de 11,89 cm (RIQ: 10,2-13,0), rigidez hepática de 9,55 Kpa (7,02-12,77). Rigidez esplénica de 7,10 (RIQ: 5,0-9,4), con valor mínimo de 3,70 y máximo de 16,70, además de varices esofágicas en el 88%. Se identificó un punto de corte de rigidez esplénica  $\leq 7,70$ , con sensibilidad de 69,2% y valor predictivo positivo de 68%.

**Tabla 1.** Modelo de regresión logística para desarrollar episodios de infección temprana en pacientes trasplantados de hígado. (Dom033)

Predictor	Z	p	Razón de momios	Intervalo de confianza al 95%	
				Inferior	Superior
Edad	-1,930	0,054	0,961	0,9226	1,001
Hemoglobina	2,479	0,013	1,331	1,0616	1,668
Leucocitos	-2,193	0,028	0,794	0,6463	0,976
BT $> 5,99$ mg/dL	2,109	0,035	5,203	1,1235	24,097
Bilirrubina total	1,453	0,146	1,059	0,9803	1,144
Días de estancia intrahospitalaria	-3,873	$< 0,001$	0,828	0,7522	0,911

**Conclusiones:** Con los datos obtenidos se concluyó que la elastografía esplénica por ondas de corte bidimensional 2D-SWE no es útil por sí sola para diagnosticar varices esofágicas (utilizada como variable subrogada de HPCS) en pacientes con cirrosis hepática compensada. Es importante destacar que, a diferencia de la elastografía transitoria, la elastografía por 2D-SWE confiere ventajas al ser un método de mayor disponibilidad, con una evaluación en tiempo real y sin contraindicación en pacientes con obesidad; este método no se había probado en la población mexicana en la cual prevalece el sobrepeso o la obesidad, así como en este estudio.

**Financiamiento:** El trabajo no recibió ningún tipo de financiamiento.

### Dom035

#### EL DOPPLER VENOSO RENAL Y ELASTOGRAFÍA TRANSITORIA COMO PREDICTORES DEL DESARROLLO DE SÍNDROME CARDIOHEPÁTICO EN PACIENTES AMBULATORIOS CON HIPERTENSIÓN ARTERIAL PULMONAR

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

**Introducción:** El síndrome cardiohepático (SCH) se caracteriza por una lesión hepática secundaria a insuficiencia cardiaca derecha (ICD) que causa una elevación de la presión venosa central con el consecuente deterioro de la perfusión hepática; el SCH se relaciona con un mal pronóstico. La HAP y la ICD pueden desencadenar el SCH, el cual se distingue por un patrón colestásico (dos de tres parámetros de colestasis por encima del límite superior normal); sin embargo, pocos estudios han notificado la presencia de factores predictores del SCH.

**Objetivo:** Identificar los factores predictores de SCH en pacientes con HAP o ICD.

**Material y métodos:** Se incluyó a pacientes con diagnóstico o alta probabilidad de hipertensión arterial pulmonar entre enero de 2022 y abril de 2024 en el Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán. Se excluyó a los pacientes con baja probabilidad de hipertensión arterial pulmonar ( $VTR < 2,8$  m/s,  $PASP < 36$  mmHg), insuficiencia cardiaca aguda, cirrosis hepática (Child-Pugh B o C), enfermedad renal crónica o tratamiento renal sustitutivo, trasplante de órganos sólidos o trombosis portal. Se obtuvieron estudios de laboratorio (bilirrubinas totales [BT], fosfatasa alcalina [FA], gammaglutamil transferasa [GGT], entre otros); además, cinco médicos entrenados llevaron a cabo la obtención del VExUS (*Venous Excess Ultrasound Score*) y tres gastroenterólogos capacitados la elastografía

transitoria. Se analizaron variables sociodemográficas y clínicas y se utilizó estadística descriptiva mediante frecuencias y proporciones para las variables categóricas. Se realizó un modelo de regresión logística múltiple de los valores obtenidos de VExUS para identificar los parámetros vinculados con SCH; también se evaluó la capacidad diferenciadora de diversos parámetros a través de curvas ROC para el diagnóstico de SCH. La significancia estadística se alcanzó con un valor  $p < 0,05$ .

**Resultados:** Se incluyó a 127 pacientes, el 81% de mujeres. Se observó una significancia estadística entre las interrupciones venosas del Doppler renal prolongadas y el incremento de FA, GGT y BT; además, el 64% de estos pacientes con interrupciones prolongadas satisfizo criterios para SCH ( $p < 0,001$ ). El mejor parámetro predictor de SCH fue el Doppler venoso renal con AUC de 0,80 (0,68-0,92) y un OR de 21,1 (3,3-415,3) para el desarrollo de SCH. La rigidez hepática por elastografía fue mayor cuanto mayores fueran las interrupciones venosas del Doppler venoso renal ( $p < 0,001$ ) con un OR de 12 para predecir rigidez hepática en este grupo de pacientes con un AUC de 0,82 (0,71-0,94),  $p < 0,001$  (Figura 1). No se registró la supervivencia por el bajo porcentaje de mortalidad en la cohorte.

**Conclusiones:** Las interrupciones del Doppler venoso renal fueron el mejor predictor de SCH en comparación con otros parámetros de VExUS. A mayores interrupciones del Doppler, más alteraciones documentadas en la química hepática, al igual que la rigidez hepática, lo que sugiere que a mayor congestión mayor rigidez hepática, y que el Doppler renal puede extrapolar los cambios hemodinámicos observados en el plano hepático. Además, la elastografía transitoria y el VExUS son procedimientos rápidos, seguros y fáciles de realizar, lo que permite determinar la congestión venosa y el desarrollo de SCH. Son necesarios mayores estudios para confirmar dichos hallazgos.

**Financiamiento:** Ninguno.

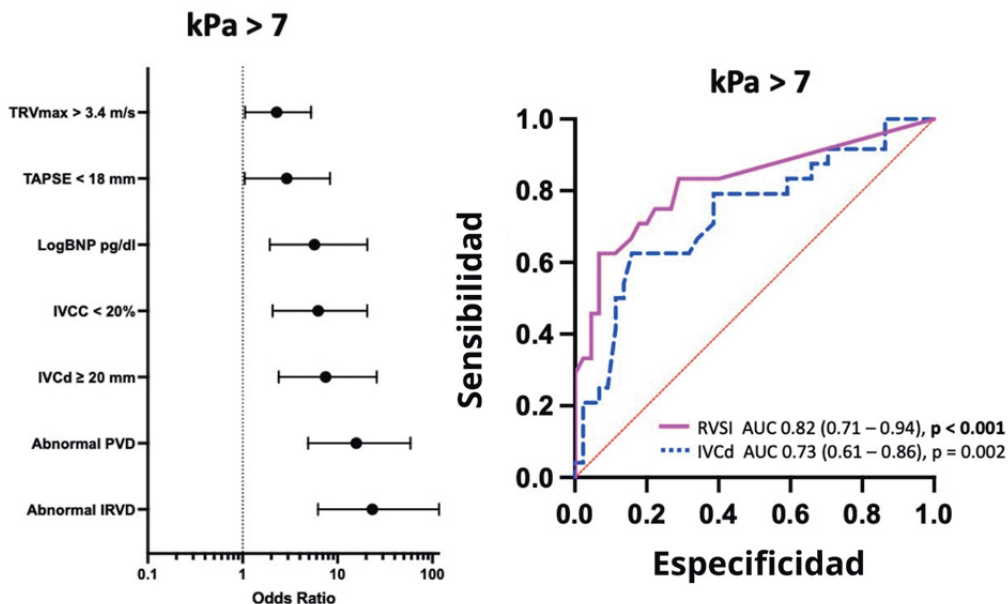
### Dom036

#### INCIDENCIA DE PERITONITIS FÚNGICA ESPONTÁNEA EN PACIENTE CON CIRROSIS HEPÁTICA EN POBLACIÓN DE CIUDAD DE MÉXICO

C. F. Fajardo-Félix, E. V. Rodríguez-Negrete, A. Triana-Romero, P. Manzano-Galoso, F. Hernández-Hernández, Hospital de Especialidades Bernardo Sepúlveda, Centro Médico Nacional Siglo XXI, Instituto Mexicano del Seguro Social

**Introducción:** Los pacientes con cirrosis hepática tienen predisposición a múltiples procesos infecciosos, atribuida a la disfunción del sistema inmunitario presente en la evolución natural de la enfermedad. Las infecciones

Figura 1. Interrupciones del Doppler venoso renal como mejor predictor de rigidez hepática. (Dom035)



micóticas no son la excepción, pero casi nunca son objeto de estudio en estos pacientes. En el caso particular de la peritonitis fúngica espontánea (PFE), no existen una definición o criterios diagnósticos; sin embargo, sí hay estudios retrospectivos que coinciden en una elevada morbimortalidad de este padecimiento en enfermos con cirrosis hepática.

**Objetivo:** Notificar la incidencia de infección fúngica peritoneal en pacientes con cirrosis hepática, comprobada mediante cultivo micótico de ascitis; evaluar si la profilaxis secundaria con antibiótico para peritonitis bacteriana espontánea confiere mayor riesgo de PFE; identificar entre los estados Child-Pugh A, B o C el de mayor incidencia o prevalencia de PFE; reconocer los principales agentes fúngicos presentes en los cultivos de ascitis; determinar si la hospitalización les confiere un mayor riesgo de desarrollar PFE; valorar si los pacientes con insuficiencia hepática aguda sobre crónica tienen mayor incidencia de PFE.

**Materiales y métodos:** Se realizó un estudio prospectivo unicéntrico, descriptivo, observacional y transversal en el que se evaluó a pacientes con cirrosis hepática de cualquier causa descompensados y con ascitis derechohabientes del Instituto Mexicano del Seguro Social desde noviembre del 2023 hasta mayo del 2024. Los criterios de inclusión fueron pacientes mayores de 18 años, ascitis grado > II y disposición para firmar el consentimiento informado. Se realizó toma de muestra de ascitis para estudios citológico y citoquímico, cultivo bacteriano y fúngico en pacientes con indicación de paracentesis diagnóstica o terapéutica en el servicio de gastroenterología y la admisión médica continua del Hospital de Especialidades Bernardo Sepúlveda, en el Centro Médico Nacional Siglo XXI. Se realizó centrifugación de la muestra de ascitis a 4 000 rpm durante 10 minutos y se procesó el sedimento

en el laboratorio de micología de la Universidad Nacional Autónoma de México, donde se sembraron las muestras en medio de Sabouraud simple y Sabouraud con cicloheximida, que se mantuvieron por 10 a 14 días en incubadora a 28°C. De acuerdo con el resultado del cultivo se realizó estudio microscópico de las colonias con sospecha de agente fúngico con azul de algodón, tinción de Gram o tinta china, y con posterioridad se cambió el medio de cultivo como agar cándida, agar papa o agar urea; de igual manera, se emplearon pruebas moleculares como la API 20 C AUX para identificar reducción de carbohidratos de acuerdo con los agentes fúngicos que crecieron en el cultivo inicial para su caracterización molecular.

**Resultados:** Se registró una incidencia acumulada de 8,3% para la presencia de agentes fúngicos en ascitis, con más de tres paracentesis con cultivos positivos, y se obtuvo una p de 0,43 con RR de 3,66 e IC95% de 1,62-8,26. La enfermedad renal crónica tuvo un valor de p de 0,012 con un RR de 15,0 y un IC95% de 1,77-126,4; para el hepatocarcinoma se registró un valor de p de 0,161 con un RR de 7,66 e IC95% de 1,312-44,8. En la profilaxis secundaria para PFE se obtuvo un valor de p de 0,049 con RR de 8,600 e IC95% de 1,529-48,383. El riesgo de mortalidad y la presencia de agentes fúngicos en ascitis elevan la probabilidad de muerte con valor de p de 0,001, RR de 33,0 e IC95% de 4,384-248,388.

**Conclusiones:** No puede concluirse que la presencia de agentes fúngicos en ascitis de pacientes con cirrosis hepática confirme peritonitis fúngica espontánea con base en criterios de peritonitis bacteriana espontánea, pero se sospecha con más de tres paracentesis, enfermedad renal crónica y profilaxis secundaria para PFE.

**Financiamiento:** No se contó con financiamiento de alguna institución.



# REVISTA DE GASTROENTEROLOGÍA DE MÉXICO

www.elsevier.es/rgmx



## Exposición de trabajos libres en cartel

Domingo 17 de noviembre de 2024

### Enfermedad inflamatoria intestinal

#### Dom037

#### EFICACIA Y SEGURIDAD DEL RETRATAMIENTO CON UPADACITINIB DESPUÉS DE LA INTERRUPCIÓN DEL TRATAMIENTO EN COLITIS ULCEROSA: DATOS DEL ESTUDIO DE EXTENSIÓN ABIERTO DE FASE 3 U-ACTIVATE

R. Panaccione, B. Tapia-Contla, J. Frédéric-Colombel, M. Dubinsky, T. Hisamatsu, V. Remple, A. Garrison, J. Klaff, M. Kujawski, S. Vermeire, Universidad de Calgary, Calgary, Canadá

**Introducción:** El upadacitinib (UPA) es un inhibidor oral reversible de la cinasa Janus (JAK), de modo específico (JAK1), para el tratamiento de adultos con colitis ulcerosa (CU) moderada a gravemente activa. Los JAKi pueden suspenderse de forma temporal (operaciones o infecciones) o por interacciones farmacológicas. Las consecuencias clínicas de suspender y reiniciar el UPA aún no se han caracterizado; aquí se evalúan la eficacia y la seguridad del retratamiento con UPA en pacientes que perdieron la respuesta después de la interrupción del tratamiento.

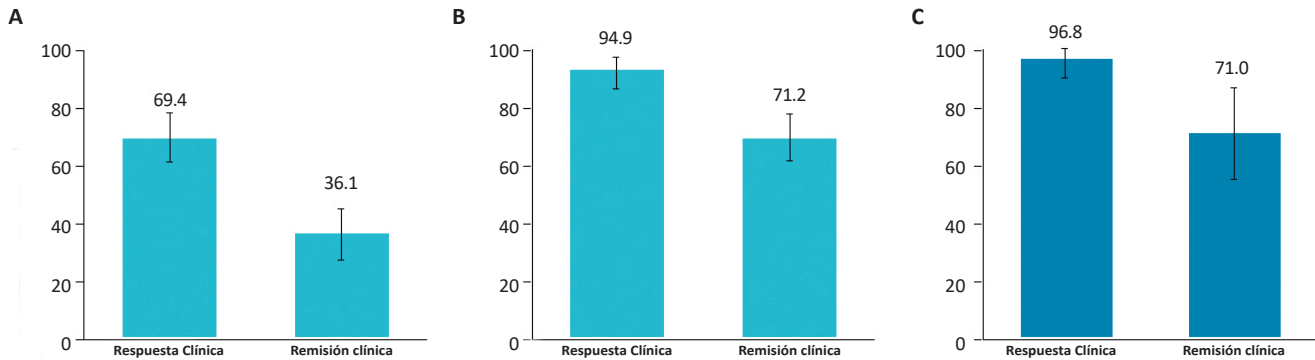
**Objetivo:** Evaluar la eficacia y la seguridad del retratamiento con upadacitinib en pacientes que perdieron la respuesta después de suspender el tratamiento con UPA.

**Material y métodos:** Diseño del estudio: los pacientes con respuesta clínica al tratamiento de inducción con UPA (45 mg una vez al día [QD]) de ocho semanas en los estudios U-ACHIEVE o U-ACCOMPLISH de ocho semanas se reasignaron a placebo (PBO), UPA (15 mg QD) o UPA (30 mg QD) para la fase de mantenimiento de 52 semanas de U-ACHIEVE. Los pacientes aleatorizados a PBO que perdieron la respuesta podían ingresar a la extensión a largo plazo (ELP), U-ACTIVATE, y ser tratados con UPA (15 mg QD). Los pacientes que después tuvieron una respuesta inadecuada a UPA de 15 mg QD podían aumentar la dosis a UPA de 30 mg QD. En este análisis se incluyó a los pacientes

con dosis crecientes entre las semanas 2 y 36. Evaluaciones: la respuesta clínica y la remisión se analizaron en las semanas 4 y 48. Las tasas de episodios ajustadas por exposición de efectos adversos emergentes del tratamiento y los efectos adversos de interés especial, incluidos las anomalías de laboratorio, HZ, neoplasias malignas, TVE, episodios cardiovasculares adversos mayores y perforaciones gastrointestinales, se evaluaron a lo largo del estudio. **Resultados:** De 223 pacientes con respuesta clínica a inducción de UPA de 45 mg QD y aleatorizados a PBO durante el mantenimiento, 12 (50,2%) perdieron la respuesta, 110 ingresaron a la ELP y se retrataron con UPA de 15 mg QD. Los pacientes con pérdida de la respuesta, en comparación con aquellos sin pérdida, tenían más probabilidades de mostrar antecedentes de respuesta inadecuada, pérdida de respuesta o intolerancia a  $\geq 1$  fármaco biológico (Bio-IR) (57,1% vs. 46,8%, respectivamente) o consumo de corticosteroides al inicio del estudio (42,0% vs. 33,3%). De los 110 pacientes que se retrataron con UPA de 15 mg QD, 38 (34,5%) avanzaron a UPA de 30 mg QD (media [DE] de días hasta el aumento: 80,3 [57,8]). Después de cuatro semanas de retratamiento con UPA de 15 mg QD, 69,4% y 36,1% de los pacientes lograron respuesta clínica y remisión (Figura 1A). De los 59 pacientes que permanecieron con UPA de 15 mg QD durante 48 semanas, 94,9% y 71,2% lograron respuesta clínica y remisión (Figura 1B). De 31 pacientes cuya dosis pasó a UPA de 30 mg QD, 96,8% y 71,0% consiguieron respuesta clínica y remisión en la semana 48 de retratamiento (Figura 1C). Se analizó a 225 pacientes con 128,7 PY de exposición (pérdida de respuesta [n = 112], 42,6 PY sin pérdida de respuesta [n = 113] y 86,1 PY).

**Conclusiones:** Los pacientes con pérdida de respuesta, después de la interrupción del UPA durante el mantenimiento, tenían más probabilidades de mostrar antecedentes de respuesta inadecuada, pérdida de respuesta o intolerancia a  $\geq 1$  fármaco biológico (bio-IR) o corticosteroides al inicio del estudio. En pacientes que experimentan pérdida de respuesta, luego de suspender el tratamiento con UPA, la eficacia puede recuperarse después de un nuevo tratamiento con UPA de 15 mg una vez al día (QD) y avanzar a UPA de 30 mg QD en caso de respuesta inadecuada. No se identificarán nuevas señales de seguridad.

**Figura 1.** A, entre pacientes con una SFS y una RBS medias diarias  $< 2,1$  en la semana de mantenimiento 0: una SFS y una RBS cada una  $\geq 1$  punto mayor que el valor de la semana de mantenimiento 0 en dos visitas consecutivas con un intervalo  $\geq 14$  días. Entre los pacientes con SFS o RBS  $\geq 2,1$  en la semana de mantenimiento 0: un SFS o RBS  $\geq 1$  punto mayor que el valor de la semana de mantenimiento 0 en dos visitas consecutivas con  $\geq 14$  días de diferencia. B, disminución parcial de la puntuación de Mayo adaptada  $\geq 1$  y  $\geq 30\%$  desde el inicio, más una disminución en la RBS  $\geq 1$  o una RBS absoluta  $\leq 1$ . C, Mayo SFS parcialmente adaptado  $\leq 1$  y RBS = 0. ELP, extensión a largo plazo; QD, una vez al día; RBS, subpuntuación de sangrado rectal; SFS, subpuntuación de frecuencia de deposiciones; UPA, upadacitinib. (Dom037)



**Financiamiento:** AbbVie financió este estudio y participó en su diseño, investigación, análisis, recopilación de datos, interpretación de los datos y revisión y aprobación de la publicación.

## Dom038

### RISANKIZUMAB VERSUS USTEKINUMAB PARA LOGRAR REMISIÓN CLÍNICA Y LA REDUCCIÓN DE BIOMARCADORES INFLAMATORIOS EN PACIENTES CON ENFERMEDAD DE CROHN DE MODERADA A GRAVE: RESULTADOS DEL ESTUDIO FASE III B SEQUENCE

M. Dubinsky, A. García-Martell, M. Ferrante, R. A. Raja-Atreya, B. Abraham, A. Armuzzi, L. Peyrin-Biroulet, P. Bossuyt, M. Regueiro, S. Schreiber, Centro Clínico de Eli Sussan y Leonard Feinstein, Escuela de Medicina Icahn en Mount Sinai, Nueva York, Estados Unidos

**Introducción:** La mejoría de los resultados clínicos y la normalización de los marcadores de inflamación son objetivos de tratamiento importantes según el consenso STRIDE-II para pacientes con enfermedad de Crohn (EC).

**Objetivo:** El estudio SEQUENCE comparó la eficacia y la seguridad del risankizumab (RZB), un inhibidor de la interleucina (IL)-23 p19, y el ustekinumab (UST), un inhibidor de IL-12/IL-23 p40, en pacientes con EC de moderada a grave con falla a tratamientos inhibidores del factor de necrosis tumoral (iT-NF)- $\alpha$ . El RZB cumplió ambos criterios de valoración primarios (semana 24, remisión clínica en 50% de la población [RZB no inferior respecto de UST]; y semana 48, remisión endoscópica [RZB superior sobre UST]). SEQUENCE evaluó la eficacia de RZB contra UST en relación con los cambios desde la línea basal (LB) en la proteína C reactiva (PCR) y la calprotectina fecal (CF), así como un criterio de valoración compuesto de normalización de CF o PCR y remisión clínica (remisión biológica).

**Materiales y métodos:** SEQUENCE (NCT04524611) fue un estudio de etiqueta abierta, multicéntrico, aleatorizado, de evaluación de eficacia y cegado. En el análisis primario de eficacia se aleatorizó a los pacientes 1:1 para recibir RZB (inducción intravenosa [IV] de 600 mg en las semanas 0, 4 y 8 seguida de la dosificación de mantenimiento subcutánea [SC] de 360 mg cada 8 semanas [q8w] a partir de la semana 12) o UST (dosis de inducción IV única basada en peso, seguida de dosificación de mantenimiento de 90 mg SC, tratamiento q8w a partir de la semana 8) hasta la semana 48. La aleatorización se estratificó por el uso de esteroides desde la LB y el número de tratamientos anti-TNF fallidos. Los análisis *post hoc* evaluaron el cambio de la LB en CF y PCR de alta sensibilidad (AS) en las semanas 8, 24 y 48 mediante un modelo de efectos mixtos con medidas repetidas. La remisión biológica (remisión clínica [CDAI  $< 150$ ] y CF  $\leq 250$  mg/kg o PCR-AS  $\leq 5$  mg/L) fue un punto de criterio de valoración de eficacia preespecificado, no clasificado en las semanas 24 y 48 (análisis *post hoc* en la semana 8); también se evaluó en los mismos cortes de tiempo con imputación de no respondedor al tiempo que

se incorporaba la imputación múltiple para manejar datos faltantes debido a COVID-19 y conflictos geopolíticos (véase la nota al pie de la Figura 1). Estos criterios de valoración se evaluaron en la población completa de pacientes. Las diferencias de tratamiento se ajustaron para los factores de estratificación de aleatorización. Todos los valores de p son nominales.

**Resultados:** Desde la semana 8 se observó una mayor reducción con RZB respecto de UST, de LB en CF (semana 8: -1014,0 [CI -1379,4 a -648,5] vs. -650,2 [CI -997,8 a -302,7]) y PCR-AS (semana 8: -10,6 [CI -13,0 a -8,2] vs. -5,5 [CI -7,8 a -3,1],  $p < 0,01$ ). En las semanas 8, 24 y 48, una mayor proporción de pacientes con RZB en comparación con UST logró remisión biológica (semana 8: 26,3% vs. 21,9%; semana 24: 42,8% vs. 24,9%,  $p < 0,0001$ ; semana 48: 46,3% vs. 27,5%,  $p < 0,0001$ ) (Figura 1). Los perfiles de seguridad de RZB y UST fueron consistentes con los resultados publicados.

**Conclusiones:** Una mayor proporción de pacientes con EC que fallaron a los tratamientos iTNF- $\alpha$  logró la remisión biológica con RZB respecto del UST. Las reducciones promedio en los biomarcadores inflamatorios fueron mayores con RZB y menores con UST y se demostraron desde la semana 8.

**Financiamiento:** AbbVie financió este estudio y participó en el diseño del estudio, investigación, análisis, recolección de datos, interpretación de datos, revisión y aprobación del resumen.

## Dom039

### VALOR CLÍNICO DEL PH FECAL COMO BIOMARCADOR DE NIVEL DE ACTIVIDAD EN PACIENTES CON COLITIS ULCEROSA

A. Salazar-Zamudio, E. E. R. Bernal-Hernández, E. G. Salgado-Parra, R. Espinoza-Acuña, ISSSTE

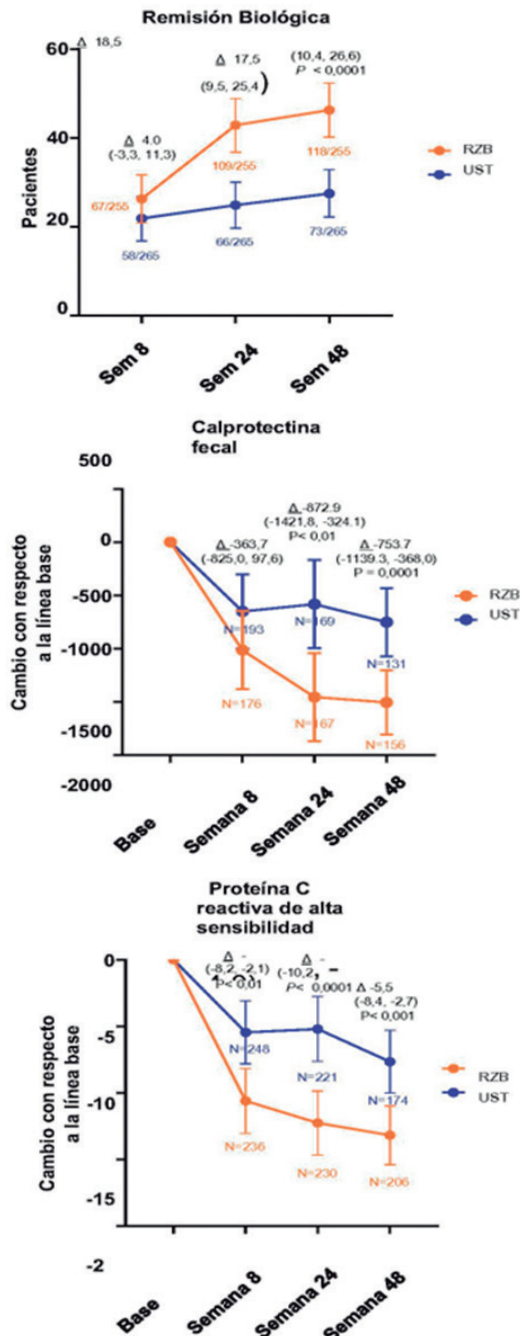
**Introducción:** El pH fecal se relaciona con la microbiota intestinal y es un estudio de bajo costo y fácil acceso; un valor  $< 6$  puede vincularse con trastornos digestivos y malabsorción de carbohidratos. La relación del pH de las heces con otros biomarcadores de actividad de enfermedades inflamatorias intestinales aún no está bien establecida. En la enfermedad inflamatoria intestinal existen diversos factores que contribuyen a la disbiosis, caracterizada por un desequilibrio entre la microbiota intestinal beneficiosa y oportunista. Medir el pH fecal puede ser una forma sencilla y rentable de valorar el grado de actividad de la colitis ulcerosa e identificar brotes de actividad, lo cual representa la oportunidad de realizar modificaciones pertinentes en el tratamiento.

**Objetivo:** Evaluar la utilidad del pH fecal como biomarcador de actividad de la enfermedad en pacientes con colitis ulcerosa.

**Materiales y métodos:** Se condujo un estudio observacional descriptivo de 62 pacientes con colitis ulcerosa diagnosticada por biopsia en un hospital de tercer nivel en la Ciudad de México. Se recogieron resultados de muestras de heces y sangre y se evaluó el pH fecal mediante estudio coprológico para realizar una comparación entre grupos con distinto grado de actividad de la



Figura 1. (Dom038)



Δ, diferencia de tratamiento; RZB, risankizumab; UST, ustekinumab. En la LB, todos los pacientes presentaban EC de moderada a grave, que se definió como un CDAI = 220-450, frecuencia media diaria de heces  $\geq 4$  o puntuación media diaria de dolor abdominal  $\geq 2$ , y calificación endoscópica simple para EC  $\geq 6$  ( $\geq 4$  para enfermedad ileal aislada). Todos los análisis se realizaron en la población con intención de tratar (ITT1), que incluyó a todos los pacientes aleatorizados a ustekinumab o al régimen de dosificación seleccionado para risankizumab (600 mg para inducción, 360 mg para mantenimiento) y que recibieron al menos una dosis del fármaco del estudio. Para la remisión biológica, la determinación puntual y IC95% para la diferencia de tratamiento entre grupos (grupo RZB menos grupo UST) se ajustaron mediante los factores de estratificación de aleatorización. Los resultados para calprotectina fecal y proteína C reactiva se basan en la medición repetida del modelo de efecto mixto con los efectos fijos categóricos del tratamiento; la interacción visita y tratamiento por visita, los factores de estratificación y las covariables fijas continuas de las mediciones basales se incluyen en el modelo. Todos los valores de p son nominales.

enfermedad según el índice de Truelove y Witts. El análisis de variables se realizó con el programa estadístico SPSS versión 23; del total de la población estudiada, el 59,7% (37) correspondió a mujeres y el 40,3% (25) a hombres. La media de edad fue de 55 años con una desviación estándar de  $\pm 16$ . En relación con el pH fecal, se identificó una media de 6,76 y una desviación estándar de  $\pm 0,592$ . En relación con el grado de actividad de la colitis ulcerosa con el índice de Truelove y Witts, el 75,8% (47) de los pacientes cursaba con colitis ulcerosa inactiva, 9,7% (6) con colitis ulcerosa leve, 6,5% (4) con colitis ulcerosa moderada y 8,1% (5) con colitis ulcerosa grave. Se utilizó la clasificación de Montreal para valorar la extensión de la enfermedad.

**Resultados:** El análisis estadístico empleó el coeficiente de correlación de Pearson (Tabla 1) para calcular la relación entre el pH y la actividad de la colitis ulcerosa y el índice de Truelove y Witts para identificar una relación inversamente proporcional de -0,048 con una significancia estadística bilateral de 0,713 (estadísticamente no significativa). El análisis de varianza (ANOVA) para determinar la relación entre pH fecal y los diferentes grados de actividad de la colitis ulcerosa encontró valores sin significancia estadística en todos los grados. El ANOVA del pH fecal, en comparación con los diferentes grados de extensión de la enfermedad mediante la clasificación de Montreal, muestra valores con carencia de significancia estadística.

**Conclusiones:** Las alteraciones en el pH fecal pueden ser el resultado de cambios en la microbiota intestinal secundaria a procesos de fermentación que se relacionan con la alimentación y el estado nutricional de los pacientes, razón por la cual la dieta puede ser un factor importante para los síntomas en pacientes con colitis ulcerosa y su grado de actividad. A pesar de ello, en este estudio no se identificó una relación significativa entre la acidez de las heces fecales y el grado de actividad de colitis ulcerosa, por lo que se requiere mayor investigación para confirmar los hallazgos entre la relación de pH fecal, síntomas y actividad.

**Financiamiento:** No se recibió financiamiento de ningún tipo.

## Dom040

### COMPARACIÓN DE RESPUESTA CLÍNICA, BIOQUÍMICA, ENDOSCÓPICA E HISTOLÓGICA EN PACIENTES CON DIAGNÓSTICO DE COLITIS ULCEROSA EN TRATAMIENTO CON INFLIXIMAB Y GOLIMUMAB EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL DE PUEBLA

A. Galindo-Félix, L. Sánchez-Reza, I. D. Espinoza-Villalobos, J. J. Durán-Castro, G. López-Urbina, A. D. Lugo-García, J. A. Ortega-Tecuatl, A. P. Escobedo-Zúñiga, Unidades Médicas de Alta Especialidad, UMAE Puebla, Instituto Mexicano del Seguro Social

**Introducción:** La colitis ulcerosa es una enfermedad inflamatoria intestinal de causa multifactorial en la que intervienen factores ambientales, genéticos y alteraciones en el microbioma intestinal en personas predispuestas genéticamente. Los fármacos biológicos, en especial anti-TNF, han innovado el control terapéutico y hoy en día son el pilar de tratamiento a largo plazo de la colitis ulcerosa resistente para lograr y mantener un estado de remisión sin enfermedad.

**Objetivo:** Comparar la respuesta clínica, bioquímica, endoscópica e histológica de infliximab y golimumab en pacientes con colitis ulcerosa resistentes al tratamiento convencional del Centro Médico Nacional, Manuel Ávila Camacho, Puebla.

**Material y métodos:** Se realizó un estudio con diseño transversal, observacional, retrospectivo y analítico mediante la identificación de pacientes de ambos sexos,  $\geq 18$  años con diagnóstico de colitis ulcerosa del 2022 al 2023 que mostraron resistencia al tratamiento convencional, luego de 12 meses de inicio de tratamiento biológico con infliximab o golimumab. Variables: edad, género, ciudad de origen, características clínicas, manifestaciones extraintestinales. Análisis estadístico: los resultados se analizaron con estadística descriptiva y medidas de tendencia central y dispersión para variables cuantitativas; para variables cualitativas se usaron frecuencias y porcentajes. Para el análisis bivariado se usó ji cuadrada y se consideró una  $p < 0,05$  como significativa.

**Resultados:** Se incluyó a 26 pacientes bajo tratamiento con infliximab (12 pacientes) y golimumab (14 pacientes) resistentes al tratamiento convencional, con 46,15% de mujeres y 53,84% de hombres; el promedio de edad fue de 39,07 años (con una desviación estándar de  $\pm 12,72$ ); el 65,38% era originario de Puebla y el 34,62% de estados como Tlaxcala y Ciudad de México.

**Tabla 1.** Coeficiente de correlación de Pearson. (Dom039)

		Hb	Hto	VCM	Leucocitos	VSG	PCR	Truelove y Witts	Edad
pH fecal	Correlación de Pearson	-0,026	0,098	-0,143	0,023	-0,083	0,041	-0,048	0,027
	Sig. (bilateral)	0,840	0,450	0,267	0,857	0,521	0,751	0,713	0,835
Hb	Correlación de Pearson		0,549**	0,226	0,015	-0,052	-0,333**	-0,119	-0,233
	Sig. (bilateral)		0,000	0,077	0,907	0,685	0,008	0,357	0,069
Hto	Correlación de Pearson			0,001	-0,032	0,041	-0,263*	-0,148	-0,209
	Sig. (bilateral)			0,995	0,806	0,750	0,039	0,250	0,103
VCM	Correlación de Pearson				-0,123	0,178	-0,033	0,023	0,196
	Sig. (bilateral)				0,342	0,166	0,799	0,862	0,128
Leucocitos	Correlación de Pearson					0,058	-0,019	-0,070	-0,445**
	Sig. (bilateral)					0,653	0,884	0,587	0,000
VSG	Correlación de Pearson						0,013	0,082	0,203
	Sig. (bilateral)						0,919	0,525	0,113
PCR	Correlación de Pearson							0,042	0,092
	Sig. (bilateral)							0,747	0,479
Truelove y Witts	Correlación de Pearson								-0,012
	Sig. (bilateral)								0,927

\*La correlación es significativa en el nivel de 0,05 (bilateral).

\*\*La correlación es significativa en el nivel de 0,01 (bilateral).

Hb, hemoglobina; Hto, hematócrito; VCM, volumen corpuscular medio; VSG, velocidad de sedimentación globular; PCR, proteína C reactiva.

En esta última cifra se identificó dependencia a los corticoides y resistencia a estos fármacos en 1 paciente (3,85%). En el 26,92% de los pacientes había alguna manifestación extraintestinal como artralgias (15,38), epiescleritis (7,69%) y colangitis esclerosante primaria y cirrosis hepática Child-Pugh B en 1 paciente (3,85%). Respecto de la extensión de la enfermedad por la escala de Montreal, 4 (15,38%) mostraron proctitis E1, 10 (38,46%) colitis izquierda E2 y 12 (46,15%) pancolitis E3. En cuanto al índice endoscópico de Mayo, 16 pacientes (61,53%) registraron un índice de Mayo 0, 8 (30,76%) de Mayo 1 y 2 (7,69%) actividad de Mayo 2. En cuanto al informe histológico, 20 pacientes (76,92%) mostraron actividad leve de Geboes 1,1 y 6 (23,08%) no revelaron cambios en la configuración. Hasta 21 pacientes (80,76%) experimentaron remisión clínica por el índice de Truelove, 5 (19,23%) actividad moderada; 2 pacientes hombres, adultos jóvenes y originarios del estado de Tlaxcala sufrieron un brote grave de la enfermedad cuando se realizó el cambio del fármaco biológico de infliximab a golimumab. Se comparó la respuesta al tratamiento tras 12 meses del inicio con infliximab y golimumab demostrada por el índice de Mayo clínico ( $p = 0,71$ ) e índice de Truelove ( $p = 0,09$ ) en ambos casos; los resultados no fueron estadísticamente significativos (Tabla 1). **Conclusiones:** Este estudio establece que el tratamiento con infliximab y golimumab no mostró diferencia significativa en la respuesta clínica, endoscópica, bioquímica e histológica en pacientes con colitis ulcerosa resistente y que se asemeja a la notificada en las publicaciones médicas; sin embargo, es importante considerar algunos factores que pueden contribuir a la falla de respuesta, como el estado de origen, el género y la extensión de la enfermedad. **Financiamiento:** Ninguno.

## Dom041

### EVALUACIÓN DE LA ACTIVIDAD DE LA COLITIS ULCEROSA EN EL HOSPITAL DE ESPECIALIDADES PUEBLA: COMPARACIÓN DE ÍNDICES CLÍNICOS Y REPORTE HISTOPATOLÓGICO

M. Molina-López, K. Romero-Gómez, D. G. Lindoro-Barraza, M. S. Cuevas-Maldonado, Centro Médico Nacional Manuel Ávila Camacho, Instituto Mexicano del Seguro Social

**Introducción:** En términos históricos, la gravedad de la colitis ulcerosa (CU) se ha evaluado con los criterios de Truelove y Witts. Estos criterios son fáciles

**Tabla 1.** Caracterización de pacientes, factores demográficos, clínicos, endoscópicos e histológicos de pacientes con CU. (Dom040)

Variable	Número de pacientes	%
<b>Género</b>		
Hombres	14	53,85
Mujeres	12	46,15
<b>Edad promedio</b>	39 ( $\pm 12,72$ )	-
<b>Lugar de origen</b>		
Puebla	17	65,38
Otros estados	9	34,62
<b>Corticoides</b>		
Dependencia de corticoides	9	34,62
Resistencia de corticoides	1	3,85
<b>Manifestaciones extraintestinales</b>		
Artralgias	4	15,38
Epiescleritis	2	7,69
CEP y cirrosis Child-Pugh B	1	3,85
<b>Tratamiento recibido</b>		
Infliximab	12	46,15
Golimumab	14	53,85
<b>Respuesta al tratamiento</b>		
<b>Extensión de enfermedad por Montreal</b>		
Proctitis E1	2 (16,67%)	0
Colitis izquierda E2	4 (33,33%)	8 (57,14%)
Pancolitis E3	6 (50%)	6 (42,86%)
<b>Remisión endoscópica Mayo</b>		
Normal 0	8 (66,67%)	8 (57,14%)
Leve 1	4 (33,33%)	5 (35,71%)

Moderado 2	0	1 (7,14%)
Grave 3	0	0
<b>Índice de Geboes</b>	<b>Infliximab y golimumab</b>	<b>%</b>
Leve	20	76,92
Cambios de configuración	6	23,08
<b>Índice de Truelove-Witts</b>	<b>Infliximab</b>	<b>Golimumab</b>
Inactivo	5 (42,66%)	6 (42,85%)
Leve	3 (25%)	7 (50%)
Moderado	4 (33,33%)	1 (7,14%)

de usar y útiles para determinar la necesidad de hospitalización, no ofrecen una medida cuantitativa o a largo plazo de la gravedad, excluyen síntomas nocturnos y manifestaciones extraintestinales, y no consideran la gravedad endoscópica o histopatológica. Se han propuesto varios índices cuantitativos para evaluar la actividad de la enfermedad como la puntuación de Mayo, el índice Seo, el índice de Rachmilewitz, el índice de actividad clínica simple de colitis (SCCAI), el PRO2, y otros más. De estos índices de actividad clínica no validados existe un consenso general de que se correlacionan con la actividad endoscópica de la enfermedad.

**Objetivo:** Comprobar la eficacia de estas escalas para valorar su sensibilidad y especificidad en la población mexicana en un hospital de especialidades.

**Material y métodos:** Se realizó un estudio comparativo de proceso, escrutinio y transversal. La población del estudio consistió en pacientes con diagnóstico confirmado de CU que acudieron a la consulta externa del hospital. Se seleccionó a 49 pacientes mediante un muestreo por conveniencia. Los criterios de inclusión fueron: mujeres u hombres, con edad de 25 a 55 años de edad, diagnóstico de enfermedad inflamatoria intestinal de tipo colitis ulcerativa crónica idiopática establecido por biopsia, pacientes atendidos en el Hospital de Especialidades Manuel Ávila Camacho del IMSS, con colonoscopia y estudios de laboratorio para confirmar datos de actividad. Criterios de exclusión: diagnóstico de colitis indeterminada, enfermedad de Crohn y CUCI con proctocoliectomía. Los datos recopilados se analizaron con GraphPad 10. Se calcularon las medidas de centralización y dispersión para los parámetros clínicos y bioquímicos. Se utilizó el método de Wilson-Brown para la sensibilidad y la especificidad.

**Resultados:** Se incluyeron 49 evaluaciones de pacientes dentro de las consultas para valorar la gravedad de la enfermedad en pacientes mexicanos con diagnóstico definitivo de CUCI. Se evaluó la comparación del informe histopatológico como parámetro y norma de referencia, con el índice de Truelove y Witts modificado, índice del Colegio Americano de Gastroenterología del 2019, índice de Mayo subendoscópico e índice integral de Yamamoto-Furusho. De acuerdo con los resultados, se realizó un promedio ponderal de acuerdo con cada una de las categorías con resultados de las escalas: Truelove y Witts modificado (S: 0,33-E: 0,78), índice del Colegio Americano de Gastroenterología del 2019 (S: 0,55-E: 0,85), índice de Mayo subendoscópico (S: 0,67-E: 0,86) e índice integral de Yamamoto-Furusho (S: 0,76-E: 0,89) (Tabla 1).

**Conclusiones:** Aunque algunas de las escalas evaluadas carecen de validación formal, se ha señalado que las utilizadas en la práctica clínica diaria pueden no proporcionar una evaluación precisa de la actividad de la enfermedad en pacientes con colitis ulcerosa idiopática (CUCI). En este estudio se valoró el desempeño de varias escalas clínicas y se observó que la sensibilidad de la escala de Truelove y Witts decreció significativamente al no tener pacientes en la categoría de actividad grave de la enfermedad. La escala ACG2019 demostró una sensibilidad moderada en la detección de la enfermedad leve y moderada. La sensibilidad de la escala de Mayo fue consistente en todos los grados de gravedad. El índice de Yamamoto-Furusho mostró el mejor desempeño entre todas las escalas evaluadas, con una sensibilidad superior en la detección de la actividad de la enfermedad en todos los grados de gravedad, incluso en la categoría de actividad grave de la enfermedad.

**Financiamiento:** Sin financiamiento.

Tabla 1. Resultados y comparación de escalas. (Dom041)

Escalas	Sensibilidad	Especificidad	VPP	VPN
Actividad de enfermedad: remisión				
RHP vs. Truelove y Witts	0,45	0,85	0,71	0,65
RHP vs. ACG2019	0,69	0,86	0,64	0,88
RHP vs. índice de Yamamoto	0,68	0,87	0,73	0,85

RHP vs. Mayo	0,75	0,86	0,64	0,91
Actividad enfermedad: leve				
RHP vs. Truelove y Witts	0,30	0,73	0,50	0,54
RHP vs. ACG2019	0,50	0,74	0,21	0,91
RHP vs. índice de Yamamoto	0,70	0,82	0,50	0,91
RHP vs. Mayo	0,66	0,80	0,42	0,91
Actividad enfermedad: moderada				
RHP vs. Truelove y Witts	0,25	0,73	0,07	0,91
RHP vs. ACG2019	0,47	0,92	0,84	0,66
RHP vs. índice de Yamamoto	0,68	1,0	1,0	0,83
RHP vs. Mayo	0,52	0,87	0,69	0,77
Actividad enfermedad: grave/fulminante				
RHP vs. Truelove y Witts	-	0,83	0,0	1,0
RHP vs. ACG2019	0,57	0,90	0,50	0,92
RHP vs. índice de Yamamoto	1,0	0,89	0,37	1,0
RHP vs. Mayo	0,54	0,94	0,75	0,87

## Dom042

### ANÁLISIS DEMOGRÁFICO DE PACIENTES CON COLITIS ULCEROSA CRÓNICA IDIOPÁTICA SOMETIDOS A PROCTOCOLECTOMÍA RESTAURATIVA CON RESERVORIO ILEAL: UN ESTUDIO UNICÉNTRICO DE LOS ÚLTIMOS 12 AÑOS

M. Philippe-Ponce, E. Contreras-Avilés, A. Guinea-Lagunes, S. G. Almeida-Del Prado, R. Y. López-Pérez, J. A. Villanueva-Herrero, B. Jiménez-Bobadilla, J. L. De León-Rendón, Clínica de Enfermedad Inflamatoria Intestinal, Servicio de Coloproctología, Hospital General de México Dr. Eduardo Liceaga

**Introducción:** La colitis ulcerosa crónica idiopática (CUCI) se caracteriza por una inflamación crónica idiopática confinada al colon y el recto. La proctocoliectomía restaurativa con reservorio ileal (PCRRI) es el tratamiento quirúrgico de elección para los pacientes con CUCI que requieren una operación electiva. Este procedimiento se ha vuelto menos invasivo y, en general, proporciona una calidad de vida satisfactoria, salvo en los casos en que los pacientes desarrollan complicaciones posteriores, como la *pouchitis*. La evolución de las técnicas quirúrgicas, la preparación preoperatoria y el seguimiento posoperatorio son clave para mejorar los resultados de largo plazo.

**Objetivo:** Evaluar y analizar los resultados clínicos y las complicaciones en pacientes con CUCI sometidos a PCRRI en un servicio de coloproctología de un hospital de tercer nivel en México.

**Material y métodos:** Se realizó un estudio retrospectivo en pacientes con CUCI sometidos a PCRRI en el servicio de coloproctología del Hospital General de México Dr. Eduardo Liceaga durante el periodo comprendido entre 2010 y 2022. La muestra incluyó a 14 pacientes y se analizaron variables demográficas y clínicas a partir de los registros médicos. Para el análisis estadístico se usaron medidas de tendencia central (media) y dispersión (desviación estándar) para variables cuantitativas, así como frecuencias y porcentajes para las variables cualitativas. Para el análisis de los datos se empleó el paquete estadístico SPSS versión 24.

**Resultados:** De los pacientes incluidos en este estudio, el 57,9% correspondió a mujeres. La edad promedio de los pacientes fue de 34,86 años, con una desviación estándar de 7,94 años. Todos los pacientes (100%) se diagnosticaron con CUCI y extensión E3 (pancolitis), según la clasificación de Montreal. Los pacientes se sometieron a PCRRI por falta de respuesta al tratamiento quirúrgico. La técnica quirúrgica más común fue la proctocoliectomía total con reservorio en "J", realizada en 13 pacientes (92,9%). Un paciente (7,1%) se sometió a una proctocoliectomía total con reservorio en "D". Hubo un caso de falla del reservorio (7,1%), en la cual se practicó la escisión de este y la confección de un nuevo reservorio en "W". Un paciente, al principio diagnosticado con CUCI E3, se reclasificó como enfermedad de Crohn (Montreal A2L4B2), 17 años después de la confección del reservorio y en la actualidad bajo tratamiento con antiinterleucina 12-23. El intervalo de tiempo entre el diagnóstico de CUCI y la confección del reservorio fue de 3,86 años. La frecuencia de reservoritis fue del 28,6% y estos pacientes mostraron reservoritis crónica resistente y se trataron con antiintegrinas. Las características

clínicas y demográficas de los pacientes incluidos en el estudio se muestran en la **Tabla 1**.

**Conclusiones:** Este estudio ofrece una perspectiva esclarecedora de la PCRR1 en pacientes con CUCI en un hospital de tercer nivel en México. Destaca la preferencia por la proctocolectomía total con reservorio en "J". Las complicaciones, como los fallos en el reservorio y el cambio en el diagnóstico a enfermedad de Crohn y la presencia de reservoritis crónica resistente, subrayan los desafíos de la atención quirúrgica, las estrategias de tratamiento más efectivas y una vigilancia continua.

**Tabla 1.** Características clínicas y demográficas de los pacientes con CUCI sometidos a PCRR1. (Dom042)

Variable	Pacientes
n = 14	
<b>Género, n (%)</b>	
Femenino	8 (57,9)
Masculino	6 (42,1)
<b>Edad, (media ± DE)</b>	34,86 ± 7,94
<b>Intervalo de tiempo entre el diagnóstico de CUCI y la primera cirugía, (media ± DE)</b>	3,86 ± 1,81
<b>Diagnóstico, (n)%</b>	
CUCI E3 (pancolitis)	14 (100)
<b>Tipo de cirugía, (n)%</b>	
Proctocolectomía total con reservorio "J"	13 (92,9)
Proctocolectomía total con reservorio "D"	1 (7,1)
<b>Pacientes con tratamiento biológico*</b>	
Ustekinumab	1 (7,1)
Vedolizumab	4 (28,6)
<b>Complicaciones</b>	
Falla del reservorio	1 (7,1)
Reservoritis **	4 (28,6)

\* Posterior a la construcción del reservorio. \*\* Reservoritis crónica resistente.

## Dom043

### TOFACITINIB INHIBIDOR DE JAK, UN NUEVO MECANISMO DE ACCIÓN EN PACIENTES CON COLITIS ULCEROSA: SERIE DE CASOS

F. Martínez-Silva, J. I. Carrillo-Rojas, M. Soto-Villalpando, Hospital de Especialidades, Instituto Mexicano del Seguro Social

**Introducción:** Desde la década de 1990, cuando inició el tratamiento anti-TNF en los pacientes con enfermedad inflamatoria intestinal, el panorama clínico permitió la modificación de la evolución natural de la enfermedad; sin embargo, se observa la pérdida de respuesta hasta en 46% después de un año. Por lo tanto, nuevas clases terapéuticas representan no solo una opción, sino una necesidad del arsenal terapéutico. El tofacitinib es una molécula pequeña e inhibidor oral de la cinasa Janus (JAK) autorizado para la colitis ulcerosa (CU) de leve a moderada que ha demostrado eficacia y seguridad en comparación con el placebo en estudios de largo plazo hasta 52 semanas.

**Objetivo:** Describir las características demográficas de la población con colitis ulcerosa de moderada a grave tratada con tofacitinib en un centro de tercer nivel de la Ciudad de México.

**Informe de casos:** Se incluyó a siete pacientes con CU moderada a grave, evaluados entre el 1 de agosto del 2023 y el 14 marzo del 2024; el seguimiento promedio fue de 16 semanas (12-17). La edad promedio fue de 41,8 años, con 5 (71%) mujeres y 2 (28,5%) hombres; el 85% tenía afectación (Montreal E3), con una duración promedio de la enfermedad de 6,5 años. El 71% sufría falla al tratamiento anti-TNF (tres pacientes a un solo anti-TNF [60%] y 2 [40%] a dos anti-TNF). El 28% de los pacientes carecía de exposición previa a los fármacos biológicos. El 57% de los pacientes sufría una o más manifestaciones extraintestinales (MEI) (**Tabla 1**), las más frecuentes

de las cuales eran las artralgias periféricas. Todos los pacientes consumían de forma concomitante prednisona a dosis variables (10-20 mg). El 28,5% presentó dislipidemia transitoria a expensas de colesterol que mejoró con la administración de atorvastatina. La respuesta clínica (disminución del sangrado y número de evacuaciones a una subcalificación de Mayo  $\leq 1$ ) de la CU se observó en el 100% de los pacientes en la semana 4; sin embargo, solo el 71% la mantuvo hasta la semana 8 y 42% hasta la 16. La respuesta bioquímica se valoró con PCR y se registró mejoría a la semana 10 con un valor promedio de 3,5 mg/L respecto de la PCR basal de 78 mg/L. No se contó con controles endoscópicos en ningún caso. No se logró el retiro de la prednisona en ninguno de los casos al final de la evaluación (las dosis promedio de prednisona fueron de 7,5 mg/día).

**Discusión:** Las necesidades no satisfechas de los pacientes con colitis ulcerosa se limitaban hasta hace unos meses en este hospital a los tratamientos anti-TNF, pero con la llegada de nuevos mecanismos de acción existe ya una alternativa. La serie presentada se integró con pacientes que sufrían en su mayoría falla a uno o dos anti-TNF y eran dependientes de larga data de los esteroides. De acuerdo con lo que describieron Panes *et al.*, la mejoría clínica de los pacientes en los estudios OCTAVE fue la disminución de 30% o más de la puntuación inicial de Mayo, la cual se logró en el grupo de pacientes presentados en la semana 8; este grupo de pacientes, al igual que los incluidos en los estudios, consumían de modo concomitante esteroides no modificables durante los estudios de inducción. En este protocolo, el tiempo de evaluación fue corto, lo que hace poco valorable la respuesta clínica y bioquímica. A pesar de esto, la eficacia demostrada no varía en grado significativo; la presencia de dislipidemia se prevé en los estudios OCTAVE y es transitoria con tratamiento. La ganancia adicional es la mejoría de las artralgias.

**Conclusiones:** El tofacitinib representa una nueva opción terapéutica en los pacientes con CU moderada a grave, con pocos efectos adversos. La evaluación fue corta, por lo que un seguimiento a largo plazo con una muestra mayor puede revelar los beneficios de este tratamiento.

**Financiamiento:** No se recibió financiamiento para este trabajo.

**Tabla 1.** Características demográficas de los pacientes con colitis ulcerosa. (Dom043)

Edad	41,8 años (18-60)
<b>Género</b>	
Mujeres	5 (71%)
Hombres	2 (28,5%)
<b>Montreal</b>	
E3	6 (85%)
e2	1 (14,2%)
Duración de la enfermedad	6,5 años (3 meses-19 años)
<b>MEI</b>	
Artralgias	4 (100%)
<b>Falla anti-TNF</b>	
Uno	3 (60%)
Dos	2 (40%)

## Dom044

### UTILIDAD DEL ANCHO DE DISTRIBUCIÓN ERITROCITARIA EN LA EVALUACIÓN DE LA ACTIVIDAD DE LA COLITIS ULCEROSA CRÓNICA IDIOPÁTICA Y SU CORRELACIÓN CON BIOMARCADORES INFLAMATORIOS

E. Contreras-Avilés, M. Philippe-Ponce, A. Guinea-Lagunes, S. G. Almeida-Del Prado, R. Y. López-Pérez, B. Jiménez-Bobadilla, J. L. De León-Rendón, Hospital General de México Dr. Eduardo Liceaga

**Introducción:** La colitis ulcerosa crónica idiopática (CUCI) causa inflamación crónica del colon y recto, con afectación significativa de la calidad de vida de los pacientes debido a sus síntomas variables. El tratamiento eficaz de la CUCI requiere una evaluación precisa de la actividad inflamatoria mediante biomarcadores como la calprotectina fecal (CPF), la proteína C reactiva (PCR) y la velocidad de sedimentación globular (VSG). El ancho de distribución



eritrocitaria (ADE) es un parámetro de laboratorio derivado de un análisis de sangre completo que mide la variabilidad en el tamaño de los eritrocitos. Un valor elevado de ADE puede indicar procesos inflamatorios y estrés oxidativo. Este parámetro está disponible con facilidad y puede proporcionar información pronóstica importante en pacientes con múltiples alteraciones inflamatorias y crónicas.

**Objetivo:** Evaluar la utilidad del ADE en la evaluación de la actividad de la CUCI y su correlación con otros marcadores bioquímicos (VSG, PCR, CPF).

**Material y métodos:** Se llevó a cabo un estudio transversal, relacional y analítico en el que se incluyó a 94 pacientes con CUCI atendidos en la clínica de enfermedad inflamatoria intestinal del Hospital General de México Dr. Eduardo Liceaga. Se recopilaron datos de los pacientes, incluidas variables demográficas y clínicas (extensión de la enfermedad, edad al diagnóstico, manifestaciones extraintestinales y tratamientos recibidos). La actividad de la CUCI se clasificó de acuerdo con el nuevo índice integral de Yamamoto-Furusho (NIIYF) para la evaluación de la CUCI, que incluye parámetros clínicos, bioquímicos, endoscópicos e histológicos, y categoriza a los pacientes en inactivos o con actividad leve, moderada o grave. Se evaluaron los valores de ADE, CPF, PCR y VSG. Se realizó un análisis descriptivo y comparativo, así como un análisis de correlación de variables de acuerdo con su distribución, con uso de las pruebas estadísticas correspondientes. El análisis de datos se efectuó con el paquete estadístico SPSS versión 29.

**Resultados:** De los pacientes incluidos en el estudio, el 53,2% correspondió a mujeres. La edad promedio de los pacientes fue de 41,7 años ( $\pm 12,8$ ) y la edad promedio al diagnóstico de 32 años ( $\pm 12,52$ ). La mayoría de los pacientes (62,8%) se clasificó como E3 según la clasificación de Montreal. La actividad de la CUCI, medida por el NIIYF, mostró que el 57,4% de los pacientes tenía actividad moderada. Los valores medianos de los biomarcadores fueron: VSG de 11 mm/h (rango intercuartílico, 4-19,2), PCR de 4,1 mg/L (rango intercuartílico, 1,1-12,6), CPF de 258  $\mu\text{g/g}$  (rango intercuartílico, 69,1-800) y ADE de 15,9 ( $\pm 4,2$ ). El análisis comparativo mostró diferencias significativas entre los valores de ADE y el grado de actividad de la enfermedad según el NIIYF ( $p = 0,04$ ). Además, se encontró una correlación positiva entre los valores de ADE y la puntuación del NIIYF ( $r = 0,25$ ;  $p = 0,1$ ), PCR ( $r = 0,32$ ;  $p = 0,001$ ), VSG ( $r = 0,53$ ;  $p < 0,001$ ) y CPF ( $r = 0,23$ ;  $p = 0,2$ ). No se hallaron nexos ni correlaciones significativas entre el RDW y el género, la edad, la edad al diagnóstico, la extensión de la enfermedad, las manifestaciones extraintestinales y el tipo de tratamiento recibido por los pacientes con CUCI. Los resultados se muestran en la **Tabla 1**.

**Conclusiones:** Este estudio demuestra que el ADE puede ser un biomarcador útil para evaluar la actividad de la CUCI. Se identificó una correlación significativa entre los valores de ADE y otros biomarcadores inflamatorios como CPF, VSG y PCR. Este parámetro está disponible con facilidad y puede proporcionar información pronóstica importante, lo cual mejorará así el control clínico de los pacientes con CUCI.

**Financiamiento:** Sin ningún tipo de financiamiento.

**Tabla 1.** N = 94 (100%). (Dom044)

Sexo, n (%)	
Masculino	44 (46,8)
Femenino	50 (53,2)
Edad (X $\pm$ DE)	
	41,7 $\pm$ 12,8
Edad diagnóstica (X $\pm$ DE)	
	32 $\pm$ 12,52
Clasificación de Montreal, n (%)	
E1	9 (9,6)
E2	26 (27,7)
E3	59 (62,8)
Tratamiento convencional, n (%)	
5-ASA oral	26 (27,65)
5-ASA + Inmunomodulador	11 (11,70)
5-ASA combinado	10 (10,63)
5-ASA tóxico	8 (8,51)
5-ASA + esteroide	8 (8,51)
Tratamiento biológico, n (%)	
	31 (32,97)

Antiintegrina	26 (27,65)
Antiinterleucina 12-23	3 (3,19)
Anti-TNF	2 (2,12)
Manifestaciones extraintestinales, n (%)	
Negativas	67 (71,3)
Positivas	27 (28,7)
NIIYF, n (%)	
Remisión	19 (19,1)
Leve	21 (22,3)
Moderada	54 (57,4)
Grave	1 (1,1)
VSG	11 (4-19,2) *
PCR	4,1 (1,1-12,6) *
CPF	258 (69,1-800) *
RDW (X $\pm$ DE)	15,9 $\pm$ 4,2

\* Las cifras se expresan en medianas y rangos intercuartílicos.

## Dom045

### RELACIÓN DE LINFOCITOS/LDH COMO INDICADOR DE ACTIVIDAD EN PACIENTES CON COLITIS ULCERATIVA CRÓNICA IDIOPÁTICA

D. B. Lorenzo-Valle, M. Phillippe-Ponce, Hospital General de México Dr. Eduardo Liceaga

**Introducción:** La colitis ulcerativa crónica idiopática (CUCI) es una enfermedad crónica y repetitiva caracterizada por la inflamación de la mucosa del colon; el plan de tratamiento se determina de acuerdo con el sitio en el colon y la actividad de la enfermedad. A pesar del éxito en la práctica, los estudios endoscópicos e histopatológicos son invasivos, costosos y no siempre se encuentran al alcance de los servicios públicos. Los linfocitos son una parte importante del sistema inmunitario hereditario y constituyen entre 3% y 8% de los leucocitos circulantes. Durante la respuesta inflamatoria secretan citocinas proinflamatorias y prooxidantes. Por el contrario, el colesterol de alta densidad de la lipoproteína (HDL) neutraliza los efectos proinflamatorios de los monocitos; sobre la base de esto se ha propuesto la relación linfocitos/HDL como marcador inflamatorio.

**Objetivo:** Determinar la relación de linfocitos/LDH y su nexo como indicador de actividad en pacientes con colitis ulcerativa crónica idiopática (CUCI).

**Material y métodos:** Se realizó un estudio transversal, relacional y analítico en el que se incluyó a 76 pacientes con diagnóstico de CUCI, mayores de 18 años, provenientes de la consulta de gastroenterología y la clínica de enfermedad inflamatoria intestinal del Hospital General de México. Se recopilaron los datos demográficos, clínicos, bioquímicos, endoscópicos e histológicos de cada paciente. La actividad de la CUCI se evaluó mediante las escalas de True-love y Witts, subclasificación de Mayo, nuevo índice integral de enfermedad (NIIIE) o índice de Yamamoto-Furusho e índice histológico de Riley. Se midieron los valores de linfocitos y LDH a todos los participantes. Los datos se analizaron mediante el paquete SPSS versión 26 para evaluar la correlación entre los diferentes índices de actividad utilizados y el índice de linfocitos/LDH.

**Resultados:** Las características clínicas, bioquímicas y demográficas de los pacientes incluidos en el estudio se describen en la **Tabla 1**. Se encontró una correlación positiva entre los valores de calprotectina fecal, velocidad de sedimentación y gravedad clínica de la enfermedad por NIIIE ( $r = -0,26$ ;  $p = 0,01$ ). Sin embargo, no se observaron relaciones ni correlaciones entre el índice linfocitos/LDH y la gravedad clínica, bioquímica y endoscópica de los pacientes con CUCI.

**Conclusiones:** Estos hallazgos sugieren que la activación de los linfocitos y su interacción con LDH como control de inflamación puede desempeñar un papel específico en la patogenia de la CUCI, y es indicador de regulación de estrés oxidativo, con afectación sobre todo de la integridad del epitelio



intestinal. Se requieren estudios adicionales para comprender mejor la relación entre los valores de linfocitos/ LDH; sin embargo, existe correlación positiva con marcadores de inflamación y la actividad de la enfermedad en pacientes con CUCI, lo que proporciona métodos de seguimiento eficaces, de bajo costo y al alcance de los servicios públicos como orientación en el control de esta enfermedad.

**Financiamiento:** No se recibió ningún tipo de financiamiento.

**Tabla 1.** Características de los pacientes con CUCI, n = 76. (Dom045)

<b>Edad media, años</b>	<b>40,7 ± 13,3 años</b>
Masculino	29 (38,2)
Femenino	47 (61,8)
Reactantes de fase aguda, mediana	
Calprotectina fecal	308,5 (74,6-800,0)
PCR	4,3 (1,12-14,2)
VSG	11,0 (4,0-18,5)
Extensión, n (%)	
Proctitis	10 (13,0)
Colitis izquierda	25 (32,6)
Pancolitis	41 (53,3)
Actividad clínica, n (%) - NIIIE o índice de Yamamoto-Furusho	
Inactiva	14 (18,4)
Leve	45 (59,2)
Moderada	1 (1,3)
Grave	
Actividad clínica, n (%) - Escala de Truelove y Witts	
Inactiva	18 (23,7)
Leve	2 (2,6)
Moderada	0 (0)
Grave	
Actividad endoscópica, n (%) - Escala de Mayo	
Inactiva	16 (21,1)
Leve	10 (13,2)
Moderada	24 (31,6)
Grave	26 (34,2)
Actividad histológica, n (%) - Índice de Riley	
Inactiva	17 (22,4)
Leve	13 (17,1)
Moderada	39 (51,3)
Grave	7 (9,2)
Tratamiento médico, n (%)	
Tratamiento convencional	61 (80,3)
Biológico	15 (19,6)

## Dom046

### IMPACTO CLÍNICO DEL TRATAMIENTO CON VEDOLIZUMAB EN PACIENTES CON COLITIS ULCEROSA CRÓNICA IDIOPÁTICA: EVIDENCIA DE UN ESTUDIO DEL MUNDO REAL EN MÉXICO

E. Contreras-Avilés, M. Philippe-Ponce, A. Guinea-Lagunes, S. G. Almeida-Del Prado, R. Y. López-Pérez, B. Jiménez-Bobadilla, J. L. De León-Rendon, Hospital General de México Dr. Eduardo Liceaga

**Introducción:** La colitis ulcerosa crónica idiopática (CUCI) es una enfermedad inflamatoria crónica que afecta la mucosa del colon y altera en grado significativo la calidad de vida de los pacientes. El vedolizumab (VDZ), un anticuerpo monoclonal humanizado, inhibe específicamente la integrina

α4β7 de los leucocitos, y con ello evita su interacción con la molécula de adhesión celular adhesina de la mucosa 1 (MADCAM-1) y limita el desplazamiento de los linfocitos al tejido intestinal. Este tratamiento está indicado para la CUCI de moderada a grave en pacientes que no responden a medidas convencionales o antagonistas del factor de necrosis tumoral α. Además, el VDZ ha demostrado ser una modalidad de primera línea eficaz para pacientes con CUCI. Sin embargo, los estudios en el mundo real sobre la efectividad de VDZ en el tratamiento de la CUCI en América Latina y en México son escasos. **Objetivo:** Evaluar el efecto del tratamiento con VDZ durante un periodo de 12 semanas en pacientes con CUCI mediante la medición de parámetros clínicos y bioquímicos.

**Material y métodos:** Se realizó un estudio transversal relacional y analítico en el que se incluyó a 27 pacientes de la clínica de enfermedad inflamatoria intestinal del Hospital General de México Dr. Eduardo Liceaga, con diagnóstico de CUCI, tratados con VDZ. Se recopilaron datos demográficos y clínicos, incluidos edad, género, características de la enfermedad, manifestaciones extraintestinales y marcadores bioquímicos como valores de proteína C reactiva (PCR) y calprotectina fecal (CPF). La actividad de la enfermedad se evaluó con la escala de Truelove y Witts. Los datos se analizaron mediante estadísticas descriptivas para resumir las características demográficas y clínicas de los pacientes. Las variables continuas se presentan como medias y desviaciones estándar o medianas y rangos intercuartílicos, según correspondiera. Las diferencias en los parámetros clínicos y bioquímicos antes y después del tratamiento se evaluaron con pruebas t pareadas o pruebas de rangos con signo de Wilcoxon, según fuera la distribución de los datos. Los intervalos de confianza (IC) del 95% se calcularon para las diferencias en las medias (Δ). Se consideraron significativos los valores de  $p < 0,05$ .

**Resultados:** De los pacientes incluidos en el estudio, la mayoría correspondió a hombres (59,3%), con una edad media de  $40,11 \pm 13,28$  años. La clasificación de Montreal mostró que el 66,7% de los pacientes presentaba como extensión pancolitis (E3). Un dato relevante es que el 96,3% de los pacientes no había tenido exposición previa a los fármacos biológicos. Tras 12 semanas de tratamiento biológico, se observó una reducción significativa de la puntuación de Truelove y Witts, que pasó de  $13,4 \pm 2,72$  a  $9,9 \pm 1,4$  ( $\Delta = -3,5$ ; IC95%:  $-4,6$  a  $-2,4$ ;  $p < 0,001$ ), y de los valores de calprotectina fecal, con caída de  $1\ 559$  ( $449-2\ 200$ ) a  $256$  ( $58,1-586$ ) ( $\Delta = -1\ 303$ ; IC95%:  $-1\ 750$  a  $-856$ ;  $p < 0,001$ ). En contraste, las cifras de proteína C reactiva no mostraron una diferencia significativa. Las características demográficas y clínicas de los pacientes incluidos en el estudio se muestran en la **Tabla 1**.

**Conclusiones:** El tratamiento con VDZ durante 12 semanas en pacientes con CUCI demostró una notable eficacia clínica y bioquímica, con una reducción significativa de la puntuación de Truelove y Witts y los valores de calprotectina fecal. Estos resultados destacan que el VDZ es un tratamiento de primera línea eficaz y seguro para CUCI, con mejoría significativa de los resultados clínicos en pacientes sin exposición previa a fármacos biológicos. Este estudio aporta valiosa información sobre el uso de VDZ en América Latina y México, donde los estudios en el mundo real son limitados.

**Financiamiento:** Sin ningún tipo de financiamiento.

**Tabla 1.** Características demográficas y clínicas de los pacientes con CUCI incluidos en el estudio. (Dom046)

	n = 27	Valor de p
<b>Sexo, n (%)</b>		-
Masculino	16 (59,3)	
Femenino	11 (40,7)	
<b>Edad (X ± DE)</b>	40,11 ± 13,8	-
<b>Clasificación de Montreal, n (%)</b>		-
E1	2 (7,4)	
E2	7 (25,9)	
E3	18 (66,7)	
<b>Manifestaciones extraintestinales, n (%)</b>		-
Sin manifestaciones extraintestinales	20 (74,07)	
Artralgias	6 (22,22)	
Colangitis esclerosante primaria	1 (3,70)	
<b>Antecedentes crónicos degenerativos, n (%)</b>		-
Sin antecedentes crónicos degenerativos	25 (92,59)	
Nefritis lúpica	1 (3,70)	
Hipertensión arterial	1 (3,70)	

Exposición anterior a fármacos biológicos, n (%)	-	
Con exposición	1 (3,70)	
Sin exposición	26 (96,30)	
Valor de CPF al inicio del tratamiento biológico*	1 559 (449 - 2 200)	< 0,001
Valor de CPF a las 12 semanas posteriores al inicio del tratamiento biológico*	256 (58,1 - 586)	
Valor de PCR al inicio del tratamiento biológico*	4,89 (1,07 - 9,58)	> 0,05
Valor PCR a las 12 semanas posteriores al inicio del tratamiento biológico*	4,32 (1-9,4)	
Puntuación TW al inicio del tratamiento biológico (X ± DE)	13,4 ± 2,72	< 0,001
Puntuación TW a las 12 semanas posteriores al inicio del tratamiento biológico (X ± DE)	9,9 ± 1,4	

\* Los valores se presentan en medianas con rangos intercuartílicos. DE, desviación estándar; TW, Escala de Truelove y Witts; CPF, calprotectina fecal; PCR, proteína C reactiva.

## Dom047

### LA ALBÚMINA SÉRICA COMO MARCADOR RELACIONADO AL CURSO CRÓNICO DE LA COLITIS ULCERATIVA CRÓNICA IDIOPÁTICA

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

**Introducción:** El curso de la colitis ulcerosa crónica idiopática (CUCI) se caracteriza por periodos alternados de remisión y recaídas. Si bien se consideran distintas escalas o marcadores para valorar la actividad de la CUCI, solo permiten identificar el estado actual de la enfermedad, sin considerar su curso clínico. El estudio IBSen identificó diversos cursos de la CUCI. La albúmina es un indicador utilizado para evaluar el estado nutricional que se ha vinculado con respuestas farmacológicas y estados activos de la CUCI; sin embargo, su papel como marcador en el curso clínico de la CUCI no es del todo claro.

**Objetivo:** Describir la función de la albúmina sérica como marcador relacionado con el curso clínico en pacientes con CUCI.

**Material y métodos:** Estudio observacional analítico, aceptado por el comité de ética en investigación REF. 4695 que incluyó a pacientes con CUCI atendidos en la clínica de enfermedad inflamatoria intestinal entre noviembre del 2023 y febrero del 2024. Se recabaron los datos clínicos de aquellos que firmaron el consentimiento informado y se definieron cuatro cursos clínicos: a) grave inicial con remisión prolongada, b) crónico intermitente, c) crónico continuo y d) leve con progresión grave. Se buscaron diferencias de los valores de albúmina con la prueba t de Student por cada curso. Se establecieron correlaciones con la prueba de Spearman y se llevó a cabo una regresión logística para evaluar la probabilidad de que los valores de albúmina predijeran la agresividad de la enfermedad. El análisis estadístico se realizó con el programa SPSS v22.

**Resultados:** Se incluyó a 108 pacientes con CUCI y edad promedio de 44 ± 15 años, de los cuales 62 (59%) fueron mujeres. De acuerdo con los criterios de Truelove y Witts: 87 (80%) estuvieron en remisión y, según el índice integral de Yamamoto-Furusho, 59 (55%) estaban en remisión. En relación con el curso clínico: 58 (54%) se clasificaron como afectación grave inicial y remisión prolongada y albúmina de 4,22 ± 0,28; 6 (5%) tenían enfermedad crónica intermitente y albúmina de 3,77 ± 0,59, 15 (14%) crónica continua y albúmina de 3,99 ± 0,45 (p = 0,379) y 29 (27%) leve con progresión grave y albúmina =de 4,00 ± 0,29. De acuerdo con el curso clínico, se reclasificó en aguda y crónica y de esa forma se evaluaron las diferencias entre los valores de albúmina (4,18 ± 0,34 vs. 4,00 ± 0,35, p = 0,008). Se observó una correlación entre la hipoalbuminemia y el curso clínico crónico (r = -0,270, p = 0,005) y la regresión logística indicó que los valores de albúmina entre 3,5

y 4 mg/dL son factores vinculados con el curso agresivo crónico de la CUCI (razón de momios (RM) = 2,6; IC95% 1,006-6,718; p = 0,04).

**Conclusiones:** La albúmina es un biomarcador relacionado con el curso clínico crónico en pacientes con CUCI.

**Financiamiento:** No se recibió financiamiento de ningún tipo.

## Dom048

### CAMBIO DE DIAGNÓSTICO DE COLITIS ULCEROSA CRÓNICA IDIOPÁTICA A ENFERMEDAD DE CROHN: UN ESTUDIO RETROSPECTIVO UNICÉNTRICO

M. Philippe-Ponce, A. Guinea-Lagunes, E. Contreras-Avilés, S. G. Almeida-Del Prado, R. Y. López-Pérez, J. A. Villanueva-Herrero, B. Jiménez-Bobadilla, J. L. De León-Rendón, Clínica de Enfermedad Inflamatoria Intestinal, Servicio de Coloproctología, Hospital General de México Dr. Eduardo Liceaga

**Introducción:** La distinción entre colitis ulcerosa crónica idiopática (CUCI) y la enfermedad de Crohn (EC) puede ser en ocasiones clínicamente desafiante. Existen criterios diagnósticos bien establecidos para la enfermedad inflamatoria intestinal (EII) basados en hallazgos clínicos, colonoscópicos, radiográficos e histológicos. Sin embargo, algunos pacientes con diagnóstico inicial de CUCI pueden después mostrar características propias de la EC, lo que lleva a un cambio diagnóstico. Los estudios poblacionales de Escandinavia han publicado tasas de cambio diagnóstico de CUCI a EC que oscilan entre 3% y 14% en un periodo de seguimiento de cinco años. A pesar de la superposición en el control médico de CUCI y EC, un diagnóstico correcto es crucial para optimizar el tratamiento específico, las intervenciones quirúrgicas y la participación en protocolos clínicos.

**Objetivo:** Determinar la frecuencia del cambio diagnóstico de colitis ulcerosa crónica idiopática a enfermedad de Crohn y describir las características clínicas y demográficas de los pacientes que experimentaron esta transición.

**Material y métodos:** Se llevó a cabo un estudio retrospectivo en la clínica de enfermedad inflamatoria intestinal del Hospital General de México Dr. Eduardo Liceaga. Se revisaron los expedientes clínicos de 164 pacientes diagnosticados con CUCI. Se identificaron aquellos que experimentaron un cambio diagnóstico a EC, documentado mediante hallazgos clínicos, endoscópicos, radiológicos e histológicos consistentes con EC en el periodo de abril de 2023 a abril de 2024. Se recolectaron datos demográficos y clínicos, incluidos edad, género, clasificación de Montreal, tratamientos recibidos e historial quirúrgico. El análisis estadístico se realizó con el software SPSS versión 19 y se aplicaron pruebas de estadística descriptiva para calcular frecuencias y medias con desviación estándar de las características clínicas y demográficas de los pacientes.

**Resultados:** De los 164 pacientes con CUCI, 5 (3,05%) presentaron una transición diagnóstica a EC durante el seguimiento. El tiempo de evolución de la enfermedad (CUCI) hasta el cambio diagnóstico fue de 2,2 ± 1,6 años. La distribución por género fue equitativa: 3 (60%) hombres y 2 (40%) mujeres. La edad promedio al diagnóstico inicial de CUCI fue de 42,46 ± 14,13 años y al momento de la reevaluación y cambio a EC fue de 44,4 ± 14,13 años. Antes del cambio diagnóstico, todos los pacientes tenían CUCI clasificada como E3 según la clasificación de Montreal. Tres pacientes (60%) no se habían sometido a cirugía previa, mientras que en uno se había practicado una colectomía total con reservorio en J en dos tiempos y otro una colectomía total con ileostomía. El número promedio de hospitalizaciones antes del cambio diagnóstico fue de 1,5 ± 0,5. Tres pacientes se hallaban bajo tratamiento con fármacos biológicos y dos con tratamiento convencional antes del cambio diagnóstico. Después del diagnóstico de EC, la mayoría de los pacientes se clasificó como A2 (80%), L3 (60%) y B2 (60%), según la clasificación de Montreal. Un paciente (20%) requirió una resección intestinal ileal con ileostomía. Las características demográficas y clínicas previas y posteriores al diagnóstico de enfermedad de Crohn de los pacientes incluidos en el estudio se muestran en la **Tabla 1**.

**Conclusiones:** En este estudio, el 3,05% de los pacientes inicialmente diagnosticados con CUCI cambió a un diagnóstico de EC en un promedio de 2,2 ± 1,6 años. Estos resultados enfatizan la necesidad de un seguimiento riguroso con reevaluaciones periódicas para mejorar el control y los resultados en pacientes con EII.

**Financiamiento:** No se recibió ningún tipo de financiamiento.

**Tabla 1.** Características demográficas y clínicas antes y después del diagnóstico de enfermedad de Crohn de los pacientes incluidos en el estudio. (Dom048)

Variable	Pacientes (n = 5)
Antes del diagnóstico de Crohn (CUCI)	
Edad al diagnóstico inicial de CUCI, años (media ± DE)	42,46 ± 14,13
Género, (n%)	
Masculino	3 (60)
Femenino	2 (40)
Diagnóstico antes del cambio	
CUCI Montreal E3	5 (100)
Cirugía antes del diagnóstico, (n%)	
- Sin cirugía previa	3 (60)
- Colectomía total con reservorio J en dos tiempos	1 (20)
- Colectomía total + estado de ileostomía	1 (20)
Número de hospitalizaciones (media ± DE)	1,5 ± 0,5
Porcentaje de cambio a EC (%)	3,05
Después del diagnóstico de Crohn (EC)	
Tiempo transcurrido hasta el cambio diagnóstico CUCI → EC, años (media ± DE)	2,2 ± 1,6
Edad al diagnóstico de EC, años (media ± DE)	44,4 ± 14,13
Clasificación de Montreal para EC	
A2	4 (80)
A3	1 (20)
L2	1 (20)
L3	3 (60)
L4	1 (20)
B1	1 (20)
B2	3 (60)
B3	1 (20)
Cirugía después del diagnóstico, (n %)	1 (20%)

EC, enfermedad de Crohn; CUCI, colitis ulcerosa crónica idiopática; Montreal CUCI, clasificación de la extensión de la CUCI: E3: pancolitis. Montreal EC: clasificación de la extensión de la EC por la escala de Montreal A2: 17-40 años; A3 > 40 años; L2: colónico; L3: ileocolónico; L4: digestivo superior; B1: inflamatorio; B2: estenosante; B3: penetrante.

## Dom049

### EFICACIA DE LA TERAPIA COMBINADA CON 5-ASA EN PACIENTES CON COLITIS ULCEROSA CRÓNICA IDIOPÁTICA CON ACTIVIDAD BIOQUÍMICA AISLADA: ESTUDIO DE VIDA REAL

M. Philippe-Ponce, A. Guinea-Lagunes, E. Contreras-Avilés, S. G. Almeida-Del Prado, R. Y. López-Pérez, J. A. Villanueva-Herrero, B. Jiménez-Bobadilla, J. L. De León-Rendón, Clínica de Enfermedad Inflamatoria Intestinal, Servicio de Coloproctología, Hospital General de México Dr. Eduardo Liceaga

**Introducción:** La colitis ulcerosa crónica idiopática (CUCI) es una enfermedad inflamatoria intestinal crónica que afecta de modo predominante al colon y el recto. Se reconoce por una inflamación continua de la mucosa intestinal, lo que provoca síntomas como rectorragia, dolor abdominal y urgencia defecatoria. El objetivo del tratamiento de la CUCI es inducir y mantener la remisión clínica y bioquímica, así como lograr la cicatrización de la mucosa. Los 5-aminosalicilatos (5-ASA), como la mesalazina y la sulfasalazina, son el

tratamiento de primera línea para la CUCI leve a moderada. La combinación de modalidades orales y tópicos puede ofrecer beneficios adicionales en la inducción de la remisión.

**Objetivo:** Evaluar la eficacia del tratamiento combinado con 5-ASA oral y tópico en la inducción de remisión en pacientes con CUCI con actividad bioquímica aislada.

**Material y métodos:** Estudio transversal, relacional y analítico en el que se incluyó a 26 pacientes con diagnóstico de CUCI atendidos en la clínica de enfermedad inflamatoria intestinal del Hospital General de México Dr. Eduardo Liceaga. Los pacientes se encontraban clínicamente inactivos según la escala de Truelove y Witts. Los parámetros de laboratorio, como el recuento de leucocitos, albúmina, proteína C reactiva, potasio sérico y velocidad de sedimentación globular, se hallaban dentro de los límites normales. Sin embargo, la calprotectina fecal (CPF) superaba los 150 µg/g, motivo por el cual los pacientes se consideraron con actividad bioquímica aislada. Los enfermos se sometieron a tratamiento combinado con 5-ASA (4,5 g de mesalazina oral o 3 g de sulfasalazina + un enema rectal de 4 g en extensión más allá del recto o un supositorio rectal de 1 g en la enfermedad limitada al recto) durante un periodo de ocho semanas. Al finalizar el tratamiento combinado con 5-ASA se realizó una nueva medición de la calprotectina fecal. El análisis estadístico se llevó a cabo con el paquete estadístico SPSS versión 29. Se empleó la prueba de Wilcoxon para comparar los cambios en los valores de calprotectina fecal y se consideraron significativos los valores de  $p < 0,05$ .

**Resultados:** Todos los pacientes completaron el estudio. La mediana de CPF al inicio del tratamiento fue de 800 µg/g (rango intercuartílico: 528,5-1997,5) y disminuyó a 242,5 µg/g (rango intercuartílico: 98,5-759,5) a las ocho semanas, con una diferencia ( $\Delta$ ) de 557,5 µg/g y un intervalo de confianza desde -430 hasta -1238 ( $p < 0,001$ ). El tratamiento combinado redujo la CPF hasta una fracción de 3,61 veces menor respecto del valor inicial. Las características clínicas y demográficas de los pacientes incluidos en el estudio se muestran en la **Tabla 1**.

**Conclusiones:** El tratamiento combinado con 5-ASA oral y tópico es eficaz para reducir las cifras de calprotectina fecal en pacientes con CUCI con actividad bioquímica aislada. La mediana de CPF decreció significativamente a las ocho semanas de tratamiento. Estos resultados sugieren que la combinación de mesalazina oral y enema-supositorio rectal es una estrategia efectiva para inducir la remisión en estos pacientes.

**Financiamiento:** No se recibió ningún tipo de financiamiento.

**Tabla 1.** Características clínicas y demográficas de los pacientes con CUCI incluidos en el estudio. (Dom049)

Variable	Pacientes (n = 26)
Género, n (%)	
Femenino	18 (69,2)
Masculino	8 (30,8)
Edad (años), X ± DE	41,42 ± 16,2
Años de evolución, X ± DE	5,44 ± 6,39
Clasificación de Montreal, n (%)	
Proctitis	3 (11,5)
Colitis izquierda	8 (30,8)
Pancolitis	15 (57,7)
Tipo 5-ASA oral, n (%)	
Mesalazina	22 (84,6)
Sulfasalazina	4 (15,4)
Tipo 5-ASA tópico, n (%)	
Enema	23 (88,4)
Supositorio	3 (11,5)
*CPF inicial µg/g (antes del tratamiento combinado)	800 (528,5-1997,5)
*CPF final µg/g (después del tratamiento combinado)	242,5 (98,5-759,5)

\*CPF, calprotectina fecal. Las cifras se expresan en medianas y rangos intercuartílicos.

## Dom050

## MANIFESTACIONES EXTRAINTESTINALES ASOCIADAS A ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL EN PEDIATRÍA EN EL INSTITUTO NACIONAL DE PEDIATRÍA

E. F. Mejía-Brito, J. F. Cadena-León, K. R. Ignorosa-Arellano, E. Montijo-Barríos, F. E. Zárate-Mondragón, E. Toro-Monjaraz, R. Cervantes-Bustamante, J. A. Ramírez-Mayans, M. C. Martínez-Soto, Instituto Nacional de Pediatría

**Introducción:** La enfermedad inflamatoria intestinal (EII), que comprende colitis ulcerativa (CUCI) y enfermedad de Crohn (EC), es una anomalía sistémica que puede afectar a múltiples órganos. Las manifestaciones extraintestinales (MEI) se presentan en el 20% a 40% de los pacientes con EII y pueden preceder a los síntomas gastrointestinales en un 35%, pero se presentan las más de las veces dentro de los primeros 15 años tras el diagnóstico. Los órganos más afectados son piel, articulaciones, tracto biliar y ojos. Las MEI son más frecuentes en el género masculino hasta en el 54% de los casos y en edades de seis a 12 años. Estas manifestaciones pueden afectar a todos los fenotipos de EII; por ejemplo, se han descrito artritis periférica en 2% a 50% de pacientes con CUCI y 4% a 49% en EC, estomatitis aftosa en 3% a 42% de los pacientes con CUCI y 10% a 46% con EC. Otras manifestaciones descritas con frecuencia son fatiga, anemia, episodios trombóticos y enfermedad hepática, en particular colangitis esclerosante primaria (CEP) y HAI. El hallazgo de una de estas manifestaciones muchas veces es motivo de modificación del tratamiento del paciente a fin de obtener un adecuado control de los síntomas.

**Objetivo:** Describir las manifestaciones extraintestinales de la enfermedad inflamatoria intestinal en la población pediátrica de este medio.

**Material y métodos:** Estudio observacional, descriptivo, transversal y retrospectivo en el que se incluyó a pacientes pediátricos atendidos en la clínica de enfermedad inflamatoria intestinal del Instituto Nacional de Pediatría en el periodo comprendido entre enero de 2015 y mayo de 2024. Las variables tomadas en cuenta fueron edad al diagnóstico, género, fenotipo de EII, presencia o ausencia de manifestaciones extraintestinales, número de manifestaciones extraintestinales, órgano o sistema afectados y tipo específico de EII. Las variables se extrajeron de los expedientes clínicos de los pacientes incluidos y se creó una base de datos con el software SPSS versión 25.0. Las variables categóricas se analizaron como frecuencias y proporciones y las variables continuas o de intervalo a través de medias, DS, percentiles y valores Z.

**Resultados:** Se incluyó a un total de 46 pacientes, de los cuales 21 (45,6%) fueron mujeres y 25 (54,3%) varones, con edad al diagnóstico de un mes de vida a 17 años y siete meses; 22 pacientes (47,8%) tenían enfermedad de inicio temprano antes de los seis años de edad. De estos pacientes, 39 tuvieron diagnóstico de CUCI, 4 de EC y 3 de fenotipo indeterminado. Las manifestaciones extraintestinales se presentaron en 30 de los 46 pacientes y algunos pacientes mostraron más de una MEI. Estas manifestaciones se distribuyeron entre metabólicas (obesidad, sobrepeso, MAFLD e hipertrigliceridemia) con 11 (36,72%), hematológicas (anemia ferropénica) con 10 (33,3%), inmunológicas (eritema nodoso) con 1 (3,33%), oftalmológicas (epiescleritis, catarata subcapsular) con 2 (6,66%), y hepáticas (HAI y colangitis esclerosante) con 6 (19,99%). En la **Tabla 1** se describen las manifestaciones extraintestinales específicas identificadas.

**Tabla 1.** Pacientes con MEI relacionadas con EII en el Instituto Nacional de Pediatría. (Dom050)

Manifestación extraintestinal	n	%
Anemia ferropénica	10	33,3
Obesidad	6	20,06
HAI	4	13,33
Hipertrigliceridemia	3	10
Colangitis esclerosante	2	6,66
Sobrepeso	1	3,33
Eritema nodoso	1	3,33
Epiescleritis	1	3,33
Catarata subcapsular	1	3,33
MAFLD	1	3,33

**Conclusiones:** Las manifestaciones extraintestinales se presentaron en más de la mitad de los pacientes de este estudio (54,3%), un porcentaje más alto que el descrito en las publicaciones internacionales; además, la manifestación más frecuente fue anemia ferropénica en lugar de las manifestaciones cutáneas y articulares descritas como más prevalentes. En este estudio, las manifestaciones metabólicas como obesidad, sobrepeso e hipertrigliceridemia, que a menudo no se describen, representaron el 36,72% del total de MEI. Sin duda hay que tener en cuenta la existencia de estas manifestaciones para reconocerlas y tratarlas con oportunidad.

**Financiamiento:** No se recibió financiamiento de ningún tipo.

## Dom051

## PREVALENCIA DE INFECCIONES POR MICROORGANISMOS OPORTUNISTAS EN PACIENTES PEDIÁTRICOS CON TRATAMIENTO INMUNOSUPRESOR PARA ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL EN EL HOSPITAL GENERAL GAUDENCIO GONZÁLEZ GARZA, CENTRO MÉDICO NACIONAL LA RAZA, REVISIÓN DE ENERO 2016 A DICIEMBRE 2021

P. Benítez-Cruz, M. Sosa-Arce, N. A. Matías-Juan, Hospital General, Centro Médico Nacional La Raza, Instituto Mexicano del Seguro Social

**Introducción:** La enfermedad inflamatoria intestinal (EII) es una entidad patológica con incremento de incidencia diagnóstica en los últimos años en la edad pediátrica. El tratamiento se basa en varias opciones, desde esteroides sistémicos hasta fármacos inmunológicos en fecha reciente. Su mecanismo de acción es el mismo: la inmunosupresión; esto eleva el riesgo de infecciones en pacientes bajo tratamiento, sobre todo por agentes patógenos oportunistas, con necesidad de hospitalización para su tratamiento; además, estas hospitalizaciones suelen ser prolongadas y se acompañan de una mayor mortalidad. Por esta razón se consideró importante la realización del presente estudio.

**Objetivo:** Identificar la prevalencia de las infecciones por microorganismos oportunistas en pacientes pediátricos con tratamiento para controlar la enfermedad inflamatoria intestinal en el Hospital General Gaudencio González Garza, Centro Médico Nacional, una revisión de cinco años (enero de 2016 a diciembre de 2021).

**Material y métodos:** Expedientes de pacientes pediátricos con tratamiento inmunosupresor para enfermedad inflamatoria intestinal en el Hospital General Gaudencio González Garza, Centro Médico Nacional La Raza (revisión de enero de 2016 a diciembre de 2021). Tipo de estudio: descriptivo de corte transversal, retrospectivo y observacional. Variables analizadas: edad, género, tipo de enfermedad inflamatoria intestinal, edad al diagnóstico, tratamiento inmunosupresor (tipo de fármaco, fecha de inicio, duración, cambio, combinación), infección por microorganismos oportunistas, medicamento inmunosupresor utilizado al momento de la infección. Análisis estadístico: los resultados se analizaron con medidas de frecuencia relativas y centrales para obtención de porcentajes, media, promedio.

**Resultados:** En el periodo de estudio se identificaron y revisaron 44 expedientes de pacientes que cumplieron los criterios de selección, dado que recibieron por lo menos un fármaco de los definidos de manera operacional como inmunosupresores. Cuatro (9,1%) de los pacientes sufrían infección por oportunistas; 2 (4,5%) padecían infección latente por tuberculosis mediante PPD positivo y de ellos un paciente se encontraba en tratamiento con infliximab y otro en tratamiento combinado con esteroide y azatioprina; 2 (4,5%) tenían infección por *Clostridium difficile*, ambos bajo tratamiento con infliximab. En cuanto a la infección por fármacos específicos: 3 (6,8%) pacientes presentaron infección por microorganismo oportunista mientras recibían infliximab y 1 (2,3%) se encontraba en tratamiento con esteroide y azatioprina. Los microorganismos oportunistas causales de infecciones fueron *Mycobacterium tuberculosis* (2) y *Clostridium difficile* (2). Recibieron tratamiento para tuberculosis latente (2) y no desarrollaron la enfermedad. En cuanto al *Clostridium difficile* (2), se administraron metronidazol y vancomicina oral, y los pacientes experimentaron remisión del cuadro.

**Conclusiones:** De acuerdo con la bibliografía internacional, los pacientes pediátricos en tratamiento con inmunosupresores representan el 27,5% anual de infecciones por algún tipo de microorganismo oportunista. El resultado de este estudio registró una frecuencia de cuatro pacientes (9,1%)

de infecciones por microorganismos oportunistas al margen del tratamiento instituido. De acuerdo con el tipo de fármaco prescrito, el 50% de los pacientes se hallaba bajo tratamiento combinado de esteroide y azatioprina, es decir, 2,3% tenía una infección por oportunistas. Del 31,8% de los pacientes en tratamiento con infliximab, la frecuencia de infección por oportunistas fue de 6,8%, lo cual se vincula con una cifra mayor. El papel de los fármacos biológicos en EI es de importancia para el pronóstico

de largo plazo; sin embargo, representa mayor riesgo de infecciones por oportunistas. Es por ello importante realizar protocolos de tamizaje antes de iniciar estos medicamentos, además de conducir estudios estandarizados con temporalidad en pacientes que ya iniciaron el tratamiento con fármacos biológicos, con el beneficio de proporcionar mayor seguridad de tratamiento a estos pacientes.

**Financiamiento:** No se recibió financiamiento de ningún tipo.





# REVISTA DE GASTROENTEROLOGÍA DE MÉXICO

www.elsevier.es/rgmx



## Exposición de trabajos libres en cartel

Domingo 17 de noviembre de 2024

### Endoscopia

#### Dom052

#### ESCALA DE KIOTO MODIFICADA PARA *H. PYLORI* EN POBLACIÓN MEXICANA

M. Figueroa-Palafox, F. Rojas-Mendoza, N. E. Aguilar-Olivos, A. M. Mijangos-Trejo, C. Toranzo-González, J. Jiménez-Pavón, Médica Sur

**Introducción:** El *Helicobacter pylori* (*H. pylori*) es el único agente causal conocido del adenocarcinoma gástrico, con una seroprevalencia elevada en México del 66% y con síntomas atribuidos de dispepsia en 58%. La escala endoscópica de Kyoto y su reciente modificación han demostrado una mejoría de la exactitud diagnóstica de 80% a 90% comprobada por estudio histológico. Se ha evaluado el uso de estas escalas como predictores del desarrollo del adenocarcinoma gástrico. Aunque esta escala se ha validado en poblaciones asiáticas, su utilidad en la población mexicana, con una prevalencia diferente de *H. pylori* y un riesgo distinto de cáncer gástrico, es un tema de interés para tomar decisiones clínicas.

**Objetivo:** Evaluar la precisión diagnóstica de los hallazgos endoscópicos de acuerdo con la clasificación de Kyoto modificada en relación con la infección por *H. pylori* confirmada por estudio histopatológico en una muestra de pacientes mexicanos.

**Material y métodos:** Se realizó un estudio retrospectivo en el servicio de endoscopia del hospital Médica Sur en el que se analizó a pacientes mayores de 18 años con indicación de endoscopia por dispepsia no investigada. Se excluyó a aquellos con antecedente de *H. pylori* y se clasificaron ocho criterios de la escala, incluidas las manifestaciones positivas de atrofia moderada a grave, eritema difuso, nodularidad en antro, moco pegajoso, hipertrofia de pliegues gástricos, y las negativas de ausencia de patrón regular de las vénulas colectoras en el cuerpo gástrico y pólipos fúndicos. Se condujo un análisis de sensibilidad, especificidad, valor predictivo positivo y negativo de cada hallazgo, así como de la exactitud diagnóstica y el área bajo la curva de la puntuación  $\geq 3$  de Kyoto modificada con el programa de XLSTAT 2024.

**Resultados:** Se analizaron 308 estudios de pacientes con una edad promedio de 51,8 años y predominio de mujeres (62,8%). Se detectó *H. pylori* en biopsias gástricas en el 30,5% de los casos, lo que representó 94 pacientes. Según la clasificación de Kyoto modificada, un punto de corte de 3 puntos mostró una sensibilidad, especificidad, valor predictivo positivo y negativo de 86% (IC95% 0,76-0,91), 85% (IC95% 0,79-0,89), 71% (IC95% 0,63-0,79) y 93% (IC95% 0,89-0,96), respectivamente. La exactitud diagnóstica para la detección de *H. pylori* fue del 85,4% (IC95% 0,81-0,89), con un área bajo la curva de 0,90. Se muestran en la **Tabla 1** los resultados la sensibilidad, especificidad, valor predictivo positivo y negativo de cada manifestación gástrica; las principales con mejor especificidad fueron la hipertrofia de pliegues gástricos (96%), la nodularidad en antro (95%) y la atrofia (95%) para la relación por histopatología de *H. pylori*.

Tabla 1. Resultados principales y secundarios. (Dom052)

Resultado principal						
Puntuación de Kyoto modificada	No. infectados	No. no infectados	Sensibilidad %	Especificidad %	VPP%	VPN%
$\geq 3$ pts	94	214	86%	85%	71%	93%
Resultados secundarios						
Manifestación gástrica	No. infectados	No. no infectados	Sensibilidad %	Especificidad %	VPP %	VPN%
Atrofia						
positivo	16	11	17	95	59	72
negativo	78	203				

Metaplasia intestinal						
positivo	8	5	08	97	61	20
negativo	86	209				
Hipertrofia de pliegues						
positivo	26	8	27	96	76	
negativo	68	207				25
Nodularidad						
positivo	43	10	45	95	81	80
negativo	51	204				
Eritema difuso						
positivo	80	124	85	42	40	86
negativo	14	90				
Moco pegajoso						
positivo	25	17	28	92	59	74
negativo	69	197				
Puntos rojos						
positivo	34	15	36	93	69	76
negativo	60	199				
Rac						
positivo	82	51	87	76	61	93
negativo	12	163				
Pólipos fúndicos						
positivo	78	142	83	34	35	81
negativo	16	72				

**Conclusiones:** La clasificación modificada de Kyoto con un valor de tres puntos demostró ser precisa en la detección de *H. pylori* por endoscopia en la población mexicana, y los resultados son comparables a los notificados en otras poblaciones.

**Financiamiento:** Ninguno.

## Dom053

### PERFIL ENDOSCÓPICO EN PACIENTES CON HISTOLOGÍA POSITIVA VS. NEGATIVA PARA *HELICOBACTER PYLORI*

M. Y. Carmona-Castillo, C. L. Dorantes-Nava, O. García-Liévano, J. C. Sillis-Cravioto, J. C. Zavala-Castillo, S. Camacho, Grupo Colaborativo: Servicio de Endoscopia del Hospital General de México Dr. Eduardo Liceaga

**Introducción:** La infección por *Helicobacter pylori* (*H. pylori*) ha sido prevalente del 10% al 80% en diferentes regiones del mundo. Se ha considerado uno de los factores de riesgo más relevantes para úlcera gástrica y duodenal, así como adenocarcinoma gástrico (AC). La confirmación histológica es todavía la norma de referencia; sin embargo, la identificación de ciertos patrones endoscópicos puede tener papel fundamental para su diagnóstico, sobre todo cuando se buscan lesiones precursoras de procesos malignos.

**Objetivo:** Comparar los diferentes hallazgos endoscópicos para diagnóstico de *H. pylori* entre pacientes con histología positiva o negativa.

**Material y métodos:** Se evaluó de forma retrospectiva a una cohorte de 168 pacientes con gastroscopia y toma de biopsias (Protocolo de Sydney, 51,94 ± 15,4 años, 68% de mujeres, 41% positivo para *H. pylori*) referidos al servicio de endoscopia de un hospital de tercer nivel de atención de la Ciudad de México, entre marzo de 2019 y marzo de 2024. Se evaluaron los signos endoscópicos vinculados con infección por *H. pylori* y cáncer gástrico (CG) temprano, incluidos los seleccionados en la Escala de Kyoto. Asimismo, se evaluó la región de atrofia gástrica de acuerdo con la clasificación de Kimura-Takemoto. Los datos expresan el promedio ± DE y IC95% o porcentajes, según correspondiera. Las diferencias se analizaron con la prueba ji cuadrada o prueba t de Student pareada y no pareada, según correspondiera (alfa = 0,05).

**Resultados:** Se incluyó a 168 pacientes, 68% de mujeres, 32% de hombres, con media de edad de 51,94 ± 15,4 (49,61-54,27) años; las indicaciones fueron dispepsia (47%), enfermedad por reflujo gastroesofágico (24%) y disfagia (8%). Respecto del diagnóstico histológico, resultó positivo 41% (78% de mujeres y 22% de hombres) y el síntoma principal fue la dispepsia (39%). Como se observa en la Tabla 1, no se encontró diferencia significativa entre los hallazgos endoscópicos en pacientes con histología positiva o negativa. En

cuanto a la comparación por las escalas de Kyoto y Kimura-Takemoto, no se registró diferencia significativa ( $p = 0,594$  y  $p = 0,8857$ , respectivamente).

**Conclusiones:** Estos hallazgos demuestran que la evaluación endoscópica es un método fácil y reproducible para la sospecha diagnóstica *in vivo* de infección por *H. pylori*; sin embargo, una limitante importante puede ser el factor interobservador. De acuerdo con este estudio, no se identificó diferencia significativa entre los distintos hallazgos endoscópicos con base en el diagnóstico histológico, lo cual solo puede utilizarse como un indicio de sospecha diagnóstica. Hasta el momento, la toma de biopsias es aún el método de elección para el diagnóstico en este medio con base en los protocolos ya establecidos.

**Financiamiento:** Ninguno.

**Tabla 1.** Hallazgos endoscópicos e histológicos en pacientes con infección por *H. pylori* o *H. pylori* negativo. (Dom053)

	HP+ (n = 69)	HP- (n = 99)	p
<b>Hallazgos endoscópicos</b>			
Atrofia	(36,23%)	(33,33%)	0,6975
Eritema difuso	(27,54%)	(21,21%)	0,3437
Eritema moteado	(14,49%)	(13,13%)	0,3828
Nodularidad	(24,64%)	(14,14%)	0,0845
Edema de mucosa	(10,14%)	(8,08%)	0,6444
Metaplasia	(8,7%)	(3,03%)	0,1086
Hemorragia subepitelial	(18,84%)	(12,12%)	0,2286
Erosiones	(23,19%)	(27,27%)	0,5506
Úlceras	(7,25%)	(6,06%)	0,7599
Disposición regular de las vénulas colectoras	(2,9%)	(4,04%)	0,6948
Antro	(84,06%)	(76,77%)	0,2473
Incisura	(42,03%)	(37,37%)	0,5433
Cuerpo	(50,72%)	(44,44%)	0,4224
Fondo	(34,78%)	(30,3%)	0,5408
Duodeno	(5,8%)	(15,15%)	0,0596
<b>Hallazgos histológicos</b>			
Gastritis crónica	(98,51%)	(70,41%)	0,0000

Gastritis aguda	(15,94%)	(11,11%)	0,3612
Metaplasia completa	(10,14%)	(7,07%)	0,4782
Metaplasia incompleta	(1,45%)	(3,03%)	0,5084
Activa	(82,61%)	(24,9%)	0,0000
Displasia	(2,9%)	(2,02%)	0,7133
Reactiva	(13,04%)	(55,56%)	0,0000
Atrofia	(7,25%)	(6,12%)	0,7731
Ulcerada	(7,25%)	(6,06%)	0,7599

## Dom054

### RELACIÓN ENTRE LOS HALLAZGOS ENDOSCÓPICOS Y SCORE APRI EN EL TAMIZAJE DE VARICES ESOFÁGICAS

P. F. Domínguez-Cardoso, R. Y. López-Pérez, J. C. Silis-Cravioto, D. Muñoz-Fuentes, M. I. Torres-Ruiz, A. B. Enríquez-Constantino, J. C. Zavala-Castillo, Hospital General de México Dr. Eduardo Liceaga

**Introducción:** La hipertensión portal es la elevación del gradiente de presión portosistémica, la causa más frecuente de cirrosis. Un gradiente de presión venosa hepática de 10 mmHg o mayor antecede al desarrollo de varices. El sangrado variceal es un signo de descompensación y se han establecido guías de tamizaje acordes al recuento plaquetario y rigidez hepática medida por Fibroscan®, un recurso no siempre disponible. La calificación APRI es útil para anticipar signos de hipertensión portal y sangrado variceal de alto riesgo.

**Objetivo:** Comparar estudios no invasivos como la calificación de APRI con la endoscopia como predictor de hipertensión portal y varices esofágicas.

**Material y métodos:** Se realizó un estudio retrospectivo, descriptivo, transversal y analítico para evaluar la relación entre la calificación APRI y los hallazgos endoscópicos en pacientes con enfermedad hepática crónica en protocolo de tamizaje para la detección de varices esofágicas. Se empleó la clasificación de Baveno para determinar el grado de hipertensión portal y el tamaño de la varice. Se incluyó en este estudio a pacientes de 18 a 60 años con el diagnóstico de enfermedad hepática crónica de cualquier causa sometidos a tamizaje de varices esofágicas. Se utilizó un muestreo a conveniencia que incluyó al total de pacientes con indicación de endoscopia de tamizaje asignados a una de las salas de endoscopia, donde se encuentra asignado el investigador principal en el periodo comprendido entre julio de 2023 y diciembre de 2023.

**Resultados:** En este estudio se incluyó a 120 pacientes con edad promedio de 56,9 años ( $\pm$  2,4 años), de las cuales 71 (59,5%) fueron mujeres y 49 (40,5%) hombres. Los hallazgos endoscópicos informados mostraron varices grandes de Baveno en 42 pacientes (34,7%) y varices pequeñas de Baveno en 48 (39,7%). En 45 (37,2%) no se identificaron datos de hipertensión portal (varices esofágicas, gastropatía hipertensiva portal). Respecto de la gastropatía hipertensiva portal de acuerdo con la clasificación de McCormack se notificó: gastropatía portal leve de McCormack en 45 (37,2%), gastropatía portal grave en 32 (26,4%) y ectasias vasculares antrales en 20 (16,5%). En esta muestra se encontró que la cifra plaquetaria, el valor de bilirrubinas y el de AST son parámetros que se relacionan con el riesgo para obtener hallazgos endoscópicos de hipertensión portal con significancia estadística en esta muestra. Al comparar las puntuaciones no invasivas de predicción de riesgo con los hallazgos endoscópicos consistentes con hipertensión portal se identificó que un punto de corte de APRI > 1,5 confiere un OR de 4,7 ( $p = 0,035$ ) y representa tener hallazgos de hipertensión portal (Tabla 1).

**Conclusiones:** En este análisis se identificó una alternativa a los criterios bien validados de Baveno VII para la detección de hipertensión portal en pacientes con enfermedad hepática crónica sin necesidad de elastografía de transición, ya que es un estudio que se encuentra muy poco disponible en este entorno y en la mayoría de los centros de atención hospitalaria. Por esa razón, la combinación de algunos parámetros bioquímicos y la calificación de APRI, que son pruebas comunes de laboratorio fácilmente disponibles, guarda relación con el desarrollo de hipertensión portal en este grupo de pacientes.

**Financiamiento:** Ninguno.

**Tabla 1.** Comparación de hallazgos endoscópicos de hipertensión portal entre APRI como parámetro predictor de riesgo y tamizaje con endoscopia. (Dom054)

Variable		APRI < 1,5 n (%)	APRI > 1,5 n (%)	p
Hipertensión portal	Sin hipertensión portal	6 (13,4)	39 (86,6)	0,035
	Hipertensión portal leve	3 (6,9)	41 (93,1)	
	hipertensión portal grave	1	31 (96,8)	
Ectasia vascular antral	Presente	9 (9)	91 (91)	0,72
	Ausente	2 (10)	18 (90)	
Varices esofágicas	Sin varices	4 (13)	27 (87)	0,194
	Varices pequeñas	4 (8,6)	43 (91,4)	
	Varices grandes	1 (3)	41 (97)	

## Dom055

### DESENLACES Y COMPLICACIONES DESPUÉS DE LA OBTURACIÓN DE VARICES GÁSTRICAS CON CIANOACRILATO EN PACIENTES CON SANGRADO VARICEAL

C. E. González-Martínez, J. A. González-González, J. O. Jáquez-Quintana, C. A. Cortez-Hernández, V. A. García-Zárate, Hospital Universitario José Eleuterio González, UANL

**Introducción:** El sangrado del tubo digestivo alto variceal (STDAV) por varices gástricas (VG) conlleva más riesgo de resangrado, mayores necesidades de transfusión y mortalidad incrementada, si se compara con las varices esofágicas (VE). El cianoacrilato ha surgido como el método de elección para su tratamiento.

**Objetivo:** Describir la experiencia de este centro con el uso del cianoacrilato y valorar la efectividad y los desenlaces de los pacientes.

**Material y métodos:** De la base de datos se revisaron siete años de pacientes ingresados con sangrado variceal por varices del fondo gástrico tratados de manera aguda con inyección de cianoacrilato. Se incluyó a los pacientes con primer sangrado variceal. Se revisaron los datos demográficos, clínicos y de laboratorio. Como técnica empleada para la aplicación, una vez identificada la VG se inyectó dextrosa al 5% (D5%) para confirmar la posición intravariceal. Después se inyectó a la varice n-butil-cianoacrilato (Histoacryl®) diluido en una proporción 1:1 con Lipiodol® de forma continua durante 4 a 5 s para después pasar 2 a 3 mL de D5% para lavar el catéter con la solución de cianoacrilato restante mientras se retiraba la aguja. Luego de retirar la aguja se observa la varice para realizar una valoración de la efectividad, la cesación del sangrado o la induración completa del complejo varicoso, lo cual se determina al tocar la varice de la inyección anterior con el catéter de aguja; esta se considera una aplicación efectiva. La cohorte se dividió en dos grupos: individuos con resangrado antes de 30 días y enfermos sin resangrado. Se citó a los pacientes a endoscopia de control un mes después. Para valorar diferencias entre los dos grupos se utilizó la ji cuadrada y la t de Student para datos categóricos y continuos, respectivamente; un valor de  $p < 0,05$  se consideró significativo.

**Resultados:** Se incluyó a 46 pacientes adultos con STDAV secundario a VG y la causa más frecuente fue la alcohólica (63%); la mayoría correspondió a pacientes con clasificación Child A o B (84,8%). El tipo de varice, de acuerdo con la clasificación de Sarin, fue la gástrica aislada tipo 1 (67,4%), seguida de la esofagogástrica tipo 2 (21,7%). La colocación de cianoacrilato fue efectiva para el control agudo del sangrado en el 100% de los pacientes. Ocho (17,4%) de los pacientes sufrieron resangrado en los primeros 30 días, con una mediana de 18 días (RIQ 9-18,5). Al comparar ambos grupos, los pacientes con resangrado tuvieron lesión renal aguda, una hemoglobina menor al ingreso y menor valor de la albúmina, con significancia estadística (véase la Tabla 1). En cuanto a las complicaciones, no se identificó ningún episodio de embolización de cianoacrilato o daño del equipo endoscópico. Como complicación local observada en la endoscopia subsecuente, la ulceración de las

**Tabla 1.** Características demográficas, clínicas y endoscópicas. (Dom055)

Variables	Sin sangrado recurrente (38)	Con sangrado recurrente (8)	Valor de p
Edad promedio	56,1	57,8	0,68
Hombres, n (%)	26 (68,4%)	5 (62,5%)	0,74
Hepatopatía alcohólica, n (%)	23 (60,5%)	6 (75%)	0,78
NASH	2 (5,3%)	1 (12,5%)	0,80
Criptogénico	10 (26,3%)	1 (12,5%)	0,77
Diabetes, n (%)	15 (39,5%)	3 (37,5%)	0,91
Hipertensión, n (%)	14 (36,8%)	1 (12,5%)	0,15
Ascitis, n (%)	10 (26,3%)	5 (62,5%)	0,054
Lesión renal aguda	2 (5,3%)	3 (37,5%)	<b>0,020</b>
Hb (media g/dL)	8,8	6,2	<b>0,001</b>
Lactato (media, meq/L)	3,73	2,66	0,21
Plaquetas (media)	102	152	0,052
Creatinina (media, mg/dL)	0,86	1,35	0,077
Albúmina	2,06	2,6	<b>0,008</b>
MELDNA (puntuación media)	12,4	18,3	0,103
Uso de betabloqueadores, n (%)	15 (39,5%)	3 (37,5%)	0,91
Uso de diuréticos, n (%)	9 (23,7%)	3 (37,5%)	0,43
Longitud del bazo, media (cm)	13,3	14,2	0,41
Diámetro de vena porta, media (cm)	0,9	1,1	0,391
Mortalidad a 30 días	2 (5,3%)	1 (12,5%)	0,48
Varices esofágicas concomitantes, n (%)	28 (73,7%)	5 (62,5%)	0,53
Varices gástricas fúndicas (GOV-2 o IGV-1), n (%)	35 (92,2%)	6 (75%)	0,45
Volumen de n-butil-cianoacrilato medio (ml)	1,61	1,63	0,95
Ulceración del sitio de inyección en endoscopia subsecuente, n (%)	6 (15,8%)	4 (50,0%)	<b>0,04</b>

varices ocurrió de manera más frecuente en el grupo del resangrado (50% vs. 15,8%) (Tabla 1). La mortalidad a 30 días de estos pacientes fue de 6,5%, sin diferencias significativas entre ambos grupos.

**Conclusiones:** La aplicación de cianoacrilato en pacientes con sangrado agudo de varices gástrica es efectiva. El resangrado fue de 17,4% a 30 días y no se informaron efectos adversos graves. Los factores de riesgo para resangrado fueron la insuficiencia renal, la hipoalbuminemia y la hemoglobina baja.

**Financiamiento:** No hay apoyo financiero que declarar.

## Dom056

### FACTORES ASOCIADOS A DESARROLLO DE ÚLCERA POSLIGADURA EN PACIENTES CON CIRROSIS

S. Teutli-Carrión, E. J. Medina-Ávalos, C. L. Dorantes-Nava, R. Y. López-Pérez, J. C. Silis-Cravioto, J. C. Zavala-Castillo, Hospital General de México Dr. Eduardo Liceaga

**Introducción:** La hemorragia variceal representa el 10% a 30% de los casos de hemorragia digestiva alta y es la complicación más frecuente de la hipertensión portal. El tratamiento de elección es la ligadura endoscópica. La úlcera posligadura (UPL), aunque infrecuente, es una complicación posible.

**Objetivo:** Determinar los factores predictivos de hemorragia por UPL en individuos cirróticos.

**Materiales y métodos:** Estudio de casos (cirróticos con varices esofágicas que desarrollaron UPL) y controles (pacientes sin UPL).

**Resultados:** En el periodo de enero de 2012 a enero de 2024 se incluyó a 203 pacientes con diagnóstico de varices esofágicas por cirrosis e hipertensión portal; 105 hombres (51,7%); media de edad de 57,8 ± 10,9 años; causas de cirrosis: 87 (42,9%) alcohol, 20 (9,9%) viral, 96 (47,3%) MASLD; según la clasificación de Child-Pugh: 53 (26,1%) A, 77 (37,9%) B, 73 (36,0%) C; indicación de la

endoscopia: 43 (21,2%) profilaxis primaria, 84 (41,4%) profilaxis secundaria, 76 (37,4%) hemorragia activa. Un total de 160 pacientes tomaba BBNS (78,8%). Se identificaron 61 casos (30,0%) de UPL. En el análisis univariado se relacionaron con mayor riesgo de presentar UPL: fibrosis posligadura [32/136 (23,5%) vs. 29/67 (43,3%); OR = 1,8; IC95%: 1,2-2,8; p = 0,004]; signos endoscópicos de mal pronóstico [13/122 (10,7%) vs. 48/81 (59,2%); OR = 5,6, IC95% 3,2-9,6; p < 0,0001]; estado descompensado de la cirrosis [Child A (2/53 (3,8%) vs. Child B 17/77 (22,1%) OR = 7,2, IC95%: 1,6-32,8 vs. Child C 42/73 (57,5%) OR: 34,5, IC95%: 7,8-152,8; p < 0,0001]. El número de bandas colocadas por sesión no mostró diferencia entre quienes desarrollaron UPL o quienes no (3,5 ± 1,3 vs. 3,3 ± 1,6; p = 0,28), ni tampoco el número total de sesiones de ligadura (2,2 ± 1,1 vs. 2,0 ± 1,2; p = 0,39). El análisis multivariado se muestra en la **Tabla 1**. **Conclusiones:** A mayor descompensación de la cirrosis, mayor riesgo de UPL. La presencia de signos rojos de mal pronóstico al momento de la endoscopia también influye.

**Financiamiento:** Ninguno.

**Tabla 1.** Análisis multivariado: factores de riesgo para desarrollar úlcera posligadura variceal esofágica. (Dom056)

Variable	OR (IC95%)	p
Child B	6,1 (1,2-30,2)	0,03
Child C	27,2 (5,7-129,8)	< 0,0001
Fibrosis posligadura	0,5 (0,2-1,2)	0,12
Presencia de signos endoscópicos de mal pronóstico	9,5 (4,2-21,5)	< 0,0001
Colocación de 5 o más bandas por sesión endoscópica	0,7 (0,3-1,8)	0,48
Modelo ajustado; regresión logística binaria		

## Dom057

## UTILIDAD DEL ULTRASONIDO ENDOSCÓPICO EN LA DETERMINACIÓN DE LA ERRADICACIÓN DE VARICES GÁSTRICAS

I. E. Severino-Ferreras, O. Montoya, Hospital General de México, SS

**Introducción:** La hipertensión es la elevación del gradiente de presión > 5 mmHg, lo que lleva a la formación de varices esofágicas y gástricas, alto riesgo de hemorragia digestiva y mortalidad. La incidencia de varices gástricas es del 25% a los dos años de enfermedad hipertensiva portal y la hemorragia se desarrolla en una tercera parte de los pacientes. Las varices gástricas pueden clasificarse según Sarin en varices esofagogástricas (GOV) tipo 1, GOV tipo 2 y varices gástricas aisladas (IGV) tipos 1 y 2. El ultrasonido endoscópico tiene beneficios en el tratamiento de las varices, ya que visualiza mejor la pared gástrica y la vasculatura, incluso en el contexto de una hemorragia activa, además de que utiliza la herramienta integrada del Doppler a color para confirmar la ausencia de flujo intravariceal.

**Objetivo:** Determinar el éxito de la obliteración de varices gástricas por ultrasonido endoscópico en pacientes que recibieron tratamiento previo con inyección de cianoacrilato por vía endoscópica.

**Material y métodos:** Estudio prospectivo, transversal y analítico. Se analizaron todos los informes de endoscopia superior realizados en el servicio de endoscopia gastrointestinal en un periodo tres meses. Se incluyó a los pacientes con varices gástricas que previamente se obliteraron con cianoacrilato mediante endoscopia superior. Los pacientes con estigmas de obliteración previa fueron objeto de ultrasonido endoscópico para confirmar la falta de flujo o la necesidad de una nueva obliteración. Se calcularon medidas de tendencia central, medidas de dispersión, frecuencias y porcentajes en las características demográficas y en los hallazgos endoscópicos.

**Resultados:** Se incluyó a ocho pacientes con varices gástricas previamente obliteradas. La media de edad fue de  $55,8 \pm 6,4$  años y la mayoría correspondió a hombres (5 pacientes, 62,5%). Los tipos de varices fueron GOV1 en 50%, GOV2 en 62,5%, IGV1 en 37,5% e IGV2 en 25% de los casos. El ultrasonido endoscópico identificó la necesidad de obliteración endoscópica recurrente de varices por presencia de datos de mal pronóstico (diámetro variceal > 10 mm). La obliteración subsecuente fue más frecuente en varices GOV2 (40%), seguidas de IGV1 en 33% y GOV1 en 25% (Tabla 1).

**Conclusiones:** El USE es una herramienta útil y necesaria para corroborar la falta de flujo (obliteración completa) de varices gástricas e identifica a pacientes que requieren sesiones recurrentes de obliteración, por lo que disminuiría el número de sesiones de tratamiento.

**Financiamiento:** No se recibió financiamiento de ningún tipo.

## Dom058

## UTILIDAD DE LA METOCLOPRAMIDA PARA MEJORAR LA VISUALIZACIÓN ENDOSCÓPICA EN SANGRADO DE TUBO DIGESTIVO ALTO

J. L. Herrera-Elizondo, C. E. González-Martínez, J. A. González-González, R. A. Jiménez-Castillo, H. J. Maldonado-Garza, J. Campos-Galván, Hospital Universitario José Eleuterio González

**Introducción:** El control intrahospitalario del sangrado del tubo digestivo alto requiere un diagnóstico y potencial tratamiento endoscópico durante las primeras 24 horas. Por ello es indispensable una adecuada visualización gástrica. Se ha evaluado la eficacia en el vaciamiento gástrico de múltiples

fármacos procinéticos administrados antes de la endoscopia superior, pero los resultados son heterogéneos.

**Objetivo:** Documentar la eficacia de la metoclopramida antes de la endoscopia para conseguir una correcta visualización gástrica en pacientes hospitalizados por sangrado del tubo digestivo alto.

**Material y métodos:** Se realizó un estudio prospectivo, aleatorizado y triple ciego que evaluó el periodo del 1 de marzo del 2023 al 1 de junio del 2024. Se incluyó a pacientes hospitalizados por sangrado del tubo digestivo alto. Criterios de inclusión: pacientes > 18 años con menos de 24 horas tras el primer episodio de sangrado (hematemesis/melena) y estabilidad hemodinámica. Se excluyó a aquellos con un tiempo de inicio de sangrado mayor al estipulado en los criterios de inclusión, mujeres embarazadas e individuos con alergia a la metoclopramida. Los pacientes se aleatorizaron mediante un software en los grupos A y B. Luego de la aleatorización se administró la ampollita A o B, según correspondiera, y se realizó la endoscopia en los siguientes 120 minutos; la ampollita A contenía placebo y la B 20 mg de metoclopramida. El paciente, el gastroenterólogo endoscopista y el personal encargado del análisis de los resultados estuvieron cegados al contenido de la ampollita. Mediante la escala de Avgerinos se evaluó la efectividad de la metoclopramida en la visualización gástrica del endoscopista a cargo del estudio y la validó un segundo endoscopista; esta escala tiene una puntuación de 0 a 2 de acuerdo con el porcentaje de visión de la mucosa:  $0 \leq 25\%$  de superficie visible,  $1 = 25\%-75\%$  de superficie visible y  $2 \geq 75\%$  de superficie visible, con valoración del fondo, cuerpo, antro y bulbo. Una puntuación  $\geq 6$  se considera un estómago limpio y una  $\leq 5$  representa estómago lleno. Asimismo, se comparó la puntuación promedio obtenida de esta escala de acuerdo con las causas de sangrado mediante la prueba estadística ANOVA.

**Resultados:** Se incluyó a 50 pacientes con sangrado de tubo digestivo alto; 27 (54%) eran hombres y 23 (46%) mujeres. La mediana de edad de la cohorte fue de 60 años (intervalo, 48-70). La causa más frecuente de sangrado fue el sangrado variceal en 21 (42%) pacientes, seguido del ulceroso en 16 (32%). El grupo A se integró con 25 (50%) pacientes y el grupo B con los 25 restantes. El grupo A obtuvo una media de la puntuación de Avgerinos de 6,56 (DE:  $\pm 1,73$ ), frente al grupo B que registró una media de 7,0 (DE:  $\pm 1,04$ ;  $p = 0,282$ ). Al evaluar la media de la puntuación de Avgerinos de acuerdo con el origen del sangrado, no se halló una diferencia estadísticamente significativa entre los grupos ( $p = 0,154$ ). Sin embargo, se identificó un mayor número de pacientes del grupo A con estómago lleno (7) de acuerdo con la escala de Avgerinos, en comparación con el grupo B (2 pacientes), con una tendencia en favor del grupo B y sin significancia estadística ( $p = 0,066$ ). Al evaluar la necesidad de realizar una segunda endoscopia, transfusión sanguínea o mortalidad, no hubo diferencia estadísticamente significativa:  $p = 0,684$ ,  $p = 0,733$  y  $p = 1,000$ , respectivamente.

**Conclusiones:** El uso de la metoclopramida antes de la endoscopia en pacientes con sangrado del tubo digestivo alto < 24 h de evolución parece no influir en la visualización gástrica respecto del placebo en ese lapso.

**Financiamiento:** No se recibió ningún financiamiento para la realización de este trabajo.

## Dom059

## ULTRASONIDO ENDOSCÓPICO COMO HERRAMIENTA DIAGNÓSTICA PARA LA LOCALIZACIÓN DE ADENOMA PARATIROIDEO

P. L. Pérez-Santos, M. F. Díaz-Méndez, L. M. Hurtado-López, C. S. Duarte-Regalado, J. C. Silis-Cravioto, M. I. Torres-Ruiz, J. C. Zavala-Castillo, Hospital General de México Dr. Eduardo Liceaga

**Introducción:** En casi 90% de los pacientes con hiperparatiroidismo primario (HPP), la causa etiológica es un adenoma único. El tratamiento típico ha sido

Tabla 1. (Dom057)

Parámetros	GOV1	GOV2	IGV1	IGV2
Diámetro variceal (media en mm)	4,8	26,7	9,4	-
Cambios hiperecogénicos por obliteración (%)	3 (75)	3 (37,5)	2 (25)	-
Media de sesiones de obliteración (%)	5 (45,4)	7 (63,6)	4 (36,3)	-
Necesidad de nueva obliteración con cianoacrilato (%)	1 (25)	2 (40)	1 (33,3)	-

GOV1, varice esofagogástrica tipo 1; GOV2, varice esofagogástrica tipo 2; IGV1, varice aislada tipo 1; IGV2, varice aislada tipo 2.



el estudio cervical bilateral con identificación de las cuatro paratiroides y extirpación de las glándulas patológicas según sea su tamaño. Se han utilizado diferentes técnicas para localizar la glándula afectada y de esa manera reducir al mínimo la morbilidad y aumentar las posibilidades de éxito, como la fusión de imágenes de la gammagrafía de paratiroides con  $^{99}\text{Tc-MIBI}$ , la ecografía (US) y, en fecha reciente, el ultrasonido endoscópico (USE). Por lo regular se requiere concordancia de dos pruebas de localización positivas para programar este tipo de intervenciones. Las publicaciones médicas indican que el USE puede ser un método de localización útil para identificar adenomas paratiroides no localizables mediante ecografía y gammagrafía ( $^{99}\text{m}$ ) con Tc-MIBI. El valor predictivo positivo y negativo y la precisión diagnóstica del USE son de 97,7%, 97,7% y 95,6%, en comparación con el US con 88,6%, 97,5% y 86,9% y la gammagrafía de paratiroides con ( $^{99}\text{m}$ ) Tc-MIB con 77,7%, 97,2% y 76,0%, respectivamente.

**Objetivo:** Determinar la rentabilidad diagnóstica del ultrasonido endoscópico en la localización y caracterización de los adenomas paratiroides como método de primera elección, en casos con fracaso previo o situaciones especialmente difíciles.

**Materia y métodos:** Se realizó un estudio retrospectivo, descriptivo y transversal en pacientes del Hospital General de México Dr. Eduardo Liceaga entre marzo de 2024 y junio de 2024. Se seleccionaron los expedientes de pacientes mayores de 18 años con diagnóstico de hiperparatiroidismo primario y que contaban con gammagrafía paratiroidea con  $^{99}\text{Tc-MIB}$  preoperatoria y ultrasonido endoscópico para caracterización y localización de las glándulas. Se empleó estadística descriptiva para el análisis de los datos.

**Resultados:** Se obtuvieron datos de cinco pacientes sometidos a intervención quirúrgica; el USE detectó una imagen clara de adenoma paratiroideo con localización precisa en cuatro pacientes (Figura 1), la cual confirmó la

exactitud del diagnóstico con visualización directa transquirúrgica e informe de resultados histopatológicos. Los cinco pacientes tuvieron un posoperatorio favorable, sin lesiones recurrentes ni morbilidad relacionada con el ultrasonido endoscópico.

**Conclusiones:** El USE es una herramienta de gran utilidad diagnóstica en los hiperparatiroidismos que presentan dificultades para localizar la glándula patológica, ya sea por bocio multinodular o adenoma intratiroideo. De esta manera es posible que el cirujano explore la zona sospechosa de forma más selectiva y con mayor eficiencia.

**Financiamiento:** No se recibió financiamiento de ningún tipo.

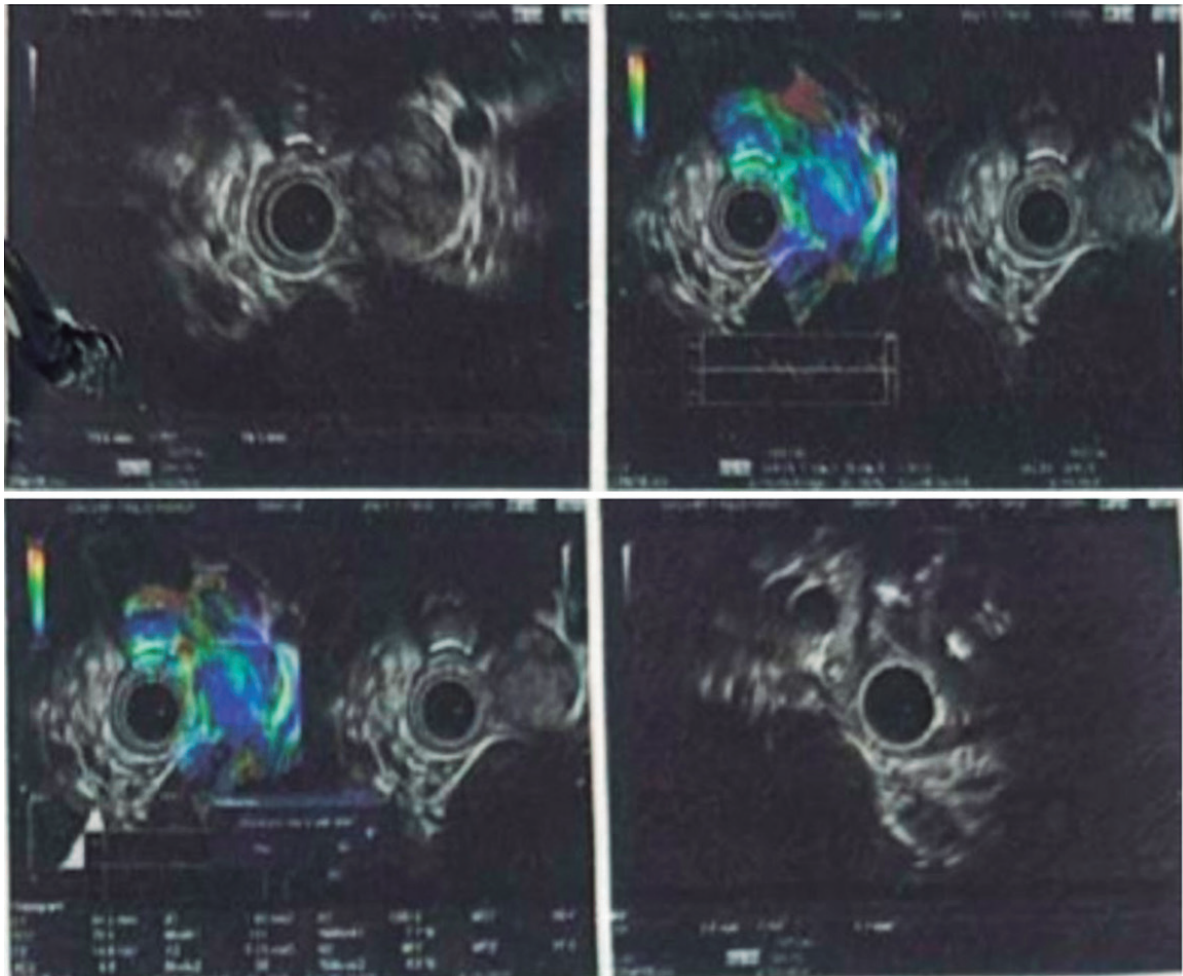
## Dom060

### ULTRASONIDO ENDOSCÓPICO COMO HERRAMIENTA DIAGNÓSTICA DE COLEDOCOLITIASIS EN PACIENTES CON RIESGO INTERMEDIO DE ACUERDO CON LOS CRITERIOS ASGE 2019

P. L. Pérez-Santos, L. A. Hernández-Vázquez, J. A. Romero-Lozania, V. Orteguel-Aguilar, J. C. Silis-Cravioto, D. Muñoz-Fuentes, V. M. Mendoza-Martínez, J. C. Zavala-Castillo, M. I. Torres-Ruiz, Hospital General de México Dr. Eduardo Liceaga

**Introducción:** La coledocolitiasis, caracterizada por la presencia de cálculos biliares en el conducto biliar común, afecta en grado significativo a una pro-

**Figura 1.** Lesión oval con diámetro de 23,6 x 18,5 mm, con predominio hipocogénico y heterogéneo, y bordes bien definidos que depende de la glándula paratiroidea inferior izquierda. Bajo la modalidad de elastografía se observa la lesión predominantemente azul, con *strain ratio* de 33,9 e histograma de 99,4. En el polo inferior contralateral de la tiroides se identifica la glándula paratiroidea oval de 3,6 x 3,2 mm, de aspecto ligeramente hiperecogénico, homogénea, y con bordes poco definidos. (Dom059)



porción considerable de la población. El ultrasonido endoscópico (USE) se ha establecido como una herramienta eficaz para la detección precisa de esta anomalía que ofrece ventajas sobre la colangiopancreatografía retrógrada endoscópica (CPRE) en términos de seguridad y accesibilidad.

**Objetivo:** Determinar la prevalencia de coledocolitiasis diagnosticada por ultrasonido endoscópico en pacientes con riesgo intermedio de acuerdo con los criterios ASGE 2019 y la rentabilidad diagnóstica del ultrasonido lineal en comparación con el ultrasonido radial en la evaluación de esta alteración.

**Material y métodos:** Se realizó un estudio retrospectivo, descriptivo y transversal en pacientes del Hospital General de México Dr. Eduardo Liceaga entre febrero de 2023 y febrero de 2024. Se seleccionaron expedientes de pacientes mayores de 18 años con diagnóstico de riesgo intermedio de coledocolitiasis según los criterios ASGE 2019, sometidos antes a ultrasonido endoscópico. Se empleó estadística descriptiva y la prueba ji cuadrada para el análisis de los datos.

**Resultados:** Se obtuvieron datos de 81 pacientes, con una edad media de  $42 \pm 15$  años; el 66,7% correspondió a mujeres y el 33,3% a hombres. La bilirrubina total promedio fue de  $2,1 \pm 1,4$  mg/dL, mientras que las mediciones de ALT y AST fueron de  $105,1 \pm 153,1$  U/L y  $66,3 \pm 83,5$  U/L, respectivamente (Tabla 1). El diámetro medio del colédoco por ultrasonido endoscópico fue de  $6,9 \pm 2,7$  mm. Se observaron alteraciones en las pruebas de función hepática en el 63% de los casos. El equipo utilizado incluyó un 66,7% de procedimientos con ultrasonido endoscópico lineal y un 33,3% con ultrasonido endoscópico radial, sin encontrar diferencias estadísticamente significativas entre el ultrasonido lineal y el radial para la descripción de coledocolitiasis. La prevalencia de coledocolitiasis diagnosticada por ultrasonido endoscópico fue del 34,6%; el 71,4% se diagnosticó con el equipo lineal y el 28,6% con el radial. No se identificaron diferencias estadísticamente significativas en el diagnóstico entre ambos tipos de equipos ( $p = 0,886$ ).

**Conclusiones:** El USE como método diagnóstico primario para la coledocolitiasis en pacientes con riesgo intermedio, según los criterios ASGE 2019, tiene varias ventajas significativas. Este estudio retrospectivo y transversal, realizado en el Hospital General de México Dr. Eduardo Liceaga, demostró una prevalencia del 34,6% de coledocolitiasis detectada por USE en esta población. La mayoría de los casos se diagnosticó de manera efectiva con equipos lineales y radiales, sin diferencias estadísticamente significativas en la precisión diagnóstica entre ambos tipos de equipos. Estos hallazgos apoyan el papel del USE como una alternativa segura, precisa y menos invasiva para la CPRE, contribuyen a una mejor gestión clínica y reducen la morbilidad vinculada con procedimientos innecesarios en pacientes con riesgo intermedio de coledocolitiasis.

**Financiamiento:** No se recibió financiamiento de ningún tipo.

Tabla 1. Datos demográficos. (Dom060)

	Población n = 81
Edad (años $\pm$ DE)	$42 \pm 15$
Mujeres, n (%)	55 (66,7)
Hombres, n (%)	27 (33,3)
Bilirrubina total (media $\pm$ DE)	$2,1 \pm 1,4$
ALT (media $\pm$ DE)	$105,1 \pm 153,1$
AST (media $\pm$ DE)	$66,3 \pm 83,5$
Diámetro de colédoco por UA (media $\pm$ DE)	$6,9 \pm 2,7$
Alteración de las pruebas de función hepática, n (%)	51 (63)
<b>Equipo utilizado</b>	
Lineal, n (%)	54 (66,7)
Radial, n (%)	27 (33,3)
<b>Presencia de coledocolitiasis por USE, n (%)</b>	<b>28 (34,6)</b>

UA, ultrasonido abdominal; DE, desviación estándar.

## Dom061

### SÍNDROMES DE LEMMEL: SERIE DE CASOS EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL

L. C. Ramírez-Zamudio, J. M. Tierrafría-Valle, C. Martínez-Álvarez, J. P. Salcedo-Gómez, Instituto Mexicano del Seguro Social e Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado

**Introducción:** Este síndrome se describió por primera vez en 1934 como ictericia obstructiva, en ausencia de litos o tumores periampulares, secundario a uno o varios divertículos periampulares (DPA) que causan dilatación de la vía biliar intrahepática y extrahepática por obstrucción extrínseca de la vía biliar. Existen pocos casos notificados dada su rara incidencia. Los DPA tienen una incidencia informada de 1% a 27%. La mayoría de los casos es asintomática. Sin embargo, el 5% de los casos muestra complicaciones pancreatobiliares (ictericia obstructiva, colangitis o pancreatitis) o no pancreatobiliares (hemorragia, fistulas, perforación o enterolitosis).

**Objetivo:** Determinar la incidencia y describir las características demográficas y el abordaje terapéutico de los pacientes con síndrome de Lemmel.

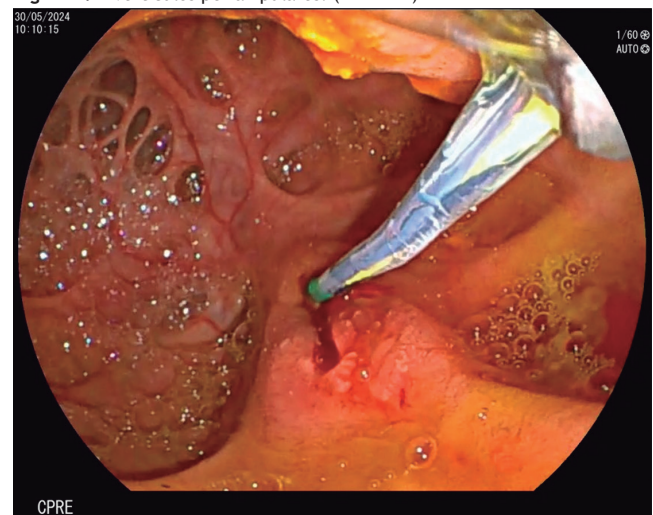
**Reporte de casos:** En el hospital ISSSTE León, Guanajuato, durante el periodo de 2017 a julio 2024 se han realizado 1 044 CPRE, 54 (5,17%) de las cuales correspondieron a divertículos duodenales: ámpulas yuxtadiverticulares en 61,1% (33) (Figura 1) e intradiverticulares en 38,8% (21). Hasta 16 cumplieron criterios para síndrome de Lemmel, con una incidencia notificada de 0,29%, edad promedio de 69 años, predominio masculino de 68,7% y dilatación de la vía biliar extrahepática promedio de 12,7 mm. Dado que se trataba de pacientes sintomáticos, todos se sometieron a esfinterotomía amplia; en 10 (62,5%) casos se colocó prótesis biliar, seis fueron prótesis biliares plásticas y cuatro prótesis metálicas.

**Discusión:** Los divertículos gastrointestinales son evaginaciones de la pared intestinal que pueden aparecer en cualquier parte del tracto gastrointestinal, incluido el duodeno donde la localización más frecuente es la segunda porción. Cuando se encuentran a 2 a 3 cm de la ampolla de Vater se denominan periampulares y se detectan en 27% de los pacientes sometidos a una evaluación del tracto gastrointestinal superior. La mayor parte de los casos es asintomática. Sin embargo, el 5% de los casos causa complicaciones y se clasifican como pancreatobiliares (ictericia obstructiva, colangitis o pancreatitis aguda) o no pancreatobiliares (diverticulitis, hemorragia, perforación o fistulas). Los síntomas clínicos consisten en dolor en el cuadrante superior derecho, valores elevados de bilirrubina, enzimas hepáticas elevadas o enzimas pancreáticas, según fuera la afectación de la ampolla de Vater. La patogenia del síndrome de Lemmel es variable: la irritación mecánica directa de los DPA sobre el ámpulo provoca disfunción del esfínter de Oddi y compresión mecánica sobre el conducto biliar común distal o la ampolla. La CPRE es la norma de referencia diagnóstica. En los pacientes asintomáticos, el tratamiento es conservador, mientras que en los sintomáticos están justificadas la extracción endoscópica del material atrapado, la esfinterotomía endoscópica o la diverticulectomía laparoscópica.

**Conclusiones:** El síndrome de Lemmel es una causa poco frecuente de ictericia obstructiva. En el contexto de DPA y ausencia de litos o afectación ampular, se debe tener en cuenta esta entidad, ya que puede simular otras lesiones quísticas o sólidas alrededor de la cabeza del páncreas. En muchos casos, los pacientes sintomáticos pueden tratarse con éxito por vía endoscópica, pero en algunos casos es necesario recurrir al tratamiento quirúrgico. En este centro se ha informado una incidencia similar a la ya publicada; los casos sintomáticos recibieron tratamiento endoscópico con adecuada evolución.

**Financiamiento:** No se recibió financiamiento de ningún tipo.

Figura 1. Divertículos periampulares. (Dom061)



## Dom062

## SÍNTOMAS DIGESTIVOS SUPERIORES EN LOS PACIENTES CON BILIS EN CÁMARA GÁSTRICA: ¿AMIGO O ENEMIGO?

D. I. García-Prado, C. P. Jaén-Villanueva, A. González-Arredondo, A. R. Báez-Serrano, A. R. Flores-Rendón, Hospital Mexicali ISSSTECALI, Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Gobierno y Municipios del Estado de Baja California

**Introducción:** La dispepsia y la enfermedad por reflujo gastroesofágico (ERGE) son muy prevalentes y sus síntomas suelen superponerse. Se ha propuesto que la presencia de bilis en la cámara gástrica se acompaña de reflujo duodenogastroesofágico y que esto puede empeorar los síntomas de reflujo en algunos pacientes. Sin embargo, la correlación de los síntomas con estos hallazgos no se ha definido con claridad.

**Objetivo:** Correlacionar la presencia de bilis en la cámara gástrica con síntomas de dispepsia, ERGE y hallazgos endoscópicos.

**Material y métodos:** Se realizó una entrevista médica en una unidad de medicina pública y otra privada a los pacientes que acudieron para endoscopia superior por síntomas de dispepsia o ERGE. Se recopilaron antecedentes y síntomas digestivos superiores (escala de Likert de 5 puntos para determinar intensidad; síntomas significativos  $\geq 3$ ) y hallazgos endoscópicos. Tipo de estudio: correlacional de corte transversal. Las variables se expresan en medias, medianas, desviación estándar y porcentajes. Se realizó la prueba t de Student y el análisis de regresión logística si aplicaba en IBM SPSS v21.

**Resultados:** Se estudió a un total de 215 pacientes, de los cuales 70% correspondió a mujeres, con edad de  $50 \pm 15,5$  e IMC  $28,7 \pm 5,62$ . Se identificaron antecedentes de HAS (35%), DM (13%), hipotiroidismo (10%), cirugías abdominales (46%) y consumo de AINE (15%). Un total de 69 pacientes (32%) mostraron bilis en la cámara gástrica. En el análisis univariado, las variables vinculadas con bilis en la cámara gástrica fueron funduplicatura ( $p = 0,036$ ), colecistectomía ( $p = 0,001$ ), uso de inhibidores selectivos de la recaptura de serotonina ( $p = 0,035$ ), eritema en cuerpo ( $p = 0,011$ ), úlceras fúndicas ( $p = 0,018$ ), eritema del fondo ( $p = 0,018$ ) y, en menor proporción, pirosis ( $p = 0,015$ ) y eructos ( $p = 0,023$ ). En el análisis de regresión logística multivariado, solo el antecedente de colecistectomía se relacionó con bilis en la cámara gástrica (OR 3,3; IC95% 1,423-7,658;  $p = 0,005$ ) y menor frecuencia de pirosis (OR 0,473; IC95% 0,23-0,972;  $p = 0,042$ ); ningún hallazgo endoscópico se vinculó de manera significativa. En el análisis de la intensidad de los síntomas se encontró que los pacientes con bilis en la cámara gástrica tenían menor intensidad de pirosis ( $1,30 \pm 0,2$  vs.  $1,77 \pm 0,1$ ;  $p = 0,011$ ), eructos ( $0,83 \pm 0,1$  vs.  $1,44 \pm 0,1$ ;  $p < 0,001$ ), halitosis ( $0,41 \pm 0,1$  vs.  $0,64 \pm 0,1$ ;  $p = 0,015$ ), dolor torácico ( $0,19 \pm 0,1$  vs.  $0,47 \pm 0,1$ ;  $p = 0,001$ ) y mayor intensidad del globo faríngeo ( $0,83 \pm 0,2$  vs.  $0,53 \pm 0,1$ ;  $p = 0,005$ ) y apetito molesto ( $0,46 \pm 0,1$  vs.  $0,3 \pm 0,1$ ;  $p = 0,049$ ).

**Conclusiones:** La bilis en la cámara gástrica guarda una relación con el antecedente de colecistectomía, lo cual concuerda con lo informado. Los síntomas problemáticos del esófago no son al parecer prevalentes en este grupo de pacientes, a diferencia de lo previsible. Se requieren estudios de fisiología esofágica para confirmar si los pacientes con bilis en la cámara gástrica tienen menor exposición al ácido y establecer una correlación sintomática en este grupo de pacientes.

**Financiamiento:** No se recibió financiamiento de ningún tipo.

## Dom063

## HALLAZGOS DE COLONOSCOPIAS DE TAMIZAJE Y RELACIÓN DEL SEXO CON LA HISTOPATOLOGÍA

C. S. Tinitana-Jumbo, P. M. Diego-Salazar, S. A. Vera-Nungaray, J. C. Silis-Cravioto, M. Motola-Kuba, A. D. Santana-Vargas, F. Higuera-De-la-Tijera, J. L. Pérez-Hernández, Hospital General de México Dr. Eduardo Liceaga

**Introducción:** El cáncer de colon (CC) es la segunda causa de muerte por cáncer en hombres y mujeres a escala mundial y en México se diagnostican anualmente en promedio 15 000 nuevos casos con una importancia tal que, en la Ciudad de México, Estado de México y norte del país, es la principal causa de muerte por cáncer. La mayoría de los casos de CC sigue una secuencia adenoma-carcinoma conocida, lo que hace posible una identificación temprana de las lesiones precursoras (pólipos) de cáncer, lo que permite ins-

tituir un tratamiento preventivo y continuar el tamizaje posterior de acuerdo con los hallazgos histológicos de las lesiones identificadas.

**Objetivo:** Describir los hallazgos macroscópicos e histológicos de colonoscopias realizadas en pacientes con riesgo promedio de cáncer de colon en un hospital de tercer nivel y evaluar la relación del sexo con los hallazgos histopatológicos.

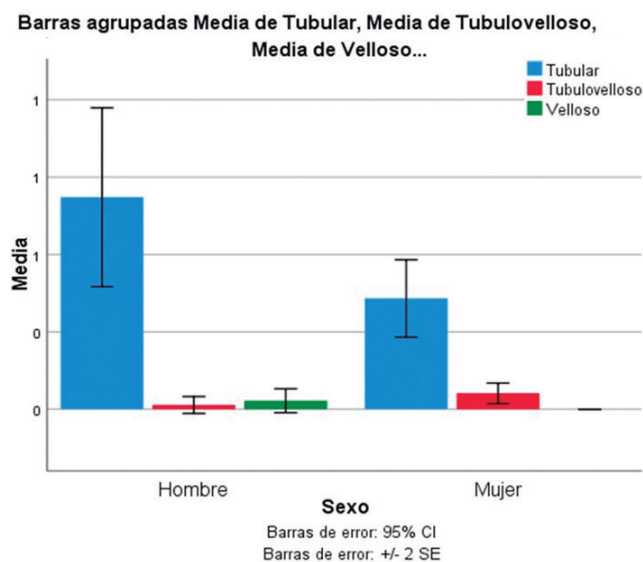
**Material y métodos:** Estudio observacional, retrospectivo y analítico en pacientes con riesgo promedio de cáncer de colon sometidos a colonoscopia de tamizaje en el servicio de endoscopia gastrointestinal en el Hospital General de México Dr. Eduardo Liceaga. Análisis estadístico: se realizó una prueba de Kruskal-Wallis y la comparación por pares con la U de Mann-Whitney para comparar los grupos de pacientes con adenomas tubulares, vellosos y tubulovellosos por sexo. Las variables cualitativas se expresan en porcentajes y las cuantitativas en media y desviación estándar.

**Resultados:** Se incluyó a 249 pacientes con edad promedio de  $58,40 \pm 8,43$  años, 176 mujeres (70,68%) y 73 hombres (29,31%), con proporción M:H de 2,41. Del total de pacientes, 124 (49,79%) no tuvieron pólipos colorrectales, 99 (39,75%) mostraron uno a dos pólipos y 25 (10,04%) tres a cuatro pólipos. De igual manera, en la revisión histopatológica se observó que en los pacientes con pólipos colorrectales 62 fueron adenomas tubulares, 10 tubulovellosos, 2 vellosos, 2 lesiones serradas sésiles y 4 (1,6%) adenocarcinomas. La prevalencia de displasia de bajo grado fue de 12,4% y de alto grado de 2,4%. En el análisis por sexo, la prueba de Kruskal-Wallis fue significativa ( $p < 0,001$ ); en las comparaciones por pares con la prueba U de Mann-Whitney fueron significativos los pacientes con adenomas tubulovellosos (mujeres: 9; hombres: 1) ( $z = -2,529$ ;  $p = 0,011$ ; Figura 1).

**Conclusiones:** Como resultado del tamizaje de cáncer de colon se reconoció una mayor proporción de adenomas tubulovellosos en las mujeres en relación con los hombres; no obstante, un probable efecto en los resultados se debe a la composición de la muestra, en la cual más mujeres accedieron a una colonoscopia de tamizaje que influye a su vez en los hallazgos endoscópicos. Esta limitante sugiere la necesidad de ampliar la muestra de forma prospectiva e incluir a más hombres dado que es el grupo que mayor riesgo de carcinoma colorrectal.

**Financiamiento:** No se contó con financiamiento para este trabajo.

Figura 1. Relación del tipo histológico del adenoma con el sexo. (Dom063)



## Dom064

## CARACTERÍSTICAS ENDOSCÓPICAS DE TUMORES NEUROENDOCRINOS DEL TRACTO GASTROINTESTINAL DIAGNOSTICADOS POR ENDOSCOPIA

C. J. Toranzo-González, F. Rojas-Mendoza, N. E. Aguilar-Olivos, M. Figueroa-Palafox, Médica Sur

**Introducción:** Los tumores neuroendocrinos del tracto gastrointestinal (TNEGI) representan un grupo heterogéneo de neoplasias originadas en células

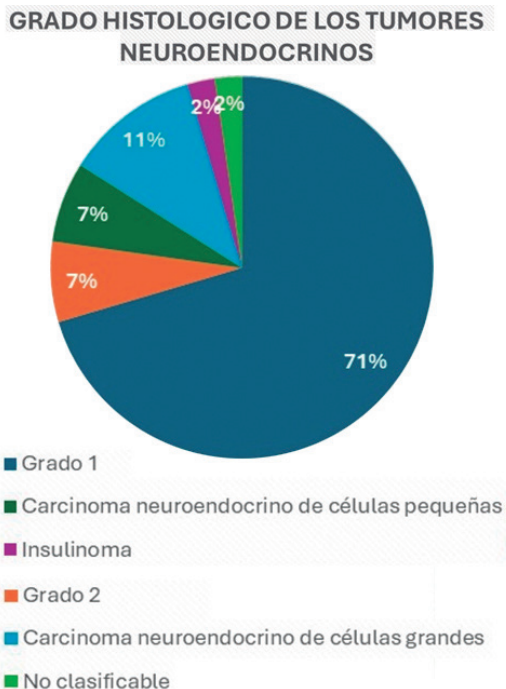


neuroendocrinas dispersadas a lo largo del sistema digestivo. Estas células, que poseen características tanto de las células nerviosas como de las endocrinas, dan lugar a la producción de diversas hormonas y neurotransmisores que regulan funciones fisiológicas esenciales. Los TNE-GI pueden desarrollarse en cualquier parte del tracto gastrointestinal. La incidencia de los tumores neuroendocrinos (TNE) ha aumentado en grado significativo en las últimas décadas. La incidencia anual pasó de 1 caso por 100 000 habitantes a 5 a 7 por 100 000 en la actualidad. Los TNE pueden presentarse a cualquier edad, aunque son más comunes en adultos de 50 a 70 años. La distribución por sexo varía según sea la localización del tumor, pero en general la incidencia es discretamente mayor en hombres que en mujeres. Los TNE-GI pueden clasificarse por su grado de diferenciación en bien diferenciados (TNE) de grado 1 (G1): índice mitótico < 2 mitosis por 10 campos de gran aumento (CGA) y Ki-67  $\leq$  2%; grado 2 (G2): índice mitótico de 2 a 20 mitosis por 10 CGA y Ki-67 de 3-20%; y mal diferenciados (carcinomas neuroendocrinos) de grado 3 (G3): índice mitótico > 20 mitosis por 10 CGA y Ki-67 > 20%, subdivididos en carcinomas neuroendocrinos macrocíticos y microcíticos o por su localización anatómica (esófago, estómago). Estos a su vez se subclasifican en el tipo 1 (relacionados con gastritis atrófica crónica e hipergastrinemia), el tipo 2 (vinculados con síndrome de Zollinger-Ellison y neoplasia endocrina múltiple tipo 1 [NEM 1]) y el tipo 3 (esporádicos, sin relación con hipergastrinemia). Los localizados en el duodeno e intestino delgado, apéndice, colon y recto pueden clasificarse de acuerdo con su actividad secretora en funcionales y no funcionales. En las modalidades de resección endoscópica, las tasas de recurrencia son bajas y varían de 0% a 10%.

**Objetivo:** Evaluar las características endoscópicas y localización de los tumores neuroendocrinos y confirmados por anatomía en el hospital Médica Sur. **Material y métodos:** Se realizó un estudio retrospectivo desde enero del 2010 hasta marzo del 2024 en el que se revisaron los expedientes electrónicos del servicio de endoscopia y anatomía patológica del hospital Médica Sur en busca de tumores neuroendocrinos del tracto gastrointestinal. Se encontraron 87 estudios que informaron tumores neuroendocrinos; se excluyó a 43 debido a la falta de documentación fotográfica, confirmación histológica o inmunohistoquímica. Se analizaron sexo, edad, localización, método diagnóstico, tamaño de las lesiones y grado histológico.

**Resultados:** Del periodo de enero del 2010 a marzo del 2024 se incluyeron 44 tumores neuroendocrinos diagnosticados por algún método endoscópico. La edad promedio al momento del diagnóstico fue de 60 años y fueron más prevalentes en mujeres (52,3%); la modalidad diagnóstica principal fue la esofagogastroduodenoscopia (40,9%). El sitio anatómico más frecuente fue el estómago y duodeno (38,6%), seguido de páncreas y vía biliar. La mayor parte de las lesiones medía menos de 10 mm (63,6%) y se presentaba en un 88,6% como lesiones únicas. En su mayoría eran de grado 1 (71%) (Figura 1).

Figura 1. Grado histológico de los pólipos neuroendocrinos. (Dom064)



**Conclusiones:** La localización más común para los tumores neuroendocrinos fue el estómago, seguido del páncreas y la vía biliar, casi todos de grado 1. La dificultad diagnóstica de este tipo de lesiones radica en su escasa frecuencia en la práctica clínica diaria.

**Financiamiento:** Ninguno.

## Dom065

### ANÁLISIS DE LOS CAMBIOS ENDOSCÓPICOS Y ETIOLOGÍA EN LOS DIFERENTES FENOTIPOS DE ECTASIA VASCULAR ANTRAL GÁSTRICA

O. Juárez-León, J. Colín-Garnica, K. L. Chávez-Osornio, L. L. Robles-Mena, R. Y. López-Pérez, Hospital General de México Dr. Eduardo Liceaga

**Introducción:** La ectasia vascular antral gástrica (EVAG) es una deformidad microvascular adquirida de la mucosa gástrica, de causa y patogenia desconocidas. La forma de presentación es variable, pero puede identificarse en una endoscopia digestiva superior para identificar varices esofágicas como hallazgo incidental durante el tratamiento de la anemia por deficiencia de hierro o como hemorragia manifiesta. Se ha relacionado con cirrosis y enfermedades del tejido conectivo. Se reconocen dos principales patrones endoscópicos distintos: lineal y nodular. El primero se describe como la presencia de lesiones puntiformes o rayadas bien demarcadas que se irradian longitudinalmente desde el píloro. La segunda se caracteriza por nódulos lisos de apariencia benigna endoscópica que predominan en el antro.

**Objetivo:** Describir y contrastar las características clínicas y los hallazgos endoscópicos de hipertensión portal con las comorbilidades relacionadas de los principales fenotipos de EVAG.

**Material y métodos:** Es un estudio observacional, retrospectivo y descriptivo. Se revisaron los informes electrónicos del servicio de endoscopia del Hospital General de México Dr. Eduardo Liceaga del periodo de enero de 2023 a abril de 2024 y se incluyó a los pacientes con diagnóstico final de ectasia vascular del antro. Los fenotipos de EVAG se obtuvieron de los informes de endoscopia, pero si estos no eran específicos, se analizaron las fotografías endoscópicas para determinar el fenotipo predominante. Los pacientes con cirrosis (diagnosticada por manifestaciones clínicas de hipertensión portal o disfunción hepática bioquímica) se evaluaron en cuanto a la gravedad de la enfermedad hepática y sus complicaciones, incluido el cálculo de las puntuaciones de Child-Turcotte-Pugh (CTP) y del Modelo para la enfermedad hepática terminal (MELD y MELD-Na). Se describieron variables demográficas, bioquímicas y características endoscópicas identificadas. Los datos se analizaron con el programa SPSS versión 20.0 para Mac (SPSS Inc, Chicago, IL). Las variables continuas se expresaron como media  $\pm$  desviación estándar y se compararon mediante las pruebas t de Student o Mann-Whitney. Las variables categóricas se expresaron como números absolutos y proporciones y se compararon mediante la prueba exacta de Fisher. Todas las pruebas estadísticas fueron bilaterales y se aceptó significación estadística para  $p < 0,05$ .

**Resultados:** Se revisó a 264 pacientes, con 88 casos en los que se logró obtener información completa. Los datos se resumen en la **Tabla 1**. Para ambos patrones endoscópicos, el principal género fue el femenino (65,2%; 57,8%) y la indicación más frecuente fue el seguimiento de varices esofágicas (69,9%; 71,9%). Como principal factor etiológico de EVAG se identificó la cirrosis (87% y 95,3% respectivamente) y la MAFLD fue primera causa para ambos patrones (39,1% y 48,4%). No se reconocieron diferencias entre las escalas pronósticas calculadas entre los pacientes con cirrosis. En la población con patrón nodular, cinco pacientes (7,8%) recibieron tratamiento con ligadura endoscópica y se colocaron en promedio 2,6 ligas.

Tabla 1. Datos expresados como media  $\pm$  desviación estándar, así como números absolutos y proporciones. (Dom065)

	Patrón lineal	Patrón nodular	p
n	23	64	
Género H/M (%)	8/15 (34,8/65,2)	27/37 (42,2/57,8)	0,709
Edad (prom, DE)	54,96 (12,52)	58,62 (9,14)	0,14
Indicación (%)			0,137

Seguimiento de varices esofágicas	16 (69,6)	46 (71,9)	
Tamizaje de varices esofágicas	3 (13,0)	11 (17,2)	
HTDA	4 (17,4)	2 (3,1)	
Anemia	0 (0,0)	4 (6,2)	
Otros	0 (0,0)	1 (1,6)	
<b>Comorbilidades</b>			
DM2 (%)	8 (34,8)	24 (37,5)	1
HAS (%)	5 (21,7)	6 (9,4)	0,244
Obesidad (%)	1 (4,3)	6 (9,4)	0,754
ERC (%)	-	2 (3,1)	0,963
Cirrosis (%)	20 (87,0)	61 (95,3)	0,381
Etiología (%)			0,067
MAFLD	9 (39,1)	31 (48,4)	
Alcohol	4 (17,4)	21 (32,8)	
VHC	5 (21,7)	3 (4,7)	
Autoinmunitarias	2 (8,7)	6 (9,4)	
<b>Escalas pronósticas</b>			
MELD (prom, DE)	11,87 (10,12)	12,95 (10,09)	0,66
MELD Na (prom, DE)	13,35 (10,85)	14,83 (10,16)	0,558
Child-TP (%)			0,416
A	12 (52,2)	32 (50,0)	
B	7 (30,4)	21 (32,8)	
C	1 (4,3)	8 (12,5)	
Puntuación (prom, DE)	5,70 (2,62)	6,75 (2,56)	0,096
<b>Tratamiento endoscópico</b>			
Argón	-	-	NA
Ligadura	-	5 (7,8)	0,391
No. ligas (prom, DE)	-	2,6	-

**Conclusiones:** En la población estudiada, el modo de presentación, comorbilidades, presencia de cirrosis y su gravedad no se relacionaron con el patrón endoscópico identificado de la enfermedad.

**Financiamiento:** No se recibió ningún tipo de financiamiento.

## Dom066

### PROTOCOLO DE ROMA (COSTAMAGNA): CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS Y ENDOSCÓPICAS DE PACIENTES EN UN HOSPITAL DE REFERENCIA

O. J. Montoya-Montoya, J. C. Zavala-Castillo, J. C. Silis-Cravioto, R. Y. López-Pérez, M. I. Torres-Ruiz, D. Muñoz-Fuentes, C. Dorantes-Nava, M. Carmona-Castillo, Hospital General de México Dr. Eduardo Liceaga

**Introducción:** Las estenosis benignas de la vía biliar pueden desarrollarse por diferentes causas. El abordaje terapéutico depende de la integridad del conducto biliar. Si este no se ha seccionado por completo, se considera la práctica de una CPRE como el tratamiento principal para las lesiones del conducto biliar. El Protocolo de Roma, que desarrolló Costamagna en 2001, se ha empleado como tratamiento para rehabilitar la vía biliar con la co-

locación de múltiples *stents* plásticos en el sitio de estenosis para lograr el drenaje de la vía biliar y la cicatrización alrededor del nuevo calibre alcanzado. En la actualidad existen diversas técnicas para el control de la estenosis biliar benigna. Aún es una herramienta eficaz y accesible en el tratamiento de las estenosis benignas de la vía biliar, con tasas de éxito notificadas de 74% a 90%.

**Objetivo:** Describir las características clínicas y endoscópicas de la población sometida al protocolo de Roma (Costamagna) en un hospital de referencia para el tratamiento de estenosis benignas de la vía biliar.

**Material y métodos:** Se realizó un estudio retrospectivo, observacional y descriptivo mediante la búsqueda de informes endoscópicos de pacientes sometidos a CPRE. Por medio de expediente electrónico se utilizó la palabra clave "Costamagna" entre 2022 y 2024, con un total de 38 resultados compatibles. Se excluyó a 15 casos por pérdida de seguimiento del protocolo. En los 23 casos se calcularon tasas de prevalencia y medidas de tendencia central. Las variables continuas se describieron mediante estadística descriptiva. El análisis de los resultados se realizó con estadística descriptiva con el programa estadístico IBM® SPSS Statistics® versión 22.

**Resultados:** En los 23 casos seleccionados se encontraron 15 del sexo femenino (65,2%) y 8 (34,8%) del masculino. La media de edad registrada fue de 49 años, con una desviación estándar de 16,6, una edad mínima de 17 años, una máxima de 74 y una mediana de 52. Las causas encontradas fueron: estenosis posquirúrgica en 13 pacientes (56,5%) y colecistectomía previa en 19 (82,6%). Se reconocieron también origen desconocido en 8 (34,8%) pacientes, estenosis postrasplante en 1 (4,3%) y otras causas como coledocolitiasis en 1 (4,3%). La localización de la estenosis se encontró en el colédoco proximal en 10 pacientes (43,5%), colédoco distal en 7 (30,4%), confluencia de ambos conductos hepáticos en 3 (13,0%), colédoco medio en 2 (8,7%) y localización mixta en 1 (4,3%). Durante el procedimiento no se informaron complicaciones y se realizó dilatación endoscópica con balón como estrategia adicional al procedimiento en 5 (21,7%) pacientes para la colocación de *stents* plásticos. El número de prótesis colocadas por sesión fue de 1 a 4, con media de 2,6, desviación estándar de 0,9 y mediana de 3 (47,8%).

**Conclusiones:** Dentro de las características clínicas halladas en este centro, se observó que existe predominio del sexo femenino, con una edad promedio de 52 años de edad. La localización más frecuente fue la estenosis del colédoco proximal correspondiente a una clasificación de Bismuth I, pero se identificó una causa posquirúrgica en más de la mitad de los casos. Se colocaron en promedio tres prótesis durante el protocolo y se requirieron tres sesiones para la resolución de la estenosis. En la mayoría de los casos, la dilatación endoscópica con balón no fue necesaria como estrategia adicional a la esfinterotomía. Una de las limitantes en la investigación fue el número de casos incluidos por la dificultad de ingresar a los registros anteriores a 2022.

**Financiamiento:** No se recibió ningún tipo de financiamiento.

## Dom067

### EVALUACIÓN DE LA ESCALA DECISION TO SCOPE SCORE (DTS) COMO PREDICTORA DE RESOLUCIÓN ENDOSCÓPICA EN PACIENTES CON INGESTA DE CUERPO EXTRAÑO

A. E. Chavarín-Meza, G. A. Román-Lugo, J. Pérez-Sánchez, R. M. Ruiz-Ravelo, A. Bautista-Santos, Instituto Mexicano del Seguro Social

**Introducción:** La ingestión de un cuerpo extraño es un motivo frecuente de atención en los servicios de urgencias y 12% a 16% requieren intervención endoscópica. En fecha reciente, el grupo de Macedo-Silva *et al.* propuso una escala con parámetros clínicos para predecir hallazgos endoscópicos ante la sospecha de un cuerpo extraño esofágico; ponderaron variables como tiempo de ingestión < 6 h desde la deglución, odinofagia, disfagia y sialorrea; estas últimas dos fueron las más importantes para clasificar a los pacientes en alto riesgo; en este trabajo establecieron un punto de corte  $\geq 6$  puntos. La mayoría de los cuerpos extraños en adultos pasa de manera espontánea por el tracto gastrointestinal (80%-90%) por lo que es de importancia identificar los factores que predigan la necesidad de realizar una intervención endoscópica.

**Objetivo:** Evaluar la escala DTS (*Decision to scope score*) como predictor de resolución endoscópica en pacientes con ingestión de cuerpo extraño.

**Material y métodos:** Estudio retrospectivo, transversal, analítico y observacional. Se incluyó de manera consecutiva a todos los pacientes que se presentaron al servicio de admisión continua del Hospital de Especialidades del



Centro Médico Nacional Siglo XXI con sospecha de cuerpo extraño esofágico del año 2020 al 2024 y que valoró el servicio de gastroenterología. Se excluyó a 16 pacientes con expediente incompleto, individuos que no aceptaron el procedimiento endoscópico o aquellos en los que el cuerpo extraño estaba alojado fuera del alcance del gastroscopio. Se utilizó estadística descriptiva y, acorde a la distribución de las variables, los resultados se expresaron en medias, medianas, desviaciones estándar y rangos intercuartílicos. Las variables cualitativas dicotómicas se evaluaron con ji cuadrada; en concordancia con el tipo de variable, se usaron t Student o U de Mann-Whitney para variables no paramétricas. Se obtuvieron valores de OR y se elaboraron curvas ROC.

**Resultados:** De 296 pacientes iniciales, 280 cumplieron con los criterios de inclusión, 62,5 % correspondió a mujeres, no hubo diferencia de género en las variables estudiadas y la edad media fue de  $50,65 \pm 18,93$ . Las variables con mayor riesgo de predecir resolución endoscópica fueron la puntuación DTS  $\geq 6$  puntos (OR 44,73), sialorrea (OR 24,23), impacción alimentaria (11,52), ausencia de comida posterior a la ingestión (OR 11,28), disfagia (OR 10,6), sospecha clínica (OR 10,5), sensación de cuerpo extraño (OR 6,37), edad  $> 55$  años (OR 3,66), cuerpo extraño filoso (OR 3) y odinofagia (OR 2,31). En la **Tabla 1** se enlistan todas las variables medidas. Además, se calcularon la sensibilidad y la especificidad de una puntuación DTS  $\geq 6$  para predecir resolución endoscópica (0,8 y 0,9, respectivamente), así como un valor predictivo negativo de 0,93 y un valor predictivo positivo de 0,78, con un área bajo la curva de 0,86.

**Conclusiones:** La escala DTS ( $\geq 6$  puntos) es una herramienta diagnóstica muy efectiva para predecir la necesidad de resolución endoscópica, con un área bajo la curva de 0,86. Esta gran capacidad diferenciadora subraya la utilidad de la escala DTS en la práctica clínica, al permitir a los profesionales de la salud tomar decisiones más precisas y oportunas sobre la intervención endoscópica. Al mejorar la precisión en la identificación de pacientes que requieren este procedimiento, la escala DTS contribuye significativamente a la optimización de los recursos médicos y la mejora de los resultados clínicos. Es posible utilizar esta escala para descartar la necesidad de endoscopia en el contexto de países como este con acceso limitado a este recurso.

**Financiamiento:** No se recibió financiamiento de ningún tipo.

Variable	Razón de momios	p
Género femenino	0,76 (0,44-1,31)	0,33
Edad $> 55$ años	3,66 (2,11-6,36)	$< 0,001$
Disfagia	10,6 (5,44-20,64)	$< 0,001$
Odinofagia	2,31 (1,21-4,42)	0,01
Cuerpo extraño filoso	3 (1,7-5,2)	$< 0,001$
Impacción de bolo	11,52 (5,69-23,34)	$< 0,001$
Tiempo desde la ingestión $< 6$ h	1,32 (0,74-2,47)	0,325
Ausencia de comida desde la ingestión	11,28 (5,87-21,68)	$< 0,001$
Sensación de cuerpo extraño	6,37 (1,48-27,38)	0,005
Sialorrea	24,23 (11,93-49,17)	$< 0,001$
Dolor torácico	2,48 (0,86-7,1)	0,08
Diagnóstico clínico	10,5 (5,43-20,29)	$< 0,001$
DTS $> 6$ puntos	44,73 (21,08-94,89)	$< 0,001$

## Dom068

### ENDOSCOPIA PREOPERATORIA DE RUTINA EN PACIENTES SOMETIDOS A CIRUGÍA BARIÁTRICA

E. J. Medina-Ávalos, S. Teutli-Carrión, R. Y. López-Pérez, J. C. Silis-Cravioto, J. C. Zavala-Castillo, Hospital General de México Dr. Eduardo Liceaga

**Introducción:** La cirugía bariátrica se ha establecido como una de las intervenciones más efectivas para el tratamiento de la obesidad mórbida, al proporcionar una reducción significativa y sostenida del peso, además de una mejoría de las comorbilidades relacionadas. A pesar de su utilidad potencial, la indicación de la endoscopia preoperatoria de rutina en pacientes asintomáticos sometidos a cirugía bariátrica es todavía un tema controvertido.

Algunos estudios abogan por su uso generalizado debido a la elevada prevalencia de hallazgos relevantes.

**Objetivo:** Evaluar la frecuencia de hallazgos endoscópicos e histológicos de los pacientes que ingresaron al protocolo preoperatorio bariátrico en el Hospital General de México, en el servicio de endoscopia.

**Material y métodos:** Estudio retrospectivo, observacional y descriptivo. Se evaluaron estudios endoscópicos e histológicos de pacientes sometidos a endoscopia preoperatoria para cirugía bariátrica del año 2020 al 2023. Las variables evaluadas fueron el procedimiento quirúrgico bariátrico planificado y los hallazgos anormales endoscópicos e histológicos. Se utilizó estadística descriptiva: frecuencia y porcentajes para variables cualitativas y medidas de tendencia central para las cuantitativas.

**Resultados:** Se identificó a un total de 77 pacientes; el 86% correspondió a mujeres, con media de edad de 38 años ( $DS \pm 9,7$  años). El 62% se encontraba asintomático. Los hallazgos endoscópicos anormales más comunes fueron la mayor frecuencia de hernia hiatal, gastropatía eritematosa, erosiva y esofagitis (49%, 30%, 19% y 18%). El 14% de las endoscopias se notificaron como normales. En los hallazgos histopatológicos se encontró gastritis crónica superficial, infección por *Helicobacter pylori* y gastritis reactiva (65%, 35% y 30%) (**Tabla 1**), en la mayor parte de los casos. Del total de pacientes, el 6,5% tuvo un cambio en la operación planeada después de los resultados endoscópicos.

**Conclusiones:** En la actualidad, la indicación de solicitar un estudio endoscópico de rutina en pacientes solo sintomáticos es controvertida. En esta población, la elevada frecuencia de hallazgos endoscópicos e histológicos en los individuos asintomáticos puede omitir una cantidad significativa de afecciones e influir en la decisión clínica y quirúrgica.

**Financiamiento:** Ninguno.

Tabla 1. Hallazgos endoscópicos, histológicos y operaciones practicadas. (Dom068)

VARIABLES	n = 77 (%)
Edad media, años	38 años ( $DS \pm 9,7$ años)
Hombres	11
Mujeres	66
Asintomáticos	47 (62)
<b>HALLAZGOS MACROSCÓPICOS</b>	
Esofagitis	14
Barret	1 (1)
Hernia	38 (49)
Normal	11 (14)
Reflujo biliar	5 (6)
Úlcera	1 (9)
Eritema	23 (30)
Hemorragia	7 (9)
Nodular	11 (14)
Erosiva	15 (19)
Atrofia	4 (5)
<b>HISTOPATOLÓGICO</b>	
Gastritis crónica	50 (65)
Gastritis reactiva	23 (30)
Metaplasia intestinal gástrica	2 (3)
Barrett	2 (3)
<i>Helicobacter pylori</i>	27 (35)
Atrofia	1 (1)
<b>CIRUGÍA PRACTICADA</b>	
Manga gástrica	26 (34)
Bypass	28 (36)
Minibypass	18 (23)

## Dom069

## FRECUENCIA DE DESARROLLO Y PREVALENCIA DE AGENTES INFECCIOSOS EN CULTIVO BILIAR EN PACIENTES CON COLANGITIS AGUDA EN EL HOSPITAL ESPAÑOL

D. E. Flores-Pérez, E. Murcio-Pérez, J. I. Vinageras-Barroso, E. Suárez-Morán, P. Gálvez-Castillejos, J. J. Donis-Hernández, L. F. De Giau-Triulzi, Hospital Español

**Introducción:** La colangitis aguda se define como la infección del tracto biliar, por lo general secundaria a la obstrucción parcial o completa del conducto biliar o los conductos hepáticos. Tiene una mortalidad aproximada a 30 días de 2,6% a 5%. Los agentes causales identificados con mayor frecuencia son gramnegativos: *Escherichia coli* (31%-44%), *Pseudomonas spp* (0,5%-19%), *Enterobacter spp* (5%-9%), *Acinetobacter spp*, *Citrobacter spp*. Con menor prevalencia intervienen gérmenes grampositivos: *Enterococcus spp* (3%-34%), *Streptococcus spp* (2%-10%) y *Staphylococcus spp*. Los anaerobios representan el 4% a 20%. Las guías de Tokyo del 2018 recomiendan la obtención de cultivo de líquido biliar en todos los casos de colangitis aguda, excepto el grado 1. Asimismo, los hemocultivos no deben realizarse de manera sistemática en pacientes con colangitis aguda de grado 1. Se desconoce el apego de los médicos endoscopistas a dichos lineamientos, dado que hacerlo puede tener un efecto positivo en los pacientes con colangitis aguda.

**Objetivo:** Determinar la frecuencia de desarrollo y prevalencia de agentes patógenos en el cultivo de líquido biliar obtenido mediante aspiración directa durante la colangiopancreatografía retrógrada endoscópica (CPRE) en pacientes con colangitis grado  $\geq 2$  en el Hospital Español.

**Material y métodos:** Estudio descriptivo, retrospectivo, observacional y transversal. Se revisaron los expedientes de pacientes con diagnóstico de colangitis, en quienes se realizó CPRE con toma de cultivo de líquido biliar durante el periodo de enero de 2018 a mayo de 2024, en el Hospital Español. Los criterios de exclusión fueron pacientes con colangitis de grado 1, sin cultivo o con expediente médico incompleto.

**Resultados:** Entre enero de 2018 y mayo de 2024 se practicaron 619 CPRE en el Hospital Español; en 85 la indicación fue la colangitis aguda con 13,7% (85/619). En 33 pacientes se obtuvo cultivo biliar indicado por la gravedad  $\geq 2$ . En este grupo, las mujeres correspondieron a 42% (14/33) y los hombres a 58% (19/33). La media de edad fue de 67,5 años (29-94); de acuerdo con la gravedad del cuadro de la colangitis se subdividieron en moderadas (67%, 22/33) y graves (33%, 11/33). El 96,9% (32/33) de los cultivos fue positivo. Los cultivos fueron polimicrobianos en 58% (19/33) de los casos y 42% (13/33) monomicrobianos. Se cultivó un total de 58 patógenos y el agente causal más frecuente fue *Escherichia coli* con 20,6% (12/58), seguido por *Escherichia coli BLEE* ( $\beta$ -lactamasa de espectro extendido) con 10,3% (6/58) y *Enterococcus faecalis* con 8,6% (5/58).

**Conclusiones:** Los resultados del estudio demuestran un alto desarrollo de agentes patógenos en el cultivo biliar; el agente infeccioso más frecuente fue *E. coli*. La mayoría de los pacientes cursó con una infección polimicrobiana y en 17,2% se identificaron variantes BLEE. Lo anterior sugiere una prevalencia considerable de microorganismos resistentes; es por ello importante realizar el cultivo para conocer el agente infeccioso de la población estudiada para determinar sensibilidad bacteriana y ofrecer tratamiento dirigido al agente causal.

**Financiamiento:** Este trabajo no fue financiado por ninguna empresa.

## Dom070

## LA MORFOLOGÍA DE LA PAPILA DE VATER INFLUYE EN EL TIEMPO Y DOSIS DE RADIACIÓN DURANTE LA COLANGIOGRAFÍA RETRÓGRADA ENDOSCÓPICA

G. C. Celis-Valenzuela, H. G. Puc-Farfán, L. A. González-Torres, J. O. Jáquez-Quintana, J. A. González-González, H. J. Maldonado-Garza, Hospital Universitario José Eleuterio González

**Introducción:** El éxito de la colangiopancreatografía retrógrada endoscópica (CPRE) depende de la canulación. Haraldsson describió las características de la papila de Vater (PV) y su dificultad para la canulación. En fecha reciente se publicó el éxito de la canulación biliar en relación con las características de la PV. Sin embargo, no se conocen informes del efecto de la morfología de la PV y el tiempo y dosis de radiación durante la CPRE.

**Objetivo:** Determinar si el tipo de PV clasificada por Haraldsson influye en la dosis y el tiempo de fluoroscopia durante la CPRE.

**Material y métodos:** Se realizó un estudio observacional, ambispectivo y analítico de las CPRE practicadas en el Hospital Universitario José Eleuterio González de agosto de 2018 a diciembre de 2023. Endoscopistas expertos con tres o más procedimientos a la semana realizaron las CPRE. Se utilizó un arco en C para fluoroscopia Philips BV Endura. Un residente de endoscopia avanzada inició los procedimientos y con posterioridad los continuó el maestro.

**Resultados:** Se estudió a 1 412 pacientes con una mediana de edad de 51 (32-69) años; predominó el sexo femenino con 948 (67%). Los diagnósticos preendoscópicos más comunes fueron alto riesgo de coledocolitiasis en 453 (32%), antecedente de CPRE en 250 (18%) y colangitis aguda en 163 (12%). Los tipos de PV más frecuentes fueron el 1 con 432 (31%), la esfinterotomía previa con 389 (27%), la papila tipo 3 con 354 (25%), la papila tipo 2 con 121 (9%), la papila neoplásica o fistulizada con 75 (5%) y la papila tipo 4 con 41 (3%). La pancreatitis posterior a la CPRE se observó en 13 (1%) pacientes. La mediana de tiempo de fluoroscopia fue de 2,36 (1,35-4,32) minutos y la mediana de radiación fue de 18 (9-34) mGy. Se realizó un análisis comparativo entre los tipos de papila y su relación con el tiempo de fluoroscopia y la dosis de radiación. La comparación del tiempo y la dosis de fluoroscopia entre la papila tipo 4 y las otras fue estadísticamente significativa (Tabla 1).

**Conclusiones:** El tipo de PV influye en la dosis y tiempo de fluoroscopia durante la CPRE. Se observó que la papila tipo 4 requiere hasta tres veces más tiempo de fluoroscopia y 2,5 veces más dosis de radiación, en comparación con otros tipos de papilas. Esto resulta fundamental para optimizar la seguridad y la eficacia del procedimiento.

**Financiamiento:** No se recibió ningún financiamiento para la realización de este trabajo.

## Dom071

## CORRELACIÓN ENTRE HALLAZGOS ENDOSCÓPICOS E HISTOLÓGICOS PARA EL DIAGNÓSTICO DE GASTRITIS EOSINOFÍLICA

B. A. Enríquez-Constantino, S. Teutli-Carrión, R. Y. López-Pérez, J. C. Silis-Cravioto, D. Muñoz-Fuentes, E. J. Morales-Mairena, J. R. Murillo-Eliosa, G. Aristi-Urista, L. M. Bernal-Bautista, Hospital General de México Dr. Eduardo Liceaga

**Introducción:** La dispepsia es un síndrome gastrointestinal prevalente que afecta a una parte significativa de la población general y se presenta como un conjunto heterogéneo de síntomas que pueden reflejar una diversidad de anomalías subyacentes. Este complejo abarca desde la dispepsia no investigada, las formas secundarias y la dispepsia funcional. La prevalencia global aproximada es de 30%, pero tras la aplicación de criterios disminuye a 7%. Los recientes avances proponen que la dispepsia no carece de base patológica y destacan las relaciones con incrementos de eosinófilos en el tracto gastrointestinal. Estos eosinófilos desempeñan funciones inmunológicas cruciales y su aumento se relaciona con cambios en la permeabilidad intestinal, inflamación sistémica y alteraciones en el microbioma. El diag-

Tabla 1. Morfología papilar en relación con el tiempo y la dosis de radiación de fluoroscopia. (Dom070)

Tipo de papila	Tipo 1	Tipo 2	Tipo 3	Tipo 4	Neoplásica/ fistulizada	Con esfinterotomía previa	
Tiempo de fluoroscopia (min)	2,1 (1,2-3,2)	2,2 (1,33-5,05)	2,5 (1,50-4,20)	4,3 (2,3-7)	1,5 (1-2)	2,8 (1,37-6,2)	p $\leq$ 0,0001
Dosis de radiación (mGy)	14,5 (7,7-27)	17,3 (8,7-37,6)	19,3 (11,4-32)	34,6 (16-58)	13,9 (7-29)	21,9 (10-53)	p $\leq$ 0,0001

nóstico es todavía un desafío debido a su baja prevalencia y la necesidad de protocolos específicos de biopsia. La endoscopia digestiva con biopsia ha emergido como la herramienta principal para evaluar y diagnosticar estas alteraciones.

**Objetivo:** Investigar la relación entre características clínicas, endoscópicas e histológicas en pacientes diagnosticados con gastritis eosinofílica.

**Material y métodos:** Este estudio utilizó datos recopilados retrospectivamente de pacientes diagnosticados con dispepsia. Se trata de un estudio para evaluar el rendimiento diagnóstico de la gastritis eosinofílica y su relación con los hallazgos endoscópicos. Los datos demográficos, clínicos, endoscópicos e histológicos se obtuvieron de forma retrospectiva. La valoración endoscópica se basó en informes almacenados en el archivo digital del servicio y se utilizó el Sistema de Referencia Endoscópica. Las características demográficas y clínicas se resumieron con uso de frecuencias y porcentajes y mediana con rango intercuartílico. Se utilizó la correlación no paramétrica de Spearman para evaluar la relación entre la densidad de eosinófilos y las puntuaciones EG-REFS en diferentes regiones gástricas.

**Resultados:** Se incluyó a un total de 20 pacientes con gastritis eosinofílica, con edad media de 50,2 años y predominio de mujeres. La atopia se informó en el 65%. El 65% refirió dolor abdominal y un tercio incomodidad posprandial, náusea o distensión abdominal. Todos los pacientes se evaluaron mediante EG-REFS. El 30% se hallaba bajo tratamiento adecuado con IBP. Se identificaron anomalías endoscópicas en el 85%: eritema (70%), granularidad (60%), erosiones (35%), nodularidad (35%) y friabilidad (20%). Se encontraron diferencias significativas en las puntuaciones EG-REFS entre el antro, el cuerpo y el fondo gástricos, pero el antro fue el más afectado ( $p < 0,05$ ; **Tabla 1**). Las erosiones, granularidad y eritema se observaron en el 80% de los pacientes en el antro, en comparación con el 15% en el cuerpo y el 2% en el fondo. Los nódulos elevados se reconocieron en el 35% de los pacientes en el antro y el 15% en el cuerpo. Al correlacionar las características individuales de EG-REFS con la evaluación global de la gravedad endoscópica se observaron correlaciones más sólidas para las erosiones ( $p = 0,011$ ) y lesiones elevadas (granularidad) ( $p = 0,052$ ), especialmente en el antro gástrico. La mediana de la puntuación compuesta de EG-REFS fue de 6 (IQR 1-8). Se registró una relación significativa entre eosinófilos  $> 30$  eos/hpf y atopia (OR 1,6;  $p = 0,058$ ) y entre granularidad

endoscópica e infección por *Helicobacter* (OR 2,23;  $p = 0,048$ ). Las puntuaciones compuestas de EG-REFS fueron significativamente más altas con eosinofilia antral ( $p = 0,052$ )

**Conclusiones:** El estudio subraya la utilidad del EG-REFS en la evaluación de la gastritis eosinofílica y destaca la prevalencia de anomalías endoscópicas en pacientes con histopatología activa. Además, refleja la rentabilidad de la comunicación con el patólogo para la búsqueda intencionada de eosinófilos. **Financiamiento:** Ninguno.

## Dom072

### HALLAZGOS ENDOSCÓPICOS EN INGESTA DE CÁUSTICOS: ANÁLISIS DE CASOS

A. Guzmán-Lepe, J. M. Aldana-Ledesma, P. J. Soto-Agustín, J. A. Velarde-Ruiz Velasco, Grupo Colaborativo, Hospital Civil de Guadalajara Fray Antonio Alcalde, Hospital Civil de Guadalajara

**Introducción:** La ingestión de cáusticos constituye una urgencia médica que puede producir un gran espectro de lesiones. La endoscopia permite conocer la extensión y gravedad de las lesiones; la clasificación de Zargar y Maratka posee valor pronóstico.

**Objetivo:** Describir los hallazgos de la endoscopia digestiva alta en pacientes con ingestión de cáusticos, así como las características clínicas-demográficas.

**Material y métodos:** Tipo de estudio: descriptivo de corte transversal y retrospectivo durante cinco años. Se incluyó a pacientes que ingresaron al área de urgencias con ingestión de corrosivos. Las variables analizadas fueron: género, edad, agente corrosivo (ácido/álcali), lesiones en esófago, estómago y duodeno, y clasificación Zargar y Maratka. Se documentó la intención de la ingestión: accidental o autólisis, así como comorbilidades relacionadas, como enfermedad psiquiátrica e intención de autólisis previas. Se documentaron los desenlaces clínicos como estancia hospitalaria, complicaciones y muerte. Se realizó estadística descriptiva.

**Resultados:** Se buscaron expedientes electrónicos en el periodo comprendido entre abril de 2019 y mayo de 2024, con obtención de un total de 18 pacientes y exclusión de dos por no contar con endoscopia inicial. En total se analizó a 16 pacientes, la mayoría del género masculino (68%, 11), con edad promedio de 35 años (19-78 años); la causa de la ingestión fue el intento de autólisis en 62% (10) y 38% (6) de forma accidental. Según el agente ingerido: ácido en 56% (9) y ácido en 44% (7), en especial sosa cáustica y ácido muriático ingeridos. Casi la totalidad cursó con lesiones en 81% (13) y, de acuerdo con la endoscopia de urgencia en las primeras 24-48 h, las zonas afectadas fueron esófago en 75% (12), estómago en 50% (8) y duodeno en 18% (3), con daño mixto en 50% (8), enfermedad psiquiátrica previa en 43% (7) e intento de autólisis previa en 4 (16%). La mitad de los pacientes sufrió complicaciones de algún tipo; la estancia hospitalaria promedio fue de 7,6 días (1-34 días) y se registró una mortalidad hospitalaria de 31% (5).

**Conclusiones:** En este medio predomina la ingestión de cáusticos en la población joven, sobre todo en el género masculino. En este análisis de casos, casi la mitad contaba con algún trastorno psiquiátrico previo diagnosticado y solo cuatro habían intentado la autólisis de alguna otra forma.

**Financiamiento:** No se recibió financiamiento de ningún tipo.

## Dom073

### LA TASA DE DETECCIÓN DE PÓLIPOS EN EL INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS MÉDICAS Y NUTRICIÓN SALVADOR ZUBIRÁN, EXPERIENCIA EN UN INSTITUTO DE TERCER NIVEL EN LA CIUDAD DE MÉXICO

A. J. Fernández-Ramírez, E. Barreda-Mecalco, D. Aguirre-Villarreal, L. A. Revuelta-Rodríguez, G. Grajales-Figueroa, F. Valdovinos-Andraca, Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán

**Introducción:** En México, el cáncer colorrectal (CCR) es la segunda causa principal de muerte relacionada con el cáncer. La detección temprana de pólipos colorrectales, considerados precursores del CCR, mediante colonoscopia, ha demostrado reducir la incidencia y la mortalidad del CCR. Dos indicadores

**Tabla 1.** Relaciones entre la densidad máxima de eosinófilos y la gravedad de EG-REFS de acuerdo con la región del estómago en pacientes con gastritis. (Dom071)

	Cuerpo	Antro
	> 30 Eo	> 30 Eo
<b>Granularidad</b>		
0	1 (0,313-0,39) (0,088)	3 (1,35-2,89) (0,077)
1	4 (0,81-2,1) (1,02)	10 (1,62-2,52) ( <b>0,052</b> )
<b>Nodularidad</b>		
0	3 (0,38-0,82) (0,38)	6 (0,21-3,01) (1,28)
1	2 (0,62-0,73) (0,62)	6 (0,17-3,3) (1,66)
2	0	1 (0,96-2,1) (2,7)
<b>Friabilidad/hemorragia</b>		
0	N/A	1 (0,15-2,77)
1	5 (0,12-2,4) (0,12)	11 (0,15-0,89) (0,15)
2	N/A	1 (0,89-1,7)
<b>Eritema</b>		
0	2 (0,67-5,3) (0,12)	9 (0,14-8,3)
1	3 (0,74-2,9) (0,72)	4 (1,07-1,55) ( <b>0,011</b> )
2	1 (0,10-2,6) (0,78)	0 N/A
<b>Pliegues/surcos</b>		
0	5 (0,77-3,7)	5 (0,65-1,1)
1	5 (1,2-2,2)	1 (0,88-3,1)
<b>Estenosis</b>		
0	N/A	N/A
1	N/A	N/A

Correlación de hallazgos endoscópicos y eosinófilos  $> 30$  hpf.

clave del rendimiento de una colonoscopia son la tasa de detección de pólipos (TDP) y la tasa de detección de adenomas (TDA), definida como la proporción de colonoscopias en las que se identifica al menos un pólipo o un adenoma. Por lo tanto, es esencial conocer y comprender los factores de riesgo que afectan esta medida en un centro de referencia como el Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán (INCMNSZ).

**Objetivo:** Determinar la TDP y TDA en el INCMNSZ. Asimismo, identificar los factores vinculados con la detección de estos.

**Material y métodos:** Se llevó a cabo un estudio unicéntrico prospectivo que incluyó a 233 pacientes sometidos a una colonoscopia. Se registraron datos demográficos, clínicos, preparación anterior a la colonoscopia, indicación de la colonoscopia, duración del procedimiento, equipo utilizado y calidad de la preparación. Además, se registró el número de colonoscopias en las que se detectaron pólipos, así como las características histopatológicas de estos. Los resultados se analizaron con medidas de frecuencia relativas y centrales para obtener porcentajes, promedios y desviaciones estándar. Por último, se realizó un análisis de regresión logística univariada y los datos relevantes se incluyeron en una regresión logística multivariada.

**Resultados:** Participaron 233 pacientes, de los cuales 147 fueron mujeres (63%), con una edad media de 64 años al momento de realizar la colonoscopia (RIC 12). La indicación más frecuente para la colonoscopia fue el tamizaje (n = 134), seguido de diarrea crónica (n = 36), anemia (n = 33), sangrado (n = 19) y pérdida de peso (n = 11). La gran mayoría recibió preparación en monodosis (4 L de macrogol) (n = 224) y solo nueve recibieron preparación en dosis dividida. La mediana de duración de la colonoscopia fue de 35 minutos. En 216 (92%) casos se consideró una preparación adecuada (Boston de 6 puntos, ningún segmento < 2). Se detectó al menos un pólipo en 123 colonoscopias (53%; TDP = 53). Se practicó la resección en 114 casos y la técnica más común fue la de asa fría (n = 81), seguida de pinza (n = 26) y asa caliente (n = 7). La mediana de pólipos detectados fue de 1. Los adenomas (n = 56) fueron las lesiones más comunes, seguidos de pólipos hiperplásicos (n = 33), adenomas serrados (n = 12), colitis crónica (n = 11), adenocarcinoma (n = 6) y pólipos hamartomatosos (n = 2). No se recuperaron pólipos en 19 pacientes (15,4%) para estudio histopatológico. La TDA fue de 20,4% (n = 30) en mujeres y 30,2% (n = 26) en hombres, con un total de 24%. En el análisis univariado se determinó que el tamizaje como indicación (OR 1,680; IC 1,184-2,384; p < 0,004), el tiempo total de colonoscopia (OR 1,035; IC 1,014-1,054; p < 0,001) y la preparación adecuada (OR 3,987; IC 1,260-12,621) se vincularon con la detección de pólipos. Estos datos se incluyeron en el análisis multivariado (Tabla 1), en el cual se mantuvieron estos hallazgos.

**Conclusiones:** Este estudio resalta la efectividad de la colonoscopia de tamizaje en la detección de pólipos colorrectales en el INCMNSZ. Con una tasa de detección de pólipos del 53% y de adenomas del 24%, se identificaron factores clave relacionados con una mayor detección. Estos resultados subrayan la importancia de mantener altos estándares en la preparación y realización de colonoscopias para prevenir el cáncer colorrectal.

**Financiamiento:** No se recibió financiamiento de ningún tipo.

Tabla 1. Análisis multivariado de factores relacionados con la detección de pólipos y adenomas. (Dom073)

Variable	Razón de momios (OR)	Intervalo de confianza (95%)	p
Tamizaje como indicación	2,680	1,533-4,684	< 0,001
Tiempo total de colonoscopia	1,036	1,014-1,059	0,002
Preparación adecuada	4,742	1,450-15,510	0,010

## Dom074

### COMPARACIÓN DE LA EFICACIA EN LA PREPARACIÓN INTESTINAL DE UNA COLONOSCOPIA ENTRE LA LACTULOSA ORAL VERSUS POLIETILENGLICOL

A. G. Rivera-Flores, Unigastro

**Introducción:** La colonoscopia es el método regular para valorar la mucosa del colon. La preparación intestinal es fundamental para la calidad de la

colonoscopia. La preparación intestinal ideal para la colonoscopia debe vaciar de manera confiable toda la materia fecal del colon de manera rápida y sin alteraciones macroscópicas o histológicas de la mucosa colónica, además de que no debe causar molestias al paciente ni cambios en los líquidos o electrolitos, y debe ser segura, cómoda, tolerable y económica. El polietilenglicol (PEG) es una de las alternativas aprobadas por la FDA para la preparación colónica. La lactulosa es un laxante osmótico que se ha utilizado en diversos estudios asiáticos con buenos resultados para la preparación colónica.

**Objetivo:** Comparar la eficacia de la lactulosa en la preparación intestinal de una colonoscopia.

**Material y métodos:** Es un estudio comparativo prospectivo, no cegado, realizado de enero a junio del 2024. Se utilizaron los siguientes criterios de inclusión: pacientes mayores de 18 años que requirieron una colonoscopia de forma electiva que aceptaron participar y firmaron el consentimiento informado. Criterios de exclusión: colectomía previa, embarazo y uso de otros laxantes. Los pacientes se dividieron en dos grupos: grupo 1 (control) con PEG (280 g diluidos en 4 L de agua a dosis dividida, con el último litro 6 a 8 h antes del estudio); y grupo 2 (intervención) con lactulosa (250 mL en 750 mL de agua 6 a 8 h antes del estudio). Se seleccionó de forma aleatoria la administración del laxante en el periodo de tiempo ya descrito. Se evaluaron los siguientes parámetros: edad, sexo, puntuación de Boston, intubación cecal, efectos adversos, tolerancia y satisfacción de pacientes y costo mediante cuestionario validado. Se utilizó estadística descriptiva para la descripción de la población estudiada (promedio, desviaciones estándar como porcentajes); para la comparación entre grupos se empleó la prueba t de Student para variables paramétricas y la ji cuadrada o prueba exacta de Fisher para las variables no paramétricas. Se usó el programa Stata 14.

**Resultados:** Durante el intervalo antes descrito se estudió a 133 pacientes con una edad promedio de 56 ( $\pm$  15,2 años) y el sexo femenino como el más frecuente con 62%. Los pacientes que utilizaron PEG fueron 80 (60%) y los de lactulosa 53 (40%). En la preparación colónica de los pacientes con PEG medida por la escala de Boston se encontró que en 64 tenían 9 en la escala de Boston (80%), 10 tenían 8 (13%), 3 tenían 7 (4%), 2 tenían 6 (3%) y 1 tenía 5 (1%). En los pacientes con lactulosa, 50 tuvieron una preparación colónica de 9 en la escala de Boston (94%) y 3 tenían 8 (6%), sin ser estadísticamente significativa la escala de Boston entre lactulosa y PEG. El apego, tolerancia y satisfacción al tomar el laxante fue estadísticamente significativo (0,03) para la lactulosa en comparación con PEG; la náusea fue el principal síntoma o efecto adverso al tomar PEG. La intubación cecal fue de 98% y no fue estadísticamente significativa al compararla entre la lactulosa y PEG. El costo fue estadísticamente significativo en favor de la lactulosa (se comparó el precio de la lactulosa con el PEG de sabor).

**Conclusiones:** La lactulosa fue similar al PEG en la preparación colónica. La lactulosa tuvo un mejor apego, tolerancia, satisfacción y precio más accesible que el PEG. Por lo anterior, la lactulosa puede considerarse una opción alternativa para la preparación colónica.

**Financiamiento:** Ninguno.

## Dom075

### PUNTAJE DE BOSTON EN PACIENTES EN EL RÉGIMEN DE PREPARACIÓN PARA COLONOSCOPIA CON NULYTELY (MACROGOL) VS. NULYTELY BIS (MACROGOL/ BISACODILO) EN PACIENTES MAYORES A 50 AÑOS

J. R. Espinoza-Acuña, M. S. Cuevas-Maldonado, E. G. Salgado-Parra, B. N. Loza-Hernández, A. Salazar-Zamudio, E. E. R. Bernal-Hernández, A. Chávez-Santiago, Hospital Regional Licenciado Adolfo López Mateos

**Introducción:** La colonoscopia ofrece una visualización directa de la anatomía del tracto digestivo. Tiene algunas desventajas que dependen de la experiencia del médico como de las condiciones del colon. Se han empleado diferentes sustancias como método de preparación con el objetivo de lograr una mejor visualización de la mucosa, a pesar de lo cual se ha notificado hasta 20% a 25% de preparaciones fallidas, y de estas el 18% se debe a la falta de adherencia de los pacientes. En este medio se considera de elección el uso del polietilenglicol, en su versión comercial "Nulytely", para el que es necesario el consumo de 4 L, algo que pocas veces tolera por completo el paciente, sobre todo los adultos mayores e individuos con enfermedad renal terminal o insuficiencia cardíaca. Existen diferentes preparaciones como la



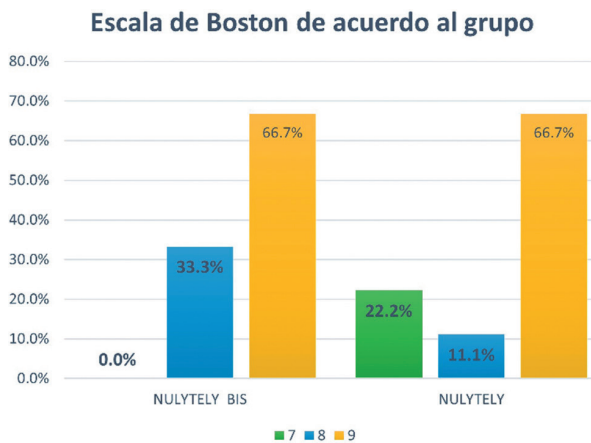
preparación con bisacodilo que requiere menos volumen y probablemente sea más adecuado su uso en este tipo de pacientes.

**Objetivo:** Comparar el grado de preparación colónica mediante la escala de Boston en pacientes sometidos a régimen de preparación con Nulytely Bis (macrogl/bisacodilo) comparado con Nulytely (macrogl). Asimismo, medir el grado de tolerabilidad, determinar por BNP antes y después de la preparación colónica y comparar los electrolitos séricos y creatinina antes y después de la preparación.

**Material y métodos:** Se realizó un estudio analítico de tipo experimental prospectivo entre agosto de 2022 y agosto de 2023, con aleatorización de dos grupos. Un grupo recibió Nulytely y el otro Nulytely Bis. Se realizaron pruebas de laboratorio dentro de las primeras 24 horas antes y después de la colonoscopia.

**Resultados:** Se evaluó un total de 34 colonoscopias; tras excluir a 13 pacientes, el grupo 1 (Nulytely BIS) se integró con 12 y el grupo 2 (Nulytely) con nueve. El 61,9% correspondió al sexo femenino. La escala de Boston fluctuó entre 7 y 9 puntos, sin significancia estadística. Al categorizar la escala Boston se encontró que el 100% de los pacientes en el grupo 1 mostró una excelente preparación (puntuación > 8), en comparación con el 77,8% en el grupo 2 ( $p = 0,171$ ), sin significancia estadística (Figura 1). No se reconoció significancia estadística en las diferentes variables de laboratorio obtenidas (sodio, potasio, cloro, creatinina, Pro-BNP). Al cuantificar el grado de tolerabilidad al medicamento se observó que en los pacientes del grupo 2, el 85,7% no presentó náusea o vómito en comparación con el grupo 1 en el que la tolerancia se logró en el 100%, sin significancia estadística. Entre los valores estadísticamente significativos se advirtió que en el grupo 1 la totalidad de los individuos tuvo la mayor ingestión de la preparación, mientras que en el grupo 2 solo el 55,6% logró el consumo completo de la preparación.

**Figura 1.** En la siguiente grafica se observa la distribución Inter grupos en cuanto al puntaje de Boston obtenido con los diferentes métodos de preparación colónica. (Dom075)



**Conclusiones:** Se identificó una adecuada preparación en ambos grupos y al dividirlo en categorías se encontró que el grupo 1 (Nulytely BIS) tenía 100% de excelente preparación en comparación con el grupo 2. Esto puede demostrar que el uso del bisacodilo a cualquier volumen es efectivo para una limpieza colónica de buena a excelente, sin importar el volumen de administración. Otro dato relevante fue el menor porcentaje de náusea y vómito, así como la mejor tolerabilidad en aquellos que tomaron Nulytely BIS ya que ingirieron el 100% de la preparación, lo que mostró que la preparación combinada con bisacodilo es más efectiva y tolerable que la simple. Con respecto a los datos de laboratorio, Nulytely Bis no demuestra cambios estadísticamente significativos en los valores de laboratorio observados, por lo que se infiere que ambos medicamentos tienen un perfil de seguridad comparable en la población estudiada.

**Financiamiento:** Ninguno.

## Dom076

### ANÁLISIS OBSERVACIONAL DE PÓLIPOS COLÓNICOS EN PACIENTES CON ACROMEGALIA

M. Pacheco-Serrano, J. E. Cuevas-Castillejos, J. Gutiérrez-Ortiz, F. Valdovinos-Andraca, Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán

**Introducción:** La acromegalia es una endocrinopatía crónica caracterizada por la secreción excesiva de hormona de crecimiento (GH) y factor de crecimiento similar a la insulina tipo I (IGF-1). Los pacientes con esta alteración registran una mortalidad incrementada debido a múltiples complicaciones cardiovasculares, respiratorias y neoplásicas, incluidos el cáncer colorrectal y sus precursores. En la población mexicana, la prevalencia de pólipos colónicos en pacientes con acromegalia no se ha documentado de forma amplia. Dado que la detección temprana y la vigilancia de estas lesiones son fundamentales para prevenir su evolución a procesos malignos, se condujo este estudio en un centro de referencia para pacientes con acromegalia en México.

**Objetivo:** Determinar la frecuencia de pólipos colónicos y sus características en pacientes con acromegalia.

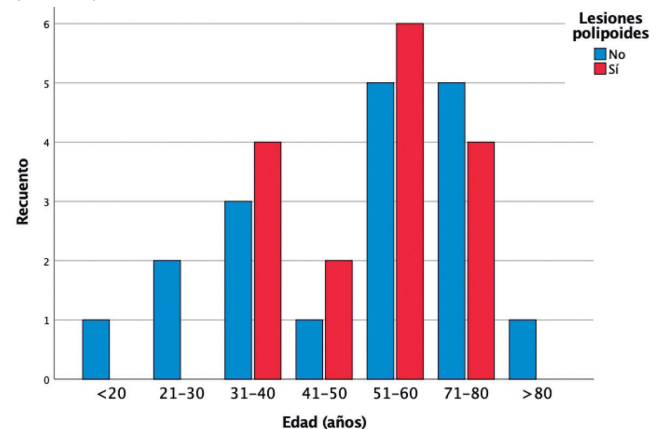
**Material y métodos:** Estudio observacional, retrospectivo y descriptivo realizado en pacientes con acromegalia referidos para videocolonoscopia en el departamento de endoscopia del INCMNSZ entre 2015 y 2024. Se recabaron las características demográficas, clínicas y bioquímicas de los pacientes, los hallazgos endoscópicos y el informe de histopatología.

**Resultados:** Se encontró a un total de 34 pacientes con diagnóstico de acromegalia. El 55,9% correspondió a pacientes del género femenino. La mediana de edad fue de 56 años (IQR 34-62). El 76,5% de los pacientes tenía enfermedad activa al momento del estudio endoscópico. La mediana de duración de la enfermedad desde el inicio del crecimiento acral hasta la endoscopia fue de 8,5 años (IQR 4,7-14,2). La mayoría de los pacientes se refirió asintomática gastrointestinal (82,4%) y 8 (23,5%) sufrían anemia. Todos los pacientes fueron objeto de videocolonoscopia y solo en un paciente la exploración fue incompleta. La mediana del tiempo de estudio y tiempo de retiro fue de 31 (28-42) y 15 minutos (10-23), respectivamente. Todos los pacientes recibieron preparación con polietilenglicol. El 85,7% de los pacientes recibió preparación con dosis total el día previo y el resto recibió dosis dividida. El 14,7% de los pacientes tuvo una preparación inadecuada. Se encontró una tasa de detección de pólipos y adenomas de 47,1% y 20,6%, respectivamente. La mediana de número de lesiones por paciente fue de 2 (IQR 1-4). La mediana de tamaño de la lesión dominante fue de 5 mm (IQR 3-9). Las localizaciones más frecuentes correspondieron al colon ascendente y el transverso con 20,6% cada una. Las histologías notificadas en orden decreciente de frecuencia correspondieron al adenoma tubular (17,6%), pólipo hiperplásico (14,7%), colitis crónica (8,8%), adenoma vellosos con displasia de alto grado (2,9%) y adenocarcinoma (2,9%). No se identificaron diferencias significativas en las variables estudiadas al analizar a pacientes con y sin lesiones polipoides, con excepción de una mediana mayor de tiempo de retiro en el primer grupo (21 vs. 15 min). En cuanto a la distribución de lesiones por grupos de edad, destacó que no se encontrara ninguna lesión polipoidea ni adenoma en aquellos en los que se practicó endoscopia antes de los 30 años de edad (Figura 1).

**Conclusiones:** En este estudio se registró una elevada frecuencia de pólipos y adenomas en pacientes con acromegalia, sobre todo en el colon ascendente y el transverso, lo que señala la necesidad de vigilancia endoscópica con colonoscopia en esta población, en particular en los mayores de 30 años. Un porcentaje significativo de pacientes puede no alcanzar una preparación intestinal adecuada, lo que podría afectar la detección de pólipos. Por lo tanto, se deben implementar estrategias para mejorar las tasas de preparación intestinal adecuada.

**Financiamiento:** Ninguno.

**Figura 1.** Distribución del recuento de lesiones encontradas por edad. (Dom076)







# REVISTA DE GASTROENTEROLOGÍA DE MÉXICO

www.elsevier.es/rgmx



## Exposición de trabajos libres en cartel

Domingo 17 de noviembre de 2024

### Pediatría

#### Dom077

#### REHABILITACIÓN INTESTINAL: CRECIMIENTO, CALIDAD DE VIDA Y SUPLEMENTACIÓN DE VITAMINA D EN PACIENTES CON FALLA INTESTINAL PORTADORES DE NUTRICIÓN PARENTERAL DOMICILIARIA DEL HOSPITAL INFANTIL DE MÉXICO FEDERICO GÓMEZ

L. L. Rogel-Zárate, A. Arista-Ríos, M. Izquierdo-Abraham, S. Villalpando-Carrión, J. Vilchis-Gil, Hospital Infantil de México Federico Gómez

**Introducción:** El síndrome de intestino corto (SIC) es la causa principal de la falla intestinal (FI), lo que produce malabsorción de macronutrientes y micronutrientes y se compromete el estado nutricional del paciente; por ende, la nutrición parenteral (NP) es un pilar del tratamiento. Por otra parte, con el fin de evitar mayor tiempo hospitalario y mejorar la calidad de vida, la NP puede ser domiciliaria (NPD), aunque la NP no cubre los requerimientos de vitamina D y se altera la salud ósea y el crecimiento.

**Objetivo:** Describir el estado nutricional, la calidad de vida y la complementación de vitamina D, en niños con falla intestinal, insuficiencia de vitamina D y nutrición parenteral domiciliaria de la clínica de rehabilitación intestinal del Hospital Infantil de México Federico Gómez (HIMFG).

**Material y métodos:** Pacientes de la clínica de rehabilitación intestinal del HIMFG portadores de NPD. Tipo de estudio: cohorte observacional-analítica. Variables analizadas: talla, índice de masa corporal, peso para la talla, talla para la edad, calidad de vida mediante cuestionario PedsQL, número de NPD, valores séricos de 25(OH)Vit d y UI de vitamina D. Análisis

estadístico: análisis descriptivo mediante frecuencias, con variables dicotómicas con media, máximos, mínimos y correlación de Pearson.

**Resultados:** Nueve pacientes con FI de  $2,5 \pm 0,75$  años, seis varones y tres mujeres. El 44% se diagnosticó con talla normal para la edad y además 33% tenía suficiencia de vitamina D  $> 30$  ng/dL. Se observa significancia estadística con una  $p < 0,52$  en relación con la talla y los valores séricos de vitamina D. Por otro lado, el 87,5% mostró suficiente calidad de vida (calificación PedsQL con puntuación de 83,1). La frecuencia de NPD fue del 40% (tres días) a 25% (dos días) a la semana y no influyó en la calidad de vida, en la cual se no observó correlación con  $p = -0,28$ .

**Conclusiones:** Los pacientes con FI tienen talla baja, que se relaciona con los valores de vitamina D plasmáticos. Se observó que las dosis diarias  $> 8,000$  UI diarias mantienen las cifras de la vitamina D y por tanto favorecen el crecimiento. Por otro lado, la calidad de vida se vio más relacionada con el estado nutricional y menos con la cantidad de días con NPD a la semana.

**Financiamiento:** No se recibió ningún financiamiento para la realización de esta investigación.

#### Dom078

#### EVALUACIÓN DE LA PREVALENCIA DE SÍNDROME DE DESGASTE ENERGÉTICO PROTEICO EN PACIENTES CON ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA CON TERAPIA DE SUSTITUCIÓN RENAL CON HEMODIÁLISIS

D. Martínez-Subías, I. E. Del Moral-Espinosa, J. C. Romo-Vázquez, C. Flores-Reséndiz, Hospital Infantil de México Federico Gómez

**Introducción:** El síndrome de desgaste energético proteico (SDEP) es un trastorno que se caracteriza por la ingestión calórica y proteica insuficiente, lo cual tiene como resultado una pérdida de masa corporal. Esta pérdida de masa no solo puede explicarse por la baja ingestión, sino también por procesos inflamatorios y desgaste muscular.

**Objetivo:** Determinar la prevalencia de SDEP en pacientes sometidos a hemodiálisis y clasificar el grado de SDEP, además de conocer las variables que se vinculan más con SDEP.

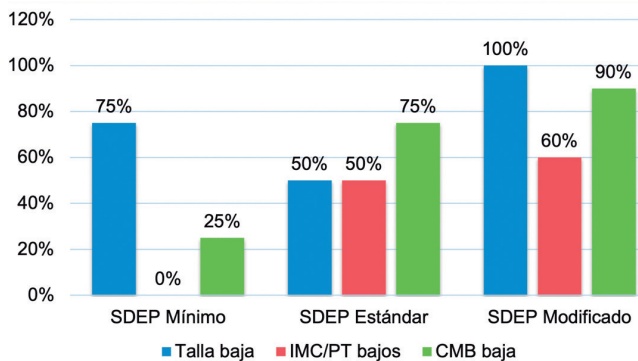
**Material y métodos:** Se incluyó a pacientes con diagnóstico de enfermedad renal crónica con tratamiento sustitutivo en modalidad de hemodiálisis con edades de 1 a 18 años, atendidos en el Hospital Infantil de México Federico Gómez en el periodo de 2023 a 2024. Tipo de estudio: observacional, retrospectivo, transversal y descriptivo. Se analizaron datos del último registro en el expediente médico y del seguimiento nutricional: edad, sexo, género y fase de la enfermedad; para el diagnóstico del síndrome de desgaste energético proteico en pediatría se utilizó la clasificación propuesta en el *Chronic Kidney Disease in Children Study* (CKiD): a) parámetros bioquímicos (colesterol < 100 mg/dL, albúmina < 3,8 g/dL, transferrina < 140 mg/dL y proteína C reactiva > 3 mg/L), b), índice de masa corporal (IMC < p5), c) circunferencia media de brazo (CMB < p5), d) disminución del apetito y e) talla baja (talla para la edad < p3). Se consideró como diagnóstico de SDEP a aquellos pacientes que tuvieran más de dos criterios y se estratificó de la siguiente manera: "SDEP mínimo" (dos criterios positivos), "SDEP regular" (tres criterios positivos) y "SDEP modificado" (tres criterios positivos más talla para la edad < p3). Para el análisis estadístico se obtuvieron descriptivos y además se realizó una correlación de Spearman para conocer la correlación de cada una de las variables y el diagnóstico de SDEP.

**Resultados:** Se analizaron los datos de 27 pacientes; su edad promedio fue de 139,81 meses  $\pm$  51,02, el 51,9% fueron del sexo masculino y 48,1% del sexo femenino. La prevalencia de SDEP global fue de 81,5%, SDEP mínimo de 29,6%, SDEP regular de 14,8%, SDEP modificado de 37% y sin SDEP de 18,5%. Las variables que se correlacionaron fueron IMC (-0,54,  $p = 0,004$ ), CMB (-0,69,  $p < 0,001$ ) y talla edad (-0,56,  $p = 0,02$ ) (Figura 1); las variables de apetito y parámetros bioquímicos no se correlacionaron con el SDEP.

**Conclusiones:** La prevalencia de SDEP en esta población es alta, especialmente en aquellos de talla baja; se observó que las variables que se correlacionan con SDEP son la talla, edad, IMC y circunferencia media de brazo. Las variables que menos se correlacionan son los parámetros bioquímicos. Las implicaciones nutricionales van más allá del diagnóstico, ya que pueden tener efecto negativo en el estado de salud.

**Financiamiento:** No se recibió ningún tipo de financiamiento.

**Figura 1.** Criterios diagnósticos correlacionados para el SDEP. SDEP, síndrome de desgaste energético proteico; IMC, índice de masa corporal; CMB, circunferencia media de brazo. (Dom078)



## Dom079

### STRONGKIDS: EVALUACIÓN DEL RIESGO NUTRICIONAL EN UNA SALA DE URGENCIAS PEDIÁTRICAS

A. Rieppi-Díaz, I. Núñez-Barrera, M. Reyes-Apodaca, V. B. Olivar-López, Hospital Infantil de México Federico Gómez

**Introducción:** En la actualidad están disponibles diversas herramientas de tamizaje de riesgo nutricional, por lo que seleccionar la que mejor se correlaciona con el estado nutricional puede utilizarse como un instrumento de

atención oportuna para el proceso de desnutrición del paciente que acude a emergencias pediátricas.

**Objetivo:** Determinar la utilidad de las herramientas de tamizaje nutricional, STAMP o STRONGkids, y su correlación con la antropometría en los pacientes que acuden al servicio de urgencias de un hospital de tercer nivel de atención.

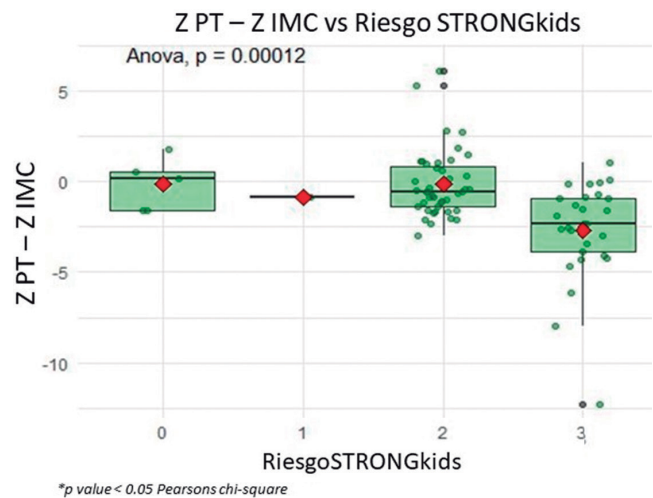
**Material y métodos:** Estudio transversal analítico. Se aplicaron las herramientas STRONGkids (*Screening tool for risk on nutritional status and growth*) y STAMP (*Screening tool for the assessment of malnutrition*) a cada uno de los pacientes que ingresaron a la sala de urgencias pediátricas de un hospital de tercer nivel de atención. Se evaluaron las dos escalas a través de puntuaciones y reactivos y en ambos casos se empleó el tamizaje traducido y validado al español. Para STAMP se consideraron las puntuaciones siguientes: sin riesgo nutricional (< 2 puntos), riesgo moderado (2 a 3 puntos) y riesgo nutricional alto (> 4 puntos). La escala STRONGkids mostró un riesgo elevado cuando se consideró una puntuación > 4 puntos, medio con una puntuación de 1 a 3 puntos y bajo con 0 puntos. La evaluación antropométrica se realizó con peso, talla e índice de masa corporal (IMC) y se interpretaron los indicadores de acuerdo con los parámetros de crecimiento para sexo y edad. Se realizó análisis estadístico por correlación de Pearson y análisis descriptivo.

**Resultados:** Se incluyó a 78 pacientes (47,3% de mujeres), con una media de edad en meses de  $63 \pm 18$ . En los pacientes < 2 años, el 76,4% sufrió desnutrición por PT, mientras que en los individuos > 2 años se observó el 33,3% de desnutrición por IMC. Al evaluar la correlación entre la puntuación de STRONGkids y el estado nutricional se encontró una sólida correlación de 0,90 en comparación con la clasificación de STAMP que fue de 0,79. En ambos casos (Figura 1) se observó una correlación estadísticamente significativa ( $p = 0,0001$ ), pese a lo cual STRONGkids mostró mejor correlación.

**Conclusiones:** La aplicación de STRONGkids fue superior a STAMP en una sala de urgencias pediátricas, lo que permite identificar con rapidez y sencillez a los pacientes que tienen un alto y medio riesgo de desnutrición al momento del ingreso hospitalario, lo que permite realizar las intervenciones correspondientes para mejorar el estado nutricional, sobre todo en los pacientes que se mantienen hospitalizados.

**Financiamiento:** Ninguno.

Figura 1. Z PT-Z IMC vs. STRONGkids. (Dom079)



## Dom080

### INTERVENCIONES NUTRICIONALES EN LA PRÁCTICA CLÍNICA PARA NIÑOS CON TRASTORNOS DEL ESPECTRO AUTISTA: PERSPECTIVAS DE PEDIATRAS, ESTUDIANTES DE PEDIATRÍA Y SUBESPECIALISTAS

C. A. Velasco-Benítez, M. Higuera, A. R. Echávez; Grupo Colaborativo: Universidad Nacional de Colombia, Bogotá, Colombia; Universidad del Valle, Cali, Colombia

**Introducción:** Los niños con trastorno del espectro autista (TEA) muestran dificultades en su alimentación, que puede repercutir en su estado nutricional.

nal. Su alimentación es exclusiva y especial y puede ocasionar síntomas digestivos diversos. Además, los familiares pueden optar por ofrecer alimentos no indicados por los profesionales de la salud.

**Objetivo:** Evaluar la utilización de intervenciones nutricionales en la práctica clínica para niños con trastornos del espectro autista (TEA) entre pediatras, estudiantes de pediatría y subespecialistas.

**Material y métodos:** Se realizó una encuesta electrónica anónima que constaba de 12 preguntas. Los temas incluyeron la experiencia de los participantes con niños con TEA, uso o recomendación de dietas terapéuticas y complementación con prebióticos, probióticos, ácidos grasos poliinsaturados y vitaminas. La encuesta también exploró las percepciones del efecto de la intervención sobre los síntomas y los beneficios percibidos por los padres. Los datos se analizaron con el programa Stata 13.

**Resultados:** Participó un total de 87 profesionales, entre ellos el 47,1% de gastroenterólogos pediátricos, el 14,9% de nutricionistas, el 10,3% de pediatras y el 10,3% de residentes de pediatría. La mayoría (71,3%) trabajaba en el ámbito ambulatorio. Casi todos los participantes (96,6%) informaron estar familiarizados con las intervenciones nutricionales. Sin embargo, el 54,0% tenía experiencia limitada o nula con dietas terapéuticas para niños con TEA. Entre los que sí usaban o recomendaban dietas, las más habituales eran las carentes de gluten y caseína (20,7%), seguidas de las carentes de gluten (14,9%) y las cetogénicas (12,6%). La complementación también fue común: el 32,2% prescribió vitamina D, el 14,9% omega-3 y el 9,2% ácido fólico. Las cepas de *Lactobacillus* (23,0%) fueron los probióticos recomendados con mayor frecuencia. Los profesionales recomendaron en particular intervenciones dietéticas para abordar los síntomas relacionados con los trastornos alimentarios (OR = 6,50; IC95% 1,29-29,19; p = 0,0023). Los estudiantes de pediatría (OR = 0,04; IC95% 0,007-0,17; p = 0,0000) y aquellos con 1 a 10 años de experiencia (OR = 0,22; IC95% 0,004-0,77; p = 0,0082) tenían menos probabilidades de recomendar dietas. Por el contrario, los profesionales con más de 30 años de experiencia fueron más propensos a recomendar dietas para controlar síntomas como las convulsiones (OR = 10,00; IC95% 0,13-219,78; p = 0,0367).

**Conclusiones:** Existe una variabilidad significativa en las recomendaciones nutricionales para el tratamiento del TEA entre los profesionales de la salud. Es esencial realizar más investigaciones para establecer pautas basadas en evidencia para estos pacientes.

**Financiamiento:** Ninguno.

## Dom081

### PRÁCTICAS DE ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA Y DESARROLLO DE ANEMIA EN LACTANTES DE 12 A 24 MESES DE EDAD

R. Peña-Vélez, M. Zavala-Rodríguez, M. Pérez-Olivares, N. Gutiérrez-Galicia, P. Cano-Romano, Hospital General de Puebla Dr. Eduardo Vázquez Navarro

**Introducción:** La anemia por deficiencia de hierro es un problema de salud pública mundial. Los lactantes tienen un riesgo mayor de desarrollar anemia debido a que es una etapa de crecimiento rápido y la reserva de hierro proveniente de la madre puede ser deficiente.

**Objetivo:** Evaluar la relación de las prácticas de alimentación complementaria (AC) con el desarrollo de anemia en lactantes de 12 a 24 meses de edad.

**Material y métodos:** Estudio analítico y observacional; se incluyeron los expedientes clínicos de pacientes de 12 a 23 meses de edad atendidos en el servicio de pediatría que contaban con citometría hemática completa. Se elaboró un cuestionario para conocer las prácticas de alimentación complementaria enfocadas en el consumo de alimentos del grupo hem. Se realizó comparación de medias con las pruebas t de Student y ji cuadrada para variables categóricas.

**Resultados:** Se incluyó a 110 lactantes con una edad media de 18 meses; el 38% (n = 42) correspondió al sexo femenino. El 63% (n = 69) de los niños se alimentó con leche humana exclusiva, el 15% recibió solo fórmula láctea (n = 16) y el 22% (n = 24) recibió alimentación mixta. No se identificó un mayor riesgo de anemia durante el primer año de vida de acuerdo con el tipo de alimentación recibida (leche materna exclusiva o fórmula láctea), p = 0,353. Al comparar los parámetros de citometría hemática, de acuerdo con la edad de inicio de la alimentación complementaria, se registraron valores más bajos de hemoglobina y volumen corpuscular medio en los niños que iniciaron AC entre los siete y los 10 meses de edad, en comparación con los niños que iniciaron AC entre el mes y los cuatro a seis de edad (Tabla

1). Asimismo, se compararon los parámetros de la citometría hemática de acuerdo con los días de consumo de alimentos altos en hierro hem y se encontraron cifras menores de hemoglobina (10,98 vs. 12,20; p ≤ 0,00), hematocrito (34,23 vs. 37,91; p = 0,01) y un mayor conteo de plaquetas (398,000 vs. 328,000; p = 0,014) en los niños que consumen alimentos altos en hierro hem menos de tres veces en una semana respecto de los que comen más de tres veces por semana, respectivamente.

**Conclusiones:** Los niños que iniciaron AC después de los siete meses de edad y aquellos que consumen alimentos del grupo hem menos de tres veces en una semana muestran mayor anemia ferropénica.

**Financiamiento:** Ninguno.

**Tabla 1.** Comparación de los parámetros de citometría hemática y la edad de inicio de la alimentación complementaria. (Dom081)

	4 a 6 meses	7 a 10 meses	Valor de p
Hemoglobina	11,9	9,9	0,022
Hematocrito	35,6	31,4	0,220
VCM	79	73	0,023
HCM	26,1	26,5	0,440
Plaquetas	373 000	405 000	0,331

VCM, volumen corpuscular medio; HCM, hemoglobina corpuscular media.

## Dom082

### EXPERIENCIA DEL USO DE NUTRICIÓN PARENTERAL INDIVIDUALIZADA EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS NEONATALES DEL HOSPITAL INFANTIL DE MÉXICO FEDERICO GÓMEZ EN PACIENTES QUIRÚRGICOS

D. Macías-Barrera, I. Núñez-Barrera, Hospital Infantil de México Federico Gómez

**Introducción:** La población neonatal tiene una mayor demanda de nutrición parenteral (NPT) debido a aspectos relacionados con la prematuridad, así como a la importancia de limitar el catabolismo, ya que a través de ella puede satisfacerse la demanda energética. Contar con NPT favorece la continuidad de un adecuado ritmo de crecimiento extrauterino, al cubrir las necesidades nutrimentales condicionalmente esenciales y favorecer la homeorresis. El conocimiento del apoyo nutricional de los neonatos que reciben NPT con diagnóstico quirúrgico permite describir la evolución de esta, con el objeto de tomar decisiones terapéuticas futuras.

**Objetivo:** Conocer la experiencia del uso de la nutrición parenteral individualizada en los pacientes con diagnóstico quirúrgico de la unidad de cuidados intensivos neonatales del Hospital Infantil de México Federico Gómez.

**Material y métodos:** Estudio observacional descriptivo realizado en la unidad de cuidados intensivos neonatales (UCIN) del Hospital Infantil de México Federico Gómez. Se realizó una revisión de los expedientes clínicos y la base de datos de NPT y se seleccionó a los pacientes ingresados en la UCIN elegibles para procedimiento quirúrgico con indicación de NPT por más de siete días durante el periodo de enero a junio del 2019. Se consideraron las variables de género, semanas de edad gestacional, peso al nacer, días de nutrición parenteral y requerimiento energético. Los datos se analizaron mediante medidas de tendencia central para obtener porcentajes, promedio y desviación estándar.

**Resultados:** Se identificó a 34 pacientes por contar con más de siete días NPT y se excluyó a 42 niños por no satisfacer los criterios de inclusión. La edad gestacional promedio fue de 34,4 ± 3,94 semanas de edad gestacional, con 47% de la población del género femenino y 53% del masculino. Se identificó que la NPT se inició en promedio a los dos días de vida extrauterina, lo que representa el 64,7% y el 35,3% para NPT tardía (posterior a las primeras 48 horas). Al día tres, el 73,5% de los pacientes cubrió el 100% del requerimiento energético. Por último, los pacientes recibieron en promedio 7,34 ± 2,71 días, periodo durante el cual se realizaron 3,88 ± 2,15 cambios a la prescripción de NPT.

**Conclusiones:** La mezcla de NPT en la UCIN de este instituto representa el 30% de las solicitudes diarias en la unidad de NPT. Analizar el número de mezclas para pacientes quirúrgicos permitió identificar que 26,5% de los pacientes no cubre el objetivo energético requerido para satisfacer la demanda metabólica por el proceso quirúrgico, así como el requerimiento para la tasa de crecimiento que esta población exige.

**Financiamiento:** No se recibió financiamiento de ningún tipo.

## Dom083

### EVALUACIÓN DEL GASTO ENERGÉTICO EN REPOSO, COMPOSICIÓN CORPORAL Y GROSOR DEL CUÁDRICEPS EN POBLACIÓN PEDIÁTRICA CON EXCESO DE PESO

I. Medina-Vera, A. Domínguez-Barbosa, S. N. Becerra-Morales, M. Guevara-Cruz, D. D. Baldwin-Monroy, A. Gutiérrez-Hernández, A. D. García-Guzmán, Instituto Nacional de Pediatría

**Introducción:** La obesidad infantil es un problema de salud pública que ha alcanzado proporciones epidémicas en varios países del mundo, y en particular en México; se la considera una enfermedad crónica de causa multifactorial. Se ha postulado que es efecto sobre todo de un desajuste entre la ingestión y el gasto de energía, el denominado balance de energía. Un componente importante de este balance es el gasto energético en reposo (GER) que corresponde a la energía gastada para procesos homeostáticos principalmente en órganos y puede medirse por calorimetría indirecta (CI) que es la norma de referencia. El GER puede afectarse por la composición corporal y el balance general de energía por el consumo de calorías.

**Objetivo:** Evaluar el gasto energético en reposo, la composición corporal y el grosor del cuádriceps en pacientes pediátricos con exceso de peso comparados con un grupo de normopeso.

**Material y métodos:** Estudio transversal en el que se incluyó a pacientes pediátricos (6 a < 18 años); el grupo de exceso de peso se diagnosticó con el indicador de percentil de IMC > 85 (percentil de IMC de 5-85 en el grupo de normopeso). Se obtuvieron historias clínicas y nutricionales de los participantes de ambos grupos, incluidas mediciones antropométricas y del estado de nutrición, determinación de composición corporal y ángulo de fase por análisis de bioimpedancia eléctrica de multifrecuencia, y se determinó el grosor del cuádriceps y el tejido adiposo subcutáneo de la pierna; además, se realizó un cuestionario de determinación de actividad física y recordatorios de 24 horas para cálculo de calorías y nutrimentos, y al final se cuantificó el GER por CI en ayuno de ocho horas. Se utilizó t de Student de muestras independientes para comparar entre grupos y ji cuadrada para las variables categóricas. Los resultados se analizaron con el programa SPSS (versión 25, SPSS Inc, Chicago, IL) y Graph Prism 7.

**Resultados:** Se incluyó a los participantes con una edad promedio de  $11 \pm 2,7$  años, 55% del sexo masculino; el grupo de exceso de peso tuvo un promedio de peso de  $58 \pm 9$  kg y el del grupo de normopeso de  $40,3 \pm 8$ . En cuanto a la composición corporal, los participantes del grupo de exceso de peso mostraron un mayor promedio de grasa corporal ( $36 \pm 8,6\%$  vs.  $19,3 \pm 8,2\%$ ,  $p < 0,05$ ), y también de área de grasa visceral ( $96 \pm 5,2$  vs.  $38 \pm 4,3$ ,  $p < 0,05$ ), sin diferencia estadísticamente de MME ( $20 \pm 8,6$  kg vs.  $17 \pm 6,8$ ,  $p > 0,05$ ). No obstante, al analizar la MME por kilogramo de peso, la relación fue menor en el grupo de exceso de peso ( $0,34 \pm 0,09$  vs.  $0,44 \pm 0,05$ ). Al analizar el GER, los participantes con exceso de peso presentaron  $1\ 489 \pm 381$  kcal vs.  $1\ 124 \pm 321$  kcal en el grupo de normopeso ( $p < 0,05$ ); sin embargo, al analizarlo por compartimentos metabólicamente activos el GER, resultó menor en la población con exceso de peso ( $25 \pm 6$  kcal/kg de peso/día vs.  $30 \pm 11$  kcal/kg de peso/día,  $p < 0,05$ ). En el análisis dietético, el promedio de consumo de calorías fue de  $2\ 100$  kcal ( $1\ 620-2\ 500$ ) para el grupo de exceso de peso en comparación con el grupo de normopeso  $1\ 800$  kcal ( $1\ 700-2\ 350$ ).

**Conclusiones:** Existe un menor GER ponderado por superficie corporal en los pacientes con exceso de peso, así como una composición corporal diferencial, con un desbalance de energía.

**Financiamiento:** Este trabajo recibió financiamiento parcial de la Secretaría de Educación, Ciencia, Tecnología e Innovación de la Ciudad de México (SECTEI), clave 2173c23, convocatoria 2023.

## Dom084

### UTILIDAD DEL TAMIZAJE NUTRICIONAL AL INGRESO HOSPITALARIO Y EL IMPACTO EN EL ESTADO NUTRICIONAL EN UN HOSPITAL PEDIÁTRICO DE TERCER NIVEL

K. V. Ortega-Díaz, M. C. Martínez-Soto, D. M. Sánchez-Ávila, I. J. Medina-Vera, J. A. Ramírez-Ávila, R. A. Barco-Aguilar, D. Baldwin-Monroy, J. Gris-Calvo Grupo Colaborativo: GINUP, Instituto Nacional de Pediatría

**Introducción:** La desnutrición adquirida en el hospital comprende un deterioro adicional del estado nutricional del paciente en relación con el que muestra a su ingreso. Se considera que la tasa de desnutrición hospitalaria puede oscilar entre 7,7% y 66% en el plano mundial.

**Objetivo:** Describir la prevalencia de desnutrición intrahospitalaria y determinar el riesgo nutricional con uso del STRONGKids en un hospital pediátrico de tercer nivel, además de evaluar la recuperación del peso corporal basal en pacientes pediátricos.

**Material y métodos:** Estudio prospectivo en pacientes de 1 mes a 18 años realizado entre marzo de 2024 y mayo del 2024 en México. Se tamizó a pacientes pediátricos al ingreso con la herramienta STRONGKids para clasificar el riesgo de desnutrición intrahospitalaria en las primeras 48 horas; se inició intervención nutricional y seguimiento de acuerdo con el riesgo nutricional. Luego de dos semanas se evaluó el cambio del peso durante la estancia hospitalaria. Análisis estadístico: los datos están expresados como mediana ( $p = 25-50$ ). Se realizó estadística descriptiva y los datos se analizaron con SPSS (versión 25).

**Resultados:** Los pacientes pediátricos que se tamizaron al ingreso se evaluaron dos semanas después. De los individuos que tuvieron un riesgo moderado ( $n = 48$ ), el 43,7% tuvo una recuperación > 2% del peso corporal con respecto al basal, mientras que el 22,9% ( $n = 11$ ) perdió > 2% del peso corporal y el 33,4% ( $n = 16$ ) no mostró cambios en el peso corporal durante la hospitalización. En relación con los pacientes que obtuvieron riesgo alto ( $n = 38$ ), el 31,5% ( $n = 12$ ) perdió > 2% del peso corporal y el 37% ( $n = 14$ ) no mostró cambio en el peso corporal durante la hospitalización.

**Conclusiones:** La desnutrición intrahospitalaria es todavía un factor que predomina en los pacientes pediátricos hospitalizados, ya que dentro del estudio se registró una pérdida de peso en relación con los días de estancia hospitalaria, y más en aquellos pacientes con riesgo nutricional alto y moderado. En consecuencia, este estudio revela la importancia de realizar un tamizaje nutricional que permita identificar el riesgo de desnutrición intrahospitalaria y efectuar una intervención nutricional de manera oportuna.

**Financiamiento:** No se recibió financiamiento de ningún tipo.

## Dom085

### REQUERIMIENTO ENERGÉTICO EN REPOSO, ÁNGULO DE FASE Y COMPOSICIÓN CORPORAL ENTRE ESTRATO DIAGNÓSTICO EN PACIENTES PEDIÁTRICOS CON RECIÉN DIAGNÓSTICO ONCOLÓGICO

S. N. Becerra-Morales, A. D. García-Guzmán, M. Guevara-Cruz, B. A. Pinzón-Navarro, D. Baldwin-Monroy, L. Velasco-Hidalgo, J. I. Gris-Calvo, R. S. Cárdenas-Cardos, I. Medina-Vera, Instituto Nacional de Pediatría

**Introducción:** En los pacientes pediátricos con diagnóstico oncológico existe deterioro del estado nutricional y se vincula con un riesgo mayor de complicaciones y mortalidad. El gasto energético en reposo (GER) es la medida para calcular los requerimientos de energía en el contexto nutricional y el análisis de la composición corporal constituye una parte fundamental en la valoración del estado nutricional, así como el ángulo de fase refleja la integridad de la membrana celular y se relaciona con el pronóstico clínico.

**Objetivo:** Comparar el gasto energético en reposo, la composición corporal y el ángulo de fase entre estratos diagnósticos en pacientes pediátricos con diagnóstico oncológico reciente.

**Material y métodos:** Pacientes de seis a 18 años con diagnóstico oncológico reciente atendidos en el INP del 2020 al 2024. Estudio transversal y analítico. Se obtuvieron historias clínicas, medidas antropométricas, evaluación del estado nutricional, determinación de la composición corporal y el ángulo de fase por impedancia eléctrica de multifrecuencia, prueba de funcionalidad (dinamometría) y evaluación de la actividad física y medición de GER mediante calorimetría indirecta. Se dividieron de acuerdo con el estrato diagnóstico en leucemias, tumores sólidos y tumores cerebrales, y para su análisis se utilizaron la prueba de Kolmogorov-Smirnov para evaluar la normalidad de las variables y ANOVA de una vía para comparar entre estos estratos. Los resultados se analizaron con el programa SPSS (versión 25, SPSS Inc, Chicago, IL) y Graph Prism 7.

**Resultados:** Se evaluó a 224 pacientes con edad promedio de  $11,9 \pm 3,1$  años, de los cuales 59,9% correspondió a niños. De acuerdo con el estrato diagnóstico, el 66% mostró tumores sólidos, 21% leucemia y 13% tumores



cerebrales. El estado de nutrición normal estuvo presente en 64,9% y 24,9% mostró desnutrición y 10,2% exceso de peso. Al analizar el GER por estrato diagnóstico no se identificó diferencia entre leucemia y tumores sólidos ( $1\ 204 \pm 337$  vs.  $1\ 199 \pm 331$  kcal); sin embargo, para tumores cerebrales fue diferente con promedio de  $1\ 100 \pm 255$  kcal que fue el más bajo ( $p < 0,005$ ). El GER/kg de masa libre de grasa fue diferente solo en tumores cerebrales y fue menor. En masa de músculo esquelético y masa libre de grasa no hubo diferencia entre estrato, pero para masa grasa corporal y área de grasa visceral fue más alta en los pacientes con tumores cerebrales. Los pacientes con desnutrición registraron un menor ángulo de fase total ( $3,7 \pm 0,89$  vs.  $4,6 \pm 0,89$ ,  $p < 0,0001$ ). La baja masa muscular se reconoció en todos los estratos de evaluación nutricional: 100% en los pacientes con desnutrición, 86% en los de normopeso y 56% en los que tuvieron exceso de peso.

**Conclusiones:** El estrato de tumores cerebrales presentó menor GER y composición corporal diferente respecto de los tumores sólidos y las leucemias. Para la masa muscular no se registró alguna diferencia entre estrato diagnóstico, aunque se observó una proporción alta de disminución muscular en todos los estratos de evaluación nutricional. El ángulo de fase reducido se acompañó de desnutrición sin importar el estrato diagnóstico oncológico.

**Financiamiento:** Este trabajo recibió financiamiento parcial de CONACYT-FRONTERAS 2019 (501225/2020) to IMV.

## Dom086

### PUNTO DE CORTE DE LA CIRCUNFERENCIA MEDIA DE BRAZO PARA DIAGNÓSTICO DE DESNUTRICIÓN EN NIÑOS DE 2 A 5 AÑOS EN MÉXICO

R. Peña-Vélez, N. Gutiérrez-Galicia, L. Espinosa-Flores, M. Zavala-Rodríguez, P. Cano-Romano, Hospital General de Puebla Dr. Eduardo Vázquez Navarro

**Introducción:** La desnutrición es una situación de alta prevalencia en la edad preescolar. La puntuación Z del índice de masa corporal (IMC) y el percentil del IMC son los estándares establecidos para el diagnóstico de desnutrición y sobrepeso/obesidad en la edad pediátrica. No obstante, otros marcadores antropométricos subrogados se han utilizado para identificar diferentes diagnósticos nutricionales o comorbilidades relacionadas con algún estado nutricional. La circunferencia media del brazo (CMB) se ha empleado para el diagnóstico de desnutrición grave en niños preescolares y en fecha reciente se ha propuesto para el diagnóstico de obesidad; sin embargo, los puntos de corte no son universales y varían entre una población y otra.

**Objetivo:** Determinar la relación de la circunferencia media del brazo (CMB) con el IMC y establecer puntos de corte para el tamizaje del estado nutricional en niños de dos a cinco años.

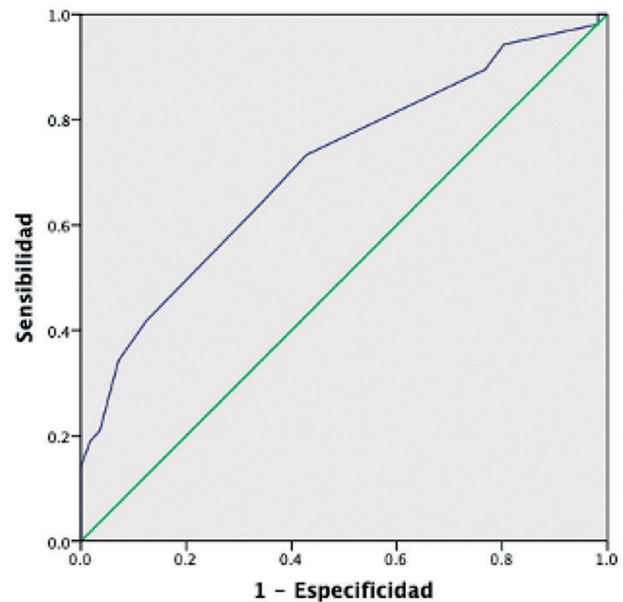
**Material y métodos:** Estudio unicéntrico prospectivo de prueba diagnóstica. Se incluyó a 161 niños a quienes se realizó evaluación antropométrica completa del estado nutricional. Se obtuvieron curvas ROC para determinar el área bajo la curva (AUC) y establecer el rendimiento diagnóstico de CMB para los diferentes estados nutricionales (desnutrición, eutrofia y sobrepeso/obesidad) e índice de Youden para calcular sensibilidad y especificidad.

**Resultados:** Se encontró una correlación de 0,465 ( $p < 0,001$ ) entre CMB y percentil del IMC y una correlación de 0,468 ( $p < 0,001$ ) entre CMB y puntuación Z del IMC. La correlación entre el CMB y el IMC de acuerdo con el estado nutricional fueron: 0,442 ( $p < 0,001$ ) para desnutrición, 0,350 ( $p = 0,001$ ) para eutrofia y 0,108 ( $p = 0,615$ ) para sobrepeso y obesidad. Al realizar las curvas ROC para precisar el rendimiento diagnóstico de CMB para desnutrición se encontró un área bajo la curva de 0,710 (IC95% = 0,630-0,790;  $p < 0,001$ ); mediante el índice de Youden se determinó un punto de corte de 14,5 cm (sensibilidad: 54%; especificidad: 69%; valor predictivo positivo: 23%; valor predictivo negativo: 90%) para el tamizaje de los niños que tenían desnutrición (Figura 1). Las áreas bajo la curva para los niños eutróficos y con sobrepeso u obesidad no fueron significativas.

**Conclusiones:** La CMB es un marcador útil y accesible para el tamizaje de desnutrición en niños entre dos y cinco años, por lo que puede utilizarse junto con otras herramientas de evaluación nutricional. Se determinó un punto de corte de 14,5 cm para establecer el diagnóstico de cualquier grado de desnutrición para niños en México en edad preescolar.

**Financiamiento:** Ninguno.

**Figura 1.** Curva ROC de la circunferencia media del brazo en niños con desnutrición (AUR = 0,710; IC95% = 0,630-0,790;  $p < 0,00$ ). (Dom086)



## Dom087

### RIESGO DE ANEMIA AL INGRESO HOSPITALARIO EN NIÑOS CON DIAGNÓSTICO DE SOBREPESO Y OBESIDAD

R. Peña-Vélez, N. Gutiérrez-Galicia, D. A. Jaramillo-Bermeo, M. Zavala-Rodríguez, P. Cano-Romano, Hospital General de Puebla Dr. Eduardo Vázquez Navarro

**Introducción:** El sobrepeso y la obesidad infantil representan un problema de salud pública mundial, con una alta prevalencia en este país. La obesidad se reconoce como una enfermedad crónica inflamatoria multisistémica vinculada con múltiples complicaciones.

**Objetivo:** Comparar los datos de la citometría hemática y evaluar el riesgo de anemia de acuerdo con el estado nutricional al ingreso hospitalario en un servicio de pediatría de un hospital de segundo nivel de atención.

**Material y métodos:** Estudio observacional, analítico y retrospectivo, que incluyó los expedientes clínicos de los niños de dos a 18 años que ingresaron al servicio de pediatría del Hospital General de Puebla Dr. Eduardo Vázquez Navarro durante el año 2023. Se excluyó a pacientes con hemorragia en cualquier órgano, niños con desnutrición y personas con enfermedades crónicas. Se evaluó su estado nutricional (IMC,  $p = 5-84,9$  = eutrofia;  $p > 85$  = sobrepeso;  $p > 95$  = obesidad) y se determinó la presencia de anemia de acuerdo con las recomendaciones de la OMS ( $< 2$  desviaciones estándar de valores de hemoglobina para la edad). Se realizaron las pruebas t de Student y ji cuadrada.

**Resultados:** Se incluyeron los datos de 295 pacientes, con una mediana de edad de 108 meses (9 años). El 49,2% ( $n = 145$ ) correspondió al sexo femenino. El 70,5% ( $n = 208$ ) se integró con pacientes eutróficos y el 29,5% ( $n = 87$ ) con individuos con sobrepeso u obesidad. Del total de pacientes pediátricos participantes, el 16,6% presentó anemia de acuerdo con los criterios establecidos por la OMS. De los niños eutróficos, el 12,5% ( $n = 26$ ) tenía anemia, en tanto que de los niños con sobrepeso y obesidad, el 26,4% ( $n = 23$ ) padecía anemia. Al establecer la relación de sobrepeso y obesidad con anemia se encontró una fuerza de asociación (razón de momios, 2,51; IC95% = 1,341-4,720;  $p = 0,004$ ). Al comparar los parámetros de la citometría hemática en niños con sobrepeso u obesidad y niños eutróficos no se hallaron diferencias.

**Conclusiones:** Los niños con sobrepeso y obesidad infantil tienen un riesgo mayor de tener anemia al ingreso hospitalario en comparación con los niños eutróficos, que a su vez puede elevar el riesgo de otras comorbilidades.

**Financiamiento:** Ninguno.



## Dom088

## CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS DE PACIENTES CON HEMORRAGIA DE TUBO DIGESTIVO ALTO SOMETIDOS A ENDOSCOPIA EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL

D. Chino-Valderrábano, D. Espinosa-Saavedra, UMAE Pediatría Dr. Silvestre Frenk Freud, Instituto Mexicano del Seguro Social

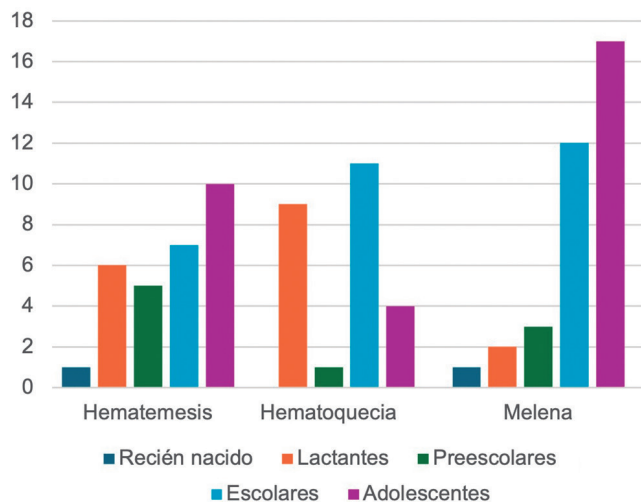
**Introducción:** El sangrado gastrointestinal superior es la pérdida de sangre que se origina proximal al ligamento de Treitz y puede clasificarse como clínicamente significativo cuando existe un descenso de la hemoglobina  $> 2$  g/dL. Las manifestaciones pueden ser hematemesis, melena y hematoquecia. Respecto de su tratamiento, el objetivo principal consiste en restaurar la hemodinamia seguido de una endoscopia temprana. La endoscopia juega el papel más importante en el diagnóstico y tratamiento del sangrado. El rendimiento de la endoscopia depende del intervalo de tiempo entre el inicio del sangrado y el procedimiento.

**Objetivo:** Describir las características clínicas de pacientes con hemorragia de tubo digestivo alto sometidos a endoscopia en un hospital de tercer nivel. Asimismo, identificar la causa, presentación clínica y gravedad de la hemorragia de tubo digestivo alto de acuerdo con los grupos etarios en pediatría.

**Material y métodos:** Estudio descriptivo, transversal, observacional y retrospectivo. Lugar de estudio: Hospital de Pediatría Silvestre Frenk Freund del Centro Médico Nacional Siglo XXI del Instituto Mexicano del Seguro Social de la Ciudad de México. Tiempo de estudio: cinco años (1 de agosto de 2019 a 31 julio de 2023).

**Resultados:** Se incluyó a 89 pacientes, de los cuales 52 fueron hombres; la mediana de edad fue de 7,4 años, con peso de 21,7 kg, talla de 115 cm y hemoglobina de 10,3 g/dL. Del total de pacientes estudiados, dos fueron recién nacidos, con 17 lactantes, 9 preescolares, 30 escolares y 31 adolescentes; en cuanto al estado nutricional, 35 pacientes estaban desnutrición, 43 eutróficos, seis con sobrepeso y cinco con obesidad. En relación con la descripción de la clínica del sangrado, el 39,4% de los pacientes presentó melena como signo principal, 32,6% hematemesis y 28% hematoquecia. En cuanto a la gravedad de la hemorragia, 57 pacientes mostraron sangrado del tubo digestivo alto anemizante y 32 pacientes no anemizante. En los hallazgos endoscópicos, la endoscopia se notificó como normal en siete pacientes, esofagitis de grado 1 de la clasificación de Los Ángeles en seis pacientes, de grado 3 en tres pacientes y de grado 4 en tres. Se encontraron varices en 17 pacientes, úlceras en 11, malformaciones vasculares en seis; 16 tenían gastritis erosiva; se identificó duodenitis erosiva en dos. Ocho pacientes fueron objeto de ligadura de varices esofágicas, tres pacientes de escleroterapia de varices esofágicas y 12 pacientes de aplicación de argón plasma; en 66 la endoscopia fue diagnóstica y en 23 terapéutica. Ningún paciente presentó complicaciones mayores relacionadas con el procedimiento. En la **Figura 1** se muestran las características clínicas de la hemorragia gastrointestinal por grupo etario.

**Figura 1.** Características clínicas de la hemorragia gastrointestinal por grupo etario. (Dom088)



**Conclusiones:** En recién nacidos, la causa es no variceal, la presentación clínica es la hematemesis y la melena, y la gravedad de la hemorragia es anemizante y no anemizante. En lactantes, la causa es no variceal, la presentación clínica es hematoquecia y la gravedad de la hemorragia es anemizante. En preescolares, el origen es no variceal, la presentación clínica es hematemesis y la gravedad de la hemorragia es anemizante. En escolares, la causa es variceal, la presentación clínica predominante es la melena y la gravedad de la hemorragia es anemizante. Y, en adolescentes, la causa es variceal y por gastritis erosiva, la presentación clínica predominante es melena y la gravedad de la hemorragia es anemizante.

No se identificaron complicaciones secundarias al tratamiento endoscópico por hemorragia del tubo digestivo alto.

**Financiamiento:** No se recibió financiamiento de ningún tipo.

## Dom089

## INGESTA DE SUSTANCIAS CÁUSTICAS EN PACIENTES PEDIÁTRICOS: CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS, ENDOSCÓPICAS, TRATAMIENTO Y COMPLICACIONES EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL

S. A. Medina-Rodríguez, M. R. Alvarado-Cifuentes, E. Montijo-Barrios, K. R. Ignorosa-Arellano, J. F. Cadena-León, F. E. Zárate-Mondragón, R. Cervantes-Bustamante, J. A. Ramírez-Mayans, E. M. Toro-Monjaraz, Instituto Nacional de Pediatría

**Introducción:** La ingestión accidental de sustancias cáusticas es un problema importante mundial porque puede causar lesiones y complicaciones graves que afectan la calidad de vida. El 80% de estos casos se presenta en niños, por lo general de forma accidental. La magnitud del daño esofágico se relaciona con la naturaleza de la sustancia cáustica. Son escasos los datos publicados sobre este tema en la población pediátrica mexicana, por lo que es fundamental documentar los hallazgos obtenidos en la atención de estos pacientes en los últimos años.

**Objetivo:** Describir las características clínicas, endoscópicas, terapéuticas y complicaciones por la ingestión de cáusticos en pacientes pediátricos.

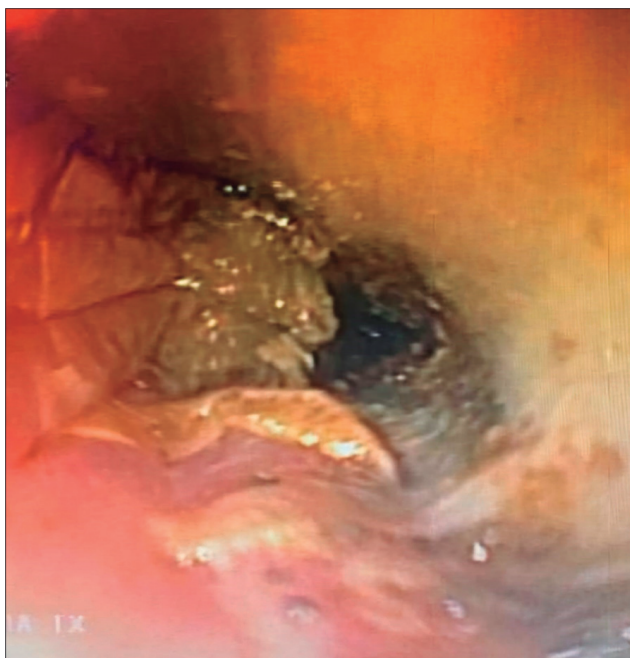
**Material y métodos:** Se realizó un estudio observacional, retrospectivo, de corte transversal y descriptivo en el que se incluyó a pacientes con ingestión de cáusticos atendidos en el servicio de gastroenterología y nutrición pediátrica en el periodo comprendido entre enero del 2019 y julio del 2024. Las variables analizadas fueron: grupo etario, género, tratamiento con esteroide, clasificación de Zargar, sustancia ingerida, sólido o líquido, síntomas y complicaciones. Análisis estadístico: se realizó un análisis descriptivo. Los resultados se analizaron con medidas de tendencia central para la obtención de porcentajes, media y promedio.

**Resultados:** Se obtuvieron 91 casos de ingestión de cáusticos. De estos, el grupo etario más común fue el de los lactantes mayores (36%), con predominio del género masculino (61,5%). La sustancia ingerida en la mayoría de los casos fue la sosa cáustica (31,8%). Los síntomas identificados con mayor frecuencia fueron sialorrea, vómito, irritabilidad y odinofagia (45%, 40%, 22% y 12%, respectivamente). Para los hallazgos endoscópicos se utilizó la clasificación de Zargar: grado 0 con 46%; grado 1 con 27,5%; grado 2A con 12%; grado 2B con 8,8%; grado 3A con 3,3%; grado 3B con 2,2% y grado 4 con 0%. Recibieron tratamiento con esteroide sistémico 15 pacientes (16%): 2A (1), 2B (8), 3A (3) y 3B (2). Se observó estenosis en 13 pacientes (14,2%). De los que recibieron esteroide sufrieron estenosis 1 (100%) paciente en 2A; 4 (57,14%) en 2B; 3 (100%) en 3A y 2 (100%) en 3B (**Figura 1**). La panendoscopia diagnóstica reveló necrosis extensa (clasificación de Zargar 3B) en un paciente masculino secundaria a ingestión de sosa cáustica artesanal.

**Conclusiones:** En este medio, la ingestión de cáusticos es un problema importante de salud, ya que estos se encuentran en venta libre con preparación artesanal, sin una adecuada regulación; la sosa cáustica es la sustancia ingerida con mayor frecuencia. El grupo etario más afectado es el de los lactantes. Los casos de estenosis esofágica observados se relacionan con el grado de la clasificación de Zargar, que corresponde a las cifras publicadas: 57% en Zargar 2B y 100% en Zargar 3A y 3B. A pesar del tratamiento con esteroide, todos los pacientes con Zargar 3A y 3B sufren estenosis. En consecuencia, es importante realizar la valoración endoscópica inicial con la finalidad de establecer el tratamiento y el pronóstico de estos pacientes.

**Financiamiento:** No se recibió financiamiento de ningún tipo.

**Figura 1.** Panendoscopia diagnóstica que muestra necrosis extensa (clasificación de Zargar 3B) en un paciente masculino consecutiva a ingestión de sosa cáustica artesanal. (Dom089)



## Dom090

### DESCRIPCIÓN DEL COMPORTAMIENTO DE ESTENOSIS ESOFÁGICAS, TERAPÉUTICA ENDOSCÓPICA REALIZADA EN UNA UNIDAD DE ENDOSCOPIA PEDIÁTRICA DE TERCER NIVEL. EXPERIENCIA DE 8 AÑOS

D. S. Moraga-Sánchez, A. Delgado-Moreno, E. Montijo-Barrios, K. R. Ignorosa-Arellano, J. F. Cadena-León, F. E. Zárate-Mondragón, R. Cervantes-Bustamante, J. A. Ramírez-Mayans, E. M. Toro-Monjaraz, Instituto Nacional de Pediatría

**Introducción:** Las estenosis esofágicas en la edad pediátrica pueden presentarse secundarias a múltiples causas y su incidencia varía en cada país; la ingestión de cáusticos se considera la causa más común. La elección del tratamiento endoscópico de dilatación esofágica en niños aún es controversial y no se cuenta con un tratamiento estandarizado. Esta entidad puede afectar en grado considerable la calidad de vida de los niños, con disfagia, falla de medro, riesgo de broncoaspiración, entre otros.

**Objetivo:** Describir el comportamiento de las diferentes causas de estenosis esofágicas, así como el tratamiento con tres diferentes modalidades de dilatación o combinación de ambas: dilatadores de Savary, dilatación con balón hidroneumático y aplicación intralesional de mitomicina C en el Instituto Nacional de Pediatría en el periodo de enero de 2016 a mayo 2024.

**Materia y métodos:** Estudio retrospectivo, observacional y descriptivo de 30 pacientes con estenosis esofágica de diferente origen, en los que se usaron diferentes tratamientos endoscópicos en el Instituto Nacional de Pediatría, en el periodo comprendido entre enero de 2016 y mayo de 2024. El análisis de los datos obtenidos del expediente clínico se procesó en el programa IBM SPSS Statics versión 26, con trazo de tablas y gráficas de frecuencia, porcentajes y cruces de variables.

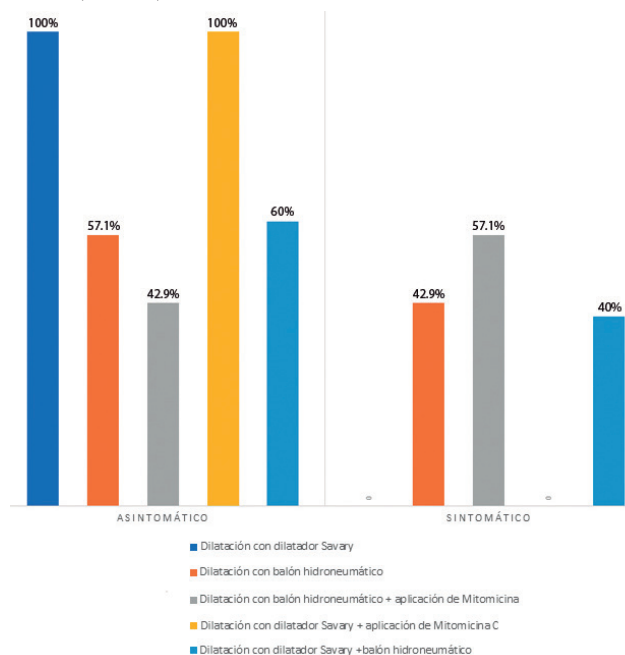
**Resultados:** Se identificó a 30 pacientes con estenosis esofágica atendidos en la unidad diagnóstica de gastroenterología pediátrica integral del Instituto Nacional de Pediatría, de los cuales 73% correspondió a pacientes masculinos, con edades de uno a cinco años (60%); la ingestión de cáusticos fue la causa más frecuente (40%), seguida de las intervenciones posquirúrgicas (atresia esofágica) en el 16%, y enfermedad por reflujo gastroesofágico en 10%; la localización de estenosis esofágica más frecuente fue el tercio inferior (40%). En cuanto al número de estenosis esofágicas, casi todas fueron únicas en el 90% de los casos y múltiples en el 10% (la

causa fue un cáustico). La intervención endoscópica más practicada fue la dilatación con balón hidroneumático (46,7%), seguida de la combinación de dilatación con balón hidroneumático y aplicación de mitomicina en 23,3% de los casos; el 53,3% de los casos se consideró resistente a la dilatación. Dentro de la evolución posterior al tratamiento, un 60% de pacientes se hallaba asintomático. Se presentaron complicaciones en 2 (7%) pacientes: perforación esofágica y choque relacionado con el dilatador de Savary. El procedimiento más seguro (sin complicaciones) con mayor porcentaje de asintomáticos posterior al tratamiento fue dilatación con balón hidroneumático en el 57,1% de los pacientes (Figura 1). Las estenosis resistentes a la dilatación neumática (37,5%) se trataron con balón hidroneumático y aplicación de mitomicina; el 50% de estos casos respondió de modo asintomático a este tratamiento.

**Conclusiones:** Las estenosis esofágicas fueron en su mayoría de causa prevenible (ingestión de cáusticos). Los diferentes tratamientos de dilatación esofágica endoscópica se deben individualizar; sin embargo, se observó que las dilataciones con balón hidroneumático logran mejoría clínica y el uso de la mitomicina, en caso de los pacientes resistentes, permite también lograr la recuperación del esófago. La descripción de diferentes poblaciones pediátricas y su tratamiento puede permitir establecer un protocolo más claro y con menos complicaciones en el tratamiento de la estenosis esofágica.

**Financiamiento:** No se recibió financiamiento de ningún tipo.

**Figura 1.** Intervenciones endoscópicas de dilatación esofágica y su desenlace clínico. (Dom090)



## Dom091

### CÁPSULA ENDOSCÓPICA: UN NUEVO HORIZONTE EN EL DIAGNÓSTICO DE LA ENFERMEDAD DE INJERTO CONTRA HUÉSPED GASTROINTESTINAL

M. D. R. Alvarado-Cifuentes, E. Montijo-Barrios, K. Ignorosa-Arellano, J. Cadena-León, F. Zárate-Mondragón, R. Cervantes-Bustamante, J. Ramírez-Mayans, T. Toro-Monjaraz, M. Martínez-Soto, Instituto Nacional de Pediatría

**Introducción:** La enfermedad de injerto contra huésped gastrointestinal (EICH-GI) es una complicación grave del trasplante alogénico de células hematopoyéticas (TACH), caracterizada por una elevada morbilidad y mortalidad. Los primeros síntomas incluyen anorexia y náusea, que evolucionan a diarrea grave y hemorragia gastrointestinal. La enteroscopia es un método diagnóstico que no siempre se tiene al alcance; junto con la endoscopia convencional y la biopsia pueden ser procedimientos diagnósticos de alto riesgo para pacientes graves. La videocápsula endoscópica (VCE) ofrece una alternativa no invasiva

para evaluar el intestino delgado. Existen pocos estudios sobre el uso de VCE en adultos y ninguno en pediatría.

**Objetivo:** Mostrar los hallazgos de la videocápsula endoscópica y la endoscopia convencional superior e inferior, y valorar cuál de ellas se asemeja más a los resultados de la histopatología, en cuatro pacientes con sospecha de EICH atendidos en el Instituto Nacional de Pediatría.

**Reporte de casos:** Se incluyó a cuatro pacientes masculinos con sospecha de EICH gastrointestinal, en quienes se compararon los resultados obtenidos en endoscopia convencional y VCE con el resultado del estudio histopatológico. Los diagnósticos iniciales eran inmunodeficiencia combinada, leucemia linfoblástica aguda o leucemia linfocítica aguda, y todos recibieron tratamiento con TACH. Dentro de los primeros 100 días del trasplante se presentaron síntomas gastrointestinales indicativos de EICH. En la endoscopia superior convencional se observaron lesiones leves como pangastropatía no erosiva leve y edema de mucosa, y en la endoscopia inferior se reconocieron edema y eritema en mucosa, datos no concluyentes de EICH. Por otro lado, la VCE mostró lesiones más graves como erosiones, úlceras profundas, exudados y áreas de mucosa esfacelada en tres de los primeros pacientes, y la cuarta se informó normal. La histopatología reveló hallazgos consistentes con EICH en los tres pacientes con VCE anormal y la última se notificó normal.

**Discusión:** La VCE reveló lesiones significativas en el intestino delgado que las endoscopias convencionales no detectaron; estos hallazgos se correlacionaron con los resultados histológicos en todos los casos. La cápsula endoscópica podría facilitar el diagnóstico temprano de EICH-GI y mejorar el tratamiento y el pronóstico en estos pacientes.

**Conclusiones:** La VCE ha surgido como un método promisorio para la detección temprana de la EICH gastrointestinal en pediatría, en la cual los métodos invasivos son de alto riesgo.

**Financiamiento:** No se recibió financiamiento de ningún tipo.

**Figura 1.** Imagen captada por videocápsula endoscópica del intestino delgado de uno de los casos de paciente con EICH gastrointestinal. Propiedad de Instituto Nacional de Pediatría. (Dom091)



## Dom092

### EXPERIENCIA EN EL USO DE CÁPSULA ENDOSCÓPICA EN PACIENTES PEDIÁTRICOS DE UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL

J. J. Peña-Gutiérrez, G. Gómez-Navarro, J. R. Zárate-Guerrero, Unidad Médica de Alta Especialidad UMAE, Hospital de Pediatría, Centro Médico Nacional de Occidente CMNO, Instituto Mexicano del Seguro Social IMSS

**Introducción:** La introducción de la cápsula endoscópica en el año 2000 supuso una revolución diagnóstica en el estudio de las enfermedades del intestino delgado. En la población pediátrica fue hasta el 2004 cuando se aprobó su uso en pacientes de 10 a 18 años y hasta 2009 en mayores de dos años, razón por la que las publicaciones médicas son escasas en comparación con la población adulta. Las indicaciones más frecuentes informadas son sospecha de enfermedad inflamatoria intestinal, hemorragias gastrointestinales de origen oscuro, malabsorción, enteropatía perdedora de proteínas, dolor abdominal y pólipos, sobre todo en el abordaje de síndromes polipósicos. Dichas indicaciones varían de acuerdo con la edad; la sospecha de enfermedad de Crohn es la más frecuente en mayores de ocho años y el abordaje de anemia o sangrado de origen oscuro en menores de ocho años. Se ha documentado el uso de la cápsula endoscópica incluso en lactantes de 10 meses y peso de 7,9 kg, con la retención de la cápsula como principal complicación, la cual se define como una permanencia en el tracto digestivo por un mínimo de dos semanas o que exige intervención o tratamiento específico para facilitar su paso.

**Objetivo:** Notificar la experiencia en el uso de la cápsula endoscópica en pacientes pediátricos de un hospital de tercer nivel.

**Material y métodos:** En este estudio retrospectivo realizado en el periodo comprendido entre 2020 y 2024 se incluyó a pacientes menores de 18 años sometidos a cápsula endoscópica por el servicio de gastroenterología de la UMAE, Hospital de Pediatría, CMNO. Se recabaron las siguientes variables de los expedientes clínicos: fecha de nacimiento, sexo, edad al momento del procedimiento, peso, indicación para realizar el estudio y hallazgos informados.

**Resultados:** Se incluyó a un total de 24 pacientes, de los cuales 12 fueron masculinos y 12 femeninos, con un promedio de edad de 10,6 años, el menor de tres años y el mayor de 16 años. El peso promedio fue de 35 kg (el menor de 13 kg requirió colocación endoscópica de la cápsula, sin complicaciones a su salida). La indicación más frecuente fue el síndrome polipósico ( $n = 12$ ), seguido por sangrado gastrointestinal de origen oscuro ( $n = 11$ ) y enfermedad inflamatoria intestinal ( $n = 1$ ), lo cual difiere de lo notificado en las publicaciones mundiales. En relación con los síndromes polipósicos se identificaron hallazgos positivos hasta de 50%, lo que muestra un mayor rendimiento diagnóstico, similar a lo registrado en la bibliografía internacional; por su parte, en la indicación de sangrado digestivo de origen oscuro se reconocieron hallazgos positivos en 36% ( $n = 4$ ). No se informó ninguna complicación, incluida la retención de la cápsula.

**Conclusiones:** Con base en los hallazgos de este estudio se confirma la utilidad de la cápsula endoscópica en pacientes pediátricos en el tratamiento de enfermedades del intestino delgado de una forma segura y con buen rendimiento diagnóstico en las indicaciones más frecuentes para su uso.

**Financiamiento:** No se recibió financiamiento de ningún tipo.

## Dom093

### CARACTERIZACIÓN Y EVOLUCIÓN CLÍNICA DE LA MOTILIDAD ESOFÁGICA INEFECTIVA EN PACIENTES PEDIÁTRICOS: ESTUDIO RETROSPECTIVO EN UN CENTRO DE REFERENCIA

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

**Introducción:** La motilidad esofágica inefectiva se considera el trastorno motor esofágico más frecuente descrito en la clasificación de Chicago en sus diferentes versiones con una relación frecuente con la enfermedad por reflujo gastroesofágico, ya que es al parecer uno de los posibles mecanismos fisiopatológicos que influyen en el desarrollo de dicha alteración. Dada su elevada frecuencia entre los trastornos motores y la falta de estudios en pacientes pediátricos respecto de su evolución, es importante realizar este estudio.

**Objetivo:** Determinar las características manométricas y clínicas y la evolución de los pacientes pediátricos con diagnóstico de motilidad esofágica inefectiva.

**Material y métodos:** Se incluyó a un total de 11 pacientes de 14 a 18 años con diagnóstico de motilidad esofágica inefectiva confirmada por estudio de manometría esofágica de alta resolución, atendidos en el periodo de 2017 a 2023. Tipo de estudio: analítico de corte transversal, retrospectivo y observacional en el que se analizaron como variables las métricas manométricas y



la presencia o ausencia de síntomas gastrointestinales como náusea, vómito, disfagia, pirosis, dolor abdominal, plenitud posprandial temprana, distensión abdominal y características de las evacuaciones al momento del diagnóstico y seis a 12 meses posteriores a este. Para el análisis estadístico se utilizó estadística descriptiva; para las variables cuantitativas se usaron medias y desviaciones estándar y para las cualitativas frecuencias y porcentajes.

**Resultados:** En cada uno de los pacientes se estableció el diagnóstico de motilidad esofágica inefectiva por estudio de manometría según la clasificación de Chicago 4.0, y se observaron los siguientes hallazgos: la longitud media de esfínter esofágico superior fue de 3,5 cm (DE 0,522), mientras que la presión media del esfínter esofágico superior fue de 130,1 mmHg (DE 1,859), la longitud media del esófago de 17,7 cm (DE 0,750), la presión media del esfínter esofágico inferior de 16 mmHg (DE 0,944) y la longitud media del esfínter esofágico inferior de 4 cm (DE 0,447), con un punto de inversión de presión medio de 36,4 (DE 0,603), así como una longitud intraabdominal media de 3,3 cm (DE 1,513) y un DCI medio de 337 mmHg.s.cm (DE 0,934), junto con un IRP medio de 12,3 mmHg (DE 0,674). Con posterioridad se evaluaron los síntomas al momento del diagnóstico: 45,4% de los pacientes tenía vómito, 54,5% disfagia, 81,8% reflujo y pirosis, en tanto que el dolor y distensión abdominal solo aparecieron en 36,3% y ninguno de los pacientes tenía alteraciones en el patrón evacuatorio. Por último, se evaluaron los síntomas posteriores al diagnóstico seis a 12 meses con una media de 9,2 meses: 81,8% de los pacientes no presentaba vómito, en 72% se resolvió la disfagia, en 36,3% persistieron el reflujo y la pirosis, y solo en 9% continuaron el dolor y la distensión abdominal.

**Conclusiones:** La motilidad esofágica inefectiva es un trastorno motor poco descrito en la población pediátrica; en este estudio llama la atención que la disfagia no fuera el síntoma central, sino más bien los síntomas relacionados con el reflujo gastroesofágico como la pirosis y las regurgitaciones. Además de ello, en el seguimiento, un gran porcentaje de pacientes redujo la frecuencia de los síntomas de forma global.

**Financiamiento:** No se recibió financiamiento de ningún tipo.

## Dom094

### MANOMETRÍA ESOFÁGICA DE ALTA RESOLUCIÓN EN LOS PACIENTES PEDIÁTRICOS CON ENFERMEDAD POR REFLUJO GASTROESOFÁGICO REFRACTARIO

S. Elizondo-Benet, Z. A. Monroy-Teniza, B. González-Ortiz, Hospital de Pediatría, Centro Médico Nacional Siglo XXI

**Introducción:** La enfermedad por reflujo gastroesofágico es uno de los padecimientos gastrointestinales más comunes en la edad pediátrica y de los principales motivos de consulta. Su incidencia es dependiente de la edad y se presenta en > 40% de los lactantes y > 10% de los niños mayores. Clínicamente se manifiesta con una diversidad de signos y síntomas. Por lo general, la respuesta al tratamiento médico convencional es adecuada, pero una proporción pequeña es resistente, es decir, no hay respuesta a un tratamiento óptimo posterior a ocho semanas. En estos casos deben descartarse alteraciones de la motilidad esofágica que puedan causar síntomas atípicos e inespecíficos y, por lo tanto, recibir diagnósticos y tratamientos erróneos.

**Objetivo:** Describir los hallazgos observados en la manometría esofágica de alta resolución en pacientes pediátricos mexicanos con diagnóstico de enfermedad por reflujo gastroesofágico resistente al tratamiento farmacológico.

**Material y métodos:** Se incluyó a pacientes menores de 18 años, con diagnóstico de ERGE resistente objeto de estudio de manometría esofágica de alta resolución; se excluyó a los pacientes con antecedente de malformación esofágica o cirugía esofagogástrica previa. Tipo de estudio: descriptivo de corte transversal, retrospectivo y observacional. Análisis estadístico: los resultados se analizaron con técnicas de estadística descriptiva como frecuencias absolutas y porcentajes para variables cualitativas; y para las variables cuantitativas de acuerdo con su distribución paramétrica o no paramétrica según la prueba de Kolmogorov-Smirnov: medias, modas medianas, desviaciones estándar o rangos intercuartílicos.

**Resultados:** Se analizó a un total de 19 pacientes, 8 (42%) de ellos del sexo femenino y 11 (58%) del masculino. El promedio de la edad al momento del estudio de manometría esofágica de alta resolución fue de 11,7 años, con una edad mínima de siete años y una máxima de 16. Los síntomas típicos fueron los más frecuentes: regurgitación (25%) y pirosis (21%), seguidos por los atípicos de tos (13,5%), dolor torácico (12%), náusea (11,5%) y disfagia (6%). El 47% cumplió criterios para MEI, mientras que el 42% tuvo un resultado normal. El promedio de meses de evolución desde el inicio de los síntomas hasta el momento de la manometría fue de 58,2 (IC95%: 39,9-76,9). Un paciente cumplió criterios para OTSUEG y otro para espasmo esofágico distal. En ninguno se demostró hernia hiatal por medio de este estudio, con una UEG tipo 1 en el 100%; por otro lado, 6 (31%) pacientes presentaron hipotensión del EI, con una presión basal media promedio de 5,15 mmHg, con límites de 1,6 a 9,7 mmHg. En ninguno se encontraron relajaciones transitorias del esfínter esofágico inferior ni peristalsis fragmentada. Se identificaron diferencias estadísticamente significativas en algunos de los parámetros estudiados con un promedio menor en la presión basal media del EEI y el DCI en los pacientes con MEI, con valores de 9,8 mmHg y 351,7 mmHg.s.cm, respectivamente. Los resultados se expresan en la **Tabla 1**.

**Conclusiones:** La manometría esofágica de alta resolución debe considerarse dentro del protocolo de estudio de los pacientes pediátricos con ERGE resistente. El trastorno de motilidad más frecuente en estos pacientes es la motilidad esofágica inefectiva presente en el 47%. Los síntomas más comunes fueron los síntomas típicos, regurgitación y pirosis, en 25% y 21%, respectivamente. Es necesario estandarizar el protocolo y las clasificaciones de los trastornos de motilidad en los pacientes con ERGE resistente menores de 18 años.

**Financiamiento:** No se recibió financiamiento de ningún tipo.

## Dom095

### UTILIDAD DE IMBN Y PSPW EN EL ESPECTRO DIAGNÓSTICO DE REFLUJO GASTROESOFÁGICO EN UNA POBLACIÓN PEDIÁTRICA

A. L. Castro-Zárate, A. I. Quesada-Tortoriello, J. E. Suárez-Morán, P. Gálvez-Castillejos, J. García-Rentería, Grupo Colaborativo: Sección de Neurogastroenterología y Motilidad del Hospital Español; Instituto Nacional de Pediatría

**Introducción:** La vigilancia de impedancia con pH-metría permite la evaluación del aclaramiento químico esofágico (una respuesta al reflujo provocado por el reflejo esófago-salival) mediante el índice de onda peristáltica inducida por la deglución posterior al reflujo (PSPW, por sus siglas en inglés); asimismo, la integridad de la mucosa puede evaluarse mediante la impedancia

**Tabla 1.** Resultados manométricos en la población estudiada, comparación entre pacientes sin alteraciones en la manometría y pacientes con motilidad esofágica inefectiva. (Dom094)

Parámetros manométricos	Población total (n = 19)		Pacientes con manometría esofágica normal (n = 8)		Pacientes con motilidad esofágica inefectiva (n = 9)		p*
	Promedio	IC95%	Promedio	IC95%	Promedio	IC95%	
Presión basal media del EEI (mmHg)	20,9	13,1-28,8	24,2	10,2-38,2	9,8	4,4-15,1	0,03
Presión de relajación integrada (mmHg)	4,2	1,3-7,1	2,8	0,6-4,9	1,7	-0,3-3,9	0,43
Latencia distal (s)	6,5	5,5-7,1	6,1	5,2-7,0	7,4	6,3-8,4	0,04
Integral de contracción distal (mmHg.s.cm)	702	425,1-980,5	841	446,7-1236,9	351,7	185,5-517,9	0,01

IC95%, intervalo de confianza del 95%; EEI, esfínter esofágico inferior; \*p = resultado de la prueba t de Student para la comparación entre los grupos sin alteraciones y aquellos con motilidad esofágica inefectiva.

cia media basal nocturna (IMBN) y se considera un marcador de ERGE en la población adulta. En la actualidad, el comportamiento de la IBMS y el PSPW se ha investigado poco en la población pediátrica.

**Objetivo:** Conocer la utilidad de la IMBN y el PSPW en el espectro diagnóstico del reflujo gastroesofágico en la población pediátrica.

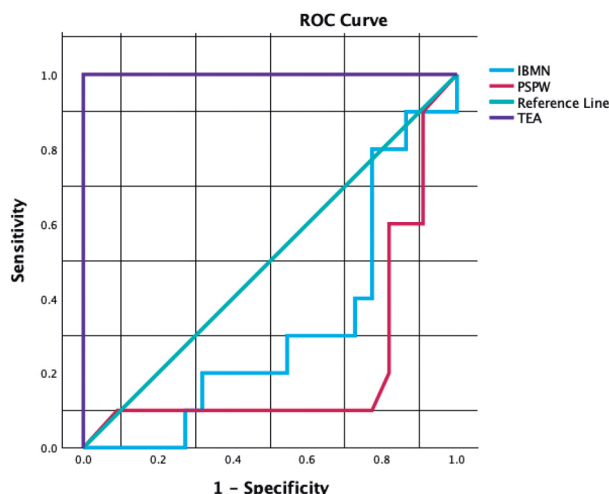
**Material y métodos:** Pacientes de 1 a 18 años con sospecha de reflujo gastroesofágico sometidos a impedancia de pH-metría en el Hospital Español de México, del 1 de diciembre de 2022 al 1 de septiembre de 2023. Tipo de estudio: descriptivo, transversal, retrospectivo y observacional. Variables analizadas: edad, género, tiempo de exposición al ácido, número de episodios de reflujo, características químicas del reflujo, posición predominante del reflujo, índice de síntomas por pH e impedancia, probabilidad de relación con síntomas por pH e impedancia, IMBN e índice PSPW. Análisis estadístico: se analizaron las variables epidemiológicas; se obtuvieron la media y la desviación estándar del tiempo de exposición al ácido (TEA), IMBN y PSPW de cada uno de los grupos fenotípicos. Se utilizó la curva ROC para evaluar la utilidad diagnóstica de IMBN y PSPW con el software SPSS Statistics v29.0.

**Resultados:** Se estudiaron en total 32 trazos de impedancia con pH-metría, de los cuales el 56,3% (18) correspondió al género femenino y 43,8% (14) al masculino. Se registró una edad media de 101,38 meses (8,4 años) de edad. En cuanto a las características de los episodios de reflujo, fueron no ácidos en 62,5% y ácidos en 37,5%, predominantemente en posición vertical (65,6%). El registro de síntomas fue variable y se identificaron pirois, dolor abdominal, hipo, globus, regurgitación, tos y broncoespasmo. El TEA fue negativo en los pacientes con hipersensibilidad al reflujo y pirois funcional y positivo en el 80% de los pacientes con ERGE. Se notificó una media de IMBN de 2 036,8 y de PSPW de 37,4%. El 46,8% presentó hipersensibilidad al reflujo y de esta proporción el 40% registró una IMBN > 2 500. El 15,6% tuvo pirois funcional y de esta cifra el 80% presentó IMBN > 2 500. El 31,25% de los pacientes sufrió ERGE, 80% de esta proporción con IMBN < 1 500. La mayoría de los pacientes con ERGE como hipersensibilidad al reflujo y pirois funcional mostró un índice PSPW < 60%. El TEA fue negativo en el 87,5% de los pacientes con IMBN, consistente con trastornos funcionales; sin embargo, el índice PSPW fue patológico hasta en el 52,1% de los sujetos que tuvieron TEA negativo. En el análisis de curvas ROC no se obtuvieron resultados estadísticamente significativos en relación con el uso de IMBN y PSPW en el grupo con ERGE, con un área bajo la curva (ABC) para IBNM de 0,318 (IC95%: 0,120-0,516) y para PSPW de 0,220 (IC95%: 0,20-0,421). En el grupo con ERNE se obtuvo un ABC para IMBN de 0,0,775 (IC95%: 0,602-0,948) y para PSPW de 0,792 (IC95%: 0,607-0,977), una prueba que resultó significativa en este grupo. Se establecieron puntos de corte de 1 865 ohmios y 18,5%, sensibilidad de 33% y 12,8%, especificidad de 30% y 29,1%, razón de verosimilitud positiva de 0,48 y 0,18, para IMBN y PSPW, respectivamente (Figura 1).

**Conclusiones:** La IMBN y el índice PSPW no establecen una diferencia significativa entre pacientes con ERNE y ERGE en la población pediátrica. Se requieren investigaciones con un número mayor de sujetos de estudio para establecer su aplicabilidad en el diagnóstico y tratamiento de ERGE.

**Financiamiento:** No se recibió financiamiento de ningún tipo.

Figura 1. Curva ROC. Se muestran la sensibilidad y la especificidad de TEA, IMBN y PSPW, así como su cercanía a la línea de referencia. (Dom095)



TEA, tiempo de exposición al ácido; IMBN, impedancia media basal nocturna; PSPW, onda peristáltica inducida por la deglución posterior al reflujo.

## Dom096

### PRESENTACIÓN ATÍPICA (SÍNTOMAS RESPIRATORIOS): ASOCIADA CON REFLUJO GASTROESOFÁGICO NO ÁCIDO EN LA POBLACIÓN PEDIÁTRICA: RESULTADOS PRELIMINARES

A. I. Quesada-Tortoriello, L. Escobedo-Berumen, M. S. Gallardo-Luna, Centro Médico Nacional 20 de Noviembre

**Introducción:** La enfermedad por reflujo gastroesofágico corresponde a la relación de síntomas o complicaciones vinculadas con reflujo. Los episodios pueden clasificarse por sus características físicas (líquidos, gaseosos, mixtos), características químicas (ácido, pH < 4), débilmente ácido (pH, 4-7), no ácido (> 7)), alcance distal o proximal. A diferencia de la población adulta, los episodios no ácidos representan alrededor de 30% a 80% en la población pediátrica y en fecha reciente se han acompañado de manifestaciones clínicas atípicas en esta población.

**Objetivo:** Identificar la vinculación de episodios no ácidos con manifestaciones clínicas atípicas (síntomas respiratorios); como objetivo secundario, determinar el nexo entre características específicas de los episodios (químicos, físicos) con esos síntomas.

**Material y métodos:** Se utilizaron registros de impedancia con pH-metría en pacientes pediátricos de 12 meses a 18 años de marzo de 2023 a septiembre de 2024 que cumplieron los criterios de inclusión. Se realizaron análisis de medidas de tendencia central para determinar las características epidemiológicas y generales de la muestra. Después de obtener una muestra más grande, se llevó a cabo el análisis de relación de variables (ji cuadrada) con el fin de identificar la vinculación entre los síntomas atípicos (respiratorios) y las características físicas y químicas de los episodios de reflujo. El análisis se realizó con el software SPSS.

**Resultados:** Al momento se cuenta con una muestra total de 32 pacientes, de los cuales 10 (31%) corresponden a episodios patológicos de reflujo gastroesofágico ácido y 22 (69%) a no ácidos. De los casos de reflujo no ácido, 7 (32%) informaron síntomas respiratorios atípicos como tos, carraspeo o broncoespasmo.

**Conclusiones:** Los episodios no ácidos podría ser un predictor importante de la presencia de síntomas respiratorios. Esto modificaría completamente el enfoque diagnóstico y terapéutico utilizado hoy día en el tratamiento del ERGE en la población pediátrica.

**Financiamiento:** Sin financiamiento.

## Dom097

### ABORDAJE DE ALERGIA ALIMENTARIA PARA EL CONTROL DE SÍNTOMAS EN PACIENTES CON ESOFAGITIS EOSINOFÍLICA. SERIE DE CASOS

D. Rico-Rojas, L. A. Robles-Casanova, G. Castillo-Narváez, L. Hernández-Nieto, E. B. Ríos-Núñez, A. Palafox-Olvera, C. D. Alonso-Bello, C. V. Moncayo-Coello, Hospital Juárez de México

**Introducción:** La esofagitis eosinofílica es un trastorno digestivo caracterizado por la infiltración de eosinófilos en las distintas capas que integran la pared de dicho órgano. Estos cambios se encuentran dirigidos por citocinas dependientes de la inflamación Th2 alta a consecuencia, en la mayoría de los casos, de alergia alimentaria; para la disminución de los síntomas y mejorar la calidad de vida de los pacientes es crucial el abordaje inmunológico.

**Objetivo:** Ejemplificar mediante dos casos clínicos la importancia de la identificación de alergia alimentaria en pacientes con diagnóstico de esofagitis eosinofílica.

**Informe de casos:**

**Caso 1:** Paciente femenino de seis años con diagnóstico de esofagitis eosinofílica y asma. Esta persona refiere de forma continua disfagia, regurgitación y epigastralgia con pobre respuesta al tratamiento con inhibidor de la bomba de protones y procinéticos. Se indica endoscopia, cuyos resultados revelan esofagitis eosinofílica y duodenitis crónica con presencia de más de 30 eosinófilos por campo. Se realizó prueba de parche de alimentos con datos no concluyentes pero indicativos de positividad a leche, por lo que se indica restricción alimenticia. Actualmente la paciente señala disminución



de los síntomas sin necesitar medicamentos contra el reflujo y la dispepsia. **Caso 2:** Paciente masculino de 11 años con síntomas de reflujo que no ceden con inhibidores de la bomba de protones, con informe negativo para *H. pylori*, por lo que se solicita endoscopia con resultados de esofagitis crónica moderada con eosinofilia moderada, gastritis y duodenitis crónicas leve, estas dos últimas con eosinofilia leve. Se realizaron pruebas de parche de alimento con resultados negativos. Se inició dieta de exclusión de huevo, por alta sospecha de síntomas relacionados con su consumo tras una historia clínica exhaustiva; luego de cuatro semanas de la restricción acude el paciente con mejora de los síntomas (Figura 1).

**Discusión:** La esofagitis eosinofílica está establecida como una forma de alergia alimentaria no mediada por IgE y es una de las primeras causas de disfagia e impacción alimentaria en niños y adultos jóvenes. El estudio de alergia alimentaria debe considerarse un pilar en el abordaje de estos padecimientos eosinofílicos, ya que evitar los alimentos desencadenantes es aún el único tratamiento dirigido a la causa de la enfermedad; debe destacarse la importancia de iniciar con una prueba de parche de alimentos acompañada de una historia clínica detallada para la identificación del causante.

**Conclusiones:** La serie de casos ejemplifica la importancia del abordaje alergológico para determinar la existencia de alergia alimentaria en los pacientes pediátricos de esofagitis eosinofílica, dado que el retiro del alimento causante da lugar a la reducción de los síntomas y mejora la calidad de vida.

**Financiamiento:** No se contó con ningún tipo de financiamiento o patrocinio.

Figura 1. Prueba de parche de alimentos. (Dom097)



## Dom098

### PREVALENCIA DE SÍNDROME DE INTESTINO IRRITABLE EN PACIENTES CON LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO DE INICIO EN LA INFANCIA

D. R. Arellano-Sánchez, C. G. Flores-Berdeja, E. Hernández-Chávez, M. Méndez-Núñez, Instituto Mexicano del Seguro Social

**Introducción:** El síndrome de intestino irritable (SII) es el trastorno gastrointestinal funcional más común en pediatría, con una prevalencia de 4,1% a 35% en mexicanos y de 15% en el plano mundial. El subtipo de estreñimiento (SII-E) es la variedad más frecuente (45%) y afecta en particular a mujeres 1,6 veces más que a hombres. Por otra parte, el lupus eritematoso sistémico (LES) es una enfermedad multisistémica, de causa multifactorial, con una prevalencia del 15% en pediatría y cuya afectación gastrointestinal se presenta hasta en un 50% de los casos; es por lo tanto relevante conocer la prevalencia del SII en pacientes con LESp, dado que son afecciones que comparten similitudes y requieren abordaje multidisciplinario con efectos negativos en los costos de salud.

**Objetivo:** Determinar la prevalencia del síndrome de intestino irritable mediante los criterios de Roma IV en pacientes con diagnóstico de LESp. Específicos: describir características sociodemográficas, síntomas digestivos, subtipo de SII más común, e identificar los factores de riesgo que incrementan el SII en pacientes con LESp.

**Material y métodos:** Pacientes con diagnóstico de LESp de cuatro a 18 años, atendidos en Hospital de Pediatría CMNO, en Guadalajara, Jalisco, provenientes de la consulta externa de reumatología pediátrica valorados en el mes de enero del 2024 y a quienes se les aplicó el cuestionario Roma IV previo consentimiento informado por parte del tutor. Tipo de estudio: descriptivo, corte transversal y analítico. Muestra: población finita. Análisis estadístico: los resultados se analizaron con medidas de frecuencia relativas y centrales: porcentajes, media, promedio y desviación estándar. Estadística inferencial: ji cuadrada con significancia estadística ( $p < 0,05$ ).

**Resultados:** Con base en una revisión sistemática se obtuvo un total de 20 pacientes con diagnóstico de LESp, de los cuales el 68% mostró manifestaciones gastrointestinales; el dolor abdominal fue el síntoma más frecuente (22,22%), seguido de náusea (20%), diarrea (16,66%) y distensión abdominal (16,66%). Se determinó la presencia de depresión en el 22,22% de la muestra, con ingestión de más de cinco fármacos en el 61,11%. Se aplicó el cuestionario específico para trastornos funcionales al total de la muestra de acuerdo con los criterios de Roma IV; se describió una prevalencia del SII en el 27,77% de los casos, con 80% del sexo femenino, edad media de 14,6 años y predominio del subtipo SII-E (40%). No se identificaron factores de riesgo relevantes para el desarrollo de SII en pacientes con LESp; tan solo se notificó afectación renal en tres de los casos y debe considerarse un factor que tiene implicación en su fisiopatología.

**Conclusiones:** La prevalencia del SII en adolescentes con LESp fue del 27,77%. Fueron más frecuentes el SII-E y el SII-D. Esta prevalencia justifica continuar la investigación del SII en este tipo de pacientes, dado que representa gran interés tratar los factores de riesgo; para ello se necesita ampliar el número de pacientes, lo que permitirá determinar con exactitud si el sexo, la estancia en la UCIN y la enfermedad renal pueden considerarse factores en un paciente con LESp portador de SII.

**Financiamiento:** No se contó con financiamiento.

## Dom099

### FACTORES SOCIODEMOGRÁFICOS ASOCIADOS A GASTROENTERITIS VIRAL AGUDA EN PEDIATRÍA POSTPANDEMIA EN MÉXICO

L. Escobedo-Berumen, M. C. Casillas-Casillas, A. I. Quesada-Tortoriello, M. S. Gallardo-Luna, S. Unda-Haro, J. P. Unda-Haro, R. Osegueda-Mayen, E. Neria-Magey, P. Saviñón-Tejeda, Hospital Español

**Introducción:** En términos epidemiológico se ha detectado un aumento de las infecciones virales gastrointestinales; entre los factores relacionados se sospecha la disminución de la inmunidad colectiva por falta de exposición a patógenos durante la pandemia, lo que provoca cambios en la prevalencia en estas infecciones gastrointestinales no del todo estudiados.

**Objetivo:** Describir los factores sociodemográficos vinculados con las infecciones virales gastrointestinales luego de la pandemia en la Ciudad de México.

**Material y métodos:** Se realizó un estudio descriptivo, transversal, observacional y retrospectivo. Se recolectaron datos clínicos y epidemiológicos de expedientes clínicos de enero del 2023 a junio del 2024 en pacientes pediátricos con síntomas gastrointestinales de la consulta externa de una clínica pediátrica privada de la Ciudad de México. Se incluyó a paciente de 0 a 18 años a los que se les realizó prueba de antígeno en heces de astrovirus, adenovirus y rotavirus (inmunoanálisis ELISA) con resultado positivo y diagnóstico clínico de gastroenteritis infecciosa. Se realizó estadística descriptiva y se obtuvieron media, frecuencia y desviación estándar. Bajo pruebas de normalidad se realizó estadística inferencial mediante ji cuadrada y t de Student con una significancia  $p < 0,05$ .

**Resultados:** Se efectuaron 137 pruebas de inmunoanálisis de antígeno de virus gastrointestinales en heces, de las cuales 55 arrojaron un resultado positivo para astrovirus, adenovirus y rotavirus. En los pacientes incluidos con prueba positiva se encontró un predominio del sexo masculino en un 54,5%, con una media de edad de 3 años 11 meses  $\pm$  2,7, mínimo 4 meses, máximo 11 años. Los meses con mayor contagio fueron febrero (31%) y marzo (17,5%). Un 36% de los pacientes tenía el esquema de vacunación contra rotavirus incompleto. Los resultados de las pruebas indicaron rotavirus (47,4%), adenovirus (26,3%) y astrovirus (28,1%). Los síntomas predominantes fueron diarrea en 89,5%, dolor abdominal en 75,4% y vómito y fiebre en 70% y síntomas extraintestinales como dermatosis y síntomas respiratorios.

El grupo etario en el que más se presentó fue el de los prescolares con 42,1% y de esta proporción el 66,7% fue positivo a rotavirus ( $p = 0,006$ ), seguido del de los lactantes (40%) con un 43% de resultados positivos para adenovirus ( $p = 0,049$ ), y el de los escolares (17,5%) en los que predominó un resultado positivo para rotavirus ( $p = 0,027$ ). De los pacientes con cartilla de vacunación incompleta, el 47,6% registró un resultado positivo para rotavirus ( $p = 0,977$ ).

**Conclusiones:** Las pruebas antigénicas con síntomas de gastroenteritis tienen una elevada especificidad y sensibilidad para el diagnóstico. Si bien estas causas no cuentan con tratamiento antiviral, conocer la epidemiología y prever la evolución, duración de la fiebre y los síntomas y las posibles

complicaciones son esenciales para el adecuado tratamiento del paciente pediátrico. En este estudio se observó un predominio de contagio en primavera acorde a la epidemiología descrita; la infección por rotavirus se presentó principalmente en preescolares y escolares, y el adenovirus en lactantes. Llama la atención una edad de desarrollo de la enfermedad más tardía respecto de lo descrito en las publicaciones médicas; hay que considerar la deuda inmunológica relacionada con el periodo de pandemia COVID-19, así como el demostrado descenso de la cobertura de vacunación, que son parte del cambio en la circulación de estos virus en la comunidad. Es importante reforzar el esquema de vacunación para prevenir las complicaciones secundarias a estos patógenos y el apoyo de las herramientas diagnósticas para conocer el comportamiento de los virus gastrointestinales en la población.

**Financiamiento:** Ninguno.

## Dom100

### ALERGIA A LAS PROTEÍNAS DE LA LECHE DE VACA (APLV), CONOCIMIENTOS DEL PERSONAL MÉDICO SOBRE DIAGNÓSTICO Y EL TRATAMIENTO

F. J. Obando-Lazo, L. E. Flores-Fong, E. V. Estrada-Arce, J. C. Lona-Reyes, N. K. Bernal-Delgado, G. E. Lizardi-Benítez, L. I. Mondragón-González, K. N. Herrera-González, J. A. Romano-Velazco, Nuevo Hospital Civil de Guadaluajara Juan I. Menchaca

**Introducción:** La APLV es una entidad de hipersensibilidad que afecta al 15% de los lactantes, con manifestaciones gastrointestinales y extraintestinales. Los hallazgos clínicos inespecíficos exigen el conocimiento de la entidad para establecer el diagnóstico y el tratamiento oportunos.

**Objetivo:** Describir la variabilidad en el diagnóstico, tratamiento y percepción del pronóstico de APLV en los residentes de pediatría y pediatras.

**Material y métodos:** Estudio descriptivo de tipo transversal mediante una encuesta validada por Pascual-Pérez *et al.* a pediatras y residentes de pediatría de diferentes instituciones del estado de Jalisco.

**Resultados:** Se obtuvieron 100 encuestas. La mediana de edad fue de 28,5 años (máx. 62; mín. 24; RIQ 10) y el género femenino predominó con 68%. El tiempo de ejercicio en pediatría fue de 3 años (máx. 35; mín. 1; RIQ 4). En el diagnóstico se observó una gran variabilidad de las respuestas y uno de los reactivos logró un acuerdo de 45%. En cuanto al tratamiento, el mayor porcentaje de acuerdo fue de 58% para el uso de adrenalina y el de menor acuerdo de 2% para el tratamiento de desensibilización. Para el pronóstico, el 73% expresó acuerdo parcial o total de que a los dos años hay tolerancia a PLV; en el resto de los reactivos se observó variabilidad en las respuestas. Con respecto al conocimiento de APLV, 50% contestó que no conoce las guías y el 42% que sí; el 22% conoce la guía mexicana, el 20% la guía ESPGHAN, el 6% la guía NASPGHAN y el 2% la guía española. Se identificó una diferencia significativa en la práctica clínica en relación con las recomendaciones de guías tanto en el diagnóstico como en el tratamiento.

**Conclusiones:** Se analizó la variabilidad de criterios para el diagnóstico y el tratamiento de APLV en médicos pediatras y residentes de pediatría. Los resultados muestran una gran diversidad en el tratamiento de la APLV y escasa adherencia a las guías, lo cual se corresponde con otros estudios internacionales. Este estudio representa un punto de partida para concretar acciones de educación médica continua, así como la difusión de guías y consensos internacionales; la finalidad es lograr la unificación de conocimientos teóricos y establecer el abordaje tras unificar los criterios en el personal de salud.

**Financiamiento:** No se recibió ningún financiamiento.

## Dom101

### MODIFICACIÓN DE LA MICROBIOTA INTESTINAL Y REDUCCIÓN DE SINTOMATOLOGÍA POSTERIOR A UN MES DE TRATAMIENTO ESTÁNDAR EN LACTANTES CON ALERGIA A LA PROTEÍNA DE LA LECHE DE VACA

A. L. Pardo-Gutiérrez, I. Medina-Vera, E. Montijo-Barrios, J. G. Reyes-García, J. García-Mena, Instituto Nacional de Pediatría

**Introducción:** La alergia a la proteína de la leche de vaca (APLV) es una de las alergias alimentarias más comunes en la primera infancia, con una prevalencia calculada de 2% a 3%. Se ha sugerido una estrecha relación entre el sistema inmunológico desequilibrado y la disbiosis en la microbiota intestinal desencadenada por antígenos dietéticos y se ha documentado que las fórmulas extensamente hidrolizadas pueden reducir los síntomas gastrointestinales y restablecer la microbiota intestinal debido a los mecanismos inmunológicos, ya que suprimen la respuesta de las células T impulsada por antígenos. **Objetivo:** Evaluar los síntomas clínicos y la microbiota intestinal al momento del diagnóstico y luego de un mes de tratamiento estándar.

**Material y métodos:** Estudio longitudinal, prospectivo y observacional, en el que se incluirá a 20 lactantes con APLV; dentro de los criterios de inclusión se incorporará a los participantes que lleven alimentación mixta (lactancia materna + fórmula extensamente hidrolizada) y que se diagnostiquen con la prueba de reto abierto para confirmar el diagnóstico de APLV. Como criterios de exclusión se planteó el inicio de alimentación complementaria y el consumo de antibióticos antes y después del tratamiento. Se evaluó a los pacientes al momento del diagnóstico y tras un mes del tratamiento. De manera basal y final se realizaron historia clínica enfocada en los síntomas relacionados con APLV y evaluación antropométrica y nutricional y se les pidió una muestra de heces para la determinación de la microbiota intestinal. Se utilizó el estadístico ji cuadrada para comparar la proporción de síntomas basales y a un mes de seguimiento. Los resultados se analizaron con el programa SPSS. Para el análisis de microbiota, las lecturas se fusionaron mediante Fastq y se procesaron a través de QIIME 2. Solo se retuvieron las lecturas de ILUMINA que tenían una puntuación promedio > 20. Las lecturas se asignaron a unidades taxonómicas operativas con el algoritmo de búsqueda de uso con un umbral de similitud del 97%, se alinearon con la base de datos Greengenes y se asignaron a los diferentes niveles taxonómicos con uso del *Ribosomal Database Project* con un nivel de confianza del 80%.

**Resultados:** Se ha evaluado a 17 pacientes con una edad promedio de 1,3 ± 0,6 meses; posterior al seguimiento se observó una mejoría de los síntomas clínicos: dificultad de deglución (p = 0,001), regurgitación (p = 0,031), cólicos (p = 0,011) y congestión nasal (p = 0,001). En relación con la microbiota intestinal se observó un incremento significativo de la diversidad (índice de Shannon de 2,72 [2,32-3,15] vs. 2,83 [2,58-3,65], p < 0,005). En cuanto al filo se registró una reducción significativa de actinobacterias y firmicutes D y en términos de la clase de *actinomycetia*, además de un aumento significativo de bacilos y en relación con la familia y el género, se identificó una disminución de *Bifidobacteriaceae* (p < 0,05). El informe obtenido de la dieta de las madres señaló que el consumo de energía se halló por debajo de la recomendación sugerida y además se observó un consumo deficiente de verduras, fibra, calcio y vitamina D (p < 0,05).

**Conclusiones:** Los hallazgos en este estudio establecen cambios en la abundancia y perfil de la microbiota intestinal en relación con la reducción de los síntomas gastrointestinales mediante un tratamiento regular con una fórmula extensamente hidrolizada.

**Financiamiento:** No se recibió financiamiento de ningún tipo.

## Dom102

### DESCRIPCIÓN DEMOGRÁFICA, CLÍNICA, DIAGNÓSTICA Y TERAPÉUTICA DE PACIENTES PEDIÁTRICOS CON ADENOCARCINOMA COLORRECTAL

J. L. Flores-Castillo, M. A. Zubieta-Burgos, V. E. Úbeda-Urbina, E. C. Pineda-Cely, E. C. Alba-Rodríguez, L. E. Juárez-Villegas, R. Vázquez-Frias, H. R. Moreno-Salgado, P. Valencia-Mayoral, Hospital Infantil de México Federico Gómez

**Introducción:** El carcinoma colorrectal (CCR) es el tercer cáncer más frecuente en adultos; solo 1% a 4% de los casos ocurre en pacientes menores de 25 a 30 años y es infrecuente en la edad pediátrica con una incidencia en Estados Unidos de 1,3 casos por millón de habitantes. Su presentación es inespecífica, lo que retrasa el diagnóstico y por tanto empeora el pronóstico y la sobrevida.

**Objetivo:** Describir las características demográficas, clínicas, diagnósticas y terapéuticas de cuatro pacientes pediátricos con adenocarcinoma colorrectal en un hospital pediátrico de México.

**Informe de casos:** Se describen los casos de cuatro pacientes con diagnóstico de CCR, 75% del sexo masculino, ninguno con antecedente familiar de CCR.

Tres de ellos tenían menos de un año de evolución desde su diagnóstico hasta su deceso. La manifestación clínica principal fue el dolor abdominal, en su mayoría (75%) con desnutrición grave. En tres casos, la colonoscopia identificó tumoración estenosante, ninguna con afectación del colon ascendente. El informe de histopatología reveló en 50% de los casos grado histológico G3 y en los restantes G2, además de un caso con necrosis. En la clasificación pTNM (tumor, ganglios y metástasis) todos eran mayores de T3, con compromiso ganglionar y metástasis. En relación con el tratamiento médico, el 75% cumplió esquema de quimioterapia, uno de ellos combinado con radioterapia. El 100% requirió intervención quirúrgica, aunque en uno no se practicó la resección tumoral; sin embargo, todos requirieron diferentes reintervenciones quirúrgicas. Dentro de las complicaciones, el 50% mostró abscesos intraabdominales, perforación y oclusión intestinal. De los tres pacientes que fallecieron, uno no era elegible para intervención quirúrgica y los otros dos murieron como efecto de metástasis a pesar de la quimioterapia; solo el cuarto completó el tratamiento y se mantiene en vigilancia (Tabla 1).

**Discusión:** El carcinoma colorrectal representa menos del 1% de las neoplasias en la población pediátrica y existen pocos informes de caso de edad

pediátrica en México y Latinoamérica; sin embargo, los pacientes informados en el mundo describen un mal pronóstico como se observó en esta serie con fallecimiento del 75% durante el tratamiento, junto con un diagnóstico tardío y una histología desfavorable. El 50% de los pacientes mostró un componente mucinoso, frecuencia similar a la del resto del mundo para la edad pediátrica y se ha relacionado con mala respuesta a la quimioterapia. En esta serie, un paciente logró entrar en vigilancia y destacó la ausencia de células en anillo de sello o componente mucinoso y la manifestación clínica fue el dolor abdominal agudo como se ha informado en otras series.

**Conclusiones:** El CCR es una alteración infrecuente y de mal pronóstico en la edad pediátrica; su presentación puede simular otras entidades gastrointestinales benignas y, dado que es infrecuente, no suele considerarse una posibilidad diagnóstica en estos pacientes, lo que retrasa su diagnóstico. Esta descripción de casos busca proporcionar información de la presentación, evolución, histología y tratamiento; el pronóstico de los pacientes fue sombrío, lo que refuerza la necesidad de ampliar los conocimientos de esta entidad con el objetivo de establecer guías diagnósticas y terapéuticas oportunas.

**Financiamiento:** No se recibió financiamiento.

Tabla 1. Características clínicas, histológicas y terapéuticas de los pacientes con CCR. (Dom102)

Características clínicas				
	Caso 1	Caso 2	Caso 3	Caso 4
Edad al diagnóstico	14 años	13 años	16 años	13 años
Tiempo de evolución	9 meses	1 mes	6 meses	SD
Dolor abdominal	Sí	Sí	Sí	Sí
Dolor rectal	Sí	No	No	SD
Hematoquecia	Sí	Sí	No	SD
Ascitis	No	Sí	No	SD
Estreñimiento	No	No	Sí	SD
Diarrea	Sí	No	No	SD
Náusea y vómito	No	Sí	Sí	SD
Pérdida de peso	Sí	No	Sí	SD
Desnutrición grave	Sí	Sí	Sí	SD
Hallazgos macroscópicos				
Por colonoscopia	Tumoración exofítica rectal	No realizado	Tumor estenosante	Tumor estenosante
Por laparotomía	Serosa blanquecina	Tumor gris violáceo	No	No
Localización	Recto y colon descendente	Colon transverso	A 80 cm del margen anal	A 10 cm del margen anal
Diámetro	10 cm	SD	5 x 3 x 1,5 cm	7 x 6 cm
Hallazgos histológicos				
Componentes	Mucinoso y células en anillo de sello	Células en anillo de sello	30% de componente mucinoso	Necrosis 30%
Infiltración	Serosa, mesenterio y epiplón	Peritoneo y diafragma	Grasa pericólica	Serosa, cara posterior de la vejiga
Líquido peritoneal	Positivo	Líquido de ascitis	SD	SD
pTNM al diagnóstico	T4a N1 Mx	T4a N1c M1c	T3 N1M0	T3 N1M0
Tratamiento quirúrgico				
Intervención inicial	Laparotomía exploradora con toma de biopsias	Laparotomía exploradora con toma de biopsia	Colonoscopia	Apendicectomía con visualización de tumor rectal
Antígeno carcinoembrionario	No	101 ng/mL	7,02 ng/mL	11,3 ng/mL
Número de intervenciones	6	2	2	6
Tratamiento médico				
Esquema de quimioterapia	Régimen FOLFIRI Dexametasona	No	Régimen FOLFIRI Dexametasona	Régimen FOLFLOX modificado CDDP
Radioterapia	No	No	No	25 ciclos a pelvis y lecho tumoral
Biológico	Bevacizumab Cetuximab	No	Bevacizumab Cetuximab	No
Ciclos	9 ciclos	Cero	11 ciclos. 5 ciclos posterior a recidiva	6 ciclos

ACE, antígeno carcinoembrionario; AFP, fetoproteína alfa; CCR, carcinoma colorrectal; CDDP, cisplatino; pTNM: tumor, ganglios y metástasis; SD, sin datos; régimen FOLFIRI, ácido folínico, 5-fluorouracilo, irinotecán; Régimen FOLFLOX, ácido folínico, fluorouracilo y oxaliplatino.

## Dom103

### AUSENTISMO ESCOLAR Y SOCIAL EN NIÑOS ENTRE 8 Y 18 AÑOS DE EDAD CON TRASTORNOS DEL EJE CEREBRO-INTESTINO

C. A. Velasco-Benítez, L. Rivadeneira, J. C. Herrera, Grupo Colaborativo: Hospital Nacional Cayetano Heredia, Lima, Perú; Universidad del Valle, Cali, Colombia

**Introducción:** La prevalencia en escolares y adolescentes para presentar algún trastorno del eje cerebro-intestino (TECI) se ha registrado en un 23% en el mundo. En Colombia, en niños de 8 a 18 años, por dolor abdominal, se ha descrito la ausencia escolar hasta en un 50,7% e interferencia para realizar actividades sociales en el 12,6%. En Perú se desconoce la prevalencia de TECI en este grupo etario, así como su posible relación con ausentismo escolar y social.

**Objetivo:** Determinar la prevalencia de TECI en niños de ocho a 18 años de una institución educativa pública (IEP) de Lima, Perú, a partir del Cuestionario para Síntomas Digestivos Pediátricos en español (QPGS-IV, por sus siglas en inglés) y su posible nexo con ausentismo escolar y social.

**Material y métodos:** Se utilizó el QPGS-IV para identificar TECI. Se tuvieron en cuenta variables sociodemográficas (edad, sexo, raza), clínicas (estado nutricional), ausentismos (escolar o social) e intensidad del signo causante del ausentismo escolar.

**Resultados:** Se incluyó a 370 niños de ocho a 18 años (13,2 ± 2,5 años, 58,1% adolescentes, 55,7% masculinos, 83,9% mestizos, 34,5% desnutridos, 7,6% talla alterada). La prevalencia para presentar algún TECI fue de 37,8% y los más frecuentes fueron el estreñimiento funcional (22,4%), la dispepsia (8,7%) y el síndrome de intestino irritable (4,1%). Se registró ausencia escolar en 51,9% y ausencia social en 40,2%. Los principales síntomas digestivos para la ausencia escolar fueron el dolor abdominal (28,1%), la náusea (18,8%) y el vómito (18,2%). Se identificó una relación entre presentar algún TECI y la ausencia social (OR = 2,06; IC95% = 1,30-3,26; p = 0,0010), sobre todo con el síndrome de intestino irritable (OR = 4,35; IC95% = 1,25-19,04; p = 0,0074).

**Conclusiones:** Cerca del 40% de estos niños de ocho a 18 años sufrió algún TECI, el principal de los cuales fue el EF, con ausencias escolares y sociales en más del 40% de los casos y cuyo principal síntoma de ausencia escolar fue el dolor abdominal. Esta es una posible vinculación entre tener algún TECI y el ausentismo social, principalmente en niños con síndrome de intestino irritable.

**Financiamiento:** No se recibió ningún financiamiento.

## Dom104

### ANSIEDAD, DEPRESIÓN Y CALIDAD DE VIDA EN ESCOLARES COLOMBIANOS CON ESTREÑIMIENTO FUNCIONAL DE UN COLEGIO PÚBLICO RURAL

D. A. Velasco-Suárez, M. Higuera, J. Higuera, C. A. Velasco-Benítez, Grupo Colaborativo: Universidad El Bosque, Bogotá; Universidad del Valle, Cali, Colombia

**Introducción:** El estreñimiento funcional (EF), principal trastorno del eje cerebro-intestino (TECI), posee en escolares una prevalencia de 10,7% en Colombia y 12,0% en el plano mundial y puede relacionarse con baja calidad de vida, ansiedad y depresión.

**Objetivo:** Determinar la presencia de ansiedad, depresión y calidad de vida en escolares con EF y sus posibles nexos con un colegio público rural colombiano.

**Material y métodos:** Estudio de prevalencia en escolares y adolescentes de una institución educativa pública del municipio colombiano de Corozal, Atlántico, a quienes se les realizó el Cuestionario para Síntomas Digestivos Pediátricos Roma IV en español para identificar algún TECI, así como *Promis Anxiety*, *Promis Depression* y el *PedsQL 4.0* para identificar ansiedad, depresión y calidad de vida. Se consideraron variables sociodemográficas, clínicas y nutricionales. El análisis estadístico incluyó medidas de tendencia central y análisis bivariado por medio del cálculo de OR con su respectivo IC95%; se consideró significativa una p < 0,05.

**Resultados:** Se analizó a 265 niños de 10 a 18 años (14,4 ± 2,1 años, 70,2% adolescentes, 59,6% masculinos, 45,7% mestizos) de una institución educativa

pública de Corozal, Colombia. Hasta 40,3% nació por cesárea, 15,1% correspondió a prematuros y 16,7% desnutridos según el IMC, 11,1% con talla alterada según TE, 20,6% con ansiedad y 36,8% con depresión. Se identificó algún TECI en el 26,8%; el principal TECI fue el EF en un 24,9%. No hubo vinculación entre EF, variables sociodemográficas, clínicas, nutricionales (p > 0,05), ansiedad (OR = 0,82; IC95% = 0,36-1,92; p = 0,6059), depresión (OR = 0,55; IC95% = 0,28-1,06; p = 0,0550) o compromiso de la calidad de vida psicossocial (p = 0,3069) o física (p = 0,4541).

**Conclusiones:** La prevalencia de EF en escolares colombianos de este colegio público del área rural de la Costa Atlántica duplica por lo menos lo notificado antes en Colombia y en el mundo entero, sin que este principal TECI esté vinculado con ansiedad, depresión o compromiso de su calidad de vida.

**Financiamiento:** Sociedad Latinoamericana de Gastroenterología, Hepatología y Nutrición Pediátrica LASPGHAN.

## Dom105

### CAMBIOS EN EL PATRÓN EVACUATORIO DURANTE LA HOSPITALIZACIÓN EN PACIENTES PEDIÁTRICOS

A. P. Moreno-Rivas, A. Valdés-Cervantes, C. A. Zapata-Castilleja, I. A. Cura-Esquivel, K. D. Guzmán-Avilán, G. D. Hernández-Gómez, E. Duarte-Reséndiz, V. D. Olivas-Cabral, J. L. Rodríguez-Díaz, Hospital Universitario José Eleuterio González

**Introducción:** El estreñimiento es una entidad clínica caracterizada por una disminución de la frecuencia de las evacuaciones, retención de heces, evacuaciones dolorosas o duras, heces de gran tamaño e incontinencia fecal. El diagnóstico se basa aún en los criterios de Roma IV. Se ha establecido una prevalencia mundial de estreñimiento en la población pediátrica de 0,7% a 29,6%. Además, es motivo de derivación al especialista en gastroenterología pediátrica en 25% de los casos.

**Objetivo:** Comparar el patrón evacuatorio antes del internamiento con el observado luego de 72 horas de internamiento en pacientes de cuatro a 15 años en el área de hospitalización de pediatría del Hospital Universitario José Eleuterio González.

**Material y métodos:** Estudio clínico analítico, longitudinal, observacional y prospectivo. Se incluyó a pacientes de cuatro a 15 años hospitalizados en el área de pediatría con más de 72 horas de internamiento; posteriormente se aplicó una encuesta en la que se recabaron datos epidemiológicos de cada uno, así como su patrón evacuatorio previo y actualizado al día del interrogatorio, además de antecedentes e información sobre el internamiento tomado del expediente clínico. Los resultados se expresaron en frecuencias y porcentajes para variables categóricas mediante un análisis bivariado.

**Resultados:** Se incluyó a 69 pacientes en los que se identificó una diferencia estadísticamente significativa (p < 0,05) de los datos recolectados antes y durante la hospitalización, tanto en el patrón evacuatorio como en el número de evacuaciones referidas por las unidades de estudio. Se registró un aumento de la tendencia de prolongación a un mayor número de días entre una evacuación y otra, así como el decremento de la suma de los intervalos en el número de evacuaciones descritas por día. También se demostró una relación entre el ayuno mayor de 24 horas e inmovilización con la presencia de cambios en el patrón evacuatorio.

**Conclusiones:** El ayuno mayor de 24 horas y la inmovilización fuera de cama elevan cuatro veces el riesgo de padecer alteraciones del patrón evacuatorio en niños y adolescentes luego de 72 horas de internamiento. Por lo tanto, es necesario considerar la vigilancia en los pacientes en quienes se anticipa un internamiento prolongado y que además podrían incurrir en cualquiera de estas situaciones.

**Financiamiento:** No se recibió financiamiento de ningún tipo.

## Dom106

### ENFERMEDADES PSIQUIÁTRICAS EN PACIENTES PEDIÁTRICOS CON DISPEPSIA FUNCIONAL EN EL INSTITUTO NACIONAL DE PEDIATRÍA DEL 2015-2022

A. J. Hernández-López, E. M. Toro-Monjaraz, Instituto Nacional de Pediatría



**Introducción:** La dispepsia funcional (DF) es un síndrome gastrointestinal con síntomas crónicos como dolor abdominal y saciedad tempranas, sin causas estructurales claras tras evaluaciones exhaustivas. A pesar de los avances en su definición, incluidos los criterios de Roma IV, su causa exacta es aún desconocida, aunque se ha postulado una interacción compleja entre factores biológicos, psicológicos y sociales. Los estudios recientes han revelado alta prevalencia de trastornos psiquiátricos como ansiedad y depresión en pacientes con DF, lo que sugiere una vinculación bidireccional entre estas enfermedades y los trastornos gastrointestinales funcionales. La comprensión de esta relación puede mejorar el diagnóstico y personalizar las estrategias terapéuticas, al tratar de modo integral los aspectos físicos y psicológicos de la enfermedad.

**Objetivo:** Estudiar la relación entre enfermedades psiquiátricas y dispepsia funcional en pacientes del Instituto Nacional de Pediatría entre 2015 y 2022. Además, identificar los trastornos psiquiátricos más frecuentes en pacientes con dispepsia funcional en el Instituto Nacional de Pediatría durante el periodo mencionado. Evaluar la relación entre la presencia de enfermedades psiquiátricas y el desarrollo de dispepsia funcional en esta población.

**Material y métodos:** Se realizó un estudio observacional retrospectivo y transversal en el Instituto Nacional de Pediatría entre 2015 y 2022, mediante el código CIE 10 K30X para identificar a pacientes con dispepsia funcional. De los 48 individuos identificados, se excluyó a aquellos sin evaluación por gastroenterología pediátrica o con diagnóstico diferente, para incluir al final a 27 pacientes. Para el grupo de control de 34 pacientes considerados sanos de manera inicial se aplicó un cuestionario de dos partes: la primera con los criterios de Roma IV para descartar síntomas de dispepsia funcional y la segunda para investigar sobre enfermedades psiquiátricas diagnosticadas. Se empleó estadística descriptiva para analizar datos demográficos y variables cuantitativas (edad, talla, peso e IMC); las cualitativas se expresaron mediante proporciones y porcentajes. Esto permitió determinar la frecuencia de enfermedades psiquiátricas entre los pacientes con y sin dispepsia funcional y se identificaron las más prevalentes. Por último, se utilizó la prueba ji cuadrada para evaluar la relación entre enfermedades psiquiátricas y dispepsia funcional.

**Resultados:** Del grupo estudiado, el 55,56% correspondió a mujeres y el 44,44% a hombres. La edad promedio de diagnóstico de dispepsia fue de 12,63 años. Del total de pacientes con dispepsia funcional, el 59,26% presentó comorbilidades psiquiátricas y las anomalías más comunes fueron el trastorno de ansiedad generalizada (26%) y el trastorno depresivo mayor (22%). Se realizó la prueba ji cuadrada para analizar la vinculación entre la dispepsia funcional y las enfermedades psiquiátricas; se obtuvo así un valor de 7,98, lo cual es mayor al valor crítico para 1 grado de libertad con significancia de 95%, por lo que se rechazó la hipótesis nula; en consecuencia, puede afirmarse que sí existe nexo entre las enfermedades psiquiátricas y la dispepsia funcional.

**Conclusiones:** La dispepsia funcional se relaciona con tasas elevadas de trastornos psiquiátricos como ansiedad y depresión, por lo que es importante considerar aspectos psicológicos en el tratamiento de este padecimiento. A través de pruebas de relación se encontró que la dispepsia funcional y los trastornos psiquiátricos están vinculados, sin poder esclarecer la relación causal entre los trastornos psiquiátricos y la dispepsia funcional por el tipo de estudio conducido. Son necesarias investigaciones futuras para mejorar el enfoque clínico y terapéutico en este grupo de pacientes.

**Financiamiento:** Ninguno.

## Dom107

### DISFAGIA FUNCIONAL EN NIÑOS ENTRE 10 Y 18 AÑOS DE EDAD

D. A. Velasco-Suárez, C. A. Velasco-Benítez, V. Campeón-Cruz, Grupo Colaborativo: Grupo de Investigación Gastrohnp, Universidad del Valle, Cali, Colombia

**Introducción:** En adultos, según los criterios de Roma IV, el diagnóstico de disfagia funcional (DF) requiere endoscopia, pH/impedanciometría y manometría para descartar anomalías estructurales o mucosas del esófago, enfermedad por reflujo gastroesofágico, esofagitis eosinofílica o trastornos motores esofágicos mayores. En niños, la DF aún no está considerada dentro de los criterios de Roma.

**Objetivo:** Determinar la prevalencia de DF en niños de 10 a 18 años de un colegio público de Corozal, Colombia, a partir del Cuestionario para Síntomas Digestivos Pediátricos versión en español (QPGS-IV).

**Material y métodos:** Se utilizó el QPGS-IV para identificar los trastornos del eje cerebro-intestino (TECI) y para el diagnóstico de DF se tomó en cuenta que el niño refiriera durante al menos dos meses la sensación de que los alimentos o bebidas durante cuatro o más días a) quedaran atrapados en el pecho después de su deglución o b) descendieran lentamente. El análisis estadístico incluyó medidas de tendencia central como promedio, desviación estándar y porcentajes. La consistencia interna de las nuevas preguntas incluidas en el QPGS-IV se calculó tras considerar el alfa de Cronbach ( $\alpha$ ) como muy alto (0,81-1,00), alto (0,61-0,80), moderado (0,41-0,60), bajo (0,21-0,40) y muy bajo (0,01-0,20).

**Resultados:** Durante la entrevista, ningún niño presentó anomalías estructurales o mucosas del esófago, enfermedad por reflujo gastroesofágico, esofagitis eosinofílica o alteraciones motoras esofágicas mayores. Se incluyó a 265 niños de 10 a 18 años (14,4  $\pm$  2,1 años, 70,2% adolescentes, 59,6% varones, 45,7% mestizos, 16,7% desnutridos, 11,1% alteración de talla). La prevalencia de presentar algún TECI fue del 26,8% y los más frecuentes fueron el estreñimiento funcional (EF) (24,2%) y los relacionados con náusea y vómito (1,5%). La DF se identificó mediante el QPGS-IV ( $\alpha = 0,7878$ ) en 2 (0,8%) niños de 15,7  $\pm$  0,5 años, adolescentes (n = 2), niñas (n = 1), nativos (n = 2), eutróficos para IMC (n = 2) y altura alterada (n = 1).

**Conclusiones:** Una tercera parte de los niños de 10 a 18 años mostró algún TECI, el más frecuente de los cuales fue el EF; la DF se identificó en 0,8%, por lo que debe considerarse dentro de los criterios de Roma, sobre todo en adolescentes nativos y eutróficos por IMC.

**Financiamiento:** No se recibió ninguno financiamiento.

## Dom108

### LA MENTE SOBRE EL ESÓFAGO: COMORBILIDADES PSIQUIÁTRICAS EN TRASTORNOS FUNCIONALES ESOFÁGICOS

M. C. Guillén-Guerrero, E. M. Toro-Monjaraz, F. E. Zárate-Mondragón, J. F. Cadena-León, E. Montijo-Barrios, K. Ignorosa-Arellano, M. C. Martínez-Soto, R. Cervantes-Bustamante, J. A. Ramírez-Mayans, Instituto Nacional de Pediatría

**Introducción:** La enfermedad por reflujo gastroesofágico se clasifica como enfermedad por reflujo erosivo o no erosivo (ERNE), según sean los hallazgos endoscópicos de la mucosa esofágica. La ERNE se subdivide en ERNE verdadera, caracterizada por una exposición anormal del esófago al ácido en la vigilancia de pH-impedancia; hipersensibilidad al reflujo, en la cual hay una exposición normal del esófago al ácido, pero una correlación positiva entre los síntomas y los episodios de reflujo; y pirosis funcional, en la que no existe una exposición patológica al ácido ni tampoco existe correlación positiva con los síntomas. Aunque múltiples factores contribuyen a la fisiopatología de la ERGE, en fecha reciente ha ganado interés la vinculación de esta entidad con trastornos psiquiátricos. Algunos estudios en adultos han notificado un nexo entre los trastornos esofágicos funcionales, específicamente la pirosis funcional, y los trastornos psiquiátricos, como ansiedad y depresión.

**Objetivo:** Comparar la presencia de trastornos psiquiátricos entre todos los fenotipos de ERNE en pacientes pediátricos con afecciones por reflujo esofágico no erosivo.

**Material y métodos:** Estudio retrospectivo, transversal, analítico y descriptivo en un hospital de tercer nivel en la Ciudad de México que incluyó a niños referidos al servicio de gastroenterología y nutrición por reflujo gastroesofágico desde enero de 2015 hasta diciembre de 2023. Participaron pacientes con mucosa esofágica normal en el estudio endoscópico que contaban con vigilancia completa de pH-impedancia de al menos 18 horas de duración. Se extrajeron los diagnósticos psiquiátricos de estos pacientes de la valoración por salud mental registrada en el expediente electrónico. Para el objetivo principal se utilizó la prueba ji cuadrada y se consideró significativo un valor de  $p < 0,05$ , además de calcular el riesgo relativo.

**Resultados:** Se incluyó a 42 pacientes, 18 masculinos (42,8%) y 24 femeninos (57,1%). Doce pacientes tuvieron ERGE verdadera (siete niños y cinco niñas, edad mínima de cinco años y máxima de 18 años), 19 diagnóstico de hipersensibilidad al reflujo (ocho niños y 11 niñas, edad mínima de cinco años y máxima de 18) y 11 pirosis funcional (tres niños y ocho niñas, edad mínima de siete años y máxima de 18). Los síntomas más referidos fueron regurgitación, acidez, náusea, vómito, dolor torácico, saciedad temprana, dolor abdominal, epigastralgia, hipo, disfagia y tos. Los diagnósticos psiquiátricos incluyeron trastorno de ansiedad generalizada en 7 (16%) pacientes, trastorno



por déficit de atención e hiperactividad en 1 (2,3%), somatización en 1 (2,3%), trastorno disfórico premenstrual en 1 (2,3%), depresión en 2 (4,7%), trastorno mixto de ansiedad y depresión en 4 (9,5%), alteración del neurodesarrollo en 2 (4,7%), trastorno somatomorfo en 1 (2,3%), trastorno de conducta no especificado en 1 (2,3%); 22 pacientes no contaron con ningún diagnóstico psiquiátrico. Se analizó la presencia o ausencia de trastornos psiquiátricos en los distintos fenotipos de ERNE además del riesgo relativo, lo cual se resume en la Tabla 1.

**Conclusiones:** A pesar de no identificar diferencias estadísticamente significativas en la frecuencia de trastornos psiquiátricos entre los distintos tipos de ERNE y tener trastornos esofágicos funcionales, no aumentó el riesgo de enfermedades psiquiátricas. El hallazgo de una mayor proporción de trastornos psiquiátricos en esófago hipersensible y pirosis funcional muestra la necesidad de llevar a cabo nuevos estudios prospectivos en esta área que permitan tener un mayor control sobre las variables de estudio.

**Financiamiento:** No se contó con ningún financiamiento.

**Tabla 1.** Comparación entre los distintos fenotipos de ERNE y trastornos psiquiátricos. (Dom108)

Fenotipo ERNE	Trastorno psiquiátrico		Ji cuadrada		Riesgo	
	Sí	No	Valor	p	Valor	IC
ERNE verdadero vs. hipersensibilidad al reflujo	4 (33,3%)	8 (66,6%)	1,106	0,293	0,450	0,1-2,018
	10 (52,6%)	9 (47,3%)				
ERNE verdadero vs. pirosis funcional	4 (33,3%)	8 (66,6%)	1,051	0,305	0,417	0,077-2,25
	6 (54,5%)	5 (45,4%)				
Hipersensibilidad al reflujo vs. pirosis funcional	10 (52,6%)	9 (47,3%)	0,010	0,919	0,926	0,209-4,108
	6 (54,5%)	5 (45,4%)				

## Dom109

### MALACOPLAQUIA INTESTINAL, REPORTE DE 2 CASOS

S. A. Leal-Cortés, E. S. García-Cárdenas, M. J. López-Zavaleta, J. A. García-Aranda, Hospital Infantil de México

**Introducción:** La malacoplaquia, una rara enfermedad granulomatosa crónica, se caracteriza por acumulación de histiocitos con inclusiones citoplasmáticas de bacterias parcialmente digeridas (cuerpos de Michaelis Gutmann), con tinciones de PAS y von Kossa positivas. Existen pocos casos registrados en niños y menos aún relacionados con otras comorbilidades. Se presentan dos casos clínicos de malacoplaquia intestinal.

**Objetivo:** Describir el espectro clínico de la malacoplaquia intestinal, tratamiento y abordaje realizado, ya que la evidencia notificada es escasa.

#### Informe de casos:

**Caso 1:** Paciente masculino de 11 años con diagnóstico de malacoplaquia colónica tratado con betanecol y vitamina C, y cuya evolución fue buena. Tres años después ingresa por edema en extremidades y ascitis al suspender el tratamiento. Laboratorio: leucopenia, linfopenia e hipoalbuminemia, y excreción de albúmina marcada con Cr51 (8,85%). Endoscopia: mucosa hiperémica y zonas de aspecto granular blanquecinas en duodeno. Biopsia intestinal: edema y congestión de la mucosa, infiltrado inflamatorio linfoplasmocitario, sin cuerpos de Michaelis Gutmann; microscopia electrónica normal. Egresó con dieta hiperproteica, betanecol y vitamina C.

**Caso 2:** Paciente masculino de 13 años que inicia los tres años con diarrea sanguinolenta. Colonoscopia: múltiples nódulos > 1 mm, ápice denudado y sangrado, en colon ascendente con pólipo > 2 mm. Biopsia: hiperplasia folicular linfoide, numerosos macrófagos de citoplasma espumoso con esférulas (+) para tinción de von Kossa (Figura 1); se indican ciprofloxacina y vitamina C. En la colonoscopia de control a los seis meses persisten nódulos; la biopsia no revela hallazgos de malacoplaquia. Múltiples episodios de prolapso rectal que exigen pexia rectal. Persisten los síntomas intestinales ocasionales (diarrea y sangrado); las endoscopias subsiguientes muestran hiperplasia nodular linfoide sin datos histológicos de malacoplaquia; y se agregan al cuadro intestinal neumonías recurrentes y bronquiectasias. Se inicia entonces protocolo de estudio para error congénito de la inmunidad. Secuenciación

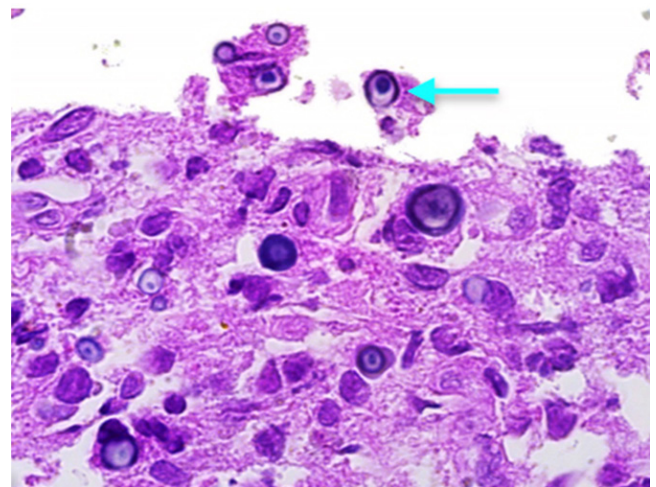
genética: mutación *PI3KCD* (*APDS1*), inmunodeficiencia combinada no grave. Se trata con inmunoglobulina humana y sirolimus. No se consigue la remisión de los síntomas, de manera que se ajusta el sirolimus para lograr efectos terapéuticos.

**Discusión:** En los casos de malacoplaquia, el tracto gastrointestinal es el segundo sitio más afectado, en particular recto y sigmoides. Las teorías de su desarrollo postulan una respuesta inmunitaria anormal y una función lisosómica defectuosa con actividad bactericida deteriorada debido a la disminución del cGMP o proceso bacteriano específico (*E. coli* más relacionado). Se vincula con estados de inmunosupresión, colitis ulcerosa, adenocarcinoma de colon, cirrosis, tuberculosis e hiperplasia linfoide, por lo que debe sospecharse en todo paciente con estas comorbilidades que presente diarrea, dolor abdominal, sangrado, obstrucción intestinal, estreñimiento y lesiones endoscópicas indicativas: pólipos, ulceraciones, placas y masas posiblemente malignas. Se identificó otro caso con enteropatía perdedora de proteínas y tuberculosis, pero sin relación con este tipo de inmunodeficiencia, en el que se identificó hiperplasia linfoide causante de diarrea, sangrado y prolapso rectal, lo que explicó quizá la evolución del segundo paciente. Los antibióticos (TMP, rifampicina, quinolonas) son eficaces y curativos al eliminar las bacterias intracelulares. El betanecol (que eleva las cifras de cGMP) mejora la actividad bactericida de los lisosomas defectuosos. Sin embargo, la vinculación con otro tipo de entidades determina el pronóstico.

**Conclusiones:** La malacoplaquia intestinal es una enfermedad rara en la que el trabajo de patología es clave para su detección. Si bien la afectación del tracto gastrointestinal es frecuente y los síntomas suelen ser exclusivos de este sistema, se debe extender la búsqueda de otras afecciones, incluidos los errores innatos de la inmunidad, sobre todo en niños.

**Financiamiento:** No se contó con financiamiento.

**Figura 1.** Biopsia colónica: cuerpos de Michaelis Gutmann (flecha azul). (Dom109)



## Dom110

### DIARREA FUNCIONAL EN NIÑOS ENTRE LOS 8 Y 18 AÑOS DE EDAD

D. A. Velasco-Suárez, C. A. Velasco-Benítez, A. Balda, S. Arrizabaló, M. Saps, Grupo Colaborativo: Universidad del Valle, Cali, Colombia; *University of Miami Miller School of Medicine*, Miami, Estados Unidos

**Introducción:** La diarrea funcional (DF) es común en niños pequeños y adultos. En pediatría, los criterios de Roma definen la DF como un trastorno presente en niños menores de cinco años exclusivamente. Sin embargo, en la práctica clínica, los escolares y adolescentes consultan en ocasiones por síntomas que simulan el diagnóstico de diarrea funcional.

**Objetivo:** Evaluar la prevalencia de DF en niños y adolescentes colombianos en edad escolar.

**Material y métodos:** Se realizó un estudio transversal en niños de ocho a 18 años de dos colegios de Colombia. Los niños completaron el Cuestionario para Síntomas Digestivos Pediátrico Roma IV (QPGS-IV) previamente validado

al español para diagnosticar trastornos del eje cerebro-intestino (TECI), de acuerdo con su grupo de edad y las preguntas relacionadas con DF del cuestionario de Roma IV para lactantes y preescolares.

**Resultados:** Después de excluir a los niños con enfermedades orgánicas y síndrome de intestino irritable con diarrea, se incluyó a 981 participantes (mujeres 53,8%, mestizos 52,6%). Hasta 325 de 981 (33,1%) participantes presentaban algún TECI. De estos, 17 (5,2%) niños se diagnosticaron con DF (tres participantes de ocho a 12 años; 14 de 13 a 18 años). El análisis por raza/etnia mostró que ninguno de los niños con DF era indígena.

**Conclusiones:** A pesar de la exclusión de la DF en los criterios de Roma IV para escolares y adolescentes, el 5,2% de ellos de ocho a 18 años cumplió con criterios diagnósticos para DF. Este estudio sugiere que la DF aparece en niños y adolescentes. Si se confirma en futuros estudios, el diagnóstico de DF debe considerarse en futuras ediciones de los criterios de Roma para niños de todas las edades.

**Financiamiento:** No se recibió financiamiento.

## Dom111

### PROCTALGIA FUGAZ EN NIÑOS ENTRE 10 Y 18 AÑOS DE EDAD

D. A. Velasco-Suárez, C. A. Velasco-Benítez, V. Campeón-Cruz, Grupo Colaborativo: Grupo de Investigación Gastrohnp; Universidad del Valle, Cali, Colombia

**Introducción:** En adultos, la proctalgia fugaz forma parte de los trastornos del eje cerebro-intestino (TECI), se calcula que afecta a 4% a 18% de la población general y es más común en mujeres. En niños se desconoce la prevalencia de esta entidad y sus posibles características sociodemográficas.

**Objetivo:** Determinar la prevalencia de proctalgia fugaz en niños de 10 a 18 años de un colegio público de Corozal, Colombia, con base en el Cuestionario para Síntomas Digestivos Pediátricos versión en español (QPGS-IV).

**Material y métodos:** Se utilizó el QPGS-IV para identificar los TECI y, para la proctalgia fugaz, se agregaron algunas preguntas. Debían estar presentes todas las condiciones siguientes: episodios recurrentes de dolor localizados en el recto y sin relación con la defecación al menos una vez al mes, de 1 a 30 minutos de duración, durante dos meses de evolución, y con periodos de normalidad entre los episodios. El análisis estadístico incluyó medidas de tendencia central como promedio, desviación estándar y porcentajes. La consistencia interna de las nuevas preguntas incluidas en el QPGS-IV se calculó tras considerar el alfa de Cronbach ( $\alpha$ ) como muy alto (0,81-1,00), alto (0,61-0,80), moderado (0,41-0,60), bajo (0,21-0,40) y muy bajo (0,01-0,20).

**Resultados:** Ningún niño mostró enfermedad inflamatoria intestinal, abscesos, fisuras, hemorroides o alteraciones estructurales importantes de la zona pélvica. Se incluyó a 265 niños de 10 a 18 años ( $14,4 \pm 2,1$  años, 70,2% adolescentes, 59,6% masculinos, 45,7% mestizos, 16,7% desnutridos, 11,1% alteración de altura) sin estreñimiento funcional (EF) ni incontinencia fecal no retentiva. La prevalencia de presentar algún TECI fue del 28,3% y el EF fue el más frecuente (24,9%). La proctalgia fugaz se identificó mediante el QPGS-IV ( $\alpha = 0,7691$ ) en 4 (1,5%) niños de  $15,8 \pm 0,5$  años, adolescentes ( $n = 4$ ), niñas ( $n = 2$ ), afrodescendientes ( $n = 4$ ), y eutróficos para IMC y talla para la edad ( $n = 4$ ).

**Conclusiones:** Una tercera parte de los escolares y adolescentes presentó algún TECI, en especial EF, y la proctalgia fugaz se reconoció en el 1,5%, por lo que debe considerarse como un TECI, sobre todo en adolescentes eutróficos y afroamericanos.

**Financiamiento:** No se dispuso de ningún financiamiento.

## Dom112

### TRASTORNOS DEL EJE CEREBRO-INTESTINO EN PRE-TÉRMINOS DE UN PROGRAMA CANGURO

D. A. Velasco-Suárez, N. Ávila, C. A. Velasco-Benítez, C. A. Jiménez-Fernández, Grupo Colaborativo: Hospital Universitario del Valle, Universidad del Valle, Cali, Colombia

**Introducción:** Los trastornos del eje cerebro-intestino (TECI) en individuos < 4 años se presentan en el 22,0% y los principales son estreñimiento (EF) (9,0%),

regurgitación (8,0%) y cólico (3,0%). Se desconoce la prevalencia de estos en recién nacidos de pretérmino (RNP) pertenecientes a un programa canguro.

**Objetivo:** Determinar la prevalencia de TECI en pacientes < 36 meses del programa canguro del Hospital Universitario del Valle (HUV) de Cali, Colombia, por medio del Cuestionario para Síntomas Digestivos Pediátricos Roma IV (QPGS-IV) y sus posibles relaciones.

**Material y métodos:** Estudio observacional descriptivo no experimental de tipo prevalencia y de corte transversal realizado en los cuidadores de RNP por medio del QPGS-IV para identificar TECI. Se incluyeron variables sociodemográficas, clínicas, familiares y nutricionales. El análisis estadístico incluyó medidas de tendencia central, análisis univariado y bivariado, con el cálculo de los OR con sus respectivos IC95%, y un valor significativo de  $p < 0,05$ .

**Resultados:** Se analizó a 281 pacientes < 36 meses ( $7,8 \pm 7,8$ ; 78,3% < 12; 50,9% femeninos; 37,4% mestizos; 42,0% RNP superextremos). Mostró algún TECI el 22,8% con el siguiente orden de frecuencia: 10,3% EF; 7,1% regurgitación; 2,1% cólico y disquecia, respectivamente; 0,7% rumiación; y 0,4% diarrea, con coexistencia de TECI en un 3,6%; el más frecuente fue el EF junto con regurgitación (2,1%). Se observó una mayor oportunidad de desarrollar algún TECI en los sujetos de 25 a 36 meses de edad (OR = 5,28; IC95%, 0,58-64,12;  $p = 0,0452$ ) y en los desnutridos según el IMC (OR = 2,26; IC95%, 0,94-5,62;  $p = 0,0044$ ). Para el EF fue mayor la oportunidad en los que recibían alimentación complementaria (OR = 2,84; IC95%, 1,19-7,11;  $p = 0,0087$ ) y sufrían comorbilidades (OR = 2,73; IC95%, 1,08-6,59;  $p = 0,0126$ ; como factores protectores se identificaron la lactancia materna (OR = 0,37; IC95%, 0,15-0,90;  $p = 0,0124$ ) y el seguimiento clínico (OR = 0,3; IC95%, 0,10-0,77;  $p = 0,0058$ ).

**Conclusiones:** Cerca de una cuarta parte de los pacientes < 36 meses con antecedente de ser RNP, pertenecientes al programa canguro del HUV, mostró algún TECI; el más frecuente fue el EF, que se vinculó con los niños de dos a tres años, administración de alimentación complementaria y presencia de comorbilidades; fueron factores protectores la lactancia materna y el seguimiento clínico.

**Financiamiento:** Sin financiamiento.

## Dom113

### EXPLORANDO LA CONEXIÓN ENTRE DISQUECIA INFANTIL Y ESTREÑIMIENTO FUNCIONAL

Q. Veloz-Corona, E. M. Toro-Monjaraz, F. Zárate-Mondragón, R. Cervantes-Bustamante, J. Ramírez-Mayans, K. Ignorosa-Arellano, J. F. Cadenal-León, Instituto Nacional de Pediatría

**Introducción:** Los trastornos gastrointestinales funcionales (TGIF) se definen como un conjunto de síntomas recurrentes o crónicos sin causa aparente que no se explican por anomalías estructurales o bioquímicas. En recién nacidos y niños pequeños, estos síntomas son con frecuencia dependientes de la edad. La disquecia es común en lactantes y se ha investigado de modo insuficiente. Persiste la interrogante: ¿su evolución es uniforme en todos los niños, dado que algunos individuos con este diagnóstico pueden desarrollar estreñimiento más adelante? Por lo tanto, se necesita confirmar o refutar el comportamiento de este síntoma.

**Objetivo:** Observar el conocimiento informado sobre estreñimiento funcional y determinar si existe o no el antecedente de disquecia.

**Material y métodos:** Análisis de la diferencia en la proporción de frecuencia de disquecia en edades tempranas y estreñimiento funcional en edades posteriores en niños de un hospital de tercer nivel de la Ciudad de México. Tipo de estudio: observacional, retrospectivo, longitudinal y analítico. Se seleccionó a 38 pacientes de un hospital de tercer nivel con diagnóstico de estreñimiento funcional y se revisaron sus expedientes clínicos para determinar la presencia o ausencia de un antecedente de disquecia. De igual forma, se incluyó a 38 pacientes de un hospital de tercer nivel sin diagnóstico de estreñimiento funcional y se revisaron sus expedientes clínicos para establecer la presencia o ausencia de un antecedente de disquecia. Criterios de inclusión: pacientes con diagnóstico de estreñimiento funcional del servicio de gastroenterología y nutrición y del servicio de cirugía general y pacientes sin diagnóstico de estreñimiento funcional de otro servicio cualquiera en un hospital de tercer nivel de la Ciudad de México. Criterios de exclusión: pacientes con enfermedades orgánicas del tracto digestivo bajo que tuvieran estreñimiento secundario. La distribución de las variables se evaluó mediante el estadístico de Kolmogorov-Smirnov. Las variables categóricas se compararon mediante el estadístico ji cuadrada. Los datos se analizaron con el programa SPSS.

**Resultados:** El cálculo del riesgo muestra una relación significativa entre estreñimiento y disquecia. Los pacientes con estreñimiento tienen 50% más probabilidad de experimentar este desenlace en comparación con aquellos sin estreñimiento. Una relación de momios (OR) de 1,5 para los pacientes con estreñimiento sugiere que tienen 1,5 veces más probabilidad de mostrar el desenlace estudiado en comparación con los pacientes sin estreñimiento (Tabla 1).

**Conclusiones:** Este estudio confirma una vinculación significativa entre estas dos variables, lo que indica que la disquecia en edades tempranas se relaciona con el desarrollo de estreñimiento funcional en edades posteriores. Por lo tanto, este hallazgo sugiere que la disquecia no tiende a desaparecer con el tiempo.

**Financiamiento:** No se recibió financiamiento de ningún tipo.

**Tabla 1.** Número de pacientes con y sin diagnóstico de estreñimiento y número de pacientes con y sin antecedente de disquecia. (Dom113)

	Sí	No	Total
Sí	29	5	34
No	9	33	42
Total	38	38	76

## Dom114

### ASOCIACIÓN DE NIVELES DE VITAMINA D CON LA ACTIVIDAD DE LA ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL EN PACIENTES PEDIÁTRICOS

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

**Introducción:** Las enfermedades inflamatorias intestinales (EII) como la enfermedad de Crohn (EC) y la colitis ulcerativa (CU) son afecciones crónicas que comprometen al tracto gastrointestinal. La patogenia y las causas no son totalmente claras y se ha planteado que intervienen factores ambientales, genéticos e inmunológicos. Además de lo anterior, los pacientes con EII suelen presentar deficiencias de micronutrientes, como vitamina B<sub>12</sub>, folatos, hierro y en particular vitamina D. Los estudios recientes sugieren un papel importante de la vitamina D en la inmunomodulación y la respuesta a los patógenos; otros han demostrado una relación entre la actividad de la EII y el riesgo de hospitalización y cirugía con los valores disminuidos de vitamina D. Se clasifican como valores suficientes de vitamina D aquellos con un valor > 30 ng/mL, insuficientes de 20 a 30 ng/mL y deficientes < 20 ng/mL.

**Objetivo:** Describir la relación de las cifras de vitamina D con el grado de actividad en los pacientes con EII, tipo de CU, ya que es el diagnóstico más frecuente de esta población.

**Material y métodos:** Se incluyó a un total de 36 pacientes con diagnóstico de EII atendidos en el servicio de gastroenterología del Instituto Nacional de Pediatría en el periodo comprendido entre 2018 y 2024. Del total de pacientes se excluyó a cinco con diagnóstico de EC y se incluyó a 31 con diagnóstico de CU. El tipo de estudio es observacional, descriptivo, transversal y retrospectivo. Las variables analizadas fueron edad, sexo, gravedad del brote (leve, moderado y grave) según la puntuación de PUCAI (*Pediatric ulcerative colitis activity index*) y valores de vitamina D expresados en ng/mL. También se registraron los valores de hemoglobina (Hb), plaquetas, albúmina, velocidad de sedimentación globular (VSG) y proteína C reactiva (PCR), los cuales se han descrito como marcadores de gravedad. La información se recolectó de expedientes clínicos y luego se creó una base de datos en Microsoft Excel y se analizó con medidas de frecuencias, porcentajes, medidas de tendencia

central para valorar la media y coeficiente de Pearson para establecer la relación entre la gravedad del brote y las cifras de vitamina D.

**Resultados:** Del total de 31 pacientes con diagnóstico de CU, se clasificó en brote leve a cuatro pacientes, 75% correspondió al sexo masculino, con una media de edad de 132 meses, y valores de vitamina D promedio de 21,9 ng/mL (insuficiencia). En brote moderado se encontró a 17 pacientes, de los cuales el 53% correspondió al sexo femenino, con una media de edad de 118 meses y cifras de vitamina D promedio de 23,7 ng/mL (insuficiencia). En cuanto al grupo que mostró un brote grave, se identificó a 10 pacientes, 70% del sexo femenino, con una media de edad de 151 meses y valores de vitamina D promedio de 17,5 ng/mL (deficiencia). El valor R del coeficiente de Pearson entre el PUCAI y las cifras de vitamina D fue de -0,68, lo que establece una correlación negativa moderada (cuanto mayor es la puntuación de PUCAI, menor es el valor de vitamina D). El resto de las variables se presenta en la Tabla 1.

**Conclusiones:** En los pacientes con EII es importante tomar en cuenta los valores de vitamina D en el momento del diagnóstico, brote y remisión debido a su relación con el riesgo de brotes más graves, hospitalizaciones y operaciones. En este estudio se observó que los pacientes con brote grave tuvieron cifras más bajas de vitamina D respecto de los brotes moderado y leve. En cuanto a las demás variables, resalta que los pacientes con brote grave mostraron anemia y mayor elevación de VSG y PCR.

**Financiamiento:** No se recibió financiamiento de ningún tipo.

## Dom115

### PREVALENCIA DE LA ENFERMEDAD FIBROESTENÓTICA EN PACIENTES PEDIÁTRICOS CON DIAGNÓSTICO DE ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL

D. E. Álvarez-Cruz, L. P. Bilbao-Chávez, M. Cervantes-Garduño, S. M. Téllez-Salmerón, B. Araiza-Ramírez, V. Álvarez-Banda, M. Sosa-Arce, Hospital General Centro Médico Nacional La Raza, Instituto Mexicano del Seguro Social

**Introducción:** La enfermedad fibroestenótica es una complicación frecuente de la enfermedad inflamatoria intestinal; se caracteriza por inflamación transmural del intestino y afectación segmentaria, asimétrica y variable que causa estenosis y obstrucción de su luz; es resultado de la actividad inflamatoria intestinal recurrente y constante; y es más frecuente en la enfermedad de Crohn que en la colitis ulcerosa. La enfermedad fibroestenótica (EFE) representa una de las complicaciones de la EII con mayor morbimortalidad y de mayor costo, ya que implica el requerimiento de fármacos biológicos, inmunomoduladores, representa un motivo de hospitalizaciones frecuentes y en la mayoría de los casos requiere intervención quirúrgica para su tratamiento. **Objetivo:** Determinar la prevalencia de la enfermedad fibroestenótica en pacientes pediátricos con diagnóstico de enfermedad inflamatoria intestinal. **Material y métodos:** Estudio retrospectivo observacional, descriptivo, transversal y unicéntrico; se utilizaron los expedientes físicos y electrónicos de los pacientes pediátricos con diagnóstico de enfermedad inflamatoria intestinal (1 mes a 17 años y 11 meses de edad), atendidos en un hospital de tercer nivel de enero de 2013 a enero de 2023. Se calcularon medianas, rango intercuartílico y prueba U de Mann-Whitney para variables cuantitativas. Para variables cualitativas se calcularon frecuencia, porcentajes, ji cuadrada, prueba exacta de Fisher y ji cuadrada con asociación lineal por lineal. Estudio sin riesgo.

**Resultados:** Se incluyó a 45 expedientes de pacientes pediátricos con EII, 25 del sexo masculino (55,6%), y la mediana de edad al diagnóstico en meses fue de 147 (RIC 73-178,5). El tipo de enfermedad inflamatoria intestinal más frecuente fue la colitis ulcerosa en 57,8%, seguida de la enfermedad de Crohn en 33,3% (n = 15); del total de pacientes pediátricos, 12 (26,7%)

**Tabla 1.** (Dom114)

PUCAI (n = 31)	Vitamina D (ng/mL)	Hb (g/dL)	Plaquetas(10 <sup>3</sup> u/L)	Albúmina (g/dL)	VSG (g/dL)	PCR (mg/dL)
Leve (4)	21,9 (5,5-59)	11,7 (8,7-13,8)	309 000 (213-359 000)	3,9 (3-4,5)	0,9 (9-50)	25,5 (0,3-2,8)
Moderado (17)	23,7 (14,9-43)	12,1 (4,6-15,5)	417 000 (65-803 000)	3,7 (1,7-4,8)	1,7 (5-68)	23,8 (0,2 -19,1)
Grave (10)	17,5 (7,2-37,2)	10,5 (6,4-17,6)	380 000 (43-832 000)	3,5 (1,7-4,3)	3,4 (3-54)	28,9 (0,3-15,5)

Fuente: base de datos de los investigadores.



tuvieron edad de presentación de inicio muy temprano. La prevalencia de enfermedad fibroestenótica en niños con EII fue de 15, 6% (n = 7). Del grupo de pacientes con enfermedad fibroestenótica, el diagnóstico se estableció por procedimiento endoscópico en 6 (85,5%) pacientes y en uno por laparotomía exploradora. La mediana de tiempo transcurrido desde el momento del diagnóstico al desarrollo de enfermedad fibroestenótica fue de 10 meses. Al comparar los grupos de pacientes pediátricos con EII, conforme a la presencia de enfermedad fibroestenótica, se observó una diferencia entre los grupos con respecto al tipo de enfermedad inflamatoria intestinal y la más frecuente fue la EFE en la enfermedad de Crohn (p = 0,033), en aquellos con mayor tiempo transcurrido en meses desde el diagnóstico de la EII (p = 0,000) y los niños con mayor puntuación del índice de actividad de la EII por PUCAI o PCDAI (p = 0,000). (Tabla 1).

**Conclusiones:** La prevalencia de enfermedad fibroestenótica en niños con EII fue del 15,6%. La enfermedad fibroestenótica fue más frecuente en niños con enfermedad de Crohn, en pacientes con mayor duración en meses de la enfermedad inflamatoria intestinal y en aquellos con mayor puntuación de actividad por PUCAI o PCDAI.

**Financiamiento:** No se recibió financiamiento de ningún tipo.

Tabla 1. (Dom115)

Variable	Enfermedad fibroestenótica		Valor de p
	Sí n = 7	No n = 38	
Sexo masculino <sup>a</sup>	5 (71,4)	20 (52,6)	0,437
Edad al diagnóstico (meses) <sup>b</sup>	96 (84-186)	148 (81,5-186,25)	0,221
Tipo de enfermedad inflamatoria <sup>c</sup>			
● Colitis ulcerosa	0	26 (100)	
● Enfermedad de Crohn	7 (46,7)	8 (12,7)	0,033
● Colitis indeterminada	0	4 (100)	
Enfermedad inflamatoria intestinal de inicio muy temprano (< 6 años) <sup>a</sup>	3 (42,9)	9 (23,7)	0,362
Tiempo transcurrido del diagnóstico al desarrollo de enfermedad fibroestenótica (meses) <sup>b</sup>	10 (0-56)	0	0,016
Índice de actividad de la enfermedad (PUCAI o PCDAI) <sup>b</sup>	20 (10-35)	0	0,000

<sup>a</sup>Los valores se presentan como frecuencias y porcentajes; ji cuadrada y prueba exacta de Fisher.

<sup>b</sup>Los valores se expresan como mediana y rango intercuartílico; prueba U de Mann-Whitney.

<sup>c</sup>Los valores se presentan como frecuencias y porcentajes; ji cuadrada y asociación lineal por lineal.

biológico como una opción que permite resultados óptimos para el paciente y se ha vinculado con la reducción de la tasa de resección quirúrgica. Se han aceptado dos agentes biológicos para pacientes pediátricos con EII, infliximab y adalimumab, ambos anticuerpos monoclonales contra el TNF- $\alpha$ . Son eficaces en la inducción y el mantenimiento de la remisión en la EII, con tasas de respuesta primaria de 40% a 70%.

**Objetivo:** Conocer las características clínicas de los pacientes pediátricos con enfermedad inflamatoria intestinal que recibieron tratamiento biológico en un hospital de tercer nivel.

**Materiales y métodos:** Es un estudio descriptivo, observacional y retrospectivo; se incluyó a pacientes adscritos a la unidad médica de alta especialidad del Hospital de Pediatría Siglo XXI. Se creó una base de datos de pacientes con diagnóstico endoscópico e histológico de enfermedad inflamatoria intestinal que recibieron tratamiento biológico con infliximab o adalimumab en el periodo comprendido entre el 1 de enero de 2017 y el 31 de diciembre de 2023. La información obtenida se concentró en una hoja de datos del programa Microsoft Excel y al finalizar se realizó el análisis estadístico.

**Resultados:** En el periodo de tiempo establecido se registró un total de 14 pacientes que recibieron tratamiento biológico, 8 (57%) del sexo masculino y 6 (43%) del femenino, 10 (71%) con diagnóstico de colitis ulcerosa y 4 (29%) con enfermedad de Crohn. Del total de pacientes, cinco se clasificaron como enfermedad inflamatoria intestinal de inicio temprano. El estado nutricional de los pacientes fue normal en 36%, desnutrición en 43% y obesidad en 21%. La principal causa para indicar el tratamiento biológico fue la resistencia a los corticoides en 57% y en segundo lugar la dependencia de ellos en 43%. El grado de actividad clínica al inicio del tratamiento biológico fue leve en 7% de los casos, moderado en 36% y grave en 43% y se informó la ausencia de actividad en el 14%. El grado de actividad seis semanas después del inicio del tratamiento biológico fue leve en 29% de los pacientes, sin pacientes con actividad moderada o grave y remisión documentada en 71%. El medicamento biológico más utilizado fue el infliximab (93%). A las seis semanas de tratamiento se logró la suspensión del esteroide en dos pacientes (14%). Dos sujetos tuvieron efectos adversos con el infliximab, uno con neutropenia moderada, sin necesidad de suspender el agente biológico, y el segundo con síndrome de liberación de citocinas.

**Conclusiones:** El tratamiento biológico fue más común en pacientes del sexo masculino y el diagnóstico más frecuente fue el de colitis ulcerosa. El diagnóstico nutricional más común fue la desnutrición y la principal indicación para iniciar tratamiento biológico fue la resistencia a los corticoides. El fármaco biológico más prescrito fue el infliximab. Se logró remisión de la enfermedad en 71% de los pacientes seis semanas después del control biológico. Los anticuerpos monoclonales contra el TNF- $\alpha$  son una opción terapéutica excelente para la atención de la enfermedad inflamatoria en la edad pediátrica, con una tasa de efectos adversos baja.

**Financiamiento:** No se requirió financiamiento.

## Dom117

### MANIFESTACIONES EXTRAINTESTINALES Y GRAVEDAD DE LA ENFERMEDAD EN PACIENTES PEDIÁTRICOS CON ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL

C. U. Amaro-Reynoso, R. Vázquez-Frias, A. A. Carrillo-Gutiérrez, Hospital Infantil de México

**Introducción:** Se ha descrito de forma amplia que la población pediátrica, al inicio de la enfermedad inflamatoria intestinal (EII), sufre un compromiso más extenso en comparación con la población adulta, con una progresión rápida en los primeros años, así como una mayor tendencia a complicarse. Sin embargo, existe escasa evidencia que postule la relación entre las manifestaciones extraintestinales y la gravedad de la enfermedad; las más representativas son las observaciones de Jansson *et al.* Estos clínicos identificaron en dichos pacientes una mayor necesidad de iniciar tratamiento biológico, la transición a los inmunosupresores y la necesidad de practicar intervenciones quirúrgicas. Todo lo anterior apoya la necesidad de contar con más información en las publicaciones médicas que permita establecer directrices terapéuticas tempranas y eficaces con el objetivo de prevenir la progresión de la EII pediátrica y sus importantes consecuencias.

**Objetivo:** Determinar la posible relación entre las manifestaciones extraintestinales y la gravedad de la enfermedad en pacientes pediátricos con enfermedad inflamatoria intestinal en una unidad de tercer nivel. De modo

## Dom116

### CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS DE PACIENTES PEDIÁTRICOS CON ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL QUE RECIBIERON TERAPIA BIOLÓGICA EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL

A. Rojo-Rosales, K. Miranda-Barbachano, D. Espinosa-Saavedra, UMAE Hospital de Pediatría, Centro Médico Siglo XXI

**Introducción:** La enfermedad inflamatoria intestinal es un trastorno crónico y recidivante que incluye a la colitis ulcerosa, la enfermedad de Crohn y la enfermedad inflamatoria intestinal indeterminada. Los objetivos terapéuticos en la enfermedad inflamatoria intestinal pediátrica son inducir y mantener la remisión clínica, lograr la cicatrización de la mucosa y mejorar la calidad de vida, además de reducir al mínimo los efectos adversos de los fármacos. El control de la enfermedad es fundamental para prevenir retrasos en el desarrollo, el crecimiento y la pubertad. En la última década, el enfoque terapéutico en la EII moderada a grave considera el tratamiento



específico, describir la frecuencia de manifestaciones extraintestinales de la EI al momento del diagnóstico y a un año de seguimiento; y comparar la proporción de pacientes con enfermedad inflamatoria intestinal con manifestaciones extraintestinales y su gravedad.

**Material y métodos:** Estudio observacional, retrolectivo, retrospectivo y transversal analítico realizado entre enero de 2021 y diciembre de 2023. Criterios de inclusión: pacientes que tuvieran 0 a < 18 años con diagnóstico de cualquiera de las variedades de la enfermedad inflamatoria intestinal. Plan de análisis: se calcularon medidas de estadística descriptiva, con uso de frecuencias y proporciones para las variables cualitativas, así como medidas de tendencia central y dispersión para las variables cuantitativas. Con el objetivo de comparar proporciones entre grupos se condujo un análisis bivariado con prueba exacta de Fisher.

**Resultados:** Se incluyeron 38 casos, de los cuales el 84% (n = 32) correspondió a colitis ulcerativa y 15,69% (n = 6) a enfermedad de Crohn. El 66% de los pacientes era del sexo femenino y 34% del masculino. La mediana de edad al momento del diagnóstico de la enfermedad inflamatoria intestinal fue de 112 meses; la mediana de la enfermedad de Crohn fue de 131,5 meses (105-185) y la de la colitis ulcerativa de 107,5 meses (75-147,5). Se identificaron manifestaciones extraintestinales durante todo el curso de la enfermedad en pacientes con enfermedad inflamatoria intestinal hasta en 44% durante su seguimiento (estaban presentes en 31% al momento del diagnóstico). Al correlacionar los síntomas de la enfermedad de Crohn y la CUCI con la gravedad de esta se observó que en la totalidad de los pacientes con mayor gravedad había manifestaciones extraintestinales. En el análisis bivariado, la artritis mostró un nexo con brotes moderados/graves (n = 9, 25%, p = 0,039). El resto de las manifestaciones extraintestinales no mostró significancia estadística (Tabla 1).

**Conclusiones:** Alrededor de un tercio de los pacientes estudiados sufrió manifestaciones extraintestinales al momento del diagnóstico, con un incremento de la frecuencia de estas en el seguimiento a un año. Las manifestaciones extraintestinales en la enfermedad inflamatoria intestinal son más comunes en el sexo femenino. Existe una relación entre el incremento de estas y la gravedad de la enfermedad; la artropatía periférica es la más frecuente.

**Financiamiento:** No se recibió financiamiento.

**Tabla 1.** Manifestaciones extraintestinales y gravedad de la enfermedad. (Dom117)

Manifestaciones extraintestinales	Brote leve (1)	Brote moderado/grave (3/4)	p
Artritis	n = 0	n = 9 (25%)	0,039
Uveítis	0	1 (2,68%)	1
Colangitis esclerosante	0	3 (8,33%)	0,545
Hepatitis autoinmunitaria	0	2 (5,56%)	1
Estomatitis aftosa	0	1 (2,78%)	1
Pioderma gangrenoso	0	1 (2,78%)	1
Eritema nodoso	0	1 (2,78%)	1
Hidrosadenitis supurativa	0	0	
Psoriasis	0	0	
Osteoporosis/osteopenia	0	1 (2,78%)	1
Nefrolitiasis	0	0	
Colelitiasis	0	1 (2,78%)	
Pancreatitis	0	1 (2,78%)	1

## Dom118

### ENFERMEDAD DE CROHN; USO DE USTEKINUMAB (UST) VS. ANTI-TNF EN HOSPITAL CENTRAL SUR DE ALTA ESPECIALIDAD, PETRÓLEOS MEXICANOS

C. Maldonado-Rivera, D. Parada-Gutiérrez, J. López-Díaz, Hospital Central Sur de Alta Especialidad, PEMEX

**Introducción:** La enfermedad de Crohn (EC) es una afección inflamatoria que inicia distalmente en el colon y se extiende en sentido proximal de acuerdo con su gravedad. Las estrategias terapéuticas apuntan a modificar el curso clínico y evitar la evolución a fenotipos penetrantes. Las conductas terapéuticas incluyen tratamiento biológico, como agentes anti-TNF; antiintegrinas y anti-IL12/23, (molécula efectiva en pacientes con fracaso terapéutico).

**Objetivo:** Comparar el uso y el desenlace clínico en pacientes pediátricos con el fármaco anti-il12/23 en comparación con otros fármacos.

**Informe de casos:**

**Caso 1:** Paciente femenina de 16 años que inicia el trastorno en enero de 2021 con rectorragia y dolor abdominal posprandial, con diagnóstico de hemorroides y bajo medidas higiénicas y dietéticas. Sufre recurrencia en agosto de 2021 con dolor de intensidad 9/10 y hematoquecia, más anemia microcítica hipocrómica documentada. En diciembre 2021 se halla en segundo nivel y se realizan colonoscopia y toma de biopsias; se establece el diagnóstico de EC. El cuadro es tórpido y se indican cinco dosis de infliximab sin adecuado control de la enfermedad, con posterior administración de anti-IL-12/23 que produce mejoría clínica.

**Caso 2:** Paciente femenina finada a los 14 años, diagnosticada al año de edad con evacuaciones diarreicas y tratada con antibióticos y analgésicos no esteroideos. En septiembre 2006 muestra un cuadro de sangrado del tubo digestivo y se la interna para su estudio y atención. La endoscopia revela úlceras en el tubo digestivo y se trata para colitis pseudomembranosa. Tras la recurrencia se la transfiere a tercer nivel; la panendoscopia delinea varices en esófago, estómago y duodeno, así como enfermedad inflamatoria con actividad moderada; se inician sulfasalazina y prednisona. Con el diagnóstico de enfermedad venooclusiva hepática experimenta complicaciones y sucumbe en 2020.

**Caso 3:** Paciente masculino que muere a los tres años, tras diagnóstico al año de edad e inicio de evacuaciones disminuidas de consistencia con moco y sangre. En octubre de 2009, la panendoscopia establece el diagnóstico de pancolitis grave, por lo que se indican mesalazina y prednisona por un año, más adición posterior de azatioprina; se presentan cuadros de sangrado del tubo digestivo, tratados en la consulta externa. Hay perforación del colon (17/8/2011) hasta el recto donde se practicaron colectomía e ileostomía, y las complicaciones precipitan el fallecimiento del paciente.

**Caso 4:** Paciente femenina de 15 años que inicia cuadro con náusea, vómito, dispepsia y dolor en la región epigástrica de larga duración. Hay dolor incapacitante posprandial inmediato y pérdida de peso. La tomografía de abdomen y endoscopia revelan esofagitis por reflujo grado I, pangastritis crónica, biopsias del antro y duodenitis, además de colonoscopia con toma de biopsias de íleon que llevan al diagnóstico de EC; se inicia tratamiento con azatioprina y prednisona.

**Discusión:** El UST es una modalidad biológica común de segunda y tercera líneas para la EC pediátrica. Las publicaciones internacionales sugieren que es eficaz y seguro en pacientes resistentes o con actividad crónica. Posee tasas de remisión similares en pacientes tratados con UST, lo que sugiere efectividad comparable a la del anti-TNF. En este estudio se encontró una mejor evolución tras su administración en comparación con el uso de anti-TNF y esteroides; sin embargo, el resto experimentó un desenlace letal por las complicaciones.

**Conclusiones:** El UST es un anticuerpo monoclonal que ha demostrado eficacia en estudios clínicos de fase 3 y representa una opción terapéutica en pacientes con EC.

**Financiamiento:** Sin financiamiento de ningún tipo.

## Dom119

### FACTORES DE RIESGO PARA DESARROLLAR PANCREATITIS AGUDA RECURRENTE Y PANCREATITIS CRÓNICA EN NIÑOS - EXPERIENCIA DE UN CENTRO DE TERCER NIVEL

Y. Rivera-Suazo, J. E. Alfaro-Bolaños, M. S. Gallardo-Luna, A. Quesada-Tortorello, Centro Médico Nacional 20 de Noviembre, ISSSTE

**Introducción:** En niños existen diferentes factores que predisponen a los episodios de pancreatitis aguda recurrente (PAR) y pancreatitis crónica (PC), entre ellos los genéticos, obstructivos, traumáticos, infecciosos y metabólicos.

**Objetivo:** Describir el perfil etiológico de pacientes pediátricos con PAR y PC, tras considerar el incremento de la incidencia de estas anomalías en el país.

**Material y métodos:** Se realizó un estudio retrospectivo que incluyó a niños con diagnóstico de PAR y PC durante un periodo de 10 años (2013-2024). Se analizaron variables demográficas, factores de riesgo y tratamiento.

**Resultados:** En la cohorte participaron 22 niños, 11 con PAR y 11 con PC, diagnosticados de acuerdo con la definición INSPPIRE. La media de edad al diagnóstico fue de 11,3 años, con 54,5% de pacientes femeninos y una media de episodios de pancreatitis de 7,9. La presentación clínica más frecuente fue el dolor abdominal con vómito en 68% (15/22), dolor abdominal aislado en 22,7% (5/22), y dolor abdominal, vómito, fiebre con ictericia en un paciente (quiste del colédoco tipo IV). Los factores de riesgo identificados en el subgrupo de PAR fueron: idiopático (54,5%), litiasis (45,4%), malformaciones pancreáticas (9%, p. ej., mala unión pancreaticobiliar), y factores de riesgo diversos, como litiasis + mala unión pancreaticobiliar (9%). Los factores de riesgo identificados en el subgrupo de PC fueron: idiopático (36,3%), litiasis (36,3%), dislipidemia (9%), genético (9%, PRSS1) y obstructivo (18,1%, mala unión pancreaticobiliar + disfunción del esfínter de Oddi); el 18,1% tuvo factores de riesgo diversos (microlitiasis + hipertrigliceridemia y litiasis + unión pancreaticobiliar). Se realizó colecistectomía en 7 (31,8%) pacientes, esfinterectomía en 4 (18,1%) y colocación de prótesis en 3 (13,6%). Se realizó panel genético solo en un paciente.

**Conclusiones:** En el 45,4% de los casos, la causa es idiopática. Se requieren esfuerzos para identificar los factores de riesgo en todos los pacientes. A pesar de que la PAR y la PC en niños muestran un aumento, este hospital no cuenta con panel genético en el abordaje diagnóstico de la pancreatitis.

**Financiamiento:** Este trabajo no recibió ningún tipo de financiamiento.

## Dom120

### DIAGNÓSTICO Y SEGUIMIENTO DE NIÑOS CON PANCREATITIS HEREDITARIA EN EL HOSPITAL REGIONAL DE ALTA ESPECIALIDAD DEL BAJÍO (HRAEB)

M. Enríquez-Mireles, J. C. Guerra-Godínez, R. I. Alcántara-García, M. I. Nor-méndez-Martínez, V. Polo-Velásquez, Hospital Regional de Alta Especialidad del Bajío

**Introducción:** La pancreatitis hereditaria (PH) es una entidad infrecuente en pediatría, con una prevalencia mundial de 0,3 por 100 000 personas; las cifras son difíciles de calcular en virtud de las escasas pruebas genéticas realizadas fuera de centros especializados. En clínica, la PH se caracteriza por episodios recurrentes de pancreatitis aguda (PA) a edades tempranas, manifestados por al menos dos de los siguientes: dolor abdominal, alteraciones bioquímicas (elevación de lipasa o amilasa) y alteraciones estructurales del páncreas o estructuras adyacentes identificadas en estudios de imagen. Dado que se presenta de manera similar a otras causas de pancreatitis, una historia familiar positiva o un aislamiento de una mutación genética son vitales para su identificación. Se sugieren las pruebas genéticas para reconocer variantes patológicas relacionadas en los pacientes pediátricos con pancreatitis documentada sin causa definida, pancreatitis aguda recurrente sin causa identificable (dos o más episodios de pancreatitis aguda, con resolución clínica y anatómica completa entre cada episodio), antecedentes familiares de pancreatitis crónica idiopática o mutación genética conocida. Los genes referidos más a menudo son *PRSS1*, *SPINK1*, *CFTR* y *CTRC*. Es muy importante el diagnóstico para evitar la aparición prematura de complicaciones, como la pancreatitis crónica (síntomas consistentes con insuficiencia pancreática exocrina o endocrina, con evidencia de daño pancreático crónico en las imágenes) y adenocarcinoma de páncreas.

**Objetivo:** Describir seis casos de pancreatitis hereditaria en pacientes pediátricos diagnosticados en un hospital de tercer nivel.

**Informe de casos:** Se describen seis casos de pacientes pediátricos enviados a un tercer nivel de atención por episodios de pancreatitis aguda recurrente. Dentro del protocolo de atención se descartaron otras causas y fueron elegibles para realizar pruebas genéticas e identificar las variantes patológicas. Se describen en la **Tabla 1**.

**Discusión:** Al igual que lo establecido en las publicaciones, en la serie de casos presentados el principal gen alterado fue *PRSS1*. No hubo predominio de sexo en los resultados, a pesar de que existe un ligero predominio del género femenino; sin embargo, el primer episodio de pancreatitis aguda se presenta en este género a más temprana edad, como también lo indica la bibliografía. Es común el antecedente familiar de pancreatitis hereditaria, si bien no se identificó en ninguno de estos. El tiempo promedio para el

desarrollo de pancreatitis crónica es de 3,7 años tras el diagnóstico. En este hospital, el diagnóstico se estableció 4,3 años después del primer episodio de pancreatitis aguda, cuando todos tenían ya pancreatitis crónica a expensas de insuficiencia pancreática exocrina.

**Conclusiones:** El diagnóstico oportuno de pancreatitis hereditaria es un reto; un diagnóstico oportuno ayuda a retrasar la aparición de las complicaciones. Debe sospecharse sobre todo en los pacientes pediátricos con pancreatitis recurrente sin causa definida. El tratamiento debe ser multidisciplinario con el objetivo de evitar los desencadenantes y retrasar la aparición de las complicaciones.

**Financiamiento:** No se dispuso de financiamiento.

**Tabla 1.** Principales características clínicas y su frecuencia de aparición. (Dom120)

Variable	n = 6 (100%)			
Sexo (F, M)	3, 3			
Edad al momento del primer episodio de PA (promedio en años)	9,8			
Edad promedio al diagnóstico (años)	14,1			
Número de episodios promedio de pancreatitis aguda antes del diagnóstico	5			
Tiempo en diagnosticarse desde el primer cuadro de pancreatitis aguda (promedio en años)	4,3			
Presencia de insuficiencia pancreática				
Endocrina	0			
Exocrina	6			
Antecedentes heredofamiliares	0			
Coordenada genómica				
<i>PRSS1</i> <sup>1</sup>	3			
	Cigotidad	Coordenada de la variante	Cambio de aminoácido	Clasificación
1	Heterocigoto	NM_002769.5: c.617G>C	p. Cys206Ser	Posible patogénica
2	Heterocigoto	NM_002769.5: c.547A>G	p. Met183Val	Patogénica
3	Heterocigoto	NM_002769.5: c.47C>T	p. Ala16Val	Posible patogénica
<i>SPINK1</i> <sup>2</sup>	1			
	Cigotidad	Coordenada de la variante	Cambio de aminoácido	Clasificación
1	Heterocigoto	NM_001379610.1: c.101A>G	p. Asn34Ser	Alelo de riesgo
<i>CFTR</i> <sup>3</sup>	1			
	Cigotidad	Cambio nucleótido	Cambio de aminoácido	Clasificación
1	Heterocigoto	NM_000492.4: 1521_1523del	p.Phe508del	Patogénica
<i>CTRC</i> <sup>4</sup>	1			
	Cigotidad	Cambio nucleótido	Cambio de aminoácido	Categorización
1	Heterocigoto	NM_007272.3: c.533A>G	p.Gln178Arg	Patogénica

<sup>1</sup>Gen del tripsinógeno catiónico.

<sup>2</sup>Gen inhibidor de la serina proteasa Kazal tipo 1.

<sup>3</sup>Gen regulador de la conductancia transmembranal de la fibrosis quística.

<sup>4</sup>Gen de quimiotripsina C.

## Dom121

### PANCREATITIS CRÓNICA RECIDIVANTE IDIOPÁTICA EN PACIENTES PEDIÁTRICOS, SERIE DE CASOS EN EL HC-SAE PEMEX

C. Maldonado-Rivera, A. K. Camacho-Trujillo, K. Paz-Velázquez, Hospital Central Sur de Alta Especialidad, PEMEX

**Introducción:** La pancreatitis crónica recidivante en pediatría es rara pero significativa, con episodios repetidos de inflamación pancreática, exacerbaciones agudas y valores elevados de enzimas pancreáticas, todo lo cual complica el diagnóstico y empeora el pronóstico. Las causas incluyen factores anatómicos, traumatismos, infecciones, medicamentos, genética, autoinmunidad, desequilibrios metabólicos u obstrucción mecánica, aunque también puede ser idiopática.

**Objetivo:** Estudiar la pancreatitis crónica recidivante en pacientes pediátricos.

#### Informe de casos:

**Caso 1:** Paciente femenina de seis años con antecedente de infección en 2022 por síndrome multisistémico pediátrico y pancreatitis adjunta. Recidiva en 2023 tras ingestión copiosa, con dolor epigástrico, vómito, náusea, astenia y adinamia; los estudios paraclínicos registran valores elevados de amilasa y lipasa, y perfil lipídico normal. Se inicia tratamiento inmunológico con valores de anticuerpos ANCA, anti-Smith, anti-DNA, antimieloperoxidasa e inmunoglobulinas séricas con resultados normales; sin alteración en los genes *CFTR*, *PRSS1*, *CASR*, *CPA1*, *SPINK1* y *CTRC* y prueba de electrólitos en sudor negativa; se concluye una causa idiopática.

**Caso 2:** Paciente masculino de 16 años con antecedentes familiares de hipercolesterolemia. Antecedente de pancreatitis desde los tres años y sospecha descartada de tirosinemia. Persiste después con valores de enzimas pancreáticas elevadas y dolor abdominal tipo cólico intermitente y aparición hasta el momento de siete recidivas. La tomografía delinea páncreas con edema intersticial y la colangiografía muestra escaso líquido peripancreático sin alteraciones anatómicas. Se cuantifican electrólitos en sudor (negativos), perfil lipídico (normal), anticuerpos ANA, anti-DNA, antimúsculo liso, anti-LKM e inmunoglobulinas (normales) y elastasa fecal con signos de insuficiencia pancreática; se confirma el diagnóstico de pancreatitis crónica. Se esperan en este momento los resultados del estudio genético.

**Caso 3:** Paciente masculino de 17 años, previamente sano; muestra cuadros repetidos de dolor abdominal tipo cólico en epigastrio e hipocondrio derecho. Ha sufrido dos hospitalizaciones por pancreatitis crónica en 2011 y 2019, con informe ultrasonográfico de microcalcificaciones pancreáticas, sin datos de obstrucción, valores elevados de enzimas pancreáticas y cifras de HbA1C normales; se descarta insuficiencia pancreática. El estudio genético valora los genes *PRSS1*, *SPINK*, *CFTR* y *NPC* para variaciones en los ésteres de colesterol, todos sin alteraciones; anticuerpos antinucleares, anti-DNA, anti-Smith e inmunoglobulinas séricas dentro de parámetros normales. Permanece el diagnóstico de pancreatitis crónica recidivante de causa idiopática.

**Discusión:** El diagnóstico de pancreatitis crónica recidivante es complejo debido a su cuadro clínico inespecífico con fluctuaciones en los valores de enzimas pancreáticas, los cuales pueden no elevarse entre crisis e incluso durante el episodio de inflamación aguda, explicado por la destrucción glandular observada a lo largo del tiempo. Es esencial establecer un diagnóstico adecuado y descartar otras causas mediante pruebas complementarias; sin embargo, el 33% de los casos es idiopático.

**Conclusiones:** La pancreatitis crónica recidivante debe considerarse en el diagnóstico diferencial ante dolor abdominal recurrente con valores alterados de enzimas pancreáticas con la finalidad de prevenir la insuficiencia pancreática.

**Financiamiento:** No se contó con financiamiento.

## Dom122

### PANCREATITIS AGUDA RECURRENTE Y CRÓNICA: RELACIÓN ENTRE EL NÚMERO DE EPISODIOS Y LOS RESULTADOS A LARGO PLAZO EN UN HOSPITAL TERCIARIO

J. E. Alfaro-Bolaños, Y. Rivera-Suazo, A. I. Quesada-Tortoriello, M. S. Gallardo-Luna, Centro Médico Nacional 20 de Noviembre, ISSSTE

**Introducción:** La pancreatitis aguda recurrente y crónica en pacientes pediátricos es una anomalía médica de considerable preocupación debido a sus potenciales complicaciones y la capacidad de desarrollar pancreatitis crónica a largo plazo. La identificación de factores predictivos y la comprensión de las relaciones entre la frecuencia de los episodios de pancreatitis y los resultados a largo plazo son vitales para mejorar las estrategias de atención y tratamiento en este grupo vulnerable de pacientes.

**Objetivo:** Determinar la relación entre el número de episodios de pancreatitis aguda recurrente y crónica en pacientes pediátricos desde 2014 hasta junio de 2024 y los resultados a largo plazo mediante un estudio observacional retrospectivo.

**Material y métodos:** Se analizaron retrospectivamente los registros de 20 pacientes pediátricos con pancreatitis aguda recurrente y crónica. Después se evaluaron la frecuencia de episodios, las complicaciones, los tratamientos y los resultados a largo plazo mediante estadísticas descriptivas y análisis de regresión logística para calcular la relación de momios.

**Resultados:** El 50% de los pacientes tuvo más de tres episodios. Los pacientes con más de tres episodios sufrieron estenosis del conducto pancreático (60%) y pancreatitis crónica (40%). El riesgo de desarrollar pancreatitis crónica fue significativamente mayor en los pacientes con alta recurrencia (OR 4,5;  $p = 0,303$ ), lo que significa que los pacientes con más de tres episodios de pancreatitis tienen 4,5 veces más probabilidades de desarrollar complicaciones en comparación con aquellos con menos episodios. Los pacientes masculinos representaron el 60% de los casos y el 70% de las complicaciones graves. Las pacientes femeninas correspondieron al 40% de los casos y al 30% de las complicaciones graves.

**Conclusiones:** La recurrencia elevada de episodios de pancreatitis (más de tres) en niños está significativamente vinculada con complicaciones y el desarrollo de pancreatitis crónica. Sin embargo, el valor  $p$  de 0,303 indica que esto no es estadísticamente significativo, lo que puede deberse al tamaño reducido de la muestra, pero debe considerarse para futuros estudios. Además, es crucial instituir un tratamiento temprano y radical en estos pacientes para mejorar los resultados a largo plazo y reducir las complicaciones.

**Financiamiento:** Sin financiamiento.

## Dom123

### CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS DE LOS PACIENTES CON PANCREATITIS AGUDA EN HOSPITAL DE TERCER NIVEL. EXPERIENCIA DE 10 AÑOS

C. A. González-Heredia, A. Y. Martínez-Vázquez, L. Gordillo-Rodríguez, Hospital para el Niño Poblano

**Introducción:** La pancreatitis aguda es una alteración que se presenta de manera infrecuente en la población pediátrica. Sin embargo, la incidencia ha ido en aumento en los últimos años, con 1 a 13 casos por cada 1 000 000 habitantes cada año. Se ha notificado que alrededor de 25% a 30% de los pacientes hospitalizados desarrollan complicaciones sistémicas o locales.

**Objetivo:** Describir las características clínicas de los pacientes con diagnóstico de pancreatitis aguda.

**Material y métodos:** Se incluyó a pacientes de 0 a 17 años y 11 meses con diagnóstico de pancreatitis aguda en el expediente clínico digital del Hospital para el Niño Poblano en el periodo comprendido entre el 1 de enero de 2014 y el 1 de enero de 2024. El estudio fue descriptivo, retrospectivo y transversal. Los criterios de exclusión fueron pacientes con pancreatitis recurrente o crónica, sujetos que no cumplieran con criterios diagnósticos, e individuos que no contaran con el expediente clínico completo.

**Resultados:** Se obtuvo un total de 196 pacientes, de los cuales se excluyó a 43 para un total de muestra de 143 pacientes. La edad media de presentación fue de 10 años con desviación estándar de 8 años y no se encontró predominio de sexo (masculino 49% y femenino 51%); el grupo etario más afectado fue el de los adolescentes (44,7%), seguido de los escolares (33,5%); los pacientes eutróficos (77%) fueron los más afectados. En cuanto a las causas, se encontró que las más comunes fueron la traumática (22,3%), farmacológica (19,5%) y enfermedad sistémica (18,1%) (Figura 1). La mayoría de los cuadros se consideró (de acuerdo con la clasificación de NASPGHAN) como grave (37%). En cuanto a las complicaciones tempranas (es decir, las que se presentan en las primeras cuatro semanas), 30 (20,9%) pacientes presentaron complicaciones locales (necrosis pancreática o colección aguda

peripancreática), de los que seis requirieron tratamiento quirúrgico, y 96 pacientes (67,1%) mostraron complicaciones sistémicas (pulmonares, cardíacas, metabólicas o renales). Se registró un total de 10 defunciones en 10 años y la causa más frecuente fue la enfermedad sistémica (60%).

**Conclusiones:** La pancreatitis aguda es una enfermedad poco reconocida en los pacientes pediátricos debido a que se considera infrecuente; sin embargo, en los últimos años se ha observado un aumento de su incidencia. En las publicaciones médicas se ha mencionado que existe una gran diferencia en términos etiológicos de la pancreatitis aguda en pacientes asiáticos y occidentales, y también en el grupo etario. De acuerdo con el Consenso de la Asociación Mexicana de Gastroenterología (2023), las causas más frecuentes en este país son la biliar y la idiopática; no obstante, en esta institución las dos causas más comunes fueron la traumática y la farmacológica, sin predominio de género, y el grupo etario más afectado fue el de los adolescentes. En México son escasos los estudios sobre las características epidemiológicas de los pacientes con diagnóstico de pancreatitis aguda y es necesario el desarrollo de una escala que ayude a predecir el riesgo de desarrollar pancreatitis grave en pediatría, ya que las utilizadas en la población adulta no pueden usarse en estos pacientes.

**Financiamiento:** No se recibió financiamiento de ningún tipo.

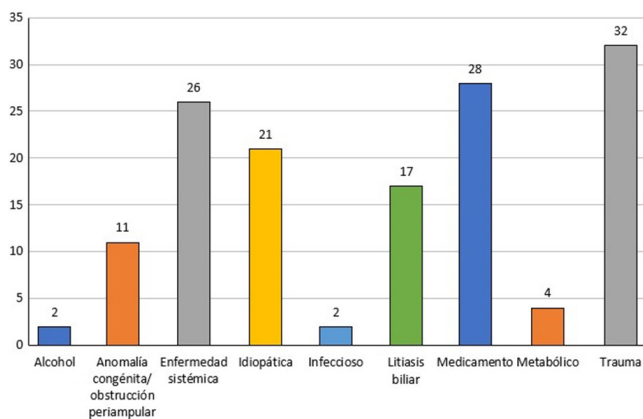


Figura 1. Factores etiológicos. (Dom123)

## Dom124

### SÍNDROME DE ALAGILLE: REPORTE DE CASOS DEL HCSAE

C. Maldonado-Rivera, P. Vilchis-Benítez, K. G. Nieto-Magaña, Hospital Central Sur de Alta Especialidad de Petróleos Mexicanos

**Introducción:** El síndrome de Alagille es una enfermedad multisistémica que destaca por su frecuencia de alteraciones gastrointestinales, cardiovasculares y oftalmológicas. Su origen es genético, autosómico dominante de expresión variable; las mutaciones *de novo* o las deleciones del gen *JAG1* del cromosoma 20 representan el 97% de los casos y, en menor porcentaje, las relacionadas con el gen *NOTCH*. Posee una frecuencia mundial aproximada de 1/30 000 recién nacidos, por lo que es todavía una enfermedad poco frecuente y requiere alta sospecha diagnóstica.

**Objetivo:** Notificar y describir las manifestaciones clínicas y los hallazgos característicos del síndrome de Alagille que permitan su sospecha diagnóstica, tratamiento y atención integral en estos pacientes.

#### Informe de casos:

**Caso clínico 1:** Preescolar masculino de dos años con antecedente de colestasis crónica de inicio neonatal; tiene frente amplia, hipertelorismo, ojos hundidos, nariz bulbosa, mentón prominente, y talla y peso bajos. El USG descarta atresia de vías biliares; debido al cuadro consistente con el síndrome de Alagille, se toma biopsia hepática que señala proliferación y destrucción de conductos biliares con expansión de los espacios portaes y colestasis, lo cual confirma el diagnóstico. En el seguimiento se diagnostica hepatocarcinoma con diseminación pulmonar.

**Caso clínico 2:** Adolescente masculino de 15 años con antecedente de colestasis neonatal leve, acompañado de frente prominente, hipertelorismo y mentón en punta; la radiografía de columna lumbosacra revela vértebras en "alas de mariposa". El ecocardiograma indica estenosis de ramas pulmonares bilaterales; se establece el diagnóstico con cuatro criterios mayores de

síndrome de Alagille a la edad de dos años; se instituye tratamiento multidisciplinario y está estable en la actualidad.

**Caso clínico 3:** Escolar de nueve años con antecedente de ictericia y hepatomegalia a las cuatro semanas de vida; el USG descarta atresia de vías biliares. Exploración física: frente prominente, ojos hundidos, hipertelorismo, nariz recta con punta bulbosa, orejas grandes, mandíbula prominente y mentón puntiagudo. El ecocardiograma indica hipoplasia difusa de ramas de las arterias pulmonares; el estudio de oftalmología informa embriotoxon ocular posterior derecho. Cumple cuatro criterios mayores; la biopsia hepática es insuficiente y la valoración de genética identifica la mutación *de novo* del gen *JAG1*.

**Caso clínico 4:** Escolar masculino de ocho años con antecedente de síndrome colestásico neonatal relacionado con retraso del crecimiento y desarrollo, así como frente amplia, hipertelorismo, ojos hundidos y mentón prominente; evoluciona a insuficiencia hepática crónica grado 3, cirrosis e insuficiencia hepática; la biopsia hepática revela ausencia de conductos biliares, fibrosis intersticial leve intralobulillar y colestasis intrahepática moderada; se confirma el diagnóstico a los 12 meses de edad. El ecocardiograma delinea estenosis periférica de arteria pulmonar y el estudio oftalmológico confirma embriotoxon posterior izquierdo. El paciente sufre enfermedad hepática terminal.

**Discusión:** En los cuatro pacientes se observaron cuadros clínicos con predominio claro de la afectación hepática relacionada con otras anomalías descritas en las publicaciones como criterios mayores; esto señala la escasa probabilidad de una conexión casual de estas; lo anterior apoya la sospecha diagnóstica, con posterior confirmación mediante estudio histopatológico o genético.

**Conclusiones:** El diagnóstico de esta enfermedad se establece tras una sospecha clínica y uso de pruebas complementarias; la valoración integral permite establecer diagnósticos tempranos y un tratamiento individualizado; esto puede modificar de manera positiva la calidad de vida y sobrevida de los pacientes.

**Financiamiento:** No se recibió financiamiento de ningún tipo.

## Dom125

### ENCUESTA SOBRE LOS DESAFÍOS Y ÉXITOS EN LA ATENCIÓN DE LA FIBROSIS QUÍSTICA EN AMÉRICA LATINA

M. Reyes-Apodaca, Grupo Colaborativo: Grupo de trabajo de la Sociedad Latinoamericana de Gastroenterología y Nutrición Pediátrica (LASPGHAN); Hospital Infantil de México Federico Gómez

**Introducción:** La fibrosis quística (FQ) es una enfermedad crónica y progresiva que requiere un seguimiento multidisciplinario para controlar adecuadamente las complicaciones multisistémicas. En Latinoamérica, los profesionales de la salud enfrentan desafíos singulares al proporcionar atención a pacientes con FQ debido a la diversidad de recursos disponibles de la región. Es crucial comprender qué herramientas utilizan hoy en día los clínicos para optimizar el seguimiento gastroenterológico y nutricional de los pacientes con FQ en Latinoamérica.

**Objetivo:** Identificar las herramientas disponibles para los profesionales de la salud que ofrecen seguimiento gastroenterológico y nutricional a pacientes con fibrosis quística (FQ) en Latinoamérica.

**Material y métodos:** Estudio descriptivo transversal. El grupo de trabajo sobre FQ de LASPGHAN (WG-CF) diseñó una encuesta con uso de REDCap®. La encuesta constaba de 27 preguntas cuidadosamente elaboradas que cubrían áreas clave como el diagnóstico, el tratamiento, los equipos multidisciplinarios y el uso de moduladores de CFTR. Las preguntas de la encuesta se desarrollaron mediante reuniones virtuales celebradas por el WG-CF, lo que garantizaba que fueran pertinentes y exhaustivas. La encuesta se difundió a través de los canales oficiales de LASPGHAN. Para el análisis de los datos se emplearon estadísticas descriptivas y medidas de dispersión.

**Resultados:** Se incluyó a 128 centros de 16 países de Latinoamérica. Hasta 34 (27%) centros eran de Argentina seguidos por 25 (20%) de Brasil. Se observó que el 67% de los centros estaba constituido como centro de atención de FQ. El sector asistencial de 57 centros (44%) era mayoritariamente público, seguido de 36 centros públicos y privados (32%). En 117 centros se aplicó un enfoque multidisciplinario; la neumología y la nutrición se identificaron en más del 80% de los centros. La inclusión de gastroenterología, fisioterapia respiratoria, endocrinología y genética se registró en menos del 80% de los centros. En cuanto al cribado neonatal, al menos tres países de Latinoamérica



no incluyeron la FQ. La prueba de electrolitos en sudor se realizaba en 90 (71%) centros y solo 46 (52%) de ellos incluían el estudio genético, si bien no todos cuentan con los estándares de referencia para el seguimiento. En más del 80% de los países, el costo del tratamiento convencional lo financia el gobierno. La disponibilidad de moduladores de CFTR se encontró en 81 centros (64%), sobre todo de Argentina.

**Conclusiones:** A pesar de los avances significativos en el tratamiento de la FQ en el mundo, Latinoamérica enfrenta aún retos críticos que dificultan la atención óptima de los pacientes. En particular persisten deficiencias fundamentales en la detección temprana de la FQ mediante programas de cribado neonatal y el acceso al diagnóstico genético. Estas deficiencias retrasan en grado significativo el inicio de tratamientos que modifican sustancialmente el pronóstico de la enfermedad, entre ellos los moduladores del CFTR, lo que agrava la situación de los pacientes y modifica de manera directa la supervivencia. Además, las disparidades en las políticas de salud pública de los distintos países de la región acentúan estos problemas, lo que pone de relieve la urgente necesidad de contar con un enfoque unificado para mejorar la atención de la FQ, al margen de su ubicación geográfica.

**Financiamiento:** No se dispuso de financiamiento.

## Dom126

### MANIFESTACIONES CLÍNICAS EN ENTEROPATÍA CONGÉNITA ASOCIADA A *NEUROG3*: UNA SERIE DE CASOS

A. A. Carrillo-Gutiérrez, M. Reyes-Apodaca, J. L. Flores-Castillo, C. U. Amaro-Reynoso, J. Aguirre-Hernández, J. L. Lezana-Fernández, S. Villalpano-Carrión, R. Vázquez-Frías, Hospital Infantil de México Federico Gómez, Instituto Nacional de Salud

**Introducción:** Las diarreas y enteropatías congénitas son un grupo de enfermedades de origen genético que se presentan en las primeras semanas de vida con diarrea malabsortiva grave y pueden ser letales. La anendocrinosis entérica (AE) es una causa extremadamente rara de diarrea congénita, se caracteriza por una reducción de células enteroendocrinas intestinales y se vincula con variantes recesivas heredadas en el gen *neurogenina 3* (*NEUROG3*). Hasta la fecha se han notificado menos de 20 casos de diarrea congénita vinculada con *NEUROG3* en las publicaciones médicas. Es importante la divulgación de los casos nuevos para el conocimiento y la comprensión de esta entidad.

**Objetivo:** Describir las manifestaciones clínicas de pacientes pediátricos con diarrea malabsortiva congénita relacionada con mutaciones en el gen *NEUROG3* en un instituto nacional de salud.

**Informe de casos:** Se incluyó a cuatro pacientes en el estudio. Se registró consanguinidad en un caso; todos los pacientes nacieron a término y un caso presentó peso y talla bajos para la edad gestacional. Los síntomas comenzaron a las dos semanas de vida en la mayoría de los casos. Las manifestaciones clínicas más comunes al ingreso incluyeron diarrea (4/4), dolor abdominal (4/4), deshidratación grave (4/4) y distensión abdominal (3/4). El patrón promedio de evacuaciones fue de ocho por día, clasificación 6 a 7 en la escala de Bristol, con un gasto fecal > 100 g/kg/día. Otras manifestaciones relacionadas incluyeron insuficiencia pancreática exocrina (2/4), nefrocalcinosis (2/4), acidosis tubular renal (1/4) e hipotiroidismo (1/4). El estado nutricional se caracterizó por desnutrición que exigió nutrición parenteral y fórmulas especializadas. Los estudios de laboratorio mostraron una deficiencia significativa de los valores de vitamina D y desequilibrios electrolíticos. Las complicaciones más frecuentes fueron la falla de medro y las infecciones nosocomiales vinculadas con estancias hospitalarias prolongadas. La secuenciación del exoma identificó mutaciones en el gen *NEUROG3* en estos pacientes y se informaron tres variantes de significado incierto (c.271 C>G, p. Arg91Gly; c.319 C>A, p. Arg107Ser; c.364A>T, p. Ile122Phe). Las variantes notificadas y los datos clínicos se resumen en la **Tabla 1**.

**Discusión:** Esta serie de casos describe tres mutaciones distintas en *NEUROG3* identificadas como la causa genética de la diarrea malabsortiva en cuatro pacientes pediátricos. Los niños con esta alteración desarrollan diarrea grave en los primeros días de vida. Otras características clínicas vinculadas, como anomalías renales e hipotiroidismo, se han informado antes en un solo caso. La desnutrición y la estancia hospitalaria prolongada elevan el riesgo de morbilidad en estos pacientes. No se encontró variabilidad significativa en las manifestaciones clínicas entre pacientes con diferentes variables del gen *NEUROG3*.

**Conclusiones:** Dada la falta de información sobre esta entidad en las publicaciones médicas, es crucial describir estos casos que permitan identificar

el cuadro clínico en este tipo de enteropatía congénita; el objetivo es establecer un protocolo estandarizado de diagnóstico y tratamiento que pueda mejorar el pronóstico y reducir la morbilidad en estos pacientes.

**Financiamiento:** No se recibió financiamiento de ningún tipo.

**Tabla 1.** Manifestaciones clínicas y paraclínicas en pacientes con diarrea congénita por *NEUROG3*. (Dom126)

	Caso 1	Caso 2	Caso 3	Caso 4
<b>Demográficos</b>				
Sexo	Hombre	Mujer	Hombre	Hombre
Endogamia	No	No	No	Sí
Edad gestacional	38	37	37	37
Peso al nacer (g)	3 300	3 200	2 030	3 300
<b>Manifestaciones clínicas</b>				
Inicio de los síntomas (semanas)	2	2	8	2
Diarrea	Sí	Sí	Sí	Sí
Evacuaciones por día	8	9	5	10
Escala de Bristol	6-7	6-7	6-7	6-7
Gasto fecal (g/kg/día)	100	116	122	-
Dolor abdominal	Sí	Sí	Sí	Sí
Distensión abdominal	Sí	No	Sí	Sí
Deshidratación grave	Sí	Sí	Sí	Sí
Desnutrición	Sí	Sí	Sí	Sí
<b>Otras manifestaciones</b>				
Insuficiencia pancreática exocrina	No	No	Sí	Sí
Nefrocalcinosis	No	No	Sí	Sí
Acidosis tubular renal tipo II	No	Sí	No	No
Hipotiroidismo	Sí	No	No	No
<b>Laboratorios</b>				
Sodio sérico (mmol/L)	137	154	136	134
Cloro sérico (mmol/L)	96	129	110	107
Glucosa sérica (mg/dL)	75	113	65	-
Vitamina D (ng/mL)	12,5	30	18,9	6,2
Prueba de Sudan III	`+++	`+++	`+++	`+++
Elastasa fecal (mg/dL)	> 200	> 200	57,19	43,65
$\alpha_1$ -antitripsina fecal	-	4,5	2,87	-
<b>Mutación en <i>neuroG3</i></b>				
Variante	c.271C>G p.Arg91Gly	c.319C>A p.Arg107Ser	c.319C>A p.Arg107Ser	c.364A>T p.Ile122Phe
Genotipo	Homocigoto	Homocigoto	Homocigoto	Homocigoto
Clasificación	Significado incierto	Significado incierto	Significado incierto	Significado incierto

## Dom127

## DESCRIPCIÓN DEMOGRÁFICA, CLÍNICA Y GENÉTICA DE PACIENTES PEDIÁTRICOS CON SÍNDROMES DE POLIPOSIS INTESTINAL EN UN HOSPITAL PEDIÁTRICO DE MÉXICO

J. L. Flores-Castillo, E. C. Pineda-Cely, M. A. Zubieta-Burgos, L. E. Álvarez-Valencia, H. R. Moreno-Salgado, P. Valencia-Mayoral, R. Vázquez-Frias, J. A. García-Aranda, Hospital Infantil de México Federico Gómez

**Introducción:** Los síndromes polipósicos intestinales (SPI) se caracterizan por la presencia de múltiples pólipos gastrointestinales que elevan el riesgo de carcinoma colorrectal; en ocasiones se acompañan de manifestaciones extraintestinales y tienen una causa genética subyacente.

**Objetivo:** Describir las características clínicas de pacientes con poliposis intestinal múltiple en un hospital pediátrico en México.

**Informe de casos:** Se analizó a 26 pacientes con una edad promedio al diagnóstico de 9,2 años, de los cuales el 57,7% correspondió a hombres. Nueve pacientes se diagnosticaron con síndrome de poliposis juvenil (SPJ), seis con poliposis adenomatosa familiar (PAF), siete con síndrome de Peutz-Jeghers (SPeJ) y cuatro con síndrome de hamartoma PTEN. Los síntomas más comunes fueron hematoquecia e invaginación intestinal. Las manifestaciones extraintestinales fueron heterogéneas, en particular un caso de PAF con hepatoblastoma. La morfología de los pólipos fue mixta (Figura 1, sig. pág.), con pólipos grandes > 15 mm presentes en el 62,5% de los casos de SPJ y en el 71,2% de los casos de SPeJ; se reconoció displasia de alto grado en un paciente con PAF y se realizó análisis genético en ocho pacientes. Al seguimiento, 42,3% requirió tratamiento quirúrgico, 54,5% debido a invaginación intestinal y 27,3% por displasia, perforación o hemorragia.

**Discusión:** Existen pocos registros de síndromes polipósicos en la edad pediátrica en este país; el estudio analizó a 26 pacientes y se encontraron como datos más relevantes los antecedentes familiares de poliposis intestinal y carcinoma en el 42,3% y 50%, respectivamente. Entre las manifestaciones clínicas, la más frecuente identificada en este estudio fue la hematoquecia. En el SPJ, la hematoquecia fue el síntoma más regular en 55,5%, así como el prolapso de pólipo rectal notificado hasta en 44,5% de los casos. En los sujetos con PAF se observaron como síntomas principales la rectorragia, seguida de dolor abdominal y prolapso; una paciente presentó hepatoblastoma que remitió luego del tratamiento quirúrgico y quimioterapia; otro mostró displasia de alto grado al análisis histológico por lo que se trató con colectomía total.

**Conclusiones:** Los síndromes polipósicos en edad pediátrica son un grupo de enfermedades poco frecuentes que deben estudiarse y tratarse de forma multidisciplinaria. Las manifestaciones clínicas características son la hematoquecia y el prolapso de pólipos; los signos extraintestinales vinculados son diversos y conocerlos es de ayuda para guiar el control multidisciplinario en cada síndrome genético. Además, el abordaje mediante colonoscopia y las características histológicas orientan el tratamiento integral, el cual siempre se dirige a disminuir los síntomas y prevenir el desarrollo de carcinoma colorrectal en la vida adulta.

**Financiamiento:** No se dispuso de financiamiento.

## Dom128

SÍNDROME DE ARTROGRIPOSIS-DISFUNCIÓN RENAL-COLESTASIS (ARC). PRESENTACIÓN DE DOS CASOS CON VARIANTE PATOGENÉTICA EN EL GEN *VPS33B*, C. 1498G>T, P. *GLU500\**

M. A. Zubieta-Burgos, V. E. Úbeda-Urbina, S. Villalpando-Carrión, E. C. Pineda-Cely, J. L. Flores-Castillo, L. E. Álvarez-Valencia, Hospital Infantil de México Federico Gómez

**Introducción:** El síndrome de artrogriposis-disfunción renal-colestasis (ARC) es una enfermedad rara autosómica recesiva multisistémica que se relaciona con afectación de hígado, riñones, piel y sistemas nervioso central y musculoesquelético. Es efecto de variantes patogénicas de los genes *VPS33B* y *VIPAR*. No existe un tratamiento específico y la sobrevida es menor al año.

**Objetivo:** Describir las características clínicas, bioquímicas y genéticas de dos pacientes con síndrome ARC.

**Informe de casos:**

**Caso 1:** Paciente conocida a los 30 días de vida por ictericia, piel con descamación e hipoactividad. Se identifican artrogriposis, facies tosca, xerosis, fontanela anterior amplia, hernia umbilical, hepatoesplenomegalia, colestasis bioquímica con GGT normal sin hepatitis, tamiz metabólico con TSH aumentada, y se integra diagnóstico de hipertirotrópinemia transitoria. Se diagnostica dermatitis seborreica en piel cabelluda y melanocitosis dérmica congénita; cursa con acidosis metabólica, poliuria, glucosuria, proteinuria, desequilibrios hidroelectrolíticos, y se establece el síndrome de Fanconi. El abordaje de la colestasis descarta causas anatómicas e infecciosas; un nuevo tamiz metabólico indica tripsinógeno inmunorreactivo (TIR) elevado y un panel genético registra variante patogénica heterocigota del gen *VPS33B*, c. 1498G>T (p. *Glu500\**). Fallece a los tres meses por choque séptico.

**Caso 2:** Paciente con antecedente de ventilación a presión positiva al nacimiento. Hospitalizada por hipoglucemia y acidosis metabólica. Conocida a los 27 días con artrogriposis, hipotonía, disfagia, microcefalia, facies tosca, xerosis, ictericia e hipocolia. Abordaje por síndrome colestásico con GGT normal sin hepatitis; la biopsia hepática indica hepatitis neonatal de células gigantes. Presenta proteinuria, glucosuria, acidosis metabólica e hipofosfatemia; se diagnostica síndrome de Fanconi. El servicio de dermatología integra el diagnóstico de melanocitosis dérmica congénita. El tamiz metabólico muestra elevación de TIR. El exoma identifica una variante patogénica en el gen *VPS33B*, c. 1498G>T (p. *Glu500\**) homocigota. Fallece a los tres meses por neumonía.

**Discusión:** Estos dos casos clínicos de la Ciudad de México muestran el diagnóstico genético de síndrome de ARC de inicio en etapa neonatal con la misma variante patogénica del gen *VPS33B*, c. 1498G>T (p. *Glu500\**) descrita en la población hispana; en las publicaciones médicas no se han identificado casos de esta alteración. A diferencia de lo descrito, no se documentó consanguinidad como factor de riesgo; ambas personas cursaron con colestasis neonatal con GGT normal, sin hepatitis. En el caso dos se realizó biopsia hepática que identificó hepatitis neonatal con células gigantes, un hallazgo histopatológico notificado en este síndrome. Las dos pacientes se diagnosticaron con síndrome de Fanconi, con dilatación pielocaliceal en el caso uno, sin otras alteraciones anatómicas descritas en ARC. Las dos presentaron artrogriposis y manifestaciones dermatológicas como xerosis, hipertriosis y melanocitosis congénita, microcefalia, facies toscas, disfagia, dislipidemia, hipoglucemia y anemia normocítica normocrómica. Ambas registraron una elevación de TIR sin poder realizar prueba de electrolitos en sudor por defunción prematura a los tres meses de edad debido a complicaciones infecciosas.

**Conclusiones:** El síndrome de ARC es una entidad poco frecuente; debe considerarse como posibilidad diagnóstica en la atención de la colestasis neonatal relacionada con alteraciones renales y musculoesqueléticas. No existen informes previos en la población mexicana ni con dicha variante patogénica, por lo que esta presentación de casos proporciona información relevante para ampliar el conocimiento de esta entidad y establecer el diagnóstico de manera temprana y ofrecer una adecuada asesoría genética a los padres.

**Financiamiento:** No se contó con financiamiento.

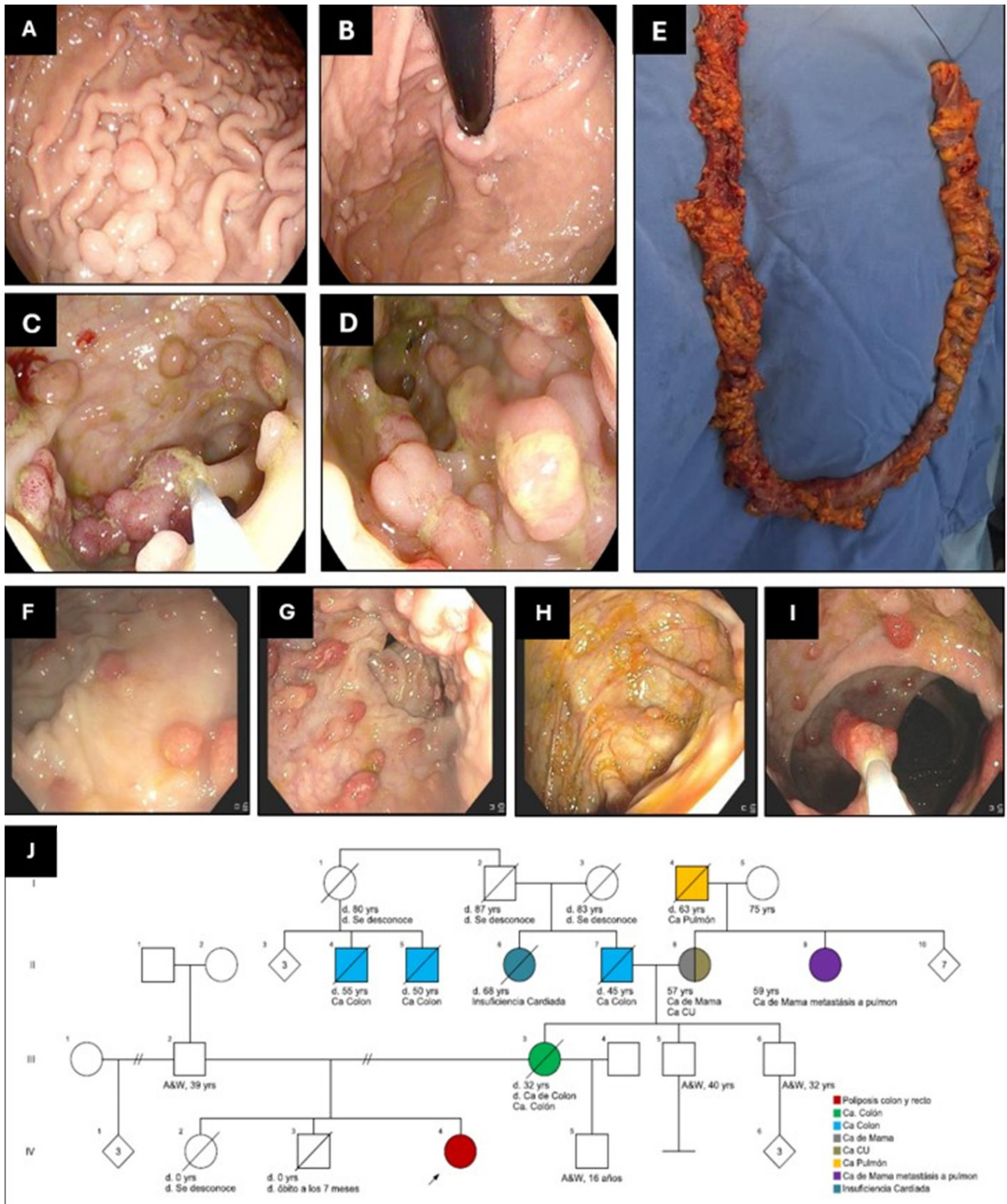
## Dom129

## MANIFESTACIONES CLÍNICAS DEL SÍNDROME DE ALAGILLE EN PACIENTES PEDIÁTRICOS EN UN INSTITUTO NACIONAL DE SALUD

A. A. Carrillo-Gutiérrez, M. Reyes-Apodaca, J. L. Flores-Castillo, C. U. Amaro-Reynoso, R. Vázquez-Frias, Grupo Colaborativo: Departamento de Gastroenterología y Nutrición Pediátrica, Hospital Infantil de México Federico Gómez, Instituto Nacional de Salud

**Introducción:** El síndrome de Alagille (SA) es una enfermedad autosómica dominante, multisistémica y con un fenotipo variable entre los afectados. Su prevalencia se calcula en 1 caso por cada 70 000 individuos y el 95% de los casos se debe a variantes patogénicas en el gen *JAG1* y 2,5% en el gen *NOTCH2*. Se diagnostica por la presencia de tres de cinco rasgos: facies característica, embriotoxon posterior, estenosis pulmonar, defectos vertebrales y escasez de conductos biliares interlobulares. Sin embargo, existen variables en la expresión del fenotipo que pueden no estar presentes al nacimiento, lo cual retrasa el diagnóstico y tratamiento de esta entidad.

**Figura 1.** Características macroscópicas y genealogía de los pacientes con poliposis intestinal múltiple. *A-B*, paciente con hamartoma. La colonoscopia muestra superficie del cuerpo y fondo del estómago con pólipos sésiles y pediculados. *C-D*, superficie del colon con múltiples pólipos. *E*, producto de una colectomía total con innumerables pólipos en su interior. *F-I*, paciente con síndrome de poliposis juvenil. En la colonoscopia se observan múltiples pólipos sésiles y pediculados, con superficie mucosa levemente hiperémica. *J*, genealogía de cuatro generaciones en la que se demuestran los antecedentes de carcinoma colorrectal en la familia. (Dom127)





**Objetivo:** Describir las características clínicas y paraclínicas en una cohorte de pacientes con diagnóstico clínico o molecular de SA.

**Material y métodos:** Se recolectaron los expedientes clínicos de pacientes con diagnóstico clínico o genético de SA en un instituto nacional de salud de tercer nivel en el periodo comprendido entre 1998 y 2023. Los participantes presentaban al menos tres de los siguientes criterios clínicos para sospecha SA: disminución de los conductos interlobulillares, embriotoxon posterior, vértebras en alas de mariposa, estenosis de la arteria pulmonar o facies característica. Se revisó un total de 50 expedientes clínicos, de los cuales 30 cumplieron con los criterios de inclusión. Se utilizó estadística descriptiva para analizar los datos.

**Resultados:** Se incluyó a 30 pacientes (23 hombres). Las manifestaciones clínicas más frecuentes fueron colestasis neonatal (90%), disminución de conductos interlobulillares (80%), estenosis de la arteria pulmonar (66,7%), embriotoxon posterior (63,3%), vértebras en alas de mariposa (53,3%), malformaciones renales (50%), facies características (46,7%), hipertensión portal (43,3%) y prurito (36,7%). Las medianas al ingreso fueron de 6,10 mg/dL (RIC 9,075) para bilirrubina directa, 396 UI/L (RIC 403,250) para gammaglutamil transferasa, 218 UI/L (RIC 200,00) para alanina aminotransferasa, 247 UI/L (RIC 245,50) para aspartato aminotransferasa y 175 mg/dL (RIC 204,50) para colesterol. En total, 10 pacientes se sometieron a trasplante hepático (cinco por donador vivo y cinco por donador cadavérico). La mutación en el gen *JAG1* se notificó en nueve pacientes (ocho variantes patogénicas y una de significado incierto) (Tabla 1).

**Conclusiones:** El SA es una entidad hereditaria de afectación multisistémica y con un fenotipo variable. Debe sospecharse en pacientes con colestasis neonatal y anomalías cardíacas, oculares, esqueléticas y facies características. El compromiso hepático en el SA varía ampliamente, la escasez de conductos biliares puede no ser evidente mediante biopsia y su ausencia no debe descartar su diagnóstico. Hasta una tercera parte de los niños con SA necesita trasplante antes de la adultez. El seguimiento de individuos con

Tabla 1. Manifestaciones clínicas en pacientes pediátricos con SA. (Dom129)

	Pacientes
n	30
<b>Sexo % (n)</b>	
Hombre	76,7% (n = 23)
Mujer	23,3% (n = 7)
<b>Diagnóstico molecular % (n)</b>	30% (n = 9)
<b>Criterios diagnósticos % (n)</b>	
Colestasis neonatal	90% (n = 27)
Disminución de conductos interlobulillares	80% (n = 26)
Estenosis de la arteria pulmonar	66,7% (n = 20)
Embriotoxon posterior	63,3% (n = 19)
Vértebras en ala de mariposa	53,3% (n = 16)
Malformación renal	50% (n = 15)
Facies característica	46,7% (n = 14)
<b>Otros % (n)</b>	
Hipertensión portal	43,3% (n = 13)
Prurito	36,7% (n = 13)
Trasplante hepático, todos % (n)	33,3% (n = 10)
<b>Media de laboratorios en la primera hospitalización</b>	
Bilirrubina directa, mg/dL	6,10 (RIC 9,07)
ALT, UI/L	218 (RIC 200,00)
AST, UI/L	247 (RIC 245,50)
GGT, UI/L	396 (RIC 403,25)
Colesterol, mg/dL	175 (RIC 204,50)
Triglicéridos, mg/dL	141,50 (RIC 138,250)

ALT, alanino aminotransferasa; AST, aspartato aminotransferasa; GGT, gammaglutamil transferasa.

esta afección debe llevarlo a cabo un equipo multidisciplinario, ya que la variabilidad de las características clínicas subraya la necesidad de establecer métodos estandarizados para el diagnóstico y tratamiento de esta entidad en la práctica clínica.

**Financiamiento:** No se recibió financiamiento de ningún tipo.

## Dom130

### LINFANGIECTASIA INTESTINAL PRIMARIA: DESCRIPCIÓN CLÍNICA, NUTRICIONAL, ENDOSCÓPICA E HISTOLÓGICA. SERIE DE CASOS

J. L. Flores-Castillo, D. Martínez-Subías, E. C. Pineda-Cely, C. U. Amaro-Reynoso, I. Núñez-Barrera, J. A. García-Aranda, R. Vázquez-Frias, P. Valencia-Mayoral, Hospital Infantil de México Federico Gómez

**Introducción:** La linfangiectasia intestinal (LI) es una causa de diarrea crónica caracterizada por enteropatía perdedora de proteínas, con origen primario o secundario; aparece por la presencia de vasos linfáticos intestinales dilatados que limitan el drenaje linfático y dan lugar a la pérdida de líquido quíloso hacia la luz intestinal. Las manifestaciones típicas son edema con diarrea intermitente, esteatorrea, deficiencia de vitaminas liposolubles, pérdida de inmunoglobulinas, linfopenia e hipocalcemia. El diagnóstico requiere análisis histológico de intestino delgado y el tratamiento de primera línea es nutricional con un aporte proteico elevado, bajo contenido de lípidos, complementación de triglicéridos de cadena media (TCM), vitaminas y minerales, además de suministro ocasional de aportes de albúmina.

**Objetivo:** Describir las características clínicas, nutricionales, endoscópicas e histológicas de la linfangiectasia intestinal primaria (LIP).

**Material y métodos:** Serie de casos retrospectiva. Se evaluó a pacientes menores de 18 años diagnosticados con LIP desde 2014 hasta 2024 en el departamento de gastroenterología pediátrica. El diagnóstico de LIP se basó en la histología típica más la exclusión de causas secundarias de LIP.

**Resultados:** Se analizó a siete pacientes con LIP, 57% del género femenino, con promedio de edad al diagnóstico de 55 meses; las manifestaciones clínicas más frecuentes fueron diarrea y edema, ambas en 85,7% de los casos, y el 83,3% cursó con talla baja y disminución muscular; cuatro de ellos mostraron manifestaciones extraintestinales, en particular el caso tres con afectación multisistémica relacionada con el síndrome de Takenouchi-Kosaki. Todos tenían hipoalbuminemia con linfopenia y el 85% hipocalcemia; el resto de las alteraciones apareció de forma heterogénea (Tabla 1). En el estudio endoscópico todos mostraron imágenes indicativas de dilatación vascular linfática; cuatro casos se clasificaron como tipo nodular, uno como tipo granular y los otros dos sin clasificación endoscópica referida. En el estudio de histopatología, todos los casos tenían dilatación de linfáticos y solo dos de ellos atrofia de microvellosidades. El tratamiento se sustentó en la intervención nutricional que requirió suministro mixto oral, con aporte de lípidos de 22% a 25%, proporción de la cual el 35% a 48% correspondió a triglicéridos de cadena media, y el aporte proteico ofrecido fue de 4,2-7 g/kg. El 66% recibió tratamiento con altas dosis de colestaciferol y el 50% calcio complementario, con lo que se consiguió mejoría nutricional.

**Conclusiones:** La linfangiectasia intestinal primaria es una anomalía inusual que se manifestó en estos pacientes con diarrea, edema, hipoalbuminemia y linfopenia; el estudio endoscópico e histológico es la base para el diagnóstico y la atención nutricional es crucial para el control de los síntomas. El diagnóstico nutricional puede ser subjetivo, por lo que el crecimiento lineal es un dato importante para la evolución del estado nutricional de estos pacientes.

**Financiamiento:** No se recibió ningún tipo de financiamiento.

## Dom131

### SÍNDROME DE ALAGILLE: PRESENTACIÓN CLÍNICA Y DIAGNÓSTICO DE PACIENTES DE UNA INSTITUCIÓN DE TERCER NIVEL DE PEDIATRÍA EN LA CIUDAD DE MÉXICO DEL AÑO 2003 A 2023

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



Tabla 1. Características clínicas y bioquímicas al diagnóstico de linfangiectasia intestinal primaria. (Dom130)

Características clínicas														
Paciente	Sexo	Edad al diagnóstico (meses)	Talla/edad al diagnóstico (z-score)	Talla/edad actual (z-score)	Náusea/vómito	Diarrea	Pérdida de peso	Distensión	Edema	Dolor abdominal	Ascitis	Afectación linfática extraintestinal	Infecciones bacterianas de repetición	
1	M	174	-3,92	-3,87	No	Sí	No	No	Sí	No	Sí	Sí	No	
2	M	39	-1,84	-3,89	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	No	No	
3	M	24	-5,67	-4,58	Sí	Sí	Sí	No	Sí	No	No	Sí	No	
4	F	102	-3,86	-3,76	No	No	No	Sí	Sí	No	Sí	Sí	No	
5	F	10	-0,20	-0,63	Sí	Sí	No	No	Sí	No	No	No	No	
6	F	10	-2,00	-2,09	No	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	No	
7	F	30	-2,68	SD*	No	Sí	No	No	No	No	No	Sí	No	
n/ (%)		55			42,8%	85,7%	42,8%	42,8%	85,7%	28,5%	57,1%	71,4%	0%	
Características bioquímicas														
Paciente	Albumina (g/dL)	Calcio (mg/dL)	Linfocitos (10x3 <sup>6</sup> /µL)	Colesterol (mg/dL)	Triglicéridos (mg/dL)	IgG (mg/dL)	IgA (mg/dL)	IgM (mg/dL)	IgE (IU/mL)	Elastasa fecal (µg/gr)	Sudan III (+/-)	D-Xilosa (mg/dL)	Alfa <sub>1</sub> -antitripsina fecal (VN: <26.8 mg/dL)	
1	2,3	6,3	0,83	164	121	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD	
2	0,8	5,5	1,00	163	82	147 (↓)	33,5 (↓)	38,1 (↓)	101 (-)	SD	Neg	36,8 (-)	137,5 (↑)	
3	1,2	5,6	0,17	73	91	303 (↓)	104 (-)	6,73 (↓)	17,7 (-)	559,23	Pos	28,53 (-)	73,13 (↑)	
4	3,0	9,0	1,18	142	66	1 320 (↑)	70 (-)	83,7 (-)	23,2 (-)	SD	SD	SD	92,67 (↑)	
5	1,1	8,5	1,93	103	117	1 450 (↑)	116 (↑)	222 (↑)	90,6 (-)	SD	SD	SD	111,85 (↑)	
6	1,8	7,9	0,29	37	79	60,6 (-)	26,2 (-)	16,8 (↓)	17,1 (-)	22 (↓)	Pos	16 (↓)	23,42 (-)	
7	2,8	8,5	1,13	177	103	SD	SD	SD	SD	SD	SD	36,77 (-)	SD	

\*Pérdida de seguimiento (-): sin alteraciones. Neg: negativo; Pos: positivo; SD: sin datos; VN: valor normal.

**Introducción:** El síndrome de Alagille es la enfermedad hepática colestásica hereditaria más común. Es una enfermedad heterogénea compleja, con un trastorno autosómico dominante causado por variantes patogénicas en *JAG1* o *NOTCH2*, con expresividad variable. Las características clínicas engloban múltiples sistemas: hepático, cardíaco, vascular, renal, óseo, craneofacial y ocular. Se ha observado que el patrón y el grado de afectación orgánica pueden ser diferentes entre pacientes, incluidos aquellos que comparten la misma mutación. El prurito es el síntoma más grave y debilitante.

**Objetivo:** Describir la presentación clínica, el diagnóstico y las complicaciones de los pacientes con diagnóstico de síndrome de Alagille diagnosticados en el periodo de 2003 a 2023 en el Instituto Nacional de Pediatría de la Ciudad de México.

**Material y métodos:** Se realizó un estudio retrospectivo, transversal, descriptivo y observacional mediante la revisión de expedientes clínicos de niños menores de 17 años y 11 meses de edad con diagnóstico de síndrome de Alagille (mediante biopsia hepática o criterios clínicos), en el Instituto Nacional de Pediatría de la Ciudad de México, en el periodo de enero de 2003 a noviembre de 2023.

**Resultados:** Veinte pacientes se diagnosticaron con síndrome de Alagille, con 9/20 (45%) pacientes del sexo femenino y 11/20 (55%) del masculino. La media de edad en que se realizó el diagnóstico fue de 11 meses, con edad máxima a los 24 meses y mínima a los dos meses de edad. El diagnóstico de 17 de los pacientes se estableció mediante biopsia hepática, en tres de ellos mediante los criterios clínicos. En cuanto a la presentación clínica, cabe destacar que el 90% de los pacientes cursó con síndrome colestásico neonatal prolongado, 5 (25%) con acolia, 15 (75%) con prurito y 20 (100%)

con ictericia al diagnóstico. A la exploración física, 18 (90%) pacientes mostraron facies característica (frente prominente, cara triangular y nariz en silla de montar), 16 (80%) hepatomegalia y 3 (15%) esplenomegalia. En la **Tabla 1** se muestran las manifestaciones sistémicas identificadas en estos individuos. En cuanto a los parámetros bioquímicos, la media de la gammaglutamil transferasa al diagnóstico de la enfermedad fue de 559 U/L, la de bilirrubina total de 8,5 mg/dL, la de bilirrubina directa de 5,3 mg/dL, la de alanina aminotransferasa de 183 U/L, la de aspartato aminotransferasa de 215 U/L, la de colesterol total de 328 mg/dL y la de triglicéridos de 261 mg/dL. En este momento, solo 2/20 de los pacientes tienen estudio genético, con identificación de la mutación en el gen *JAG1*. Por otra parte, los hallazgos histológicos más frecuentes en la biopsia hepática fueron ausencia de conductos biliares (85%), fibrosis portal (10%), transformación pseudoacinar y tapones biliares (5%). Cabe destacar que solo 1/20 de los pacientes recibió trasplante hepático. La edad media de supervivencia fue de 117 meses, el 55% perdió seguimiento y el 15% falleció.

**Conclusiones:** El patrón de afectación hepática del síndrome de Alagille es diverso; sin embargo, la colestasis neonatal con GGT elevada fue la presentación más común, lo cual coincide con lo informado en el estudio de Vandriel *et al*. Las manifestaciones clínicas oftalmológicas, vertebrales y cardíacas encontradas en este estudio coinciden con lo descrito en las publicaciones médicas. Un porcentaje significativo de pacientes no cuenta con estudio genético, el cual ayuda a identificar a los pacientes que no cumplen con todos los criterios clínicos. Por lo tanto, es de suma importancia la identificación temprana por los médicos pediatras para la detección oportuna y referencia de los pacientes.

**Financiamiento:** No se recibió financiamiento de ningún tipo.

**Tabla 1.** Manifestaciones sistémicas en pacientes diagnosticados con síndrome de Alagille. (Dom131)

Alteraciones cardíacas	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Estenosis pulmonar, 6 (30%)</li> <li>• Persistencia del conducto arterioso, 3 (15%)</li> <li>• Comunicación interauricular, 2 (10%)</li> <li>• Comunicación interauricular con estenosis pulmonar, 2 (10%)</li> </ul>
Alteraciones oftalmológicas	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Embriotoxon posterior, 14 (70%)</li> <li>• Retinopatía pigmentaria, 1 (5%)</li> <li>• Queratocono, 1 (5%)</li> </ul>
Alteraciones renales	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Acidosis tubular renal, 9 (45%)</li> <li>• Enfermedad renal poliquística, 3 (15%)</li> <li>• Reflujo vesicoureteral, 1 (10%)</li> </ul>
Alteraciones vertebrales	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Vértebras en mariposa, 12 (60%)</li> <li>• Hemivértebra, 3 (15%)</li> <li>• Ausencia de coxis, 3 (15%)</li> </ul>
Alteraciones endocrinológicas	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Talla baja, 16 (80%)</li> <li>• Xantomas, 2 (10%)</li> </ul>

Fuente: elaborado por los autores.

## Dom132

### MEDICIÓN DE ESCALA CIOMS/RUCAM PARA HEPATOTOXICIDAD EN PACIENTES ONCOLÓGICOS PEDIÁTRICOS

F. J. Obando-Lazo, L. E. Flores-Fong, E. V. Estrada-Arce, N. K. Bernal-Delgado, G. E. Lizardi-Benítez, L. I. Mondragón-González, K. N. Herrera-González, J. A. Romano-Velazco, Nuevo Hospital Civil de Guadalajara Dr. Juan I. Menchaca

**Introducción:** La lesión hepática inducida por fármacos (LHIF) es un motivo de consulta frecuente en pacientes con polifarmacia, pero se desconoce la incidencia en la población pediátrica; un estudio en Latinoamérica señala un aumento de la incidencia de 8%. La polifarmacia es común en pacientes oncológicos; de estos, los casos graves de LHIF representan el 19% e incluyen desde insuficiencia hepática aguda pediátrica hasta hepatopatía crónica con diferentes estadios de fibrosis. Son pocos los estudios disponibles hoy día en pacientes pediátricos, por lo que se consideró importante realizar este estudio. **Objetivo:** Describir la forma de presentación, gravedad y tipo de lesión de hepatotoxicidad en pacientes oncológicos pediátricos en el Nuevo Hospital Civil de Guadalajara Dr. Juan I. Menchaca.

**Material y métodos:** Estudio descriptivo, observacional y retrospectivo en el que se incluyó a 11 pacientes oncológicos con elevación de transaminasas relacionada con fármacos y LHIF, en quienes se descartaron otras causas de hepatopatía y se utilizó la escala de causalidad CIOMS/RUCAM. Las variables señaladas fueron edad, sexo, estado nutricional, parámetros bioquímicos, fármacos administrados y mortalidad.

**Resultados:** Se observó predominio del género femenino (72,7%). Los diagnósticos nutricionales fueron desnutrición aguda leve (3/11), eutrofia (5/11), obesidad (1/11), desnutrición crónica agudizada moderada (1/11), desnutrición crónica agudizada grave (1/11). En cuanto al diagnóstico oncológico, predominó la leucemia linfoblástica aguda (LLA) en ocho pacientes y el tumor de Wilms, tumor retroperitoneal e histiocitoma en un paciente, respectivamente. Se evaluó en cada uno de ellos CIOMS/RUCAM tras considerar un patrón enzimático:  $R > 5$  hepatocelular,  $< 2$  colestásico y 2-5 patrón mixto; el patrón de daño hepático predominante fue el hepatocelular con 63,6% ( $n = 7$ ), seguido del patrón colestásico ( $n = 3$ ) y el patrón mixto ( $n = 1$ ). Fallecieron 5/11 pacientes, todos con patrón hepatocelular, cuatro mujeres y un hombre, tres de ellos con LLA. Los medicamentos vinculados con LHIF y utilizados con mayor frecuencia fueron anfotericina B, 6-mercaptopurina, metrotexato y glucocorticoides.

**Conclusiones:** De acuerdo con las publicaciones médicas, no existe significancia estadística en cuanto al género como factor de riesgo para LHIF; en

este estudio predominó el femenino. Hay escasos datos acerca del papel que desempeña la enfermedad subyacente y las comorbilidades en la susceptibilidad de LHIF. El patrón más común de los fenotipos del LHIF en esta población es el hepatocelular por inflamación y necrosis, que concuerda con los informes previos hasta de 90% de todos los casos. De acuerdo con otros autores, el origen principal de LHIF en la población general es el uso de antibióticos, indicados con frecuencia en pacientes oncológicos debido al mayor riesgo de infección por inmunosupresión, sumado a la polifarmacia necesaria para el control de los síntomas y los efectos adversos a los fármacos. La causa principal del daño hepático puede ser la interacción farmacológica y no la quimioterapia sola. Sin embargo, es escasa la información y se requieren diferentes diseños epidemiológicos para emitir conclusiones definitivas. **Financiamiento:** No se recibió ninguno.

## Dom133

### CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS DE LOS PACIENTES CON DAÑO HEPÁTICO ASOCIADO A INSUFICIENCIA INTES-TINAL

D. L. Franco-Gutiérrez, E. Hernández-Chávez, J. R. Zárate-Guerrero, D. K. Rojas-Valenzuela, A. Palacios-Herrera, Hospital de Pediatría, Unidades Médicas de Alta Especialidad UMAE, Centro Médico Nacional de Occidente

**Introducción:** El daño hepático relacionado con insuficiencia intestinal es un padecimiento que engloba colestasis, esteatohepatitis, enfermedades de la vesícula biliar y cirrosis en el paciente con falla intestinal. A pesar de que los criterios diagnósticos no están bien definidos, se considera una complicación reversible y prevenible. Su fisiopatología es multifactorial y comprende factores relacionados con el paciente y el apoyo parenteral; dado que su prevalencia se ha elevado, suscita interés describir los factores de riesgo vinculados.

**Objetivo:** Describir las características clínicas de los pacientes con daño hepático relacionado con insuficiencia intestinal del Hospital de Pediatría del CMNO en el periodo comprendido entre enero y diciembre de 2023.

**Material y métodos:** Descriptivo. En los pacientes en los que se descartaron otras causas de daño hepático, como las infecciosas, las metabólicas y las secundarias a fármacos, se analizaron las siguientes variables de acuerdo con las características clínicas del paciente: edad, sexo, edad gestacional y peso al nacimiento, diagnóstico y causa de la insuficiencia intestinal, número de operaciones previas, tipo de falla intestinal, infecciones concomitantes, administración de antibióticos, presencia de válvula ileocecal y posible relación con sobrecrecimiento bacteriano; las características del apoyo parenteral administrado fueron composición, armonización, modo de administración y duración; otras más fueron alteración del flujo enterohepático y uso de nutrición enteral.

**Resultados:** Se incluyeron 10 casos, la mediana de edad fue de 15,5 meses con un intervalo desde nueve hasta 24 meses, con un predominio del sexo femenino (ocho). Se identificaron como causas seis atresias intestinales, dos obstrucciones secundarias a tapón meconial con fibrosis quística descartada, un caso de enterocolitis necrosante y una invaginación intestinal; ocho de los pacientes fueron prematuros y seis tuvieron bajo peso al nacimiento. En cuanto a los antecedentes quirúrgicos, cuatro estuvieron sometidos a más de tres episodios, siete contaban con válvula ileocecal y tres no, los cuales cursaron con sobrecrecimiento bacteriano. En cuatro de ellos, además de las alteraciones bioquímicas hepáticas, se observó una alteración del flujo enterohepático por ultrasonido. Se identificaron factores de riesgo nutricionales relacionados, como el tipo de emulsión lipídica, en nueve de ellos con MCT/LCT al 20% y solo uno SMOF Lipid; la duración del apoyo parenteral en ocho de los pacientes fue  $> 60$  días y el modo de administración fue continuo, excepto uno en el que se mantuvo ciclado. Todos los pacientes tuvieron nutrición enteral como parte de la rehabilitación intestinal y siete de ellos desarrollaron infección por catéter, con su consecuente administración de antibióticos. Con lo anterior pudo observarse que los pilares de prevención son en la población la importancia de la nutricional parenteral, la enteral (control de las mezclas de lípidos, programas de ciclado, inicio temprano de nutrición enteral) y el control de las infecciones inducidas por catéteres.

**Conclusiones:** El daño hepático es una complicación grave de la insuficiencia intestinal, con mayor prevalencia en edades tempranas; los factores de riesgo para su desarrollo se relacionan con el paciente y el apoyo nutricional. Es importante mantener un alto índice de sospecha en los pacientes que tienen los factores de riesgo previamente descritos; es fundamental que el trata-

miento sea multidisciplinario e individualizado, con estrategias terapéuticas de corto plazo que reduzcan la mortalidad.

**Financiamiento:** No se recibió financiamiento de ningún tipo.

## Dom134

### CALIDAD DE VIDA DE LOS NIÑOS RECEPTORES DE TRASPLANTE HEPÁTICO Y SUS CUIDADORES

M. F. Chelius-Muñoz, E. Hernández-Chávez, Hospital General Regional de Orizaba, Instituto Mexicano del Seguro Social

**Introducción:** El trasplante de hígado (TH) es la norma de atención en múltiples entidades, entre ellas la enfermedad hepática terminal, insuficiencia hepática aguda y ciertos tumores hepáticos benignos y malignos. El TH en pediatría proporciona buenos resultados en términos del paciente y de la supervivencia del injerto. Debido a que ocurre durante el desarrollo físico y mental, provoca notables trastornos en el estilo de vida cotidiana de los pacientes y sus familias que afectan la calidad de vida.

**Objetivo:** Describir la calidad de vida de los niños receptores de trasplante hepático y de sus cuidadores.

**Material y métodos:** Estudio transversal de pacientes pediátricos receptores de TH en seguimiento en la UMAE Hospital de Pediatría del CMNO. Se solicitó aceptación mediante consentimiento y aplicación de cuestionarios PeLTQL en sujetos > 8 años/cuidadores, PedsQL < 7 años/cuidadores; se obtuvieron datos demográficos, clínicos y bioquímicos. El análisis de los datos se realizó mediante medidas de tendencia central y distribución.

**Resultados:** Se incluyó a 22 pacientes posquirúrgicos de trasplante hepático junto con sus cuidadores; predominó el sexo femenino con 63,6% (14) y el masculino registró el 36,4% (8). La edad mediana fue de 6,50 años. El principal motivo de realización del TH fue la atresia de vías biliares con 68,2% (15) y en segundo lugar el hepatoblastoma con 13,6% (3). La edad en que se practicó el TH en el primer año de vida fue de 63,6% (14). Respecto del tiempo que transcurrió desde la práctica del trasplante al momento del estudio, el 27,3% (6) tenía un año de evolución y seguimiento, con una mediana de seguimiento de 5,7 años. Como complicaciones se registró el rechazo en el 36,3% (8), proporción de la cual el 9,1% (2) representó un rechazo agudo secundario a trombosis, y el 27,3% (6) un rechazo crónico; la intervención quirúrgica biliar fue secundaria a estenosis, fistulas y bilioma presentes en 27,3% (6); en 9,1% (2) se necesitó cirugía vascular por trombosis. De los 22 tutores entrevistados, la madre es el cuidador principal en 90,9% (20), con ocupación de ama de casa en 54,5% (12). En relación con la calidad de vida mediante PedsQL, se advirtió que predominó en los cuidadores una mejor calidad de vida en el aspecto emocional y una regular en el escolar. De forma similar a lo valorado en el paciente, se observó calidad de vida buena en lo emocional y su punto débil fue el elemento escolar que se clasificó como de regular a bueno (Tabla 1). Con respecto a lo evaluado con PeLTQL, en los padres se obtuvo una calidad de vida buena, con predominio de la salud futura, y en los menores predominó el aspecto socioemocional.

Tabla 1. Puntuaciones promedio. (Dom134)

Funcionamiento	2-4 años		5-7 años		Paciente	
	Padres	DS	Padres	DS	DS	DS
Físico	81,6	19	64,8	29	74,2	23,4
Emocional	82,2	11,8	72,5	26	76,3	14,9
Social	80,6	17,8	71,3	30,1	70,0	29,4
Escolar	54,2	34,4	45,0	30,0	60,0	20,0
Funcionamiento	Paciente		Padres		DS	
Salud futura		59,6	25,8	70,4	11,7	
Afrontamiento y adaptación		59,0	19,0	66,4	11,1	
Socioemocional		60,2	24,4	68,5	14,1	
Total		62,8	15,5	67,6	10,2	

**Conclusiones:** La calidad de vida en pacientes receptores de TH es buena en ambos grupos estudiados (pacientes y cuidadores). Los aspectos que se alteran son el escolar y el afrontamiento/adaptación, el primero quizá secundario al ausentismo escolar por citas médicas y hospitalización. Se utilizó el cuestionario específico de PeLTQL, cuya ventaja es la de ofrecer una mayor sensibilidad y especificidad porque incluye preguntas centradas en los desafíos relacionados con el tratamiento y la enfermedad; el mayor de sus inconvenientes es que solo puede aplicarse en pacientes > 8 años. Por otra parte, llama la atención que los padres tengan una percepción de menor calidad de vida en sus hijos, según lo encontrado en las puntuaciones más bajas en promedio. Es necesario el tratamiento multidisciplinario de estos pacientes que promueva la salud mental del cuidador y la del paciente por medio de apoyo psicológico.

**Financiamiento:** No se recibió financiamiento de ningún tipo.

## Dom135

### BIOMARCADORES INFLAMATORIOS EN LA ENFERMEDAD DE HÍGADO GRASO ASOCIADA A DISFUNCIÓN METABÓLICA (MAFLD) EN PACIENTES PEDIÁTRICOS

G. D. Hernández-Gómez, E. Duarte-Reséndiz, K. D. Guzmán-Avilán, I. A. Cura-Esquivel, C. A. Zapata-Castilleja, V. D. Olivas-Cabral, A. Valdés-Cervantes, Hospital Universitario José Eleuterio González

**Introducción:** La enfermedad de hígado graso relacionada con disfunción metabólica (EHGDM) es una de las afecciones hepáticas crónicas más comunes y se caracteriza por una acumulación excesiva de triglicéridos en el hígado, con prevalencia en aumento, sobre todo en pacientes con sobrepeso u obesidad. Hasta un 10% de los niños se afecta y entre 2% y 5% de estos pueden evolucionar a enfermedad hepática terminal. En la actualidad, su diagnóstico requiere estudios de imágenes o biopsia hepática. En los últimos años, una creciente evidencia ha demostrado que la inflamación crónica se considera un componente significativo de la fisiopatología de EHGDM, por lo que es posible predecir su existencia y desarrollo mediante marcadores inflamatorios crónicos, por lo que se ha sugerido la utilidad de estos para predecir dicha entidad.

**Objetivo:** Determinar la utilidad de los biomarcadores inflamatorios como factores predictores de EHGDM en pacientes pediátricos del servicio de gastroenterología y nutrición pediátrica del Hospital Universitario José Eleuterio González.

**Material y métodos:** Pacientes con IMC > 85% percentil que acudieron a la consulta de obesidad pediátrica del Hospital Universitario José Eleuterio González de la UANL. Se realizó valoración clínica y nutricional con antropometría. Como parte de la valoración clínica se indicó ecografía abdominal para detectar esteatosis hepática. Se solicitaron determinaciones séricas que incluyeron biometría hemática, pruebas de función hepática y perfil de lípidos, y se determinó índice HOMA. A través de la evaluación clínica, parámetros antropométricos, datos de laboratorio y estudios de imagen se identificó a los niños con EHGDM y, por medio de la medición de los biomarcadores inflamatorios, se estableció si eran de utilidad como predictores de la enfermedad en pacientes pediátricos.

**Resultados:** Se incluyó a 50 pacientes con edad media de 11,86 años. De estos, 26 eran masculinos (52%) y 24 femeninos (48%); además, 38 (76%) tuvieron diagnóstico de esteatosis hepática y cumplían criterios para EHGDM y 12 (24%) carecían de esteatosis. La mayoría de los individuos en ambos grupos mostraba obesidad, con un 94,7% en el grupo con EHGDM y un 83,3% en el grupo sin EHGDM, sin diferencias significativas ( $p = 0,240$ ), al igual que en las características demográficas y antropométricas (Tabla 1). Los parámetros metabólicos no revelaron diferencias significativas y los parámetros hepáticos tenían valores de AST ( $p = 0,007$ ) y ALT ( $p = 0,050$ ) significativamente mayores en el grupo con EHGDM, lo que indicaba una mayor alteración e inflamación hepática en este grupo. Los parámetros hematológicos mostraron algunas diferencias significativas. Las cifras de monocitos y neutrófilos fueron significativamente mayores en el grupo con EHGDM ( $p = 0,010$  y  $p = 0,033$ , respectivamente). Otros parámetros como los linfocitos, plaquetas y volumen medio de plaquetas y los índices relacionados no mostraron diferencias significativas ni en los OR ni en los AUC ( $p > 0,05$ ) (Tabla 1).

**Conclusiones:** Este estudio no encontró diferencias significativas en las características demográficas y antropométricas entre los grupos con y sin EHGDM; sin embargo, los valores de AST, ALT, monocitos y neutrófilos fueron

Tabla 1. Características demográficas y antropométricas, y parámetros hematológicos, hepáticos y metabólicos. (Dom135)

	EHGDM	Sin EHGDM (n = 12)	p
Edad, media (DE)	11,47 (2,64)	12,25 (2,30)	0,278
Sexo			1,000
Masculino, n (%)	20 (52,6%)	6 (50%)	
Femenino, n (%)	18 (47,4%)	6 (50%)	
Peso, media (DE)	63,74 (18,37)	68,21 (19,85)	0,499
Talla, media (DE)	148,34 (14,19)	153,75 (12,76)	0,227
IMC, media (DE)	27,41 (5,84)	28,15 (5,48)	0,691
Estado nutricional			0,240
Obesidad	36 (94,70%)	10 (83,30%)	
Sobrepeso	2 (5,30%)	2 (16,70%)	
HOMA, mediana (RIQ)	5,20 (3,2-11,2)	4,03 (2,84-8,82)	0,125
RI, n (%)	33 (86,8%)	8 (66,66%)	0,191
ALT/TGP IU/L, mediana (RIQ)	45,41 (19,9-64)	20,65 (15,4-33)	0,099
ALT elevada, n (%)	25 (65,80%)	4 (33%)	0,050
AST/TGO IU/L, mediana (RIQ)	34,96 (23-45,2)	20,50 (18,9-24,8)	0,007
Neutrófilos K/uL, media (DE)	6,26 (3,95)	4,14 (2,41)	0,033
Linfocitos K/uL, media (DE)	2,85 (1,44)	2,55 (1,00)	0,430
Monocitos K/uL, media (DE)	0,6300 (0,290)	0,5226 (0,118)	0,010
Plaquetas K/uL, media (DE)	330 550 (96 610)	287 580 (66 555)	0,096
Volumen medio de plaquetas (fl), media (DE)	8,65 (1,83)	9,22 (1,85)	0,362
I N/L, mediana (RIQ)	1,84 (1,275-4,496)	1,44 (0,7747-3,56)	0,220
I P/L, mediana (RIQ)	134 540 (83 554-148 440)	107 590 (79 688-145 806)	0,413
I L/M, media (DE)	4,19 (2,92)	5,03 (2,12)	0,841
I M/HDL, media (DE)	0,65 (0,33)	0,53 (0,29)	0,240
LDL mg/dL, media (DE)	99,19 (30,12)	87,47 (21,23)	0,143
LDL mmol/L, media (DE)	2,55 (0,75)	2,26 (0,55)	0,163
HDL mg/dL, media (DE)	41,69 (9,05)	42,54 (11,74)	0,821
HDL mmol/L, media (DE)	1,08 (0,23)	1,10 (0,30)	0,433
Colesterol mg/dL, media (DE)	165,76 (32,20)	156,47 (30,91)	0,380
Triglicéridos mg/dL, mediana (RIQ)	113,15 (90,90-166,20)	100,25 (88,00-150,99)	0,716

significativamente mayores en el grupo con EHGDM, y no se registró diferencia significativa en los biomarcadores inflamatorios en pacientes pediátricos.

**Financiamiento:** No se recibió financiamiento de ningún tipo.

## Dom136

### PRECISIÓN DE LAS ESCALAS PELD/MELD Y pCLIF SOFA PARA PREDECIR MORTALIDAD EN NIÑOS CON FALLA HEPÁTICA AGUDA, AGUDA SOBRE CRÓNICA O CRÓNICA

G. E. Lizardi-Benitez, E. V. Estrada-Arce, J. C. Lona-Reyes, L. E. Flores-Fong, J. A. Romano-Velazco, L. I. Mondragón-González, K. N. Herrera-González, F. J. Obando-Lazo, N. K. Bernal-Delgadillo, Nuevo Hospital Civil de Guadalajara Juan I. Menchaca

**Introducción:** Las hepatopatías son causa frecuente de consulta en pacientes pediátricos hospitalizados y pueden tener una evolución aguda, crónica o aguda sobre crónica. La evolución natural de la hepatopatía crónica consiste en una fase inicial asintomática compensada seguida de una fase progresiva descompensada. La rapidez de la descompensación es variable, pero los pacientes con descompensación tienen una elevada mortalidad a corto

plazo. Se han utilizado varias puntuaciones específicas del hígado para pronosticar a estos pacientes, incluida la puntuación PELD/MELD y pCLIF SOFA. Aunque se emplean de forma amplia, estas puntuaciones evalúan diferentes parámetros y en México no hay estudios que evalúen las distintas escalas de predicción de mortalidad.

**Objetivo:** Analizar la precisión de las escalas PELD/MELD y pCLIF SOFA para predecir la mortalidad en niños con insuficiencia hepática aguda, aguda sobre crónica o crónica.

**Material y métodos:** Pacientes pediátricos de 0 a 16 años con falla hepática aguda, aguda sobre crónica o crónica del Nuevo Hospital Civil de Guadalajara Juan I. Menchaca del 2015 al 2023. Tipo de estudio: cohorte dinámica. Para el análisis descriptivo se determinaron frecuencias y porcentajes de las variables cualitativas y medianas de las cuantitativas. Para el estudio de precisión de las escalas PELD/MELD y pCLIF SOFA para predecir mortalidad se calcularon sensibilidad, especificidad e índice de Youden.

**Resultados:** Se estudió a 51 pacientes, 28 mujeres (54,9%) y 23 hombres (45%), con una mediana de edad de 87 meses (máximo 207 y mínimo 1). Desarrolló falla hepática aguda el 43,1% (22/51), hepatopatía crónica el 31,3% (16/51) y aguda sobre crónica el 25,4% (13/51). La causa primaria de la afección hepática no se determinó en 41,1% (21/51). Las causas de egreso en total fueron la defunción en 43,1% (22/51), el traslado a otra unidad hospitalaria en 15,6% (8/51) y el resto en seguimiento en la institución. La mortalidad en los pacientes con falla hepática aguda fue de 72,7% (16/22), con hepatopatía aguda sobre crónica de 27,2% (6/22) y con hepatopatía



crónica de 0% (Tabla 1). La precisión de la escala PELD/MELD mostró una sensibilidad del 50% y especificidad del 31%, mientras que la escala pCLIF SOFA una sensibilidad del 100% y una especificidad del 93%, con un índice de Youden de 0,19 y 0,93, respectivamente.

**Conclusiones:** Existe una gran mortalidad en pacientes pediátricos con hepatopatía y fue mayor en los que sufren falla hepática aguda hasta en 43%. Dentro de la comparación de la precisión de mortalidad en las escalas PELD/MELD y pCLIF SOFA se demostró mayor sensibilidad en la escala pCLIF SOFA en comparación con PELD/MELD y mayor precisión para predecir mortalidad en pCLIF SOFA de acuerdo con el índice de Youden.

**Financiamiento:** No se recibió financiamiento de ningún tipo.

**Tabla 1.** Estadística demográfica y clínica de la población del estudio. (Creación propia). (Dom136)

Variables	Parámetros		
	n	%	M
Género	Femenino	28	54,90%
	Masculino	23	45%
Edad			87 meses
Hepatopatía	Falla hepática aguda	22	43,10%
	Falla hepática aguda sobre crónica	13	25,40%
	Falla hepática crónica	16	31,30%
Causa de egreso	Defunción	22	43,10%
	Traslado	8	15,60%
	Seguimiento	20	39,20%

## Dom137

### HEMORRAGIA VARICEAL SECUNDARIA A HIPERTENSIÓN PORTA EN PACIENTES PEDIÁTRICOS ATENDIDOS EN EL HOSPITAL INFANTIL DE MÉXICO FEDERICO GÓMEZ

C. U. Amaro-Reynoso, R. Vázquez-Frias, M. V. Pasos-Camal, A. A. Carrillo-Gutiérrez, Hospital Infantil de México

**Introducción:** La hemorragia por varices esofágicas es un problema clínico importante en niños con enfermedad hepática crónica. Infortunadamente, no existen pruebas suficientes para recomendar de forma sistemática la profilaxis primaria endoscópica de las varices en los niños, en particular porque no se conoce con precisión ni el riesgo de mortalidad de la primera hemorragia por varices ni la eficacia y la seguridad de la profilaxis primaria. Dados los aspectos logísticos y éticos relacionados con los estudios aleatorios, es necesario desarrollar un registro de datos para determinar la evolución natural relevante de la enfermedad necesaria para ayudar a informar la toma de decisiones clínicas.

**Objetivo:** Recopilar datos preliminares y describir la morbimortalidad de pacientes con hipertensión portal que recibieron tratamiento de la primera hemorragia por varices o profilaxis endoscópica.

**Material y métodos:** Estudio observacional, transversal, descriptivo, retrospectivo y retrolectivo. Periodo de realización: marzo de 2023 a marzo de 2024. Población estudiada y criterios de inclusión: pacientes pediátricos con diagnóstico de enfermedad hepática crónica y uno de los siguientes episodios clínicos: primera hemorragia varicosa y profilaxis primaria de varices esofágicas. Criterios de exclusión: ninguno.

**Resultados:** Dentro del grupo de la primera hemorragia variceal se obtuvo la información de 52 pacientes, de los cuales los diagnósticos más frecuentes se enlistan en la Tabla 1. La degeneración cavernomatosa de la porta fue la causa más prevalente de hipertensión portal, lo que representa casi el 50% de los casos, y la hemorragia variceal fue la manifestación inicial de la enfermedad en 13 pacientes (55%) con una edad promedio de presentación de vías biliares representó el origen más relevante dentro de las causas intrahepáticas y el segundo de todos los casos, con una edad promedio de inicio de la hemorragia varicosa de 18 meses en los sujetos evaluados. La hemorragia recurrente a los siete días a tres meses del primer episodio se

documentó en cuatro de los 52 pacientes (7,5%). Por otra parte, cuando se sigue a los individuos luego de este periodo de tiempo, se observó que al menos 29 presentaron episodios recurrentes en un promedio de tres, y una defunción en un caso de atresia de vías biliares con diagnóstico tardío. En lo que respecta a los pacientes sometidos a endoscopia profiláctica se registró un total de 16. De estos, seis se hallaban bajo tratamiento farmacológico profiláctico antes del procedimiento. La principal causa para someter a los individuos a este abordaje profiláctico fue el protocolo de trasplante hepático en nueve pacientes y en siete como parte del abordaje diagnóstico. De todos los evaluados, solo uno sufrió hemorragia varicosa posterior a los tres meses, sin mortalidad de los pacientes durante el seguimiento.

**Conclusiones:** En resumen, se presenta la experiencia de un solo centro terciario que evaluó la morbimortalidad vinculada con el primer episodio de hemorragia, así como la seguridad del tratamiento profiláctico endoscópico. Si bien la hemorragia variceal es una complicación sumamente preocupante en niños, con este estudio se advirtió que la primera hemorragia parece ser letal solo de modo ocasional y es difícil caracterizar la morbilidad. Existe evidencia limitada indicativa de la eficacia y seguridad de la profilaxis primaria, ya sea farmacológica o endoscópica, en la población pediátrica. Estos resultados muestran que el procedimiento parece ser seguro y con un bajo riesgo de desarrollar complicaciones a corto y mediano plazos.

**Financiamiento:** No se recibió financiamiento.

**Tabla 1.** Frecuencia de diagnósticos relacionados con hipertensión portal en la población pediátrica y hemorragia variceal. (Dom137)

Frecuencia de diagnósticos relacionados con hipertensión portal y hemorragia variceal	
Diagnóstico	n
Degeneración cavernomatosa de la porta	24
Atresia de vías biliares	15
Fibrosis hepática congénita	6
Colestasis intrahepática familiar progresiva	2
Colangitis esclerosante	2
Infiltración hepática por histiocitosis de Langerhans	1
Cirrosis criptogénica	1
Hipertensión portal de causa desconocida	1

## Dom138

### MASLD EN PACIENTES PEDIÁTRICOS CON OBESIDAD: INTERACCIÓN CLÍNICA Y BALANCE REDOX

I. Villagómez-López, L. Mejía-Pérez, M. Martínez-Castillo, L. Suárez-Bonilla, D. Santana-Vargas, Z. Medina-Ávila, A. Hernández-Barragán, J. Limón-Castillo, G. Gutiérrez-Reyes, Laboratorio de Hígado, Páncreas y Motilidad (HIPAM), Unidad de Investigación en Medicina Experimental, Facultad de Medicina, UNAM, Hospital General de México Dr. Eduardo Liceaga

**Introducción:** La importancia de la enfermedad hepática esteatótica relacionada con disfunción metabólica (EHEDM) se ha incrementado en los últimos años al convertirse en la primera causa de enfermedad hepática crónica en niños y adultos. Además, hoy en día no se ha definido el control diagnóstico y clínico en la población pediátrica.

**Objetivo:** Evaluar la implicación del estado redox en pacientes pediátricos con obesidad y EHEDM con características antropométricas, datos bioquímicos y manifestaciones clínicas.

**Material y métodos:** Estudio transversal que incluyó a 103 pacientes pediátricos (8-14 años) de la clínica de obesidad del Hospital Pediátrico Iztapalapa. Los sujetos se clasificaron con EHEDM o sin EHEDM mediante ultrasonografía hepática. Se evaluaron las características antropométricas, clínicas y los valores en sangre de glutatión reducido (GSH), glutatión oxidado (GSSG), malondialdehído (MDA) y proteínas carboniladas (CP). Los datos se expresaron en frecuencias absolutas y relativas (%), mientras que las variables continuas se determinaron con media  $\pm$  DE y el análisis se realizó por medio

de la t de Student y la U de Mann-Whitney con el software SPSS V.22. Todos los participantes proporcionaron su consentimiento informado por escrito y el estudio se llevó a cabo de acuerdo con las disposiciones de la Declaración de Helsinki.

**Resultados:** De la población total se identificaron 19 casos sin EHEDM y 84 con EHEDM, de los cuales el 52% correspondió al sexo masculino. Al tratarse de niños con diagnóstico de obesidad, los datos antropométricos (peso, IMC [OMS, CDC], índice cintura-estatura, índice cintura-cadera y porcentaje de grasa corporal) no mostraron diferencias significativas entre grupos. Se observó una mayor dificultad respiratoria ( $p = 0,037$ ) y poliuria ( $p = 0,047$ ) en los pacientes con EHEDM respecto de los individuos sin la enfermedad. Por su parte, las transaminasas AST, ALT y GGT se encontraron elevadas en la EHEDM ( $p < 0,05$ ), así como la urea. Por último, en la evaluación del balance rédox, GSH decreció en la EHEDM en comparación con las personas sin el trastorno ( $p = 0,001$ ), lo que alteró a su vez el cociente GSH/GSSG; también se identificó un aumento de las CP en la EHEDM ( $p = 0,011$ ).

**Conclusiones:** En niños con obesidad y EHEDM se registró una alteración en el balance rédox dado que hubo reducción de la forma antioxidante del glutatión, así como el mayor daño de proteínas, lo que señala mayor oxidación. La incorporación de nuevas herramientas al diagnóstico y la atención de pacientes pediátricos obesos es una necesidad primaria para reducir la elevada prevalencia y mejorar así la calidad y expectativa de vida en edades tempranas.

**Financiamiento:** No se recibió financiamiento de ningún tipo.

### Dom139

## RELACIÓN ENTRE LA CATETERIZACIÓN UMBILICAL Y ABSCESO HEPÁTICO NEONATAL: UN REPORTE DE SEIS CASOS

J. A. Romano-Velazco, L. E. Flores-Fong, E. V. Estrada-Arce, K. N. Herrera-González, L. I. Mondragón-González, G. E. Lizardi-Benítez, N. K. Bernal-Delgadillo, F. J. Ovando-Lazo, E. G. Gaytán-Martínez, Nuevo Hospital Civil de Guadalajara Juan I. Menchaca

**Introducción:** Los abscesos hepáticos en recién nacidos son infrecuentes; son efecto de una infección que asciende por vía umbilical y la vena porta, infecciones hematológicas o por contigüidad de estructuras. Puede presentarse en clínica en la forma de sepsis y dificultar el diagnóstico específico, por lo que ante factores de riesgo y sospecha se aconseja confirmar con estudios de imagen.

**Objetivo:** Exponer seis casos con diagnóstico de absceso hepático en etapa neonatal.

**Informe de casos:**

**Caso 1:** Paciente masculino de 36 SDG con 2 810 g al nacer y antecedente de catéter umbilical, venoso y arterial. El paciente desarrolló sepsis, hepatomegalia y síndrome colestásico; a los cinco días, el ultrasonido identificó colección de 12 mL en el lóbulo derecho y de 1,4 mL en el izquierdo, por lo que se iniciaron meropenem, vancomicina y metronidazol por 39 días, sin aislamiento infeccioso.

**Caso 2:** Paciente femenino de 35 SDG con 2 190 g al nacer y antecedente de catéter umbilical, venoso y arterial. La paciente presentó sepsis, hipotensión y hepatomegalia; a los siete días, el ultrasonido reveló una colección en el lóbulo derecho de 10,5 mL, por lo que se indicaron meropenem, vancomicina y metronidazol por 36 días, con aislamiento de *Klebsiella pneumoniae*.

**Caso 3:** Paciente masculino de 36 SDG con 2 595 g al nacer y antecedente de catéter umbilical, venoso y arterial. El enfermo mostró distensión abdominal, hepatomegalia, sepsis y síndrome colestásico; a los cinco días, el ultrasonido delineó una colección de 2 mL en el lóbulo derecho, por lo que se administraron meropenem y amikacina por 37 días, con aislamiento de *Patoea agglomerans*.

**Caso 4:** Paciente masculino de 34 SDG con 1 400 g al nacer y antecedente de catéter umbilical, venoso y arterial. El paciente sufrió sepsis, hepatomegalia y síndrome colestásico; a los 10 días, el ultrasonido reveló una colección de 2 mL en el lóbulo derecho, por lo que se prescribieron meropenem y vancomicina por 42 días, con aislamiento de *Klebsiella pneumoniae*.

**Caso 5:** Paciente femenino de 34 SDG con 1 200 g al nacer y antecedente de catéter umbilical, venoso y arterial. La enferma se presentó asintomática; a los 12 días, el ultrasonido reconoció colecciones de 3 mL en el lóbulo

derecho y de 2 mL en el izquierdo, por lo que se iniciaron meropenem y anfotericina B, con aislamiento de *Candida tropicalis*.

**Caso 6:** Paciente masculino de 26,5 SDG con 970 g al nacer y antecedente de catéter umbilical, venoso y arterial. Se observaron distensión abdominal, hepatomegalia, sepsis y síndrome colestásico; a los 25 días, el ultrasonido mostró una colección de 4,7 mL en el lóbulo izquierdo, por lo que se administraron cefotaxima, metronidazol, vancomicina por 26 días y fluconazol por 12 días, con aislamiento de *Rautella planticola*.

**Discusión:** El absceso hepático en la etapa neonatal es una entidad rara y de difícil diagnóstico, por lo que esta serie de casos es útil para analizar la enfermedad y, en caso de sospecha, considerarla y diagnosticarla.

**Conclusiones:** En esta serie de casos, desde el 2015 hasta el día de hoy, y al compararla con las publicaciones médicas, se observa que el antecedente de cateterización umbilical es un factor de riesgo muy importante para desarrollar un absceso hepático, así como la prematuridad y bajo peso al nacer; en consecuencia, ante síntomas inespecíficos, es importante tenerla en cuenta para no retrasar el diagnóstico y el tratamiento.

**Financiamiento:** No se recibió ningún financiamiento.

### Dom140

## CORRELACIÓN DE ÍNDICE DE MASA CORPORAL Y RESISTENCIA A LA INSULINA EN PACIENTES PEDIÁTRICOS CON DIAGNÓSTICO DE ESTEATOSIS HEPÁTICA EN EL HOSPITAL CIVIL DE GUADALAJARA JUAN I. MENCHACA

A. Chávez-Marcocchio, E. V. Estrada-Arce, J. C. Lona-Reyes, E. Rivera-Chávez, L. E. Flores-Fong, Antiguo Hospital Civil de Guadalajara Fray Antonio Alcalde

**Introducción:** La enfermedad de hígado graso no alcohólica es el trastorno hepático más común y afecta al 25% de la población mundial. Es uno de los problemas más comunes en la población pediátrica con sobrepeso y obesidad y además representa la causa más frecuente de enfermedad hepática crónica en la infancia. Sin embargo, el aumento de la EHGNA se debe también al incremento de la pobre salud metabólica en pacientes con normopeso y se relaciona con los patrones modernos de alimentación y escasa actividad física. Entre los factores de riesgo se han señalado un IMC elevado y, de acuerdo con la nueva definición de hígado graso, la desregulación metabólica, incluida la resistencia a la insulina. Los criterios diagnósticos se basan en la evidencia de hígado graso, además de uno de los siguientes: sobrepeso/obesidad, desregulación metabólica con al menos dos características de riesgo o presencia de DM2.

**Objetivo:** Precisar la correlación entre el IMC y la RI en niños y adolescentes con EHGNA, además de determinar la prevalencia de esta en niños y adolescentes atendidos en el servicio de pediatría y gastroenterología pediátrica; asimismo, describir las características clínicas de los pacientes con EHGNA, definir las características demográficas de los pacientes con este trastorno y analizar la relación entre el IMC y la RI.

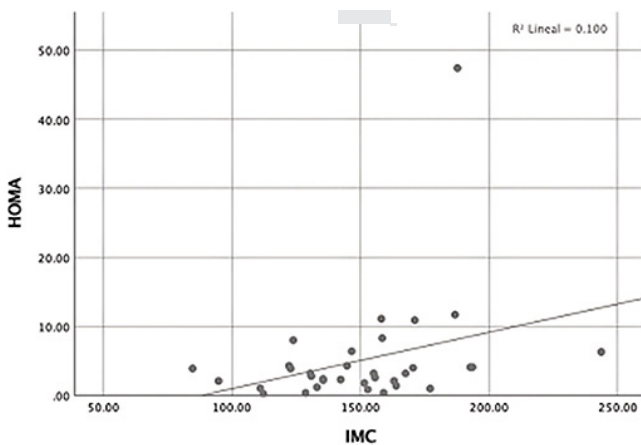
**Material y métodos:** Se trata de un estudio transversal y analítico en el que se evaluó a 34 pacientes pediátricos y adolescentes con diagnóstico de esteatosis hepática en el servicio de gastroenterología y nutrición pediátrica en un periodo de cinco años.

**Resultados:** Se evaluó a 34 pacientes con esteatosis hepática de 4 a 16 años de edad, el 55,9% del sexo femenino y el 44% del masculino. En estos pacientes se encontró que el 76% sufría obesidad y 20,2% sobrepeso (solo un paciente tenía normopeso). Se registró una prevalencia de resistencia a la insulina en 44,1% de los pacientes y se observó que el 10% del HOMA depende del IMC. En las demás variables cuantitativas se identificó hipertriglicéridemia en el 73,5%, hepatomegalia en 8,8%, hipertensión arterial en 20,5% y elevación de ALT en el 55,8% (Figura 1).

**Conclusiones:** La obesidad y el sobrepeso fueron mayores que en otros estudios, lo que refleja el estado nutricional de esta población. Con estos resultados es importante tamizar a todos los pacientes con este diagnóstico nutricional para hígado graso. Destaca la importancia de evaluar la función hepática y el metabolismo glucosa-insulina en pacientes con obesidad y sobrepeso por la relación observada entre el HOMA y el IMC. A pesar de que la elevación de ALT se presentó solo en la mitad de la población estudiada, aún se considera una herramienta útil de tamizaje.

**Financiamiento:** No se dispuso de financiamiento alguno.

**Figura 1.** En el análisis de correlaciones se observa entre el índice de HOMA y el IMC una rho de 0,35 y en el análisis de regresión lineal se calculó un R2 lineal de 0,10, es decir, el 10% del HOMA depende del IMC para el grupo de pacientes estudiados. (Dom140)



### Dom141

## EXPERIENCIA EN EL DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE QUISTE DE COLÉDOCO EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL EN MÉXICO EN LOS ÚLTIMOS 10 AÑOS

A. M. Sánchez-Martínez, L. Gordillo-Rodríguez, Hospital para el Niño Poblano

**Introducción:** El quiste del colédoco es una malformación congénita caracterizada por dilatación de la vía biliar intrahepática o extrahepática y se diagnostica en particular durante la edad pediátrica. Existen cinco tipos de quistes del colédoco, con base en el método de clasificación de Todani y el sitio anatómico en que se encuentran. En clínica puede presentarse con la triada típica (dolor abdominal, masa abdominal e ictericia) o sin síntomas y estudios de laboratorio indicativos. El único tratamiento efectivo es todavía la resección quirúrgica del quiste, seguida de hepatoyeyunostomía en Y de Roux.

**Objetivo:** Notificar los aspectos diagnósticos y terapéuticos, y la evolución de los pacientes pediátricos con quiste del colédoco en un hospital de tercer nivel en México.

**Material y métodos:** En este estudio se revisaron expedientes clínicos del 1 de enero del 2013 al 1 de enero del 2023 con diagnóstico en expediente clínico de quiste del colédoco, tipos I y II. Se trata de un estudio descriptivo, retrospectivo y transversal. Los criterios de exclusión fueron los pacientes que no cumplían los criterios diagnósticos y con expediente clínico incompleto.

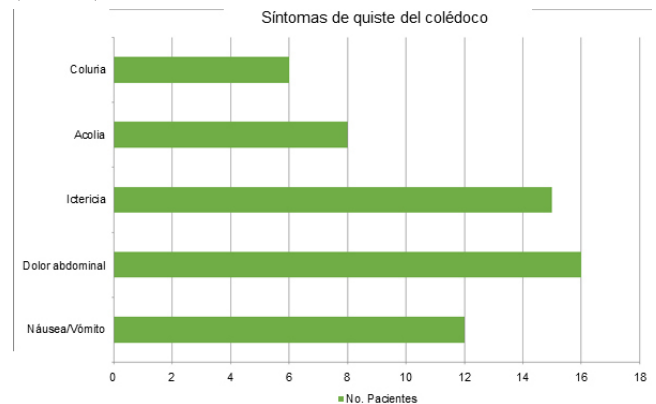
**Resultados:** Se incluyó a 38 pacientes, 26 (68,4%) mujeres y 12 (31,5%) hombres. La muestra se dividió en dos grupos: 14 (36,8%) < 1 año (grupo 1) y 24 (63,1%) de 1 a 18 años (grupo 2). La edad promedio de diagnóstico fue de 4 años ( $\pm 4,2$ ), con edad mínima de cinco días de vida y máxima de 16 años. El quiste del colédoco tipo I fue el más frecuente y se identificó en 84,2% de los pacientes, lo cual coincide con lo informado en la bibliografía. En ninguno de los pacientes se reconoció la triada habitual; el síntoma más frecuente fue el dolor abdominal en 16 (42%) pacientes, seguido de ictericia en 15 (39,4%) y náusea y vómito en 12 (31,5%), con 4 (10,5%) sin signos clínicos indicativos (Figura 1). El estudio diagnóstico más utilizado fue el ultrasonido abdominal en 21 (55%) pacientes, en 11 se indicó la tomografía de abdomen (29%) y en 6 (16%) la colangiografía. En cuanto a los estudios de laboratorio al ingreso, la transaminasemia fue la más observada, registrada en 25 (65,7%) pacientes, así como el patrón coleostático en 21 (55,2%) y 6 (15,7%) no mostraron alteración en los estudios de laboratorio. Hasta 36 individuos fueron objeto de tratamiento quirúrgico, 24 sin complicaciones posquirúrgicas (63,2%), cinco con complicaciones de largo plazo que requirieron una segunda intervención quirúrgica (13,1%), 7 (18,5%) con complicaciones de corto plazo y 2 (5,2%) se perdieron en el seguimiento. En cuanto a la mortalidad, 3 (7,8%) pacientes murieron por infecciones relacionadas con los cuidados de la salud posquirúrgicos.

**Conclusiones:** En la población pediátrica se ha modificado la presentación clínica de pacientes con quistes del colédoco. Los síntomas habituales son

poco específicos de la afección; sin embargo, se observó que la transaminasemia, en relación con un patrón coleostático, puede ser indicativa; el trastorno debe sospecharse en el paciente pediátrico con ictericia y dolor abdominal. El diagnóstico se establece de forma tardía y el género más afectado es el femenino, tal y como lo refieren los estudios mundiales.

**Financiamiento:** No se recibió financiamiento por ninguna institución gubernamental o comercial.

**Figura 1.** Síntomas más frecuentes en pacientes pediátricos con diagnóstico de quiste del colédoco. En orden descendente: dolor abdominal (16 pacientes), ictericia (15), náusea y vómito (12), acolia (8) y coluria (6). (Dom141)



### Dom142

## QUISTE GIGANTE DE COLÉDOCO, UNA CAUSA INUSUAL DE DOLOR ABDOMINAL EN PEDIATRÍA: SERIE DE CASOS

A. D. Paredes-Alcocer, O. Parra-Gaiani, Y. Quiñones-Pacheco, G. Peniche-González, G. Herrera-Can, J. A. Vázquez-Contreras, Hospital General

**Introducción:** Los quistes del colédoco son dilataciones congénitas de la vía biliar extrahepática. Los quistes > 10 cm se conocen como quistes gigantes del colédoco, una malformación congénita de la vía hepatobiliar poco frecuente en pediatría. Su incidencia es de 1 caso por cada 150 000 habitantes y son más frecuentes en mujeres que en hombres con una relación hombre:mujer de 1:4.

**Objetivo:** Presentar una serie de casos clínicos de pacientes pediátricos con quiste gigantes del colédoco.

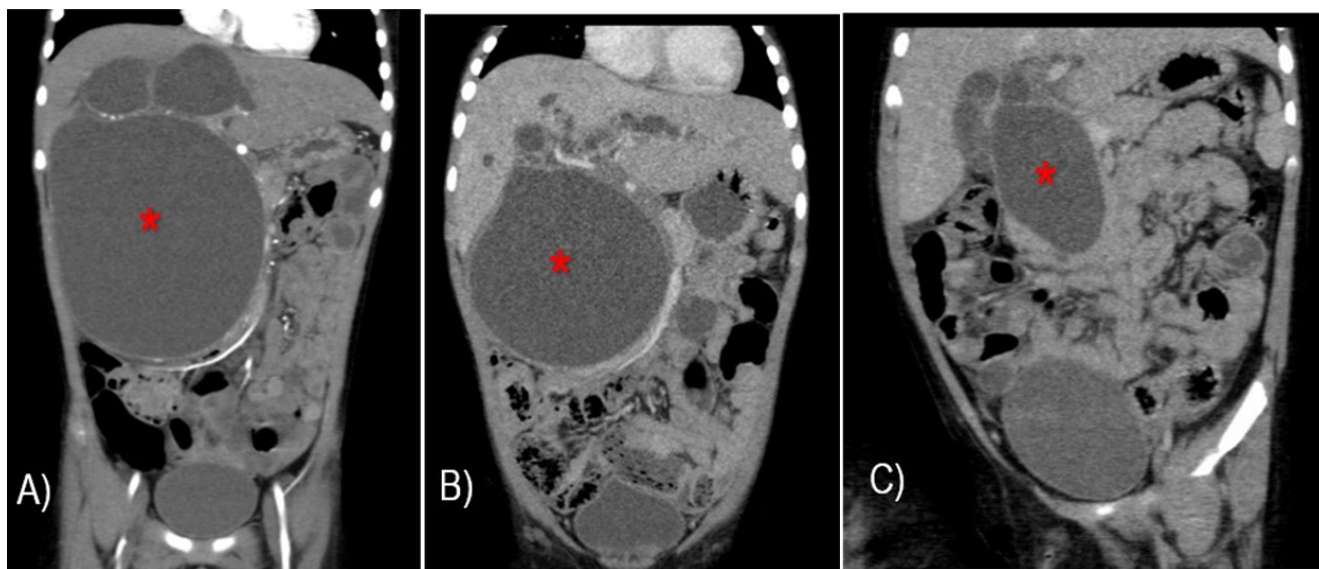
**Informe de casos:**

**Caso 1:** Mujer de tres años con padecimiento de una semana de evolución, con dolor abdominal, estreñimiento, fiebre intermitente y masa abdominal palpable. Tratada de manera sintomática sin mejoría. Se registra transaminasemia en los controles de laboratorio de ingreso. La tomografía abdominal indica dilatación quística del colédoco de 35 mm, Todani I-A. El servicio de cirugía pediátrica practicó colecistectomía laparoscópica más derivación biliodigestiva con anastomosis hepatoduodenal. Entre las complicaciones se encontraron datos de colangitis.

**Caso 2:** Hombre de cinco años con padecimiento de tres semanas de evolución con dolor abdominal y vómito, tratado de manera sintomática sin mejoría. Se observa transaminasemia en los controles de laboratorio de ingreso. El ultrasonido abdominal revela dilatación quística del colédoco de 10 mm, Todani I-C. Se somete a colecistectomía laparoscópica más derivación biliodigestiva con anastomosis hepatoyeyunal. Entre las complicaciones se identificó una vesícula biliar con múltiples cálculos biliares.

**Caso 3:** Mujer de dos años con padecimiento de un mes de evolución, con dolor abdominal, vómito, ictericia, distensión abdominal con empeoramiento progresivo y masa abdominal palpable. Tratada de manera sintomática sin mejoría. Muestra transaminasemia en los controles de laboratorio de ingreso e hiperbilirrubinemia. La tomografía abdominal registró dilatación quística del colédoco de morfología fusiforme de 10 mm, Todani IV-A. Se somete a colecistectomía laparoscópica más derivación biliodigestiva con anastomosis hepatoyeyunal. Entre las complicaciones se identificaron signos de fuga biliar (Figura 1).

Figura 1. Tomografía simple y contrastada abdominopélvica en pacientes con quistes gigantes del colédoco. Vista coronal de la tomografía (A, B y C) en la que se identifica una colección de líquido bien circunscrita en relación con quiste de colédoco (asterisco rojo). A, medidas de 9,6 x 12,9 cm con 1 600 cm<sup>3</sup> de contenido. B, medidas de 9,7 x 10,2 con 440 cm<sup>3</sup> de contenido. C, medidas de 8,3 x 10,4 cm con 380 cm<sup>3</sup> de contenido y morfología fusiforme. (Dom142)



**Discusión:** El quiste gigante del colédoco es una rara entidad en el espectro de las anomalías congénitas de la vía biliar, con pocos casos notificados en las publicaciones médicas. El 80% de los quistes del colédoco se diagnostica en la primera década de la vida y la presentación clínica se caracteriza por la triada clínica de dolor abdominal en el cuadrante superior, masa palpable e ictericia. El reconocimiento temprano de esta entidad ayuda a evitar complicaciones, como formación de litos, colangitis recurrente, transformación maligna a colangiocarcinoma, pancreatitis, hipertensión portal, fibrosis hepato-biliar, ictericia obstructiva e insuficiencia hepática final. El quirúrgico es el tratamiento de elección en los quistes gigantes del colédoco para evitar sus complicaciones. La cirugía laparoscópica es la que mejor resultados ha ofrecido en pacientes pediátricos.

**Conclusiones:** En este estudio se presenta una serie de casos de quistes gigantes del colédoco. El diagnóstico requiere alta sospecha clínica y debe incluirse como diagnóstico diferencial en la evaluación del dolor abdominal en pediatría. La técnica de reconstrucción del tracto biliar posterior al retiro del quiste no está bien establecida en la bibliografía médica por falta de estudios clínicos prospectivos aleatorizados, por lo que la experiencia y el criterio clínico del cirujano determinan la técnica de reconstrucción. La resección laparoscópica del quiste con anastomosis hepatoyeyunal parece ser segura y eficaz en niños como técnica quirúrgica.

**Financiamiento:** No se contó con financiamiento.

### Dom143

## EPIDEMIOLOGÍA, CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS, HISTOLÓGICAS Y TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DE PACIENTES PEDIÁTRICOS CON DIAGNÓSTICO DE QUISTE DE COLÉDOCOS EN LOS ÚLTIMOS 10 AÑOS DIAGNOSTICADOS EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL

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

**Introducción:** El quiste del colédoco es una anomalía congénita infrecuente de la vía biliar que se caracteriza por una dilatación intrahepática o extrahepática de esta. Hasta el 80% de los casos se diagnostica en la edad pediátrica. Las principales manifestaciones clínicas suelen ser inespecíficas y requieren un abordaje integral para establecer un diagnóstico oportuno. En México no existen informes recientes de esta afección, por lo que la descripción de la enfermedad permitirá realizar una evaluación completa y

establecer un diagnóstico temprano de sus posibles complicaciones (cirrosis hepática, pancreatitis, colangitis y neoplasias de vía biliar).

**Objetivo:** Describir la epidemiología, manifestaciones clínicas, características histológicas y tratamiento quirúrgico de pacientes diagnosticados con quiste del colédoco en un centro de tercer nivel de la Ciudad de México en los últimos 10 años.

**Material y métodos:** Se realizó un estudio descriptivo, retrospectivo, transversal y observacional. Se incluyeron los expedientes de los pacientes con diagnóstico de quiste del colédoco en el periodo del 1 de enero del 2014 al 1 de enero del 2024. El estudio consideró la epidemiología, presentación clínica, diagnóstico, características histológicas y tratamiento quirúrgico. Los resultados se analizaron con medidas de frecuencia para obtención de porcentajes y medias con desviación estándar.

**Resultados:** Se identificó a 52 pacientes, 40 (76,9%) del género femenino, con una media de edad al diagnóstico de  $67 \pm 7,8$  meses. El tipo más frecuente de acuerdo con la clasificación de Todani fue el 1 con 13 (26,5%), seguido de IA en 11 (22,4%), IB en 5 (10,2%), IC en 7 (14,3%), IV en 5 (10,2%), IVA en 5 (10,2%) y V en 1 (2%). La presentación clínica consistió en dolor abdominal en 40 (76,9%) pacientes, ictericia en 31 (59,6%) y masa abdominal en 11 (21,2%); las complicaciones vinculadas fueron la pancreatitis con 14 (26,9%) y la colangitis con 7 (13,5%); solo un paciente inició con sangrado del tubo digestivo alto anemizante secundario a hipertensión portal. Se identificó colestasis en 25 (49%) pacientes. El estudio de gabinete inicial requerido para el diagnóstico fue el USG de hígado y la vía biliar en 39 (75%) casos, TAC abdominal en 11 (21%) y colangiografía en 2 (3,8%). El tratamiento quirúrgico consistió en la anastomosis hepatoyeyunal en Y de Roux en 98% (51) y un paciente requirió esfinteroplastia por CPRE. Se tomaron biopsias en 29 (55%) de los pacientes, de las cuales se encontraron informes de patología sobre biopsias hepáticas en 9 (17,3%), de las que 3 (5,8%) se notificaron con cirrosis hepática y 2 (3,8%) con fibrosis hepática congénita.

**Conclusiones:** En este trabajo se advirtió que la presentación epidemiológica en este país es semejante a la informada en las publicaciones internacionales. Es esencial la sospecha diagnóstica de esta anomalía; los médicos de primer contacto deben tener particular atención en los pacientes con dolor abdominal crónico, ictericia y masa abdominal, ya que estas características clínicas son las más descritas en las publicaciones médicas. El diagnóstico oportuno permitirá identificar a los individuos con alto riesgo de evolución a cirrosis hepática, ya que en este trabajo se identificó a pacientes con estas características histológicas, además de un nexo con la fibrosis hepática congénita; por consiguiente, las biopsias tomadas durante la operación representan un pilar para el pronóstico y el tratamiento médico subsecuente. En cuanto al tratamiento quirúrgico, la anastomosis hepatoyeyunal en Y de Roux fue el procedimiento de elección en esta serie, algo también similar a lo descrito en la bibliografía.

**Financiamiento:** No se recibió financiamiento de ningún tipo.



## Dom144

## COLECISTOLITIASIS EN PACIENTES PEDIÁTRICOS. DATOS CLÍNICOS Y COMPLICACIONES

K. D. Guzmán-Avilán, V. D. Olivas-Cabral, G. D. Hernández-Gómez, I. A. Cura-Esquivel, C. A. Zapata-Castilleja, E. Duarte-Reséndiz, J. L. Rodríguez-Díaz, Hospital Universitario José Eleuterio González

**Introducción:** Durante las últimas dos décadas, la colelitiasis se ha reconocido en un número cada vez mayor de pacientes pediátricos. La causa puede desconocerse o relacionarse con factores de riesgo identificados. Unos 20 años antes se describía que el 20% de los cálculos biliares en los niños se relacionaba con una enfermedad hemolítica y que el 20% restante se vinculaba con otras causas. La prevalencia en pediatría ha aumentado hasta 1,9% a 4% en relación con el incremento de la obesidad.

**Objetivo:** Describir la forma de presentación de la litiasis vesicular, su evolución y las complicaciones en pacientes pediátricos atendidos en un hospital general.

**Material y métodos:** Estudio retrospectivo, analítico y transversal. Se evaluaron los expedientes de pacientes pediátricos atendidos en el Hospital Universitario José Eleuterio González en el periodo de marzo de 2019 a febrero de 2024 por el diagnóstico de colelitiasis. Se incluyó a los pacientes con edad < 17 años con diagnóstico confirmado por US de colelitiasis. Se registraron los datos antropométricos de peso, talla e IMC. Se documentaron las complicaciones y el tratamiento establecido. Los datos obtenidos se analizaron en el programa estadístico SPSS 21.0.

**Resultados:** Se incluyó a 43 pacientes, 24 (55,8%) del género femenino y 19 (44,2%) del masculino; la media de edad fue de 13 años (10,75-15,3). En términos nutricionales, 16 (37,2%) pacientes fueron eutróficos, mientras que 11 (25,5%) tenían sobrepeso y 16 (37,2%) obesidad. La litiasis vesicular simple fue más frecuente en los individuos con obesidad. De la misma forma, los sujetos con coledocolitiasis tenían un IMC significativamente más alto que aquellos con colelitiasis simple ( $p = 0,03$ ). Dentro de las manifestaciones clínicas, el dolor abdominal se observó en 83,7% de los casos, y la náusea o el vómito en el 65,11%. Las complicaciones más prevalentes fueron colelitiasis en 16 (37,2%), pancreatitis en 16 (37,2%), coledocolitiasis en 5 (11,6%) y colangitis en 2 (4,6%); la pancreatitis fue más común en pacientes con sobrepeso/obesidad (**Figura 1**).

**Conclusiones:** Los resultados del estudio sugieren que la obesidad es un factor de riesgo significativo para la colelitiasis y las complicaciones graves relacionadas como la pancreatitis aguda biliar. Esos datos son similares a los notificados en un estudio previo conducido en esta institución (2006) en el que se incluyó a 42 pacientes y en el cual la obesidad fue la comorbilidad más prevalente (62 vs. 43%); en el estudio actual se observó un incremento de la aparición de pancreatitis como la complicación más frecuente (37,2% vs. 11,9%).

**Financiamiento:** No se recibió financiamiento de ningún tipo.

Tabla 1. Comparación de pacientes eutróficos, con sobrepeso-obesidad y con complicaciones. (Dom144)

	Eutrófico (n = 16)	Obesidad (n = 27)	p
<b>Sexo</b>			0,189
Femenino, n (%)	11 (68,8%)	13 (48,1%)	
Masculino, n (%)	5 (31,2%)	14 (51,9%)	
<b>Diagnóstico por imagen</b>			0,836
Colecistocolocolitiasis, n (%)	2 (12,25%)	3 (10,7%)	
Colelitiasis, n (%)	12 (75%)	21 (75%)	
Lodo biliar, n (%)	2 (12,25%)	3 (10,7%)	
<b>Manifestaciones clínicas</b>			
Dolor abdominal, n (%)	16 (100%)	20 (74,1%)	0,026
Náusea/vómito, n (%)	14 (87,5%)	14 (51,9%)	0,018
Fiebre, n (%)	4 (25%)	4 (14,8%)	0,407
<b>Tratamiento</b>			
Quirúrgico, n (%)	12 (75%)	14 (51,9%)	0,133
Médico, n (%)	12 (75%)	24 (88,9%)	0,233
CPRE, n (%)	3 (18,8%)	3 (11,1%)	0,485
<b>Complicaciones</b>			
Colecistitis, n (%)	8 (50%)	8 (29,6%)	0,182
Coledocolitiasis, n (%)	3 (18,8%)	2 (7,4%)	0,374
Colangitis, n (%)	1 (6,3%)	1 (3,7%)	0,372
Pancreatitis, n (%)	7 (43,8%)	9 (33,3%)	0,459
<b>Estudios de laboratorio elevados</b>			
WBC, n (%)	8 (50%)	10 (37%)	0,405
PCR, n (%)	8 (50%)	8 (29,6%)	0,182
Transaminasas, n (%)	9 (56,3%)	15 (55,6%)	0,965
Glucosa, n (%)	5 (31,3%)	6 (22,2%)	0,512
Colesterol, n (%)	4 (25%)	6 (22,2%)	0,835
Triglicéridos, n (%)	1 (6,3%)	14 (48,1%)	0,005



# REVISTA DE GASTROENTEROLOGÍA DE MÉXICO

www.elsevier.es/rgmx



## Sesión de trabajos libres orales

Lunes 18 de noviembre de 2024

### Neurogastroenterología III

Lun145

#### EXPERIENCIAS ADVERSAS DE LA INFANCIA Y CAMBIOS MANOMÉTRICOS EN INDIVIDUOS CON INCONTINENCIA FECAL Y ESTREÑIMIENTO FUNCIONAL

J. L. Vargas-Basurto, B. A. Priego-Parra, H. R. Ordaz-Álvarez, K. R. Rocío-Zermeño, F. A. Félix-Téllez, R. A. Jiménez-Castillo, G. P. Martínez-Pérez, S. A. Reyes-Díaz, J. M. Remes-Troche, Instituto de Investigaciones Médico-Biológicas, Universidad Veracruzana

**Introducción:** Las experiencias adversas de la infancia (EAI) se relacionan con trastornos gastrointestinales debido a la disregulación del eje hipotálamo-pituitaria-suprarrenal que conduce al estrés tóxico y disfunción de las barreras de permeabilidad. Los estudios previos han mostrado que, en poblaciones pediátricas, el estrés temprano se vincula con incontinencia fecal (IF) y estreñimiento funcional (EF). Sin embargo, se dispone de pocos estudios en adultos y los existentes se centran casi de modo exclusivo en el abuso.

**Objetivo:** Comparar la prevalencia de EAI en individuos sanos y aquellos con estreñimiento funcional e incontinencia fecal, además de correlacionar estos hallazgos con alteraciones de los patrones de la manometría anorrectal.

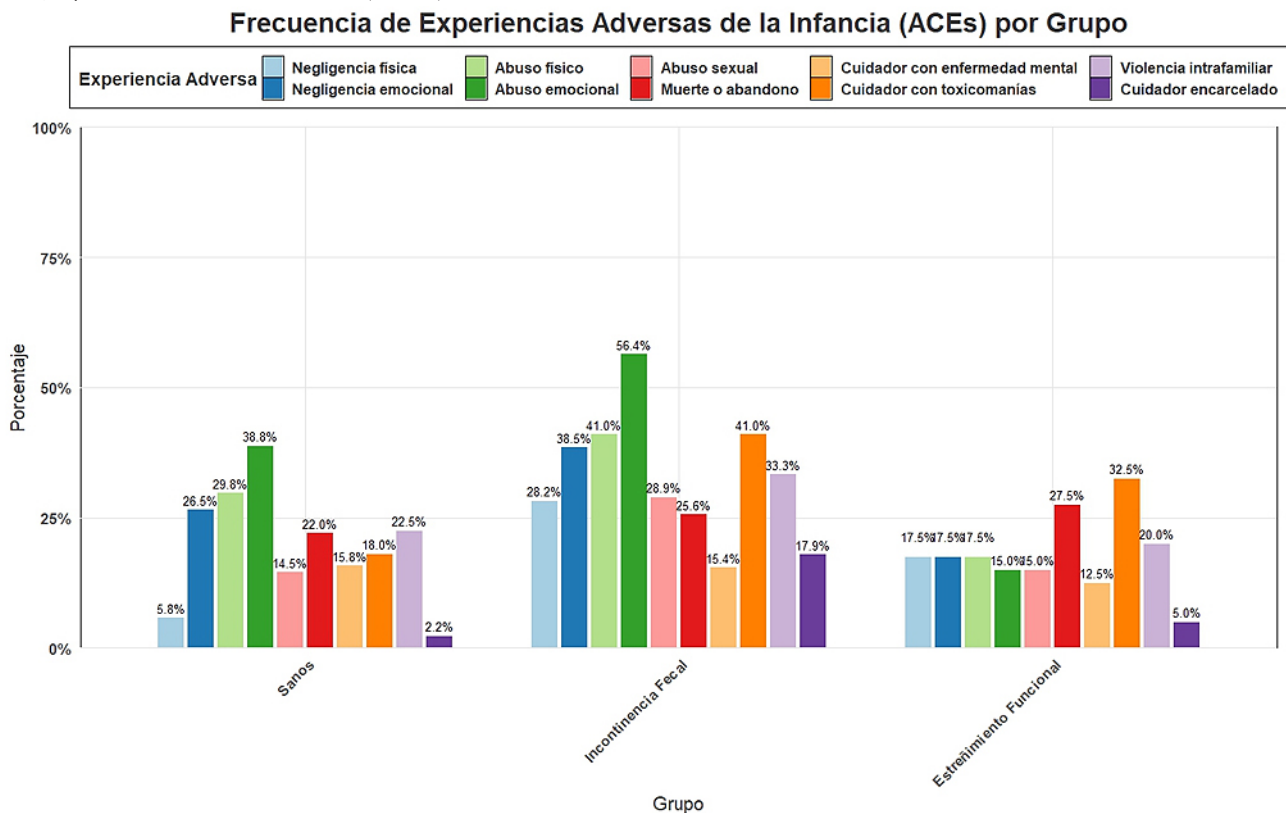
**Material y métodos:** Estudio transversal y analítico en el que se incluyó a 479 individuos, de los cuales 40 tuvieron diagnóstico de EF, 39 de IF y 400 eran individuos sanos. Todos los participantes completaron los cuestionarios sobre EAI, ansiedad y depresión (HADS), síntomas de incontinencia (Wexner) y síntomas de estreñimiento funcional (PAC-SYM). Los individuos con trastornos de la defecación se sometieron a manometría anorrectal (MAR). Se recopilaron y analizaron las métricas de acuerdo con la clasificación de Londres para trastornos anorrectales. Se evaluó la distribución de los datos y la homocedasticidad y se

utilizaron las pruebas t de Student o la de rangos de Wilcoxon para la comparación de medias; se incluyeron correlaciones con la prueba de Spearman y se implementó un modelo de regresión lineal generalizado mediante un método de eliminación hacia atrás para determinar predictores de IF y EF. Se calculó la razón de momios al IC95% y se determinó como significancia estadística un valor de  $p < 0,05$ . El análisis se efectuó con el programa R Studio 4.1.3.

**Resultados:** Al comparar a individuos sanos con enfermos se observó una mayor prevalencia de EAI en los sujetos con IF o EF (81% vs. 68,8%,  $p = 0,029$ ) (Figura 1). En los pacientes con IF, aquellos que habían experimentado negligencia física o tuvieron un cuidador con toxicomanías requirieron un mayor volumen en la prueba de expulsión de balón para la primera sensación. Además, los sujetos con muerte o abandono mostraron una menor presión rectal durante la tos en comparación con aquellos sin EAI. En los casos con EF, los individuos con abuso sexual mostraron una mayor presión anal durante la tos, mientras que las personas con abuso emocional registraron un menor reflejo rectoanal inhibitorio. La negligencia física (OR 6,4; IC95% 2,8-14,2;  $p = 0,0001$ ), el abuso emocional (OR 2; IC95% 1-3,9;  $p = 0,033$ ), el abuso sexual (OR 2,3; IC95% 1-4,9;  $p = 0,025$ ) y un cuidador abusador de sustancias (OR 3,1; IC95% 1,5-6,3;  $p = 0,001$ ) se vincularon con IF. Por otro lado, la negligencia física (OR 3,4; IC95% 1,3-8,7;  $p = 0,005$ ), el abuso emocional (OR 2,5; IC95% 1,2-5,4;  $p = 0,003$ ) y un cuidador con toxicomanías (OR 2,1; IC95% 1-4,4;  $p = 0,027$ ) se relacionaron con EF. Tras ajustar por edad, sexo e IMC se encontró que la edad (calculado 1,8,  $z = 6,13$ ,  $p = 0,0001$ ), el abuso físico (calculado 1,75,  $z = 2,2$ ,  $p = 0,024$ ) y un cuidador abusador de sustancias (calculado 2,3,  $z = 3,1$ ,  $p = 0,0001$ ) fueron predictores de IF. En cuanto a EF, la edad (calculado 0,94,  $z = 5,99$ ,  $p = 0,0001$ ) y un cuidador abusador de sustancias (calculado 1,16,  $z = 2,2$ ,  $p = 0,027$ ) fueron predictores significativos.

**Conclusiones:** Las EAI son más frecuentes en individuos con IF y EF en comparación con los sujetos sanos y se vinculan con ambas alteraciones. Además, ciertos dominios de EAI se correlacionan con patrones manométricos

**Figura 1.** EAI en individuos sanos y pacientes con estreñimiento funcional o incontinencia fecal; se muestra cada uno de los 10 dominios expresado en porcentaje. EAI, experiencias adversas de la infancia. (Lun145)



específicos. Con base en estos resultados, se recomienda el tamizaje sistemático de EAI en pacientes con trastornos de la defecación para una mejor comprensión y control de estos padecimientos.

**Financiamiento:** No se contó con financiamiento alguno.

## Lun146

### EVALUACIÓN DE DIARREA CRÓNICA CON ENFOQUE EN DIARREA FUNCIONAL, MODIFICADORES CLÍNICOS Y BIOMARCADORES

M. Schmulson, S. A. Zaragoza-Galicia, A. Hernández-Hernández, Laboratorio de Hígado, Páncreas y Motilidad (HIPAM), Unidad de Investigación en Medicina Experimental Dr. Ruy Pérez Tamayo, Facultad de Medicina, Universidad Nacional Autónoma de México

**Introducción:** La diarrea funcional (DF) es un subgrupo de la diarrea crónica con prevalencia global según los criterios de Roma IV de 4,7% (IC95% 4,5-4,9) y en México de 4,4% (IC95% 3,5-5,3). Sin embargo, se ha investigado poco. Con el avance del conocimiento sobre trastornos de la interacción intestino-cerebro (TIIC) se han identificado causas que la explican. En realidad, el perfil clínico multidimensional (PCMD) para los TIIC incluye modificadores clínicos y biomarcadores necesarios para el diagnóstico y el tratamiento individualizado.

**Objetivo:** Determinar las causas de diarrea orgánica (DO) y DF, y los modificadores clínicos y fisiológicos relacionados.

**Material y métodos:** Estudio retrospectivo de 76 pacientes que consultaron por diarrea crónica en una clínica especializada en motilidad y TIIC, entre el 15 de febrero de 2021 y el 14 de noviembre de 2022. Se analizaron el diagnóstico definitivo y los estudios paraclínicos requeridos. Los pacientes con DF se clasificaron como sigue: con o sin modificadores clínicos/biomarcadores, y superposición con DO. Los resultados se expresaron en porcentajes e IC95%, medianas y rangos, y media  $\pm$  DE.

**Resultados:** Del total, 43 (56,6%) fueron mujeres y 33 (43,4%) hombres, con edad media de  $54,3 \pm 21,3$  años y sin diferencias en edad por sexo. En 65,8% se determinó DF y en 34,2% DO, con edad de  $49,2 \pm 21,2$  vs.  $64 \pm 18,1$  años

( $p = 0,07$ ), respectivamente; y de estos, 7,8% tenía sobreposición DF/DO. El 23,7% consultó una sola vez, de tal modo que 58 (76,3%) continuaron el abordaje diagnóstico. Del total de DF, una tercera parte no mostró modificadores clínicos/biomarcadores y dos terceras partes sí; la DF posinfección (PI) fue la más frecuente (18,5%) (Tabla 1). En general, en 43 se realizó tránsito intestinal (TI), que fue normal (120-230 min) en 37,2% y acelerado (20-110 min) en 62,8%. De estos últimos, dos terceras partes correspondieron a DF:  $91,15 \pm 55,2$  min y una tercera parte a DO:  $118,8 \pm 47,3$  min ( $p = 0,09$ ). El TI acelerado permitió dirigir el tratamiento (p. ej., amitriptilina). Dentro de los hallazgos morfológicos del TI se reconocieron signos de mala absorción, mala rotación yeyunal y divertículos duodenales sin diferencias entre DF y DO. De 25 pacientes con ant-CdtB y antivinculina, fueron positivos cuatro para DF (DF-PI y SGNC) y cuatro para DO (esprue tropical, EC, colitis microscópica, parasitosis, diarrea multifactorial). Otros estudios de utilidad fueron los carotenos para esprue tropical, serología para EC, endoscopia y colonoscopia con biopsias para confirmar EC, ileitis o colitis eosinofílica, y colitis microscópica.

**Conclusiones:** Las alteraciones fisiopatológicas como el TI acelerado o las morfológicas, anti-CdtB/antivinculina, serología para EC, alteraciones histológicas en intestino delgado/colon se superponen en los pacientes con DF y DO, lo cual obliga a conducir un estudio completo en pacientes con diarrea crónica.

## Lun147

### ENCUESTA LATINOAMERICANA EN GASTROENTERÓLOGOS EXPERTOS EN TRASTORNOS DEL EJE INTESTINO-CEREBRO (TIIC) SOBRE EL TRATAMIENTO DEL SÍNDROME DE INTESTINO IRRITABLE (SII) EN LA PRÁCTICA CLÍNICA

I. Hanna-Jairala, M. Schmulson, G. Puentes-Leal, A. M. Madrid, L. Aguilar-Paiz, J. Suazo-Barahona, J. M. Remes-Troche, E. Coss-Adame, L. M. Bustos-Fernández, L. Solé, Grupo Colaborativo: Sociedad Latinoamericana de Neurogastroenterología, Hospital Miguel H. Alcívar

Tabla 1. (Lun146)

Diagnósticos	Pacientes (n)	Prevalencia % (IC95%)	Sexo		Edad mediana (intervalo)
			Mujer (n)	Hombre (n)	
<b>Diarrea funcional (DF)</b>					
DF sin modificadores clínicos/biomarcadores	16	21,1	9	7	61,5 (16-86)
DF con modificadores clínicos/biomarcadores	34	44,7	17	17	42,0 (18-81)
– DF PI	10	13,2	5	5	47 (18-75)
---- DF PI + tránsito acelerado	4	5,3	1	3	31 (21-58)
– DF con tránsito acelerado	9	11,8	5	4	38 (19-81)
---- DF con tránsito acelerado + Pb SIBO	2	2,6	1	1	43,5 (26-61)
---- DF con tránsito acelerado + IBP	1	1,3	--	1	58
– DF Pos-COVID-19 y posvacuna	2	2,6	2	--	67 (61-73)
– DF por IBP	1	1,3	--	1	42
– DF con mala rotación yeyunal + SIBO	1	1,3	1	--	21
– DF con MAAB	1	1,3	--	1	73
– DF con SGNC	1	1,3	--	1	42
---- DF con SGNC + Pb SIBO	1	1,3	1	--	66
– TFGI con diarrea + Pb SIBO	1	1,3	1	--	23
<b>Diarrea orgánica (DO)</b>					
– Esprue tropical	6	7,9	3	3	77 (30-82)
– Colitis microscópica	5	6,6	5	--	66 (63-71)
– Enfermedad celiaca	4	5,3	2	2	52,5 (14-69)
– Colitis eosinofílica	2	2,6	2	--	65 (52-78)
– Ileítis eosinofílica + Pb SIBO	1	1,3	1	--	52
– Enteropatía autoinmunitaria	1	1,3	1	--	51
– Enterocolitis infecciosa crónica	1	1,3	--	1	33
– Pancreatitis crónica	1	1,3	1	--	83
– CUCI	1	1,3	1	--	79
– Gastrinoma	1	1,3	--	1	71
– Diarrea del diabético	1	1,3	--	1	77
– Sigmoidectomía término-terminal	1	1,3	1	--	82
– Diarrea multifactorial (diabetes mellitus tipo 2, IBP)	1	1,3	--	1	86
<b>Total</b>	<b>76</b>	<b>100</b>	<b>43</b>	<b>33</b>	<b>58 (14-86)</b>

PI, posinfección; Pb, probable; SIBO, sobrecrecimiento bacteriano del intestino delgado; IBP, inhibidores de la bomba de protones; MAAB, malabsorción de ácidos biliares; SGNC, sensibilidad al gluten no celiaca; TFGI, trastorno funcional gastrointestinal inespecífico; CUCI, colitis ulcerativa crónica inespecífica.

**Introducción:** El SII-Roma IV tiene una prevalencia de 4,1% en países de Latinoamérica, sin diferencias entre los encuestados (Argentina, Brasil, Colombia, México) en el Estudio Epidemiológico Global de Roma IV. (Schmulson, Neurogastroenterol Motil 2023). Aunque las guías de tratamiento del SII son similares, existen diferencias entre países por la disponibilidad de los fármacos y variabilidad en los sistemas de salud.

**Objetivo:** Evaluar la heterogeneidad en los tratamientos para SII entre gastroenterólogos expertos en TIIC en Latinoamérica.

**Material y métodos:** Encuesta por internet realizada a 97 gastroenterólogos expertos de 14 países de Latinoamérica (82,5% de práctica privada y 17,5% de práctica pública). Se incluyeron 110 preguntas, 87 relacionadas con el tratamiento del SII. Se realizó un análisis observacional descriptivo de exploración de datos de variables cualitativas.

**Resultados:** Los antiespasmódicos son los tratamientos más prescritos; 98% consideró al menos un antiespasmódico para el tratamiento de SII. Sin embargo, hay diferencias de acuerdo con el subtipo de SII: en el SII-D, el 93% indicó trimebutina, 85% bromuro de pinaverio y 84% mebeverina; en el SII-M, el 86%

prescribió trimebutina, 81% mebeverina o trimebutina + simeticona, y 80% bromuro de pinaverio; y en el SII-E, el 75% indicó trimebutina, 74% trimebutina + simeticona, y 72% bromuro de otilonio. El 40% no administra menta piperita, 30% dicitroverina y 25% hiosciamina y citrato de alverina por falta de disponibilidad en sus países. El 50% considera algunas veces pregabalina y 35% gabapentina. En cuanto a las dietas, el 83% indica una dieta baja en FODMAP y el porcentaje llega hasta el 93% cuando hay distensión abdominal; y 82% considera otras modalidades, como dieta baja en gluten o baja en lácteos. En el SII-D y en la distensión abdominal, más del 90% utiliza rifaximina o probióticos (sin diferencias entre cepas); también en el SII-D, el 81% prescribe colestiramina y 78% loperamida. En el caso de la prueba de aliento positiva, el 60% considera la rifaximina. En el SII-E, los tratamientos más administrados son polietilenglicol (92%), *psyllium* (89%), prucaloprida (77%) y linaclotida (60%); y también hay diferencias por disponibilidad local. Los neuromoduladores están indicados hasta en un 94% cuando no hay respuesta al tratamiento convencional; en el SII-D, los tricíclicos son los más empleados (94%) y en el SII-E los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (84%). En el



SII con síntomas depresivos, el 99% considera remitir a psicoterapia. Hasta el 75% indica en alguna medida tratamientos alternativos ante la falta de respuesta al tratamiento convencional, incluidos acupuntura, herbolarios, hipnosis y terapia cognitiva conductual (Tabla 1).

**Conclusiones:** La encuesta muestra un seguimiento de las guías de tratamiento, incluidos los antiespasmódicos como tratamiento de primera línea; su uso difiere por la disponibilidad local y subtipo de SII, pero son los más administrados en el SII-D. La rifaximina y los probióticos se administran con frecuencia para el SII-D. Los neuromoduladores se consideran un tratamiento de segunda línea y la psicoterapia en la depresión. Para la óptima aplicación de los recursos terapéuticos se requieren guías de práctica clínica diseñadas de acuerdo con la disponibilidad local de los tratamientos y las evidencias de mayor calidad.

**Financiamiento:** Sociedad Latinoamericana de Neurogastroenterología.

## Lun148

### FRECUENCIA DE ANSIEDAD Y DEPRESIÓN EN PACIENTES CON DIAGNÓSTICO DE SÍNDROME DE INTESTINO IRRITABLE EN UNA POBLACIÓN MEXICANA

M. C. Alegría-Ovando, C. G. Solís-Hernández, M. F. Domínguez-Domínguez, Y. M. Velasco-Santiago, M. Motola-Kuba, F. Higuera-De-la-Tijera, Hospital General de México Dr. Eduardo Liceaga

**Introducción:** El síndrome de intestino irritable (SII) es un trastorno funcional digestivo caracterizado por una alteración de la interacción del eje cere-

Tabla 1. Frecuencia informada de tratamientos en el SII por subtipos. (Lun147)

Frecuencia	SII general						SII mixto		
	Neuromoduladores de segunda línea	Dieta baja en FODMAP	Dieta baja en FODMAP en distensión	Dieta baja en gluten o lactosa	Terapia psicológica en depresión	Terapias alternativas	Trimebutina	Mebeverina	Trimebutina + simeticona
Siempre	20,62%	12,37%	22,68%	5,15%	36,08%	5,15%	11,34%	9,28%	13,40%
La mayoría de las veces	46,39%	37,11%	23,71%	53,61%	31,96%	20,62%	25,77%	18,56%	32,99%
Algunas veces	26,80%	32,99%	46,39%	22,68%	30,93%	49,48%	48,45%	53,61%	35,05%
Nunca	6,19%	17,53%	7,22%	18,56%	1,03%	24,74%	13,40%	17,53%	10,31%
No está disponible en mi país	na	na	na	na	na	na	1,03%	1,03%	8,25%
SII-diarrea									
Frecuencia	Trimebutina	Bromuro de pinaverio	Mebeverina	Rifaximina	Probióticos	Colestiramina	Loperamida	Rifaximina con prueba de aire espirado +	Tricíclicos
Siempre	13,40%	11,34%	6,19%	32,0%	30,93%	3,09%	10,31%	27,8%	22,7%
La mayoría de las veces	37,11%	25,77%	20,62%	41,2%	40,21%	14,43%	17,53%	12,4%	41,2%
Algunas veces	42,27%	47,42%	56,70%	22,7%	23,71%	63,92%	50,52%	18,6%	29,9%
Nunca	6,19%	14,43%	15,46%	4,1%	5,15%	17,53%	18,56%	27,8%	6,2%
No está disponible en mi país	1,03%	1,04%	1,03%	0,0%	0,0%	1,03%	3,09%	13,4%	0,0%
SII-estreñimiento									
Frecuencia	Trimebutina	Trimebutina + simeticona	Bromuro de otilonio	Polietilenglicol	Psyllium	Prucaloprida	Linaclotida	Bisacodido	Inhib. de recaptación de serotonina
Siempre	7,22%	13,40%	9,28%	21%	7%	8%	10	2%	9,3%
							%		
La mayoría de las veces	28,87%	28,87%	17,53%	38%	24%	20%	15%	4%	28,9%
Algunas veces	38,14%	32,99%	45,36%	33%	58%	49%	34%	47%	45,4%
Nunca	24,74%	16,49%	24,74%	7%	10%	14%	13%	42%	16,5%
No está disponible en mi país	1,03%	8,25%	3,09%	1%	1%	8%	27%	4%	0,0%

bro-intestino. En el SII coexisten a menudo afecciones psiquiátricas que incluyen depresión, ansiedad y somatización.

**Objetivo:** Determinar la frecuencia de ansiedad y depresión en pacientes con SII.

**Material y métodos:** Estudio observacional, descriptivo y analítico, de tipo casos y controles, en el que se comparó a pacientes con SII con base en criterios de Roma IV y controles sanos, incluidos todos los pacientes mayores de 18 años que acudieron a la consulta externa de gastroenterología en el Hospital General de México Dr. Eduardo Liceaga. Se aplicó el cuestionario HADS (*Hospital Anxiety and Depression Scale*) para evaluar la ansiedad y la depresión. Se realizó un subanálisis para comparar entre los diferentes subtipos de SII. Para comparar entre grupos se emplearon las pruebas t de Student, U de Mann-Whitney, ji cuadrada o prueba exacta de Fisher, según fueran el tipo y la distribución de cada variable. Cuando se comparó entre tres o más grupos se usó la prueba de ANOVA de un factor. Se consideró significativo un valor de  $p < 0.05$ .

**Resultados:** De los 112 pacientes analizados, 74 tenían SII y 40 fueron controles sanos. La mayoría de los participantes correspondió a mujeres (87%), con una edad media de  $49 \pm 14,8$  años. Dentro del grupo con SII se identificaron tres subtipos: SII-E (predominio de estreñimiento) en 40 pacientes (54%), SII-D (predominio de diarrea) en 23 (31%) y SII-M (mixto) en 11 (14,8%). En cuanto a la comorbilidad psicológica, el 24,3% de los pacientes con SII se diagnosticó con depresión y el 37,8% se hallaba en el límite. Se observó una mayor frecuencia de depresión en comparación con los controles sanos (24,3% vs. 0%,  $p = 0,001$ ), aunque no hubo diferencias significativas entre los subtipos de SII ( $p = 0,37$ ). En cuanto a la ansiedad, el 21,6% de los pacientes con SII recibió este diagnóstico y el 43,2% se encontraba en el límite (Tabla 1). De modo similar, se encontró una mayor frecuencia de ansiedad en comparación con los controles sanos (21,6% vs. 0%,  $p = 0,001$ ), sin diferencias significativas entre los subtipos de SII ( $p = 0,41$ ).

**Conclusiones:** La ansiedad y la depresión son más frecuentes en pacientes con SII que en individuos sanos. La presencia de estos trastornos psicológicos parece no estar influida por el predominio de los síntomas de estreñimiento, diarrea o ambos. Estos hallazgos resaltan la importancia de evaluar y controlar adecuadamente los aspectos psicológicos en el tratamiento integral del SII. Tratar los síntomas gastrointestinales y los psicológicos puede contribuir a mejorar la calidad de vida y los resultados clínicos de los pacientes.

**Financiamiento:** No se recibió financiamiento de ningún tipo.

**Tabla 1.** Frecuencia de ansiedad y depresión en pacientes con diagnóstico de síndrome de intestino irritable. (Lun148)

HADS-D	Número	Porcentaje
Categoría normal	28	37,8%
Categoría límite	28	37,8%
Categoría anormal	18	24,3%
HADS-A	Número	Porcentaje
Categoría normal	26	35,1%
Categoría límite	32	43,2%
Categoría anormal	16	21,6%

## Lun149

### ¿GLUCOSA O LACTULOSA? CUÁL ES MEJOR. VARIABILIDAD Y REPRODUCIBILIDAD DE LAS PRUEBAS DE ALIENTO EN SUJETOS SANOS

J. L. Vargas-Basurto, R. A. Jiménez-Castillo, N. B. Noriega-García, F. A. Félix-Téllez, J. M. Remes-Troche, Instituto de Investigaciones Médico-Biológicas, Universidad Veracruzana

**Introducción:** La prevalencia del sobrecrecimiento bacteriano del intestino delgado (SIBO) y el sobrecrecimiento metanógeno intestinal (SMI) se ha incrementado en los últimos años. Establecer el diagnóstico de SIBO e SMI en presencia de una prueba de aliento positiva puede ser impreciso y el sustrato utilizado es un factor importante, ya que el tiempo de tránsito de la lactulosa puede ser corto y dar lugar a una elevada proporción de resultados falsos positivos.

**Objetivo:** Documentar en sujetos sanos la variabilidad diagnóstica entre las pruebas de aliento en hidrógeno y metano espirado con sobrecarga oral de glucosa y lactulosa.

**Material y métodos:** Se incluyó a 30 adultos sanos de septiembre de 2023 a mayo de 2024. Se realizaron pruebas de aliento en hidrógeno y metano espirado con sobrecarga oral de glucosa (75 g) y lactulosa (10 mg) de forma secuencial. A las dos semanas, los individuos se reevaluaron con las mismas pruebas. Una elevación de hidrógeno  $\geq 20$  ppm con respecto al valor inicial se consideró positiva para SIBO. El SMI se definió como elevación de metano  $\geq 10$  ppm respecto del valor inicial. La comparación entre variables categóricas se realizó con la prueba ji cuadrada. Asimismo, la variabilidad entre pruebas de aliento se evaluó mediante el análisis de kappa. Se comparó el área bajo la curva (AUC) entre las pruebas de aliento con regresión lineal.

**Resultados:** En la prueba inicial, tres (10%) voluntarios sanos fueron positivos en la prueba de aliento con glucosa, dos (6,7%) a hidrógeno y uno (3,3%) a metano. En la prueba de aliento con lactulosa, 19 (63,3%) fueron positivos; 14 (46,7%) a hidrógeno, dos (6,7%) a metano y tres (16,7%) fueron positivos para hidrógeno y metano. En la segunda evaluación, en la prueba de aliento con glucosa no hubo ningún voluntario positivo a hidrógeno, pero 3 (10,0%) lo fueron a metano. En la prueba de aliento con lactulosa, 18 (60,0%) resultaron positivos, 15 (50%) a hidrógeno, 2 (6,7%) a metano y 1 (3,3%) a hidrógeno y metano. En la prueba inicial, los resultados de la prueba de aliento en hidrógeno espirado con glucosa (PAHG) y la prueba con lactulosa (PL) coincidieron en 13 (43,3%) voluntarios, 12 negativos y 1 positivo ( $\text{kappa} = -0,016$ ). Los resultados de las pruebas de aliento en metano espirado con glucosa y lactulosa coincidieron en 24 (80%), todos negativos ( $\text{kappa} = -0,059$ ). En la segunda prueba, los resultados de PAHG y PL coincidieron en 14 (46,7%), todos negativos. Además, los resultados de prueba de aliento en metano espirado con glucosa y prueba de aliento en metano espirado con lactulosa coincidieron en 24 (80%), todos negativos, ( $\text{kappa} = -0,111$ ). Mediante análisis de regresión logística, el AUC entre la PAHG y la PL inicial se correlacionó significativamente ( $r = 0,794$ ;  $p < 0,001$ ). El AUC de hidrógeno entre la segunda PAHG y PL se correlacionó en grado significativo ( $r = 0,542$ ;  $p = 0,002$ ).

**Conclusiones:** Existe una cantidad considerable de resultados falsos positivos con la prueba de aliento en hidrógeno espirado con lactulosa. La variabilidad diagnóstica de SIBO y SMI fue alta entre las pruebas de aliento a base de glucosa y lactulosa.

**Financiamiento:** No se recibió ningún financiamiento para la realización de este trabajo.



# REVISTA DE GASTROENTEROLOGÍA DE MÉXICO

www.elsevier.es/rgmx



## Sesión de trabajos libres orales

Lunes 18 de noviembre de 2024

### Endoscopia II

Lun150

#### RADIACIÓN DURANTE LA COLANGIOPANCREATOGRÁFIA RETRÓGRADA ENDOSCÓPICA (CPRE) A CONSIDERAR COMO INDICADOR DE CALIDAD EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO DR. JOSÉ ELEUTERIO GONZÁLEZ

G. C. Celis-Valenzuela, J. O. Jáquez-Quintana, R. A. Jiménez-Castillo, J. A. González-González, R. J. Chicas-López, A. A. Garza-Galindo, H. J. Maldonado-Garza, Hospital Universitario Dr. José Eleuterio González

**Introducción:** La *American Society for Gastrointestinal Endoscopy* (ASGE) propone indicadores de calidad para la colangiopancreatografía retrógrada endoscópica (CPRE). En los últimos años se ha propuesto integrar la medición de la radiación y su control como uno de ellos, pero su conocimiento es todavía menor. En consecuencia, se busca determinar el cumplimiento de los indicadores de calidad y los grados de radiación en un centro de enseñanza, su variabilidad según la experiencia del endoscopista y los grados de dificultad de la CPRE; la finalidad es poder considerarlo un nuevo indicador de calidad. **Objetivo:** Documentar la frecuencia del cumplimiento de los indicadores que establece la ASGE para una CPRE de calidad, y determinar si existe diferencia en el tiempo de fluoroscopia entre el residente en entrenamiento y el endoscopista experto. Evaluar si hay un nexo entre los grados de dificultad de la CPRE propuestos por la ASGE y la cantidad de radiación medida por tiempo de fluoroscopia y cantidad.

**Material y métodos:** Se realizó un estudio ambispectivo que evaluó el periodo de agosto de 2018 a diciembre de 2023. Se incluyó a los pacientes sometidos a CPRE diagnóstica o terapéutica en el servicio de gastroenterología y

endoscopia digestiva. Se recopiló la información de los indicadores de calidad a partir del expediente clínico. Se excluyó a los pacientes que no contaban con información completa en el expediente clínico. Se evaluó la frecuencia del cumplimiento de cada indicador de calidad propuesto por la ASGE. Se compararon el tiempo y la cantidad de exposición a fluoroscopia entre el profesor y el residente en entrenamiento. Para la comparación de dos muestras independientes se utilizó la U de Mann-Whitney. Para la comparación de más de dos muestras independientes se usó la prueba de Kruskal-Wallis.

**Resultados:** Se incluyó a 1 430 pacientes sometidos a CPRE. Al evaluar los indicadores de calidad se observó que en 1 427 (99,8%) CPRE, la indicación fue adecuada. Al evaluar el tiempo y la cantidad de fluoroscopia de las CPRE, la mediana de tiempo de fluoroscopia del residente fue de 2,40 (intervalo, 1,4-4,3) minutos frente a 2,08 (intervalo, 1,0-4,62) minutos empleados por el profesor ( $p = 0,007$ ). La mediana dosis de fluoroscopia utilizada por el residente fue de 18,60 (intervalo, 9,50-33,50) mGy frente a 14,90 (intervalo, 5,54-36,62) mGy usados por el profesor ( $p = 0,016$ ). Al evaluar la posible diferencia entre las medianas de tiempo de fluoroscopia de acuerdo con el grado de dificultad durante la CPRE se observó que el grado 1 mostró una mediana de 2,43 (intervalo, 1,42-4,30) minutos, el grado 2 una mediana de 2,51 (intervalo, 1,39-4,27) minutos y el grado 3 una mediana de 2,36 (intervalo, 1,31-4,70) minutos ( $p = 0,975$ ). En las medianas de cantidad de fluoroscopia de acuerdo con los grados de dificultad de la CPRE se encontró una mediana de 19,0 (intervalo, 9,67-33,80) mGy en el grado 1, una mediana de 17,55 (intervalo, 9,42-31,82) en el grado 2 y una mediana de 17,90 (intervalo, 9,75-37,30) en el grado 3 ( $p = 0,845$ ).

**Conclusiones:** Se obtuvo un cumplimiento del 100% de los indicadores de calidad prioritarios en una CPRE. Se documentó menor tiempo de fluoroscopia en las CPRE practicadas por los endoscopistas de mayor experiencia. La mediana de tiempo de fluoroscopia de ambos grupos se halla por debajo de los límites propuestos por los DRL de Japón del 2020. No se registró diferencia significativa

entre los grados de dificultad de la CPRE y el tiempo de fluoroscopia. Es importante que cada centro documente en el informe de la CPRE la dosis de radiación utilizada y establecer un punto de corte para tomarlo como un indicador de calidad.

**Financiamiento:** No se recibió ningún financiamiento para la realización de este trabajo.

## Lun151

### HALLAZGOS ENDOSCÓPICOS Y DESENLACES CLÍNICOS EN PACIENTES CON HTDA Y ERC TERMINAL

J. L. Cardona-Torres, M. L. Alcántar-Vallín, M. Lazcano-Becerra, A. N. Vázquez-Godínez, H. M. Fonseca-Ron, E. C. Morel-Cerda, E. S. García-Jiménez, J. A. Velarde-Ruiz Velasco, J. M. Aldana-Ledesma, Antiguo Hospital Civil de Guadalajara Fray Antonio Alcalde

**Introducción:** La hemorragia digestiva alta es todavía una de las principales causas de ingreso hospitalario y la enfermedad renal crónica (ERC) tiene una elevada prevalencia en este país. Existen pocos estudios sobre los hallazgos endoscópicos y el desenlace de estos pacientes.

**Objetivo:** Determinar los hallazgos endoscópicos y desenlaces clínicos en pacientes con ERC terminal (ERCT) y HTDA.

**Material y métodos:** Pacientes con ERCT ingresados en el servicio de nefrología del HCFAA de julio del 2021 a abril del 2024 que presentaron HTDA durante su estancia hospitalaria. Tipo de estudio: descriptivo, retrospectivo y observacional. Variables analizadas: edad, género, hallazgos endoscópicos, tratamiento transfusional, estudios paraclínicos generales, estabilidad hemodinámica y parámetros clínicos generales, y desenlace clínico. Análisis estadístico: los resultados se analizaron con SPSS y medidas de frecuencia relativas y centrales para la obtención de porcentajes, media (DE) y mediana (RIQ). Se realizó comparación entre grupos con valor de  $p > 0,05$  y se usaron las pruebas t de Student, ji cuadrada, Fisher o U de Mann-Whitney, según correspondiera.

**Resultados:** Se incluyó a 93 pacientes, 38,7% hombres, con media de edad de 46 años ( $\pm 14$ ); 56,9% ( $n = 53$ ) se encontraba en hemodiálisis (HD), 39,7% ( $n = 37$ ) en diálisis peritoneal (DP) y tres sin tratamiento de sustitución. Entidades comórbidas identificadas: HAS en 84% ( $n = 78$ ), DM en 38% ( $n = 36$ ) e ICC en 6,5% ( $n = 6$ ). El 11,8% consumía AINE (ibuprofeno el principal), el 63,4% furosemida, el 57% antagonistas de calcio, el 52% betabloqueadores, el 35,5% ARA-II y el 6% IECA. Se reconoció a tres pacientes con cirrosis hepática, dos de ellos con descompensación por ascitis y uno con HTDA variceal (Tabla 1). El 55,9% requirió transfusión con hemoderivados, con una media de 3 PG por paciente. Los síntomas y estudios paraclínicos se registran en la Tabla 1, sin observar diferencias entre los grupos. De las escalas de riesgo, la escala AIMS65 ( $> 2$ ) y Rockall ( $> 5$ ) con riesgo alto tuvieron mayor mortalidad y significancia estadística, al contrario de las escalas de Glasgow-Blatchford y ABC en las que no se observó diferencia en la mortalidad. La endoscopia reveló úlceras en 60% (esofágicas,  $n = 5$ ; gástricas,  $n = 32$ ; y duodenales,  $n = 30$ ), el 82% era Forrest III y 11,3% úlceras de alto riesgo (Forrest IA-IIb); esofagitis erosiva en 65,5%, varices esofágicas en 5%, angiodisplasias en 2%, lesión de Mallorrey-Weiss en dos pacientes, lesión de Dieulafoy en uno, hemobilia en otro y bulboduodenitis en 35 individuos. Se indicó terapéutica endoscópica en 8,6% de los casos y se trataron con hemoclips ( $n = 5$ ), ligadura ( $n = 2$ ), argón-plasma ( $n = 1$ ), inyección con adrenalina ( $n = 1$ ) y polvo hemostático ( $n = 1$ ). La mortalidad durante la hospitalización fue de 20,4%.

**Tabla 1.** Variables clínicas, bioquímicas y endoscópicas de pacientes con ERC terminal y HTDA. (Lun151)

	Muertos (n = 19)	Vivos (n = 74)	Valor p
Sexo masculino	11 (58)	46 (62,2)	0,465
Edad	47,37 $\pm$ 17,1	45,74 $\pm$ 14,1	0,671
Hemodiálisis	13 (68,5)	50 (54,1)	0,307
Diálisis peritoneal	5 (26,3)	32 (43,2)	0,201
Hipertensión arterial	15 (78,9)	63 (85)	0,513
Sistémica			
Diabetes	8 (42,1)	28 (38,4)	0,482
ICC	0	6 (8,2)	0,196
Anemia	18 (94,7)	66 (90,4)	0,551

Infección activa	8 (42,1)	34 (46,6)	0,466
Neoplasias	2 (10,5)	5 (6,8)	0,590
Cirrosis	0	3 (4,1)	0,369
Cirrosis descompensada	0	3 (4,1)	0,369
Farmacos previos:			
Diuréticos (furosemida)	14 (73,7)	43 (58,9)	0,466
AINE	0	6 (8,1)	0,199
Antagonistas del calcio	8 (42,1)	40 (54,8)	0,233
IECA	0	6 (8,2)	0,196
ARA II	5 (26,3)	27 (37)	0,111
Betabloqueadores	10 (52,6)	38 (52,1)	0,877
Aspirina	3 (16)	0 (0)	0,003
Antibióticos	3 (18,8)	25 (37,3)	0,158
Melena	15 (79)	54 (73)	0,596
Hematemesis	3 (16)	22 (30)	0,221
Posos de café	9 (47,4)	24 (32,4)	0,284
Hematoquecia	1 (5,3)	4 (5,4)	0,980
Dolor abdominal	13 (68,5)	62 (84)	0,131
Náusea y vómito	11 (58)	50 (67,6)	0,682
Taquicardia	9 (47,4)	32 (43,2)	0,947
<b>PAM</b>	<b>50 (50-52)</b>	<b>93 (83-98)</b>	<b>&lt; 0,001</b>
Fiebre	11 (57,9)	32 (43,2)	0,307
<b>Alteración del estado de alerta</b>	<b>13 (68,4)</b>	<b>18 (24,3)</b>	<b>&lt; 0,001</b>
Escala Glasgow-Blatchford $\geq 3$	19 (100)	73 (98,6)	0,610
<b>Escala Rockall <math>\geq 5</math></b>	<b>17 (89,5)</b>	<b>24 (32,4)</b>	<b>&lt; 0,001</b>
<b>AIMS65</b>	<b>3 (15,8)</b>	<b>2 (2,7)</b>	<b>0,024</b>
Forrest < IIB	1 (11,1)	4 (12,5)	0,910
Escala ABC > 8	16 (84,2)	46 (62,2)	0,069
Úlcera	12 (63,2)	44 (59,5)	0,492
Tipo de úlcera			
Esofagitis erosiva	12 (63,2)	49 (66,2)	0,793
Plexos variceales	3 (15,8)	2 (2,7)	0,240
Angiodisplasias	0	2 (2,7)	0,469
Enfermedad de Dieulafoy	0	1 (1,4)	0,610
Desgarro de Mallorrey-Weiss	1 (5,3)	1 (1,4)	0,294
Sangrado de ámpula de Vater	0	1 (1,4)	0,610
<b>Perforación viscera</b>	<b>2 (10,5)</b>	<b>0</b>	<b>0,005</b>
Bulboduodenitis	7 (36,8)	28 (37,8)	0,578
Tratamiento endoscópico	2 (10,5)	6 (8,1)	0,737
Transfusión	7 (37)	45 (60,8)	0,073
Número de PG	3,25 $\pm$ 3	3,15 $\pm$ 2	0,902
Reacción transfusional	0	2 (2,7)	0,469
Hemoglobina	8,1 $\pm$ 3,1	8,0 $\pm$ 3,0	0,898
Plaquetas	210 $\pm$ 141	210 $\pm$ 110	0,98
Creatinina	10,1 $\pm$ 6,5	9,4 $\pm$ 5,8	0,676
Urea	200,6 $\pm$ 91,9	176 $\pm$ 104,1	0,356
Albúmina	2,6 $\pm$ 0,7	3,0 $\pm$ 0,7	0,080
TP	21 $\pm$ 35	15 $\pm$ 12	0,506
TTP	30,4 $\pm$ 8,0	29,6 $\pm$ 8,9	0,723
Potasio	4,9 $\pm$ 1,4	4,9 $\pm$ 1,0	0,824
Calcio	7,5 $\pm$ 1,0	7,8 $\pm$ 1,3	0,840



**Conclusiones:** Los pacientes con ERC T y HTDA tienen una alta mortalidad. La principal causa de sangrado son las úlceras y se notifican pocos casos de angiodisplasias. La ERC terminal otorga puntuaciones elevadas en las escalas de predicción de mortalidad, por lo que deben interpretarse con cautela.

**Financiamiento:** No se dispuso de financiamiento.

## Lun152

### MIOTOMÍA DE HELLER LAPAROSCÓPICA CON “PULL-DOWN” COMO ALTERNATIVA DE TRATAMIENTO EN ACALASIA CON MEGAESÓFAGO

A. Pérez-Ortiz, J. Furuzawa-Carballeda, D. P. Méndez-Hernández, M. Moreno-Fuentes, L. O. González-Alcocer, L. R. Valdovinos-García, E. Coss-Adame, M. Valdovinos, G. Torres-Villalobos, Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán

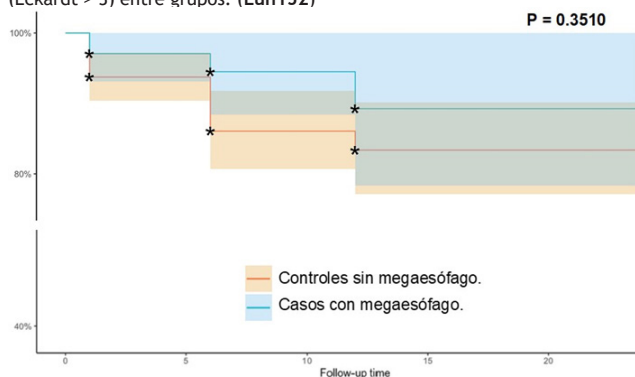
**Introducción:** La acalasia con megaesófago se desarrolla en el 5% de los casos de acalasia como resultado de un tratamiento fallido o un diagnóstico tardío. Su tratamiento quirúrgico es complejo dada la dilatación esofágica > 6 cm y el trayecto tortuoso intratorácico. En virtud de su forma sigmoidea, la miotomía de Heller convencional no es el tratamiento regular. En cambio, la modificación con pull-down, que verticaliza el esófago y lo libera en el mediastino, es una alternativa novedosa, aunque la evidencia actual es limitada.

**Objetivo:** Describir los resultados a largo plazo en una cohorte de pacientes con acalasia, con y sin megaesófago, tratados con miotomía de Heller (pull-down para megaesófago y miotomía convencional para controles).

**Material y métodos:** Estudio de casos y controles (1:2) anidado en una cohorte de acalasia de pacientes con megaesófago, y controles sin megaesófago seleccionados al azar. Todos los pacientes tenían un diagnóstico confirmado de acalasia mediante esofagograma, endoscopia y MAR. Los casos de megaesófago tenían al menos un esofagograma con dilatación esofágica > 6 cm y se trataron con miotomía de Heller y pull-down. Los controles se trataron con miotomía de Heller laparoscópica convencional. De manera aleatoria, todos los casos recibieron un procedimiento antirreflujo (Dor o Toupet). Antes y después del procedimiento se evaluaron el diámetro máximo, la angulación del cuerpo y la forma esofágica y se comparó el cambio entre grupos con t de Student y ji cuadrada según fuera la distribución de datos. Se analizó la incidencia de recurrencia de síntomas (Eckardt > 3) entre casos y controles a 1, 6, 12 y 24 meses con modelos de regresión de Cox en el programa SAS v.9.4 y R v.4.2.2.

**Resultados:** Se analizaron 39 casos con megaesófago y 89 controles, pareados por tipo de acalasia y sexo; 64% de los casos de megaesófago tenía acalasia tipo 1 y 36% acalasia tipo 2. En los esofagogramas preoperatorios, el 16% de los casos de megaesófago mostró una forma sigmoidea avanzada (angulación < 90°) en comparación con el 6% de los controles. Respecto del periodo preoperatorio, en el posoperatorio los casos tratados con pull-down redujeron significativamente el diámetro esofágico de 7,23 cm a 5,44 cm y su área disminuyó de 180 cm<sup>2</sup> a 83,3 cm<sup>2</sup>. Además, se observó una reducción hasta el 6% en la forma sigmoidea avanzada en este mismo grupo en el posoperatorio. La recurrencia de los síntomas a largo plazo, definida como una puntuación de Eckardt > 3, no fue significativamente diferente entre los casos y los controles (Figura 1). No se presentaron recurrencias quirúrgicas en ningún grupo.

**Figura 1.** Modelo de regresión de Cox ajustado de recurrencia de síntomas (Eckardt > 3) entre grupos. (Lun152)



\* Modelo ajustado por edad, sexo y tipo de acalasia.

**Conclusiones:** El control de síntomas a 24 meses del pull-down para megaesófago no fue significativamente diferente al de una miotomía convencional para casos sin megaesófago. Estos datos sugieren que esta técnica puede verticalizar el esófago con menor morbilidad y mortalidad que una esofagectomía y con buen control de síntomas a largo plazo.

**Financiamiento:** Este trabajo no recibió patrocinio.

## Lun153

### FACTORES ASOCIADOS A LA PRESENTACIÓN DE DISPEPSIA ORGÁNICA EN UNA POBLACIÓN CON DISPEPSIA AL NOROESTE DE MÉXICO

A. R. Báez-Serrano, C. P. Jaén-Villanueva, A. González-Arredondo, D. I. García-Prado, A. R. Flores-Rendón, Hospital Mexicali, Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Gobierno y Municipios del Estado de Baja California

**Introducción:** La dispepsia se define como la presencia de malestares crónicos y recurrentes en el epigastrio; los síntomas como dolor, ardor, distensión, saciedad temprana, plenitud, eructos, náusea o vómito pueden ser continuos o intermitentes. Cuando este síndrome se manifiesta a partir de alteraciones orgánicas, sistémicas o metabólicas se clasifica como dispepsia orgánica.

**Objetivo:** Determinar cuál es el mayor factor predictor de dispepsia orgánica en pacientes sometidos a endoscopia.

**Material y métodos:** Este es un estudio observacional de corte transversal para pacientes sometidos a endoscopia del tubo digestivo alto por síntomas relacionados con dispepsia. Antes del estudio se llevó a cabo una entrevista médica para conocer antecedentes, síntomas (se utilizó una escala de Likert de 5 puntos para determinar intensidad y se tomaron como significativos aquellos con 3 o más) y hallazgos endoscópicos. Se determinó la presencia de dispepsia orgánica en pacientes que mostraron erosiones o úlceras en estómago o duodeno. Las variables se expresaron en medias, medianas, desviación estándar y porcentajes. Se realizó análisis de regresión logística univariado y multivariado cuando aplicara con el programa IBM SPSS v21.

**Resultados:** Se incluyó a 215 pacientes para el estudio entre septiembre de 2023 y junio de 2024 en una unidad de atención privada y una pública. Del total de sujetos, 70% correspondió a mujeres, con edad de 50 ± 15,5 años e IMC de 28,7 ± 5,62. El 35% tenía antecedentes de HAS, 13% de DM, 10% de hipotiroidismo, 46% de cirugías abdominales y 15% de consumo de AINE. Un total de 86 pacientes (40%) sufrió dispepsia orgánica. En el análisis univariado, las variables vinculadas con dispepsia orgánica fueron consumo de AINE (OR 2,329; IC95% 1,097-4,947; p = 0,021), uso de lentificadores de vaciamiento gástrico (OR 0,469; IC95% 0,268-0,820; p = 0,005), administración de procinéticos (OR 0,453; IC95% 0,232-0,885; p = 0,013) y consumo de P-CAB (OR 0,899; IC95% 0,849-0,953; p = 0,001), además de tendencias respecto del dolor epigástrico (OR 1,602; IC95% 0,908-2,827; p = 0,069), diabetes (OR 2,060; IC95% 0,912-4,651; p = 0,061) e hipertensión (OR 1,662; IC95% 0,940-2,938; p = 0,054). En el análisis de regresión logística multivariado, solo la administración de AINE se consideró un factor predictor (OR 2,487; IC95% 1,074-5,763; p = 0,034).

**Conclusiones:** En este estudio, el antecedente relacionado con la dispepsia orgánica fue el consumo de AINE, lo cual coincide con lo informado en las publicaciones médicas. La administración de fármacos como los P-CAB, mas no los IBP, se acompañó de una menor proporción de lesiones en la endoscopia.

**Financiamiento:** No se recibió financiamiento de ningún tipo.

## Lun154

### UTILIDAD EN CIRUGÍA DE LA ESCALA “COLON LEAKAGE SCORE” EN RIESGO DE FUGA DE ANASTOMOSIS AL RECTO

M. R. Esquivel-Steffanoni, A. Guinea-Lagunes, M. Philippe-Ponce, S. G. Almeida-del Prado, B. Jiménez-Bobadilla, J. A. Villanueva-Fierro, J. L. De León-Rendón, Hospital General de México Dr. Eduardo Liceaga

**Introducción:** La fuga de la anastomosis colorrectal es todavía frecuente y es difícil predecir. Por otro lado, una cirugía derivativa modifica el estilo de vida

de forma radical. Dekker creó en 2010 la puntuación de fuga de anastomosis *Colon leakage score* (CLS) para anticipar la fuga de anastomosis colónica en pacientes sometidos a colectomía y anastomosis al recto; se propone como medida de seguridad y herramienta útil en el juicio quirúrgico.

**Objetivo:** Demostrar la aplicación de la escala CLS prequirúrgica y transquirúrgica en la anastomosis al recto.

**Material y métodos:** Estudio observacional, longitudinal y retrospectivo con descripción analítica de pacientes sometidos a colectomía segmentaria con anastomosis al recto, o estado derivativo intestinal previo con restitución, como cirugía electiva o de urgencias en el Hospital General de México Dr. Eduardo Liceaga durante el periodo de 2022 a 2023.

**Resultados:** Se incluyó a 120 pacientes con afección benigna y maligna colorectal y segmentectomía o estado derivativo previo con anastomosis primaria o secundaria al recto. Se obtuvo un punto de corte de 12 puntos con análisis ROC, con área bajo la curva de 0,74, valor de  $p = 0,008$  para una sensibilidad de 54,5%, especificidad de 85,32%, VPP 27%, VPN 94% y precisión estadística de 82,5%. Es predictor de fuga con  $OR = 3,75$  (IC 1,8-7,5;  $p = 0,02$ ). En el análisis de determinación de riesgo se encontró que la razón de ventajas para la fuga de anastomosis es de 7,869, con un intervalo de confianza del 95% que varía entre 0,973 y 63,627. Para la cohorte con ASADIC > 1, la razón de ventajas fue de 1,624 (IC, 1,265-2,086). En la cohorte con ASADIC < 1, la razón de ventajas fue de 0,206 (IC, 0,031-1,354).

**Conclusiones:** La CLS es un instrumento útil de predicción de fuga de la anastomosis.

**Financiamiento:** No se recibió ningún tipo de financiamiento.

## Lun155

### EVOLUCIÓN DE LA SEROPREVALENCIA DE LA ENFERMEDAD CELIACA EN DONANTES DE SANGRE EN EL SUR DE MÉXICO: UN ESTUDIO COMPARATIVO DE 10 AÑOS

P. Thomas-Dupont, J. M. Remes-Troche, I. Y. Izaguirre-Hernández, R. A. Hernández-Nieto, E. K. Dare-Salas, V. Uchino-Higueras, S. Santiesteban-González, Universidad Veracruzana

**Introducción:** La enfermedad celiaca es una enteropatía autoinmunitaria que se desencadena en personas genéticamente susceptibles por la ingestión de proteínas de los cereales. La prevalencia media actual de EC en todo el mundo es de 1,4% para autoanticuerpos (seroprevalencia) y de 0,75% a 1% para biopsia duodenal. Los estudios recientes han demostrado un aumento de la incidencia y prevalencia de la EC a lo largo de los años. En México se ha informado una seroprevalencia de 0,7% a 1,1%, pero se desconoce si ha cambiado en los últimos 10 años.

**Objetivo:** Evaluar la seroprevalencia de anticuerpos relacionados con la EC entre donantes de sangre sanos y comparar su evolución durante 10 años en la región sur de México y compararla con una cohorte histórica de 10 años antes.

**Material y métodos:** Se incluyeron 400 muestras séricas de donantes de sangre sanos y se evaluó la presencia de anticuerpos anti-tTG-IgA, anti-DGP II-IgA y anti-DGP II-IgG mediante la prueba ELISA.

**Resultados:** Diez donantes de sangre fueron positivos en al menos una prueba de EC [3 (0,75%) positivos para h-tTG IgA, 6 (1,5%) para DGP II IgA y 1 (0,25%) para DGP II IgG]. La seroprevalencia general fue de 1:40 (10/400; IC95%, 0,970-4,030). En comparación con la cohorte histórica (2003), la seroprevalencia para h-tTG IgA fue la misma en ambas evaluaciones de 1:133 [3/400 (0,75%),  $p = 0,999$ ]. Sin embargo, la seroprevalencia de DGP II IgA fue ligeramente mayor en esta determinación respecto de 10 años antes [1:67, 6/400 (1,5%) vs. 1:133, 3/400 (0,75%),  $p = 0,505$ ].

**Conclusiones:** Aunque la seroprevalencia general de anticuerpos CD positivos aumentó de 1:66 (1,5%) a 1:40 (2,5%) durante 10 años en la población general, la prevalencia para h-tTG IgA se ha mantenido estable. Si se considera la seropositividad para otros anticuerpos, al igual que en otras partes del mundo, parece existir una tendencia en el incremento de la prevalencia de EC en México.

**Financiamiento:** Este trabajo se realizó con apoyo financiero de la empresa Werfen México.



# REVISTA DE GASTROENTEROLOGÍA DE MÉXICO

www.elsevier.es/rgmx



## Sesión de trabajos libres orales

Lunes 18 de noviembre de 2024

### Hígado II

Lun156

#### PACIENTES CON HEPATITIS ALCOHÓLICA MUESTRAN MEJORA EN LA LIPOPEROXIDACIÓN CON TRATAMIENTO PREDNISONA MÁS ÁCIDO GRASO OMEGA-5

M. Martínez-Castillo, J. Córdova-Gallardo, A. Hernández-Barragán, M. Hernández-Santillán, D. Munguía-Ramos, F. Martínez-Sánchez, D. Santana-Vargas, G. Gutiérrez-Reyes, Laboratorio de Hígado, Páncreas y Motilidad (HIPAM), Unidad de Investigación en Medicina Experimental, Facultad de Medicina, UNAM, Hospital General de México Dr. Eduardo Liceaga

**Introducción:** El consumo crónico y excesivo de alcohol causa enfermedad hepática alcohólica (EHA) y en tal caso es posible desencadenar un episodio agudo sobre crónico o hepatitis alcohólica (HA); este episodio clínico posee una mortalidad elevada a los 30 días, con pocas alternativas para su control y tratamiento. Se ha descrito que la inflamación y el desequilibrio redox juegan un papel crucial en promover la función incorrecta de los hepatocitos y reducir así las posibilidades de supervivencia del paciente. Los glucocorticoides tienen un efecto benéfico transitorio en la HA y es el tratamiento de elección. Se han realizado algunos estudios para evaluar el consumo de antioxidantes; sin embargo, poca evidencia clínica está disponible, por lo que es necesario conocer el efecto terapéutico de compuestos con capacidad antioxidante en esta enfermedad.

**Objetivo:** Evaluar la lipoperoxidación en pacientes con hepatitis alcohólica con el tratamiento que incluyó ácido graso omega-5 (ácido punicico).

**Material y métodos:** Estudio clínico aleatorizado, doble ciego, que constó de dos grupos de pacientes (hombres y mujeres) con hepatitis alcohólica grave. Por un lado, se trató a pacientes con prednisona (40 mg/día) más la administración oral de ácido graso omega-5 (0,64 g/día) (n = 20; 10% de mujeres y 90% de hombres); el grupo de comparación se integró con pacientes que recibieron prednisona + placebo (n = 20; 15% de mujeres, 85% de hombres); ambos grupos

recibieron tratamiento durante 28 días. El consumo de alcohol se calculó en g/día. Se evaluaron las escalas MELD, Glasgow, ABIC y Lille. Se realizaron estudios de laboratorio y gabinete. Por su parte, los valores séricos de la oxidación de lípidos se determinaron a los 7, 14 y 28 días mediante la determinación de malondialdehído (MDA). El protocolo recibió aprobación de los comités de ética e investigación del Hospital General Dr. Manuel Gea González y la Facultad de Medicina de la UNAM. Todos los participantes proporcionaron su consentimiento informado por escrito y el estudio se condujo de acuerdo con las disposiciones de la Declaración de Helsinki. Además, cuenta con registro de estudio clínico en el NIH (identificador de ClinicalTrials.gov: NCT03732586). Los análisis se efectuaron con pruebas de Kruskal-Wallis, U de Mann-Whitney y ANOVA con el software SPSS v.22, tras considerar un valor de  $p < 0,05$  como significativo.

**Resultados:** Ambos grupos mostraron características clínicas homogéneas, sin diferencias en la gravedad y el consumo de alcohol, de acuerdo con las escalas de evaluación. La supervivencia del grupo combinado con omega-5 fue superior a los 14 y 28 días. Por su parte, en cuanto a los valores de MDA a los siete días de tratamiento, en ambos grupos de pacientes los datos mostraron cifras similares de MDA. A los 14 días se observó una reducción sérica de MDA (17%) en el grupo con ácido graso omega-5 respecto de la prednisona + placebo. A los 28 días, de manera similar, se registró una reducción del 22% de MDA a los 28 días, pero sin diferencia estadísticamente significativa. Los valores de MDA en el grupo con ácido graso omega-5 a 28 días mostró diferencia significativa ( $p = 0,0278$ ), con una reducción del 63% de la oxidación de lípidos en comparación con el grupo de placebo. Es necesario realizar estudios futuros para evaluar los cambios en las cifras de MDA en el esquema de tratamiento hasta por seis meses, además de los efectos de las diferentes dosis con omega-5.

**Conclusiones:** La administración oral de ácido graso omega-5 en combinación con prednisona atenuó el daño oxidativo de los lípidos en el plano sistémico. El tratamiento antioxidante como coadyuvante puede mejorar el estado redox, lo que podría disminuir los episodios infecciosos e inflamatorios y en consecuencia la mortalidad de la hepatitis alcohólica.

**Financiamiento:** Se recibió apoyo parcial de Distribuidora Biolife S.A. de C.V.

## Lun157

## PREVALENCIA Y PRINCIPALES CARACTERÍSTICAS DE TROMBOSIS DEL SISTEMA VENOSO PORTAL EN PACIENTES CON ENFERMEDAD HEPÁTICA CRÓNICA AVANZADA DESCOMPENSADA

D. F. Abendaño-Rivera, P. M. Diego-Salazar, K. Cazarín-Chávez, C. Y. Sánchez-Sánchez, J. Mejía-Ramírez, M. Baca-García, F. Y. Vargas-Durán, F. Higuera-De-la-Tijera, Hospital General de México Dr. Eduardo Liceaga

**Introducción:** La enfermedad hepática crónica (EHC) es una anomalía prevalente en el plano global. En estadios avanzados, la EHC conlleva un aumento significativo del número de descompensaciones, lo que resulta en una diversidad de complicaciones graves. Una de las complicaciones que puede surgir es la trombosis del sistema venoso portal (TSVP). Los pacientes con cirrosis presentan dos de los tres factores de la triada de Virchow: estasis venosa e hipercoagulabilidad, lo que eleva el riesgo de trombosis. Aunque la TSVP puede agravar el pronóstico, no se ha establecido una relación clara entre la trombosis y la progresión de la cirrosis. Sin embargo, la presencia de un trombo eleva la presión portal. Por lo tanto, es crucial conocer las principales características de los pacientes con trombosis y cirrosis en este medio para mejorar su atención clínica y resultados de largo plazo.

**Objetivo:** Describir la prevalencia y principales características de individuos con EHC descompensada y TSVP en pacientes hospitalizados de un centro de tercer nivel.

**Material y métodos:** Se realizó un estudio observacional, longitudinal y descriptivo de pacientes hospitalizados en un centro de tercer nivel de la Ciudad de México, con EHC descompensada en el periodo de 2022 a 2023, que contarán con un estudio de imagen (tomografía computarizada o ultrasonido Doppler hepático) que señalara TSVP. El seguimiento se efectuó desde el diagnóstico de EHC, la documentación de la TSVP y la supervivencia hasta el año 2024. Se excluyó a todos los pacientes con TSVP que no tenían el diagnóstico de EHC y sin seguimiento hasta la actualidad. Los datos se analizarán con el programa estadístico SPSS versión 23. Las variables cualitativas se presentarán como frecuencias y porcentajes, mientras que las variables numéricas lo harán como medias y desviación estándar o mediana y rango, según corresponda.

**Resultados:** Se revisaron 788 expedientes de pacientes con EHC descompensada, de los cuales 60 presentaban TSVP con una prevalencia del periodo del 7,6%. De este grupo, el 20% tenía hepatocarcinoma. Del total, 37 eran mujeres (61,6%), con una edad promedio de  $59 \pm 9$  años. Según la clasificación de Child-Pugh, 6 (10%) casos correspondieron a la clase A, 25 (42%) a la clase B y 29 (48%) a la clase C, con una puntuación promedio MELD de 19,4 y MELD-Na de 21,8. Todos los pacientes con TSVP sufrieron al menos una descompensación antes del ingreso; el 43% y el 31% presentaron dos y tres descompensaciones, respectivamente. La causa más frecuente fue MASLD en el 48,3% y el principal motivo de hospitalización fue la hemorragia digestiva variceal en 50%. La vena porta fue el vaso más afectado con 96% y un 20% de los casos reveló extensión a la vena mesentérica superior, de los cuales el 76% tenía datos de cronicidad. El tiempo promedio desde el diagnóstico de EHC hasta la identificación de la TSVP fue de  $3,5 \pm 2,83$  años. En el 2024, el 41% de los pacientes con TSVP había fallecido y el choque séptico fue la principal causa de muerte durante la hospitalización (Tabla 1).

Tabla 1. Principales características de pacientes con TSVP. (Lun157)

Expedientes revisados	F	%
	788	
TSVP	60	7,6%
HCC	12	20%
Causa de EHC		
Alcohol	19	31,70%
METLAD	3	5%
MASLD	29	48,30%
Viral	4	6,70%
Autoinmunitaria	5	8,30%
Child-Pugh		

A	6	10%
B	25	41,70%
C	29	48,30%
MELD	19,4	
MELD NA	21,8	
Causas de ingreso		
Hemorragia variceal	30	50%
Ascitis	15	25%
Encefalopatía	5	8,30%
Infección	3	5%
Lesión renal aguda	1	1,70%
Protocolo de estudio	5	8,30%
Choque cardiogénico	1	1,70%
Promedio entre el diagnóstico de EH y TSVP	$3,5 \pm 2,83$ años	
Causas de muerte		
Choque séptico	13	52%
Choque hipovolémico	2	8%
Choque cardiogénico	1	4%
Insuficiencia respiratoria	1	4%
Evolución de la enfermedad	8	32%

**Conclusiones:** La TSVP en este estudio tiene una prevalencia similar a la notificada en las publicaciones médicas (3%-25%), es más frecuente en mujeres, de causa metabólica, y afecta sobre todo a la vena porta. Hasta la fecha, el 41% ha fallecido, en especial por choque séptico, pero no se descarta que la TSVP sea un factor importante por estudiar en la evolución de la EHC.

**Financiamiento:** No se recibió ningún tipo de financiamiento.

## Lun158

## ANÁLISIS DE LOS FACTORES ASOCIADOS A MALA RESPUESTA BIOQUÍMICA AL ÁCIDO URSODESOXICÓLICO (UDCA) EN PACIENTES CON COLANGITIS BILIAR PRIMARIA (CBP) EN UNA COHORTE MEXICANA

M. Y. Munguía-Guizar, J. A. Ortega-Tecuatl, V. H. García-García, Instituto Mexicano del Seguro Social

**Introducción:** La colangitis biliar primaria (CBP) es una enfermedad hepática crónica de causa desconocida caracterizada por un proceso inflamatorio y autoinmunitario de las vías biliares intrahepáticas pequeñas ( $< 100 \mu\text{m}$ ), que evoluciona de forma espontánea hacia su destrucción y la instauración de una fibrosis y posterior cirrosis en 10 a 20 años. El tratamiento de elección es todavía el ácido ursodesoxicólico en dosis de 13 a 15 mg/kg. Los pacientes con CBP que tienen una respuesta inadecuada al tratamiento con UDCA poseen un riesgo alto de avance de la enfermedad. Se ha demostrado previamente que la bilirrubina sérica, el estadio histológico y la hepatitis de interfaz fueron los principales factores predictores del fracaso del tratamiento con UDCA en pacientes con CBP. Sin embargo, estos índices pronósticos tienen algunas limitaciones: la hiperbilirrubinemia afecta a una minoría de pacientes tratados; el estudio histológico del hígado implica un procedimiento invasivo, es decir, una biopsia, que impide su uso repetido. En este estudio se valoró la respuesta a la primera línea, así como los factores relacionados con esta.

**Objetivo:** Determinar los factores vinculados con la mala respuesta bioquímica con UDCA en pacientes con CBP en una cohorte mexicana.

**Material y métodos:** Estudio observacional, analítico, de cohorte, longitudinal, retrospectivo, unicéntrico y homodémico. El estudio se realizó en el Hospital de Especialidades IMSS Puebla e incluyó a todos los pacientes con diagnóstico de CBP en tratamiento con UDCA de 13 a 15 mg/kg, en el periodo de enero de 2013 a enero de 2023. Se determinaron la tasa de respuesta bioquímica completa según los criterios de París I y los factores relacionados.



**Resultados:** De los 100 pacientes incluidos en este estudio, 95 (95%) fueron mujeres y 5 (5%) hombres, con una edad predominante de 51 a 60 años en 28% de los pacientes; al valorar la respuesta al tratamiento con UDCA se observó que 47 (47%) no tenían una adecuada respuesta bioquímica valorada a los 12 meses de seguimiento por criterios de Paris I. Asimismo, se identificaron factores con significancia estadística relacionados con una respuesta incompleta al tratamiento, como los valores mayores de FA al diagnóstico ( $p = 0,001$ ), con una determinación del riesgo de 2,020 (IC 1,378-2,961) para valores de FA  $\geq 3x$  LSN, cifras de BT elevadas ( $p = 0,001$ ), con un cálculo del riesgo para valores de BT  $> 1$  mg/dL de 1,929 (IC 1,362-2,732), altos valores de GGT ( $p = 0,006$ ), con un riesgo calculado de 1,722 (IC 1,243-2,385) para valores de GGT  $\geq 3x$  LSN, AST alta ( $p = 0,001$ ) con una determinación del riesgo de 2,505 (IC 1,620-3,874) para cifras de AST  $\geq 2x$  LSN, índice de APRI  $\geq 0,75$  ( $p = 0,001$ ), valor de riesgo de 2,148 (IC 1,507-3,063) y cirrosis descompensada (Child-Pugh B y C) ( $p = 0,015$ ), valor de riesgo de 1,875 (IC 1,028-3,418).

**Conclusiones:** La respuesta al tratamiento con UDCA en esta población es similar a la notificada en la bibliografía mundial. Existen factores vinculados con una mala respuesta a UDCA en pacientes con CBP; sin embargo, hasta el momento no se ha alcanzado un consenso para la predicción de la mala respuesta bioquímica y existen múltiples estudios con distintas variables y resultados, algunos de ellos concordantes con las variables empleadas en este estudio. Es posible concluir que, en esta cohorte de pacientes mexicanos, los factores que anticipan una respuesta incompleta a la primera línea son FA  $\geq 3x$  LSN, BT  $> 1$  mg/dL, GGT  $\geq 3x$  LSN, AST  $\geq 2x$  LSN, índice de APRI  $\geq 0,75$  y cirrosis descompensada (Child-Pugh B y C).

**Financiamiento:** No se contó con ningún financiamiento.

## Lun159

### CORRELACIÓN ENTRE EL FACTOR DE CRECIMIENTO DE TEJIDO CONECTIVO Y EL GRADO DE FIBROSIS EN PACIENTES CON COLANGITIS BILIAR PRIMARIA (CBP)

C. Y. Sánchez-Sánchez, D. F. Abendaño-Rivera, V. López-Ladrón de Guevara, M. A. Díaz-Castro, F. Higuera-De-la-Tijera, C. Guzmán-Arriaga, A. D. Santana-Vargas, J. L. Pérez-Hernández, Grupo Colaborativo: Servicio de Gastroenterología y Hepatología; Laboratorio de Hígado, Páncreas y Motilidad, Unidad de Medicina Experimental; Dirección de Investigación, Hospital General de México Dr. Eduardo Liceaga

**Introducción:** El factor de crecimiento de tejido conectivo (CTGF) es una proteína multifuncional y se reconoce como un mediador importante en las vías fibrogénicas en enfermedades hepáticas. La colangitis biliar primaria (CBP) es una enfermedad crónica autoinmunitaria que afecta las vías biliares. Se caracteriza por la inflamación y fibrosis progresiva de los conductos biliares, lo que puede provocar estenosis, colestasis y daño hepático a largo plazo.

**Objetivo:** Establecer la correlación entre los valores séricos del CTGF mediante *Enzyme-linked immunosorbent assay* (ELISA) y el grado de fibrosis hepática medida por elastografía de transición en pacientes con colestasis diagnosticados con CBP.

**Material y métodos:** Estudio prolectivo, analítico y experimental. Se integraron tres grupos: pacientes con colestasis, pacientes con cirrosis por virus de hepatitis C (VHC) y sujetos sanos. Se recopilaron datos antropométricos y bioquímicos. Se recolectó una muestra de sangre con cuantificación de valores séricos de CTGF mediante ELISA. El grado de fibrosis se determinó mediante elastografía de transición. Análisis estadístico: los datos se muestran como media  $\pm$  DE o bien mediana (RIQ 25-75). Se analizaron por ANOVA de una vía con *post hoc* de Tukey o Kruskal-Wallis con *post hoc* de Dunn. Se calcularon los siguientes parámetros: sensibilidad (S), especificidad (E), valores predictivos positivo (VPP) y negativo (VPN) y el área bajo la curva ROC (AUROC). Se consideró significativo una  $p < 0,05$ .

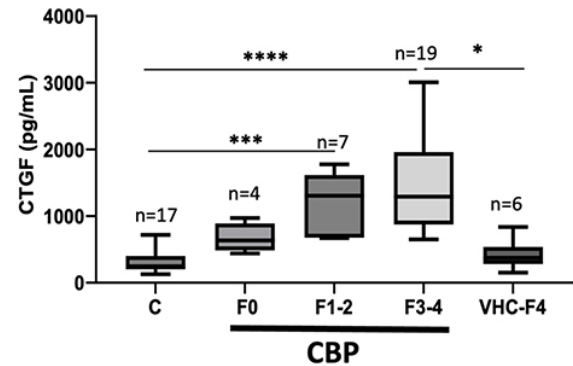
**Resultados:** Se incluyó a 30 pacientes con colestasis diagnosticados con CBP, un grupo de sujetos con cirrosis por virus de la hepatitis C (VHC-F4,  $n = 6$ ) y un grupo control de individuos sin hepatopatía (C,  $n = 17$ ). Se observó que existe una correlación positiva entre los valores de la CTGF y el grado de fibrosis en pacientes con colestasis (CBP), no así en enfermos con cirrosis por VHC; con un punto de corte de 630 pg/mL se obtuvo una  $S = 0,93$ ,  $E = 0,91$ ,  $VPP = 0,93$ ,  $VPN = 0,91$ ,  $AUROC = 0,97$ , con índice de Youden de 0,85. Con un valor sérico de CTGF de 520 pg/mL en pacientes con CBP sin fibrosis o con fibrosis moderada con respecto a los controles y VHC-F4 pueden identificarse

una  $S = 0,75$  y  $E = 0,87$  y  $AUROC = 0,88$  para F0, y  $S = 0,91$   $E = 0,87$  y  $AUROC = 0,94$  para F2. Respecto del grado de fibrosis, el CTGF fue significativamente más alto en F4 en comparación con F0, en pacientes con CBP. El caso del grupo de VHC-F4 no mostró diferencias respecto del grupo sin hepatopatía, lo que sugiere una especificidad de CTGF para la fibrosis por enfermedad colestásica (Figura 1).

**Conclusiones:** Existe correlación directa entre las cifras séricas de CTGF de pacientes con colestasis y los grados de fibrosis por elastografía de transición, así como puntos de corte específicos de diferenciación, con y sin fibrosis para CBP.

**Financiamiento:** Este protocolo recibió aprobación del comité de ética en investigación del Hospital General de México Dr. Eduardo Liceaga (CEI-HGM) DI/12/UME/05/21. No se recibió financiamiento.

**Figura 1.** Diagrama de cajas y bigotes de los grupos en estudio; el grupo de CBP se subdividió por grados de fibrosis y valor de CTGF. (Lun159)



Mediana (RIC). Kruskal-Wallis con post-hoc de Dunn. \* $p < 0,05$ , \*\*\* $p < 0,005$ , \*\*\*\* $p < 0,001$

## Lun160

### LIPOCALINA ASOCIADA A LA GELATINASA DE NEUTRÓFILOS (NGAL) PARA FENOTIPIFICAR LESIÓN RENAL AGUDA EN PACIENTES CIRRÓTICOS CON HEPATITIS POR ALCOHOL GRAVE

C. Y. Sánchez-Sánchez, D. F. Abendaño-Rivera, X. E. Cuenca-Ávila, F. Higuera-De-la-Tijera, C. Guzmán-Arriaga, A. D. Santana-Vargas, J. L. Pérez-Hernández, Grupo Colaborativo: Servicio de Gastroenterología y Hepatología, Laboratorio de Hígado, Páncreas y Motilidad, Unidad de Medicina Experimental, Dirección de Investigación del Hospital General de México Dr. Eduardo Liceaga

**Introducción:** Los pacientes con cirrosis hepática (CH) y hepatitis alcohólica (HA) grave tienen riesgo de desarrollar lesión renal aguda (LRA) por múltiples factores. Los fenotipos principales de la LRA son hipovolemia, necrosis tubular aguda (NTA), síndrome hepatorenal (SHR) y otros diversos. El biomarcador urinario lipocalina relacionada con la gelatinasa de neutrófilos (NGAL, *neutrophil gelatinase associated lipocalin*) puede ser útil para establecer el diagnóstico diferencial y es una proteína que se produce de manera temprana en los túbulos renales.

**Objetivo:** Establecer la correlación entre los valores del biomarcador urinario NGAL y el fenotipo de lesión renal aguda en pacientes cirróticos con hepatitis alcohólica grave.

**Material y métodos:** Estudio descriptivo, retrospectivo y analítico de pacientes con diagnóstico de hepatitis alcohólica grave con cirrosis, lesión renal aguda clasificada por AKI-ICA (*Acute kidney injury criteria-international club of ascitis*) y valores urinarios de NGAL. Se comparó a tres grupos: uno con LRA hipovolémica, otro con LRA de tipo NTA y uno más de control de 55 pacientes con cirrosis no alcohólica con LRA de tipo NTA. Análisis estadístico: los datos se muestran como media  $\pm$  DE o mediana (RIQ 25-75). Se realizó un análisis univariado para comparar los fenotipos de LRA (hipovolémica, NTA y NTA de causa no alcohólica con una corte de 55 pacientes) con MELD y Child-Pugh como cofactores; se consideró una significancia de  $p \leq 0,05$ .

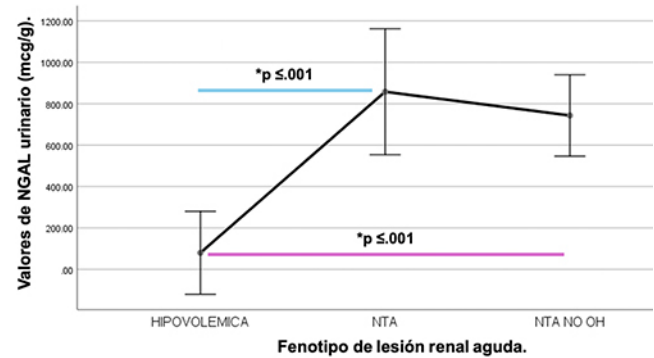
**Resultados:** Se incluyó a 102 pacientes con edad de 45 (39,7-51) años, 93 (91,17%) hombres y 9 (8,82%) mujeres, con cirrosis hepática Child-Pugh A:4

(3,92%), B:5 (4,9%) y C:93 (91,17%), hepatitis alcohólica grave MELD 32 (26-39) puntos, función modificada de Maddrey 58,9 (44,9-102,2) puntos, ABIC (*Age-bilirubin-INR-creatinine*)  $8,5 \pm 1,4$  puntos, Glasgow 9 (8-10) puntos; con lesión renal aguda en 74,5% (n = 76) de los casos en los siguientes grados de AKI-ICA: 1A:9 (8,82%), 1B: 9 (8,82%), 2:17 (16,66%) y 3:41 (40,19%). Para el fenotipo hipovolémico: 50 (65,78%); necrosis tubular aguda (NTA): 23 (30,26%); y síndrome hepatorenal: 3 (3,94%). Las medias de NGAL de los fenotipos de lesión renal aguda fueron: hipovolémica ( $79,64 \pm 61,73$ ), NTA ( $857,79 \pm 914,95$ ) y NTA de causa no alcohólica ( $743,09 \pm 971,39$ ). Se encontraron diferencias significativas entre grupos F ( $74,1$ ) =  $30,54$  ( $p \leq 0,001$ ); los contrastes entre grupos fueron significativos para lesión renal aguda hipovolémica respecto de NTA ( $p \leq 0,001$ ); lesión renal aguda hipovolémica contra NTA no alcohólica ( $p \leq 0,001$ ) y no fueron significativos entre los grupos de NTA ( $p = 0,806$ ) (Figura 1).

**Conclusiones:** Existe relación entre los valores del biomarcador NGAL urinario y el fenotipo de lesión renal aguda hipovolémica con respecto a NTA en pacientes cirróticos con hepatitis alcohólica grave y NTA de otros orígenes; se trata de un biomarcador temprano de daño renal útil para establecer la gravedad y el pronóstico.

**Financiamiento:** Esta investigación no recibió ningún tipo de financiamiento.

**Figura 1.** Análisis univariado de los fenotipos de LRA (hipovolémica, NTA y NTA de causa no alcohólica) con valores de NGAL. (Lun160)





# REVISTA DE GASTROENTEROLOGÍA DE MÉXICO

www.elsevier.es/rgmx



## Sesión de trabajos libres orales

Lunes 18 de noviembre de 2024

### Oncología

#### Lun161

#### RELACIÓN DE HALLAZGOS HISTOLÓGICOS DE ESÓFAGO DE BARRETT Y PATRONES DE MUCOSA DESCRITOS POR ENDOSCOPIA

E. J. Medina-Ávalos, S. Teutli-Carrión, C. L. Dorantes-Nava, M. Y. Carmona-Castillo, R. Y. López-Pérez, J. C. Silis-Cravioto, J. C. Zavala-Castillo, Hospital General de México Dr. Eduardo Liceaga

**Introducción:** El esófago de Barrett (EB) es la afección en la que el esófago distal está revestido con epitelio cilíndrico (metaplasia intestinal) y requiere confirmación histológica. Hoy en día se utilizan herramientas como las cromoscopías digital y vital que permiten identificar patrones superficiales de la mucosa que aumentan el rendimiento para reconocer metaplasia intestinal.

**Objetivo:** Describir la frecuencia de hallazgos de esófago de Barret por estudio histológico descritos en la endoscopia.

**Material y métodos:** Estudio retrospectivo, observacional y analítico. Se evaluaron 46 imágenes fijas endoscópicas en las que se usaron cromoscopías vital y digital en pacientes con sospecha de EB. Se evaluó la relación de los diferentes patrones superficiales de la mucosa y su resultado histológico. Se emplearon estadísticas descriptivas, medidas de tendencia central y análisis estadístico con la prueba t de Student.

**Resultados:** Se analizaron 46 estudios endoscópicos con sospecha de EB. La media de edad fue de 55 años (DS  $\pm$  12,5 años). El 71% correspondió a hombres. En 50% se confirmó EB y de esa proporción el 4,3% mostró algún grado de displasia. Se encontró que los patrones superficial tubular y cerebriforme poseen una relación con el resultado histológico para EB ( $p = 0,005$  y  $0,0041$ ), no así para los patrones puntiforme y ovalado (Tabla 1).

**Conclusiones:** La simplicidad de uso de las cromoscopías digital y vital para identificar patrones microestructurales superficiales de la mucosa ante

sospecha endoscópica de EB las convierten en un método indispensable debido a su relación con el resultado histológico.

**Financiamiento:** No se dispuso de financiamiento.

Tabla 1. Patrones superficiales de la mucosa y relación con metaplasia. (Lun161)

Tipo de patrón superficial de mucosa	Total de patrones observados	Relación con metaplasia (p)
Puntiforme	10	0,827
Ovalado	17	0,300
Tubular	19	0,005
Cerebriforme	2	0,040

#### Lun162

#### PREVALENCIA DE PRUEBA INMUNOQUÍMICA FECAL POSITIVA Y FACTORES ASOCIADOS EN POBLACIÓN MEXICANA CON RIESGO PROMEDIO DE CÁNCER COLORECTAL

J. P. Soriano-Márquez, M. C. Manzano-Robleda, N. C. Chávez-Tapia, M. Calzada-Mijangos, D. Vidaña-Pérez, Médica Sur

**Introducción:** El cáncer colorrectal (CCR) es la tercera causa mundial de cáncer y la segunda en mortalidad. En México representa el tercer tipo de cáncer más prevalente y el sexto lugar en mortalidad. Los programas de detección de

CCR basados en una prueba inmunoquímica fecal (PIF) incrementaron la adopción de estrategias de tamizaje en Estados Unidos con reducción de incidencia y mortalidad por CCR. México no cuenta con un programa nacional de tamizaje de CCR y es importante conocer la prevalencia de la PIF positiva y los factores relacionados con el resultado para la creación de programas de tamizaje en esta población.

**Objetivo:** Determinar la prevalencia de la prueba inmunoquímica fecal positiva en la población mexicana con riesgo promedio de CCR. Analizar la vinculación entre las características de la población y el resultado de la prueba inmunoquímica fecal.

**Material y métodos:** Se realizó un estudio retrospectivo transversal de los expedientes de los pacientes evaluados entre 2012 y 2021 en el centro integral de diagnóstico y tratamiento del hospital Médica Sur. Se incluyó a una población con riesgo promedio de CCR definida como individuos sin antecedentes personales/familiares de cáncer, de 45 a 75 años. Se utilizó una prueba cualitativa con punto de corte de 50 ng/mL. Se calculó la prevalencia de población de riesgo promedio con PIF positiva. Se utilizó la prueba ji cuadrada de Pearson para la comparación de variables y resultado de la PIF. Se realizó un modelo de análisis multivariado mediante regresión logística. La significancia estadística se determinó con  $p < 0,05$  en una prueba de dos colas. La razón de momios (RM) se calculó con un IC95%. El protocolo de investigación se presentó al comité de bioética de Médica Sur y recibió aprobación (número de registro CONBIOÉTICA-09-CEI-018-20160729). Se cegó el nombre del paciente y se reemplazó con un código de identificación.

**Resultados:** Durante el estudio se registró a un total de 46 869 personas. Se ofreció una PIF a 13 078 individuos con riesgo promedio de CCR, pero 22 393 sujetos no proporcionaron la muestra, de manera que se integró un total de 10 685 individuos. Se excluyó a 3 583 pacientes con registros repetidos y al final se obtuvo a 7 102 personas para el análisis. Una cantidad de 595 (8,4%) individuos mostró una prueba positiva. Los factores relacionados con una PIF positiva en el análisis bivariado fueron edad  $> 65$  años (RM 1,53; IC95% 1,17-2,01;  $p = 0,002$ ) e IMC  $> 25$  kg/m<sup>2</sup> (RM 1,35; IC95% 1,12-1,64;  $p = 0,002$ ). Los factores relacionados con resultado negativo fueron el sexo femenino (RM 0,81; IC95% 0,67-0,98;  $p = 0,029$ ) y la actividad física (RM 0,83; IC95% 0,69-0,99;  $p = 0,039$ ) en el análisis bivariado. No se encontró nexo entre el resultado de la prueba inmunoquímica fecal y los antecedentes de diabetes, consumo de alcohol o tabaquismo. Para el análisis multivariado se incluyó a 6 650 pacientes y el resto se excluyó por falta de datos. En el análisis multivariado, los factores relacionados con una prueba inmunoquímica fecal positiva fueron edad  $> 65$  años (RM 1,56; IC95% 1,18-2,06;  $p = 0,002$ ) e IMC  $> 25$  kg/m<sup>2</sup> (RM 1,28; IC95% 1,05-1,57;  $p = 0,014$ ). El género femenino se vinculó con un resultado negativo en el análisis multivariado (RM 0,79; IC95% 0,65-0,97;  $p = 0,025$ ).

**Conclusiones:** La prevalencia de una PIF positiva en la cohorte más grande de mexicanos con riesgo promedio de CCR es similar a la notificada en estudios previos más pequeños realizados en la población mexicana. Los factores vinculados con los resultados de la PIF fueron el sexo, la edad avanzada y el sobrepeso.

**Financiamiento:** No se recibió financiamiento.

## Lun163

### PERFIL EPIDEMIOLÓGICO Y ANÁLISIS DE SUPERVIVENCIA DEL CARCINOMA HEPATOCELULAR TRATADO CON EMBOLIZACIÓN TRANSARTERIAL EN EL INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA

A. D. García-Aguilar, J. Guerrero-Ixtláhuac, J. C. Reyes-Vásquez, Instituto Nacional de Cancerología

**Introducción:** En México, el cáncer hepático ocupa el octavo lugar en incidencia y mortalidad y el carcinoma hepatocelular es el tipo más común. El papel de la radiología intervencionista en el tratamiento paliativo ha cobrado relevancia en los últimos años; la embolización transarterial, con o sin quimioterapia intraarterial, es uno de los tratamientos locorregionales más empleados en este país, con mayor efecto en la supervivencia de los pacientes con función hepática estable y una media global de 574 días.

**Objetivo:** Determinar las características epidemiológicas y supervivencia del carcinoma hepatocelular sometidos a embolización transarterial (ETA) en el Instituto Nacional de Cancerología, así como comparar la sobrevida de la ETA con tratamiento sistémico adicional.

**Material y métodos:** Pacientes con carcinoma hepatocelular tratados con ETA en el departamento de radiología intervencionista de enero de 2010 a junio de 2024. Tipo de estudio: cohorte, retrospectivo, observacional, descriptivo y comparativo. Análisis estadístico: medidas de tendencia central y análisis estadístico por Excel.

**Resultados:** Se incluyó a 80 pacientes con carcinoma hepatocelular tratados con ETA. La edad promedio fue de 65 años con predominio del género masculino (61,2%). El factor de riesgo más frecuente fue la cirrosis (80%) causada por alcoholismo (71,8%), infección por virus de la hepatitis C (15,6%), enfermedad hepática metabólica (6,2%), enfermedad autoinmunitaria (4,6%) e infección por virus de la hepatitis B (1,5%). El 81,2% correspondió a primarios únicos y el 18,7% a dobles primarios; el tumor neuroendocrino gástrico fue el más prevalente (20%). La diferenciación celular predominante fue indiferenciada (60,1%), seguida de moderadamente diferenciada (20%), bien diferenciada (13,7%) y poco diferenciada (6,2%). La clasificación de Barcelona más frecuente fue la B (62,5%), seguida de la A (37,5%); y la de Child-Pugh fue la A (88,7%), seguido de la B (11,3%). La bilirrubina total media antes de la ETA fue de 1,1 mg/dL y después de la ETA de 1,1 mg/dL, sin cambio significativo. La transaminasa glutámico-oxalacética (TGO) media anterior a la ETA fue de 93,2 U/L y posterior a la ETA de 222,7 U/L, una diferencia con tendencia al aumento, pero no estadísticamente significativa ( $p = 0,25$ ). La fetoproteína  $\alpha$  (AFP) media antes de la ETA fue de 759,8 ng/mL y después de la ETA de 2 604,5 ng/mL, también con tendencia al aumento, pero con diferencia no estadísticamente significativa ( $p = 0,73$ ). Las opciones de la ETA fueron solo embolizante (13,7%) y embolizante más quimioterapia intraarterial (86,3%). Se emplearon partículas de 300 a 500  $\mu$ , como quimioterapéuticos, doxorubicina (94,2%), epirrubina (2,8%) y cisplatino (2,8%). Hasta 23 pacientes (28,7%) recibieron tratamiento sistémico adicional a la ETA con una sobrevida media de 665,4 días, sin significancia estadística ( $p = 0,21$ ) al compararlos con los sujetos con ETA sola y una media global de supervivencia de 472 días. Se registraron 61 muertes (76,2%).

**Conclusiones:** El comportamiento epidemiológico de esta población con carcinoma hepatocelular es similar al de la población mundial; sin embargo, el alcohol es todavía la causa principal (71,8%), a diferencia de lo observado en el comportamiento mundial actual (virus de la hepatitis C y enfermedad hepática metabólica). Aunque no se demostró significancia estadística en los valores de TGO y AFP antes y después del tratamiento, se observó una propensión al aumento, lo que sugiere la necesidad de realizar un seguimiento a largo plazo en estos marcadores. La ETA, ya sea sola o combinada con quimioterapia intraarterial, mostró una supervivencia media de 472 días, la cual se encuentra por debajo de lo notificado en el plano internacional, lo que demuestra la falta de diferencia significativa entre ambos tratamientos. La ETA más tratamiento sistémico mostró mayor supervivencia en días, pero sin significancia estadística.

**Financiamiento:** No se recibió financiamiento de ningún tipo.

## Lun164

### CONCORDANCIA INTEROBSERVADOR DE PATRONES SUPERFICIALES ENDOSCÓPICOS EN PACIENTES CON ESÓFAGO DE BARRETT

S. Teutli-Carrión, E. J. Medina-Ávalos, R. Y. López-Pérez, J. C. Silis-Cravioto, J. C. Zavala-Castillo, Hospital General de México Dr. Eduardo Liceaga

**Introducción:** La mucosa con apariencia columnar en el esófago distal durante la endoscopia lleva a sospechar esófago de Barrett (EB), pero no establece el diagnóstico de manera definitiva. Una técnica que mejore la visualización de la mucosa permitiría proporcionar un diagnóstico endoscópico más preciso. Para lograr un mejor reconocimiento visual del EB se han utilizado varias técnicas endoscópicas, de manera individual o combinada, entre ellas la cromoescopia vital o digital para identificar los diferentes patrones superficiales de la mucosa.

**Objetivo:** Evaluar la concordancia interobservador de los diferentes patrones de la mucosa en pacientes con sospecha de EB.

**Material y métodos:** Estudio retrospectivo, observacional y analítico. Se evaluaron 46 imágenes fijas endoscópicas en las que se utilizó cromoescopia vital y digital en pacientes con sospecha de EB. Cuatro endoscopistas expertos y cuatro en entrenamiento evaluaron las imágenes y las compararon entre sí. Se evaluó la concordancia interobservador de los diferentes patrones superficiales de la mucosa. Se emplearon estadísticas descriptivas, medidas de tendencia central y análisis estadístico basado en concordancia



interobservador mediante cálculo del coeficiente kappa en el programa SPSS v. 26.

**Resultados:** Se confirmó el esófago de Barrett en el 50% de los pacientes y de estos el 4,3% tenía algún grado de displasia. Los patrones glandulares evaluados por endoscopistas expertos registraron frecuencias del patrón puntiforme en 75, del ovalado en 50, del tubular en 47 y del cerebriforme en 21. En los endoscopistas en entrenamiento las frecuencias fueron: puntiforme en 49, ovalado en 55, tubular en 62 y cerebriforme en 19. Al realizar la comparación interobservador se advirtió que el patrón cerebriforme tiene casi perfecta concordancia ( $k = 1$ ), el patrón puntiforme buena concordancia ( $k = 0,64$ ), mientras que los patrones ovalado y tubular alcanzan moderada y escasa concordancia ( $k = 0,44$  y  $0,33$ , respectivamente) (Tabla 1). En los endoscopistas en entrenamiento, solo el patrón puntiforme y el tubular muestran moderada concordancia ( $k = 0,4$  y  $0,45$ ). No se identificó concordancia entre las descripciones entre endoscopistas expertos y en entrenamiento ( $k = 0,14$ ).

**Conclusiones:** A pesar de la frecuencia relativamente rara del esófago de Barrett, las tecnologías endoscópicas pueden mejorar la confiabilidad en el reconocimiento y la concordancia interobservador entre los endoscopistas expertos y alcanzan grados moderados y buenos en este estudio.

**Financiamiento:** No se contó con ninguno.

**Tabla 1.** Comparación de concordancia interobservador entre endoscopistas expertos y endoscopistas en entrenamiento. (Lun164)

Endoscopista experto	Tipo de patrón glandular				Referencia Valor p
	Puntiforme	Ovalado	Tubular	Cerebriforme	
Observador 1	0,333	-0,136	0,339	1,000	0,190
Observador 2	0,649	0,335	0,145	1,000	0,000
Observador 3	0,407	0,339	0,444	1,000	0,004

Endoscopista en entrenamiento	Tipo de patrón glandular				Referencia Valor p
	Puntiforme	Ovalado	Tubular	Cerebriforme	
Observador 1	-0,150	-0,107	0,436	-0,045	0,223
Observador 2	-0,022	-0,52	0,247	-0,140	0,002
Observador 3	0,409	-0,143	0,089	0,166	0,006

\*Valor de kappa.

## Lun165

### MUTACIONES DEL GEN KRAS, EN CÁNCER COLORRECTAL EN POBLACIÓN MEXICANA

Y. J. Cruz-Ramírez, R. S. Vélez-Ramírez, M. A. Quiñones-Barrera, T. Cortés-Espinosa, M. Salamanca-García, Centro Médico Nacional Hospital 20 de Noviembre

**Introducción:** En el mundo, el cáncer colorrectal (CCR) es el tercer cáncer más diagnosticado en hombres y el segundo en mujeres, según la base de datos Globocan de la Organización Mundial de la Salud 2022, y el oncogén KRAS es la mutación más frecuente en todas las neoplasias malignas colorrectales. En 1990, Fearon y Vogelstein establecieron que el CCR es el resultado de mutaciones en genes con funciones significativas, como el control de la proliferación celular. Las mutaciones ocurren en múltiples genes y su orden es crucial para determinar la evolución del CCR; los genes que participan en este modelo genético se dividen en dos clases: supresores de tumor y oncogenes, como KRAS y *ctnnb1*. Existen diferencias en el pronóstico del paciente con el oncogén KRAS mutado y el no mutado.

**Objetivo:** Caracterizar a los pacientes con diagnóstico de cáncer colorrectal con KRAS mutado y su desenlace clínico, además de identificar el sexo más afectado, la mutación más frecuente y la localización colónica más comprometida.

**Material y métodos:** Se realizó un estudio observacional, analítico y retrospectivo. Se caracterizó a pacientes con diagnóstico de cáncer colorrectal en

la población mexicana. La población de estudio se integró con 30 pacientes con diagnóstico de cáncer colorrectal del Hospital 20 de Noviembre y que fueron objeto de colonoscopia y biopsias positivas para proceso maligno, en el periodo de enero de 2012 a diciembre del 2022. Al obtener las biopsias se solicitó inmunohistoquímica para clasificar el tipo de mutación presentada en los diferentes pacientes al margen del grado de diferenciación histológica.

**Resultados:** De los 30 pacientes, 28 tuvieron mutación en el gen KRAS y se excluyó a dos por no contar con historia clínica (Tabla 1). Las más frecuentes fueron la mutación G12D (aspartato) en 39,3%, seguida de las mutaciones GV12 C (cisteína) y GV12 valina con el 21,4%; con menor frecuencia se identificaron las mutaciones del codón 13 G13D (aspartato) y G13C (cisteína) con el 7,1%. El sexo más afectado fue el femenino en 25% (14,3% en el masculino); el intervalo de edad más común fue el de 60 a 69 años en ambos sexos. En cuanto a las características histológicas, de acuerdo con el grado de diferenciación del CCR, el 64,3% correspondió a tumores moderadamente diferenciados, seguido de los tumores bien diferenciados con 17,9%. En relación con la localización del tumor se encontró mayor compromiso en el colon descendente (60,7%), seguido del recto (25%). El estadio más frecuente fue el IIA con 35,7% y luego el IV con 32,1%.

**Conclusiones:** El estudio enfatiza la elevada frecuencia de mutaciones de KRAS en pacientes mexicanos con cáncer colorrectal y enfatiza la importancia de las pruebas genéticas para tomar decisiones de tratamiento personalizadas. Es importante destacar, con base en este estudio y en la población estudiada, que hay similitudes con los estudios de referencia, por ejemplo, que la mutación más frecuente es G12D (aspartato) y que el sexo femenino es el más afectado; en relación con la edad, en ambos sexos es similar (la sexta década de la vida); y, según sea el grado de diferenciación, sobresale el moderadamente diferenciado; la localización más comprometida es el colon descendente y el estadio más afectado es el IIA. Estas características sugieren la importancia de diagnosticar oportunamente a los pacientes para instituir un tratamiento dirigido e individualizado y mejorar por ende el pronóstico de vida.

**Financiamiento:** No se recibió financiamiento de ningún tipo.

**Tabla 1.** Caracterización de pacientes con cáncer colorrectal y mutación en el gen KRAS. (Lun165)

Características	Masculino	Femenino	Total	
Edad	40-49	1 (3,6%)	4 (14,3%)	5 (17,9)
	50-59	4 (14,3%)	2 (7,1%)	6 (21,4)
	60-69	5 (17,9%)	5 (17,9%)	10 (35,7)
	70-79	3 (10,7%)	3 (10,7%)	6 (21,4)
	> 80	0 (0,0%)	1 (3,6%)	1 (3,6)
Estadio según TNM	Estadio IIA	5 (17,9%)	5 (17,9%)	10 (35,7%)
	Estadio IIB	1 (3,6%)	1 (3,6%)	2 (7,1%)
	Estadio IIIa	0 (0,0%)	2 (7,1%)	2 (7,1%)
	Estadio IIIB	1 (3,6%)	1 (3,6%)	2 (7,1%)
	Estadio IIIC	0 (0,0%)	3 (10,7%)	3 (10,7%)
	Estadio IV	6 (21,4%)	3 (10,7%)	9 (32,1%)
Grado de diferenciación	Bien diferenciado	2 (7,1%)	3 (10,7%)	5 (17,9%)
	Moderadamente diferenciado	9 (32,1%)	9 (23,1%)	18 (64,3%)
	Pobremente diferenciado	2 (7,1%)	2 (7,1%)	4 (14,3%)
	Desconocido	0 (0,0%)	1 (3,6%)	1 (3,6%)
Localización del tumor	Ascendente	2 (15,4%)	1 (6,7%)	3 (10,7%)
	Transverso	0 (0,0%)	1 (6,7%)	1 (3,6%)
	Descendente	6 (46,2%)	11 (73,3%)	17 (60,7%)
	Recto	5 (38,5%)	2 (13,3%)	7 (25,0%)



# REVISTA DE GASTROENTEROLOGÍA DE MÉXICO

www.elsevier.es/rgmx



## Sesión de trabajos libres orales

Lunes 18 de noviembre de 2024

### Hígado III

#### Lun166

#### EVALUACIÓN DE BIOMARCADORES INMUNOMETABÓLICOS EN SUJETOS CON MASLD SUPLEMENTADOS CON ÁCIDO ALFALIPOICO-*SILYBUM MARIANUM* (LUD-LEV®) Y DIETA MEDITERRÁNEA

M. D. R. Francisco, A. D. Cano-Contreras, J. M. Remes-Troche, K. G. Hernández-Flores, P. Thomas-Dupont, Instituto de Investigaciones Médico-Biológicas, Universidad Veracruzana

**Introducción:** La enfermedad hepática esteatósica relacionada con disfunción metabólica (EHEDM) es una afección crónica progresiva con alta prevalencia mundial, caracterizada por inflamación, daño hepático y fibrosis. La fisiopatología es compleja; las investigaciones actuales han demostrado que los cambios en el perfil de citocinas inflamatorias pueden tener implicaciones en el desarrollo. Las opciones terapéuticas son aún limitadas; la dieta mediterránea es el enfoque aceptado de primera línea y la búsqueda de tratamientos más efectivos continúa. En fecha reciente se han evaluado los efectos de sustancias bioactivas, incluidos los antioxidantes, en el intento de establecer una modalidad eficaz que reduzca el daño hepático y mejore la enfermedad.

**Objetivo:** Determinar el efecto de la complementación de ácido alfalipoico-*Silybum marianum* y dieta mediterránea sobre los biomarcadores inmunometabólicos en pacientes con EHEDM.

**Material y métodos:** Estudio clínico aleatorizado, doble ciego, controlado con placebo en individuos con diagnóstico de EHEDM a 24 semanas de intervención. Se integraron dos grupos: uno experimental (dieta mediterránea + ácido alfalipoico/*Silybum marianum* 92,4/600 mg/día) y otro de control (dieta mediterránea + placebo). Se analizaron muestras de sangre al inicio (T0) y al final del estudio (T6) para evaluar la expresión de cuatro marcadores de inflamación sistémica (TNF- $\alpha$ , IL-6, IL-10 e IL-18), pruebas de función

hepáticas (ALT, AST, FA, GGT), además de glucosa, sensibilidad a la insulina y perfil de lípidos. Se compararon las diferencias entre los valores iniciales y finales dentro de cada grupo, así como las diferencias intergrupales finales. La intervención dietética se diseñó de acuerdo con las necesidades energéticas por diagnóstico nutricional y sexo. El análisis de los resultados se efectuó mediante el programa SPSS v.26.

**Resultados:** Se incluyó a un total de 29 sujetos con EHEDM, con una mediana de edad de 41 años (RI: 51-67), predominó el sexo femenino y la media del peso fue de 79,23  $\pm$  15,98 kg, con IMC 32,11  $\pm$  5,03. En el grupo experimental [pacientes tratados con ácido alfalipoico-*Silybum marianum* más dieta mediterránea (n = 14)], la mediana de edad fue de 57 años (RI: 47,2-65,5), con predominio del sexo femenino (92,8%). Se observó una mayor frecuencia de hipertrigliceridemia (6; 42,8%) e hipercolesterolemia (6; 28,5%), una frecuencia similar para diabetes mellitus 2 (4; 28,5%) e hipertensión arterial (3; 21,4%). En el grupo control [pacientes tratados con placebo y dieta mediterránea (n = 16)], la mediana de edad fue de 56 años (RI: 51-67), con predominio del sexo femenino (73,3%); se registró una mayor frecuencia de diabetes mellitus 2 (4; 26,6%) al igual que hipertensión arterial (4; 26,6%) y una menor frecuencia de hipercolesterolemia (3; 20%) e hipertrigliceridemia (2; 13,3%). A las 24 semanas, las enzimas hepáticas mostraron en el grupo control una reducción significativa de FA (p = 0,0027) y una leve disminución de AST (P = 0,0203), mientras que el grupo experimental reveló una reducción significativa de las cifras de GGT (p = 0,0238). Cabe señalar que la reducción se observó aun cuando los valores de las enzimas hepáticas basales se encontraban normales. Las cifras de insulina en cada grupo tuvieron tendencia hacia la mejoría, pero no alcanzaron significancia. En referencia a los marcadores de inflamación, IL-18 se detectó en el 100% de los individuos de ambos grupos y se observó una disminución de las concentraciones del grupo experimental frente a un aumento de las concentraciones del grupo tratado con placebo al comparar las diferencias iniciales y finales, pese a lo cual las diferencias intergrupales finales no alcanzaron significancia (p = 0,801). El TNF- $\alpha$  se expresó a las 24 semanas en un total de tres sujetos del grupo experimental (3,519

$\pm 8,250$  pg/ml) y en ninguno de los pacientes del grupo control. Si bien se reconoció una tendencia a una mayor concentración en el grupo experimental, no se registraron cambios significativos en las concentraciones de TNF- $\alpha$  en ninguno de los grupos entre las mediciones iniciales y finales ( $p = 0,099$ ). Se detectó IL-6 en un total de ocho individuos, de los cuales cuatro pertenecían al grupo experimental ( $3,036 \pm 6,857$  pg/ml) y cuatro al grupo control ( $0,279 \pm 30,6188$  pg/ml). El grupo tratado con LUDLEV experimentó mayores concentraciones con respecto a las iniciales, mientras que el grupo control mostró una tendencia hacia la reducción. Sin embargo, al comparar las diferencias intergrupales a las 24 semanas de seguimiento, debido al número limitado de expresiones en cada grupo, no se observaron cambios con significancia estadística ( $p = 0,658$ ). En el caso de IL-10 no se obtuvieron cifras detectables en ninguna muestra de los dos grupos en ambos espacios temporales. A pesar de que la dieta mediterránea era parte del tratamiento en los grupos, se identificó una tendencia a una mayor adherencia en el grupo control (70%) en comparación con el grupo experimental (64,28%).

**Conclusiones:** Los resultados de este estudio sugieren que el tratamiento con ácido alfaipoico y *Silybum marianum* más dieta mediterránea puede tener un efecto modulador sobre los biomarcadores relacionados con la evolución del daño como la citocina IL-18 y los valores de la enzima hepática GGT en un perfil mexicano de EHEDM. Se requieren estudios más amplios que incluyan a sujetos con EHEDM y esteatohepatitis relacionada con disfunción metabólica para observar el comportamiento de los biomarcadores inmunológicos frente al grado de inflamación crónica y confirmar los hallazgos preliminares.

**Financiamiento:** Sin financiamiento.

## Lun167

### RIESGO CARDIOVASCULAR ELEVADO EN MUJERES MEXICANAS CON HÍGADO GRASO ASOCIADO A DISFUNCIÓN METABÓLICA

M. M. Ramírez-Mejía, M. N. Rincón-Sánchez, N. Méndez-Sánchez, Universidad Nacional Autónoma de México

**Introducción:** La enfermedad de hígado graso, conocida en la actualidad como enfermedad de hígado graso relacionada con disfunción metabólica (EHGDM), es un factor de riesgo cardiometabólico significativo debido a su prevalencia elevada y nexa con diversas complicaciones metabólicas y cardiovasculares. En los últimos años se ha observado un aumento significativo de la prevalencia de esta enfermedad entre las mujeres, especialmente en aquellas que han pasado ya la menopausia. El efecto de la EHGDM en las mujeres es en particular preocupante debido a la combinación de factores metabólicos adversos que se intensifican con la menopausia.

**Objetivo:** Realizar un análisis detallado de las características clínicas, antropométricas, bioquímicas y de imagen vinculadas con la EHGDM en la población femenina mexicana, con un enfoque particular en la evaluación del efecto de estas características sobre el riesgo cardiometabólico.

**Material y métodos:** Se realizó un análisis retrospectivo de 500 mujeres sometidas a una revisión sistemática en la Fundación Clínica Médica Sur. Se evaluaron variables clínicas, antropométricas y bioquímicas para determinar el perfil metabólico de cada mujer. De modo adicional se utilizó la elastografía hepática para el diagnóstico de EHGDM.

**Resultados:** El estudio incluyó a 323 mujeres < 50 años y 177 > 50 años. En el 38% ( $n = 123$ ) de las pacientes < 50 años se diagnosticó EHGDM; en mujeres > 50 años, la prevalencia fue del 55,3% ( $n = 98$ ). Las mujeres con EHGDM, sobre todo las > 50 años, mostraron un perfil de riesgo cardiometabólico más elevado. En este grupo se identificaron incrementos significativos en el índice de masa corporal (IMC), la circunferencia de la cintura y la relación cintura-cadera (ICC), todos indicadores de una mayor acumulación de grasa visceral. Además, se registraron valores más altos de presión arterial sistólica y diastólica, así como concentraciones mayores de triglicéridos, colesterol LDL y proteína C reactiva de alta sensibilidad (hsCRP) (Tabla 1).

**Conclusiones:** Este estudio revela una gran prevalencia de EHGDM en mujeres, lo que muestra un perfil metabólico adverso y cifras elevadas de marcadores de inflamación crónica que incrementan en grado significativo el riesgo cardiometabólico. Las mujeres > 50 años tienen mayores riesgos debido a la pérdida de protección estrogénica, pero también se observan riesgos significativos en mujeres < 50 años, lo que podría afectar su salud reproductiva. Estos resultados remarcan la necesidad de implementar programas de tamizaje

específicos para la población femenina, en especial para aquellas > 50 años, con el fin de identificar y tratar de manera oportuna los factores de riesgo cardiometabólicos vinculados con EHGDM. Es fundamental conducir más estudios centrados en mujeres para comprender mejor los mecanismos subyacentes y diseñar intervenciones efectivas que mejoren los resultados de salud en esta población vulnerable.

**Financiamiento:** No se recibió ningún financiamiento.

## Lun168

### PATRONES DE COMPOSICIÓN CORPORAL DETERMINADOS POR BIOIMPEDANCIA ELÉCTRICA COMO FACTORES DE RIESGO PARA EL DESARROLLO DE ENFERMEDAD HEPÁTICA ESTEATÓSICA, ESTEATOHEPATITIS Y FIBROSIS HEPÁTICA

I. Borbolla-Schega, O. Morales-Gutiérrez, J. L. Pérez-Hernández, F. Higuera-de la Tijera, M. Pinto-Gutiérrez, A. Noble-Lugo, R. H. Raña-Garibay, Hospital Español

**Introducción:** La enfermedad hepática esteatósica relacionada con disfunción metabólica (MASDL, *metabolic dysfunction-associated steatotic liver disease*) es la principal causa de hepatopatía crónica en el mundo. Su prevalencia ha aumentado de 26% a 42% en la última década en hispanos norteamericanos de forma paralela a un incremento de los casos de obesidad y sobrepeso. Distintos factores, como la resistencia a la insulina, la diabetes mellitus, la hipercolesterolemia y la mutación del gen *PNPLA3*, se han relacionado con desarrollo de esteatohepatitis fibrótica activa (MASH [metabolic dysfunction-associated steatohepatitis] fibrótica) y fibrosis avanzada en hispanoamericanos. Se han implementado diferentes estrategias de detección para prevenir el desarrollo de cirrosis y carcinoma hepatocelular. Sin embargo, un grupo no insignificante de pacientes carece de positividad para estos marcadores. El índice de masa grasa (IMG) y la masa grasa porcentual (MGP) determinados por análisis de bioimpedancia eléctrica (ABE) podrían ser de utilidad para la identificación temprana de EHEDM e instituir políticas de escrutinio de fibrosis hepática.

**Objetivo:** Determinar el riesgo relativo de desarrollar MASDL, MASH fibrótica activa y fibrosis avanzada de acuerdo con distintos patrones de composición corporal mediante ABE.

**Material y métodos:** Estudio retrospectivo en el cual se evaluaron expedientes de 276 pacientes (clínica de hepatología y nutrición clínica) que contaran con ABE (SECA® mBCA 514) y elastografía hepática transicional (Fibroscan Echosens® 530 compact) en un periodo no mayor de dos meses de diferencia. Se incluyó a pacientes que contaran con determinación de marcadores séricos (insulina, HbA1c, HDL, LDL, TGC, TSH, T4L) para identificar enfermedades metabólicas y mediciones antropométricas (peso, talla, IMC y circunferencia de cintura). Se excluyó a 81 pacientes por comorbilidades graves (neoplasias, insuficiencia cardíaca, VHC, hemocromatosis, hepatitis autoinmunitaria y colangitis biliar primaria). Se realizó análisis estadístico mediante frecuencias, proporciones, normalidad (K-S), diferencia de medias, muestras independientes (prueba t y U de Mann-Whitney), tablas cruzadas (ji cuadrada) y riesgo relativo (RR) de desarrollar MASDL, MASH fibrótica activa y fibrosis avanzada en relación con dichas variables; se consideró un  $p = 0,05$  como estadísticamente significativo.

**Resultados:** Se incluyó a 154 pacientes (64% mujeres), con edad media de 49 años  $\pm 18,7$ . No se observaron diferencias significativas respecto de la frecuencia de comorbilidades metabólicas entre ambos géneros. De estas, la resistencia a la insulina (20,15%), la diabetes mellitus (20,2%), la hipertrigliceridemia (18,8%), la hipercolesterolemia (11,6%) y la hipertensión arterial (29,2%) fueron las más prevalentes. Se observaron media de peso (85 y 75,7 kg,  $p = 0,006$ ) e IMC (29,5 y 30,6 kg/m<sup>2</sup>,  $p = 0,153$ ) en hombres y mujeres, con mayor frecuencia de sarcopenia en mujeres (18,2% vs. 34,5%,  $p = 0,025$ ). Comparada con otros factores de riesgo metabólicos, la  $MGP \geq 32/44$  H/M fue el factor con mayor riesgo de desarrollar MASDL (RR 5,79; IC95% 2,8-11,9;  $p \leq 0,001$ ), MASH fibrótica activa (RR 13,33; IC95% 4,3-41,2;  $p \leq 0,001$ ) y fibrosis avanzada (RR 7,07; IC95% 3,6-13,7;  $p \leq 0,001$ ) (Tabla 1).

**Conclusiones:** La cuantificación de  $MGP \geq 32/44\%$  y  $IMG \geq 9,1/13,3$  en hombres y mujeres podría acompañarse de riesgo, incluso mayor respecto de los factores metabólicos establecidos, y desarrollo de MASDL, MASH fibrótica activa y fibrosis avanzada en población sin comorbilidades graves.

**Financiamiento:** No se obtuvo financiamiento.

Tabla 1. Comparación de características clínicas, bioquímicas e imagenológicas entre diferentes grupos. (Lun167)

	Grupo < 50 años (n = 323)			Grupo > 50 años (n = 177)		
	Grupo con EHGD (n = 123)	Grupo sin EHGD (n = 200)	Valor p	Grupo con EHGD (n = 98)	Grupo sin EHGD (n = 79)	Valor p
	Mediana (RIC)	Mediana (RIC)		Mediana (RIC)	Mediana (RIC)	
Edad	42 (37-47)	40 (35-45)	0,021	55 (51,75-60,25)	55 (52-61)	0,675
Presión arterial sistólica (mmHg)	110 (103-119)	101 (96-111)	< 0,001	119,50 (109,00-128,25)	110 (100-120)	0,002
Presión arterial diastólica (mmHg)	71 (67-78)	67 (60-73)	< 0,001	75,00 (68-80)	70 (63-76)	0,001
IMC (kg/m <sup>2</sup> )	25,60 (25,70-30,50)	22,50 (20,32-24,27)	< 0,001	28,05 (26,07-32,15)	23,20 (21,80-24,60)	< 0,001
Grasa corporal (%)	37,70 (34,20-41,60)	29,35 (24,75-33,27)	< 0,001	40,40 (35,67-44,15)	31,70 (29,10-34,40)	< 0,001
Circunferencia de la cintura (cm)	91 (87-97)	79 (73-85)	< 0,001	96,50 (88,75-102)	79 (74-85)	< 0,001
Índice cintura-cadera	0,87 (0,82-0,90)	0,81 (0,77-0,86)	< 0,001	0,88 (0,85-0,93)	0,82 (0,78-0,85)	< 0,001
Riesgo cardiovascular (PREVENT Score)	0,60 (0,20-1)	0,30 (0,10-0,50)	< 0,001	2,10 (1,40-3,50)	1,60 (1-2,90)	0,017
Riesgo cardiovascular (Framingham Score)	2,40 (1,70-3,30)	1,70 (1,20-2,40)	< 0,001	6,30 (3,9-8,6)	4,50 (2,80-5,30)	< 0,001
Tasa de filtración glomerular calculada	104,82 (89,04-112,24)	104,37 (92,13-112,91)	0,652	94,81 (87,35-103,34)	92,47 (81,42-101,79)	0,150
Plaquetas (x10 <sup>3</sup> /μL)	275 (237-313)	271 (236,25-311,75)	0,452	267,50 (226,50-308,25)	272 (237-311)	0,576
Proteína C reactiva de alta sensibilidad (mg/dL)	2,80 (1,40-5,50)	1,05 (0,42-2,70)	< 0,001	2,45 (1,10-5,82)	1 (0,50-2,10)	< 0,001
TSH (mg/dL)	2,14(1,36-3,24)	2,26 (1,37-3,16)	0,990	2,24 (1,56-3,44)	1,91 (1,30-2,99)	0,050
Bilirrubina total (mg/dL)	0,67(0,55-0,81)	0,70 (0,58-0,92)	0,066	0,67 (0,55-0,82)	0,70 (0,58-0,91)	0,100
ALT (U/L)	22 (19-27)	20 (18-24)	0,003	25 (19,75-36)	22 (19-26)	0,025
AST (U/L)	25 (19-34)	18 (15-23)	< 0,001	24 (20-29,25)	21 (16-26)	< 0,001
GGT (U/L)	19 (14-26)	13 (11-17)	< 0,001	21 (16-29,25)	15 (12-18)	< 0,001
Colesterol (mg/dL)	201 (179-228)	195 (173,25-219,75)	0,091	215,50 (186-238,50)	216 (195-237)	0,661
Colesterol HDL (mg/dL)	49 (41-56)	60 (49-67)	< 0,001	50 (42-61)	61 (53-70)	< 0,001
Colesterol LDL (mg/dL)	2,50 (2,10-3,40)	2,10 (1,70-2,50)	< 0,001	2,60 (2,05-3,22)	2,20 (1,90-2,70)	0,003
Triglicéridos (mg/dL)	121 (94-162)	75,50 (57-107)	< 0,001	123,50 (90-172,25)	79 (63-103)	< 0,001
Creatinina (mg/dL)	0,73 (0,65-0,84)	0,74 (0,66-0,82)	0,840	0,74 (0,67-0,79)	0,76 (0,65-0,84)	0,306
HbA1c (%)	5,30 (5,10-5,50)	5,20 (5-5,30)	< 0,001	5,60 (5,40-5,90)	5,40 (5,20-5,60)	< 0,001
Rigidez hepática (kPa)	3,90 (3,40-4,60)	3,70 (3,10-4,30)	< 0,001	4,20 (3,67-4,70)	3,50 (3,20-4,30)	< 0,001
Parámetro de atenuación controlada (dBm)	273 (253-300)	200,50 (180,25-223)	< 0,001	284 (257,75-326,25)	203 (177-226)	< 0,001

Se presentan las medianas y rangos intercuartílicos (RIC) de diversas variables en mujeres menores y mayores de 50 años, tanto con EHGD como sin ella. Los valores de p indican la significancia estadística de las diferencias observadas entre los grupos. Las mujeres con EHGD, especialmente aquellas > 50 años, mostraron un perfil de riesgo cardiometabólico más elevado, con mayores valores de presión arterial, índice de masa corporal (IMC), porcentaje de grasa corporal, circunferencia de la cintura y cifras de marcadores inflamatorios y lípidos, lo que subraya la necesidad de intervenciones específicas para esta población. EHGD, enfermedad de hígado graso relacionada con disfunción metabólica; RIC, rango intercuartílico; IMC, índice de masa corporal; ICC, índice cintura-cadera; hsCRP, proteína C reactiva de alta sensibilidad; ALT, alanina aminotransferasa; AST, aspartato aminotransferasa; GGT, gammaglutamil transferasa; HbA1c, hemoglobina glucosilada.

## Lun169

### UTILIDAD DIAGNÓSTICA DE FIBROSIS HEPÁTICA DE UN NUEVO MÉTODO NO INVASIVO (HEPAMET) EN PACIENTE CON ENFERMEDAD POR HÍGADO GRASO NO ALCOHÓLICO

M. F. Castillo-Martínez, C. Cortez-Hernández, J. L. Hernández-Pérez, C. G. Guerra-Arizpe, O. D. Borjas-Almaguer, H. Maldonado-Garza, D. García-Compeán, Hospital Universitario Dr. José Eleuterio González

**Introducción:** La enfermedad por hígado graso no alcohólico (EHGNA), recién renombrada enfermedad por esteatosis hepática relacionada con disfunción metabólica (MASLD, *metabolic dysfunction-associated steatotic liver disease*), tiene alta prevalencia en la población. La fibrosis significativa es el principal predictor de complicaciones y mortalidad por lo que se han evaluado pruebas no invasivas con el fin de evitar la biopsia.

**Objetivo:** Determinar la eficiencia diagnóstica de una nueva prueba (Hepamet) en la detección de fibrosis y compararla con otros índices no invasivos de efectividad ya establecida en una cohorte de pacientes con EHGNA.

**Material y métodos:** Estudio transversal y ambispectivo. Se incluyó a pacientes mayores de 18 años con diagnóstico de EHGNA referidos a este servicio. Se excluyó a los pacientes con información incompleta en los expedientes clínicos. Todos los pacientes se sometieron a elastografía de transición (Fibroscan®) y se calcularon los índices no invasivos de fibrosis: calificación de fibrosis de Mayo (NFS, *NAFLD fibrosis score*) y Fib-4, además del Hepamet, con base en los métodos ya establecidos. Se tomaron como estándares diagnósticos los valores de rigidez hepática por Fibroskan y se tomó como punto de corte para fibrosis > 8 KPa y > 12 KPa para cirrosis. Los puntos de corte para fibrosis y cirrosis de cada índice fueron los establecidos por estudios previos. Se calcularon y compararon la sensibilidad (S), especificidad (E), valor predictivo positivo (VPP), negativo (VPN) y exactitud (Ex) de cada índice. Además, se realizaron análisis de curvas ROC para calcular el AUROC de cada prueba para evaluar la potencia diagnóstica de cada índice.

**Resultados:** Se incluyó a 167 pacientes, 66 (39,5%) de ellos hombres. La mediana de edad fue de 57 años (intervalo, 24-85), 56,9% con diabetes mellitus



**Tabla 1.** Riesgo relativo de desarrollar MASLD, MASH fibrótica activa y fibrosis avanzada grados F3-F4 en distintas enfermedades metabólicas y parámetros de composición corporal por bioimpedancia eléctrica. (Lun168)

Variables	MASLD				MASH fibrótica activa				Fibrosis avanzada F3-F4			
	RR	IC95%		Valor de p	RR	IC95%		Valor de p	RR	IC95%		Valor de p
		Inferior	Superior			Inferior	Superior			Inferior	Superior	
<b>Comorbilidades</b>												
Resistencia a la insulina (HOMA-IR $\geq$ 2,5)	1,75	1,17	2,63	0,013 €	1,93	1,21	3,08	0,01	1,43	1	2,04	0,075 €
Diabetes mellitus tipo 2	2,77	1,94	3,94	< 0,001 €	2,82	1,84	4,33	< 0,001 €	2,11	1,57	2,84	< 0,001 €
Hipotiroidismo	1,92	1,29	2,85	0,004 €	1,33	0,76	2,32	0,332 €	1,57	1,11	2,23	0,025 €
Hipertensión arterial sistémica	2	1,37	2,99	< 0,001 €	1,79	1,13	2,84	0,016 €	1,43	1,02	2	0,048 €
Hipertrigliceridemia ( $\geq$ 150 mg/dL)			1,98	1,35	2,22	1,42	3,48	0,001 €	1,38	0,95	1,99	0,114 €
HDL < 40/50 H/M			2,07	1,42	2,1	1,33	3,33	0,003 €	1,44	1	2,07	0,073 €
LDL $\geq$ 130	2,01	1,34	3,02	0,006 €	2,04	1,24	3,35	0,014 €	1,56	1,06	2,28	0,054 €
<b>Composición corporal (BIE)</b>												
IMC (kg/m <sup>2</sup> ) > 30	1,92	1,29	2,85	0,004 €	4,22	2,1	8,1	< 0,001 €	3,66	2,27	5,89	< 0,001 €
Circunferencia cintura $\geq$ 102/88 H/M	3,67	1,87	7,1	< 0,001 €	5,04	2,11	11,99	< 0,001 €	3,6	2	6,45	< 0,001 €
Índice de masa grasa $\geq$ 9,1/13,3 H/M	5,79	2,81	11,9	< 0,001 €	8,72	3,29	23,11	< 0,001 €	5,5	2,94	10,26	< 0,001 €
Masa grasa porcentual $\geq$ 32 / 44 H/M	6,51	3,15	13,4	< 0,001 €	13,33	4,34	41,25	< 0,001 €	7,07	3,63	13,74	< 0,001 €
Índice de musc. esquelético < 8/5,8 H/M	1,03	0,63	1,68	0,893 €	0,94	0,52	1,69	0,851 €	0,95	0,62	1,46	0,828 €
Masa de musc. esquelético por edad percentil < 5°	2,12	1,45	3,09	< 0,001 €	2,53	1,63	3,93	< 0,001 €	1,96	1,44	2,67	< 0,001 €
Ángulo de fase < 5,5° / 4,5° H/M	2,18	1,46	3,26	< 0,001 €	2,08	1,3	3,32	0,002 €	1,63	1,17	2,27	0,005 €

RR, riesgo relativo; €, ji cuadrada; IC, intervalo de confianza; BIE, bioimpedancia eléctrica; HDL, lipoproteína de alta densidad; LDL, lipoproteína de baja densidad; IMC, índice de masa corporal; MASLD, enfermedad hepática esteatósica relacionada con disfunción metabólica; MASH-fibrosis, esteatohepatitis fibrótica activa.

tipo 2, 37,1% con hipertensión arterial y 30,5% con dislipidemia. El 40,7% tenía sobrepeso y 45,5% obesidad. Por Fibroscan, 54,5% mostró baja probabilidad de fibrosis (< 8 KPa), el 19,7% de fibrosis avanzada y cirrosis (> 8 KPa) y el 25,8% de cirrosis (> 12 KPa). El índice Hepamet tuvo los valores de VPP, VPN, Ex y AUROC más altos para el diagnóstico de fibrosis avanzada; sin embargo, comparado con Fib-4 y NFS, no mostró diferencia significativa (Tabla 1). En relación con el diagnóstico de cirrosis, el Hepamet registró S y VPP ligeramente menores que NFS y Fib-4, sin diferencias significativas. Además, reveló idéntico valor de AUROC que los otros índices (Hepamet: 0,90; NFS: 0,91 y Fib-4: 0,91).

**Conclusiones:** NFS y Fib-4 mostraron un alto rendimiento diagnóstico reflejado por el AUROC para el diagnóstico de fibrosis avanzada y cirrosis hepática. Hepamet registró un rendimiento similar que los índices mencionados en ambas alteraciones. Se requiere evaluar el porcentaje de indeterminados, la factibilidad y los costos de cada índice para para establecer la efectividad.

**Financiamiento:** No se recibió ningún financiamiento para la realización de este trabajo.

**Tabla 1.** Escalas no invasivas para la detección de fibrosis avanzada y cirrosis. (Lun169)

Fibrosis	S	E	VPP	VPN	Exactitud	AUROC
HEPAMET	0,84	0,75	0,74	0,85	0,80	0,87 (0,81-0,92)
FIB4	0,85	0,63	0,66	0,84	0,74	0,86 (0,80-0,92)
NFS	0,92	0,47	0,59	0,87	0,74	0,83 (0,77-0,81)
Cirrosis	S	E	VPP	VPN	Exactitud	AUROC
HEPAMET	0,80	0,84	0,57	0,94	0,83	0,90 (0,84-0,91)
FIB-4	0,82	0,87	0,63	0,95	0,80	0,91 (0,85-0,95)
NFS	0,82	0,84	0,59	0,94	0,84	0,91 (0,86-0,93)

## Lun170

### APLICACIÓN CLÍNICA DEL PUNTAJE DE FIBROSIS NAFLD Y DEL PUNTAJE DE FIBROSIS HEPAMET EN ENFERMEDAD ARTERIAL CORONARIA Y MASLD: UN ESTUDIO TRANSVERSAL EN POBLACIÓN DEL OESTE DE MÉXICO

J. A. Velarde-Chávez, F. A. Félix-Téllez, J. A. Martínez-Ortiz, N. Morales-Victorino, C. X. Vásquez-Veloz, D. K. Tapia-Calderón, J. R. Barrientos-Ávalos, J. A. Velarde-Ruiz Velasco, Hospital Civil de Guadalajara Juan I. Menchaca

**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 la EAC confirmada anatómicamente, es limitada y los modelos de riesgo cardiovascular (RCV) solo predicen el riesgo de un episodio coronario agudo dentro de un periodo de tiempo establecido. Se ha descrito que una puntuación FIB-4 se vincula con un mayor RCV.

**Objetivo:** Determinar la utilidad de los marcadores no invasivos de fibrosis hepática en la EAC.

**Material y métodos:** Se realizó un estudio transversal en la población del oeste de México en dos centros terciarios en el centro y oeste de México desde marzo de 2019 hasta abril de 2023. Se incluyó a pacientes con MASLD (*metabolic dysfunction-associated steatotic liver disease*) según las últimas recomendaciones (esteatosis hepática demostrada por estudio de imagen y al menos un criterio cardiometabólico) que requirieron angiografía coronaria percutánea. Se registraron datos demográficos y angiográficos coronarios. Se calcularon índices de fibrosis no invasivos. Las variables continuas se sometieron a un análisis de distribución y a una igualdad de varianzas para realizar

después un análisis de comparación de medias con la prueba U de Mann-Whitney entre pacientes con afectación monovascular, bivascular y trivascular. También se realizó un análisis de correlación entre los marcadores invasivos y el índice Syntax.

**Resultados:** Se incluyó a un total de 168 pacientes con una edad media de 66 ± 12 años con un predominio del sexo masculino de 75,6% (n = 127). Los hallazgos angiográficos incluyeron 37,5% de afectación monovascular, 32,7% bivascular y 29,8% trivascular. La comparación de medias de los marcadores no invasivos de fibrosis demostró una diferencia significativa en la puntuación HFS entre pacientes con enfermedad arterial coronaria monovascular (0,17 ± 0,18), bivascular (0,27 ± 0,18) y trivascular (0,30 ± 0,25), p ≤ 0,001 (Tabla 1). También se demostró una correlación entre los marcadores no invasivos y la puntuación Syntax: FIB-4 (r = 820, p ≤ 0,001), APRI (r = 766, p ≤ 0,001), HFS (r = 869, p ≤ 0,001), NFS (r = 807, p ≤ 0,001).

**Conclusiones:** Las puntuaciones de evaluación no invasiva de fibrosis se correlacionan con la complejidad de la EAC y podrían ser de utilidad en la evaluación del RCV en pacientes con MASLD.

**Financiamiento:** No se requirió financiamiento.

Tabla 1. Análisis comparativo de las puntuaciones de fibrosis no invasivas en la enfermedad arterial coronaria.

	Monovascular (n=63)	Bivascular (n=55)	Trivascular (n=50)	P
NFS	0,27 ± 1,6	0,95 ± 1,6	0,42 ± 1,74	0,004
HFS	0,17 ± 0,18	0,27 ± 0,18	0,30 ± 0,25	< 0,001
FIB4	3,84 ± 2,71	4,61 ± 3,08	4,03 ± 3,46	0,82
APRI	1,46 ± 1,11	2,16 ± 3,30	1,29 ± 1,03	0,36

### Lun171

#### EFFECTO DE LA SUPLEMENTACIÓN CON ÁCIDO ALFALIPOICO Y Silybum marianum (LUDLEV®) EN ASOCIACIÓN CON DIETA MEDITERRÁNEA PARA LA MEJORA DEL HÍGADO GRASO ASOCIADO A DISFUNCIÓN METABÓLICA

A. D. Cano-Contreras, M. R. Francisco, J. L. Vargas-Basurto, K. D. González-Gómez, M. Amieva-Balmori, F. B. Roesch-Dietlen, J. M. Remes-Troche, Instituto de Investigaciones Médico-Biológicas, Universidad Veracruzana

**Introducción:** El tratamiento de la esteatosis hepática metabólica (MASLD, *metabolic dysfunction-associated steatotic liver disease*) se ha enfocado en el control de las comorbilidades. La *Silybum marianum* (SM) y el ácido alfaliipoico (AAL) han demostrado efectos antioxidantes y adyuvantes en el control de los trastornos metabólicos.

**Objetivo:** Evaluar si la formulación de SM-AAL (LUDLEV®) en combinación con dieta mediterránea (DM) puede mejorar la lesión hepática relacionada con MASLD.

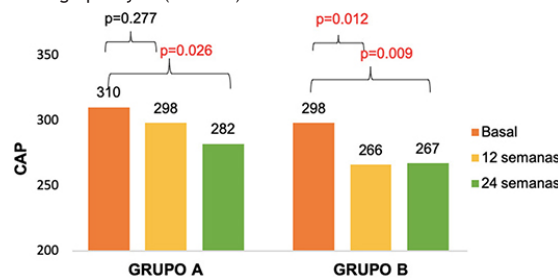
**Material y métodos:** Estudio clínico aleatorizado, doble ciego, en pacientes con MASLD. Se comparó la administración de SM-AAL con DM (grupo A) con placebo (grupo B) durante 24 semanas. Al inicio y a las 12 y 24 semanas se evaluaron medidas antropométricas, parámetros metabólicos y función hepática. La efectividad clínica se determinó con elastografía hepática de transición.

**Resultados:** Se incluyó a 50 pacientes, la mayoría mujeres (74%), de 54 ± 10 años. Se registró disminución de la grasa visceral y circunferencia umbilical en ambos grupos, que fue significativa en el grupo A (p = 0,045 y 0,003). En el grupo A, la disminución del CAP fue gradual y se mantuvo a las 12 y 24 semanas (p = 0,026) a diferencia del grupo B en el que se mantuvo sin cambios a las 24 semanas (Δ CAP -27 dB/m) (Figura 1). Se notificaron efectos adversos leves en 4 (16%) pacientes del grupo A y 4 (16%) del grupo B, sin diferencias significativas entre grupos (p = 0,641).

**Conclusiones:** La formulación de *Silybum marianum* y ácido alfaliipoico (LUDLEV®) en combinación con DM puede favorecer la mejoría de los parámetros metabólicos, la disminución de grasa visceral y la esteatosis hepática en pacientes mexicanos con MASLD.

**Financiamiento:** Laboratorio Medix.

Figura 1. Media de CAP al inicio y a las 12 y 24 semanas de los pacientes con MASLD del grupo A y B. (Lun171)



### Lun172

#### PERFIL DE HEPATOCINAS Y CITOCINAS PROINFLAMATORIAS EN PACIENTES CON ATEROSCLEROSIS CAROTÍDEA Y ESTEATOSIS HEPÁTICA METABÓLICA

A. D. Cano-Contreras, M. R. Francisco, J. L. Vargas-Basurto, K. D. González-Gómez, H. Vivanco-Cid, K. G. Hernández-Flores, P. Grube-Pagola, F. B. Roesch-Dietlen, J. M. Remes-Troche, Instituto de Investigaciones Médico-Biológicas, Universidad Veracruzana

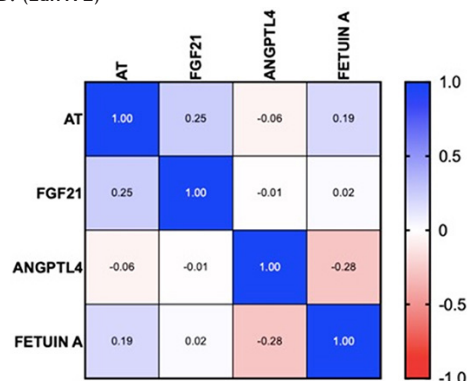
**Introducción:** Se ha demostrado que la MASLD (*metabolic dysfunction-associated steatotic liver disease*) es un factor de riesgo independiente de enfermedad cardiovascular. La aterosclerosis (AT) representa una de las principales complicaciones cardiovasculares de MASLD, resultado de diferentes factores agresores como el daño endotelial, la dislipidemia y el estrés oxidativo inducidos por la respuesta inflamatoria. Las hepatocinas que han demostrado funciones reguladoras de la inflamación en el tejido adiposo, así como relación con enfermedades cardiovasculares y aterosclerosis temprana, son fetuina A, ANGPTL1 y FGF-21.

**Objetivo:** Evaluar el perfil de citocinas proinflamatorias y hepatocinas en pacientes con MASLD y AT carotídea.

**Material y métodos:** Estudio de investigación básica de tipo observacional, prospectivo y transversal en pacientes con MASLD. Se realizaron historia clínica completa, somatometría, elastografía hepática de transición con Fibroscan y ultrasonido Doppler carotídeo. En sangre venosa se determinaron parámetros bioquímicos básicos, marcadores de inflamación sistémica (TNF-α, IL-6, IL-10, IL-18) y hepatocinas (FGF21, ANGPTL4, fetuina A). Los resultados se analizaron con el programa SPSS v22.0.

**Resultados:** Se incluyó a 67 pacientes con MASLD, la mayoría mujeres con 49 (72,1%), media de 53,9 ± 11,3 años, peso de 84,9 ± 17,7 kg, e índice de masa corporal de 33,2 ± 6,4 kg/m<sup>2</sup>. Se encontró aterosclerosis en 11 pacientes con MASLD (16,2%); el GIMC estuvo alterado en 13 (19,1%) pacientes con afectación de la carótida derecha, 19 (27,9%) de la carótida izquierda y en 7 (10,3%). La mayor edad (IC95% r = 0,1697-0,5818; p = 0,001) y la hipertensión arterial sistémica (IC95% r = 0,030-0,4808; p = 0,028) mostraron correlación con la aterosclerosis. El análisis de marcadores de inflamación sistémica no reveló diferencias y las hepatocinas FGF-21 y fetuina A mostraron una tendencia a la elevación en presencia de alteraciones del GIMC y AT, independientemente del grado de fibrosis (Figura 1).

Figura 1. Correlación de las hepatocinas con la presencia de AT en pacientes con MASLD. (Lun172)



**Conclusiones:** En esta población, los pacientes con MASLD tienen prevalencia de aterosclerosis carotídea del 16,6% y el riesgo se incrementa con la edad y el antecedente de hipertensión arterial sistémica. La hepatocina FGF-21 tendió a la elevación en pacientes con MASLD + AT, lo que tuvo como resultado correlación positiva; la fetuina A se correlacionó con alteraciones del GIMC, por lo que la combinación de estos marcadores podría llevar a sospechar alteraciones endoteliales tempranas en pacientes con MASLD.

**Financiamiento:** No se recibió financiamiento.

### Lun173

## PREVALENCIA Y FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS CON LA PRESENCIA DE ESTEATOSIS Y FIBROSIS HEPÁTICA EN PACIENTES CON DIAGNÓSTICO RECIENTE DE DIABETES MELLITUS TIPO 2 EN UNA POBLACIÓN DE ALTO RIESGO

O. M. Fierro-Angulo, J. A. González-Regueiro, B. M. Román-Calleja, A. Pereira-García, R. U. Macías-Rodríguez, A. Ruiz-Margáin, S. C. Hernández-Jiménez, A. C. García-Ulloa, C. F. Martínez-Cabrera, Grupo Colaborativo: MICTLAN Network/Liver fibrosis and Nutrition Lab; Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán

**Introducción:** La enfermedad hepática esteatósica 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.

**Material y métodos:** Estudio transversal que incluyó a pacientes con DM2 y menos de cinco años de diagnóstico, sin complicaciones crónicas en un centro de tercer nivel de atención en la Ciudad de México, en el periodo de enero de 2021 a enero de 2024. Se realizó evaluación clínica y bioquímica en todos los pacientes, además de evaluación mediante elastografía transitoria. Para el análisis 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 1 337 pacientes; la mayoría correspondió a mujeres (60,9%); el 78,2% de la población tenía sobrepeso u obesidad, el 41,4% presentó esteatosis hepática (SLD) y el 10,6% fibrosis. Las personas con esteatosis o fibrosis hepática tuvieron IMC más elevado, y colesterol y creatinina séricas más bajos, así como concentraciones mayores de ALT, AST GGT y HbA1c. En el análisis multivariado, un mayor IMC, LSM, triglicéridos, ALT y AST se relacionan de forma independiente con la esteatosis. Un mayor IMC, edad, CAP, GGT, HbA1c, AST y menor colesterol y creatinina se vinculan con fibrosis. Con base en la puntuación FAST, el 4,8% de los pacientes tenía riesgo de esteatohepatitis vinculada con disfunción metabólica (MASH).

**Conclusiones:** La prevalencia de esteatosis y fibrosis hepática en pacientes con DM2 de reciente diagnóstico fue de 41,4% y 9,5%, respectivamente, y 4,8% estaba en riesgo de MASH. Los factores de riesgo relacionados de manera independiente con estas alteraciones incluyen al IMC, cifra de transaminasas, GGT, triglicéridos, colesterol y creatinina, por lo que debe evaluarse de manera sistemática a la población con DM2.

**Financiamiento:** No se recibió financiamiento de ningún tipo.

### Lun174

## EL EJERCICIO FÍSICO MONITORIZADO MEJORA LA FUNCIÓN COGNITIVA Y LA HEMODINÁMICA CEREBRAL EN PACIENTES CON ESTEATOSIS HEPÁTICA METABÓLICA: UN ENSAYO CLÍNICO ALEATORIZADO, CONTROLADO Y ABIERTO

B. M. Román-Calleja, C. F. Martínez-Cabrera, L. E. Rosas-Gutiérrez, A. Reyna-Sariñana, O. M. Fierro-Angulo, C. Cantú-Brito, C. A. Aguilar-Salinas, R. U. Macías-Rodríguez, A. Ruiz-Margáin, Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán

**Introducción:** La esteatosis hepática metabólica (MASLD, *metabolic dysfunction-associated steatotic liver disease*) es un trastorno relacionado con la disfunción endotelial, la cual desempeña un papel crucial en la patogenia de las complicaciones extrahepáticas de la MASLD. Esta disfunción causa anomalías en el flujo sanguíneo cerebral y, por ende, alteraciones neurocognitivas. El ejercicio físico ha demostrado mejorar los desenlaces típicos de la MASLD, pero su efecto en la hemodinámica cerebral y la función cognitiva no se ha explorado de manera exhaustiva.

**Objetivo:** Evaluar la función neurocognitiva en los pacientes con esteatosis hepática metabólica y el efecto de un protocolo de ejercicio vigilado durante 16 semanas en la hemodinámica cerebral y la función cognitiva de pacientes con MASLD.

**Material y métodos:** Fase 1: se evaluó la función cognitiva en 100 pacientes mediante pruebas neuropsicométricas; fase 2: se condujo un estudio clínico aleatorizado de 16 semanas. El grupo control (n = 20) recibió una dieta con restricción calórica del 20% de acuerdo con las necesidades energéticas calculadas por calorimetría indirecta y el grupo de intervención (n = 20) recibió la misma dieta más un programa de ejercicio. La intervención de ejercicio consistió en caminar y aumentar gradualmente 5 000 pasos diarios, vigilados por un monitor de actividad física, combinado con ejercicios de resistencia. Todos los pacientes recibieron un libro impreso como ejercicio mental. Se obtuvieron evaluaciones de esteatosis y rigidez hepática, composición corporal, biomarcadores, pruebas neurocognitivas y ultrasonido Doppler transcraneal al inicio y al final del estudio. Los pacientes recibieron mensajes semanales para evaluar la adherencia y tuvieron visitas presenciales mensuales.

**Resultados:** Fase 1: se evaluó a 100 pacientes (13 sin MASLD y 87 con MASLD) para caracterizar la función cognitiva, lo cual se llevó a cabo como una fase previa (prueba de concepto). Se observaron diferencias significativas en las puntuaciones de MoCA (p = 0,013) y Addenbrooke (p = 0,047), con peores resultados en el grupo con MASLD. Dentro de los dominios cognitivos específicos se identificaron diferencias significativas en memoria (p = 0,011), fluidez verbal (p < 0,001), lenguaje (p = 0,027) y habilidades visoespaciales (p = 0,003). En la fase 2 (estudio clínico aleatorizado), el 60% de los pacientes correspondió a mujeres, con edad de 47 ± 8 años. La adherencia a la intervención fue superior al 80%. En el grupo de ejercicio, el número de pasos aumentó de 5 178 (4 848-7 237) a 10 161 (9 147-11 459) (p < 0,001) en comparación con 6 057 (5 429-7 924) a 6 757 (6 188-8 777) (p = 0,054) en los controles. En el grupo de intervención, la rigidez arterial periférica disminuyó 8,4% (p = 0,002), mejoró la hemodinámica cerebral, con reducción del 10,4% en el índice de resistencia (p < 0,001) y del 19,2% en el índice de pulsatilidad (p < 0,001). En el grupo control no se registraron cambios significativos. La función cognitiva mejoró en el grupo de intervención, con un incremento de la puntuación MoCA en 5,9% (p = 0,005) y de la puntuación Addenbrooke en un 6,6% (p < 0,001). En ambos grupos, los pacientes mostraron una reducción significativa del IMC y el porcentaje de grasa (-5,2% y 10,5% en el grupo de intervención vs. -2,7% y 3,8% en los controles). La proporción de pacientes con una reducción de peso corporal > 7% fue de 55% en el grupo de intervención comparado con 30% del grupo control (p = 0,200).

**Conclusiones:** El ejercicio mejora la hemodinámica cerebral, la función cognitiva y la composición corporal en pacientes con MASLD. Estos resultados destacan la importancia de integrar el ejercicio físico en el control de la MASLD, para ofrecer beneficios adicionales para la salud cardiovascular y cognitiva.

**Financiamiento:** Fondos propios del grupo de investigación.



# REVISTA DE GASTROENTEROLOGÍA DE MÉXICO

www.elsevier.es/rgmx



## Exposición de trabajos libres en cartel

Lunes 18 de noviembre de 2024

### Enfermedad inflamatoria intestinal

Lun175

#### IMPACTO DEL CONSUMO DE ALCOHOL EN PACIENTES CON ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL

D. A. García-Alonso, J. Cruz-Ramírez, N. N. Parra-Holguín, J. G. López-Gómez, T. Cortés-Espinosa, Grupo Colaborativo: Centro de Enfermedad Inflamatoria Intestinal, Centro Médico Nacional CMN 20 de Noviembre, ISSSTE

**Introducción:** El consumo de alcohol en pacientes con enfermedad inflamatoria intestinal ha sido controversial. Se considera que el alcohol tiene algunos mecanismos que pueden provocar recaídas en pacientes con EII; por ejemplo, puede modificar el microbioma intestinal y causar disbiosis, lo cual facilita la inflamación intestinal y también interrumpe las barreras físicas e inmunológicas, lo que expone el sistema inmunitario a bacterias y endotoxinas y ello activa al factor de necrosis tumoral  $\alpha$ , IL-1 e IL-6, con ulceraciones de la mucosa, daño del epitelio y formación de microabscesos de cripta, todo lo cual desencadena un brote de la enfermedad. En las publicaciones médicas actuales se reconoce una tendencia hacia los efectos nocivos del consumo de alcohol en pacientes con EII, pero se necesita más investigación para emitir recomendaciones al respecto.

**Objetivo:** Determinar la posible relación entre el consumo de alcohol en pacientes con colitis ulcerativa y la actividad clínica, bioquímica y endoscópica.

**Material y métodos:** Estudio observacional y retrospectivo para describir la correlación entre el consumo de alcohol en pacientes con colitis ulcerativa y la actividad clínica, bioquímica y endoscópica en el CMN 20 de Noviembre. Se incluyó a 40 pacientes con diagnóstico de enfermedad inflamatoria intestinal atendidos en el Centro Médico Nacional 20 de Noviembre del ISSSTE. Variables analizadas: sexo, edad, años de evolución de la enfermedad, consumo de alcohol, Mayo clínico y endoscópico, PCR y número de reingresos hospitalarios al año por EII. Los datos se analizaron para sus medias y DE, con uso de la prueba ji cuadrada para determinar posibles diferencias.

**Resultados:** El total de 40 pacientes se dividió en dos grupos conforme al consumo de alcohol: 55% consumía alcohol y 45% no. Hasta 63,6% de los pacientes que consumían alcohol correspondió a mujeres y el resto (36,3%) a hombres. La edad promedio de los pacientes incluidos fue de  $46 \pm 17,4$ . La bebida alcohólica más consumida por los pacientes fue la cerveza seguida del vino. Se identificó una vinculación entre el consumo de riesgo de alcohol y la actividad endoscópica ( $p = 0,038$ ). En cuanto a la actividad clínica ( $p = 0,34$ ) y bioquímica ( $p = 0,11$ ), no se halló relación con el consumo de alcohol. Para el cálculo de los reingresos por año se consideró el número de reingresos totales en este periodo sobre el tiempo de evolución de la enfermedad en años, lo cual no se vinculó con el consumo de alcohol ( $p = 0,28$ ).

**Conclusiones:** En este estudio se observó que el consumo de alcohol de riesgo ( $> 10$  g en mujeres y  $> 20$  g en hombres) se relaciona con actividad endoscópica en pacientes con CUCI. Este estudio tiene como limitación el tamaño de la muestra.

**Financiamiento:** No se dispuso de financiamiento.

Lun176

#### PREVALENCIA DE ESTEATOSIS Y FIBROSIS HEPÁTICA EN PACIENTES CON ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL Y USO DE TERAPIA BIOLÓGICA

M. Murillo-López, R. T. Hernández-Rodríguez, A. Lazcano-Ornelas, M. F. Rivas-Orihuela, T. Cortés-Espinosa, J. G. López-Gómez, Centro Médico Nacional 20 de Noviembre

**Introducción:** La fibrosis y la esteatosis hepática han experimentado un aumento relacionado con la obesidad y los trastornos metabólicos. La prevalencia calculada de la enfermedad por esteatosis hepática vinculada con disfunción metabólica (MASLD, *metabolic dysfunction-associated steatotic*



*liver disease*) es de 25% a 30%, y 90% de ellos corresponde a obesos. En la enfermedad inflamatoria intestinal (EII) se calcula una prevalencia de MASLD > 54%. La EII, una afección con inflamación crónica inmunomediada, se vincula con interacción de factores genéticos y ambientales, lo que modifica la respuesta inmunitaria y la microbiota intestinal. La barrera intestinal se daña y ello altera el eje hepático-intestinal, con un hígado expuesto a productos derivados de la microbiota, lo que activa la respuesta inflamatoria y el estrés oxidativo. También intervienen otros factores como la alteración de la anatomía intestinal posquirúrgica, el estado de desnutrición y la administración de fármacos esteatogénicos y hepatotóxicos. Existen métodos invasivos y no invasivos para evaluar la esteatosis y la fibrosis hepáticas. En un estudio se incluyó a 321 pacientes con EII y se comparó el uso del *Hepatic steatosis index* (HSI) con ultrasonido (US). La escala HSI mostró una AUC de 0,74 (IC95%, 0,68-0,80) y una precisión de 0,833. La MASLD se definió con HSI > 36 puntos y un *Index for liver fibrosis* (FIB-4) > 2,67 fue indicador de fibrosis hepática avanzada. En este estudio se decidió utilizar las escalas HSI y FIB-4, las cuales usan estudios bioquímicos disponibles en la mayoría de los centros de salud. **Objetivo:** Conocer la prevalencia de fibrosis y esteatosis hepática en pacientes con enfermedad inflamatoria intestinal bajo tratamiento biológica en un centro de alta especialidad de la Ciudad de México.

**Material y métodos:** Estudio transversal, descriptivo y observacional que incluyó a 84 pacientes del CMN 20 de Noviembre durante el periodo de enero del 2023 a marzo del 2024. Criterios de inclusión: diagnóstico de EII, individuos > 18 años y disposición de estudios bioquímicos necesarios. Se recolectaron las siguientes variables: edad, género, subtipo de EII y tratamiento biológico, diabetes, índice de masa corporal, pruebas de funcionamiento hepático, colesterol total, triglicéridos, proteína C reactiva y velocidad de sedimentación globular, y escalas HSI y FIB-4.

**Resultados:** En la **Tabla 1** se observa que 61% de los pacientes sufre colitis ulcerativa crónica idiopática (CUCI) y 39% enfermedad de Crohn (EC), con una mediana de edad de 53,9 y 52,8, respectivamente. Un número de 50 individuos carecía de esteatosis y 34 la padecían, con un OR de 36,6 de tener MASLD en

pacientes con sobrepeso u obesidad (IC 2,1-5,9),  $p < 0,001$ ; y OR de 0,979 en pacientes con diabetes tipo 2 (IC 0,155-6,19),  $p < 0,001$ . El 77% de los pacientes se hallaba bajo tratamiento biológico, con mayor uso de anti-TNF- $\alpha$ . En el subgrupo de EC: adalimumab con 8 (24%) y 33% sin riesgo de esteatosis; certolizumab con 8 (24%) y 50% de riesgo de esteatosis; infliximab con 6 (18%) y 50% de riesgo de esteatosis y 33% de alto riesgo de fibrosis; ustekinumab con 6 (18%) y 50% de riesgo de esteatosis; vedolizumab con 1 (3%) y riesgo de esteatosis. En el subgrupo de CUCI: adalimumab con 6 (18,1%) y 66% de riesgo de esteatosis; certolizumab con 11 (33,3%) y 65% de riesgo de esteatosis; infliximab con 9 (27%) y 44% de riesgo de esteatosis; ustekinumab con 6 (18%) y 5% de riesgo de esteatosis; vedolizumab con 5 (15%) y 6% de riesgo de esteatosis. De los pacientes con riesgo elevado de fibrosis hepática, 9% con EC y 1,9% con CU, dos tenían prescripción de infliximab.

**Conclusiones:** El 77% de estos enfermos recibe tratamiento biológico y la mayoría tiene el subtipo CU, 42% con alto riesgo de desarrollar esteatosis hepática. Se observó que ante sobrepeso u obesidad se eleva 36,6 veces el riesgo de ocasionar esteatosis hepática, lo cual sugiere establecer una vigilancia más estrecha con estos pacientes para permitir una detección temprana y prevenir la hepatopatía crónica.

**Financiamiento:** No se recibió financiamiento de ningún tipo.

## Lun177

### ALTERACIONES HEPÁTICAS ENCONTRADAS EN PACIENTES CON ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL

K. M. Bastida-Guadarrama, D. B. Lorenzo-Valle, V. López-Ladrón de Guevara, J. L. De León-Rendón, E. Contreras-Avilés, F. Higuera-De-la-Tijera, Hospital General de México Dr. Eduardo Liceaga

**Tabla 1.** Características de los subgrupos en pacientes con enfermedad inflamatoria intestinal (n = 84). (Lun176)

		Enfermedad de Crohn, n = 33 (%)			Colitis ulcerosa crónica idiopática, n = 51 (%)			
Sexo		Mujeres 19 (57,6) Hombres 14 (42,4)			Mujeres 28 (54,9) Hombres 23 (45,1)			
Edad		52,8 ± 16,7			53,9 ± 17,6			
Estado hepático		Normal 18 (54,5):	Esteatosis 12 (36,3):	Fibrosis 3 (9):	Normal 28 (54,9):	Esteatosis 22 (43,1):	Fibrosis 1 (1,9):	
Tratamiento	Tx. convencional	3 (9)	0	1 (3)	Tx. convencional	8 (24,2)	5 (15,1)	1 (3)
	Adalimumab	6 (18)	2 (6)	0	Adalimumab	2 (6)	4 (12,1)	0
	Certolizumab	4 (12)	4 (12)	0	Certolizumab	4 (12,1)	7 (21,2)	0
	Infliximab	1 (3)	3 (9)	2 (6)	Infliximab	5 (15,1)	4 (12,1)	0
	Ustekinumab	4 (12)	2 (6)	0	Ustekinumab	5 (15,1)	1 (3)	0
	Vedolizumab	0	1 (3)	0	Vedolizumab	4 (12,1)	1 (3)	0
IMC	Normal	8 (24)	2 (6)	3 (9)	Normal	22 (66,6)	1 (3)	0
	Bajo peso	4 (12)	0	0	Bajo peso	3 (9)	0	0
	Sobrepeso	6 (18)	5 (15)	0	Sobrepeso	3 (9)	12 (36,3)	0
	Obesidad G1	0	4 (12)	0	Obesidad G1	0	5 (15,1)	1 (3)
	Obesidad G2	0	1 (3)	0	Obesidad G2	0	4 (12,1)	0
Diabetes tipo 2	Presente	1 (3)	2 (6)	0	Presente	1 (3)	0	1 (3)
	Ausente	17	10	3 (9)	Ausente	0	0	0
Bioquímicos:		Valor (DS)			Valor (DS)			
	ALT	28,9 ± 27,4			ALT	25,8 ± 15,3		
	AST	28,9 ± 30,1			AST	25,8 ± 9,07		
	ALB	4,1 ± 0,72			ALB	4,3 ± 0,35		
	PLA	271 970 ± 92 900			PLA	299 200 ± 117 300		
	INR	1 ± 0,29			INR	0,9 ± 0,08		
	CT	164 ± 41,7			CT	181 ± 50,2		
	TG	122 ± 59			TG	123 ± 53		
	GLU	92,3 ± 13,8			GLU	100 8 ± 40,2		
	PCR	12,2 ± 18,2			PCR	9,03 ± 24,5		
	VSG	29,7 ± 17,5			VSG	23,9 ± 15,2		

IMC, índice de masa corporal; DS, desviación estándar; ALT, alanina aminotransferasa; AST, aspartato aminotransferasa; ALB, albúmina; PLA, plaquetas; INR, índice internacional normalizado; CT, colesterol total; TG, triglicéridos; GLU, glucosa; PCR, proteína C reactiva; VSG, velocidad de sedimentación glomerular.

**Introducción:** La enfermedad inflamatoria intestinal (EII) engloba dos anomalías: la enfermedad de Crohn (EC) y la colitis ulcerosa (CU). Se ha descrito la vinculación entre estas afecciones con enfermedades hepáticas autoinmunitarias. La frecuencia de enfermedades hepáticas varía de 11% a 49% tanto en EC como en CU, pero los trastornos hepáticos autoinmunitarios se encuentran en un porcentaje menor, cercano al 1% a 8%. Es probable que, debido a ello, sus mecanismos de relación aún no se conocen por completo.

**Objetivo:** Notificar la frecuencia de las alteraciones hepáticas en la población de un hospital de tercer nivel.

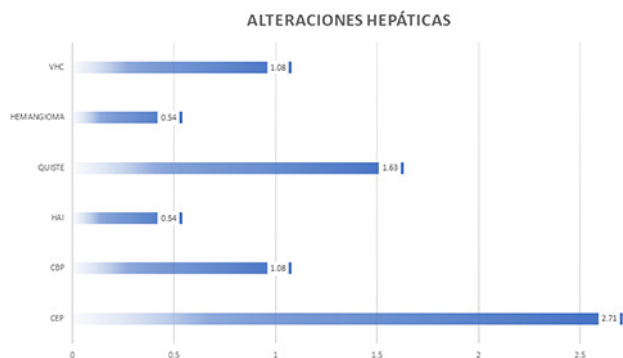
**Material y métodos:** Observacional, retrospectivo, descriptivo, de tipo serie de casos. Se integró a pacientes con diagnóstico de EII, incluidas sus dos variantes, EC y CU. Se realizó una búsqueda intencionada de alteraciones en el perfil bioquímico hepático, hallazgos en métodos de imagen y su correlación clínica, colangitis biliar primaria (CBP), colangitis esclerosante primaria (CEP), hepatitis autoinmunitaria (HAI), entre otras alteraciones anatómicas. Los datos cualitativos se expresaron en porcentajes y los cuantitativos en media  $\pm$  DE.

**Resultados:** Se incluyó a 184 pacientes, de los cuales 85 eran hombres y 99 mujeres, con media de edad de  $43 \pm 14,46$  (14,67-71,33). En esta población se estudió a 22 pacientes con EC (11,97%) y 162 pacientes con CU (88,04%). Como se muestra en la **Figura 1**, se identificó a 14 pacientes (7,6%) con alguna alteración hepática informada, de las cuales 8 (4,34%) tenían enfermedades hepáticas autoinmunitarias, cinco con CEP (2,71%), dos con CBP (1,08%) y uno con HAI (0,54%). Al efectuar la búsqueda intencionada de alteraciones morfológicas hepáticas y hallazgos incidentales se reconocieron 3 (1,63%) casos de quiste hepático simple, 1 (0,54%) de hemangioma hepático y 2 (1,08%) de infecciones por el virus de la hepatitis C (VHC).

**Conclusiones:** De acuerdo con las publicaciones internacionales, se informó una frecuencia baja de alteraciones autoinmunitarias relacionadas con la enfermedad inflamatoria intestinal de 4,34%; sin embargo, aún no se ha establecido el mecanismo fisiopatológico de desarrollo de esta vinculación. Dentro del estudio de la población se identificaron hallazgos incidentales de variables anatómicas que no tenían repercusión clínica ni bioquímica al momento del estudio. Otro hallazgo incidental, especialmente relevante, fue la frecuencia elevada de VHC comparada con la descrita en la bibliografía internacional, lo cual debería estudiarse para confirmar la infección y, en caso necesario, realizar un abordaje diagnóstico para descartar falsos positivos y dar seguimiento a los pasos positivos; esto se debe a que, ante antecedentes de hemorragia digestiva y transfusiones frecuentes por la enfermedad de base, es imperativo descartar dicha infección.

**Financiamiento:** No se recibió financiamiento de ningún tipo.

**Figura 1.** Alteraciones hepáticas en EII. (Lun177)



## Lun178

### PREVALENCIA DE ENFERMEDAD HEPÁTICA ESTEATÓICA ASOCIADA A LA DISFUNCIÓN METABÓLICA, FIBROSIS AVANZADA Y CIRROSIS EN PACIENTES CON ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESINAL

G. F. Pérez-Roa, L. A. Rosales-Rentería, R. M. Miranda-Cordero, J. D. Prieto-Nava, Grupo Colaborativo: Departamento de Gastroenterología y Endoscopia, Centro Médico, Instituto de Seguridad Social del Estado de México y Municipios ISSEMyM Toluca

**Introducción:** La enfermedad hepática esteatósica metabólica (MASLD, *metabolic dysfunction-associated steatotic liver disease*) es una comorbilidad común en pacientes con enfermedad inflamatoria intestinal (EII) y es una causa emergente de preocupación en esta población. Un metaanálisis de Navarro *et al.* publicó una prevalencia de NAFLD (*non-alcoholic fatty liver disease*) del 24,4% (IC95%, 19,3-29,8) en EII, 20,2% (18,3-22,3) en la enfermedad de Crohn y 18,5% (16,4-20,8) en la colitis ulcerativa (CU), con una prevalencia de fibrosis del 16,7%. Algunos de los factores de riesgo infrecuentes para desarrollar MASLD y fibrosis avanzada (FA) en pacientes con EII son la esteatosis mediada por inflamación sistémica o la administración de fármacos, pero no hay evidencia que demuestre causalidad en la población latina.

**Objetivo:** Evaluar la prevalencia de esteatosis hepática, fibrosis avanzada y cirrosis en pacientes con enfermedad inflamatoria intestinal y factores de riesgo atípicos para MASLD y FA.

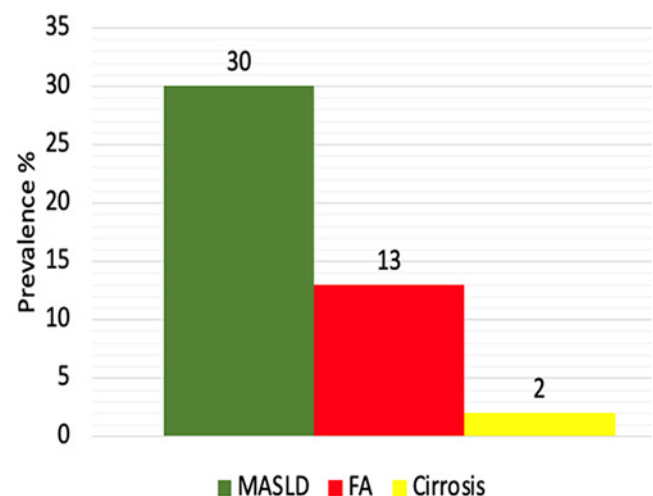
**Material y métodos:** Se trata de un estudio prospectivo, unicéntrico, transversal y de prevalencia que incluyó a pacientes mayores de 18 años con diagnóstico de EII en el periodo de marzo del 2024 al 10 de julio del 2024, evaluados de acuerdo con el fenotipo de la enfermedad, datos antropométricos, administración de fármacos convencionales y tratamiento biológico. Se realizó elastografía transitoria controlada por vibraciones (VCTE) mediante equipo FibroScan Echosens 630. Se excluyó a los pacientes con antecedente de enfermedad hepática preexistente, cirrosis hepática y hepatocarcinoma.

**Resultados:** De un total de 107 pacientes con EII seguidos durante el periodo descrito, 52 se sometieron a VCTE. El subtipo más frecuente de EII fue la colitis ulcerativa crónica idiopática (CUCI) que representó el 77% de la población. El género masculino fue más prevalente en el grupo de MASLD y FA, con 64% y 62%, respectivamente, y la media de edad de cada subgrupo fue similar con 55,1 y 54,1, respectivamente. La prevalencia de pacientes con MASLD, FA y cirrosis fue de 30%, 13% y 2%, respectivamente. Para los factores vinculados con MASLD en el análisis de regresión logística, el índice cintura-cadera mostró una relación estadísticamente significativa para desarrollar MASLD (OR 1,11; IC95% 1,27-2,58;  $p = 0,04$ ) e inversamente la presencia de CUCI, para el caso de que solo se mostrara como un factor protector para enfermedad hepática esteatósica (OR 0,23; IC95% 0,06-0,94;  $p = 0,04$ ). Respecto de los factores relacionados con FA en el análisis univariado, la circunferencia abdominal (OR 2,3; IC95% 1,7-4,2;  $p = 0,001$ ), el índice cintura-cadera (OR 7,9%; IC95% 5,3-10,2;  $p = 0,001$ ), el consumo actual de anti-TNF (OR 3,7%; IC95% 1,2-4,9;  $p = 0,04$ ) y la dependencia de corticoides (OR 9,8%; IC95% 7,3-17;  $p = 0,001$ ) se identificaron con un momio estadísticamente significativo para desarrollar FA. Después del análisis de regresión multivariable, ajustado por peso, sexo biológico e IMC, solo el índice cintura-cadera (OR 2,3%; IC95% 1,07-3,37;  $p = 0,001$ ) y la dependencia de corticoides (OR 3,16; IC95% 1,45-4,61;  $p = 0,42$ ) permanecieron como variables estadísticamente significativas para FA (**Figura 1**).

**Conclusiones:** Este estudio es el primer protocolo clínico de su tipo en una población latinoamericana que confirma la carga epidemiológica de MASLD en la EII. Además, demuestra otros factores no cardiometabólicos comunes que intervienen en el desarrollo de MASLD y FA.

**Financiamiento:** Sin financiamiento.

**Figura 1.** Prevalencia de MASLD, fibrosis avanzada (FA) y cirrosis en pacientes con EII. (Lun178)



## Lun179

## MANTENIMIENTO DE LA REMISIÓN CLÍNICA CON BIO-COMPARABLE ADALIMUMAB (ABP 501) A SEIS MESES DE TRATAMIENTO Y FRECUENCIA DE EVENTOS ADVERSOS

N. N. Parra-Holguín, M. M. Alamilla-Pérez, T. Cortés-Espinosa, J. G. López-Gómez, Centro Médico Nacional 20 de Noviembre, ISSSTE

**Introducción:** Los fármacos biológicos han cambiado el tratamiento clínico en la enfermedad inflamatoria intestinal (EII) al inducir la remisión y el mantenimiento de la enfermedad, lo que previene la evolución a un daño intestinal irreversible, así como el control de las manifestaciones extraintestinales. El adalimumab (ADA), un anticuerpo monoclonal totalmente humano dirigido contra el TNF soluble y unido a la membrana, ha sido eficaz y seguro durante los últimos años en el tratamiento de la EII. Debido a su elevado costo, estas modalidades avanzadas representan una gran carga económica para los sistemas de salud. En consecuencia, es necesario contar con un fármaco biocomparable que reduzca los costos y mantenga la remisión en los pacientes con EII.

**Objetivo:** Evaluar el mantenimiento de la remisión clínica y bioquímica a seis meses tras realizar el cambio de tratamiento con un biocomparable de ADA, así como los efectos adversos leves presentados durante este periodo.

**Material y métodos:** Es un estudio de cohorte, retrospectivo y observacional en el que se incluyó a todos los pacientes con diagnóstico de EII que se encontraban en tratamiento con ADA original y con cambio a su biocomparable ABP 501 por razones no médicas en el Centro Médico Nacional 20 de Noviembre del ISSSTE; se evaluó el mantenimiento de la remisión clínica, bioquímica y la frecuencia de efectos adversos a los seis meses del cambio terapéutico.

**Resultados:** Se incluyó a un total de 16 pacientes con diagnóstico confirmado de EII, de los cuales 10 (62,5%) tenían diagnóstico de colitis ulcerosa crónica idiopática y 6 (37,5%) de enfermedad de Crohn; 9 (56,3%) eran hombres y 7 (43,8%) mujeres, con una edad promedio de 56 (34-45) años. Todos los pacientes se encontraban en remisión clínica y bioquímica al momento de iniciar con el cambio al compuesto biocomparable y tenían un tiempo de administración de ADA de 8 (2-15) años. A los seis meses de permanecer con el tratamiento biosimilar, todos los pacientes mantuvieron remisión clínica, pero 3 (18,3%) mostraron actividad bioquímica. En cuanto a los efectos adversos, 10 (62,5%) pacientes experimentaron algunos efectos, los más frecuentes de los cuales fueron eritema en el sitio de aplicación (43,8%), dolor 5 (31,3%), inflamación 4 (25,0%) y cefalea 3 (18,3%). Ningún paciente tuvo efectos adversos graves.

**Conclusiones:** El ADA biosimilar logró mantener la respuesta clínica en todos los pacientes que se encontraban bajo tratamiento con ADA; solo el 18,3% desarrolló actividad bioquímica, pero la frecuencia de efectos adversos fue superior a la registrada en otras poblaciones (62,5% vs. 36,3%).

**Financiamiento:** No se recibió financiamiento de ningún tipo.

## Lun180

## TERAPIA AVANZADA EN ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL Y SU IMPACTO EN LA CALIDAD DE VIDA

D. A. García-Alonso, M. A. Rocha-Ramos, N. N. Parra-Holguín, J. G. López-Gómez, T. Cortés-Espinosa, Grupo Colaborativo: Centro de Enfermedad Inflamatoria Intestinal, Centro Médico Nacional CMN 20 de Noviembre, ISSSTE

**Introducción:** La enfermedad inflamatoria intestinal (EII) incluye a la enfermedad de Crohn (EC) y la colitis ulcerosa (CU), que son afecciones crónicas que se caracterizan por brotes que interrumpen la remisión y afectan la calidad de vida de los pacientes. La calidad de vida relacionada con la salud se define como "bienestar al realizar actividades de la vida diaria y la satisfacción con los niveles de funcionamiento y control de la enfermedad". El cuestionario *Inflammatory bowel disease questionnaire* 32 (IBDQ-32) consta de 32 preguntas, ya validadas al español, que sirven como instrumento de medición de la calidad de vida en pacientes con EII. Se clasifican según sea la puntuación: 160 a 224 puntos para la alta calidad de vida, 96 a 159 puntos para la moderada y 32 y 95 puntos para la baja. Actualmente existen múltiples tratamientos biológicos y moléculas pequeñas para lograr remisión de la EII y por tanto influir en la calidad de vida, algo que debe considerarse para tomar decisiones.

**Objetivo:** Comparar la calidad de vida de pacientes con enfermedad inflamatoria intestinal que reciben tratamiento avanzado.

**Material y métodos:** Estudio descriptivo y transversal para comparar la calidad de vida de los pacientes con enfermedad inflamatoria intestinal, de acuerdo con el tratamiento avanzado mediante el cuestionario IBDQ-32, realizado en el CMN 20 de Noviembre del ISSSTE.

**Resultados:** Se incluyó a 36 pacientes con enfermedad inflamatoria intestinal, de los cuales 27 (75%) tenían diagnóstico de CUCI y 9 (25%) de EC. El 77,8% correspondió a mujeres y el 22,2% a hombres. La edad promedio fue de  $42 \pm 15$  años. Todos se hallaban bajo tratamiento biológico o con moléculas pequeñas desde al menos seis meses antes. Los fármacos analizados fueron: infliximab (10), ustekinumab (8), vedolizumab (6), certolizumab (5), adalimumab (5), tofacitinib (1) y upadacitinib (1). En cuanto a la percepción de la calidad de vida, 22 (61,1%) pacientes tuvieron una percepción alta, 12 (33,3%) media y 2 (5,6%) baja. Al comparar los resultados en relación con el tratamiento biológico, se advirtió que no hay una diferencia significativa entre los tratamientos biológicos (Kruskal-Wallis,  $p = 0,607$ ). Los dos pacientes con calidad de vida percibida como baja se explican por síntomas digestivos.

**Conclusiones:** Estos hallazgos ayudan a concluir la necesidad de realizar el cuestionario IBDQ-32 a los pacientes con enfermedad inflamatoria intestinal para determinar su calidad de vida y tomar medidas en cuanto al cambio de tratamiento avanzado o posible necesidad de instituir apoyo multidisciplinario. No se identificó una diferencia entre la percepción de la calidad de vida entre los pacientes al comparar de acuerdo con el tratamiento biológico recibido.

**Financiamiento:** No se contó con financiamiento.

## Lun181

## PREVALENCIA DE QUANTIFERON POSITIVO EN PACIENTES CON ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL ELEGIBLES PARA TERAPIA BIOLÓGICA: ANÁLISIS CLÍNICO Y DEMOGRÁFICO

A. Guinea-Lagunes, M. Philippe-Ponce, E. Contreras-Avilés, S. G. Almeida-del Prado, M. R. Esquivel-Steffanoni, R. Y. López-Pérez, B. Jiménez-Bobadilla, J. L. De León-Rendón, Clínica de Enfermedad Inflamatoria Intestinal, Servicio de Coloproctología, Hospital General de México Dr. Eduardo Liceaga

**Introducción:** La enfermedad inflamatoria intestinal (EII), cuando se atiende con tratamientos biológicos, incrementa el riesgo de infecciones, como la tuberculosis (TB). El QuantiFERON-TB Gold (QFT) es una herramienta diagnóstica empleada para reconocer tuberculosis latente (TL) en pacientes inmunosuprimidos. Evaluar la prevalencia del QFT positivo en pacientes con EII elegibles para tratamientos biológicos es de suma importancia. Comprender la prevalencia de TB latente en esta población ayudará a instituir mejores estrategias preventivas y terapéuticas.

**Objetivo:** Evaluar la positividad del QFT en pacientes con EII y los desafíos clínicos en la atención anterior a la administración de tratamientos biológicos.

**Material y métodos:** Se realizó un estudio transversal y relacional en la clínica de enfermedad inflamatoria intestinal del Hospital General de México Dr. Eduardo Liceaga con 67 pacientes diagnosticados con EII y elegibles para la administración de tratamientos biológicos. Se obtuvieron las características clínicas y demográficas de cada paciente, incluidos los resultados del QuantiFERON-TB Gold (QFT). Todos los pacientes fueron objeto de baciloscopia, cultivo y PCR para tuberculosis. Para el análisis estadístico se utilizaron medidas de tendencia central (media y desviación estándar) para variables continuas y frecuencias y porcentajes para variables categóricas. Se efectuaron comparaciones entre grupos mediante las pruebas t de Student para variables continuas y ji cuadrada para las categóricas. El análisis se llevó a cabo con el paquete estadístico SPSS versión 29.

**Resultados:** De los 67 pacientes con EII incluidos en el estudio, el 26,86% resultó positivo para QuantiFERON. Se identificaron diferencias significativas en la edad al diagnóstico ( $45 \pm 16,59$  años en positivos vs.  $35,16 \pm 14,64$  años en negativos,  $p < 0,05$ ) y en el tiempo con la enfermedad ( $12 \pm 0,73$  meses en positivos vs.  $36 \pm 0,64$  meses en negativos,  $p < 0,05$ ). Además, se observó una mayor prevalencia de artralgias en los pacientes positivos (61,1% vs. 38,8%,  $p < 0,05$ ). No se identificaron diferencias significativas en el género, edad, tipo de diagnóstico (CUCI vs. EC) ni en el curso clínico de la enfermedad entre los grupos. A todos los pacientes se les realizaron baciloscopia, cultivo y PCR para tuberculosis, con resultados negativos. Los pacientes que iniciaron tratamientos avanzados recibieron medidas profilácticas antifímicas.

**Conclusiones:** Este estudio registró una prevalencia del 26,86% de QuantiFERON positivo en pacientes con EI. Los resultados proporcionan datos cruciales sobre las características demográficas y clínicas de esta población, y en particular resaltó la importancia de la detección de la tuberculosis latente y la implementación de profilaxis antifúngica antes de iniciar tratamientos biológicos. Estas medidas son fundamentales para prevenir la reactivación de la TB y mejorar la atención clínica de los pacientes con EI.

**Financiamiento:** No se recibió ningún tipo de financiamiento.

## Lun182

### EPIDEMIOLOGÍA DE LA ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL EN UN CENTRO DE ALTA ESPECIALIDAD EN MÉXICO: ESTUDIO RETROSPECTIVO EN UN PERIODO DE 10 AÑOS

R. T. Hernández-Rodríguez, M. Murillo-López, J. I. Hernández-Honorato, J. G. López-Gómez, M. V. Ramos-Gómez, T. Cortés-Espinosa, Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado

**Introducción:** En América Latina, la colitis ulcerosa crónica idiopática (CUCI) y la enfermedad de Crohn (EC), que conforman la enfermedad inflamatoria intestinal (EII), tenían una prevalencia de 15,65 a 71,19 por 100 000 habitantes y 15,45 a 18,08 por 100 000 habitantes, respectivamente, en los años

2015 y 2016, con una incidencia de 1,45 por 100 000 habitantes en la EC y 0,34 por 100 000 habitantes en la CUCI. La relación hombre:mujer en la CUCI es de 1:1,5 y en la EC de 1:1,28, con una tasa de recaída de 63,3% y 72,5% para CUCI y EC, respectivamente.

**Objetivo:** Conocer las características epidemiológicas en los pacientes con enfermedad inflamatoria intestinal en un centro médico de alta especialidad en la Ciudad de México.

**Material y métodos:** La población del estudio incluyó a 145 pacientes con EI del Centro Médico Nacional 20 de Noviembre, en el periodo comprendido entre enero de 2013 y marzo de 2024. Tipo de estudio: descriptivo, transversal, retrospectivo y observacional. En la ficha electrónica de recolección de datos se registraron las siguientes variables: género, edad, comorbilidades, tratamiento médico y quirúrgico para la EI, distribución anatómica (clasificación de Montreal) y escala de Mayo (para la EC se emplearon adicionalmente CDAI y la escala de Rutgeerts).

**Resultados:** En la **Tabla 1** se muestran las características de la población; 93 pacientes (64,1%) tenían CUCI y 52 (35,8%) EC. La media de edad al diagnóstico fue de 52 años. En la CUCI, 44 (47,3%) eran hombres y 49 (52,7%) mujeres. La actividad al diagnóstico predominante fue de Mayo 2 (34,4%) y después del tratamiento de Mayo 0 (21,5%), Mayo 1 (31,2%), Mayo 2 (17,2%) y Mayo 3 (17,2%). Los fármacos empleados desde el diagnóstico fueron la mesalazina en 21 (22,6%), infliximab en 20 (44,4%), adalimumab en 8 (19,8%), certolizumab en 5 (14,3%), ustekinumab en 3 (8,8%) y vedolizumab en 1 (3,3%), con necesidad de cambiar a otra modalidad en el transcurso de 11 años en 35 (37,6%). Comorbilidades relacionadas: diabetes tipo 2 (DT 2) en 4 (4,3%), hipertensión arterial sistémica (HAS) en 5 (5,4%), DT 2+ HAS en 4 (3,2%), colangitis

**Tabla 1. (Lun182)**

	Enfermedad de Crohn, n = 52 (%)				Colitis ulcerosa crónica idiopática, n = 93 (%)			
Pacientes atendidos	Mujeres: 31 (59,6)	Hombres: 21 (40,4)		Mujeres: 49 (52,7)	Hombres: 44 (47,3)			
Pacientes hospitalizados	Mujeres: 6 (11,5)	Hombres: 8 (15,3)		Mujeres: 10 (10,7)	Hombres: 3 (3,3)			
Defunciones	Mujeres: 2 (3,8)	Hombres: 1 (1,9)		Mujeres: 1 (1)	Hombres: 1 (1)			
Actividad de la enfermedad	CDAI leve	Inicial	Final		Mayo 0	Inicial	Final	
		34 (65,4)	27 (75)			15 (16,1)	20 (21,5)	
	CDAI moderado	14 (26,9)	8 (22,2)		Mayo 1	17 (18,3)	29 (31,2)	
		CDAI grave	4 (7,7)	1 (2,8)		Mayo 2	32 (34,4)	16 (17,2)
					Mayo 3	29 (31,2)	16 (17,2)	
Localización endoscópica	A: M. edad	1: 5 (9,6)	2: 16 (30,8)	3: 31 (59,6)		Proctitis	28 (30,1)	
	L: M. localización	1: 19 (36,5)	2: 22 (42,3)	3: 11 (21,2)		Colitis izquierda	12 (12,9)	
	B: M. comportamiento	1: 17 (32,7)	2: 24 (46,2)	3: 7 (13,5)	4: 4 (7,7)	Colitis extensa	53 (57)	
Tratamiento	Mesalazina	13 (25)				Mesalazina	21 (22,6)	
	Infliximab	10 (19,2)				Infliximab	20 (44,4)	
	Ustekinumab	2 (3,8)				Ustekinumab	3 (8,8)	
	Adalimumab	7 (13,5)				Adalimumab	8 (19,8)	
	Vedolizumab	2 (3,8)				Vedolizumab	1 (3,3)	
	Certolizumab	5 (9,6)				Certolizumab	5 (14,3)	
	Cambio doble	8 (15,4)				Cambio doble	27 (29)	
	Cambio triple	5 (9,6)				Cambio triple	8 (8,6)	
Comorbilidades	DT 2	3 (5,8)				DT 2	4 (4,3)	
	HAS	2 (7,7)				HAS	5 (5,4)	
	DT 2+ HAS	2 (3,8)				DT 2 + HAS	4 (3,2)	
	CEP	1 (1,9)				CEP	4 (8,6)	
	Otras	9 (17,3)				Otras	16 (17,2)	
Cáncer	Presente	3 (5,8)				Presente	10 (1,8)	
Intervención quirúrgica	Presente	16 (30,8)				Presente	17 (18,3)	
Posintervención quirúrgica	Rutgeerts	i0: 6 (37,5)					Pouchitis	6 (35,3)
		i1: 3 (18,8)						
		i2: 1 (6,3)						
		i3: 1 (6,3)						
		i4: 5 (31,3)						

CDAI, índice clínico de actividad de la enfermedad de Crohn; CEP, colangitis esclerosante primaria; DT2, diabetes tipo 2; HAS, hipertensión arterial sistémica; M, Montreal.



esclerosante primaria (CEP) en 4 (8,6%) y otras en 16 (17,2%). Se identificó cáncer en 10 (10,8%). Los pacientes intervenidos quirúrgicamente fueron 17 (18,3%), con persistencia de pouchitis en 6 (35,3%). La incidencia acumulada (IA) de hospitalizaciones fue de 24,7% y la mortalidad de 5 (2,1%), dos por causa externa a la EII. En la EC, 21 (40,4%) fueron hombres y 31 (59,6%) mujeres. La actividad al diagnóstico predominante fue CDAI leve (65,4%), después del tratamiento CDAI leve (75%), moderada (22,2%) y grave (2,8%). El tratamiento empleado fue mesalazina en 13 (25%), infliximab en 10 (19,2%), adalimumab en 7 (13,5%), certolizumab en 5 (9,6%), ustekinumab en 2 (3,8%) y vedolizumab en 2 (3,8%), con cambio de modalidad en 13 (25%). Comorbilidades relacionadas: DT 2 en 3 (5,8%), HAS en 2 (7,7%), DT 2 + HAS en 2 (3,8%), CEP en 1 (1,9%), otras en 9 (17,3%) y existencia de cáncer en 3 (5,8%). Los individuos intervenidos quirúrgicamente fueron 16 (30,8%), con calificaciones de Rutgeerts i0: 6 (37,5%), i1: 3 (18,8%), i2: 1 (6,3%), i3: 1 (6,3%), i4: 5 (31,3%); IA de la EC de 26,2% para hospitalizaciones y defunción de 5,7%, uno caso por causa externa a la EII. Las hospitalizaciones fueron mayores en la CUCI y en mayores de 60 años (en las hospitalizaciones predominó la escala Montreal E3); en la EC, las características de pacientes hospitalizados se calificaron con Montreal A3 en 12 (52%), L2 en 22 (95%) y B2 en 8 (34%).

**Conclusiones:** Conocer las características epidemiológicas permitirá la vigilancia a largo plazo de la EII, lo cual posibilitará un mejor tratamiento local de la enfermedad. En esta población se identificó un control de la enfermedad en seguimiento, con predominio del sexo femenino y mayor hospitalización en personas mayores de 60 años; dicha información permite acercarse a futuras tendencias para atender las necesidades de la población.

**Financiamiento:** No se recibió financiamiento de ningún tipo.

## Lun183

### ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL COMO CAUSA DE DEPRESIÓN: IMPORTANCIA EN EL MANEJO MULTIDISCIPLINARIO

S. M. Narváez-Chávez, R. S. Vélez-Ramírez, D. A. García-Alonso, Y. J. Cruz-Ramírez, T. Cortés-Espinosa, M. V. Ramos-Gómez, J. G. López-Gómez, N. N. Parra-Holguín, R. T. Hernández-Rodríguez, Centro Médico Nacional 20 de Noviembre, ISSSTE

**Introducción:** La enfermedad inflamatoria intestinal (EII), que incluye a la enfermedad de Crohn y la colitis ulcerosa, es una enfermedad crónica, recurrente, de curso variable y en ocasiones grave. La EII suele diagnosticarse en la edad adulta temprana y puede provocar una atenuación sustancial de la calidad de vida. La frecuencia de depresión en la EII puede alcanzar el 60%. No reconocer la depresión puede retrasar el tratamiento e influir negativamente en la calidad de vida. La escala de calificación de la depresión de Montgomery-Asberg tiene buena sensibilidad y especificidad diagnóstica para evaluar la depresión. Entre sus ventajas se encuentran la posibilidad de evaluar de forma dirigida la ideación suicida y los trastornos del sueño y su aplicación por el médico en el consultorio.

**Objetivo:** Determinar la prevalencia de síntomas depresivos en pacientes con enfermedad inflamatoria intestinal en el Centro Médico Nacional 20 de Noviembre mediante la escala de Montgomery-Asberg (MADRS) e identificación de la enfermedad como causa de la depresión.

**Material y métodos:** Estudio transversal descriptivo realizado en pacientes con EII. Se entrevistó a 25 pacientes mediante muestreo consecutivo. Criterios de inclusión: pacientes mayores de 18 años con diagnóstico de EII confirmado. Con la aplicación de la escala MADRS se definió la actividad bioquímica de acuerdo con los valores de la proteína C reactiva y la actividad clínica con escala de Mayo en pacientes con colitis ulcerativa e índice de Harvey-Bradshaw en pacientes con enfermedad de Crohn. Se analizaron los datos con estadística descriptiva y se calcularon frecuencias y porcentajes para las variables categóricas, y medias y desviaciones estándar para las variables continuas mediante el programa SPSS v26. Se utilizaron pruebas de relación como ji cuadrada y t de Student según correspondiera. Todos los pacientes proporcionaron su consentimiento y, en aquellos que tuvieron algún grado de depresión, se canalizaron al servicio de psiquiatría.

**Resultados:** Se incluyó a un total de 25 pacientes, de los cuales 19 tenían colitis ulcerosa (76%) y seis enfermedad de Crohn (24%). El 60% de los pacientes mostró síntomas de depresión (15/25) y el 28% (7/25) señaló ideación suicida. Los pacientes con síntomas de depresión fueron en su mayoría mujeres (12/15, 80%). Ante síntomas de depresión, el 40% (6/15) se atribuyó a la

EII; el resto identificó otros factores psicosociales como precipitante. No se reconoció una vinculación entre el grado de actividad clínica de la enfermedad y la presencia de síntomas depresivos; sin embargo, todos los pacientes con actividad bioquímica (4/25) tenían síntomas de depresión (Tabla 1). Se identificó una prevalencia elevada de depresión en pacientes con EII, similar a la notificada en otros estudios. En México se validó la escala *Hospital anxiety and depression scale* autoadministrada para la búsqueda de síntomas depresivos en la EII; sin embargo, no cuenta con reactivos específicos para la identificación de ideación suicida, registrada alta en este estudio. Estas alteraciones de la salud psicológica deben identificarse y, si están presentes, considerarse como un objetivo terapéutico dentro del tratamiento multidisciplinario de los pacientes con EII.

**Conclusiones:** La prevalencia de depresión en los pacientes con EII fue del 60% en esta población. El 28% de los pacientes registró ideación suicida. La ideación suicida es un indicador de depresión grave que requiere intervención inmediata, por lo que la valoración mediante MADRS en consultorio es útil para la referencia temprana de estos pacientes. Se requieren más estudios para confirmar la prevalencia de ideación suicida en pacientes con EII.

**Financiamiento:** No se dispuso de ningún financiamiento.

Tabla 1. Características de la población. (Lun183)

	Con depresión (15)	Sin depresión (10)	p
Edad, años X (DE)	41 (16)	52 (19)	0,653
Sexo, mujer f (%)	12 (80)	3 (30)	0,034
Diagnóstico			0,465
Crohn f (%)	4 (66,6)	2 (33,3)	
CUCI f (%)	11 (57,9)	8 (42,1)	
Tiempo de evolución, años X (DE)	9,47 (6,9)	9,90 (5,3)	0,868
Tratamiento biológico (%)	11 (61,1)	7 (38,9)	0,999
5 ASA	3	4	
Infliximab	3	5	
Ustekinumab	5	2	
Vedolizumab	3	0	
Adalimumab	1	0	
Certolizumab	1	1	
Tofacitinib	2	0	
Alteraciones del sueño f (%)	15 (78,9)	4 (21,1)	0,001
Actividad clínica (%)			0,28
Remisión	8 (50)	8 (50)	
Actividad leve	4	2	
Actividad moderada	0	0	
Actividad grave	3	0	
Actividad bioquímica (%)	4 (100)	0 (0)	0,125
Proteína C reactiva (PCR)			
Depresión relacionada con actividad de la EII f (%)	6 (40)	-	
Ideación suicida f (%)	7 (100)	0 (0)	0,021

X, media; DE, desviación estándar; f, frecuencia; CUCI, colitis ulcerosa; EII, enfermedad inflamatoria intestinal.

## Lun184

### CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS Y DEMOGRÁFICAS DE PACIENTES CON ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL EN MÉXICO

E. Contreras-Avilés, M. Philippe-Ponce, A. Guinea-Lagunes, S. G. Almeida-Del Prado, 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) abarca un grupo de trastornos crónicos y recurrentes caracterizados por diarrea crónica con sangre y moco, los cuales modifican en grado significativo la salud de los pacientes

y los recursos del sistema de salud. Las principales formas de EII son la colitis ulcerosa crónica idiopática (CUCI) y la enfermedad de Crohn (EC), ambas con una prevalencia en aumento mundial. En México, la CUCI es más común que la EC, y afecta sobre todo a los jóvenes y deteriora su calidad de vida y sus actividades diarias. Comprender la epidemiología de estas enfermedades es esencial para optimizar los tratamientos y mejorar la calidad de vida de los pacientes.

**Objetivo:** Analizar y describir los aspectos médico-quirúrgicos de los pacientes con EII atendidos en la clínica de enfermedad inflamatoria intestinal (CEII) del Hospital General de México Dr. Eduardo Liceaga (HGMEI).

**Material y métodos:** Se llevó a cabo un estudio retrospectivo en el que se incluyó a 204 pacientes con EII atendidos en la CEII-HGMEI entre marzo de 2023 y junio de 2024. Se recopilaron datos clínicos y demográficos detallados, que incluyeron edad, edad al momento del diagnóstico, extensión de la enfermedad, curso clínico, tratamiento médico-quirúrgico, hospitalizaciones y manifestaciones extraintestinales. Para el análisis de los datos se utilizaron técnicas de estadística descriptiva, tales como frecuencias y porcentajes para las variables categóricas, y medidas de tendencia central y dispersión para las variables continuas. El análisis estadístico se efectuó con el programa SPSS versión 29.

**Resultados:** De los 204 pacientes con EII, 159 se diagnosticaron con CUCI y 45 con EC. Se observó un predominio del sexo femenino, que representó el 55,4% de los casos. La edad media de los pacientes fue de 44,17 años y fue menor en los casos de CUCI (42,62 años) en comparación con los de EC (49,64 años). La clasificación de Montreal reveló un predominio de pancolitis en pacientes con CUCI (51%), mientras que en la EC se observaron diversas localizaciones (L1-L4). El tratamiento convencional fue más común entre los pacientes con CUCI (88%), en tanto que los tratamientos biológicos se utilizaron con mayor frecuencia en los pacientes con EC (64,4%). La intervención quirúrgica fue necesaria en el 20,5% de los sujetos y fue más frecuente en la EC (35,6%). Las manifestaciones extraintestinales se reconocieron en el 29,4% de los pacientes y fueron más prevalentes en aquellos con EC (42,2%).

**Conclusiones:** Este estudio proporciona una visión integral del tratamiento y las características de los pacientes con EII en la CEII-HGMEI. La distribución demográfica, la gravedad de la enfermedad, el tipo de tratamiento recibido y las complicaciones destacan las diferencias significativas entre CUCI y EC. Estos hallazgos son esenciales para mejorar el control clínico de la EII y desarrollar estrategias terapéuticas personalizadas que puedan aplicarse en la práctica clínica diaria y en la formulación de políticas de salud pública.

**Financiamiento:** Sin ningún tipo de financiamiento.

## Lun185

### RETRASO EN EL DIAGNÓSTICO DE LA ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL, IMPACTO CLÍNICO Y SOCIOECONÓMICO

E. Contreras-Avilés, M. Philippe-Ponce, A. Guinea-Lagunes, S. G. Del Prado-Santos, R. Y. López-Pérez, B. Jiménez-Bobadilla, J. L. De León-Rendón, Hospital General de México Dr. Eduardo Liceaga

**Introducción:** La enfermedad inflamatoria intestinal (EII), que incluye la colitis ulcerosa y la enfermedad de Crohn, tiene síntomas clínicos inespecíficos, como dolor abdominal, diarrea y sangrado rectal, lo que dificulta su diagnóstico. Este retraso puede agravar la enfermedad y reducir la calidad de vida del paciente. Los factores como la similitud de los síntomas con otras afecciones, la variabilidad de la gravedad de los síntomas, y la falta de experiencia de los profesionales de la salud contribuyen a este problema. Además, los factores demográficos y socioeconómicos, como el acceso limitado a la atención médica especializada y las disparidades en el sistema de salud, agudizan el retraso del diagnóstico. La falta de concientización y educación sobre la EII también juega un papel importante en los diagnósticos tardíos.

**Objetivo:** Analizar, identificar y describir los factores demográficos y clínicos que retrasan el diagnóstico en pacientes con enfermedad inflamatoria intestinal atendidos en la clínica de enfermedad inflamatoria intestinal (CEII) del Hospital General de México Dr. Eduardo Liceaga (HGMEI).

**Material y métodos:** Se realizó un estudio retrospectivo con 86 pacientes de EII que evaluó los factores demográficos y el tiempo desde el inicio de síntomas hasta el diagnóstico. Se registraron diagnósticos erróneos previos y se analizaron los costos directos e indirectos del tratamiento. Los datos se analizaron con estadísticas descriptivas para entender el efecto del retraso diagnóstico en la calidad de vida y la economía de los pacientes.

**Resultados:** Se estudió a 86 pacientes: 38,4% hombres y 61,6% mujeres. Se diagnosticó al 34,9% con EC y al 65,1% con CUCI (la edad promedio al diagnóstico fue de 46,68 años). La duración media de los síntomas hasta el diagnóstico fue de 7,25 años; el 57% se diagnosticó en menos de un año. Los diagnósticos erróneos afectaron al 73,3%, incluidos el síndrome de intestino irritable (19,8%), la gastroenteritis (16,3%) y la gastritis (14%). El 53,5% refirió pérdida de empleo; los costos directos oscilaron entre 10 125 y 65 750 pesos y los indirectos entre 475 y 5 000 pesos.

**Conclusiones:** El retraso del diagnóstico de la enfermedad inflamatoria intestinal en México es considerable, en particular debido a la falta de experiencia médica, las similitudes de síntomas con otras enfermedades y las barreras socioeconómicas. Este retraso conlleva diagnósticos erróneos frecuentes y un efecto negativo significativo en la calidad de vida y economía de los pacientes. Se subraya la urgencia de mejorar el acceso a la atención especializada y la educación sobre la EII, tanto para profesionales de la salud como para la población general.

**Financiamiento:** Sin ningún tipo de financiamiento.

## Lun186

### PREVALENCIA DE CÁNCER EN PACIENTES CON ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL: COHORTE RETROSPECTIVA DE 10 AÑOS EN EL CMN "20 DE NOVIEMBRE"

M. Murillo-López, R. T. Hernández-Rodríguez, A. Lazcano-Ornelas, M. F. Rivas-Orihuela, J. G. López-Gómez, Centro Médico Nacional 20 de Noviembre

**Introducción:** La enfermedad inflamatoria intestinal (EII) es un padecimiento crónico en el que se han relacionado diversas neoplasias debido al proceso inflamatorio. Entre las neoplasias más frecuentes figuran el cáncer colorrectal (CCR), el adenocarcinoma del intestino delgado, el linfoma intestinal y el cáncer anal. Entre las neoplasias extraintestinales deben mencionarse el colangiocarcinoma, el cáncer de piel, las neoplasias hematológicas, el cáncer genitourinario, el cervicouterino y el prostático; estas malformaciones, junto con la fisiopatología de la EII, se vinculan al parecer con tratamientos inmunosupresores. La EII es una afección fluctuante; durante los periodos de actividad aumentan más los mediadores proinflamatorios, lo que genera mayor estrés oxidativo y citocinas y se favorecen diversas vías de mutagénesis del DNA, angiogénesis y migración celular, lo cual acelera el proceso de carcinogénesis y alteración de genes reguladores del ciclo celular; todo ello da lugar a un proceso neoplásico. Esto podría provocar alteraciones celulares causantes de neoplasias. Hoy en día, con el aumento de la prevalencia y la sobriedad de EII, se han incrementado las comorbilidades, entre ellas el riesgo de neoplasias. Una de las neoplasias malignas más comunes en pacientes con EII es el CCR; se ha calculado un riesgo de CCR del 1%, 2% y 5% después de 10, 20 y > 20 años desde el diagnóstico inicial de EII, respectivamente. Además de la duración de la EII y la extensión de la enfermedad del colon, existen factores de riesgo adicionales que elevan el riesgo de CCR entre los pacientes con EII. Esto incluye inflamación acumulada (calculada al sumar la gravedad de la enfermedad endoscópica en cada endoscopia de vigilancia), la colangitis esclerosante primaria (CEP) concomitante, los antecedentes familiares de CCR, entre otros.

**Objetivo:** Conocer la prevalencia y el riesgo relativo de cáncer en pacientes con enfermedad inflamatoria intestinal, con una cohorte retrospectiva de 10 años en un centro de alta especialidad en la Ciudad de México.

**Material y métodos:** Estudio de cohorte retrospectivo que incluyó a 145 pacientes del CMN 20 de Noviembre mayores de 18 años de edad con diagnóstico clínico, endoscópico e histopatológico de EII. Variables: edad, género, subtipo de EII, fecha de diagnóstico y tratamiento de EII, fecha diagnóstica y tipo de cáncer.

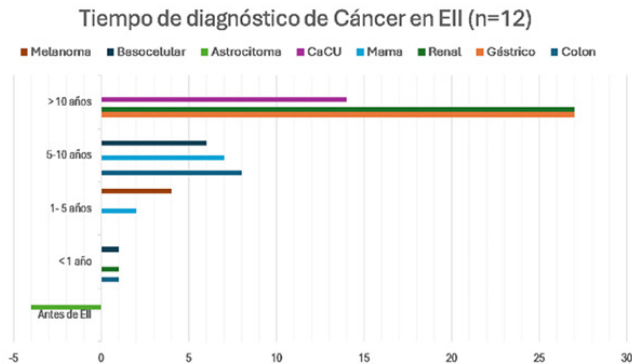
**Resultados:** Hasta 64,1% tenía colitis ulcerativa (CU) y 35,8% enfermedad de Crohn (EC), con una mediana de edad de 52 años. Solo 12 (8,4%) contaban con diagnóstico de cáncer: colon (2), gástrico (1), renal (2), mama (2), cervicouterino (1), basocelular (2), astrocitoma (1), melanoma y pulmón (1)). Se presentó cáncer en 5,8% y 15,6% de los pacientes con EC y CU, respectivamente; en la **Figura 1** se observa que un paciente tenía astrocitoma antes del inicio del tratamiento y diagnóstico de EII, mientras que los demás pacientes desarrollaron cáncer posterior al diagnóstico de EII, con una media al diagnóstico de 8,9 años. En la **Figura 2** se muestra la relación del tratamiento biológico con el tipo de cáncer. De los pacientes con tratamiento convencional,

15,6% desarrolló alguna neoplasia; entre los enfermos con la modalidad biológica, en 8,3% se identificó alguna neoplasia, RR de 0,4 de cáncer y tratamiento biológico (IC 0,85-7,4;  $p = 0,08$ ).

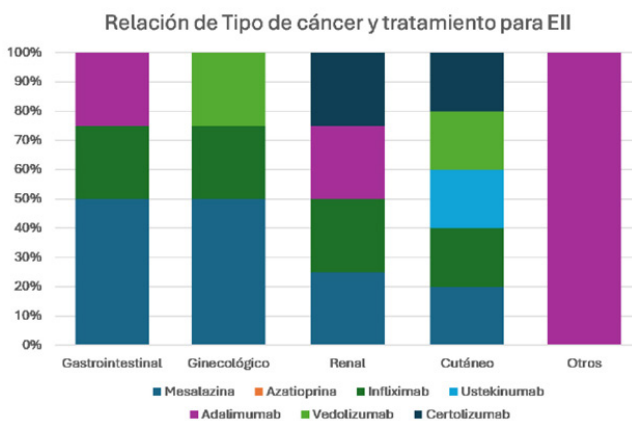
**Conclusiones:** No se halló relación entre el número de casos de cáncer y el tratamiento convencional o el biológico. Si bien antes del inicio del tratamiento solo había un caso de cáncer, después de este se identificaron 11 casos aislados de cáncer en estos pacientes, con mayor incidencia en CU pero no significativa. Se requiere mayor seguimiento y tomar en cuenta factores de riesgo externos para vincular las neoplasias en estos pacientes.

**Financiamiento:** No se utilizó ningún financiamiento para este estudio.

**Figura 1.** Enfermedad inflamatoria intestinal (EII) y cáncer: tiempo de diagnóstico de cáncer en la EII. (Lun186)



**Figura 2.** Enfermedad inflamatoria intestinal (EII) y cáncer: relación del tipo de cáncer y tratamiento en la EII. (Lun186)



## Lun187

### DIAGNÓSTICO DE CÁNCER COLORRECTAL EN PACIENTES CON COLITIS ULCEROSA CRÓNICA INESPECÍFICA: ESTUDIO OBSERVACIONAL EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL EN MÉXICO

S. G. Almeida-Del Prado, A. A. Acosta-Vega, M. Philippe-Ponce, M. Aceves-Valdez, A. Guinea-Lagunes, E. Contreras-Avilés, R. Y. López-Pérez, B. Jiménez-Bobadilla, J. L. De León-Rendón, Hospital General de México Dr. Eduardo Liceaga

**Introducción:** El cáncer colorrectal (CCR) es una de las neoplasias malignas más comunes y una causa significativa de mortalidad mundial. La colitis ulcerosa crónica inespecífica (CUCI) se acompaña de un mayor riesgo de desarrollar CCR. La incidencia de CCR en pacientes con CUCI oscila entre 2% y 5%, con una prevalencia que aumenta con la duración y la extensión de la enfermedad.

**Objetivo:** Describir las características demográficas y clínicas de los pacientes con CUCI que desarrollaron CCR durante su seguimiento en la clínica de enfermedad inflamatoria intestinal del Hospital General de México Dr. Eduardo Liceaga, entre marzo de 2023 y junio de 2024.

**Material y métodos:** Se llevó a cabo un estudio retrospectivo y observacional en la CEII-HGMEL desde marzo de 2023 hasta junio de 2024. Durante este periodo se incluyó a 159 pacientes con diagnóstico de CUCI. Los criterios de inclusión fueron: pacientes con diagnóstico confirmado de CUCI mediante criterios clínicos, endoscópicos e histopatológicos, y que desarrollaron CCR durante el seguimiento. Los datos se recopilaron a partir de los expedientes clínicos. Las variables analizadas incluyeron datos demográficos como género y edad, así como datos clínicos, como el tiempo transcurrido desde el diagnóstico de CUCI hasta el diagnóstico de CCR, la clasificación de Montreal para CUCI, las manifestaciones extraintestinales, el fenotipo intestinal del CCR, la localización del CCR y el estadio clínico del CCR. El análisis estadístico se realizó con el paquete SPSS versión 29. Se llevó a cabo un análisis descriptivo de las variables categóricas en frecuencias y porcentajes, y las variables continuas como medias y desviaciones estándar (DE).

**Resultados:** Entre marzo de 2023 y junio de 2024 se atendió a 159 pacientes con colitis ulcerosa crónica idiopática (CUCI) en la clínica de enfermedad inflamatoria intestinal del Hospital General de México Dr. Eduardo Liceaga, de los cuales 6 (3,8%) pacientes desarrollaron cáncer colorrectal (CCR). De los seis pacientes con CCR, 3 (50%) eran hombres y 3 (50%) mujeres. La edad promedio de los pacientes fue de 49,50 años (DE  $\pm$  6,65), con un intervalo de edad de 43 a 61 años. El tiempo promedio transcurrido desde el diagnóstico de CUCI hasta el diagnóstico de CCR fue de seis años, con límites de tres a 12 años. Según la clasificación de Montreal para CUCI, 1 (16,7%) paciente presentó extensión limitada al recto (E1), 2 (33,3%) tenían extensión hasta el colon izquierdo (E2), y 3 (50%) pancolitis (E3). En cuanto a las manifestaciones extraintestinales, 5 (83,3%) pacientes no mostraron manifestaciones extraintestinales significativas, mientras que 1 (16,6%) desarrolló colangitis esclerosante primaria (CEP). El fenotipo intestinal mostró que 5 (83%) pacientes tenían adenocarcinoma y 1 (17%) carcinoma mucinoso. La localización del CCR fue el colon izquierdo en 2 (33,5%) pacientes y el recto en 4 (66,5%). En términos del estadio clínico al momento del diagnóstico de CCR, 4 (66,5%) se encontraban en estadio III y 2 (33,5%) en el IV. Las características demográficas y clínicas de los pacientes con CUCI y CCR se resumen en la **Tabla 1**.

**Tabla 1.** Características demográficas y clínicas de los pacientes con CUCI y CCR. (Lun187)

Variable	Pacientes (n = 6)
Género, n (%)	
Masculino	3 (50,0)
Femenino	3 (50,0)
Edad (X $\pm$ DE)	49,50 $\pm$ 6,65
Intervalo de edad (mín-máx)	(43 - 61)
Años transcurridos desde el diagnóstico de la CUCI hasta el diagnóstico de CCR, años	6,0
Intervalo de años (mín-máx)	(3 - 12)
Clasificación de Montreal CUCI, n (%)	
E1	1 (16,7)
E2	2 (33,3)
E3	3 (50,0)
Manifestaciones extraintestinales, n (%)	
Sin MEIS	5 (83,3)
CEP	1 (16,6)
Fenotipo intestinal, n (%)	
Adenocarcinoma	5 (83,0)
Carcinoma mucinoso	1 (17,0)
Localización, n (%)	
Colon izquierdo	2 (33,5)
Recto	4 (66,5)
Estadio clínico, n (%)	
III	4 (66,5)
IV	2 (33,5)

CUCI, colitis ulcerosa crónica idiopática; CCR, cáncer colorrectal; X  $\pm$  DE, media  $\pm$  desviación estándar; MEIS, manifestaciones extraintestinales; CEP, colangitis esclerosante primaria.

**Conclusiones:** En este estudio se observó que el 3,8% de los pacientes con CUCI desarrolló CCR, lo cual resalta la importancia de la vigilancia estrecha en esta población. La elevada frecuencia de diagnósticos en estadios avanzados subraya la necesidad de mejorar las estrategias de detección temprana y vigilancia continua. Implementar protocolos de seguimiento rigurosos y personalizados es esencial para reducir la mortalidad relacionada con el CCR.

**Financiamiento:** No se recibió financiamiento de ningún tipo.

## Lun188

### CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS EN UNA SERIE DE CASOS DE COLITIS ULCEROSA CRÓNICA IDIOPÁTICA E INFECCIÓN POR VIH EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL

C. Y. Sánchez-Sánchez, A. Vela-Torres, J. A. Villanueva-Herrero, L. Ortiz-Pacheco, F. Higuera-De-la-Tijera, J. L. Pérez-Hernández, L. V. Cupil-Escobedo, J. L. De León-Rendón, Grupo Colaborativo: Servicio de Gastroenterología y Hepatología y Servicio de Coloproctología del Hospital General de México Dr. Eduardo Liceaga

**Introducción:** El VIH afecta negativamente al sistema inmunológico al dirigirse a las células T, en especial a las CD4. Durante la infección primaria por VIH, más del 50% de las células CD4 se agotan en los tejidos linfoides relacionados con el intestino, lo que destaca la importancia del compartimiento mucoso en la patogenia. Por otro lado, la enfermedad inflamatoria intestinal (EII), como la colitis ulcerosa crónica idiopática (CUCI) y la enfermedad de Crohn (EC), se caracterizan por una inflamación crónica de la mucosa intestinal y una activación inmunológica. La CUCI se vincula con una respuesta inmunitaria de células Th2/células T (NK), mientras que la EC se distingue por una reacción inmunitaria de células Th1/Th17. Estas dos enfermedades representan extremos de un espectro, con la EII relacionada con un exceso de actividad inmunológica y el VIH con una disminución de la actividad inmunológica. La intersección de estas dos enfermedades es todavía poco clara y rara. Los estudios previos sugirieron que la infección concomitante por VIH podría atenuar el curso clínico de la EII, con base en la hipótesis de la disminución de los recuentos de CD4. Sin embargo, es posible que diversos factores confusos llevaran a conclusiones erróneas y datos inconsistentes.

**Objetivo:** Evaluar las características clínicas de pacientes con CUCI e infección por VIH atendidos en un hospital de tercer nivel en México.

**Material y métodos:** Estudio descriptivo y retrospectivo en el que se presentan los datos más relevantes de tres pacientes con CUCI e infección por VIH. Se analizaron las características demográficas, clínicas y tratamientos establecidos en esta serie de casos atendidos en la clínica de enfermedad inflamatoria intestinal del Hospital General de México Dr. Eduardo Liceaga durante el periodo 2022-2023. Se enfocó en identificar y destacar las características clínicas más importantes de la infección por VIH y la actividad clínica de la enfermedad en cada caso.

**Resultados:** Los pacientes con infección por VIH y CUCI presentaron la enfermedad de forma temprana y la CUCI fue la primera en manifestarse. La infección por VIH se diagnosticó durante el proceso diagnóstico de la enfermedad, tras episodios de remisión, y fue un factor desencadenante de la actividad del padecimiento a pesar del tratamiento óptimo. La **Tabla 1** muestra los tratamientos establecidos y el tipo de actividad en el momento del diagnóstico, así como antes de la falla del tratamiento o el motivo de ingreso debido a la actividad del trastorno.

**Conclusiones:** La CUCI es una enfermedad de origen multifactorial en la que la hiperactividad del sistema inmunológico es el principal factor que lesiona la mucosa intestinal. En contraste, en pacientes con infección por el VIH, la disminución o la anergia inmunológica juegan un papel importante. Los hallazgos indican que la infección por VIH se presenta después del diagnóstico de CUCI y la reducción en la respuesta inmunológica del individuo podría considerarse un desencadenante de la falta de respuesta al tratamiento médico, tal vez debido al mayor riesgo de infecciones relacionado con la enfermedad.

**Financiamiento:** No se recibió ningún tipo de financiamiento.

**Tabla 1.** Características de los pacientes con VIH y CUCI. (Lun188)

	Paciente A	Paciente B	Paciente C
Edad, años	24	37	38
Años evolución, CUCI	1	12	2
Años evolución, VIH	2	0	1
Tabaquismo	No	Sí	No
Afectación de la enfermedad	Colitis izquierda	Colitis izquierda	Pancolitis
Manifestaciones extraintestinales	Sí	No	No
Actividad clínica	Activo-inactivo	Activo-inactivo	Actividad continua
Actividad clínica, escala Trulove-Witts al diagnóstico CUCI	Inactivo (9)	Inactivo (10)	Brote leve (13)
Actividad clínica, escala Trulove-Witts al diagnóstico de VIH	Brote leve (13)	Brote leve (12)	Brote grave (19)
Escala actividad endoscópica de Mayo al diagnóstico de CUCI	Moderado	Leve	Moderado
Actividad histológica por índice de Riley	Actividad leve sin displasia	Actividad leve sin displasia	Actividad leve sin displasia
Nuevo índice integral de enfermedad	Inactivo	Actividad leve	Actividad grave
Calprotectina fecal al diagnóstico de VIH	1 900	95	> 800
Linfocitos #	2 100	1 990	300
Proteína C reactiva	0,39	2,54	4,05
Tratamiento antes del brote de enfermedad	Tratamiento combinado con 5-ASA	Tratamiento combinado con 5-ASA	Tratamiento combinado con 5-ASA





# REVISTA DE GASTROENTEROLOGÍA DE MÉXICO

www.elsevier.es/rgmx



## Exposición de trabajos libres en cartel

Lunes 18 de noviembre de 2024

### Estómago

#### Lun189

### INTERACCIÓN ENTRE LA INFECCIÓN POR *HELICOBACTER PYLORI* Y EL SÍNDROME METABÓLICO COMO FACTOR DE RIESGO PARA EL DESARROLLO DE LESIONES GÁSTRICAS PREMALIGNAS EN LA POBLACIÓN MEXICANA

C. A. Oviedo-Garza, A. Díaz-García, Hospital Juárez de México

**Introducción:** A pesar de la relevancia individual de la infección por *Helicobacter pylori* y el síndrome metabólico en la salud gastrointestinal y metabólica, existe un vacío de conocimiento sobre la posible interacción entre ellos en el desarrollo de lesiones gástricas premalignas.

**Objetivo:** Determinar si la infección por *H. pylori* acompañada de síndrome metabólico tiene un nexo con el desarrollo de lesiones gástricas premalignas en pacientes que acuden al Hospital Juárez de México.

**Material y métodos:** Se incluyó a pacientes  $\geq 18$  años, de ambos sexos, sometidos a una endoscopia digestiva alta, todos por indicación de dispepsia desde el año 2021 hasta 2023. Los datos se presentan en frecuencias (%) y mediana (RIQ). Tipo de estudio: estudio observacional, transversal y retrospectivo. Variables analizadas: género, edad, comorbilidades, síndrome metabólico, infección por *Helicobacter pylori*, lesiones gástricas premalignas. Análisis estadístico: la comparación de grupos se realizó mediante las pruebas ji cuadrada y U de Mann-Whitney, seguidas de regresión logística binaria.

**Resultados:** De 159 pacientes, 100 (62,9) eran mujeres y la mediana de edad fue de 57 (47-65) años. De ellos, 106 (66,7) cumplieron los criterios de síndrome metabólico y 136 (85,5) fueron positivos a *H. pylori*. Hasta 109 (68,6) tuvieron hallazgos endoscópicos benignos y 50 (31,4) premalignos, de los cuales 38 (23,9) desarrollaron metaplasia, 13 (8,2) gastritis

atrófica y 6 (3,8) displasia de bajo grado. En el grupo de lesiones premalignas, la glucosa en ayuno fue mayor (144,5 vs. 104 mg/dL;  $p = 0,027$ ) y el HDL fue menor (32 vs. 55 mg/dL;  $p = 0,050$ ) en comparación con el grupo de hallazgos benignos. También se registró un mayor porcentaje de pacientes con síndrome metabólico e infección por *H. pylori*, 82% contra 59,6% ( $p = 0,005$ ) y 96% contra 80,7% ( $p = 0,011$ ), respectivamente. En la regresión logística binaria, las lesiones premalignas se vincularon con síndrome metabólico junto con infección por *H. pylori* con OR 3,048 (IC95% 1,349-6,878,  $p = 0,007$ ).

**Conclusiones:** La prevalencia de infección por *H. pylori* y síndrome metabólico en la población adulta mexicana es de 80% y 44,2%, respectivamente. Se ha descrito que ambas anomalías son factores de riesgo para el desarrollo de lesiones premalignas gástricas. Sin embargo, el estudio de su interacción es aún controvertido. En esta investigación se advirtió que la interacción entre ellos se vinculó tres veces más con el desarrollo de lesiones premalignas. Por lo tanto, se refuerza la necesidad de instituir medidas de detección para ambas afecciones, las cuales son potencialmente reversibles si se manejan de manera oportuna y a su vez serían una forma de reducir el riesgo de presentación de cáncer gástrico en esta población.

**Financiamiento:** No se recibió financiamiento de ningún tipo.

#### Lun190

### IMPACTO EN LA CALIDAD DE VIDA DE LOS PACIENTES CON INFECCIÓN POR *HELICOBACTER PYLORI*

C. S. Tinitana-Jumbo, Y. M. Velasco-Santiago, S. Camacho-Hernández, M. F. Domínguez-Domínguez, V. Hernández-Garza, D. B. Lorenzo-Valle, M. Baca-García, F. Higuera-De-la-Tijera, Hospital General de México Dr. Eduardo Liceaga

**Introducción:** A escala mundial, el 60% de la población (y en América Latina hasta 79,3%) tiene infección por *H. pylori* y, aunque en un porcentaje considerable de pacientes su curso es asintomático, su importancia radica sobre todo en su relación con el cáncer gástrico, luego de considerarlo previamente con un carcinógeno de tipo 1. El patógeno se ha relacionado no solo con trastornos digestivos sino incluso extradigestivo; en la actualidad llaman la atención los informes previos en países asiáticos en donde se ha sugerido un efecto físico y mental; no obstante, en México no existen estudios que notifiquen la afectación de la calidad de vida de los pacientes con infección por este patógeno.

**Objetivo:** Comparar la calidad de vida de los pacientes con infección por *H. pylori* frente a un grupo de controles sanos.

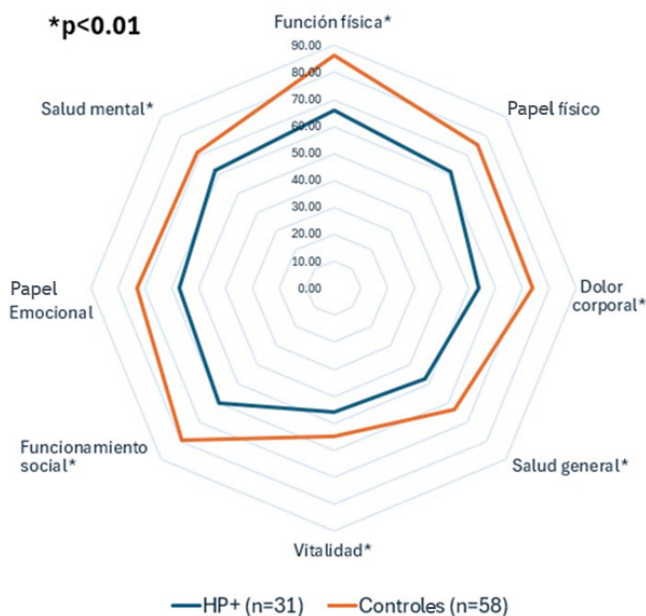
**Material y métodos:** Es un estudio prospectivo, observacional y analítico de pacientes diagnosticados con infección por *H. pylori* por biopsia gástrica y con criterios de tratamiento de acuerdo con el IV Consenso México sobre *H. pylori*, valorados en la consulta externa de gastroenterología del Hospital General de México Dr. Eduardo Liceaga, en quienes se aplicó la encuesta de salud SF-36 (8 componentes = función física, papel físico, dolor corporal, salud general, vitalidad, funcionamiento social, papel emocional, y salud mental) antes de iniciar el tratamiento de erradicación. Análisis: las variables cualitativas se expresaron en porcentajes y los cuantitativos en media  $\pm$  DE. La comparación estadística se realizó con la prueba t de Student no pareada de dos colas o ji cuadrada, según correspondiera (alfa = 0,05).

**Resultados:** Se reunió a 31 pacientes positivos para *H. pylori* y 58 controles sanos. En el grupo con infección por *H. pylori*, la edad promedio fue 48,65  $\pm$  10,68 años, 24 mujeres y siete hombres, con un IMC 27,15  $\pm$  5,40 kg/m<sup>2</sup>. Al comparar los distintos componentes de la encuesta SF-36 en los pacientes infectados por *H. pylori* respecto de los controles sanos se obtuvieron los siguientes resultados: función física (HP+ = 65,97; controles = 86,47; p = 0,0001), dolor corporal (HP+ = 53,87; controles = 73,71; p = 0,0016), salud general (HP+ = 47,74; controles = 63,62; p = 0,0001), vitalidad (HP+ = 45,65; controles = 54,91; p = 0,183), funcionamiento social (HP+ = 60,08; controles = 79,53; p = 0,0003), salud mental (HP+ = 61,68; controles = 71,45; p = 0,0102), salud física (HP+ = 45,43; controles = 57,47; p = 0,0001), papel emocional (HP+ = 56,99; controles = 72,99; p = 0,0918) y papel físico (HP+ = 61,29; controles = 75,43; p = 0,3529) (Figura 1).

**Conclusiones:** Existe un efecto notorio en la calidad de vida de los pacientes infectados por *H. pylori* en comparación con los sujetos sanos. La calidad de vida se ve afectada sobre todo en sus componentes de función física, funcionamiento social y dolor corporal. Es necesario que estos datos se comparen con sus homónimos después del tratamiento erradicador para valorar el efecto del tratamiento en la calidad de vida más allá de la eliminación o no del patógeno.

**Financiamiento:** No se recibió financiamiento para este estudio.

Figura 1. Calidad de vida en pacientes Hp+ comparados con controles sanos. (Lun190)



## Lun191

### ERRADICACIÓN DE *HELICOBACTER PYLORI* CON ESQUEMA CUÁDRUPLE CON BISMUTO BASADO EN DOXICICLINA EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL

R. Guirao-Pérez, A. Y. Ávila-Franco, E. I. Juárez-Valdés, S. M. I. Mejía-Loza, Hospital Juárez de México

**Introducción:** El *Helicobacter pylori* representa una de las infecciones bacterianas más diseminadas en el mundo y se ha relacionado con úlcera péptica, cáncer gástrico y dispepsia. Las tasas de prevalencia en México se calculan en 66% en la población general y se ha determinado un incremento de la tasa de mortalidad del cáncer gástrico en este país en tan solo una década, por lo que se requieren esquemas de tratamiento eficaces y accesibles para el medio.

**Objetivo:** Determinar la frecuencia de erradicación de *Helicobacter pylori* con el esquema cuádruple con bismuto basado en doxiciclina y suspensión del tratamiento por efectos adversos en el Hospital Juárez de México.

**Material y métodos:** Estudio observacional, descriptivo, transversal y retrospectivo de un solo centro realizado en el Hospital Juárez de México con expedientes de pacientes con diagnóstico histopatológico de infección por *Helicobacter pylori* en el periodo de mayo de 2023 a septiembre de 2023, tratados con esquema cuádruple con bismuto basado en doxiciclina.

**Resultados:** Se incluyó a 104 pacientes, 83 (79,8%) mujeres y 21 (20,1%) hombres, con edad promedio de 55 años y un mínimo de 21 y un máximo de 83 años. Se confirmó erradicación en 94 pacientes (con prueba de antígeno en heces para *H. pylori* negativa), lo que representó el 90,38% de la población estudiada, mientras que 10 (8,7%) pacientes mostraron falla al tratamiento (positividad para antígenos en heces de *H. pylori*). Hasta 114 pacientes se trataron con este esquema, 74 manifestaron efectos adversos durante la duración del tratamiento (dolor abdominal, náusea, distensión abdominal, plenitud posprandial), de los cuales 10 (8,77%) suspendieron el tratamiento por intolerancia a estos (por lo que no se incluyeron en la frecuencia de erradicación); el dolor abdominal fue el principal motivo; 40 pacientes no evidenciaron síntomas.

**Conclusiones:** Estos resultados sugieren que el esquema de erradicación cuádruple con bismuto basado en doxiciclina puede ser un régimen de erradicación eficaz y accesible como tratamiento de primera línea para la infección de *H. pylori* en esta población, con un porcentaje de erradicación mayor de 90%.

**Financiamiento:** Este estudio no obtuvo financiamiento.

## Lun192

### EFICACIA DE LA TERAPIA CUÁDRUPLE CON BISMUTO BASADA EN TEGOPRAZAN COMPARADA CON LA TERAPIA CUÁDRUPLE CON BISMUTO PARA LA ERRADICACIÓN DE *HELICOBACTER PYLORI*: EXPERIENCIA EN EL MUNDO REAL

J. M. Remes-Troche, E. Coss-Adame, L. R. Valdovinos-García, A. D. Cano-Contreras, J. L. Vargas-Basurto, G. P. Martínez-Pérez, Instituto de Investigaciones Médico-Biológicas, Universidad Veracruzana

**Introducción:** El tratamiento cuádruple basado en bismuto (TCB) se recomienda como primera línea para la erradicación de *Helicobacter pylori*, ya que no se relaciona con resistencia. El tegoprazan es un nuevo, rápido y potente bloqueador ácido competitivo del potasio; ha recibido aprobación para el tratamiento de enfermedades relacionadas con el ácido gástrico en México. Sin embargo, los datos clínicos del mundo real sobre este fármaco son escasos. Se intentó comparar las tasas de erradicación de *Helicobacter pylori* entre el tratamiento cuádruple con tegoprazan y el tratamiento cuádruple con omeprazol.

**Objetivo:** Describir el perfil de eficacia y seguridad del TCB con tegoprazan (TBMT) respecto del TCB con omeprazol (OBMT) para la erradicación de *H. pylori*.

**Material y métodos:** Se incluyó a pacientes mayores de 18 años con infección por *H. pylori* sin antecedente de tratamiento de erradicación de *H. pylori* en dos centros entre enero de 2024 y abril de 2024. La infección por *H. pylori* se diagnosticó mediante histología. Los pacientes recibieron tegoprazan

(50 mg BID), subcitrate de bismuto (300 mg QID), metronidazol (500 mg QID) y doxiciclina (100 mg QID). Se utilizó un grupo de control histórico como comparador. Los controles históricos eran sujetos emparejados por edad y sexo que recibieron omeprazol (40 mg BID), subcitrate de bismuto (300 mg QID), metronidazol (500 mg QID) y doxiciclina (100 mg QID) en el año anterior.

**Resultados:** Hasta ahora se ha incluido a 80 pacientes (40 TBMT y 40 OBMT). La indicación más común para la erradicación fueron los síntomas dispépticos (78%), seguidos por enfermedad ulcerosa péptica (10%), gastritis folicular (9%) y antecedentes familiares de cáncer (2,5%). Las tasas de erradicación de TBMT y OBMT fueron 90% y 77,4% (OR = 2,61; IC95% 0,73-9,37; p = 0,12), respectivamente. No hubo una diferencia significativa en la tasa de efectos adversos entre los grupos TBMT y OBMT (42,5% vs. 55,5%; p = 0,37). La náusea fue el efecto adverso más común (37,5% vs. 40%; p = 0,92), seguida por dolor abdominal (12,5% vs. 17,5%; p = 0,16). La adherencia a los tratamientos fue similar entre los grupos (> 90%, 10% vs. 12%; p = 0,98).

**Conclusiones:** El TBMT mostró tasa de erradicación no inferior y efectos adversos similares respecto del OBMT como régimen de erradicación de primera línea. Los resultados sugieren que el tegoprazan podría sustituir a los inhibidores de la bomba de protones en los regímenes de erradicación de *H. pylori* en México. Se requiere un estudio clínico controlado y aleatorizado adicional para confirmar estos hallazgos.

**Financiamiento:** No se recibió ningún financiamiento para la realización de este trabajo.

## Lun193

### ESQUEMAS DE ERRADICACIÓN PARA LA INFECCIÓN DE *H. PYLORI* Y SU EFICACIA. ANÁLISIS DEL REGISTRO NACIONAL MEXICANO (HP-MEX-REG)

G. P. Martínez-Pérez, J. M. Remes-Troche, A. D. Cano-Contreras, F. Higuera-De-la-Tijera, E. Coss-Adame, J. A. Velarde-Ruiz Velasco, S. González-Hueso, J. K. Yamamoto-Furusho, Grupo Colaborativo: Colaboradores del Registro Mexicano para el Estudio del Diagnóstico y Tratamiento de la Infección por *Helicobacter pylori*, Laboratorio de Fisiología Digestiva y Motilidad Gastrointestinal, Instituto de Investigaciones Médico-Biológicas, Universidad Veracruzana

**Introducción:** La infección por *Helicobacter pylori* (*H. pylori*) afecta a más de la mitad de la población mundial y representa una carga sanitaria significativa. La disminución de la eficacia de los tratamientos de primera línea plantea un desafío considerable y ello acentúa la necesidad de recurrir a tratamientos de segunda línea y buscar opciones terapéuticas adicionales. En México, de acuerdo con el último consenso (IV Consenso Mexicano) se ha recomendado el esquema cuádruple (con o sin bismuto), pero se desconoce su eficacia en la actualidad.

**Objetivo:** Evaluar la eficacia y la tolerabilidad de los esquemas de tratamiento para la erradicación de *H. pylori* en la población mexicana, de acuerdo con los datos del Hp-Mex-Reg.

**Material y métodos:** Estudio transversal y descriptivo realizado en pacientes incluidos en el Registro Mexicano para el Estudio del Diagnóstico y Tratamiento de la Infección por *Helicobacter pylori* provenientes de 50 sedes nacionales. Se analizaron los diferentes esquemas de tratamiento empleados, antibióticos prescritos, pruebas de erradicación, desenlaces y efectos adversos informados por cada sujeto. El análisis fue descriptivo y se utilizaron medidas de tendencia central con uso del programa SPSS versión 26.

**Resultados:** Se incluyó a 1 489 individuos, de los cuales se eliminó a 41 por datos incompletos, para un análisis total de 1 448 pacientes. Predominó el sexo femenino con 67,3%, con edad media de 53,3 años (intervalo, 16-92). Los esquemas de tratamiento más utilizados fueron el cuádruple con bismuto (36,3%), seguido del triple (34%) y cuádruple sin bismuto (27,2%). En el esquema cuádruple con bismuto, los antibióticos utilizados con mayor frecuencia fueron el metronidazol en 367 pacientes (69,9%) y la doxiciclina en 243 (46,3%); en el esquema triple se administraron sobre todo amoxicilina en 437 (89%) y claritromicina en 387 (78,5%); y en el esquema cuádruple sin bismuto amoxicilina en 375 (96,2%), claritromicina en 372 (95,4%) y metronidazol en 374 (95,9%). El IBP más empleado fue el omeprazol (37,6%), seguido del esomeprazol (23,1%). El 68% de los pacientes refirió apego del 100% al tratamiento y solo en el 2,1% el apego fue menor de 80%. Se notificó < 1% de efectos adversos graves y el esquema de tratamiento que señaló mayor número de efectos fue el cuádruple sin bismuto (35,2%). La eficacia de erradicación fue del 76,9% con el esquema cuádruple sin bismuto, 71% con el cuádruple con bismuto y 67,7% en el esquema triple (Tabla 1).

**Conclusiones:** El esquema cuádruple con o sin bismuto demostró ser el más eficaz para lograr la erradicación de *H. pylori*. No obstante, las tasas de erradicación registradas son subóptimas y con mayor incidencia de efectos adversos. Estos resultados pueden explicarse por el incremento de las resistencias antibióticas; por lo tanto, son necesarios nuevos esquemas terapéuticos, seguros y bien tolerados que eviten las resistencias bacterianas y logren mayor eficacia de erradicación.

**Financiamiento:** No se recibió ningún financiamiento.

## Lun194

### LESIONES ENDOSCÓPICAS E HISTOLÓGICAS ASOCIADAS A INFECCIÓN POR *HELICOBACTER PYLORI*, EN POBLACIÓN MEXICANA DEL HOSPITAL JUÁREZ DE MÉXICO, DURANTE EL AÑO 2023

R. Ramírez-Marcial, S. M. I. Mejía-Loza, E. I. Juárez-Valdés, M. F. Mendoza-Rodríguez, V. Ramírez-Villagrán, A. Cruz-Juárez, J. P. González-Castellanos, Hospital Juárez de México

**Introducción:** En México, la media nacional de seroprevalencia de *H. pylori* registrada en la población general se aproxima a 66%. El proceso inflamatorio crónico que desencadena esta infección se relaciona con múltiples lesiones

Tabla 1. Descripción de los esquemas de tratamiento y efectos adversos registrados. (Lun193)

	Dual	Triple	Cuádruple con bismuto	Cuádruple sin bismuto	Secuencial	No clasificable
n (%)	17 (1,2%)	493 (34%)	525 (36,3%)	394 (27,2%)	4 (0,3%)	15 (1%)
Efectos adversos	1 (0,2%)	138 (28,9%)	165 (34,6%)	168 (35,2%)	1 (0,2%)	4 (0,8%)
Disgeusia	0	36 (7,3%)	63 (12%)	87 (22,1%)	0	3 (20%)
Náusea	1 (5,9%)	79 (16%)	98 (18,7%)	86 (21,8)	0	2 (13,3%)
Vómito	1 (5,9%)	8 (1,6%)	26 (5%)	10 (2,5%)	0	1 (6,7%)
Pirosis	0	33 (6,7%)	46 (8,8%)	37 (9,4%)	1 (25%)	4 (26,7)
Anorexia	0	24 (4,9%)	36 (6,9%)	37 (9,4%)	0	1 (6,7%)
Saciedad	0	37 (7,5%)	46 (8,8%)	30 (7,6%)	0	2 (13,3%)
Distensión	0	39 (7,9%)	65 (12,4%)	47 (11,9%)	0	1 (6,7%)
Astenia	0	18 (3,7%)	32 (6,1%)	19 (4,8%)	0	0
Resultado de prueba de erradicación						
Negativa	8 (47%)	334 (67,7%)	373 (71%)	303 (76,9%)	4 (100%)	10 (66%)
Positiva	2 (11,8%)	96 (19,5%)	104 (19,8%)	41 (10,4%)	0 (0%)	4 (26,7%)

en la mucosa gástrica y duodenal, incluidas lesiones premalignas, que en caso de evolucionar se vinculan con adenocarcinoma gástrico y linfoma del tejido linfoidal de mucosas.

**Objetivo:** Determinar el tipo de lesiones gástricas y duodenales identificadas mediante endoscopia, así como su frecuencia y caracterización histológica, en pacientes adultos con infección por *Helicobacter pylori*, diagnosticados durante el año 2023 en el Hospital Juárez de México.

**Material y métodos:** Se analizaron 157 expedientes de pacientes con diagnóstico de infección por *Helicobacter pylori* en el periodo de enero a diciembre del año 2023. Criterios de inclusión: pacientes de edad  $\geq 18$  años con el diagnóstico de infección por *Helicobacter pylori* mediante biopsias endoscópicas tomadas con el protocolo de Sydney. Criterios de exclusión: pacientes que no contaran con endoscopia antes de recibir tratamiento de erradicación para *Helicobacter pylori*, pacientes sin biopsias de acuerdo con el protocolo de Sydney antes de recibir tratamiento de erradicación, pacientes sin informe histopatológico de mucosa gástrica antes de recibir tratamiento de erradicación. Tipo de estudio: descriptivo de corte transversal, retrospectivo y observacional. Variables analizadas: edad, género, diagnóstico endoscópico y diagnóstico histopatológico. Análisis estadístico: los resultados se analizaron con medidas de frecuencia relativas y centrales para la obtención de porcentajes y promedios.

**Resultados:** Se incluyó a 151 pacientes, de los cuales en 146 casos (96,68%) se informó al menos una lesión en la mucosa gástrica o duodenal a través de endoscopia. Las lesiones de la mucosa gástrica más frecuentes fueron, en primer lugar, la gastropatía crónica, referida en 125 pacientes, y su localización más frecuente fue pangástrica (cuerpo, fondo y antro en el 38,4% de los casos); la segunda lesión de mucosa gástrica más frecuente fue la gastropatía erosiva, señalada en 25 pacientes, y su localización más común fue antral (36% de los casos); la tercer lesión endoscópica más frecuente fue la gastropatía atrófica, identificada en 24 pacientes, y su localización más común fue pangástrica (37,5% de los casos). La lesión de mucosa duodenal más informada fue la duodenitis erosiva, diagnosticada en 18 pacientes (12,32% de los casos). En cuanto a las lesiones histológicas, la más común fue la gastritis crónica folicular localizada en cuerpo, antro e incisura, notificada en 132 pacientes (87,41% de los casos); la atrofia gástrica se identificó en 15 pacientes (9,93% de los casos), la metaplasia intestinal completa en 14 (9,27% de los casos), la metaplasia intestinal incompleta en 20 (13,24% de los casos), la displasia de bajo grado en 3 (1,98% de los casos), sin ningún informe de displasia de alto grado.

**Conclusiones:** La lesión endoscópica más reconocida en esta institución es la gastropatía crónica, seguida de la gastropatía erosiva con un predominio pangástrico y antral, respectivamente. Más de una tercera parte de la población presentó una lesión premaligna al momento del diagnóstico histopatológico, y la más frecuente fue la metaplasia intestinal incompleta, considerada por algunos autores como el punto de no retorno para el desarrollo de cáncer gástrico, por lo que es de suma importancia fortalecer las medidas de prevención, diagnóstico y tratamiento respecto de la infección por *Helicobacter pylori*.

**Financiamiento:** No se recibió financiamiento de ningún tipo.

## Lun195

### DEFICIENCIA DE HIERRO, VITAMINA B12 Y ÁCIDO FÓLICO EN ADULTOS CON INFECCIÓN ACTIVA POR *HELICOBACTER PYLORI*

V. Y. Gutiérrez-Bailón, N. X. Ortiz-Olvera, R. Moreno-Alcántar, Hospital de Especialidades Centro Médico Nacional Siglo XXI

**Introducción:** La infección por *Helicobacter pylori* se relaciona en apariencia con deficiencia de hierro y anemia por deficiencia de hierro.

**Objetivo:** Evaluar la frecuencia entre la infección por *H. pylori* y la disminución de las reservas de hierro, vitamina B<sub>12</sub> y ácido fólico en adultos con infección activa por *H. pylori*.

**Material y métodos:** Se evaluó a un total de 114 adultos con diagnóstico de infección por *H. pylori*, en quienes se cuantificaron hierro, vitamina B<sub>12</sub> y ácido fólico en suero, entre enero de 2022 y mayo de 2024. Se excluyó a 31 personas por no contar con valores completos de hierro, ácido fólico o vitamina B<sub>12</sub> antes del tratamiento de erradicación para *H. pylori*, y a dos pacientes con diagnóstico de gastritis atrófica autoinmunitaria. El diagnóstico de infección por *H. pylori* se estableció con base en dos pruebas positivas, histología y una prueba no invasiva (antígeno fecal o prueba en aliento con urea C13).

**Resultados:** En total, se incluyó a 81 individuos con edad promedio de 57,6 ( $\pm 13,7$ ) años, con un predominio de mujeres (68%). La alteración más frecuente fue la deficiencia de hierro, presente en 23% de la población, seguida por cifras bajas de B<sub>12</sub> en 7% y ácido fólico en 1,2%. La mediana de valores séricos de hierro fue de 52  $\mu\text{g/dL}$  (intervalo, 11-217), vitamina B<sub>12</sub> de 439 pg/mL (intervalo, 50-2674) y ácido fólico 15,2 ng/mL (3,8-40). El síntoma más frecuente en la población fue el dolor epigástrico (65%), seguido por plenitud y distensión abdominal. Las alteraciones histopatológicas más comunes fueron gastritis crónica activa (37%) y gastritis folicular (27%).

**Conclusiones:** En esta población se observó que la deficiencia de hierro es frecuente en pacientes con infección por *H. pylori*. Estos hallazgos sugieren que la infección activa por *H. pylori* afecta el estado del hierro y promueve una disminución de las reservas de hierro. Se necesitan más estudios a gran escala y mejor diseñados para corroborar la relación y los mecanismos de la infección por *H. pylori* y el valor de hierro.

**Financiamiento:** No se recibió financiamiento de ningún tipo.

## Lun196

### CAUSAS ASOCIADAS, FACTORES PROTECTORES PARA MORTALIDAD EN SANGRADO DE TUBO DIGESTIVO ALTO Y RENDIMIENTO DE LAS ESCALAS BLATCHFORD, ROCKALL Y AIMS-65

E. Goudet-Vértiz, K. I. De Esarte-Rodríguez, S. Taboada-Sánchez, S. M. Narváez-Chávez, A. Acevedo-Espinosa, Centro Médico Nacional 20 de Noviembre, ISSSTE

**Introducción:** El sangrado del tubo digestivo alto (STDA) es una de las principales causas de ingreso hospitalario en el mundo; en México se registran más de 150 ingresos anuales por hemorragia gastrointestinal en este hospital. Además, existe poca estadística en este país en cuanto a mortalidad, transfusión, requerimiento de tratamiento endoscópico y rendimiento de las escalas disponibles para gravedad y necesidad de endoscopia.

**Objetivo:** Describir las características epidemiológicas de los pacientes con sangrado del tubo digestivo alto, determinar los principales factores de riesgo que se relacionan con mortalidad en esta población hospitalizada y evaluar el rendimiento pronóstico de las escalas Blatchford, Rockall y AIMS-65.

**Material y métodos:** Estudio transversal y analítico que evaluó los casos que ingresaron a hospitalización por STDA variceal y no variceal; se realizó un análisis estadístico en dos fases: descriptiva e inferencial. Se usó ji cuadrada de Pearson para evaluar independencia y la prueba de Shapiro-Wilk para variables cuantitativas; para las que cumplían el supuesto de normalidad se empleó la t de Student para dos muestras independientes y para las que no cumplían el supuesto de normalidad la U de Mann-Whitney. Para el análisis inferencial se determinaron la sensibilidad y la especificidad mediante análisis diferenciador basado en un modelo de regresión logística.

**Resultados:** En los 126 casos evaluados predominó el género femenino con 58% (73), con edad de 74 (64-81) años y mortalidad de 34%; el promedio de estancia hospitalaria fue de 6,9 días, el 22% requirió tratamiento endoscópico y el 59% aumentó la transfusión. La causa principal fue enfermedad ulcerosa, seguida de varices esofágicas. De los factores vinculados con mortalidad figuran edad ( $p = 0,007$ ), PAM baja ( $83 \pm 14$  vs.  $72 \pm 17$ ;  $p = 0,001$ ), cifras de hemoglobina baja ( $11,9 \pm 2,3$  vs.  $10,3 \pm 2,5$ ;  $p = 0,001$ ), creatinina ( $0,86 [0,6-1,3]$  vs.  $1,2 [0,8-2,1]$ ;  $p = 0,010$ ) y urea elevada ( $56 [38-87]$  vs.  $75 [48-141]$ ;  $p = 0,014$ ), INR prologado ( $1,09 [1,04-1,24]$  vs.  $1,18 [1,08-1,46]$ ;  $p = 0,001$ ) e hipalbuminemia ( $3,4 \pm 0,62$  vs.  $3,0 \pm 0,62$ ;  $p = 0,001$ ), así como la necesidad de transfusión ( $p = 0,028$ ), requerimiento de tratamiento endoscópico ( $p = 0,023$ ), además de la presencia de *H. pylori* ( $p = 0,012$ ) y varices gástricas ( $p = 0,007$ ). El resultado del análisis inferencial del rendimiento pronóstico de las escalas de Blatchford, Rockall y AIMS-65 en esta población no es bueno, ya que en todas el AUROC fue  $< 0,8$  y durante el análisis se observó que las puntuaciones que mayor sensibilidad y especificidad tenían en esta población eran las de Blatchford  $> 5$ , Rockall preendoscópico  $> 2$ , Rockall completo de 3 y AIMS-65  $\geq 1$  en cuanto a la mortalidad (Tabla 1); y Blatchford  $> 6$ , Rockall  $> 4$  y AIMS-65  $> 1$  para el requerimiento de tratamiento endoscópico. Como hallazgo importante se identificó que había una relación estadística entre la administración de glucocorticoides y una mayor prevalencia de uso en el grupo de supervivencia, en cuanto al grupo de defunción.

**Conclusiones:** Los principales factores vinculados con defunción fueron edad, hipotensión, Hb baja, valores altos de creatinina y urea, INR prolonga-



**Tabla 1.** Rendimiento de las escalas en función de la mortalidad. (Lun196)

	Glasgow-Blatchford (GBS)	Rockall pre-(RPS)	Rockall (RS)	AIMS-65
Sensibilidad	100%	91,67%	85,42%	91,67%
Especificidad	50%	55,00%	50,00%	60,00%
VPP	71,64%	83,02%	80,39%	84,62%
VPN	100,00%	73,33%	58,82%	75,00%
AUC	0,67 (IC95% 0,57-0,77)	0,76 (IC95% 0,67-0,85)	0,72 (IC95% 0,63-0,81)	0,77 (IC95% 0,69-0,86)

do, y albúmina baja al ingreso, además de *H. pylori* y varices gástricas. Requerir transfusión y tratamiento endoscópico se relacionó con mayor mortalidad. En cuanto a los fármacos se registró que los glucocorticoides eran factor protector dado que se observó un mayor uso en pacientes en el grupo de supervivencia en comparación con la defunción, por lo que se deben realizar más estudios al respecto. Asimismo, el rendimiento de las escalas Blatchford, Rockall y AIMS-65 no fue tan bueno como se esperaba para la mortalidad.

**Financiamiento:** No se recibió financiamiento de ninguna índole.

## Lun197

### HALLAZGOS DE *SARCINA VENTRICULI* EN PATOLOGÍA GÁSTRICA: UNA BACTERIA MÁS COMÚN DE LO QUE SE CREE. SERIE DE CASOS

J. J. Durán-Castro, L. Cantorán-Ramírez, D. Rodríguez-López, N. Ochoa-Cruz, C. Morales-Limón, V. Rodríguez-Rosas, Instituto Mexicano del Seguro Social

**Introducción:** *Sarcina ventriculi*, coco anaerobio grampositivo, se encuentra en suelos o ambientes con alta acidez como fermentador exclusivo de carbohidratos. John Goodsir lo describió por primera vez en 1842. Su infección en seres humanos pocas veces se ha documentado y su presentación se acompaña de retraso del vaciamiento gástrico, gastritis enfisematosa, úlceras gástricas y perforación. Posee una proporción de 2:1 entre mujeres y hombres.

**Objetivo:** Presentar tres casos de coinfección de *S. ventriculi* y *Helicobacter pylori* vinculados con comorbilidades que contribuyen al desarrollo de la bacteria en el medio gástrico.

#### Informe de casos:

**Caso 1:** Mujer de 57 años con antecedente de linfoma no Hodgkin. Inicia con náusea, disfagia a sólidos y epigastralgia. La endoscopia indica una úlcera en antro Forrest III de 30 mm con estenosis pilórica dependiente de la lesión ulcerada. El estudio histopatológico revela gastritis crónica superficial con actividad intensa secundaria a *Helicobacter pylori* y microorganismos *Sarcina ventriculi*, sin daño linfocelular o atipia linfocelular.

**Caso 2:** Mujer de 34 años que inicia con distensión abdominal, epigastralgia, eructos, regurgitación y pirosis. La endoscopia describe "esofagitis erosiva grado C de Los Ángeles más gastropatía eritematosa de cuerpo y fondo". La biopsia en cuerpo y antro gástrico señala "gastritis crónica más colonización por elementos morfológicamente compatibles con *Sarcina ventriculi*, Giemsa positivo compatible con bacilos *Helicobacter pylori*" (Figura 1).

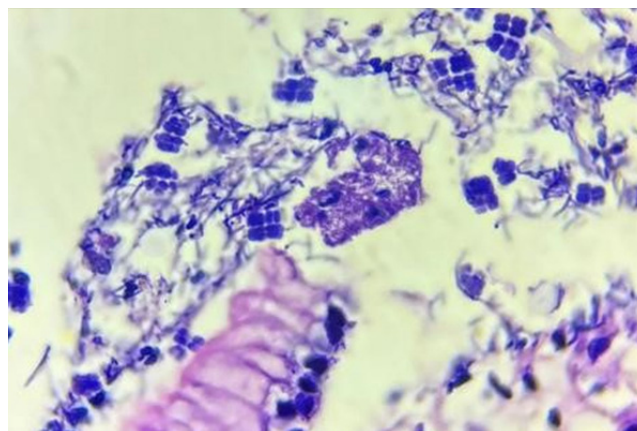
**Caso 3:** Mujer de 39 años con síntomas de saciedad temprana, distensión abdominal posprandial, náusea, vómito y pérdida ponderal de 15 kg en tres meses. La endoscopia indica "incisura angular con tumor ulcerado con mucosa congestiva que afecta al píloro, lo estrecha y lo hace infranqueable al paso del endoscopio". El informe de histopatología describe "adenocarcinoma poco diferenciado difuso con células en anillo de sello, gastritis crónica folicular leve con actividad leve, colonización por estructuras compatibles por *Sarcina ventriculi* y elementos compatibles con *Helicobacter pylori* (+) y esporas de *Candida spp* (+)".

**Discusión:** En apariencia, *S. ventriculi* no se encuentra en el estómago humano sano, solo cuando su ambiente normal se ve alterado por ciertas condiciones patológicas que favorecen su crecimiento, como úlceras, estenosis, cáncer gástrico o gastroparesia. Se ha formulado la hipótesis de que la bacteria podría dañar la mucosa gastrointestinal a través de la acumulación de acetaldehído y etanol, secundario a la fermentación de carbohidratos. En los casos presentados existía una coinfección de *H. pylori* y *S. ventriculi* en relación con síntomas de pirosis, regurgitaciones, náusea y vómito, con comorbilidades en la que existía un estado de alteración de la mucosa gástrica.

**Conclusiones:** Es recomendable la búsqueda intencionada de estos microorganismos en pacientes con síntomas de dispepsia y reflujo gastroesofágico, así como en aquellos en los que se demuestre la infección por *H. pylori*, ya que su relación no parece fuera de lo común y probablemente se tenga un mayor efecto patogénico cuando ambos microorganismos coexisten.

**Financiamiento:** No se dispuso de financiamiento.

**Figura 1.** Microfotografía de alto aumento (H-E, 400x) que muestra erosión superficial y microorganismos organizados en tétradas en la luz gástrica indicativa de *Sarcina ventriculi*. (Lun197)



## Lun198

### CARACTERÍSTICAS CLÍNICO-PATOLÓGICAS DE PACIENTES CON ADENOCARCINOMA GÁSTRICO EN UN CENTRO DE TERCER NIVEL

L. A. Torrez-Arias, P. M. Diego-Salazar, S. Camacho-Hernández, F. Higuera-De-la-Tijera, Hospital General de México Dr. Eduardo Liceaga

**Introducción:** El cáncer gástrico es todavía la quinta causa de muerte por cáncer en todo el mundo con una variabilidad en la incidencia, que es mayor en el continente asiático. México se considera un país de prevalencia intermedia (cerca de 10 casos por 100 000 habitantes); el trastorno afecta por lo regular a personas en edad avanzada, la edad del diagnóstico promedio es de 65 años, es resultado de lesiones premalignas y se presenta con más frecuencia 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 para la adopción de un adecuado plan terapéutico.

**Objetivo:** Describir las características clínico-patológicas en pacientes que se hospitalizaron con el diagnóstico de adenocarcinoma gástrico en el servicio de gastroenterología U310 del Hospital General de México Dr. Eduardo Liceaga, en el periodo de junio de 2022 a junio 2024.

**Material y métodos:** Estudio observacional, transversal y descriptivo conducido durante el periodo de 2022 a junio de 2024, que incluyó a pacientes hospitalizados con diagnóstico confirmado de adenocarcinoma gástrico en el servicio de gastroenterología del Hospital General de México Dr. Eduardo Liceaga. Se recabaron antecedentes, cuadro clínico e informe endoscópico e histopatológico. Para resumir variables cualitativas se utilizaron frecuencias y porcentajes y para variables cuantitativas media y desviación estándar. Para la tabulación cruzada se empleó la prueba ji cuadrada con el sexo como variable dependiente, y tabaquismo y consumo de alcohol como variables independientes.

**Resultados:** Se incluyó a 54 pacientes, la mayoría hombres (65%), con una edad media de  $56 \pm 13$ , con intervalo de 27 a 85 años. De ellos, 32 (59,3%) tenían antecedente de ingestión de alcohol y 24 (44,4%) de consumo de tabaco. El tiempo de retraso en el diagnóstico alcanza los tres años (intervalo, 1-3 años) desde el comienzo del síntoma inicial y el síntoma más frecuente es la dispepsia (42,6%). El motivo de ingreso en su mayoría fue la hemorragia digestiva alta (63%). Casi todas las lesiones endoscópicas se encontraron a nivel de cuerpo (40,7%), clasificadas como Bormann III y IV en 48% y 37%, respectivamente, con informe histopatológico de adenocarcinoma en todos los casos. Se clasificaron como tipo histológico difuso el 64,8%, tipo intestinal el 25,9% y mixto el 9,3%; según la OMS, la más frecuente fue la lesión en anillo de sello con 53,7% y por grado histológico el poco diferenciado con 70,3%. Se revisó la relación del sexo con tabaquismo con la prueba ji cuadrada con una  $p = 0,7988$  no significativa, y con consumo de alcohol con una  $p = 0,0938$  no significativa. Los resultados se muestran en la **Tabla 1**.

**Tabla 1.** Características clínicas y patológicas de pacientes con adenocarcinoma gástrico. (Lun198)

	n	años	%
<b>Género</b>			
Hombres	35		65
Mujeres	19		35
<b>Edad</b>			
Media + DE		$56 \pm 13,2$	
Intervalo		28-85	
<b>Hábitos</b>			
Consumo de tabaco	24		44,4
Consumo de alcohol	32		59,3
IMC		$21,7 \pm 3,92$	
<b>Tiempo de evolución</b>			
Intervalo		$1,09 \pm 0,62$	
		0-3	
<b>Síntomas iniciales principales</b>			
Dolor abdominal	18		33,3
Dispepsia	36		66,7
<b>Motivo de hospitalización</b>			
Dolor abdominal	14		25,9
Hemorragia digestiva	34		62,9
Dispepsia	6		11,2
<b>Pérdida de peso</b>			
Sin pérdida	10		18,5
5-10 kg	11		20,4
11-20 kg	18		33,3
> 20 kg	15		27,8
<b>Localización endoscópica del tumor</b>			
Antro	17		31,5
Cuerpo	22		40,7
Fondo	3		5,6
Cuerpo y antro	12		22,2
<b>Clasificación endoscópica</b>			
Bormann I	3		5,5
Bormann II	5		9,3
Bormann III	26		48,2
Bormann IV	20		37
<b>Subtipo histológico</b>			
Intestinal	14		25,9
Difuso	35		64,8
Mixto	5		9,3
<b>Grado histológico</b>			
Diferenciado	0		0
Moderadamente diferenciado	16		29,6
Indiferenciado	38		70,4

<b>Estadio y etapa AJCC</b>			
	Estadio I	9	16,7
	Estadio II	15	27,8
	Estadio III	8	14,8
	Estadio IV	22	40,7
Variable	M	F	Valor de p
<b>Alcohol</b>	Alcohol +	23	8
	Alcohol -	12	11
<b>Tabaco</b>	Tabaco +	16	8
	Tabaco -	19	11

**Conclusiones:** En este centro, el cáncer gástrico es un motivo de ingreso frecuente, las más de las veces con un retraso en el diagnóstico notable hasta de tres años, y de forma primaria confundido con dispepsia. En un elevado porcentaje no lo investiga oportunamente el médico que refiere, lo que lleva a identificarlo en etapas tardías, con peor pronóstico. La detección oportuna es importante para cambiar el curso de la evolución de esta malformación.

**Financiamiento:** No se tuvo financiamiento para este estudio.

## Lun199

### HALLAZGOS ENDOSCÓPICOS E HISTOLÓGICOS EN PACIENTES CON DISPEPSIA NO INVESTIGADA QUE ACUDEN A UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL

R. Toledo-Galván, K. Cazarín-Chávez, D. E. Espinoza-López, Y. M. Velasco-Santiago, F. Higuera-De-la-Tijera, Hospital General de México Dr. Eduardo Liceaga

**Introducción:** La dispepsia constituye uno de los síndromes clínicos más frecuentes en la consulta del gastroenterólogo; su prevalencia en la población general se ha descrito en 20% a 45% si bien se considera una entidad subdiagnosticada. Dichas manifestaciones pueden ser secundarias a diversas causas y en el contexto epidemiológico la infección por *Helicobacter pylori* es un origen frecuente. La presencia de dichos síntomas tiene una correlación variable con los cambios de la mucosa gástrica. Dentro del abordaje diagnóstico-terapéutico, la panendoscopia es la prueba con mayor rendimiento diagnóstico, pero su naturaleza invasiva y el riesgo de complicaciones limitan su uso generalizado.

**Objetivo:** Describir los hallazgos endoscópicos e histológicos en pacientes con diagnóstico de dispepsia no investigada.

**Material y métodos:** Estudio observacional, descriptivo y retrospectivo, de tipo serie de casos, que incluyó a pacientes mayores de edad con diagnóstico inicial de dispepsia no investigada sometidos a panendoscopia con toma de biopsias, atendidos en la consulta externa del servicio de gastroenterología del Hospital General de México Dr. Eduardo Liceaga entre enero de 2022 y diciembre de 2023. Variables analizadas: edad, género, comorbilidades, síntomas, tiempo al diagnóstico, hallazgos endoscópicos e informe histológico. Análisis estadístico: medidas de frecuencia relativas y centrales para la obtención de porcentajes, media y desviación estándar.

**Resultados:** Se analizó a 100 pacientes, de los cuales el 82% correspondió a mujeres, con una edad media de  $52,10 \pm 12,42$  años. El 52% de los pacientes tenía también síndrome de intestino irritable (SII). El síntoma predominante de dispepsia fue el dolor en epigastrio (88%), seguido de distensión abdominal (57%), plenitud posprandial (47%) y saciedad temprana (45%). El tiempo al diagnóstico fue en promedio de  $25,61 \pm 23,83$  meses. En el 91% de los pacientes se identificaron cambios en la mucosa mediante endoscopia: gastropatía erosiva en un 23%, gastropatía eritematosa en 21% y gastropatía atrófica en 17%. En el 93% de los pacientes se identificaron cambios en la histología; los más comunes fueron la gastritis crónica profunda en 32% y la gastritis crónica superficial en 26% (Tabla 1). En el 42% de los pacientes se identificó la presencia de *Helicobacter pylori*.

**Conclusiones:** Más del 90% de los pacientes con dispepsia no investigada muestran cambios erosivos e inflamatorios en la mucosa gástrica que pueden contribuir a los síntomas en estos pacientes. El tiempo al diagnóstico se aproxima a dos años, lejos de las recomendaciones para el diagnóstico oportuno. La identificación de *Helicobacter pylori* en un porcentaje considerable debe evaluarse y considerar su tratamiento como parte del control de la dispepsia.

La presencia concurrente de dispepsia y SII en más de la mitad de los casos sugiere una posible superposición de síntomas y la necesidad de tratamiento de ambas anomalías.

**Financiamiento:** No se recibió financiamiento de ningún tipo.

**Tabla 1.** Alteraciones identificadas por endoscopia e histología. (Lun199)

Frecuencia de hallazgos endoscópicos		Frecuencia de hallazgos histológicos	
Gastropatía hemorrágica	8%	Gastropatía reactiva	23%
Gastropatía eritematosa	21%	Gastritis crónica superficial	26%
Gastropatía edematosa	3%	Gastritis crónica profunda	32%
Gastropatía erosiva	23%	Gastritis atrófica	0%
Gastropatía atrófica	17%	Metaplasia intestinal	12%
Gastropatía nodular	11%	Mucosa normal	7%
Úlcera gástrica	7%		
Neoplasia gástrica	1%		
Hallazgos normales	9%		

## Lun200

### PRINCIPALES MANIFESTACIONES GASTROINTESTINALES EN PACIENTES CON ENFERMEDADES REUMATOLÓGICAS

J. Mejía-Ramírez, D. F. Abendaño-Rivera, M. A. Díaz-Castro, F. Higuera-De-la-Tijera, Hospital General de México Dr. Eduardo Liceaga

**Introducción:** Las manifestaciones gastrointestinales representan una expresión extraarticular frecuente en el curso de las enfermedades reumáticas. Su origen puede relacionarse con el carácter autoinmunitario de la enfermedad, el proceso inflamatorio mantenido y la producción de autoanticuerpos o los efectos adversos relacionados con los grupos farmacológicos utilizados en los esquemas terapéuticos de estos padecimientos.

**Objetivo:** Determinar las principales manifestaciones gastrointestinales en pacientes con enfermedades reumatológicas que acuden al servicio de consulta externa de gastroenterología del Hospital General de México Dr. Eduardo Liceaga.

**Material y métodos:** Se realizó un estudio descriptivo, observacional, retrospectivo y retrospectivo. Se incluyó a pacientes con diagnóstico de enfermedades reumatológicas, referidos a la consulta de gastroenterología en el periodo 2021-2024, que contaran en sus expedientes con todas las variables analizadas. Los datos se analizarán con el programa estadístico SPSS versión 23. Las variables cualitativas se presentarán como frecuencias y porcentajes, mientras que las variables numéricas como medias y desviación estándar o mediana y rango, según corresponda.

**Resultados:** Se incluyó a 108 pacientes con enfermedades reumatológicas que acudieron a la consulta de gastroenterología, 99 mujeres (91,66%), con edad de  $52 \pm 12$  años; y 9 hombres (8,33%), con edad de  $53 \pm 11$  años. La enfermedad reumatológica más identificada fue la artritis reumatoide en un

45,37%; la manifestación gastrointestinal predominante en 40,74% fue la dispepsia (artritis reumatoide: 48,97%; fibromialgia 40%; esclerosis 25%; Sjögren: 28,57%), seguida de pirosis (artritis reumatoide: 22,40%; fibromialgia 36%; esclerosis 18,75%; lupus eritematoso sistémico: 40%; Sjögren: 57,14%). El 44,40% se encontraba en tratamiento con modificadores de la enfermedad y el hallazgo histopatológico más frecuente fue la gastritis crónica reactiva en 64,5%, vincula en una proporción de 27,5% con *Helicobacter pylori* (Tabla 1).

**Conclusiones:** En pacientes con enfermedades reumatológicas, las manifestaciones gastrointestinales son frecuentes, sobre todo en mujeres, y se encuentran bajo tratamiento farmacológico de manera crónica dado que el 27,5% tiene infección por *Helicobacter pylori*, por lo que es importante tamizar a estos pacientes en virtud del riesgo elevado de úlceras y hemorragia a largo plazo.

**Financiamiento:** No se recibió financiamiento de ningún tipo.

**Tabla 1.** Distribución de pacientes de acuerdo con las características de la enfermedad y manifestaciones digestivas. (Lun200)

Características de la población	Población total, n = 108	
	Frecuencia	Porcentaje (%)
<b>Enfermedad reumatológica</b>		
Artritis reumatoide	49	45,37%
Fibromialgia	25	23,14%
Esclerosis sistémica	16	14,81%
Lupus eritematoso sistémico	10	9,25%
Síndrome de Sjögren	7	6,48%
Espondilitis anquilosante	1	0,92%
<b>Manifestación gastrointestinal</b>		
Disfagia	10	9,25%
Dispepsia	44	40,74%
Diarrea crónica	19	17,59%
Estreñimiento	4	3,70%
Pirosis	31	28,70%
<b>Grupo farmacológico empleado</b>		
AINE	8	7,40%
Modificadores de la enfermedad + AINE	7	6,48%
Modificadores de la enfermedad	48	44,40%
Modificadores de la enfermedad + esteroides	13	12,03%
Neuromoduladores	17	15,74%
Ninguno	15	13,88%

Elaboración propia.



# REVISTA DE GASTROENTEROLOGÍA DE MÉXICO

www.elsevier.es/rgmx



## Exposición de trabajos libres en cartel

Lunes 18 de noviembre de 2024

### Intestino delgado y colon

#### Lun201

#### CAMBIOS HISTOLÓGICOS EN PACIENTES CON DIARREA CRÓNICA Y COLONOSCOPIA NORMAL QUE ACUDEN A UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL

D. E. Espinoza-López, R. Toledo-Galván, C. G. Solís-Hernández, M. Baca-García, Y. G. Céspedes-Saballos, K. Casarín-Chávez, Y. M. Velasco-Santiago, F. Higuera-De-la-Tijera, Hospital General de México Dr. Eduardo Liceaga

**Introducción:** Alrededor del 5% de la población mundial padece diarrea crónica (DC). En un número considerable de pacientes no se establece un diagnóstico definitivo y se clasifica a los pacientes como individuos con diarrea funcional o idiopática. Como parte del abordaje diagnóstico, la ileocolonoscopía ayuda a identificar lesiones macroscópicas y permite tomar biopsias diagnósticas histológicas; en estudios mexicanos previos se ha publicado un rendimiento diagnóstico global del 28% al 36%.

**Objetivo:** Caracterizar a los pacientes con diarrea crónica y colonoscopia normal, y determinar sus hallazgos histológicos.

**Material y métodos:** Estudio retrospectivo, descriptivo y observacional de una cohorte de 113 pacientes mayores de 18 años con diagnóstico de diarrea crónica objeto de colonoscopia y toma de biopsia normal, de diciembre de 2022 a junio de 2024 en el servicio de gastroenterología del Hospital General de México Dr. Eduardo Liceaga. Variables analizadas: sociodemográficas, características de la diarrea, síntomas relacionados, parámetros bioquímicos y hallazgos histológicos. Análisis estadístico: la descripción de las variables sociodemográficas, clínicas, de laboratorio y hallazgos histológicos para toda la población se realizó con frecuencias absolutas y relativas para las variables cualitativas y con medidas de tendencia central y dispersión para las variables cuantitativas, según fuera la distribución de los datos.

**Resultados:** Se incluyó a 113 pacientes, de los cuales 70% correspondió a mujeres; la edad media fue de  $54 \pm 14$  años. En el 57% de los pacientes se realizó una colonoscopia luego de seis meses del inicio de la diarrea y antes de un año de evolución. El 34,5% tenía diagnóstico de diabetes tipo 2 y el 13,2% de hipertensión arterial sistémica. El 100% de los pacientes indicó consumo previo de antibiótico intraluminal (rifaximina). Los pacientes señalaron pérdida ponderal de 5% a 10% (43%), dolor abdominal (65,4%) y distensión abdominal (82,3%). El 15,9% de los pacientes requirió hospitalización dada la gravedad de sus síntomas. Los hallazgos bioquímicos más frecuentes fueron eosinofilia en 21,2% y anemia en 15,9%; en el estudio coprológico se identificaron microbiota aumentada (15%) y quistes de *Blastocystis* (26,5%). En el 72% se registraron cambios histológicos, de los cuales los principales fueron colitis crónica inespecífica (36%), ileítis aguda (19,7%), colitis eosinofílica (7,4%), atrofia de vellosidades de íleon (2,4%) y proctitis crónica inespecífica (14,8%). De los hallazgos histológicos encontrados, el 29,5% apoyó el diagnóstico (Tabla 1).

**Conclusiones:** En pacientes con diarrea crónica está justificada la biopsia sistemática, aun en presencia de mucosa ileocolónica macroscópicamente normal, ya que permite establecer cambios histológicos y con ello ayuda al diagnóstico en más del 30% de los casos.

**Financiamiento:** No se recibió financiamiento de ningún tipo.

#### Lun202

#### FRECUENCIA Y COMPORTAMIENTO EPIDEMIOLÓGICO DE DIARREA CRÓNICA EN UNA POBLACIÓN MEXICANA

C. G. Solís-Hernández, M. C. Alegria-Ovando, K. M. Bastida-Guadarrama, M. Motola-Kuba, Y. M. Velasco-Santiago, M. A. Díaz-Castro, F. Higuera-De-la-Tijera, Hospital General de México Dr. Eduardo Liceaga



Tabla 1. Características generales de pacientes con diarrea crónica e informe de colonoscopia normal. (Lun201)

Sexo, n (%)	Resultado	Principales hallazgos clínicos, n (%)	Resultado	Leucopenia	0 (0%)
Femenino	66 (70%)	Evolución > 6 < 12 meses	54 (57%)	PCR elevada	13 (11,5%)
Masculino	34 (30%)	Pérdida ponderal < 10%	49 (43%)	VSG elevada	11 (9,7%)
Edad media, años/DE	54 ± 14	Bristol 7	57 (50,4%)	Trastorno electrolítico	0 (0%)
IMC, n (%)	Resultado	Bristol 6	56 (49,5%)	Déficit vit. B <sub>12</sub>	11 (9,7%)
Sobrepeso	40 (35,3%)	Lientería	35 (39,5%)	Déficit vit. D	16 (14,1%)
Obesidad	12 (10,6%)	Esteatorrea	15 (13,2%)	Déficit folato	0 (0%)
Bajo peso	22 (19,46%)	Evacuaciones < 5 por día	105 (92,9%)	TSH alterada	9 (7,9%)
Normal	39 (34,5%)	Dolor abdominal	74 (65,4%)	Microbiota abundante	17 (15%)
Hábitos, n (%)	Resultado	Distensión abdominal	93 (82,3%)	Moco abundante	8 (7%)
Alcohol	38 (33,6%)	Síntomas nocturnos	38 (33,6%)	Quistes <i>E. coli</i>	4 (3,5%)
Tabaco	18 (15,9%)	Requirió hospitalización	18 (15,9%)	Quistes <i>Blastocystis</i>	30 (26,5%)
Ninguno	34 (30%)	Consumo previo de antibiótico	113 (100%)	Principales hallazgos histopatológicos, n (%)	Resultado
Ambas	23 (20%)	Alterna con evacuaciones no diarreicas	77 (68,1%)	Colitis crónica específica	41 (36%)
Comorbilidades	Resultado	Uso metformina	37 (32,7%)	Ileítis aguda	22 (19,7%)
Ninguna	47 (41,6%)	Principales hallazgos de laboratorio, n (%)	Resultado	Colitis eosinofílica	8 (7,4%)
Diabetes tipo 2	39 (34,5%)	Leucocitosis	12 (10,6%)	Atrofia vellosidades íleon	3 (2,4%)
Hipertensión arterial sistémica	15 (13,2%)	Eosinofilia	24 (21,2%)	Proctitis crónica inespecífica	17 (14,8%)
Otras enfermedades	12 (10,6%)	Anemia	18 (15,9%)	Clínicamente significativo	33 (29,5%)

**Introducción:** La diarrea crónica por definición se caracteriza por síntomas que duran más de cuatro semanas; es un problema que afecta al 5% de la población adulta. Existen diversos mecanismos fisiopatológicos que incluyen efectos secundarios a fármacos, cambios anatómicos posquirúrgicos, causas inflamatorias o de mala absorción, enfermedades pancreatobiliares y trastornos funcionales del eje cerebro-intestino vinculados con disbiosis o alteraciones de la motilidad gastrointestinal.

**Objetivo:** Identificar las causas de diarrea crónica en una población mexicana.

**Material y métodos:** Estudio retrospectivo, descriptivo y observacional en pacientes mayores de 18 años con diagnóstico de diarrea crónica que acuden a consulta externa del servicio de gastroenterología del Hospital General de México Dr. Eduardo Liceaga, durante un periodo de seis meses. Se evaluaron variables demográficas, parámetros bioquímicos, hallazgos endoscópicos e histológicos. Se emplearon estadísticas descriptivas con medidas de tendencia central y dispersión mediante el programa SPSS 25.0. Los valores se expresan como medias y desviaciones estándar.

**Resultados:** Se analizó a 143 pacientes que cumplieron con los criterios de inclusión, de los cuales 65% correspondió a mujeres; la edad media fue de 54,6 años ± 13,15. Las comorbilidades más frecuentes fueron la diabetes mellitus tipo 2 en 38,3%, la hipertensión arterial sistémica en 35%, los trastornos del perfil tiroideo en 17,3%, la ansiedad en 6,5% y la depresión en 4,5%. El síntoma más común referido en el 75% de los pacientes fue la distensión abdominal. Las causas de diarrea crónica fueron el síndrome de intestino irritable tipo diarrea (SII-D) en 49 pacientes (34,2%), la diarrea funcional en 28 (19,5%), la enfermedad inflamatoria intestinal en 8 (5,5%), la insuficiencia pancreática en 6 (4,1%), la colitis eosinofílica en 4 (2,7%), la enfermedad celíaca en 3 (2%) y la colitis microscópica en 2 (1,3%). El 15% de los pacientes tenía anemia microcítica hipocrómica, el 7% deficiencia de folato y el 4% déficit de vitamina B<sub>12</sub>, cualquiera que fuera la causa. Los hallazgos histológicos observados fueron colitis crónica inespecífica (36%), ileítis aguda (27%), atrofia de vellosidades en íleon (9%) y proctitis crónica inespecífica (9%).

**Conclusiones:** Las causas de diarrea crónica en pacientes mexicanos son similares a las mencionadas en las publicaciones médicas y predominan los trastornos del eje cerebro-intestino, en comparación con las causas orgánicas; los hallazgos por colonoscopia permiten diferenciar ambos grupos. Se debe considerar la hipovitaminosis y la anemia en el seguimiento de la enfermedad, ya que se pueden implementar conductas terapéuticas oportunas para la prevención de complicaciones.

**Financiamiento:** No se recibió ningún financiamiento.

## Lun203

### PREVALENCIA DE INFECCIONES GASTROINTESTINALES CAUSANTES DE DIARREA AGUDA

K. A. Jiménez-Urrutia, E. Cerda-Reyes, M. G. García-Araiza, J. S. García-Hernández, R. G. Correa-González, A. Martínez-Cuazitl, Hospital Central Militar

**Introducción:** De acuerdo con la OMS y la UNICEF, existen alrededor de 2 000 millones de casos de enfermedad diarreaica en el mundo cada año. En los países industrializados, los pacientes que fallecen por diarrea son relativamente pocos; esta afección es todavía una causa importante de morbilidad. En los países en desarrollo, las bacterias y parásitos entéricos tienen una mayor prevalencia que los virus y su mayor elevación ocurre casi siempre durante el verano. Por lo tanto, el objetivo de este estudio es identificar el patógeno más frecuentes como causas de diarrea aguda por medio de la determinación de PCR gastrointestinal.

**Objetivo:** Determinar la prevalencia de infección gastrointestinal.

**Material y métodos:** Es un estudio analítico, observacional y retrospectivo. Se analizaron los paneles gastrointestinales de enero a mayo del 2024 y se registraron biometría hemática, proteína C reactiva, sodio y potasio sérico, creatinina, urea y BUN. Se excluyó a los pacientes con estudios de laboratorio incompletos, pacientes inmunodeprimidos (quimioterapia, cirrosis, enfermedades autoinmunitarias) y con *Clostridioides difficile*. Se realizó la prueba de Kolmogorov-Smirnov para determinar la normalidad de las variables cuantitativas, las cuales se expresaron en media y desviación estándar ( $p > 0,05$ ) o mediana y RIQ ( $p < 0,05$ ). Se realizó la prueba de Kruskal-Wallis y la prueba de asociación ji cuadrada para las variables cuantitativas, estas últimas expresadas en frecuencia (n) y porcentaje, tras considerar como estadísticamente significativo un valor de  $p < 0,05$ ; el programa estadístico utilizado fue el IBM SPSSv26.

**Resultados:** Se registró a 134 pacientes con paneles gastrointestinales que acudieron al hospital por diarrea aguda. De éstos se excluyó a 62 pacientes (46,27%) y se analizó a 72 pacientes (53,73%) no inmunodeprimidos; la mayoría de los pacientes era positiva a bacterias con 57 casos (79,2%), en segundo lugar a virus con 40 (55,6%) y solo 4 (5,6%) fueron positivos a parásitos; el 40,3% tenía combinaciones, la más común de las cuales fue la viral + bacteriana (Tabla 1). Bacterias más comunes: *E. coli* enteropatogénica (EPEC) en 47,8%, *E. coli* enteroagregativa (EAEC) en 30,6% y *E. coli* enterotoxigénica (ETEC) en 19,4%; el virus más frecuente fue rotavirus A en 45 pacientes

**Tabla 1.** Frecuencia de los patógenos detectados mediante panel gastrointestinal en el periodo de enero a mayo 2024 en el Hospital Central Militar. (Lun203)

Agentes patógenos	n (%)
Adenovirus F40/41	1 (0,8)
Astrovirus	2 (1,5)
Norovirus GI/GII	11 (8,2)
Rotavirus A	45 (33,6)
Sapovirus	2 (1,5)
<i>Cryptosporidium</i>	9 (6,7)
<i>Cyclospora cayentensis</i>	0 (0)
<i>Entamoeba histolytica</i>	0 (0)
<i>Giardia lamblia</i>	2 (1,5)
<i>Campylobacter</i>	4 (3)
<i>Campylobacter jejuni</i>	0 (0)
<i>Campylobacter coli</i>	0 (0)
<i>Campylobacter upsaliensis</i>	0 (0)
<i>Clostridium difficile</i> toxina A/B	20 (15)
<i>Plesiomonas shigelloides</i>	4 (3)
<i>Salmonella</i>	12 (9)
<i>Yersinia enterocolitica</i>	0 (0)
<i>Vibrio</i>	2 (1,5)
<i>Vibrio parahaemolyticus</i>	0 (0)
<i>Vibrio vulnificus</i>	0 (0)
<i>Vibrio cholerae</i>	1 (0,8)
<i>E. coli</i> enteroagregativa (EAEC)	41 (30,6)
<i>E. coli</i> enteropatógena (EPEC)	64 (47,8)
<i>E. coli</i> enterotoxigénica (ETEC)	26 (19,4)
<i>E. coli</i> productora de toxinas tipo <i>shiga</i> STX1/ STX2 (STEC)	2 (1,5)
<i>E. coli</i> O157	0 (0)
<i>Shigella/E. coli</i> enteroinvasiva (EIEC)	7 (5,2)

(33,6%). Se identificó que la principal coexistencia fue la de agente bacteriano más virus en 26 pacientes (36,1%); entre *E. coli* y norovirus GI/GII se encontró una relación estadísticamente significativa entre los pacientes con comorbilidades y *E. coli* enteropatógena (EPEC) ( $\chi^2 = 6,880$ ,  $p = 0,010$ ) y fue más frecuente en los pacientes con comorbilidades (DT2, HTAS, cardiopatía isquémica, enfermedad renal crónica e hipotiroidismo).

**Conclusiones:** En esta población estudiada se identificó que la causa más común en la diarrea aguda fue *E. coli* enteropatógena (EPEC) y en segundo lugar el rotavirus A. En un 36% puede existir infección bacteriana y viral por *E. coli* más norovirusGI/GII. Esto ayudará a dirigir el tratamiento en pacientes con diarrea aguda.

**Financiamiento:** No se contó con financiamiento.

## Lun204

### CARACTERÍSTICAS EPIDEMIOLÓGICAS DE ENDOSCOPIA E HISTOLOGÍA EN EL ABORDAJE DEL PACIENTE CON DIARREA CRÓNICA EN HOSPITAL DE ESPECIALIDADES IMSS PUEBLA

D. Lugo-García, L. Sánchez-Reza, S. Herrera-Gómez, G. López-Urbina, J. A. Ortega-Tecuatl, I. D. Espinoza-Villalobos, A. Galindo-Félix, J. J. Durán-Castro, Unidad Médica de Alta Especialidad Manuel Ávila Camacho

**Introducción:** La diarrea crónica (DC) se define como una disminución de la consistencia de las heces o aumento del número de deposiciones durante un periodo mayor de cuatro semanas. Posee una prevalencia de 3% a 5% en la población adulta y no parece que exista predominio de sexo; estudiar las características epidemiológicas en un centro de referencia podría ayudar a distinguir esa prevalencia como muestra representativa.

**Objetivo:** Definir las características epidemiológicas de endoscopia e histología en el abordaje del paciente con diarrea crónica para establecer un diagnóstico nosológico en el Hospital de Especialidades IMSS Puebla.

**Material y métodos:** Se analizó a pacientes que contaran con colonoscopia con toma de biopsias en la UMAE Puebla. Se seleccionó a aquellos que tenían diarrea crónica con diagnóstico histológico; se clasificaron los hallazgos endoscópicos e histológicos para relacionarlos con el diagnóstico de diarrea crónica en este medio en el periodo 2022-2023. Se excluyó a aquellos con diagnóstico previamente establecido de infección por VIH-sida, antecedentes de cirugía de colon y EII conocida. El análisis estadístico se efectuó con el programa IBM SPSS 24.

**Resultados:** Se analizó a un total de 163 pacientes con estudio de colonoscopia, de los cuales 101 (62%) eran mujeres y 62 (38%) hombres, con una edad promedio de  $57,42 \pm 15,23$  años (22-88 años). Hasta 117 individuos carecían de diarrea crónica (71,8%) y 46 (28,2%) la padecían; se excluyó a 13 pacientes, por lo que se analizó a un total de 33 (20,24%) pacientes, con edad promedio de  $55,24 \pm 16,06$  años (23-79 años) con 20 mujeres (60,6%) y 13 hombres (39,4%); el hallazgo endoscópico más frecuente fue la endoscopia normal (42,4%), seguido de erosiones o ulceración (30%) e inflamación (24,2%) (Tabla 1). En cuanto a la histología, los hallazgos más frecuentes fueron EII (42,4%) e inflamación (36,4%); causas más raras fueron colitis linfocítica (9,1%), infección (6,1%) y colitis colagenosa (3%), lo que concuerda con los diagnósticos clínicos finales: CUCI (36,3%), SII-D (15,1%), medicamentos (12,1%), colitis microscópica (12,1%), infección (9,1%) e insuficiencia pancreática (6,1%).

**Conclusiones:** En este estudio se demuestra que las características epidemiológicas encontradas con frecuencia en la DC coinciden con lo informado en los planos mundial y nacional, sin predominio de sexo. El patrón endoscópico más identificado fue la endoscopia normal, pero es importante la colonoscopia en la diarrea crónica debido que en el análisis histológico 27% de los pacientes tenía inflamación y 6% colitis linfocítica y enfermedad inflamatoria intestinal. En segundo lugar, los hallazgos endoscópicos fueron la erosión y la ulceración, que coinciden con el histológico en la EII, que fue la causa de diarrea crónica más común en este estudio. Por último, se identificó una frecuencia de diagnóstico similar a la de los estudios internacionales de colitis microscópica, con predominio de la linfocítica sobre la colagenosa. La colonoscopia con toma de biopsias es una herramienta importante para el abordaje de pacientes con DC, sin dejar de lado una buena historia clínica, las comorbilidades y la presentación clínica de la enfermedad.

**Financiamiento:** Autofinanciamiento.

**Tabla 1.** Hallazgos endoscópicos e histológicos. (Lun204)

	Tabla cruzada de endoscopia e histología						Total	
	Enfermedad inflamatoria			Histología				
	Inflamación	intestinal	Infección	Colitis colagenosa	Sin hallazgos	Colitis linfocítica		
Endoscopia	Inflamación	3 (9,10%)	3 (9,10%)	1 (3%)	0	0	1 (3%)	8 (24,2%)
	Erosiones y ulceración	0	8 (24,2%)	1 (3%)	1 (3%)	0	0	10 (30,30%)
	Tumor	0	1 (3%)	0	0	0	0	1 (3%)
	Normal	9 (27,2%)	2 (6,10%)	0	0	1 (3,00%)	2 (6,1%)	14 (42,40%)
<b>Total</b>		12 (36,3%)	14 (42,40%)	2 (6,10%)	1 (3%)	1 (3%)	3 (9%)	33 (100%)

## Lun205

## COLITIS NUCLEOMIGRANS: ¿UN NUEVO TIPO DE COLITIS MICROSCÓPICA? SERIE DE CASOS Y REVISIÓN DE LITERATURA

S. A. Rivas-Salas, J. G. López-Gómez, M. Salamanca-García, T. Cortés-Espinoza, Centro Médico Nacional 20 de Noviembre, ISSSTE

**Introducción:** La colitis microscópica (CM) engloba a la colitis colagena y a la linfocítica y es una causa relativamente común de diarrea crónica cuya incidencia se halla en aumento. Es más frecuente en mujeres de edad avanzada con una sólida relación con enfermedades autoinmunitarias. El estudio endoscópico se caracteriza por apariencia macroscópica normal y, a nivel histopatológico, cuenta con características que determinan su diagnóstico. Tachibana *et al.* propusieron en 2020 un tercer tipo de CM ("nucleomigrans") caracterizada por la migración de núcleos de las células columnares a la parte media, junto con restos nucleares apoptóticos.

**Objetivo:** Presentar la siguiente serie de casos de colitis nucleomigrans informados en el hospital Centro Médico Nacional 20 de Noviembre del ISSSTE.

**Informe de casos:**

**Caso 1:** Paciente femenino de 66 años con antecedente de tabaquismo y artritis reumatoide en tratamiento con MTX y AINE. Inicia con diarrea crónica de seis meses, sin moco ni sangre. Los estudios coprológico y coproparasitológico revelan crecimiento de *Endolimax nana* para lo cual se indica tratamiento. La colonoscopia es macroscópicamente normal y las biopsias muestran migración nuclear más desechos nucleares consistentes con colitis nucleomigrans.

**Caso 2:** Paciente femenino de 65 años con hipotiroidismo primario en tratamiento con levotiroxina. Refiere diarrea crónica de cinco meses, sin moco ni sangre. Los estudios coprológico y coproparasitológico son normales. La colonoscopia muestra divertículos pancolónicos y el estudio histopatológico evidencia migración nuclear indicativa de colitis nucleomigrans.

**Caso 3:** Paciente masculino de 48 años con enfermedad renal crónica por nefropatía IgA que requirió trasplante renal y en tratamiento con tacrolimus, ácido micofenólico y prednisona. Padece diarrea crónica acuosa de seis meses, sin moco ni sangre. Estudios coprológico y coproparasitológico normales. Los valores séricos de inmunosupresores se hallan en límites normales. La colonoscopia revela migración nuclear más desechos nucleares indicativos de colitis nucleomigrans.

**Discusión:** La CM es una entidad clínica caracterizada por la inflamación crónica del colon. Aunque se desconoce aún su patogenia, los estudios indican que se vincula con una respuesta inmunitaria alterada frente a cambios en el microambiente intestinal provocados por fármacos (AINE, IBP), enfermedades autoinmunitarias, tabaquismo y alcoholismo. Corresponde a 10% a 20% de todos los casos de diarrea crónica. Se presenta más en mujeres adultas entre la sexta y octava décadas de la vida. Todavía no existen estudios acerca de las características epidemiológicas de colitis nucleomigrans; sin embargo, de acuerdo con esta serie de casos, parece evolucionar de manera similar, con predominio en la población femenina de la sexta a la séptima décadas de la vida. Se observa también la relación con enfermedades autoinmunitarias e ingestión crónica de omeprazol. Se han descrito dos presentaciones clínicas para colitis nucleomigrans: similar a la CM caracterizada por diarrea crónica acuosa sin sangre y semejantes a la EI con diarrea, hematoquecia y moco. El diagnóstico se basa en el estudio histopatológico. La apariencia macroscópica del colon suele ser normal y en algunos casos hay alteraciones inespecíficas. Para la colitis nucleomigrans se describen tres criterios histopatológicos: migración nuclear en cadena hacia la parte media del epitelio, desechos nucleares e inflamación crónica inespecífica en la lámina propia.

**Conclusiones:** A pesar de que se reconoce cada vez más la CM, es necesario la identificación de estos casos en los que la incidencia es baja, como en este país. El reconocimiento de la colitis nucleomigrans abre paso al tratamiento de pacientes con diarrea crónica que no responden a las medidas convencionales. Se da a conocer la serie de tres casos de pacientes con diarrea crónica que satisfacen los criterios para la colitis nucleomigrans propuesta en fecha reciente.

**Financiamiento:** No se dispuso de ningún tipo de financiamiento.

## Lun206

## REMISIÓN PROFUNDA EN PACIENTES CON COLITIS ULCEROSA CRÓNICA IDIOPÁTICA TRATADOS CON TERAPIA BIOLÓGICA VERSUS TERAPIA CONVENCIONAL

I. E. Bravo-Espinoza, J. K. Yamamoto-Furusho, I. P. Padilla-Betancourt, J. A. Ávila-Rojo, R. Y. López-Pérez, J. L. De León-Rendón, J. D. Prieto-Nava, Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán

**Introducción:** La colitis ulcerosa crónica idiopática (CUCI) es una inflamación colónica crónica de origen multifactorial. El curso clínico del padecimiento es impredecible y se caracteriza por episodios de remisión clínica y recaídas, lo que representa gran morbilidad y afectación de la calidad de vida de los pacientes. Para su control se administran fármacos convencionales y biológicos. En la actualidad, su atención se ha centrado en objetivos terapéuticos a corto, mediano y largo plazos, como la remisión clínica, bioquímica y endoscópica, respectivamente.

**Objetivo:** Evaluar las tasas de remisión clínica, bioquímica, endoscópica e histológica en pacientes con CUCI tratados con fármacos biológicos en comparación con el tratamiento convencional.

**Material y métodos:** Tipo y diseño del estudio: cohorte retrospectiva, observacional y analítico. Procedimiento: se revisaron los expedientes de pacientes con CUCI atendidos en la clínica de enfermedad inflamatoria intestinal del INCMNSZ en los últimos seis años (enero de 2019 a junio de 2024). Se evaluaron las características basales de los pacientes y se compararon las tasas de remisión clínica, bioquímica, endoscópica e histológica de los pacientes tratados con las modalidades convencional o biológica. Para el análisis estadístico, las variables categóricas se expresaron como frecuencia y porcentajes y la comparación entre grupos se efectuó con comparación entre los grupos con la prueba ji cuadrada. Se utilizó el programa SPSS versión 26.0 y se consideró un valor de  $p \leq 0,05$  como significativo.

**Resultados:** Se incluyó a 198 pacientes, de los cuales el 46% correspondió a mujeres con edad de  $41 \pm 15$  años; la edad al diagnóstico fue de  $31 \pm 13$  años y el promedio de años con la enfermedad de  $7 \pm 9$  años. En cuanto a la extensión de la enfermedad según la escala de Montreal, el 70,7% se clasificó como E3, el 20,2% como E2 y el 9,1% como E1. El valor promedio de PCR antes del uso de los tratamientos fue de 175 (1-260) en terapia convencional y 74 (1-2164) en la biológica, y para la calprotectina de 361 (14-6464) y 175 (59-1967), respectivamente (Tabla 1). Al evaluar el tratamiento, el 95,5% se trató

Tabla 1. Actividad de la enfermedad. (Lun206)

Actividad de la enfermedad		UCEIS, n (%)	
<b>Sangrado rectal, n (%)</b>		<b>Remisión</b>	<b>66 (33,3)</b>
Positivo	43 (21,7)	Leve	80 (40,4)
<b>Número de evacuaciones</b>		Moderada	32 (16,2)
< 4	142 (71,6)	Grave`	20 (10,1)
4-5	35 (17,7)	Total	198 (100)
≥ 6	21 (10,7)		
<b>Truelove-Witts, n (%)</b>		<b>Actividad histológica, n (%)</b>	
Inactiva	111 (56,1)	Sin actividad	29 (14,6)
Leve	37 (18,7)	Leve	62 (31,3)
Moderada	38 (19,2)	Moderada	53 (26,8)
Grave`	12 (6,1)	Intensa	54 (27,3)
Total	198(100)	Total	198(100)
<b>Mayo endoscópica, n (%)</b>		<b>Escala de Mayo, n (%)</b>	
Mayo 0	35 (17,7)	Remisión	94 (47,5)
Mayo 1	56 (28,3)	Leve	69 (34,9)
Mayo 2	53 (26,8)	Moderada	33 (16,7)
Mayo 3	54 (27,3)	Grave`	2 (0,9)
Total	198(100)	Total	198 (100)
<b>Índice integral, n (%)</b>			
Remisión			59 (29,8)
Leve			60 (30,3)
Moderada			64 (32,2)
Grave`			15 (7,6)
Total			198 (100)

con mesalazina, el 36,4% con esteroides, el 3% con ciclosporina, el 2% con metotrexato y el 44,9% con azatioprina. El 1% de los pacientes estudiados recibió infliximab, el 4% adalimumab, el 2% golimumab, el 2% ustekinumab, el 2,5% vedolizumab y el 1,5% tofacitinib. Al comparar las tasas de remisión clínica y bioquímica de la modalidad convencional respecto de la biológica no se identificaron diferencias significativas entre los grupos; sin embargo, la respuesta endoscópica ( $p = 0,04$ ) e histológica ( $p = 0,033$ ) se alcanza con mayor frecuencia en pacientes bajo tratamiento biológico.

**Conclusiones:** La tasa de remisión histoendoscópica se logra con mayor frecuencia en los pacientes con CUCI en la modalidad biológica.

**Financiamiento:** No se recibió financiamiento de ningún tipo.

## Lun207

### CORRELACIÓN ENTRE LA CALPROTECTINA FECAL Y UN NUEVO ÍNDICE INTEGRAL PARA EVALUAR LA ACTIVIDAD DE LA ENFERMEDAD EN PACIENTES CON COLITIS ULCERATIVA CRÓNICA IDIOPÁTICA (CUCI)

I. E. Bravo-Espinoza, J. K. Yamamoto-Furusho, J. A. Ávila-Rojo, I. P. Padilla-Betancourt, R. Y. López-Pérez, J. L. De León-Rendón, J. D. Prieto-Nava, Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán

**Introducción:** La colitis ulcerosa (CU) es una enfermedad crónica e incurable caracterizada por periodos de actividad y remisión. Existen varios índices que evalúan la actividad de la CU a partir de parámetros clínicos, bioquímicos y endoscópicos. La calprotectina fecal es un marcador no invasivo para detectar inflamación intestinal en pacientes con CU. Un nuevo índice integral de enfermedad (índice de Yamamoto-Furusho) incluye hallazgos clínicos, bioquímicos, endoscópicos e histológicos que evalúan el espectro completo de actividad en pacientes con CU.

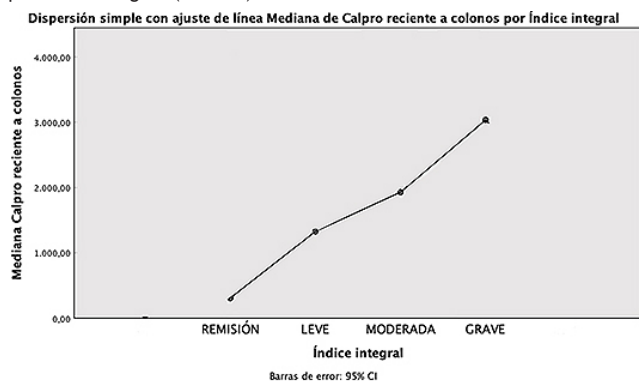
**Objetivo:** Correlacionar el nuevo índice integral de enfermedad (índice de Yamamoto-Furusho) con los valores de calprotectina fecal en pacientes con CU y compararlo con otros índices.

**Materiales y métodos:** Se incluyó a un total de 184 pacientes con diagnóstico confirmado de CU en la clínica de EI en el periodo comprendido entre enero de 2019 y junio de 2024. Todas las características demográficas y clínicas se recogieron de las historias clínicas. La calprotectina fecal se midió al menos tres meses antes o después de la colonoscopia. Para la correlación se utilizó la rho de Spearman. Se consideró significativo un valor de  $p < 0,05$ .

**Resultados:** Se analizó a 184 pacientes con CU, 99 (53,8%) de ellos hombres, con una edad promedio actual de  $41 \pm 15$  años, una edad promedio al diagnóstico de 31 años y duración de la enfermedad de  $7 \pm 9$  años. La extensión se distribuyó en proctitis (E1) en 8,6%, colitis izquierda (E2) en 19% y pancolitis (E3) en 72,2%. El tratamiento se basó en mesalazina en 95,1%, esteroides en 35,3% y azatioprina en 44,5%. La correlación mayor se halló entre la calprotectina fecal y el índice de Yamamoto-Furusho ( $r = 0,356$ ,  $p \leq 0,0001$ ) (Figura 1) comparado con otros índices como la subpuntuación de Mayo endoscópica ( $r = 0,326$ ,  $p \leq 0,001$ ); Truelove-Witts ( $r = 0,251$ ,  $p \leq 0,001$ ) y puntuación completa de Mayo ( $r = 0,326$ ,  $p \leq 0,001$ ) y UCEIS ( $r = 0,373$ ,  $p \leq 0,001$ ).

**Conclusiones:** La correlación más alta con calprotectina para evaluación de actividad se muestra con el índice endoscópico UCEIS. El nuevo índice integral

Figura 1. Dispersión simple con ajuste de línea mediana de la calprotectina por índice integral. (Lun207)



mostró la correlación más alta con la calprotectina fecal en comparación con otros índices de evaluación clínica para CUCI.

**Financiamiento:** No se dispuso de financiamiento de ningún tipo.

## Lun208

### CARACTERÍSTICAS HISTOPATOLÓGICAS DE LA COLITIS EOSINOFÍLICA EN POBLACIÓN VERACRUZANA

T. Castellanos-Hernández, P. Grube-Pagola, H. R. Ordaz-Álvarez, B. A. Priego-Parra, S. A. Reyes-Díaz, K. D. González-Gómez, F. A. Félix-Téllez, J. M. Remes-Troche, Laboratorio de Fisiología Digestiva y Motilidad Gastrointestinal, Instituto de Investigaciones Médico-Biológicas, Universidad Veracruzana

**Introducción:** A lo largo de los años ha sido evidente un aumento de los casos de eosinofilia colónica, fenómeno que puede atribuirse al subdiagnóstico previo de esta anomalía o a un incremento real de la incidencia debido a procesos patológicos *in situ*. Este incremento se ha observado con mayor claridad gracias a mejoras en las técnicas diagnósticas y a una mayor conciencia médica sobre la importancia de la eosinofilia como marcador de enfermedades intestinales y alteraciones inflamatorias.

**Objetivo:** Describir las características histopatológicas de los sujetos con diagnóstico de colitis eosinofílica en una población de Veracruz.

**Materiales y métodos:** Estudio observacional, transversal y analítico en el cual se agrupó a pacientes sometidos a colonoscopia diagnóstica en el servicio de endoscopia del Instituto de Investigaciones Médico-Biológicas en el periodo de enero de 2015 a diciembre de 2023. Se incluyó a sujetos con edad  $> 18$  años y  $< 80$  años, de nacionalidad mexicana, que residieran en el país y sin datos de alarma. Se eliminó a los pacientes con antecedentes de cáncer, inmunocompromiso, embarazo y descontrol de comorbilidades y también a los individuos con expediente incompleto y datos duplicados. En este análisis estadístico se empleó estadística descriptiva y las variables numéricas se expresaron con medidas de tendencia central y dispersión, mientras que las variables categóricas con frecuencias y porcentajes. El análisis estadístico se llevó a cabo en el programa SPSS versión 25. Este protocolo se apejó a las normas de la declaración de Helsinki y la Ley General de Salud en materia de Investigación de México, Capítulo 1, artículo 17, en el cual se establecen los riesgos y normas para la investigación en individuos, y la ley federal para la protección de datos personales.

**Resultados:** Se incluyó a un total de 171 pacientes que acudieron a colonoscopia diagnóstica y la prevalencia de colitis eosinofílica fue de 0,2% ( $n = 4$ ), con edad de 53 años (18-79) y 75% de mujeres. El sitio de biopsia más común fue el colon ascendente (75%) y la mediana de tamaño de las biopsias fue de  $0,4 \times 0,2 \times 0,2$  cm. En la evaluación de las características histopatológicas, en el 25% de los sujetos con colitis eosinofílica se identificaron edema y atrofia; el promedio de eosinófilos por campo fue de 51 a 60 en el 50% y el grado de eosinofilia de los individuos fue grave en el 100%; el infiltrado inflamatorio estuvo conformado por linfocitos, polimorfonucleares y eosinófilos en el 100% de los individuos.

**Conclusiones:** Este estudio destaca la importancia de una evaluación histopatológica detallada para distinguir la colitis eosinofílica de otras alteraciones intestinales, y subraya la necesidad de realizar mayor investigación y conciencia clínica sobre esta entidad.

**Financiamiento:** No se recibió financiamiento alguno.

## Lun209

### UTILIDAD DEL ÍNDICE ALBI COMO INDICADOR PRONÓSTICO EN PACIENTES CON CÁNCER DE RECTO

R. R. Sánchez-Rosado, M. Phillipe-Ponce, E. Contreras-Avilés, A. Guinea-Lagunes, S. G. Almeida-del Prado, R. Y. López-Pérez, B. Jiménez-Bobadilla, J. L. De León-Rendón, Hospital General de México Dr. Eduardo Liceaga

**Introducción:** El cáncer de recto plantea un reto significativo en términos de pronóstico y control clínico. Es crucial contar con una evaluación precisa del pronóstico y la mortalidad para tomar decisiones terapéuticas adecuadas y planificar el tratamiento. El puntaje ALBI (*Albumin-bilirubin score*) ha demostrado ser un predictor confiable de los resultados posoperatorios y la supervivencia en afecciones hepáticas malignas. Sin embargo, su aplicación



para evaluar el pronóstico y la mortalidad en el cáncer de recto aún no se ha investigado de forma amplia.

**Objetivo:** Determinar la utilidad del índice ALBI como marcador pronóstico en pacientes con cáncer de recto.

**Material y métodos:** Se llevó a cabo un estudio transversal, relacional y analítico que incluyó a 57 pacientes consecutivos atendidos en el servicio de coloproctología del Hospital General de México Dr. Eduardo Liceaga entre el 1 de febrero y el 30 de abril de 2024. Los criterios de inclusión exigían un diagnóstico histopatológico confirmado de cáncer de recto, así como mediciones de albúmina y bilirrubina total al momento del diagnóstico. Se recopilaron datos sobre características clínicas, demográficas, histológicas y de estadificación, que abarcaban edad, sexo, localización del tumor, estirpe histológica, estadificación TNM, recurrencias, entre otros. Con base en las cifras de bilirrubina total y albúmina se calculó el índice ALBI. Con posterioridad se efectuó un análisis de la curva ROC para determinar un punto de corte óptimo para el índice ALBI, con el objetivo de establecer su utilidad en la precisión diagnóstica. Asimismo, se calcularon las razones de momios mediante tablas de 2 x 2. Para evaluar las relaciones entre variables se emplearon pruebas no paramétricas con la prueba U de Mann-Whitney para comparaciones entre dos grupos y la prueba de Kruskal-Wallis para comparaciones entre más de dos grupos. Se consideró un valor de  $p < 0,05$  como significativo.

**Resultados:** Las características clínicas y demográficas de los pacientes con cáncer de recto incluidos en el estudio se detallan en la **Tabla 1**. Se observó una diferencia estadísticamente marginal entre el índice de ALBI y el tamaño y la extensión del tumor (T) entre los grupos T1-T2 respecto de T3-T4 ( $p = 0,05$ ), junto con una correlación positiva entre el índice de ALBI y la extensión del tumor ( $r = 0,28$ ;  $p = 0,03$ ). Al realizar un análisis ROC para establecer un punto de corte para el índice de ALBI se determinó que un índice de ALBI  $< -2,10$  diferencia la extensión del tumor (T) entre los grupos T1-T2 en comparación con T3-T4, con una sensibilidad del 49%, especificidad del 83%, valor predictivo positivo del 91% y valor predictivo negativo del 33%. Un índice de ALBI  $< -2,10$  se mostró como protector para el desarrollo de una mayor extensión del tumor (T) (OR: 0,6 [IC95%: 0,41-0,89];  $p = 0,04$ ). No se hallaron diferencias estadísticas entre el índice de ALBI y el número de ganglios positivos (N), metástasis a distancia (M), el estadio clínico y las recurrencias.

**Conclusiones:** El índice ALBI puede ser una herramienta útil para evaluar la extensión del tumor en pacientes con cáncer de recto, lo que podría tener implicaciones importantes en la planificación del tratamiento. Sin embargo, se requieren más investigaciones para validar estos resultados y determinar el alcance completo del valor pronóstico del índice ALBI en esta población.

**Financiamiento:** No se recibió financiamiento de ningún tipo.

## Lun210

### TAMIZAJE DE CÁNCER COLORRECTAL EN LA POBLACIÓN CON TRASPLANTE HEPÁTICO. UN ESTUDIO DE COHORTE

J. Aguirre-García, I. García-Juárez, Instituto de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán

**Introducción:** El cáncer colorrectal (CCR) ocupa el tercer lugar en incidencia anual, el tercero en prevalencia y el primero en mortalidad de cáncer en México. A diferencia de la población general, la población trasplantada de hígado tiene mayor riesgo de desarrollar CCR, en especial los pacientes con antecedente de colangitis esclerosante primaria y enfermedad inflamatoria intestinal. El tamizaje de CCR en los pacientes trasplantados de hígado se fundamenta sobre todo en las recomendaciones internacionales para tamizaje en la población general.

**Objetivo:** Describir los hallazgos del tamizaje de la población trasplantada de hígado  $> 50$  años, con atención a la frecuencia de lesiones premalignas y malignas en los estudios de colonoscopia realizados al menos un año después del trasplante, y describir las características de los pacientes con colonoscopia normal y anormal, consideradas las comorbilidades, la causa de la hepatopatía, la causa para el trasplante y la inmunosupresión, para comparar así las características de los pacientes trasplantados con colonoscopia normal o anormal.

**Material y métodos:** Estudio retrospectivo, observacional, transversal y de cohorte. Se incluyó solo a los pacientes trasplantados de hígado que contaran con edad  $> 50$  años y con un estudio de colonoscopia realizada al menos un año después del trasplante entre el 1 de enero de 2007 y el 31 de diciembre

**Tabla 1.** Características clínicas y demográficas de los pacientes con cáncer de recto. (Lun209)

Variable	Pacientes, n = 57
Género, n%	
Masculino	31 (54,4)
Edad (media $\pm$ DE)	55,75 $\pm$ 12,28
Localización del tumor, n (%)	
Superior	13 (22,8)
Medio	25 (43,9)
Inferior	19 (33,3)
Estirpe histológica, n (%)	
Adenocarcinoma bien diferenciado	2 (3,5)
Adenocarcinoma bien diferenciado invasor	1 (1,8)
Adenocarcinoma con células en anillo de sello	2 (3,5)
Adenocarcinoma de tipo intestinal moderadamente diferenciado	2 (3,5)
Adenocarcinoma de tipo intestinal moderadamente diferenciado invasor	1 (1,8)
Adenocarcinoma infiltrante y ulcerado subtipo histológico no especificado	1 (1,8)
Adenocarcinoma moderadamente diferenciado	15 (26,3)
Adenocarcinoma moderadamente diferenciado con componente mucinoso	2 (3,5)
Adenocarcinoma moderadamente diferenciado de recto	2 (3,5)
Adenocarcinoma moderadamente diferenciado de tipo intestinal	6 (10,5)
Adenocarcinoma moderadamente diferenciado invasor	7 (12,3)
Adenocarcinoma moderadamente diferenciado ulcerado e invasor	5 (8,8)
Adenocarcinoma poco diferenciado	2 (3,5)
Adenoma tubular con displasia de alto grado	1 (1,8)
Adenoma tubular con displasia de bajo grado	1 (1,8)
Adenoma tubulovellosos con displasia de bajo grado	4 (7,0)
Carcinoma epidermoide moderadamente diferenciado	1 (1,8)
Carcinoma poco diferenciado con células en anillo de sello	2 (3,5)
Recurrencia, n (%)	
Recurrente	2 (3,5)
No recurrente	55 (96,5)
Tamaño y extensión del tumor (T), n (%)	
T1	4 (7,0)
T2	8 (14,0)
T3	23 (40,4)
T4a	6 (10,5)
T4b	16 (28,1)
Nódulos (N), n (%)	
N0	13 (22,8)
N1a	8 (14,0)
N1b	7 (12,3)
N1c	2 (3,5)
N2a	7 (12,3)
N2b	20 (35,1)

Metástasis (M), n (%)	
M0	39 (68,4)
M1a	9 (15,8)
M1b	9 (15,8)
Estadio clínico, n (%)	
I	4 (7,14)
Ila	6 (7,14)
Ilb	3 (7,14)
IIla	1 (1,8)
IIlb	11 (19,3)
IIlc	14 (24,6)
IVa	9 (15,8)
IVb	9 (15,8)
Puntuación de ALBI* ⇔	-2,28 (-150 a -2,80)
Albúmina (g/L) ⇔	3,42 (2,66-4,02)
Bilirrubina total (mol/L) ⇔	0,46 (0,37-0,69)

\*ALBI, índice albúmina-bilirrubina. ⇔ Los resultados se expresan en medianas y rangos intercuartílicos.

de 2022. Se recabó la información de los expedientes físico y electrónico y se consideró información relevante la edad, el sexo, comorbilidades (sobrepeso u obesidad, colitis ulcerativa crónica idiopática, DM2, hipertensión, dislipidemia, hiperuricemia, síndrome metabólico, consumo de alcohol o tabaco) y parámetros propios del trasplante hepático (motivo del trasplante, causa de la hepatopatía crónica que llevó al trasplante, tiempo desde el trasplante a la colonoscopia analizada e inmunosupresión al momento de la colonoscopia). Se consideraron como colonoscopias anormales aquellas que contaran con lesiones premalignas (adenomas, lesiones serradas) o malignas.

**Resultados:** En total, 109 pacientes cumplieron los criterios de inclusión y se analizaron. La media de edad al efectuar la colonoscopia fue de 61,3 años (SD 7,1). La mayoría tomaba un inmunosupresor al realizar la colonoscopia (53,2%). La mediana de tiempo entre trasplante y colonoscopia fue de 6,31 años. La mayoría de los pacientes cumplió criterios de normalidad por colonoscopia (79,8%). En total, 18,3% de los pacientes tuvo una colonoscopia con lesiones premalignas y solo 1,8% malignas. No se registraron diferencias para edad, sexo, comorbilidades (sobrepeso u obesidad, CUCI, DM2, HAS, dislipidemia, hiperuricemia, sobrepeso u obesidad, consumo de tabaco o alcohol), tiempo desde el trasplante a la colonoscopia, causa de la hepatopatía o la que exigió el trasplante y número de inmunosupresores al momento de la colonoscopia entre los pacientes con colonoscopia normal y anormal (Tabla 1).

**Conclusiones:** La tasa de lesiones fue similar en esta cohorte respecto de la descrita en las publicaciones médicas para la población general. No se demostró que alguno de los factores analizados tuviera diferencias entre los pacientes con colonoscopia normal o anormal. La población trasplantada de hígado puede continuar el tamizaje de CCR conforme a las recomendaciones para la población general. Algunas poblaciones de alto riesgo para CCR descritas en la bibliografía estuvieron subrepresentadas en esta cohorte, además de que el número de la muestra es pequeño, por lo que se necesitan más estudios para emitir una recomendación sólida.

**Financiamiento:** No se contó con financiamiento para este protocolo.

## Lun211

### CARACTERÍSTICAS DEMOGRÁFICAS Y CLÍNICAS DEL CÁNCER ANAL EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL EN MÉXICO DURANTE LA ÚLTIMA DÉCADA

S. G. Almeida-Del Prado, A. A. Acosta-Vega, M. Aceves-Valdez, M. Philippe-Ponce, E. Contreras-Avilés, A. Guinea-Lagunes, B. Jiménez-Bobadilla, J. L. De León-Rendón, Hospital General de México Dr. Eduardo Liceaga

**Introducción:** El cáncer anal es una neoplasia infrecuente y representa alrededor de 2,5% de todas las neoplasias gastrointestinales en el mundo. Sin embargo, su incidencia ha aumentado en las últimas décadas, especialmente en países desarrollados. En México, el Instituto Nacional de Cancerología registra

un incremento de los casos de cáncer anal, con una incidencia anual aproximada de 0,8 casos por cada 100 000 habitantes. Según el Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática (INEGI), en 2022 se registraron 847 716 defunciones en México, de las cuales el 10,6% (89 574) se debió a tumores malignos. El cáncer de colon, recto y ano mostró una tasa de 39,54 defunciones por cada 100 000 habitantes en hombres de 60 años o más, mientras que en mujeres fue del 30,69% por cada 100 000. Entre los factores de riesgo más importantes para el cáncer anal figuran la infección por el virus del papiloma humano (VPH), la inmunosupresión y las prácticas sexuales de alto riesgo.

**Objetivo:** Describir las características demográficas y clínicas de los pacientes con diagnóstico de cáncer anal atendidos en el servicio de coloproctología del Hospital General de México Dr. Eduardo Liceaga en la última década.

**Material y métodos:** Se realizó un estudio retrospectivo, relacional y analítico en el que se incluyó a 75 pacientes con diagnóstico de cáncer anal confirmado por histopatología, atendidos en el servicio de coloproctología del Hospital General de México Dr. Eduardo Liceaga, en el periodo comprendido entre enero de 2013 y diciembre de 2023. Los datos se recopilaron de los expedientes clínicos de los pacientes e incluyeron variables como sexo, edad, localización del tumor, estirpe histopatológica, grado de diferenciación y estadio clínico del cáncer. La recopilación de datos se realizó de manera sistemática con aseguramiento de la confidencialidad de la información de los pacientes. El análisis estadístico descriptivo se llevó a cabo con el paquete estadístico SPSS versión 29.

**Resultados:** En los pacientes incluidos en el estudio se observó una mayor frecuencia de sujetos masculinos, con 57,3% (n = 43). La edad media de los participantes fue de 51,51 años (DE ± 14,58), con un intervalo de edad de 24 a 86 años. En cuanto a la estirpe histopatológica se encontró que el tipo más común fue el carcinoma epidermoide queratinizante, presente en el 41,3% (n = 31) de los casos, seguido por el carcinoma epidermoide no queratinizante con 37,3% (n = 28). La diferenciación celular mostró que el 56% (n = 42) correspondió a los tumores moderadamente diferenciados, seguidos por un 22,7% (n = 17) de los bien diferenciados. Los tumores poco diferenciados representaron el 20% (n = 15) y los indiferenciados solo el 1,3% (n = 1). En términos de estadio clínico al momento del diagnóstico, la mayoría de los pacientes se hallaba en estadios avanzados: el 41,3% (n = 31) en estadio III y el 45,3% (n = 34) en el IV. Los estadios tempranos (0, I y II) fueron menos comunes, con una prevalencia del 2,7% (n = 2) para el estadio 0, 2,7% (n = 2) para I y 8% (n = 6) para el II. Las características demográficas y clínicas de los pacientes con cáncer anal incluidos en el estudio se muestran en la Tabla 1.

**Conclusiones:** Este estudio resalta la importancia de mejorar las estrategias de detección temprana y control clínico del cáncer anal en el Hospital General

**Tabla 1.** Características demográficas y clínicas de los pacientes con cáncer anal incluidos en el estudio. (Lun211)

Variable	Pacientes (n = 75)
Sexo, n (%)	
Femenino	32 (42,7)
Masculino	43 (57,3)
Edad (X ± DE) (Mínima-máxima)	51,51 ± 14,58 (24-86)
Estirpe histopatológica, n (%)	
Adenocarcinoma	6 (8)
Carcinoma epidermoide no queratinizante	28 (37,3)
Carcinoma epidermoide queratinizante	31 (41,3)
Carcinoma epidermoide tipo basaloide	5 (6,7)
Carcinoma epidermoide <i>in situ</i>	2 (2,7)
Melanoma	2 (2,7)
Carcinoma neuroendocrino	1 (1,3)
Diferenciación celular, n (%)	
Bien diferenciado	17 (22,7)
Moderadamente diferenciado	42 (56)
Poco diferenciado	15 (20)
Indiferenciado	1 (1,3)
Estadio clínico, n (%)	
0	2 (2,7)
I	2 (2,7)
II	6 (8)
III	31 (41,3)
IV	34 (45,3)

X ± DE, media ± desviación estándar.

de México Dr. Eduardo Liceaga, dada la elevada prevalencia de diagnósticos en estadios avanzados. La identificación y el control de los factores de riesgo como la infección por el VPH son cruciales para reducir la incidencia y mejorar el pronóstico de esta enfermedad. Estos hallazgos son fundamentales para futuras investigaciones y el desarrollo de políticas de salud pública en México.

**Financiamiento:** No se recibió financiamiento de ningún tipo.

## Lun212

### EVALUACIÓN CLÍNICA Y EPIDEMIOLÓGICA DEL CÁNCER COLORRECTAL: ANÁLISIS DE 35 AÑOS EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL EN MÉXICO

S. G. Almeida-del Prado, J. A. Villanueva-Herrero, B. Jiménez-Bobadilla, A. A. Acosta-Vega, E. Contreras-Avilés, A. Guinea-Lagunes, M. Philippe-Ponce, R. Y. López-Pérez, J. L. De León-Rendón, Hospital General de México Dr. Eduardo Liceaga

**Introducción:** El cáncer colorrectal (CCR) es una de las principales causas de morbilidad y mortalidad en el mundo. Según GLOBOCAN 2020 es el tercer cáncer más frecuente en hombres y el segundo en mujeres. En México, el CCR es el tercer cáncer más frecuente tanto en hombres como en mujeres, y su incidencia ha aumentado en las últimas décadas debido a factores como malos hábitos alimenticios, sedentarismo, consumo de tabaco, y factores genéticos y ambientales.

**Objetivo:** Analizar las características demográficas y clínicas de los pacientes diagnosticados con CCR en un hospital de tercer nivel en México durante los últimos 35 años.

**Material y métodos:** Se llevó a cabo un estudio retrospectivo, relacional y analítico que incluyó a 2 263 pacientes diagnosticados con cáncer colorrectal entre 1988 y 2023 en el servicio de coloproctología del Hospital General de México Dr. Eduardo Liceaga. Se analizaron las características demográficas (edad, género), clínicas (localización del tumor, estadio de la enfermedad) e histopatológicas (grado de diferenciación tumoral, fenotipo intestinal). Los pacientes se estadiaron clínicamente de acuerdo con la clasificación TNM del *American Joint Committee on Cancer* (AJCC). El análisis de los datos se realizó con el paquete estadístico SPSS versión 29.

**Resultados:** De los pacientes con CCR, el 52,4% correspondió a hombres, con una edad promedio de 56 años. La localización del tumor se observó de modo predominante en el recto (51,1%), seguido del colon derecho (27,7%) y el colon izquierdo (21,2%). El adenocarcinoma fue el fenotipo más común (92,1%). El 54,8% de los tumores correspondió a los moderadamente diferenciados. El 39,5% de los pacientes se encontraba en estadio IV al momento del diagnóstico. Las características demográficas y clínicas de los pacientes con CCR incluidos en el estudio se describen en la **Tabla 1**. Entre los periodos 1988-2005 y 2006-2023 se identificaron diferencias significativas en la localización del tumor, con una disminución en el colon derecho y un aumento en el izquierdo ( $p = 0,03$ ). Además, se observó una mejoría en la diferenciación de los tumores, con un aumento de los bien diferenciados ( $p < 0,0001$ ). En la última década aumentó el número de los pacientes con CCR menores de 35 años y en estadios avanzados ( $p = 0,04$ ).

**Conclusiones:** Este estudio proporciona una visión integral del CCR en un hospital de tercer nivel en México durante los últimos 35 años; destaca la necesidad de estrategias de detección temprana y una mayor concientización sobre el CCR para mejorar los resultados de salud en la población.

**Financiamiento:** Sin financiamiento.

**Tabla 1.** Características demográficas y clínicas generales de los pacientes con cáncer colorrectal incluidos en el estudio. (Lun212)

Variable	Pacientes (n = 2 263)
Género, n (%)	
Femenino	1 078 (47,6)
Masculino	1 185 (52,4)
Edad (X ± DE)	56 ± 14,29
(mínima-máxima)	(16-93)
Edad, n (%)	
< 45 años	539 (23,81)

> 45 años	1 724 (76,19)
Localización, n (%)	
Colon derecho	628 (27,7)
Colon izquierdo	479 (21,2)
Recto	1 156 (51,1)
Fenotipo intestinal, n (%)	
Adenocarcinoma	2 084 (92,1)
Adenocarcinoma mucinoso	117 (5,2)
Carcinoma	9 (0,35)
Carcinoma basaloide	2 (0,1)
Carcinoma epidermoide	23 (1,0)
Carcinoma fusiforme	2 (0,1)
Carcinoma mucinoso	10 (0,4)
Carcinoma neuroendocrino	15 (0,7)
GIST	1 (0,05)
Diferenciación celular, n (%)	
Bien diferenciado	707 (31,2)
Moderadamente diferenciado	1 241 (54,8)
Poco diferenciado	294 (13,0)
Indiferenciado	21 (1,0)
Estadio clínico, n (%)	
0	5 (0,2)
I	129 (5,7)
II	380 (16,8)
III	856 (37,8)
IV	893 (39,5)

CCR, cáncer colorrectal; C ± DE, media ± desviación estándar; GIST, tumor del estroma gastrointestinal.

## Lun213

### EPIDEMIOLOGÍA DEL CÁNCER COLORRECTAL EN ADULTOS MENORES DE 50 AÑOS EN EL HOSPITAL ESPAÑOL DE MÉXICO

B. I. Campos-Martínez, J. I. Vinageras-Barroso, Hospital Español

**Introducción:** El cáncer colorrectal (CCR) es un importante tema de salud pública en el mundo. Se calcula que el número total de muertes por cáncer de recto y colon aumentará un 60% y un 71,5%, respectivamente, en el año 2035. En México representa el 2,68% de todos los tumores diagnosticados. Se consideraba una enfermedad de adultos mayores, pero en los últimos años se ha incrementado su incidencia entre adultos menores de 50 años a escala global.

**Objetivo:** Describir las características epidemiológicas de los pacientes menores de 50 años con diagnóstico de CCR en el Hospital Español de México de enero de 2009 a mayo de 2024.

**Material y métodos:** Estudio descriptivo y retrospectivo en el que se revisaron las bases de datos de las colonoscopias realizadas en el periodo comprendido entre enero de 2009 y mayo de 2024 en el Hospital Español de México; se seleccionó a pacientes menores de 50 años que tuvieran hallazgo de neoplasia por endoscopia con diagnóstico confirmado por histopatología de CCR. El análisis de resultados se efectuó con estadística descriptiva básica.

**Resultados:** Se realizaron 6 484 colonoscopias entre enero de 2009 y mayo de 2024 en el Hospital Español de México, 1 715 en pacientes menores de 50 años, de los cuales 29 cumplieron los criterios de inclusión. Del total de pacientes incluidos, 58,6% (n = 17) correspondió a mujeres y 41,4% (n = 12) a hombres, con edad promedio para el diagnóstico de 41 años (18-50). Los motivos descritos para la realización de las colonoscopias fueron sangrado del

tubo digestivo bajo, diarrea crónica, dolor abdominal y anemia con o sin síndrome consuntivo en un 41,3% (n = 12), 24,1% (n = 7), 6,8% (n = 2), 20,6% (n = 6), respectivamente; el 6,8% (n = 2) restante se registró en pacientes en los que la colonoscopia se solicitó por hallazgo de tumoración en la tomografía. En cuanto a la localización de la lesión tumoral, la más frecuente fue el sigmoides en 41,3% (n = 12), seguido del recto en 24,1% (n = 7), colon ascendente en 13,7% (n = 4), colon descendente en 10,3% (n = 3), ciego en 6,8% (n = 2) y colon transverso en 3,4% (n = 1). Además, se buscó la relación entre el síntoma principal para realizar la colonoscopia y la localización del tumor, tras advertir que los pacientes con sangrado del tubo digestivo tenían el tumor localizado en sigmoides en 58,3% (n = 7), recto en 25% (n = 3) y colon descendente en 16,6% (n = 2). En los pacientes con diarrea crónica, el tumor se localizó en el recto en 57,1% (n = 4), seguido por el sigmoides, el colon transverso y el descendente en 14,2% (n = 1) para cada uno de ellos; en los pacientes con colonoscopia realizada por anemia, con o sin síndrome consuntivo, los tumores se localizaron en el colon derecho en 73,3% (n = 5) y tan solo el 16,6% (n = 1) se identificó en el sigmoides; por último, el dolor abdominal no tuvo propensión por la localización, con tumores reconocidos tanto en el sigmoides en el 50% (n = 1) como en el colon ascendente en el 50% (n = 1) (Figura 1).

**Conclusiones:** El Hospital Español de México es una unidad que ofrece atención principalmente a una población adulta mayor, por lo que esto explica el bajo número de pacientes menores de 50 años con CCR en esta institución; como resultado, es significativamente menor en comparación con otros centros. Sin embargo, se ha demostrado que el CCR no es una enfermedad del adulto mayor y que los síntomas como el sangrado de tubo digestivo bajo y la diarrea crónica, e incluso los síntomas menos frecuentes como anemia con síndrome consuntivo y dolor abdominal en un paciente joven, deben obligar al clínico a estudiar y abordar de manera integral, incluido el CCR, como un diagnóstico diferencial.

**Financiamiento:** Este trabajo no requirió financiamiento.

Figura 1. Relación entre síntomas y localización tumoral. (Lun213)



## Lun214

### EVALUACIÓN DE LA PRÁCTICA DE CIRUGÍA AMBULATORIA EN EL SERVICIO DE COLOPROCTOLOGÍA DE UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL EN MÉXICO

A. Guinea-Lagunes, M. Philippe-Ponce, E. Contreras-Avilés, S. G. Almeida-del Prado, M. R. Esquivel-Steffanoni, B. Jiménez-Bobadilla, J. L. De León-Rendón, Servicio de Coloproctología, Hospital General de México Dr. Eduardo Liceaga

**Introducción:** La cirugía ambulatoria ha avanzado en grado significativo gracias a los desarrollos tecnológicos y mejoras en técnicas quirúrgicas y anestésicas, lo cual ha permitido tratamientos efectivos y satisfactorios. Estos procedimientos ofrecen rapidez, menor invasividad y tiempos de recuperación reducidos. Además, proporcionan considerables beneficios económicos al reducir la necesidad de hospitalizaciones prolongadas y optimizar el uso de recursos y costos en el sistema de salud. Esto hace que la cirugía ambulatoria sea una opción eficiente y sostenible en la atención médica en México.

**Objetivo:** Evaluar la práctica de cirugía ambulatoria en un servicio de coloproctología de un hospital de tercer nivel en México.

**Material y métodos:** Se realizó un estudio transversal en el que se incluyó a 695 pacientes sometidos a cirugía ambulatoria coloproctológica en el servicio

de coloproctología del Hospital General de México Dr. Eduardo Liceaga durante el último año. Los pacientes elegibles para cirugía ambulatoria en este centro debían clasificarse como ASA I-II y tener un índice de masa corporal (IMC) < 30. Se registraron datos clínicos y demográficos, como edad, género, diagnósticos y procedimientos practicados. También se documentaron los resultados quirúrgicos y las reintervenciones. El análisis de los datos se llevó a cabo con el paquete estadístico SPSS versión 26.

**Resultados:** De los pacientes incluidos en este estudio, la mayoría correspondió a hombres (65,4%) y la edad media fue de 44,51 años. Las afecciones más comunes fueron fístula anal (49,6%), condilomas anales (18,2%) y fisura anal (11,9%). La fistulotomía fue el procedimiento quirúrgico más frecuente (36,8%). El tipo de anestesia administrada en la mayor parte de los casos fue sedación + local (66,2%). Se registraron reintervenciones en el 32,9% de los casos, sobre todo debido a fístulas anales. La **Tabla 1** describe en detalle las características clínicas y demográficas de los pacientes sometidos a cirugía ambulatoria incluidos en este estudio.

**Conclusiones:** La cirugía ambulatoria en coloproctología ha demostrado ser una práctica efectiva y sostenible, con beneficios significativos como menor invasividad y tiempos de recuperación reducidos. Además, tiene la capacidad de optimizar el uso de recursos en el sistema de salud y mejorar la accesibilidad y eficiencia de los servicios médicos.

**Financiamiento:** Sin ningún tipo de financiamiento.

Tabla 1. Características clínicas y demográficas de los pacientes sometidos a cirugía ambulatoria. (Lun214)

Variable	n = 695
Género, n (%)	
Femenino	241 (34,6)
Masculino	455 (65,4)
Edad (X ± DE)	44,51 ± 14,01
Diagnóstico, n (%)	
Fístula anal	345 (49,6)
Condilomas anales	127 (18,2)
Fisura anal	83 (11,9)
Enfermedad hemorroidal	76 (10,9)
Úlcera anal	20 (2,9)
Enfermedad pilonidal	19 (2,7)
Seno anal	12 (1,7)
Estenosis anal	6 (0,9)
Dolor anal	6 (0,9)
Quiste epidermoide	1 (0,1)
Proctitis	1 (0,1)
Hidradenitis supurativa	1 (0,1)
Prurito anal	1 (0,1)
Enfermedad de Hirschsprung	1 (0,1)
Operaciones realizadas, n (%)	
Fistulotomía: colocación de setón	256 (36,8)
Electrofulguración	113 (16,2)
ELIP*	74 (10,6)
Hemorroidectomía	66 (9,5)
Exploración anal bajo anestesia	46 (6,6)
Resección de quiste	27 (3,9)
Aplicación de toxina botulínica	24 (3,4)
Resección de colgajo	21 (3)
Avance de colgajo	17 (2,4)
Cirugía láser (hemorroides)	14 (2)
Toma de biopsia	11 (1,6)
LIFT**	10 (1,4)
Esfinterotomía	5 (0,7)
Plastia anal	3 (0,4)
Aplicación de plasma rico en plaquetas	2 (0,3)
Aplicación de esteroide intraanal	2 (0,3)
Dilatación anal	2 (0,3)
Procedimiento de Bascom	1 (0,1)
Mapeo anal (biopsias)	1 (0,1)
Tipo de anestesia, n (%)	
Sedación + local	461 (66,2)
General balanceada	119 (17,1)
Regional	116 (16,7)
Reintervenciones, n (%)	229 (32,9%)



Causa de reintervención, n (%)	
Fístula anal	153 (22)
Condilomas anales	37 (5,3)
Otros trastornos anorrectales	
Fisura anal	11 (1,6)
Enfermedad hemorroidal	11 (1,6)
Estenosis anal	4 (0,6)
Úlcera anal	3 (0,4)
Enfermedad pilonidal	2 (0,3)
Absceso anal	2 (0,3)
Seno anal	1 (0,1)
Desbridamiento (Fournier)	1 (0,1)
Toma de biopsia diagnóstica	2 (0,3)
Reintervención por el mismo diagnóstico, n (%)	
Fístula anal (fistulotomía-colocación /recambio setón)	128 (70,71)
Condilomas anales	34 (18,78)
Fisura anal	7 (3,86)
Estenosis anal	4 (2,20)
Enfermedad hemorroidal	3 (1,65)
Úlcera anal	3 (1,65)
Enfermedad pilonidal	1 (0,55)
Seno anal	1 (0,55)

## Lun215

### PREVALENCIA DE PÓLIPOS EN PACIENTES CON COLOSCOPIA DE SEGUIMIENTO POSTERIOR A RESECCIÓN DE CÁNCER COLORRECTAL

L. V. Cupil-Escobedo, C. S. Tinitana-Jumbo, J. C. Silis-Cravioto, J. C. Zavala-Castillo, D. Santana-Vargas, R. A. Sandoval-Delgado, F. Higuera-De-la-Tijera, J. L. Pérez-Hernández, Hospital General de México Dr. Eduardo Liceaga

**Introducción:** El cáncer colorrectal (CCR) es la cuarta neoplasia más frecuente y la segunda causa de muerte por cáncer en México. La colonoscopia se realiza de manera habitual para la detección de CCR, seguimiento de pólipos y vigilancia posterior al tratamiento de este. La incidencia actual informada del cáncer sincrónico y el metacrónico es de 1,1% y 3,5%, respectivamente. En pacientes con CCR, la incidencia de pólipos durante la vigilancia endoscópica posterior al tratamiento se informa aproximadamente en 17% a 30%. Se recomienda la vigilancia posoperatoria durante el primer año del tratamiento.

**Objetivo:** Determinar la prevalencia y la distribución de pólipos en pacientes con CCR con resección colorrectal curativa en la colonoscopia de seguimiento.

**Material y métodos:** Se revisaron expedientes de pacientes con antecedente de CCR que acudieron a realizar colonoscopia durante el año 2024 en el Hospital General de México Dr. Eduardo Liceaga. Tipo de estudio: descriptivo de corte transversal, retrospectivo y observacional. 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 analizó a un total de 64 pacientes que acudieron a colonoscopia posoperatoria de seguimiento, 37 mujeres y 25 hombres, con una edad promedio de 57 años  $\pm$  11,8 (21-76). La ubicación del CCR fue el colon en 39 pacientes y el recto en 25. El estudio de patología inicial indicó adenocarcinoma bien diferenciado en 12 pacientes, moderadamente diferenciado en 43 y poco diferenciado en seis, con tumor neuroendocrino en uno. Dentro de los hallazgos endoscópicos se encontró que más de la mitad de los pacientes tenía pólipos. Se realizó la clasificación de pólipos de acuerdo con las clasificaciones de Paris, KUDO y tamaño (cm): < 0,5; 0,5 a 1,0 cm;  $\geq$  1,0 y  $\geq$  2,0 cm. La mayoría de los pólipos tenía distribución similar < 0,5 cm (14 pólipos, 40%) y  $\geq$  0,5 a < 1,0 cm (15 pólipos, 42,8%) y el resto  $\geq$  1,0 (6 pólipos, 17,1%). Según la ubicación, 17 pólipos (48,5%) se localizaban en el colon derecho, 13 (37,1%) en el izquierdo, 4 (11,4%) en el recto y había pólipos en más de dos segmentos en un paciente. En los hallazgos histológicos globales detectados por colonoscopia posoperatoria (Tabla 1) de 35 pólipos no se identificaron pólipos cancerosos; 23 (65,7%) eran pólipos neoplásicos y 12 (34,2%) no neoplásicos. En el análisis de subgrupos de los pólipos neoplásicos detectados por colonoscopia posoperatoria, los pólipos neoplásicos se ubicaban por lo regular en el colon derecho (65%). En los 64 pacientes analizados, la incidencia de pólipos totales durante la colonoscopia posoperatoria fue de 54,69% (35 de 64 pacientes), y la incidencia de pólipos neoplásicos de 35,9% (23 de 64 pacientes).

**Conclusiones:** En pacientes con cáncer colorrectal, la vigilancia colonoscópica posoperatoria es la estrategia más útil para la detección temprana de pólipos y cáncer colorrectal metacrónico. Si no es posible una colonoscopia preoperatoria debido a la obstrucción del tumor debe realizarse en los primeros tres a seis meses luego de la operación. El estudio muestra una elevada prevalencia de pólipos neoplásicos en pacientes sometidos a vigilancia endoscópica, con una distribución significativa en el colon derecho. A pesar de la presencia de un número considerable de pólipos, ninguno resultó canceroso. Con estos hallazgos se resalta la importancia del seguimiento endoscópico en pacientes posoperados de CCR para la detección y tratamiento temprano de pólipos neoplásicos.

**Financiamiento:** No se recibió financiamiento de ningún tipo.

## Lun216

### CÁNCER COLORRECTAL EN ADULTOS JÓVENES: CARACTERÍSTICAS CLÍNICO-DEMOGRÁFICAS EN UNA POBLACIÓN DEL NORESTE DE MÉXICO

L. Santoyo-Fexas, D. Sepúlveda-González, L. A. González-Torres, J. A. Martínez-Segura, J. O. Jáquez-Quintana, Escuela de Medicina y Ciencias de la Salud, Tecnológico de Monterrey

**Introducción:** En México se diagnostican cada año unos 150 000 casos de cáncer colorrectal (CCR), con más de 7 000 muertes atribuibles, lo cual lo sitúa como el segundo cáncer con mayor mortalidad. Por lo regular, el CCR solía diagnosticarse en individuos mayores de 50 años. Sin embargo, en las últimas décadas ha cambiado de forma significativa su incidencia respecto de grupos etarios diferentes. Se ha observado una reducción entre pacientes mayores de 65 años, mientras que ha aumentado 1% anual en los pacientes de 50 a 65 años, y 2% anual en los menores de 50 años; en este caso se lo denomina cáncer colorrectal de inicio temprano (CCR-IT) en este último grupo. En

Tabla 1. Tipos histológicos de los pólipos detectados. (Lun215)

Histología	Tamaño (cm)				Total
	< 0,5	$\leq$ 0,5 a < 1	$\geq$ 1	$\geq$ 2	
Cáncer	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)
Pólipos hiperplásicos	2 (5,7)	4 (11,4)	2 (5,7)	0 (0)	8 (22,86)
Pólipos inflamatorios	4 (11,4)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	4 (11,3)
Adenoma tubular	2 (5,7)	4 (11,4)	1 (2,8)	2 (5,7)	9 (25,71)
Adenoma tubular con DBG	4 (11,4)	6 (17,17)	0 (0)	0 (0)	10 (28,57)
Adenoma vellosos	1 (2,8)	0 (0)	1 (2,8)	0 (0)	2 (5,71)
Adenoma tubulovellosos	1 (2,8)	1 (2,8)	0 (0)	0 (0)	2 (5,71)
Total	14 (40)	15 (42,8)	4 (11,5)	2 (5,71)	35 (100)

respuesta a esta tendencia, la edad recomendada para iniciar el tamizaje de CCR ha descendido a 45 años. En los estudios disponibles, los factores de riesgo y los síntomas en el CCR-IT no difieren de manera notable en comparación con el CCR en > 50 años.

**Objetivo:** Determinar la prevalencia y analizar y describir las características demográficas y clínicas del CCR-IT en los pacientes tratados en dos hospitales privados del noroeste de México entre enero de 2017 y diciembre de 2023.

**Material y métodos:** Se realizó un estudio retrospectivo que incluyó a todos los pacientes diagnosticados por histopatología con CCR en los hospitales del sistema TecSalud en el periodo mencionado. Se obtuvieron variables epidemiológicas como sexo, edad, IMC, AHF de CCR, además de aspectos de presentación de la enfermedad, como síntomas, características del tumor y aspectos bioquímicos del paciente al diagnóstico.

**Resultados:** En total se diagnosticó a 112 pacientes con CCR en el periodo establecido. De estos, 22 (19%) tenían menos de 50 años, con predominio del sexo masculino (68%). La mediana de edad fue de 43 años (37-46). El 41% de los pacientes señaló consumo de tabaco y 59% consumo de alcohol. Cuatro pacientes (18%) tenían antecedentes familiares de primer grado de CCR (dos con diagnóstico antes de los 40 años, ambos en relación con síndrome de Lynch). El síntoma más común fue dolor abdominal en 54%, seguido de cambios del patrón evacuatorio en 27%, pérdida de peso en 23%, síndrome anémico y hematoquecia en 18% cada uno, rectorragia en 9% y solo 4,5% (1) fue asintomático. La mediana de tiempo de evolución de los síntomas fue de 60 días (17-150). En cuanto a la localización del tumor, 41% se encontraba en el colon derecho, 21% en el izquierdo y 27% en el recto. El 100% de los tumores correspondió a adenocarcinomas. 50% a moderadamente diferenciados, 27% a bien diferenciados y 23% a pobremente diferenciados. En el 82% no fue posible identificar un pólipo de origen, mientras que en 13,5% se reconoció un pólipo vellosos y en 4,5% uno tubular. El estadio clínico más común fue el III en el 32% de la población, seguido de los estadios II y IV en 27% de los pacientes, respectivamente, y estadio I en el 14%. Hasta 27% de los sujetos mostró metástasis a distancia al diagnóstico y los sitios más comunes fueron el hígado en 18% y el peritoneo en 9%. Respecto de los estudios patoclínicos al diagnóstico, los valores medios fueron: Hb 11,7 ± 2,9 g/dL, VCM 85 fL (81-88), HCM 27 ± 4,6 pg, albúmina 3,5 ± 0,66 g/dL, creatinina 0,8 ± 0,15 mg/dL, urea 14 ± 3,9 mg/dL y DHL 179 ± 78 U/L.

**Conclusiones:** La creciente incidencia de CCR-IT es preocupante. La población analizada de este trabajo, a pesar de tener un nivel sociocultural elevado con acceso a servicios de salud privados, se diagnosticó en etapas avanzadas en una proporción significativa. Esto es reflejo de la falta de información sobre la prevención del CCR en la población en general. Estos hallazgos enfatizan la imperiosa necesidad de implementar programas de detección oportuna del CCR. Reducir la edad para la detección del CCR a 45 años representa una respuesta necesaria ante esta nueva realidad epidemiológica.

**Financiamiento:** No se dispuso de ningún financiamiento.

## Lun217

### TERAPIA DE BIORRETROALIMENTACIÓN (TBRA) DEL HOSPITAL ESPAÑOL, CONSENSO DE EGRESADOS, EXPERIENCIA DE 25 AÑOS

J. E. García-Rentería, J. E. Suárez-Morán, Y. Zamorano-Orozco, P. Gálvez-Castillejos, A. L. Castro-Zárate, J. A. Villar-Tapia, C. Blanco-Vela, Hospital Español

**Introducción:** Las principales funciones de la región anorrectal por mecanismos reflejos y conscientes son la defecación y la continencia. Las anomalías comunes en esta región son el estreñimiento crónico y la incontinencia, incluidas en el consenso Roma IV. Ahí se recomiendan la “manometría anorrectal (MAR) para la evaluación del piso pélvico y su función” y la “TBRA como un tratamiento para trastornos defecatorios”. La TBRA se indica en el plano mundial con buena efectividad, en particular para incontinencia y estreñimiento crónico. Esta carece de estandarización en equipo y protocolo. Hasta el momento no ha alcanzado un consenso de la forma correcta de llevar a cabo la TBRA. Su estandarización garantizará una calidad uniforme, así como la comparación de resultados en distintos centros.

**Objetivo:** Describir la técnica de la TBRA utilizada en el Hospital Español y lograr un consenso de los egresados que realizan la TBRA y estandarizarla para trastornos anorrectales.

**Material y métodos:** Participaron 22 egresados, todos con título universitario de alta especialidad en motilidad gastrointestinal. Metodología RAM: consenso

solo si ≥ 80% de miembros conseguía acuerdo y obtención de una puntuación ≥ 7 puntos. Se utilizó el instrumento de encuesta en línea con 24 propuestas, las cuales se calificaron de 1 a 9: 1-3 inapropiado, 4-6 incierto y 7-9 apropiado.

**Resultados:** Se presentan las 24 propuestas sobre el protocolo de TBRA y los resultados.

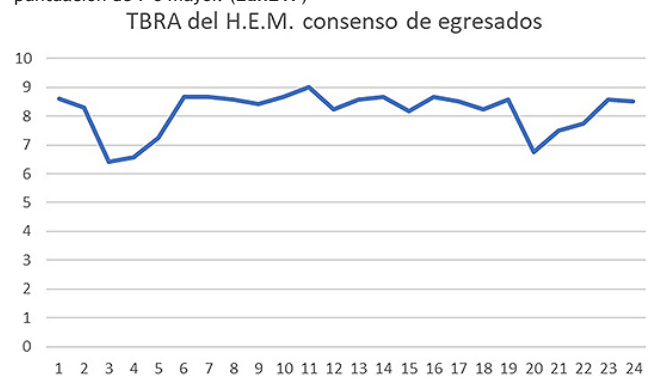
1. Todo paciente debe contar con MAR; resultado (R) = 8.
2. Los pacientes aptos para TBA son enfermos con estreñimiento; R = 8.
3. Preparación con enemas o laxantes; R = 6.
4. Sin suspender fármacos intestinales; R = 6.
5. Preferir catéter de MAR, se acepta catéter de manometría convencional; R = 7.
6. Uso de un lugar privado y cómodo; R = 8.
7. Explicar el mecanismo de la defecación y respiraciones diafragmáticas; R = 8.
8. El paciente observa el trazo manométrico durante TBRA; R = 8.
9. Posición decúbito lateral izquierdo, con uso de silla cómodo si es posible; R = 8.
10. Empleo de reforzamientos visuales y sonoros durante la TBRA; R = 8.
11. Indicaciones claras y concretas durante la TBRA; R = 9.
12. Estudio rectal digital previo; R = 8.
13. Los ejercicios se seleccionan de acuerdo con los diagnósticos de la MAR; R = 8.
14. En la hipertensión anal, enfatizar la relación voluntaria y en la hipotensión reiterar las contracciones voluntarias; R = 8.
15. Hipocontractilidad: reforzar las contracciones voluntarias; R = 8.
16. Disinergias: enfatizar la presión intraabdominal mientras se relaja el esfínter anal; R = 8.
17. Problemas de sensibilidad: trabajar en sensaciones rectales con insuflación progresiva; R = 8.
18. Hiposensibilidad: detectar las sensaciones rectales a bajos volúmenes; R = 8.
19. Hiposensibilidad: atención del paciente para detectar bajos volúmenes; R = 8.
20. Proporcionar siete sesiones iniciales; R = 6.
21. Duración de la sesión no ≥ 30-45 min; R = 7.
22. Revaloración al mes y otra en tres meses; R = 7.
23. En estreñimiento crónico usar banco fisiológico durante la evacuación; R = 8.
24. Continuar fármacos a consideración del médico tratante; R = 8.

La gráfica de resultados puede verse en la **Figura 1**.

**Conclusiones:** La TBRA ha superado la prueba del tiempo y su efectividad está demostrada. Este es el primer consenso de recomendaciones concretas de la TBRA en México y Latinoamérica. Con este consenso se intenta contribuir con la comunidad médica para estandarizar los puntos clave de la TBRA.

**Financiamiento:** No se recibió ningún financiamiento.

**Figura 1.** Gráfica de los resultados promedio; propuestas aceptadas con una puntuación de 7 o mayor. (Lun217)



## Lun218

### SÍNDROME DE LA ARTERIA MESENTÉRICA SUPERIOR: UNA SERIE DE CASOS DEL SÍNDROME DE WILKIE

L. A. González-Torres, C. E. González-Martínez, R. Reséndez-Guajardo, C. A. Ramos-Maldonado, L. Manuel-Sáenz, M. A. Saldaña-Ruiz, C. A. Cortez-Hernández, J. O. Jáquez-Quintana, Hospital Universitario José Eleuterio González, UANL

**Introducción:** El síndrome de la arteria mesentérica superior (SAMS) es una causa rara de obstrucción intestinal proximal. Este síndrome sucede por la obstrucción extrínseca de la tercera porción del duodeno entre la arteria mesentérica superior (AMS) y la aorta. Tiene una incidencia calculada de 0,1% a 0,3% con un intervalo de edad de 10 a 39 años, lo cual afecta en su mayoría a mujeres adultas jóvenes.

**Objetivo:** Resumir la experiencia en ocho pacientes diagnosticados con SAMS y analizar su evolución clínica, resultados y desenlaces.

**Informe de casos:** En esta serie de seis casos, los pacientes tenían una mediana de edad de 22 (18-31). La distribución por sexo mostró un predominio masculino del 62% con 37% de mujeres. En cuanto a sus antecedentes, se observó que un 25% era fumador y un 25% tenía antecedentes de toxicomanías. Además, un 25% de los pacientes había sufrido infecciones previas por neumonía. Los síntomas más prevalentes fueron vómito posprandial, pérdida de peso y náusea presentes en todos los pacientes. La plenitud posprandial y la dispepsia se identificaron en el 50% de los casos. Dos pacientes (25%) tenían diarrea crónica vinculada con otras comorbilidades; un paciente sufría estreñimiento. Los pacientes registraron una mediana del *Nutritional risk screening* (NRS) de 4 (4-5). Los análisis de laboratorio mostraron valores de hemoglobina con mediana de 11 (10-13) g/dL; el volumen corpuscular medio (VCM) fue de 90 (85-96) fL; y los leucocitos tuvieron una mediana de 8 (6-11) x10<sup>9</sup>/L. La albúmina sérica mostró una mediana de 3,4 (3-4) g/dL; la mediana de colesterol fue de 113 (110-127) mg/dL y los triglicéridos una mediana de 84 (54-111) mg/dL. En cuanto al ángulo aortomesentérico se identificó una mediana de 16,6° (12°-18°) y una distancia aortomesentérica de 4 (3-7) mm. Los enfoques terapéuticos variaron de acuerdo con la gravedad y las características individuales de cada paciente. Un 37% de los sujetos se trató con duodenoyeyunostomía, mientras que otro 37% recibió tratamiento con sonda nasoyeyunal. Un paciente recibió sonda nasogástrica y en otro se indicó yeyunostomía. La **Tabla 1** muestra los casos individuales con sus características.

**Discusión:** El SAMS es una anomalía rara. Los síntomas suelen ser vagos y progresivos, con náusea, vómito posprandial, saciedad temprana, malestar abdominal, distensión abdominal y, en su fase crónica, pérdida de peso; en esta serie se observó diarrea crónica como un diagnóstico que probablemente contribuyó a la pérdida de peso con predominio de los síntomas ya descritos,

como se ha señalado en las publicaciones médicas. La obstrucción puede causar una dilatación gástrica y duodenal potencialmente letal sin tratamiento; solo uno de los pacientes falleció debido a complicaciones independientes de esta afección gracias a las intervenciones oportunas. El diagnóstico suele ser un reto y se basa en la interpretación de síntomas clínicos junto con pruebas radiológicas que confirman su presencia. El abordaje terapéutico es conservador y se basa en el apoyo nutricional, cuyo objetivo es aumentar la grasa mesentérica y el ángulo aortomesentérico. Si este enfoque terapéutico falla, está indicada la operación (el 50% de los pacientes requirió tratamiento quirúrgico).

**Conclusiones:** El SAMS es una entidad infrecuente de difícil diagnóstico debido a los síntomas inespecíficos, por lo que es importante identificar factores de riesgo para sospechar la enfermedad y realizar un control adecuado. En los casos descritos se identifica como posibles factores de riesgo padecer un trastorno neurológico y el consumo de drogas. La evolución de los pacientes fue favorable debido al diagnóstico temprano, con una atención individualizada.

**Financiamiento:** No se contó con apoyo financiero.

## Lun219

### FENOTIPO CLÍNICO DEL ESTREÑIMIENTO EN PACIENTES CON HIPOTIROIDISMO PRIMARIO BAJO TRATAMIENTO: UN ESTUDIO DE CORTE TRANSVERSAL EN LA POBLACIÓN DEL OCCIDENTE DE MÉXICO

F. A. Félix-Télez, J. R. Barrientos-Ávalos, A. G. Pérez-Castañeda, R. A. Ledesma-Rangel, J. M. Aldana-Ledesma, E. S. García-Jiménez, J. M. Remes-Troche, J. A. Velarde-Ruiz Velasco, Instituto de Investigaciones Médico-Biológicas, Universidad Veracruzana

**Introducción:** El estreñimiento es frecuente en pacientes con hipotiroidismo, pero es escasa la información sobre los factores relacionados con este

**Tabla 1.** Resumen clínico y características de la serie de casos de SAMS. (Lun218)

Paciente	Edad	Comorbilidades	Síntomas	Ángulo aortomesentérico superior/distancia aortomesentérica °/mm	Mortalidad	Tratamiento
1	22/ M	Cuadriplejía secundaria a herida por arma de fuego, toxicomanías y tabaquismo	Pérdida de peso, plenitud temprana, dispepsia, vómito posprandial y náusea	7/3,82	No	Sonda naso yeyunal
2	22/ F	Hemicolectomía por megacolon secundario a <i>C. difficile</i> , síndrome MELAS, unidad de cuidados intensivos	Pérdida de peso, plenitud temprana, dispepsia, vómito posprandial y náusea	18/4	Sí	Duodeno yeyunostomía
3	34/ F	Hipertiroidismo subclínico, endometriosis grave, depresión	Pérdida de peso, diarrea crónica, dolor abdominal, dispepsia, plenitud temprana, vómito posprandial y náusea	20/8	No	Yeyunostomía
4	24/ F	VIH con resistencia al tratamiento, neumonía por <i>M. kansasii</i>	Pérdida de peso, plenitud temprana, dispepsia, vómito posprandial, náusea	16/4	No	Duodeno yeyunostomía
5	89/ M	Alzheimer con pobre funcionalidad, fractura de cadera, consumo de AINE, úlceras gástricas por estrés, hiperplasia prostática benigna	Pérdida de peso, vómito posprandial, náusea	17,3/7,5	No	Sonda naso gástrica
6	18/ M	Alcoholismo, toxicomanía	Pérdida de peso, dolor abdominal súbito, náusea, vómito, hiporexia	12,6/7,5	No	Duodeno yeyunostomía
7	18/ M	Distrofia muscular de Duchenne	Vómito posprandial, diarrea abdominal, estreñimiento y náusea	18/2,7	No	Sonda naso yeyunal
8	18/ M	Hipoxia neonatal	Vómito posprandial	12/3,6	No	Duodeno yeyunostomía

trastorno y el fenotipo de presentación en este grupo de población, motivo por el cual surge el interés por conducir esta investigación.

**Objetivo:** Determinar la prevalencia, factores relacionados y características fenotípicas del estreñimiento en pacientes con hipotiroidismo.

**Material y métodos:** Se realizó un estudio analítico de corte transversal en el occidente de México con delimitación temporal de septiembre del 2023 a octubre del 2023. Se estudió a pacientes con diagnóstico de hipotiroidismo y se recolectaron datos sociodemográficos, antecedentes médicos e información relacionada con hipotiroidismo y estreñimiento crónico. Se aplicaron criterios de estreñimiento ocasional (EO) según la definición del consenso de expertos publicado en la *American Journal of Gastroenterology* en el 2022, así como los criterios de Roma IV para estreñimiento crónico funcional (ECF) y síndrome de intestino irritable con predominio de estreñimiento (SII-C). Se aplicó el cuestionario de Wexner para valorar la gravedad del estreñimiento. Se realizó un análisis comparativo con prueba ji cuadrada y una comparación de medias con t de Student y ANOVA previo análisis de comparación de medias e igualdad de varianzas.

**Resultados:** La prevalencia de estreñimiento en pacientes con hipotiroidismo fue de 85% (IC95%, 78,1-90,5) y el EO fue el fenotipo más frecuente con una prevalencia de 58% (IC95%, 50,2-67,0), seguido por ECF con una de 23,4% (IC95%, 16,6-31,2) y SII-C con una de 2,8% (IC95%, 0,78-7,10). Se identificó que los pacientes con estreñimiento utilizaban menor dosis de levotiroxina (estreñimiento: levotiroxina, 103,4 ± 38,7 µg vs. sin estreñimiento: levotiroxina, 127,5 ± 59,5 µg, p = 0,011) y se encontraban fuera de objetivos terapéuticos (estreñimiento: TSH, 5,21 ± 1,03 mU/L vs. sin estreñimiento: TSH, 2,61 ± 1,37 mU/L, p = 0,427). Entre las características de la defecación se encontró que el único síntoma con una diferencia significativa fue el esfuerzo excesivo (estreñimiento: esfuerzo, 45% vs. sin estreñimiento: 9,52%, p = 0,020). Al valorar la gravedad sintomática se observó que el SII-C era el fenotipo con mayor puntuación en el Wexner, seguido por ECF y EO (p = 0,014).

**Conclusiones:** El estreñimiento es un síntoma con alta prevalencia en la población con hipotiroidismo y podría ser secundario a un inadecuado control de dicha alteración. El EO es el fenotipo de estreñimiento más frecuente en pacientes con hipotiroidismo y pueden precipitarlo factores modificables como la obesidad, dosis bajas de levotiroxina o consumo concomitante de fármacos como los anticonvulsivos. La presentación clínica del SII-C es el fenotipo de estreñimiento de mayor gravedad.

**Financiamiento:** No se contó con financiamiento alguno.

## Lun220

### UTILIDAD DIAGNÓSTICA DE LOS HALLAZGOS OBTENIDOS POR VIDEOCÁPSULA ENDOSCÓPICA EN PATOLOGÍAS DE INTESTINO MEDIO

J. R. Ortiz-Martínez, N. E. Mar-Villegas, C. L. López-Rodríguez, Instituto Mexicano del Seguro Social

**Introducción:** La videocápsula endoscópica (VCE) es un dispositivo de tecnología no invasiva diseñada para proporcionar imágenes de esófago, estómago y ciego, pero sobre todo imágenes diagnósticas del intestino delgado para identificar en especial causas de sangrado, signos de enfermedad de Crohn, enfermedad celiaca, neoplasias, en el contexto de la anemia en estudio, además del dolor abdominal de causa poco clara e infecciones.

**Objetivo:** Determinar la utilidad diagnóstica de los hallazgos obtenidos por videocápsula endoscópica en afecciones del intestino medio.

**Material y métodos:** Se realizó un estudio observacional, descriptivo, transversal y retrospectivo en pacientes mayores de edad sometidos a procedimiento diagnóstico con VCE en el área de endoscopia de la UMAE No. 25, Monterrey, Nuevo León, en el periodo del 16 de noviembre del 2022 al 31 de

mayo del 2024. Se realizó un muestreo no probabilístico por conveniencia. No se calculó el tamaño de la muestra ya que se incluyó la totalidad de los casos. Se analizaron las variables de interés con el programa estadístico SPSS en su versión más reciente.

**Resultados:** Se estudió a 72 pacientes con afección sospechada del intestino medio. En 43 pacientes con datos de hemorragia se identificó el origen en el 88,37% de los casos y las causas principales de sangrado fueron las angiodisplasias y las úlceras con predominio en yeyuno, pólipos con mayor incidencia en íleon, y enteritis por radioterapia en una paciente. Las causas tumorales se documentaron en nueve pacientes y, como dato interesante, el 88,8% de las neoplasias se había manifestado inicialmente como sangrado de intestino delgado; los tumores identificados fueron hemangiomas, tumores submucosos, tumores exofíticos y pólipos de aspecto maligno. Se localizaron signos de enfermedad de Crohn en el intestino delgado en el 88,8% de los pacientes tratados por antecedentes de alta sospecha clínica, imagen o estudio de laboratorio, casos en los que fue de utilidad el índice de Lewis. De los sujetos sometidos a VCE por anemia en estudio se localizó la causa en el 60% de los casos y de los dos pacientes con dolor abdominal en estudio se identificó la causa solo en uno. Se descubrieron un caso de enteropatía por AINE y tres con sospecha de infección intestinal. No se halló ningún caso consistente con enfermedad celiaca. Se identificó la retención de la VCE en un paciente y el efecto adverso se resolvió con intervención quirúrgica sin complicaciones posoperatorias. Lo anterior se identifica de manera más sencilla en la **Tabla 1**.

**Conclusiones:** De acuerdo con los resultados obtenidos en este estudio de investigación, puede inferirse que el diagnóstico con videocápsula endoscópica es seguro en la población general adulta. Es importante evaluar la totalidad de la anatomía del intestino delgado, dado que técnicamente es difícil el acceso para los métodos convencionales de exploración (endoscopia, colonoscopia y enteroscopia). Este estudio retrospectivo de serie de casos demuestra que son útiles los estudios con VCE.

**Financiamiento:** No se dispuso de ningún financiamiento.

## Lun221

### TUMORES COLORRECTALES DE ESTIRPE HISTOLÓGICA ATÍPICA EN PACIENTES ATENDIDOS EN EL HOSPITAL GENERAL DE MÉXICO DR. EDUARDO LICEAGA

G. Rangel-Zavala, H. E. Estrada-González, P. M. Diego-Salazar, F. Higuera-De-la-Tijera, J. L. De León-Rendón, B. Jiménez-Bobadilla, Hospital General de México Dr. Eduardo Liceaga

**Introducción:** El cáncer colorrectal es una de las principales causas de morbilidad y mortalidad en México y ocupa el tercer lugar en incidencia y el primero en mortalidad. El adenocarcinoma es el tipo histológico más común. Aunque los tumores de estirpe histológica atípica representan menos del 5% de todos los tumores colorrectales, su estudio epidemiológico es crucial para entender mejor esta variante menos frecuente y normar la conducta terapéutica. En este contexto, se presenta un estudio epidemiológico de tumores colorrectales de presentación atípica en el Hospital General de México Dr. Eduardo Liceaga en los últimos cinco años.

**Objetivo:** Determinar la incidencia a cinco años de los tumores colorrectales con estirpe histológica atípica en pacientes atendidos en el Hospital General de México.

**Material y métodos:** Se llevó a cabo un estudio retrospectivo, relacional y descriptivo en el periodo comprendido entre enero de 2019 y diciembre del 2023 en pacientes atendidos en el Hospital General de México Dr. Eduardo Liceaga, quienes se hospitalizaron para abordaje diagnóstico y terapéutico debido al diagnóstico de tumor de colon o recto. Todos los pacientes con informe histopatológico disponible en este periodo se contabilizaron, con

Tabla 1. Resultados obtenidos en esta investigación. Se muestran las variables de interés y el resultado en porcentajes. (Lun220)

Casos N = 72	Sangrado de intestino delgado (n = 43)	Enfermedad de Crohn con afectación de intestino delgado (n = 9)	Tumor de intestino delgado (n = 9)	Anemia en estudio (n = 5)	Infección de intestino delgado (n = 3)	Dolor abdominal en estudio (n = 2)	Enteropatía por AINE (n = 1)	Enfermedad celiaca (n = 0)
Porcentaje de detección con VCE	88,37%	88,88%	100%	60%	100%	50%	100%	0%

N, población total; n, número de pacientes con la afección; VCE, videocápsula endoscópica.



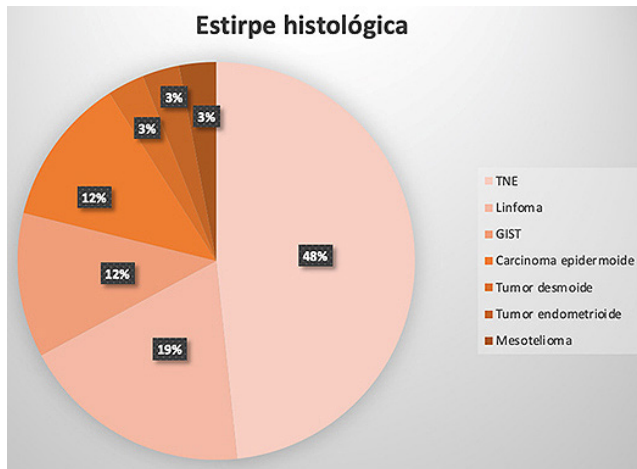
enfoque específico en los tumores colorrectales de estirpe histológica diferente del adenocarcinoma.

**Resultados:** Durante el periodo de enero de 2019 a diciembre de 2023 se identificaron 525 casos de tumores colorrectales diagnosticados; los tumores de estirpe histológica atípica constituyeron el 6,9% (36 de 525 pacientes) de todos los casos. De éstos se reconocieron 16 casos de tumores neuroendocrinos, ocho de linfoma colorrectal, cinco de tumores del estroma gastrointestinal, cuatro de carcinomas epidermoides, así como un caso de tumor desmoide, un mesotelioma y un tumor endometriode, como se muestra en la Figura 1 y la Tabla 1. Se revisaron características clínicas y demográficas de los pacientes y se realizó análisis estadístico descriptivo con el paquete de análisis SPSS versión 26.

**Conclusiones:** Los tumores neuroendocrinos de colon y recto representaron la estirpe histológica atípica más frecuente en los tumores colorrectales en este centro hospitalario de tercer nivel.

**Financiamiento:** No se recibió financiamiento.

Figura 1. Tumores de estirpe histológica atípica por porcentajes. (Lun221)



TNE, tumor neuroendocrino, GIST, tumor del estroma gastrointestinal.

Tabla 1. Frecuencias y porcentajes de tumores de colon o recto de estirpe histológica. (Lun221)

Estirpe histológica	n = 525
Adenocarcinoma	489 (93,1)
Tumor neuroendocrino (TNE)	016 (3,00)
Linfoma	008 (1,52)
Tumor del estroma gastrointestinal (GIST)	005 (0,95)
Carcinoma epidermoide	004 (0,76)
Tumor desmoide	001 (0,19)
Mesotelioma	001 (0,19)
Tumor endometriode	001 (0,19)
Total	525 (100)

## Lun222

### EXPERIENCIA DE ANASTOMOSIS PRIMARIA O SECUNDARIA AL RECTO EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL

M. R. Esquivel-Steffanoni, A. Guinea-Lagunes, M. Philippe-Ponce, E. Contreras-Avilés, S. G. Almeida-del Prado, J. A. Villanueva-Fierro, B. Jiménez-Bobadilla, J. L. De León-Rendón, Hospital General de México Dr. Eduardo Liceaga

**Introducción:** Existe información de la incidencia de fuga de la anastomosis colorrectal hasta del 20% y es una de las complicaciones más temidas por el cirujano, con una mortalidad notificada de 29%. Por otro lado, una operación derivativa puede modificar el estilo de vida de modo radical, por lo que resulta difícil para el cirujano tomar decisiones.

**Objetivo:** Identificar los factores de riesgo con mayor significancia estadística para la fuga de la anastomosis colorrectal.

**Material y métodos:** Estudio observacional, longitudinal y retrospectivo con descripción analítica de los pacientes sometidos a colectomía subtotal o segmentaria con anastomosis al recto o estado derivativo intestinal previo, con restitución del tránsito intestinal mediante anastomosis, como intervención quirúrgica electiva o de urgencia en el Hospital General de México Dr. Eduardo Liceaga en el periodo 2022-2023.

**Resultados:** Se incluyó 120 pacientes con afección benigna y maligna de colon y recto, con segmentectomía o estado derivativo previo mediante anastomosis primaria o secundaria al recto. El 13,2% (16 pacientes) requirió anastomosis ultrabaja. La operación fue laparoscópica en el 72,7% (88 pacientes), abierta en el 20,7% (25 pacientes) y convertida en el 6,6% (8). Se reconoció fuga de la anastomosis en el 9,2% (11 pacientes) y obligó al desmantelamiento en el 7,4% (nueve pacientes) y reforzamiento en el 1,6% (dos pacientes). Se practicó ileostomía protectora en el 9,2% (11 pacientes) por riesgo elevado de fuga de la anastomosis. Los factores de riesgo con mayor significancia fueron el ASA (OR = 1-6; IC95%, 1,2-2; p = 0,02); sangrado (p = 0,04 ± DE 239,46 ± 239,07) y transfusión sanguínea (p = 0,04).

**Conclusiones:** Los factores de riesgo con mayor relevancia para la fuga de la anastomosis colorrectal fueron el ASA, el sangrado y la transfusión sanguínea.

**Financiamiento:** No se recibió ningún tipo de financiamiento.

## Lun223

### CÁPSULA ENDOSCÓPICA COMO AUXILIAR DIAGNÓSTICO DE ISQUEMIA MESENTÉRICA AGUDA: SERIE DE CASOS

R. López-Contreras, G. Von Bertrab-Carmona, G. J. Ochoa-Rodríguez, D. García-Compeán, L. A. Vázquez-Díaz, Christus Mugerza Alta Especialidad

**Introducción:** La isquemia mesentérica es un grupo de enfermedades caracterizada por una interrupción del suministro de sangre a diferentes partes del intestino, lo que conduce a isquemia y cambios inflamatorios secundarios. Tiene una prevalencia de 0,09% a 0,2% de los ingresos por abdomen agudo y puede ser secundaria a la embolia (50%).

**Objetivo:** Presentar dos casos clínicos de isquemia mesentérica aguda secundaria a embolismo por fibrilación auricular.

**Informe de casos:**

**Caso 1:** Paciente femenina de 81 años. APP: DM2 en tratamiento con sitagliptina y metformina. Colectectomía realizada. Inicia su padecimiento actual al sufrir de manera aguda dolor en epigastrio de una intensidad de 10/10 en EVN, de tipo opresivo, sin irradiaciones, acompañado por vómito en tres ocasiones de contenido gastroalimentario. La exploración física identifica dolor a la palpación profunda en el hipocondrio derecho y ruidos cardiacos arritmicos. Biometría hemática: leucocitos de 10,76 a expensas de neutrófilos. El electrocardiograma revela fibrilación auricular de respuesta ventricular rápida. El ecocardiograma registra dilatación grave biauricular con FEVI preservada (50%). La endoscopia no muestra alteraciones y la tomografía computarizada con contraste delinea un engrosamiento focal en yeyuno con zonas hipodensas en mucosa. Se indica cápsula endoscópica que identifica un yeyuno proximal en zona de mucosa con edema notable, hemorragias submucosas, úlceras con exudado blanquecino y tejido necrótico (Figura 1). Se indica la resección quirúrgica.

**Caso 2:** Paciente femenina de 67 años. HAS bajo tratamiento no especificado y con hipercolesterolemia. Apendicectomía y colectectomía. Inicia el padecimiento actual 48 horas antes de su ingreso al presentar de manera aguda dolor abdominal de 10/10 localizado en epigastrio, sin irradiaciones, de tipo cólico, acompañado de náusea sin vómito. Tres horas antes de su ingreso se añade diarrea sanguinolenta en tres ocasiones. La exploración física señala dolor a la palpación en hemicólon superior. La endoscopia y la colonoscopia no señalan alteraciones. La tomografía computarizada muestra engrosamiento difuso del yeyuno proximal. Durante su estancia se registran episodios de paroxismos de fibrilación auricular, lo cual se confirma con Holter de ritmo durante 24 horas. Se indica cápsula endoscópica que identifica engrosamiento de varios centímetros con ulceraciones circunferenciales con más del 50% y zonas isquémicas.

**Discusión:** Los embolismos periféricos son una forma poco común de presentación de la fibrilación auricular. La arteria mesentérica superior es en particular vulnerable debido a su diámetro relativamente grande y su ángulo desde la aorta. La mayor parte de los émbolos se alojan a 3 a 10 cm de distancia del origen de la SMA, lo que afecta al yeyuno proximal y el colon. El

interés de estos casos clínicos reside en su sitio afectado, donde por lo general no hay embolismos, aparte de su presentación clínica inespecífica, en la que se necesita alta sospecha diagnóstica para establecer el diagnóstico.

**Conclusiones:** Siempre es un buen diagnóstico diferencial la isquemia intestinal en pacientes con abdomen y antecedente de fibrilación auricular. Debido a la presentación inespecífica del cuadro clínico exige gran alta sospecha clínica y utilizar todas las herramientas diagnósticas disponibles, como en este caso la cápsula endoscópica.

**Financiamiento:** No se dispuso de financiamiento.

**Figura 1.** Corte coronal de TC de abdomen en el que se observa inflamación difusa del yeyuno proximal. (Lun223)



## Lun224

### CARACTERÍSTICAS EPIDEMIOLÓGICAS EN PACIENTES CON INCONTINENCIA FECAL: EXPERIENCIA EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL DE ATENCIÓN

A. L. Ordóñez-Vázquez, A. Pereira-García, J. S. Arenas-Martínez, A. Fuentes-Montalvo, I. Padilla-Betancourt, M. Esarte-Rodríguez, E. Coss-Adame, Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán

**Introducción:** La incontinencia fecal (IF) tiene una prevalencia global de 5% a 8%, con predominio en mujeres mayores de 60 años. Es un problema frecuentemente subestimado, que exige una evaluación clínica especializada para la selección terapéutica óptima que atenúe el efecto negativo sobre la calidad de vida de los pacientes. La información sobre la evaluación y el tratamiento de la IF en esta población es escasa.

**Objetivo:** Describir las características epidemiológicas, clínicas, manométricas y terapéuticas en la población adulta con IF.

**Materiales y métodos:** Estudio transversal en un centro de tercer nivel de atención en la Ciudad de México. Se incluyó a pacientes mayores de 18 años con IF atendidos desde marzo de 2020 hasta diciembre de 2023. La información clínica se extrajo de los expedientes clínicos mediante un formulario electrónico estandarizado de recopilación de datos demográficos, comorbilidades, síntomas, estudios de imagen y manometría anorrectal. Los resultados se resumieron con estadísticas descriptivas.

**Resultados:** Se encontraron 112 casos de IF. La edad promedio fue de 64,6 años, con 78,3% de mujeres y 73% de comorbilidades metabólicas. Características clínicas: 56,5% tenía antecedentes de operación anorrectal y 30,4% traumatismo obstétrico. La IF de urgencia fue la más frecuente (42,9%) y 60% de los pacientes mostró IF moderada a grave acorde a la escala de Wexner ( $\geq 9$  puntos). El 82,6% refirió consumo de fibra o loperamida y 83,3% de protectores. El 40% de los individuos contaba con ultrasonido endoanal, resonancia de pelvis o defecografía; 87% se sometió a evaluación del servicio de coloproctología. En la manometría de alta resolución se identificó la ausencia del reflejo anocutáneo (30,4%), esfínter anal hipotenso (73,9%), hipocontractilidad anal (65,2%), alteración de sensibilidad rectal (56,5%, 17,4% por hiposensibilidad y 39% por hipersensibilidad) y disineria defecatoria concomitante (65,2%). El tiempo promedio transcurrido desde el inicio de los síntomas hasta el abordaje diagnóstico fue de 2,25 (+3,26) años. Solo el 40,3% de los pacientes acudió a terapia de biorretroalimentación (TBR). El resto de los hallazgos se resume en la **Tabla 1**.

**Conclusiones:** Las características epidemiológicas de los pacientes con IF en este centro son similares a las descritas en otras poblaciones; sin embargo, la proporción de pacientes con antecedente de cirugía anorrectal, tratamiento médico y dispositivos protectores fue mayor a la descrita. A pesar de ser referidos, los pacientes acuden en menor proporción a TBR que lo informado en estudios anteriores. Se requieren estudios para evaluar los obstáculos que llevan a una baja asistencia a la TBR.

**Financiamiento:** No se recibió financiamiento de ningún tipo.

**Tabla 1.** Características epidemiológicas de los pacientes con incontinencia fecal. n (%), mediana (RIC). (Lun224)

Característica	Valor
Edad (n = 111) (mediana, RIQ)	68 años (20-87)
Sexo (femenino)	78,3% (n = 88)
<b>Tipos de IF</b>	
*Urgencia	42,9% (n = 48)
*Pasiva	28,6% (n = 32)
*Mixta	9,5% (n = 11)
*Soiling	19% (n = 21)
Antecedente de operación anorrectal	56,5% (n = 63)
Antecedente de traumatismo obstétrico	30,4% (n = 34)
Escala de Wexner (media y DE)	12,6 puntos ( $\pm$ 4,72)
Tiempo entre inicio de síntomas al diagnóstico (media y DE)	2,25 años ( $\pm$ 3,26)
<b>Tratamiento farmacológico</b>	
*Ninguno	17,4% (n = 19)
*Fibra	43,5% (n = 49)
*Loperamida	8,7% (n = 10)
*Fibra y loperamida	30,4% (n = 34)
Uso de dispositivos protectores	83,3% (n = 93)
<b>Estudio de imagen (n = 68)</b>	
*Ultrasonido endoanal	22% (n = 15)
*Defecografía	16% (n = 11)
*Resonancia magnética de pelvis	18% (n = 12)
<b>Manometría anorrectal de alta resolución (n = 112)</b>	
*Longitud del esfínter anal (mediana, RIQ)	2,80 cm (2,1-3,5)
*Presión del esfínter anal (mediana, RIQ)	38,5 mmHg (24,3-57,8)
*Contracción promedio (mediana, RIQ)	53,5 mmHg (36,3-82,9)
*Contracción máxima (mediana, RIQ)	111 mmHg (69-153)
*Duración de la contracción (mediana, RIQ)	30 segundos (28,8-31)
Pacientes referidos a tratamiento de biorretroalimentación	100% (n = 112)
Pacientes que completaron 3 a 6 sesiones de biorretroalimentación	40,32% (n = 36)

## Lun225

## HALLAZGOS MORFOLÓGICOS Y FUNCIONALES DEL PISO PÉLVICO EN PACIENTES CON TRASTORNOS DE LA DEFECACIÓN EVALUADOS MEDIANTE DEFECOGRAFÍA POR RESONANCIA MAGNÉTICA (DRM)

V. Guzmán-Pérez, M. T. Sánchez-Ávila, L. A. Morales-Garza, J. F. Sánchez-Ávila, I. Cano-Muñoz, J. M. Hinojosa-Mata, R. C. López-Sánchez, J. A. Hernández-Hernández, Tecnológico de Monterrey

**Introducción:** Los trastornos defecatorios se describen como alteraciones de la evacuación intestinal normal y pueden relacionarse con aspectos estructurales, funcionales y neurológicos. Estos trastornos se manifiestan a menudo con síntomas adicionales, como incontinencia fecal, estreñimiento crónico, dolor anorrectal funcional y disfunción del suelo pélvico. Las definiciones actuales de las Sociedades Europeas de Radiología Gastrointestinal y Urogenital (ESGAR y ESUR) establecen que la DRM es el método de elección para el estudio estructural y funcional del complejo anorrectal y el piso pélvico.

**Objetivo:** Documentar la utilidad de la DRM en el estudio de los trastornos de la defecación y analizar los hallazgos morfológicos y funcionales obtenidos con la implementación de este estudio. Este enfoque innovador detecta anomalías en tiempo real al combinar los beneficios del ultrasonido endoanal, la defecografía y la resonancia y reduce la necesidad de solicitar múltiples estudios. Esto permite proporcionar tratamientos más precisos basados en hallazgos anatómicos o funcionales y promover la medicina de precisión.

**Material y métodos:** Se analizaron de manera retrospectiva 52 estudios de DRM en el periodo de 2012 a 2023. Se incluyó a 48 mujeres y tres hombres con un intervalo de edad de 18 a 77 años (media, 56,4 años). Se valoraron alteraciones en los músculos puborrectales, pubococcigeos, esfínter y conducto anal. De igual forma, se evaluó el ángulo puborrectal en sus diferentes fases, el nivel del esfínter, así como la presencia de rectocele, enterocele, cistocele, invaginación y otras alteraciones.

**Resultados:** En los 52 estudios se identificaron una o más alteraciones; 54% mostró cambios morfológicos en la musculatura del piso pélvico, 46% engrosamiento en el conducto anal y 13% anomalías de las estructuras blandas y óseas de la pelvis. Respecto de la fase dinámica, 28,84% de los pacientes sufrió disfunción del músculo puborrectal, 80,76% debilidad del puborrectal, 68,22% disineria del piso pélvico, 50% disfunción del piso pélvico y 32,69% descenso del piso pélvico (Tabla 1). De igual forma, se identificaron 32 rectoceles, dos enteroceles, cinco cistoceles y 19 invaginaciones.

Tabla 1. Valores normales y patológicos en la fase dinámica de la defecografía por resonancia magnética. (Lun225)

Valores normales en la fase dinámica	Anomalia
Ángulo puborrectal en reposo (108°-127°)	<b>Aumento &gt; 127°</b> Disfunción del músculo puborrectal (contribuye a la incontinencia fecal). Presente en 28,84% de los pacientes.
Ángulo puborrectal en esfuerzo máximo (disminución de 15° a 35°)	<b>Disminución &lt; 15°</b> Debilidad del músculo puborrectal. (afectación de la contracción o cierre del ángulo anorrectal). Presente en 80,76% de los pacientes.
Apertura anormal del ángulo puborrectal en defecación (aumento de 15°-20°)	<b>Aumento &lt; 15°</b> Disineria del piso pélvico (descoordinación de los músculos del piso de la pelvis que causa vaciamiento incompleto/estreñimiento crónico). Presente en 68,22% de los pacientes.
Nivel del esfínter en pujo (disminución de 10,3-29,9 mm) respecto del valor normal en reposo < 30 mm en relación con la línea pubococcígea.	<b>&lt; 10,3 mm</b> Disfunción del piso pélvico (afectación de la continencia/evacuación; puede ocasionar prolapso por pujo excesivo). Presente en 50% de los pacientes.

Nivel del esfínter en defecación (disminución de 10,3-29,9 mm) respecto del valor normal en reposo < 30 mm en relación con la línea pubococcígea.	<b>&gt; 29,9 mm</b> Descenso del piso pélvico (desplazamiento de las estructuras de la pelvis fuera de su posición) o trastornos del vaciamiento rectal Presente en 32,69% de los pacientes.
---	--

**Conclusiones:** La DRM identificó las anomalías más prevalentes en los pacientes evaluados, incluidos el engrosamiento del conducto anal y los músculos puborrectales, así como la disfunción y la disineria de la musculatura del suelo pélvico. Además, se observaron como hallazgos destacados el descenso y la debilidad del piso pélvico. Estos resultados subrayan la capacidad de la DRM para reconocer alteraciones morfológicas y funcionales en el complejo anorrectal y el piso pélvico, lo cual facilita instituir un tratamiento más preciso y adecuado para cada paciente.

**Financiamiento:** No se recibió financiamiento.

## Lun226

## DESCRIPCIÓN MULTIDIMENSIONAL DE PÓLIPOS COLORECTALES: CARACTERÍSTICAS EPIDEMIOLÓGICAS, ENDOSCÓPICAS E HISTOLÓGICAS EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL EN MÉXICO

L. Robles-Casanova, G. Bretón-Arroy, S. M. I. Mejía-Loza, E. García-Ruiz, Hospital Juárez de México

**Introducción:** Los pólipos adenomatosos son precursores importantes del cáncer colorrectal. En poblaciones de riesgo, la prevalencia de pólipos alcanza el 30% a 40%, con una elevada recurrencia (20%-50% en tres a cinco años). La transformación a cáncer se relaciona con el tamaño (> 10 mm), número ( $\geq 3$ ) y displasia de alto grado o morfología vellosa, lo que incrementa la malignización del 10% al 27%. La falta de estadísticas detalladas en México subraya la necesidad de realizar investigaciones locales sobre prevalencia, tipos de pólipos y factores de riesgo específicos para la población mexicana.

**Objetivo:** Comparar las características clínicas, endoscópicas e histológicas de los pacientes con pólipos de colon y recto.

**Material y métodos:** Se realizó un estudio retrospectivo, descriptivo y transversal con comparación de cohortes en el Hospital Juárez de México (HJM) entre enero de 2022 y diciembre de 2023. Se incluyó a pacientes con pólipos colorrectales, incluidos aquellos con adenocarcinoma colorrectal y antecedentes de pólipos (en los 10 años anteriores al diagnóstico) y pacientes con pólipos sin evolución. Se utilizó Microsoft Excel y R-Statistical Software para evaluar la influencia de las variables, como sexo, tabaquismo, DM2, hipertensión arterial sistémica y obesidad.

**Resultados:** En el estudio participaron 155 pacientes con pólipos colorrectales, con una mediana de edad de 59 años. De estos, 51,61% correspondió a mujeres y 48,4% a hombres. Las características clínicas incluyeron a 32,9% con diabetes mellitus tipo 2 (DM2), 32,9% con obesidad, 36,8% con hipertensión arterial sistémica (HAS) y 16,12% con síndrome metabólico. Los pacientes eran fumadores activos en 25,8% y ex fumadores en 34,2%. El 56,77% consumía alcohol, con 22,6% activos y 34,2% ex consumidores. Solo el 26,45% consumía AINE. La evolución al adenocarcinoma fue del 34,8%. Los pólipos sésiles fueron los más comunes (90,32%), seguidos por los pediculados (6,45%) y los subpediculados (3,22%). En cuanto al tamaño, 30,96% media < 5 mm y 10,96% > 20 mm. La mayoría de los pacientes (83,22%) tenía pólipos únicos. En el plano anatómico, los pólipos se localizaron sobre todo en el recto (30,32%), colon ascendente (28,38%), sigmoides (18,06%), colon transversal (14,19%), rectosigmoides (5,80%) y colon descendente (3,22%). En términos histológicos se dividieron en adenomas (30,9%), adenocarcinomas (30,9%) y pólipos no adenomatosos (38%). De los adenomas, 68,8% correspondió a tubulares, 18,8% a tubulovillosos, 8,3% a serrados sésiles ASS/P y 2,1% a serrados y vellosos. El análisis de regresión logística mostró que los mayores de 65 años tenían mayor probabilidad de adenocarcinoma (coeficiente de 38,587,  $p = 0,001$ ). El tabaquismo activo elevó la probabilidad de adenomas (coeficiente de 10,8,  $p = 0,001$ ) y adenocarcinomas (coeficiente de 11,2,  $p = 0,001$ ). Aunque la DM2 y la obesidad tenían coeficientes positivos, no alcanzaron significancia estadística. El análisis con ji cuadrada mostró relación entre



DM2 y pólipos ( $p = 0,025$ ) con un valor de ji cuadrada de 4,997. Ni el sexo ni el consumo de alcohol influyeron significativamente en el desarrollo de adenomas o adenocarcinomas.

**Conclusiones:** Se detallan las características clínicas, endoscópicas e histológicas de una cohorte con pólipos colorrectales. Los pólipos sésiles fueron los más frecuentes, con una notable proporción de pólipos grandes ( $> 20$  mm). El tabaquismo se identificó como factor de riesgo significativo para todos los grupos y se reconoció además una vinculación entre DM2 y pólipos ( $p = 0,001$ ). La obesidad y la hipertensión arterial sistémica no mostraron relaciones significativas con adenomas o adenocarcinomas, probablemente debido al tamaño de la muestra. Los datos sugieren la necesidad de enfocarse en el tabaquismo para guiar políticas de salud efectivas.

**Financiamiento:** No se contó con ningún financiamiento.

## Lun227

### SANGRADO DIGESTIVO COMO MANIFESTACIÓN DE LEIOMIOSARCOMA

Y. J. Cruz-Ramírez, R. S. Vélez-Ramírez, M. V. Ramos-Gómez, M. A. Quiñones-Barrera, Grupo Colaborativo: Centro Médico Nacional, Hospital 20 de Noviembre

**Introducción:** El leiomioma es una neoplasia maligna de la submucosa extremadamente rara en el intestino delgado, con una incidencia anual de 1 por 1 000 000 habitantes; por lo regular se presenta en mujeres mayores de 50 años (relación H:M de 1:2), se origina en el músculo liso intestinal, es más común en el yeyuno y representa el 7% de la patología maligna del intestino delgado; los leiomiomas pueden ser difíciles de distinguir de los leiomiomas, y por tanto es imprescindible el estudio anatomopatológico (es mayor el índice mitótico en los leiomiomas).

**Objetivo:** Establecer un diagnóstico oportuno de enfermedades poco frecuentes.

#### Informe de casos:

**Caso 1:** Hombre de 46 años sin antecedentes médicos que acude a urgencias por mareo, lipotimia y anemia (hemoglobina de 6 mg/dL); exploración física: llenado capilar  $> 3$  s y taquicárdico. Se transfunden 2 paquetes eritrocitarios; la panendoscopia y la colonoscopia son normales; la tomografía axial computarizada con doble medio de contraste revela un engrosamiento a nivel del íleon proximal, con disminución del calibre de las asas, sin evidencia de zona de transición; la enteroscopia identifica una masa obstructiva en el yeyuno. El caso se lleva al servicio de oncología quirúrgica que reconoce una obstrucción intestinal y se indica la práctica de una intervención de urgencia (laparotomía exploradora, resección tumoral y plastia umbilical baja intestinal); se traslada al paciente a la unidad de cuidados intensivos (Figura 1). Informe histológico: leiomioma de yeyuno de patrón típico con alto grado de proliferación del 70% y grado 3, con tamaño tumoral de  $6 \times 5,5 \times 5$  cm y angioinvasión de bordes distal y proximal. Estudio inmunohistoquímico: S100, Dog 1 negativo, músculo liso positivo, Ki67, índice de proliferación de 70%, positivo a vimentina.

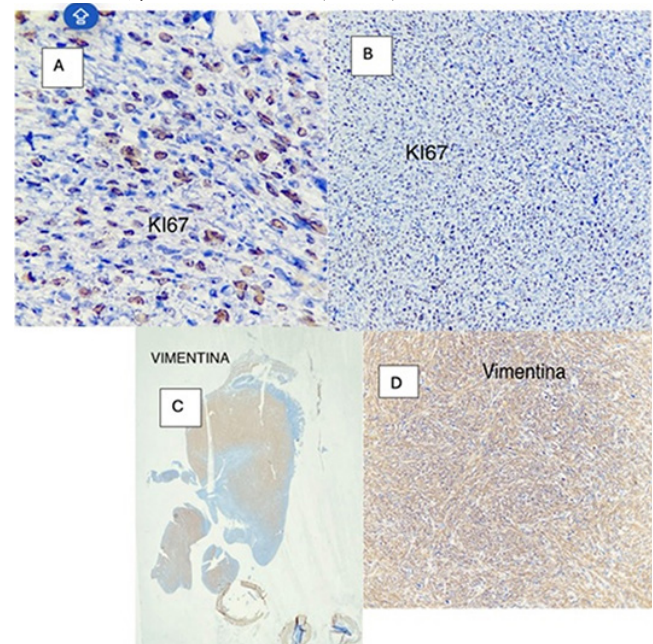
**Caso 2:** Paciente masculino de 50 años con antecedentes médicos: diabetes mellitus tipo 2 e hipertensión arterial sistémica controlada actualmente; ingresa a emergencia por deposiciones melánicas de cuatro días de evolución, con dolor abdominal localizado en el mesogastrio que se irradia al hipogastrio, en escala del dolor de 8/10, tipo cólico. Exploración física: paciente inestable, hipotenso y taquicárdico; el abdomen es globoso, con ruidos gastrointestinales abolidos y signos de irritación peritoneal. La tomografía contrastada de abdomen señala obstrucción intestinal; se practica una laparotomía exploradora de emergencia que delinea un tumor ulcerado en el yeyuno de gran tamaño que obstruye la totalidad de la luz. Se traslada al paciente a la unidad de cuidados intensivos. La Figura 1 (b y c) corresponde a un leiomioma de yeyuno de patrón típico con moderada proliferación de 40% y grado 2, con tamaño tumoral de  $10 \times 8 \times 8$  cm y angioinvasión de bordes distal. Estudio inmunohistoquímico: S100, Dog 1 negativo, músculo liso positivo, Ki67, índice de proliferación de 60%, positivo a vimentina.

**Discusión:** Los casos tienen puntos en común: pacientes masculinos con sangrado digestivo y obstrucción intestinal sometidos a laparotomía exploradora y resección tumoral. Se trata de una malformación incidental y las más de las veces muestra hemorragias intestinales melánicas, hasta la anemia, según la escasa información publicada. Puede tratarse también de síndromes oclusivos debido a la obstrucción parcial o total de la luz intestinal por el crecimiento endoluminal del tumor.

**Conclusiones:** Es esencial diferenciar los tumores del estroma gastrointestinal de los leiomiomas, que requieren estudio inmunohistoquímico, con negatividad para CD117, CD34, DOG1 y S100, y positividad para AME y desmina. Los síntomas son inespecíficos, según sean el tamaño y la localización del tumor. El tratamiento consiste en resección quirúrgica completa y quimioterapia. Esta malformación conlleva un alto riesgo de recurrencia; la resección es el tratamiento de elección, la recidiva tras la operación radical es del 40% y la diseminación metastásica se produce sobre todo por vía hematogena. Es necesario considerarla dado que es un padecimiento poco frecuente, con múltiples alternativas quimioterapéuticas; su pronóstico varía de acuerdo con la etapa en que se diagnostique.

**Financiamiento:** No se recibió financiamiento de ningún tipo.

**Figura 1.** Paciente 1: las imágenes a y b corresponden a un leiomioma de yeyuno, Ki67, índice de proliferación de 70%, positivo a vimentina. Imágenes c y d: S100, Dog 1 negativo, músculo liso positivo, Ki67, índice de proliferación de 60%, positivo a vimentina. (Lun227)



## Lun228

### UNA DÉCADA DE TUMORES RAROS: FRECUENCIA Y COMPORTAMIENTO EPIDEMIOLÓGICO DE LOS TUMORES NEUROENDOCRINOS DIGESTIVOS EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL

C. G. Solís-Hernández, M. C. Alegria-Ovando, J. A. González-Vanegas, J. U. Marín-Contreras, Y. M. Velasco-Santiago, F. Higuera-De-la-Tijera, Hospital General de México Dr. Eduardo Liceaga

**Introducción:** Los tumores neuroendocrinos gastrointestinales son neoplasias raras de crecimiento lento con características histológicas, biológicas y clínicas distintivas. Aunque la mayor parte de estas neoplasias no es funcional, algunos pueden desencadenar síndromes hormonales debido a la secreción de péptidos o aminas del tumor. Todas las malformaciones neuroendocrinas gastrointestinales tienen el potencial de proyectar metástasis, lo que modifica en grado negativo la supervivencia del paciente.

**Objetivo:** Determinar la frecuencia y la evolución epidemiológica de los tumores neuroendocrinos del tracto digestivo en el Hospital General de México Dr. Eduardo Liceaga.

**Material y métodos:** Es un estudio descriptivo, analítico y retrospectivo en el que se revisaron expedientes clínicos de pacientes con diagnóstico anatomopatológico de tumor neuroendocrino gastrointestinal, entre 2014 y 2024, para evaluar variables demográficas y presentación. Se emplearon estadísticas descriptivas con medidas de tendencia central y dispersión mediante SPSS 25.0. Los valores se expresan como medias y desviaciones estándar.



**Resultados:** Del total de 42 pacientes, la incidencia notificada fue de 0,0231%, 23 pacientes (54,7%) fueron mujeres con una edad media de  $50,26 \pm 13,9$  años; en ninguno de los pacientes se encontraron antecedentes neoplásicos heredofamiliares y la comorbilidad encontrada fue la DMT2 en un 70,2%; en cuanto a la localización anatómica del tumor, 33 pacientes tenían insulinoma pancreático (33,3%), 7 (16,6%) en el intestino medio (duodeno, yeyuno e íleon), 5 (11,9%) en el colon y recto, y 3 (7,1%) en el estómago. Los sitios más comunes de implantes metastásicos fueron el hígado en 7,1% y el mesenterio y epiplón en 2,3%, respectivamente. El tamaño promedio del tumor neuroendocrino fue de 2,5 cm. El tiempo de diagnóstico promedio a partir del inicio de los síntomas fue de 7,5 años. Los principales síntomas relacionados fueron astenia y adinamia en el 100%, pérdida ponderal en 15%,

rectorragia en 7,1%, oclusión intestinal en 9,5% y perforación gástrica en 2,3%. Las complicaciones posquirúrgicas tempranas, señaladas en un solo paciente, fueron la perforación intestinal y el hemoperitoneo.

**Conclusiones:** La estadística descriptiva de los tumores neuroendocrinos del tracto digestivo coincide con lo informado en las publicaciones médicas. Las localizaciones más frecuentes son el páncreas y en segundo lugar el intestino delgado; por lo regular, los pacientes son asintomáticos hasta la presentación de las complicaciones graves por efecto de la compresión del tumor o la perforación de estructuras adyacentes; el tratamiento y el pronóstico dependen del grado y el estadio del tumor.

**Financiamiento:** No se dispuso de ningún financiamiento.



# REVISTA DE GASTROENTEROLOGÍA DE MÉXICO

www.elsevier.es/rgmx



## Exposición de trabajos libres en cartel

Lunes 18 de noviembre de 2024

### Nutrición clínica

Lun229

#### VITAMINA D Y SU RELACIÓN EN EL PERFIL LIPÍDICO Y COMPOSICIÓN CORPORAL EN MUJERES CON SÍNDROME DE INTESTINO IRRITABLE

R. Baños-Vázquez, V. M. Mendoza-Martínez, N. Bueno-Hernández, Hospital General de México Dr. Eduardo Liceaga

**Introducción:** La vitamina D es crucial para la regulación del metabolismo óseo y la salud inmunológica y funciona como un modulador significativo en diversas enfermedades, incluidas las anomalías gastrointestinales como el síndrome de intestino irritable (SII) al regular la inmunidad intestinal, la diferenciación celular y la adhesión intracelular, lo cual contribuye a atenuar la inflamación y prevenir el daño tisular. La deficiencia de vitamina D se considera hoy día un problema de salud mundial; se ha publicado que la vitamina D puede desempeñar un papel importante en la modulación del metabolismo lipídico, al modificar los valores de colesterol y triglicéridos y contribuir potencialmente a la prevención de las enfermedades cardiovasculares.

**Objetivo:** Analizar las cifras de vitamina D en pacientes femeninas con SII y su relación con el perfil de lípidos.

**Material y métodos:** Se realizó un estudio de cohorte prospectiva en pacientes que acudieron al servicio de gastroenterología del Hospital General de México Dr. Eduardo Liceaga. Se incluyó a pacientes femeninas de 18 a 59 años con diagnóstico de SII e IMC de 18,5-29,9 kg/m<sup>2</sup>. Se excluyó a los pacientes que habían consumido antibióticos en las últimas dos semanas, con resección intestinal, síndrome de intestino corto, mujeres embarazadas, y consumo de probióticos o enzimas. Se realizaron estudios de laboratorio para conocer el

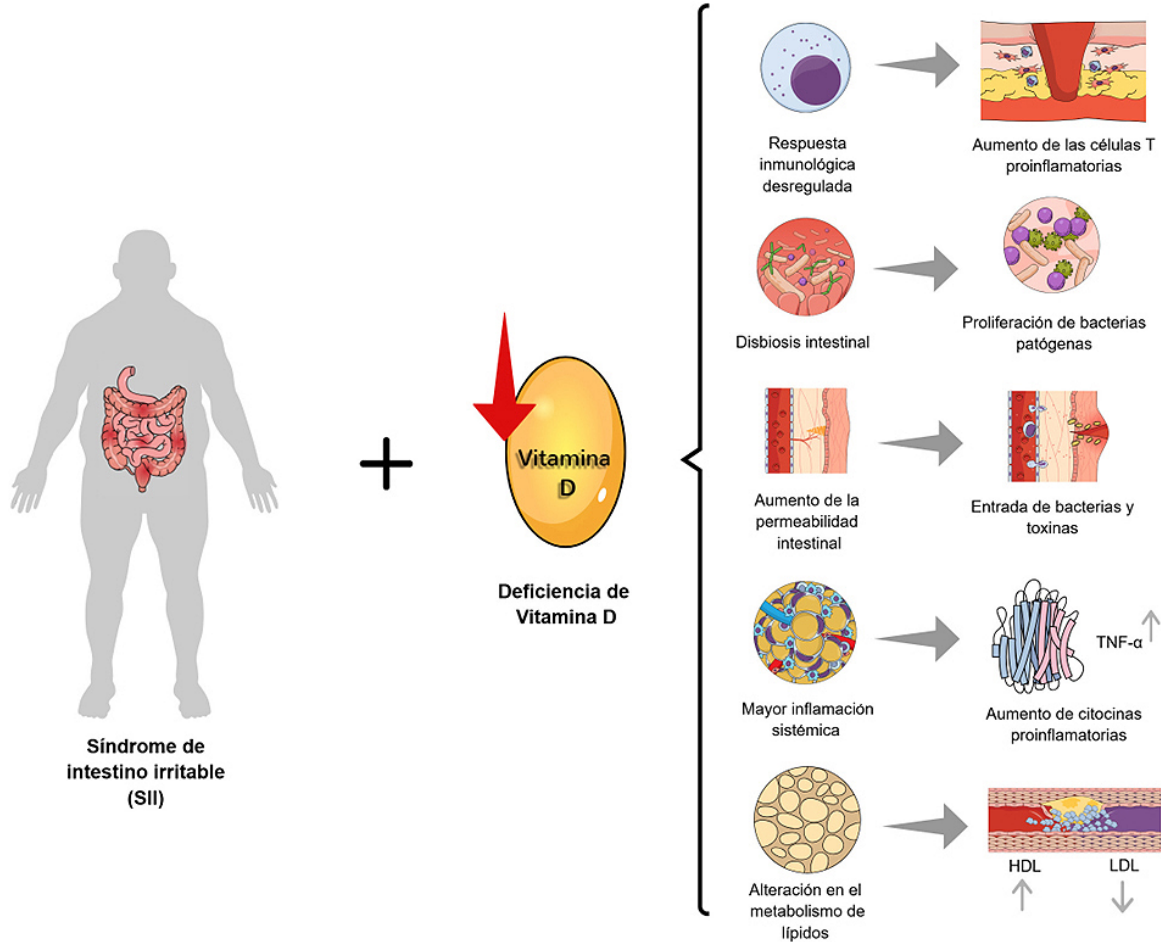
perfil lipídico y los valores de vitamina D, y la composición corporal con bioimpedancia. Los pacientes se clasificaron en dos grupos de acuerdo con las cifras de vitamina D: bajo (< 30 ng/dL) y normal (> 30 ng/dL). Análisis estadístico: se utilizó t de Student para conocer la diferencia entre los pacientes con valores bajos y normales de vitamina D en su perfil de lípidos y composición corporal. Se realizó una correlación de Pearson para conocer el grado de relación entre la vitamina D y las variables de composición corporal y bioquímicas. Se utilizó el software SPSS v25 p y se tomó una p significativa < 0,05.

**Resultados:** Se incluyó a un total de 27 participantes con SII. Se identificó a un total de 21 (77,7%) pacientes con vitamina D (30 ng/dL) y 6 (22,2%) con vitamina D > 30 ng/dL. En cuanto a la composición corporal, se encontraron diferencias en los grupos con cifras bajas y normales de vitamina D en grasa (27,2 ± 6,2 kg vs. 21,1 ± 7,9 kg; p = 0,050), mientras que en la parte bioquímica se identificaron diferencias significativas en triglicéridos (TGC) (163,9 ± 99,1 mg/dL vs. 58,3 ± 23,8 mg/dL; p = 0,032). Se encontraron correlaciones inversamente proporcionales y moderadas entre la vitamina D y los kilogramos de grasa (r = -0,371, p = 0,057), colesterol total (r = -0,472, p = 0,013), TGC (r = -0,455, p = 0,017), LDL (r = -0,377, p = 0,052) e insulina (r = -0,432, p = 0,024) (Figura 1).

**Conclusiones:** Se identificó una relación entre los valores de vitamina D y el perfil de lípidos en mujeres con SII. Las participantes con cifras bajas de vitamina D tuvieron valores más altos de TGC y una mayor cantidad de grasa corporal en comparación con aquellas con cifras normales de vitamina D. Estos hallazgos sugieren que la deficiencia de vitamina D puede exacerbar los desequilibrios lipídicos y elevar el riesgo de trastornos cardiovasculares en esta población; sin embargo, se requieren investigaciones adicionales y en poblaciones mayores.

**Financiamiento:** Recursos propios de la Dirección de Investigación del Hospital General de México Dr. Eduardo Liceaga.

Figura 1. Relación entre el síndrome de intestino irritable (SII) y la deficiencia de vitamina D. (Lun229)



Lun230

**DESEMPEÑO DEL CRIBADO NUTRICIONAL COMBINADO CON CRITERIOS GLIM EN EL DIAGNÓSTICO DE DESNUTRICIÓN EN PACIENTES CON PANCREATITIS. REPORTE PRELIMINAR**

D. M. Pérez-Trabanca, A. F. Murguía-González, M. Quintanar-Martínez, L. F. Uscanga-Domínguez, J. Hernández-Calleros, M. Peláez-Luna, S. E. Martínez-Vázquez, Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán

**Introducción:** Los criterios actuales para establecer el diagnóstico de desnutrición son los emitidos por el consenso de la *Global Leadership Initiative on Malnutrition* (GLIM) en el cual se recomienda un tamizaje validado y combinado con los criterios universales. En la pancreatitis no se ha establecido el mejor cribado para identificarlos, aunque se han usado la Valoración global subjetiva (VGS; S = 82% y E = 83%), la Herramienta de cribado universal para la desnutrición (MUST; S = 74% y E = 84%) y el Cribado de riesgo nutricional 2002 (NRS-2002; S = 78% y E = 75%). La albúmina sérica es un marcador bioquímico empleado como indicador de desnutrición cualquiera que sea la causa.

**Objetivo:** Identificar la herramienta de tamizaje combinada con los criterios de la GLIM que muestre mejor desempeño en el diagnóstico del estado de nutrición comparado con el valor de la albúmina sérica en pacientes con pancreatitis aguda y crónica.

**Material y métodos:** Estudio transversal de proceso aceptado por el comité de ética e investigación REF: 4998. Incluyó a enfermos con diagnóstico de pancreatitis aguda o crónica atendidos en un hospital de referencia de la Ciudad de México en el periodo comprendido entre abril y julio de 2024. Se obtuvieron los datos de los individuos que firmaron el consentimiento informado; se midieron el índice de masa corporal (IMC), la pérdida de peso, la

disminución de la ingestión dietética, la gravedad de la enfermedad, el índice de masa muscular y la albúmina. El análisis se llevó a cabo con estadística descriptiva y correlaciones con la prueba de Spearman para confirmar la capacidad diagnóstica con curvas ROC y área bajo la curva; se usó la albúmina sérica como referencia.

**Resultados:** Se incluyó a 30 enfermos (19 hombres, mediana de edad: 46, 19-73 años) con diagnóstico de pancreatitis aguda (nueve por criterios de Atlanta) y crónica (21). Las causas de la enfermedad fueron biliar (10%), alcohólica (16,7%), hipertrigliceridemia (16,7%), pos-CPRE (10%) y otras (46,7%). MUST identificó a dos pacientes con riesgo intermedio (6,7%) y 10 con alto riesgo de desnutrición (33,3%); NRS-2002 clasificó a 10 pacientes (33,3%) con riesgo de desnutrición y VGS interpretó como sospecha de desnutrición a 15 pacientes (50%) y desnutrición a 6 (20%). En la **Tabla 1** se muestran los resultados de las correlaciones del cribado combinado con los criterios de la GLIM que fueron inversamente proporcionales respecto de la albúmina. El AUC de MUST, NRS-2002 y VGS fueron de 0,871; 0,854; y 0,860, respectivamente.

**Conclusiones:** En este estudio preliminar, los tres tamizajes combinados con criterios GLIM mostraron buena capacidad para diagnosticar desnutrición en pacientes con cualquier tipo y grado de pancreatitis comparados con la albúmina sérica.

**Financiamiento:** No se recibió financiamiento de ningún tipo.

**Tabla 1.** \*Prueba de Spearman. MUST, Herramienta de cribado universal para la desnutrición; NRS-2002, Cribado de riesgo nutricional-2002; VGS, Valoración global subjetiva; GLIM, Iniciativa de Liderazgo Mundial sobre Desnutrición. (Lun230)

Cribado	r*	Valor de p
MUST + GLIM	- 0,488	0,008
NRS-2002 + GLIM	- 0,586	0,001
VGS + GLIM	- 0,577	0,001

Lun231

### EVALUACIÓN DE LA ALIMENTACIÓN EN PACIENTES CON CIRROSIS HEPÁTICA. ¿ES DIFERENTE EN LOS QUE DESARROLLAN ENCEFALOPATÍA HEPÁTICA ABIERTA?

A. Carranza-Carrasco, O. Méndez-Guerrero, B. Romero-Morales, N. Navarro-Álvarez, Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán

**Introducción:** La encefalopatía hepática (EH) es una afección neurocognitiva potencialmente reversible que se observa a lo largo del curso clínico de los pacientes con cirrosis hepática (CH). La prevalencia varía entre 30% y 45% y se acompaña de una mayor morbilidad y mortalidad en estos pacientes. Entre las medidas terapéuticas para la EH se incluye la intervención nutricional y resulta esencial un adecuado aporte energético y proteico, así como la promoción de una dieta rica en fibra y un consumo adecuado de aminoácidos de cadena ramificada (AACR). La disminución de la ingestión, casi siempre observada en esta población, también puede ocasionar deficiencias de micronutrientes, las cuales deben tratarse debido a que pueden agravar la EH. Sin embargo, los datos de buena calidad sobre su deficiencia o necesidad de corrección son limitados, dado que el estado habitual de los micronutrientes es difícil de evaluar. Es por ello de suma importancia determinar el estado nutricional, en especial el obtenido del consumo de macronutrientes y micronutrientes en individuos con CH.

**Objetivo:** Comparar la alimentación de los pacientes con CH y el desarrollo de EH.

**Materia y métodos:** Cohorte prospectiva en la que se incluyó a personas con CH, en quienes se evaluó el desarrollo de EH y su alimentación durante un año de seguimiento. Se utilizó la técnica de recordatorios de 24 horas de pasos múltiples, que se analizaron con el programa Food-Processor. Las recomendaciones nutricionales se basaron en las guías ESPEN, consideradas la

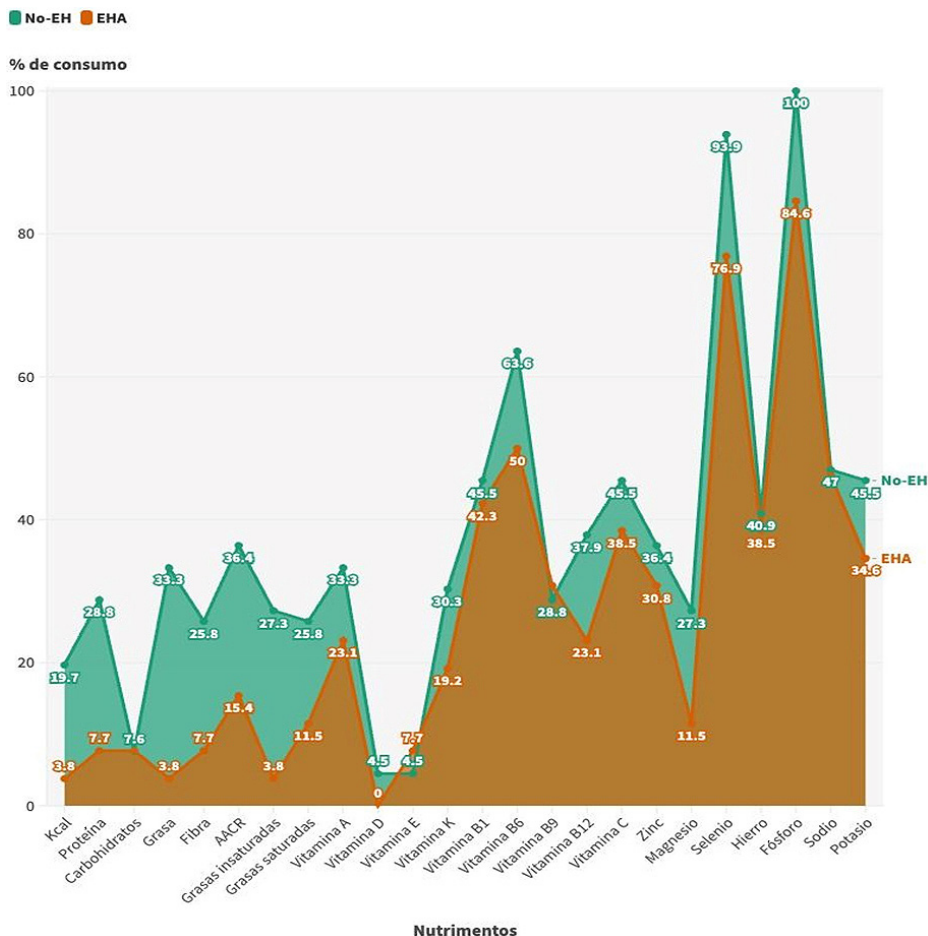
norma de referencia. La clasificación de la EH se realizó de acuerdo con los criterios de West Haven y una puntuación  $\geq 4$  en la prueba psicométrica PHES. Análisis estadístico: se analizó la normalidad con la prueba de Kolmogorov-Smirnov. Para la comparación entre los pacientes de acuerdo con el desarrollo de EH se utilizaron las pruebas t de Student, U de Mann-Whitney, exacta de Fisher o ji cuadrada de Pearson, según fuera el tipo de variable. Un valor de  $p < 0,05$  fue considerado como estadísticamente significativo.

**Resultados:** Se incluyó a 92 pacientes con diagnóstico de CH. La mediana de edad fue de 53 (47-60) años y la principal causa de CH fue VHC (29,3%). La mayoría de los pacientes se encontraba en la escala de Child-Pugh B (43,1%) y la mediana de la puntuación MELD fue de 11 (9-14). Se encontró una incidencia de EH del 28%. Los pacientes que desarrollaron EH tenían una mayor gravedad de acuerdo con la escala Child-Pugh (3,8% A; 73,1% B; 23,1% C) en comparación con los que no desarrollaron EH (56,1% A; 42,4% B; 1,5% C) ( $p = 0,001$ ) y una puntuación MELD más alta (13 vs. 11) ( $p = 0,01$ ). Al analizar el requerimiento energético de la población estudiada, solo el 15,2% lograba satisfacer sus necesidades calóricas. Entre los que desarrollaron EH, este porcentaje descendió al 3,8%. El porcentaje de pacientes que alcanzó su consumo proteico fue bajo, con 7,7% en el grupo de EH contra 28,8% en el grupo sin EH ( $p = 0,03$ ). Respecto del consumo de grasas, se registró un porcentaje de alcance del 3,8% contra 33,3% ( $p = 0,003$ ). Al evaluar el tipo de grasa se observó una disminución en el consumo de grasas monoinsaturadas y poliinsaturadas (3,8% vs. 27,3%;  $p = 0,01$ ). No se hallaron diferencias en el consumo de grasas saturadas. En cuanto a los AACR, el porcentaje de cumplimiento de los requerimientos fue muy bajo (15,4% vs. 36,4%;  $p = 0,04$ ). No se reconocieron diferencias en el consumo de carbohidratos entre ambos grupos. El análisis de los micronutrientes y la fibra reveló un consumo generalmente disminuido en la población con CH y fue más deficiente en los pacientes que desarrollaron EH (Figura 1).

**Conclusiones:** Los pacientes con CH tienen un consumo deficiente de energía, macronutrientes y micronutrientes en su dieta, que es más bajo en los individuos que desarrollaron EH.

**Financiamiento:** No se recibió financiamiento de ningún tipo.

Figura 1. Porcentaje de consumo de energía, macronutrientes y micronutrientes en pacientes con desarrollo de EH y cirrosis hepática. (Lun231)







# REVISTA DE GASTROENTEROLOGÍA DE MÉXICO

www.elsevier.es/rgmx



## Exposición de trabajos libres en cartel

Lunes 18 de noviembre de 2024

### Páncreas

Lun232

#### UTILIDAD DE LA ESCALA mSPAP-1 PARA VALORAR LA GRAVEDAD DE PANCREATITIS AGUDA EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL

M. C. Alegria-Ovando, C. G. Solís-Hernández, D. E. Collí-Trejo, V. Hernández-Garza, Y. M. Velasco-Santiago, M. Motola-Kuba, F. Higuera-De-la-Tijera, Hospital General de México Dr. Eduardo Liceaga

**Introducción:** La pancreatitis aguda (PA) es una afección con alto grado de morbilidad y mortalidad. Las escalas de gravedad suelen ser difíciles de determinar, lo cual hace necesario el uso de un parámetro simple, rápido y accesible. El Sistema de Puntuación de Actividad de Pancreatitis (SPAP) consta de cinco parámetros ponderados por separado: insuficiencia orgánica, intolerancia oral, síndrome de respuesta inflamatoria sistémica, dosis equivalente de morfina (DEM) y puntuación de dolor. Entre los modelos propuestos, el modificado tipo 1 (SPAPm-1) se basa en la eliminación completa de la DEM. Se ha propuesto que el SPAPm-1 a la admisión tiene una relación significativa con los resultados de la PA, como las complicaciones locales y la gravedad de la enfermedad.

**Objetivo:** Validar la escala SPAPm-1 como predictor temprano de gravedad en los pacientes hospitalizados por PA.

**Material y métodos:** Estudio observacional, descriptivo analítico y transversal para validar una prueba de pronóstico. Se incluyó a pacientes mayores de 18 años con PA que ingresaron a hospitalización del servicio de gastroenterología del Hospital General de México Dr. Eduardo Liceaga, de enero de 2019 a mayo de 2024, clasificados de acuerdo con su gravedad con los criterios de Atlanta. Se recopilaron datos clínicos, bioquímicos y radiológicos, y se calcularon BISAP, criterios de Ranson al ingreso, criterios morfológicos radiológicos del páncreas y criterios de Balthazar. Se construyeron curvas ROC y se consideró significativo un valor de  $p < 0,05$ .

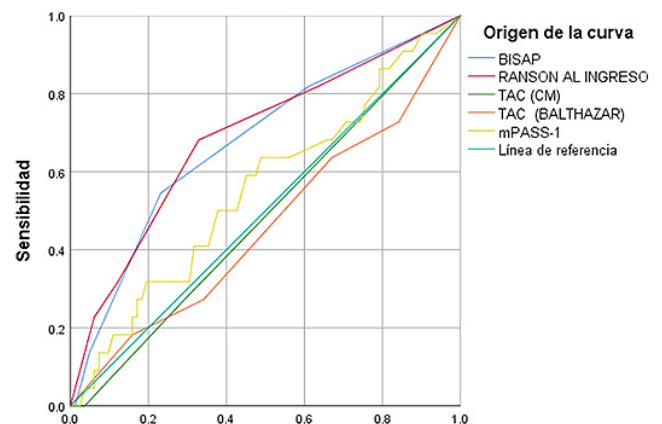
**Resultados:** Se incluyó a 104 pacientes, 69 (66,3%) hombres, con media de edad de  $38,8 \pm 13,4$  años. Las causas más frecuentes fueron: biliar en 41

(39,4%), alcohol en 29 (27,9%) e hipertrigliceridemia en 12 (11,5%). Tuvieron antecedente de PA 19 (18,3%) casos. Por criterios de Atlanta, 45 (43,3%) fueron leves, 37 (35,6%) moderadamente graves y 22 (21,2%) graves. Fallecieron 2 (1,9%). La escala SPAPm-1 tuvo un área bajo la curva (AUROC) = 0,554 (IC95%, 0,417-0,691;  $p = 0,44$ ). La comparación de las AUROC con otras escalas se muestra en la Figura 1.

**Conclusiones:** A pesar de que otros estudios han propuesto la escala SPAPm-1 para predecir al ingreso la gravedad de la PA, en estos pacientes no resultó superior respecto de las escalas habituales; la de Ranson al ingreso y la BISAP parecen las más exactas. Asimismo, se confirmó que los índices/escalas tomográficas no son útiles para predecir la gravedad.

**Financiamiento:** No se recibió financiamiento de ningún tipo.

Figura 1. Curvas ROC que comparan SPAPm-1 con otros índices/escalas para predecir la gravedad en pacientes con pancreatitis aguda al ingreso. (Lun232)



## Lun233

## PREVALENCIA Y CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS DE PACIENTES CON PANCREATITIS AGUDA QUE DESARROLLAN TROMBOSIS VENOSA ESPLÁCNICA

V. A. Venegas-Gómez, E. Aguirre-Aguilar, L. Meza-López, P. Rodríguez-García, L. F. Uscanga-Domínguez, M. Peláez-Luna, Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán

**Introducción:** La trombosis venosa esplácnica (TVE) (vena esplénica, porta y vena mesentérica superior) es una complicación vascular de la pancreatitis aguda (PA) que afecta a 10% a 23% de los casos. Su incidencia parece ser mayor en los casos de las pancreatitis grave, necrosante y recurrente. En términos fisiopatológicos, la relación entre la trombosis venosa esplácnica y la pancreatitis aguda se debe a la notable inflamación pancreática y su proximidad anatómica a la circulación venosa esplácnica. Algunas de las complicaciones posibles más importantes son isquemia mesentérica, falla hepática aguda e hipertensión portal hemorrágica.

**Objetivo:** Determinar la prevalencia de la TVE en pacientes con PA y realizar una descripción de sus características clínicas.

**Material y métodos:** Estudio transversal, descriptivo y observacional. Se analizaron todos los episodios de pancreatitis aguda que desarrollaron trombosis esplácnica durante el periodo de 2021 a 2024 en el Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán. Se realizó un análisis estadístico descriptivo de las características clínicas mediante el software STATA 14.

**Resultados:** Se documentó un total de 222 episodios de PA; 23 pacientes tenían TVE y la prevalencia fue del 10,3%. El 69% de los individuos correspondió a hombres (16/23) y la media de edad fue de 52,2 (DE 19,9) años. El 30% de los episodios de TVE se detectó al momento del diagnóstico de la PA. En el resto de los casos, el tiempo de aparición de la TVE desde el diagnóstico de la PA tuvo una mediana de 11 días (RIQ 4,5-34). El sitio de trombosis más frecuente fue la vena porta en un 74% (17/23), seguido de la esplénica en un 56% (13/23); el 34% (8/23) desarrolló trombosis en más de un sitio. La TVE fue más frecuente en pacientes con PA de intensidad moderada a grave en 43,4%, seguida de la grave en un 39%. El 52% (12/23) de las trombosis se presentó en el contexto de una pancreatitis necrosante. Al momento del diagnóstico de TVE, el 56% (13/23) de los pacientes tenía complicaciones locales, en particular necrosis con pared (53%), y el 60% una infección extrapancreática, la más común de las cuales fue la colangitis (64%). La mortalidad en la hospitalización fue del 21,7%. Hasta 18 (78%) pacientes tuvieron una imagen de seguimiento posterior a la TVE. De estos, en el 44% se identificó recanalización de la trombosis con una mediana de 59,5 días (RIQ 22-137).

**Conclusiones:** La prevalencia de TVE en pacientes con PA fue del 10,3%; la afectación fue más frecuente en los hombres y en los casos de pancreatitis moderada-grave, grave y necrosante. Las complicaciones locales y las infecciones extrapancreáticas, en particular la colangitis, fueron comunes al momento del diagnóstico de la TVE. La vena porta fue el sitio de trombosis más frecuente. Menos de la mitad de las TVE experimentó recanalización.

**Financiamiento:** No se contó con ningún financiamiento.

## Lun234

## FACTORES ASOCIADOS A LA PRESENCIA DE ESTEATOSIS PANCREÁTICA NO ALCOHÓLICA EN PACIENTES CON SÍNDROMES CORONARIOS AGUDOS

R. A. Gómez-Mendoza, A. M. Mijangos-Trejo, I. V. Toledo-Coronado, C. A. Tenorio-Aparicio, J. Sánchez-Zavala, M. Berrospe-Alfaro, G. Castro-Narro, E. Juárez-Hernández, I. Y. López-Méndez, Médica Sur

**Introducción:** En la última década, la prevalencia de esteatosis hepática metabólica (MASLD, *metabolic dysfunction-associated steatotic liver disease*) (20%-40%) y esteatosis pancreática no alcohólica (EPNA) (16%-33%) ha aumentado debido a su nexa con la obesidad y el síndrome metabólico; ambas son predictores de aterosclerosis temprana, pero los factores relacionados con EPNA no se han descrito del todo. Aunque la biopsia es la norma de referencia para la evaluación de la EPNA, la tomografía computarizada (TC) se ha propuesto como un método diagnóstico.

**Objetivo:** Determinar los factores vinculados con EPNA en pacientes con síndromes coronarios agudos.

**Material y métodos:** Estudio retrospectivo que evaluó los expedientes clínicos de pacientes con diagnóstico de síndrome coronario agudo que contaban con estudio de TC. Se incluyeron expedientes de pacientes mayores de edad; la EPNA se determinó mediante la diferencia de atenuación pancreática y esplénica (-1,9), mientras que la esteatosis hepática con atenuación hepática < 40. Se realizó un análisis bivariado y multivariado para determinar los factores independientes vinculados con la EPNA. El comité de ética e investigación institucional evaluó y aprobó el protocolo.

**Resultados:** Se recolectó un total de 106 expedientes. El 69,8% (n = 74) de los pacientes correspondió a hombres, con una media de edad de 69 ± 12 años y un índice de masa corporal de 25,5 ± 6,9 kg/m<sup>2</sup>. El 29,2% (n = 31) tenía diabetes mellitus, mientras que el 29% (n = 31) antecedentes de tabaquismo. De acuerdo con los hallazgos de la TC, el 75,5% (n = 80) desarrolló EPNA, el 35,8% (n = 38) esteatosis hepática y el 34% (n = 36) ambas. En el análisis multivariado, la esteatosis hepática fue un factor independiente vinculado con la EPNA (Tabla 1).

**Conclusiones:** En pacientes con síndromes coronarios agudos, la prevalencia de EPNA es alta y se relaciona de forma independiente con esteatosis hepática.

**Financiamiento:** No se dispuso de ningún financiamiento.

Tabla 1. Análisis bivariado y multivariado de factores relacionados con esteatosis pancreática en pacientes con alto riesgo cardiovascular. (Lun234)

Factor	Bivariado		Multivariado	
	OR (IC95%)	p	OR (IC95%)	p
Dislipidemia	1,3 (1,0-1,5)	0,04		
Esteatosis hepática	1,4 (1,1-1,7)	0,001	7,1 (1,5-33,3)	0,01
Sobrepeso	1,2 (0,9-1,5)	0,09		

## Lun235

## LITOTRIPSIA GUIADA POR PANCREATOSCOPIA PREORAL CON SPYGLASS EN PACIENTES CON PANCREATITIS CRÓNICA CALCIFICADA ASOCIADA A DOLOR ABDOMINAL. SERIE DE CASOS

A. I. Reyna-Aréchiga, A. Rodríguez-Limón, J. Jáquez-Quintana, Secretaría de Salud

**Introducción:** La pancreatitis crónica (PC) es una enfermedad fibroinflamatoria progresiva caracterizada por fibrosis irreversible de la glándula con falla final de las funciones exocrinas y endocrinas. Entre las complicaciones de la PC figura la litiasis intraductal, por lo que las concreciones pancreáticas ductales pueden causar dolor abdominal crónico de difícil control con tratamiento médico. Los procedimientos endoscópicos, percutáneos y quirúrgicos han demostrado eficacia en el tratamiento de estos casos.

**Objetivo:** Describir la experiencia con la litotripsia guiada por POP en tres pacientes con pancreatitis crónica calcificada y dolor abdominal crónico en el centro en Monterrey, México, donde la pancreatoscopia con se ha incorporado en fecha reciente.

**Informe de casos:** Los tres casos se presentan en pacientes con pancreatitis crónica idiopática con hallazgos de uno o más litos en la cabeza del páncreas de al menos 5 mm. Dos de los pacientes tenían hospitalizaciones previas por dolor abdominal que se controló con analgésicos (uno de ellos con tratamiento anterior por CPRE y colocación de *stent* ductal). Se obtuvo un tiempo promedio de 165 minutos por procedimiento. Además, se logró una mejoría clínica (disminución del dolor), sin efectos adversos en los seis a 24 meses de seguimiento (Tabla 1).

**Discusión:** El objetivo de la terapia endoscópica es resolver la obstrucción del conducto pancreático y reducir su presión. La litotripsia guiada por pancreatoscopia preoral (POP, por sus siglas en inglés) es una nueva modalidad en la que se visualiza directamente el lito, lo cual facilita la litotripsia electrohidráulica o láser durante una colangiopancreatografía. En la actualidad no existe mucha información sobre el procedimiento, pero las publicaciones disponibles demuestran una eliminación exitosa de la concreción en el 43% a 100% de los casos.

**Conclusiones:** La litotripsia con SpyGlass es efectiva para la eliminación de litos pancreáticos y la mejoría clínica en pacientes con pancreatitis crónica calcificada.

**Financiamiento:** Sin financiamiento.

**Tabla 1.** Los tres pacientes se trataron con esfinterotomía y esfinteroplastia y dilatación de balón durante la CPRE, POP, EHL, LL litrotopia con sistema Spy-Glass y recuperación con canasta. (Lun235)

Edad	Sexo	Diagnóstico	# litos	Ubicación	Diámetro	Tratamiento
16	Masc	PCC idiopática	3	Cabeza del páncreas	5 mm 5 mm 10 mm	PSt + PSp + LL Holmium 12 W 1,6 J 0,6 Hz + stent pancreático
31	Masc	PCC idiopática	2	Cabeza del páncreas	8 mm	St + Sp + EHL + stent pancreático
45	Masc	PCC idiopática	> 3	Cabeza del páncreas	5 mm	St + Sp + LL Holmium 400 4 Hz + stent pancreático
		Segunda sesión	1	Cabeza del páncreas	5 mm	LL Holmium 10 W 8/2 J/Hz + stent pancreático

Paciente	Duración del procedimiento	Efectos adversos	Eliminación completa	Hospitalizaciones posteriores
16 M	2 h 50 min	No	Sí	No
31 M	2 h 55 min	No	Sí	No
45 M	2 h 5 min	No	No	Sí
	2 h 30 min	No	Sí	

## Lun236

### FACTORES DE RIESGO PARA EL DESARROLLO DE PANCREATITIS CRÓNICA POSTERIOR A UN EVENTO DE PANCREATITIS AGUDA

J. Valencia-Chávez, E. V. Rodríguez-Negrete, K. E. Pérez-Reséndiz, Hospital de Especialidades, Centro Médico Nacional Siglo XXI, Instituto Mexicano del Seguro Social

**Introducción:** La pancreatitis aguda (PA) es la enfermedad más frecuente que afecta al páncreas, con una incidencia global de 5 a 80 casos por cada 100 000 personas/año. Se ha informado que el 18% de las personas experimenta recurrencia; 3% a 35% de los pacientes con un primer episodio de PA avanza a la pancreatitis crónica (PC) en un lapso de tres a ocho años. Los resultados encontrados son heterogéneos, sin conocer de manera precisa los factores que se vinculan con el desarrollo de PC, la cual se define como una enfermedad inflamatoria continua del páncreas caracterizada por cambios morfológicos irreversibles y pérdida de la función; afecta la calidad de vida y eleva el riesgo de evolución al cáncer de páncreas en 14,4% a cinco años. En este país no hay estudios que caractericen a los pacientes en riesgo de avance de la enfermedad y por ello es importante llevar a cabo este estudio.

**Objetivo:** Determinar los factores de riesgo relacionados con el desarrollo de PC después de un primer episodio de PA en pacientes adultos, además de la incidencia acumulada de PC.

**Material y métodos:** Pacientes derechohabientes, de 18 años o mayores, pertenecientes al Centro Médico Nacional Siglo XXI, con diagnóstico de PA, ingresados a los servicios de gastroenterología o cirugía general en el periodo de diciembre del 2014 a diciembre del 2022, que contaran con expediente clínico con seguimiento de al menos dos años. Se analizaron las características desde su ingreso por un episodio inicial de PA, así como el seguimiento ambulatorio. Tipo de estudio: cohorte descriptivo, retrospectivo y longitudinal. Análisis estadístico: de acuerdo con las pruebas de normalidad se utilizaron la prueba de U Mann-Whitney para variables cualitativas ordinales y la ji cuadrada para las categóricas; las variables continuas se informaron como media  $\pm$  desviación estándar (DE) o mediana con sus rangos intercuartílicos, en tanto que los datos categóricos se expresaron como frecuencias. Para identificar los factores vinculados con la evolución de la PC se efectuaron análisis bivariados, regresión logística y análisis multivariados con base en los factores de riesgo extraídos. Una  $p < 0,05$  se consideró estadísticamente significativa, con sus respectivos intervalos de confianza al 95%.

**Resultados:** Se realizó una revisión en 471 pacientes con el diagnóstico de PA, pero solo 101 cumplieron con los criterios de inclusión. Se encontró que 31 pacientes desarrollaron PC en un promedio de  $4,5 \pm 2,3$  años luego de un cuadro inicial de PA, con una incidencia acumulada del 30,7%. La mayoría de los pacientes que desarrollaron PC correspondió a hombres (58,1%), con una edad de  $44,6 \pm 14,7$  años; el 61,3% tenía tabaquismo, 67,7% alcoholismo, 54,8% sobrepeso, 54,8% PA grave, 58% complicaciones locales, 77,4% pancreatitis aguda recurrente (PAR) y 35% diabetes mellitus 2 o hipertensión arterial

sistémica. Se analizaron todas las variables, tres de las cuales tenían riesgo estadísticamente significativo para el desarrollo de PC: antecedente de PA grave con desarrollo de necrosis (OR = 16,0; IC95%, 2,69-95,75;  $p = 0,002$ ); PAR (OR = 5,66; IC95%, 1,09-29,32;  $p = 0,039$ ) y PA de causa idiopática (OR = 7,14; IC95%, 1,07-47,37;  $p = 0,042$ ) (Tabla 1).

**Conclusiones:** El desarrollo de PC luego de un episodio inicial de PA es frecuente en esta población. Se identificaron como factores de riesgo el antecedente de PA de causa idiopática, la necrosis pancreática y la PAR. Los hallazgos de este estudio sugieren que en pacientes con PA de moderada a grave, así como de causa no determinada, deben continuar seguimiento y vigilancia a largo plazo. Se necesitan estudios prospectivos en este país para determinar la conducta de seguimiento en este tipo de pacientes con búsqueda dirigida de posibles complicaciones a corto y largo plazos.

**Financiamiento:** No se recibió financiamiento de ningún tipo.

**Tabla 1.** Análisis multivariado. (Lun236)

Variable	OR	IC95%	p
Alcohol	2,16	0,36-12,98	0,400
Tabaco	10,26	0,83-126,39	0,069
Necrosis	16,06	2,69-95,75	0,002
PAR	5,66	1,09-29,32	0,039
Género (hombre)	3,33	0,66-16,76	0,145
<b>Causas</b>			
Hipertrigliceridemia	3,29	0,500-21,67	0,215
Alcohol	8,56	0,69-105,45	0,094
Idiopática	7,14	1,07-47,37	0,042

IC95%, intervalo de confianza del 95%; OR, odds ratio; PAR, pancreatitis aguda recurrente.

## Lun237

### RELACIÓN ENTRE EL ÍNDICE DE NEUTRÓFILOS-LINFOCITOS CON EL GRADO DE SEVERIDAD SEGÚN ESCALA DE MARSHALL MODIFICADA EN PACIENTES CON PANCREATITIS AGUDA SEVERA

M. S. Cuevas-Maldonado, J. R. Espinoza-Acuña, K. Romero-Gómez, E. G. Salgado-Parra, Hospital Regional ISSSTE Lic. Adolfo López Mateos

**Introducción:** La pancreatitis aguda (PA) es una enfermedad inflamatoria correspondiente al páncreas exocrino, caracterizada por cursar con una respuesta inflamatoria local y sistémica que exige hospitalización en su presentación aguda; provoca dolor abdominal intenso y disfunción orgánica

múltiple que puede conducir a necrosis pancreática e insuficiencia orgánica persistente, lo cual conduce a una morbilidad significativa a corto y largo plazos. En una minoría significativa ocasiona debilidad prolongada, enfermedad recurrente e insuficiencia pancreática exocrina o endocrina y puede alterar de forma significativa la calidad de vida debido al dolor crónico.

**Objetivo:** Analizar la relación entre el índice de neutrófilos-linfocitos con la gravedad según la escala de Marshall modificada en pacientes con pancreatitis aguda grave.

**Material y métodos:** Pacientes adscritos a la población del Hospital Regional Lic. Adolfo López Mateos en el periodo de marzo de 2022 a marzo de 2023; es un estudio observacional descriptivo de tipo ambispectivo. Variables consideradas: pancreatitis aguda, edad, sexo, escala de Marshall modificada, biometría hemática, neutrófilos, linfocitos, comorbilidad grave e inmunomoduladores. Los resultados se analizaron con medidas de frecuencia relativas y centrales para la obtención de porcentajes, media, promedio y desviación estándar.

**Resultados:** Mediante una muestra de 88 pacientes se obtuvo una media de edad de 61,3 años con desviación estándar de 13,6, valor mínimo de 32 y máximo de 89. En relación con la prueba de normalidad de Kolmogorov-Smirnov, la muestra tuvo comportamiento normal con significancia  $> 0,05$ . En relación con la puntuación de la escala de Marshall modificada, el 50% (44) de los pacientes tuvo una puntuación de 2 y esta fue la más frecuente seguida de la de 1 con el 28,4% (25). Con respecto a los neutrófilos y linfocitos se registraron medias de 9,5 y 1,2, medianas de 9,05 y 0,97, desviaciones estándar de 5,10 y 1, valores mínimos de 1,8 y 0,26 y máximos de 30,8 y 7,7, respectivamente. En cuanto al índice neutrófilos/linfocitos se obtuvieron una media de 11,49, mediana de 8,9, desviación estándar de 9,2, valor mínimo de 0,85 y máximo de 51. Se registró un valor de 0,002 para la prueba de Kolmogorov-Smirnov por lo que el índice neutrófilos/linfocitos tiene un comportamiento no normal (Tabla 1).

**Conclusiones:** El aumento del índice neutrófilos/linfocitos puede explicarse porque, en presencia de una fuente de inflamación considerable, aumenta el número de neutrófilos. Por lo tanto, cuanto mayor es el índice neutrófilos/linfocitos, más grave es la condición del paciente. En este trabajo se encontró un valor de corte de 11,4 para predecir PA grave. El concepto básico de que a medida que la gravedad de la pancreatitis se acentúa, se explica porque se producen cambios en los marcadores inflamatorios que el médico debe observar para prever las complicaciones y el pronóstico de la enfermedad; dichos parámetros son dinámicos y están fácilmente disponibles, ya que se obtienen mediante una biometría hemática, sin necesidad de pruebas radiológicas o invasivas adicionales. En este estudio no se registraron muertes en el grupo de pacientes con PA leve, moderada o grave.

**Financiamiento:** No se recibió financiamiento de ningún tipo.

**Tabla 1.** Medidas de tendencia central para el índice neutrófilos/linfocitos. En relación con el índice neutrófilos/linfocitos se obtuvieron una media de 11,49, mediana de 8,9, desviación estándar de 9,2, valor mínimo de 0,85 y máximo de 51. (Lun237)

Índice neutrófilos/linfocitos	
n Válido	87
Perdidos	1
Media	11,4959
Mediana	8,9000
Desviación	9,21619
Varianza	84,938
Intervalo	50,15
Mínimo	0,85
Máximo	51,00

## Lun238

### DESENLACES CLÍNICOS Y BIOQUÍMICOS DE LA REANIMACIÓN HÍDRICA AGRESIVA VS. REANIMACIÓN HÍDRICA CONSERVADORA EN PACIENTES CON PANCREATITIS AGUDA

I. O. Vargas-Olmos, M. Peláez-Luna, M. Pappas-Silveira, G. Capdeville-Jiménez, O. R. Muñoz-Morales, A. Jiménez-Triana, M. J. González-Reynaud, A. L. García-Loera, Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán

**Introducción:** La pancreatitis aguda es una de las enfermedades gastrointestinales más frecuentes y críticas, por lo que un adecuado control es fundamental para modificar el pronóstico de los pacientes. Las guías recomiendan una hidratación temprana e intensiva; sin embargo, la evidencia de estas recomendaciones es limitada.

**Objetivo:** Comparar los desenlaces clínicos y bioquímicos de los pacientes con pancreatitis aguda que reciben reanimación intensiva contra los que reciben reanimación conservadora.

**Material y métodos:** Se incluyó a 195 pacientes divididos en dos grupos: pacientes que recibieron hidratación intensiva ( $> 2,5$  mL/kg/h) y pacientes que recibieron hidratación conservadora ( $< 2,5$  mL/kg/h) durante las primeras 48 horas de hospitalización. Se realizó una segunda división de grupos basada en el balance hídrico global: reanimación intensiva ( $> 4$  L positivo) y reanimación conservadora ( $< 4$  L positivo) a las 48 horas de hospitalización y tratamiento.

**Resultados:** Los pacientes con reanimación intensiva tuvieron un aumento menor estadísticamente significativo en el delta de la PCR en comparación con el grupo con reanimación conservadora (+ 5,2 vs. + 6,8;  $p = 0,035$ ) a las 48 horas de reanimación hídrica. Los sujetos que recibieron reanimación intensiva con un balance global  $> 4$  L a las 48 horas experimentaron un aumento significativamente mayor en el delta de proteína C reactiva a las 48 horas (+ 11,46 vs. + 3,94;  $p = 0,012$ ) en comparación con el grupo de reanimación conservadora, así como mayor tiempo para el inicio de la vía oral (79,36 vs. 55 h;  $p = 0,024$ ) y mayor requerimiento de diurético de asa (33,3% vs. 14,8%;  $p = 0,006$ ).

**Conclusiones:** La reanimación hídrica intensiva se acompaña de menores valores de delta de la PCR en comparación con la reanimación conservadora, siempre y cuando los pacientes no tengan un balance global hídrico positivo mayor de 4 L a las 48 horas, ya que en este punto los valores de delta de la PCR y de retraso en el inicio de la vía oral son mayores en comparación con los pacientes con un balance global menor de 4 L, además de requerir mayor dosis de diurético de asa.

**Financiamiento:** No se recibió financiamiento de ningún tipo.

## Lun239

### ÍNDICE NEURÓFILO-CREATININA COMO PREDICTOR DE SEVERIDAD EN PANCREATITIS AGUDA

K. M. Bastida-Guadarrama, V. Hernández-Garza, F. Higuera-de la Tijera, Hospital General de México Dr. Eduardo Liceaga

**Introducción:** La pancreatitis aguda (PA) es un trastorno inflamatorio del páncreas que se caracteriza por dolor abdominal intenso, transitorio, incapacitante y acompañado de alteraciones bioquímicas o de imagen. La mayoría de los pacientes con PA (80%) cursa con una enfermedad leve y autolimitada sin fallas orgánicas y complicaciones locales; hasta el 20% de estos pacientes desarrolla PA grave, que incluye manifestaciones de síndrome de respuesta inflamatoria sistémica y falla orgánica múltiple (FOM). La mortalidad general de la PA es del 5% y esta tasa puede llegar al 25% en los sujetos con PA grave, razón por la cual es importante predecir el curso y la gravedad de la enfermedad en una fase temprana. Se han desarrollado varios sistemas de puntuación para anticipar la gravedad de la PA, pero algunos reflejan la gravedad de la enfermedad en lugar de predecirla y tienen una precisión limitada; en consecuencia, se han desarrollado múltiples índices en búsqueda de predicción de gravedad y desarrollo de complicaciones de la PA. En fecha reciente se ideó el índice neutrófilo-creatinina sobre el fundamento de que la activación de neutrófilos es uno de los primeros sucesos en la pancreatitis aguda y da lugar a valores más altos de neutrófilos al momento del ingreso; asimismo, la elevación de la creatinina al ingreso indica hipoperfusión renal, que se relaciona con fuga a tercer espacio, propia de la fisiopatología de la PA. Se propuso así que el INC puede servir como una prueba eficaz para representar la combinación de respuesta inflamatoria y disfunción orgánica.

**Objetivo:** Validar el índice neutrófilo-creatinina (INC) como prueba para predecir la gravedad al ingreso o el desarrollo de pancreatitis aguda (PA) con criterios de gravedad en esta población.

**Material y métodos:** Estudio observacional y analítico para determinar la utilidad del INC como predictor de gravedad de la PA de acuerdo con los criterios de Atlanta, que incluyó a pacientes que ingresaron entre 2021 y 2024 al servicio de gastroenterología por PA; al ingreso se determinaron diversas escalas predictivas, incluido el INC. Se construyeron curvas ROC y se analizaron las áreas bajo la curva (AUROC). Se consideró significativo un valor de  $p < 0,05$ .

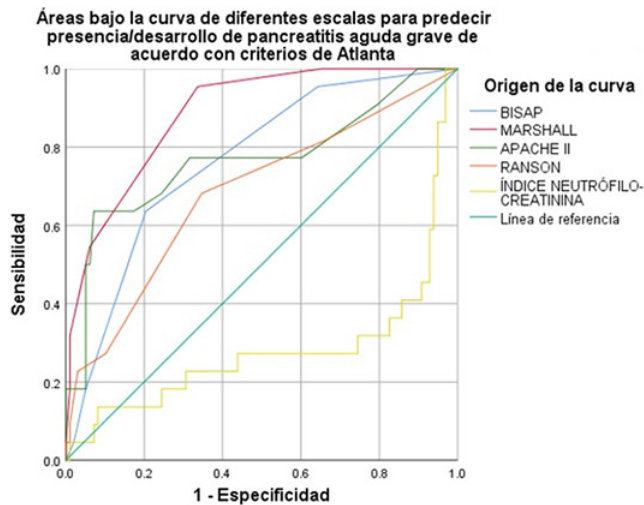


**Resultados:** Se incluyó a 120 pacientes, con 80 (66,7%) hombres y media de edad de  $40 \pm 13,7$  años. Distribución etiológica: biliar en 47 (39,2%), alcohol en 32 (26,7%), hipertrigliceridemia en 12 (10%), pos-CPRE en 3 (2,5%), relación con fármacos en 2 (1,7%), infecciosa en 1 (0,8%) y criptogénica en 23 (19,2%). De acuerdo con los criterios de Atlanta, 60 (50%) fueron casos leves, 38 (31,7%) moderadamente graves y 22 (18,3%) graves. El INC fue incapaz de predecir correctamente la presencia o desarrollo de PA grave (AUROC 0,280; IC95%, 0,134-0,426;  $p = 0,001$ ). Las AUROC de las diferentes escalas e índices se muestran en la Figura 1.

**Conclusiones:** La puntuación de Marshall es la más exacta para predecir presencia o desarrollo de PA grave. A pesar de que otros estudios han propuesto al INC como potencial predictor de presencia o desarrollo de PA grave, en esta población no ha resultado de utilidad y por tanto no se recomienda.

**Financiamiento:** No se recibió financiamiento de ningún tipo.

Figura 1. AUROC de las escalas predictoras de gravedad. (Lun239)



## Lun240

### ÍNDICE DE PROTEÍNA C REACTIVA (PCR)/ALBÚMINA SÉRICA COMO PREDICTOR DE MORTALIDAD AL INGRESO EN HOSPITALIZACIÓN POR PANCREATITIS AGUDA

P. M. Diego-Salazar, S. Teutli-Carrión, D. F. Abendaño-Rivera, A. D. Santana-Vargas, F. Higuera-De-La-Tijera, D. E. Espinoza-López, K. Cazarín-Chávez, S. A. Vera-Nungaray, J. L. Pérez-Hernández, Hospital General de México Dr. Eduardo Liceaga

**Introducción:** La pancreatitis aguda (PA) es una de las enfermedades más comunes con tasas elevadas de morbilidad y mortalidad. Se utilizan diferentes sistemas de puntuación para determinar la gravedad de esta alteración y, a su vez, las complicaciones. La PCR es un reactivo de fase aguda positiva que producen los hepatocitos en respuesta a marcadores inflamatorios sistémicos como la interleucina 6 (IL-6). La albúmina, por otro lado, es una proteína que reduce sus valores séricos debido a tales sucesos. La pancreatitis aguda desencadena respuestas inflamatorias locales y sistémicas, especialmente en su forma grave, que de forma inevitable podrían afectar a estos marcadores. El uso de este índice para predecir la gravedad de la pancreatitis aguda es muy promisorio debido a la fisiopatología de esta enfermedad.

**Objetivo:** Determinar si el índice PCR/albumina predice mortalidad en comparación con los sistemas de puntuación establecidos para la gravedad en PA. **Material y métodos:** Estudio retrospectivo, observacional, analítico y transversal para validar el índice pronóstico. Se incluyó a pacientes adultos con diagnóstico de PA que ingresaron a hospitalización en el periodo de enero del 2020 a mayo del 2024. Se excluyó a los individuos con antecedente de enfermedad cardiovascular, hepática crónica, renal crónica o procesos malignos. Las variables incluidas fueron edad, sexo, causa de la PA, días de hospitalización y tipo de egreso, además de datos bioquímicos para las puntuaciones: índice en cama para la gravedad de la pancreatitis aguda (BISAP), la fisiológica aguda y evaluación de la salud crónica versión II (APACHE II), clasificación de Glasgow-Imrie (GI), Atlanta, puntuación de Ranson (ingreso, 48 horas y

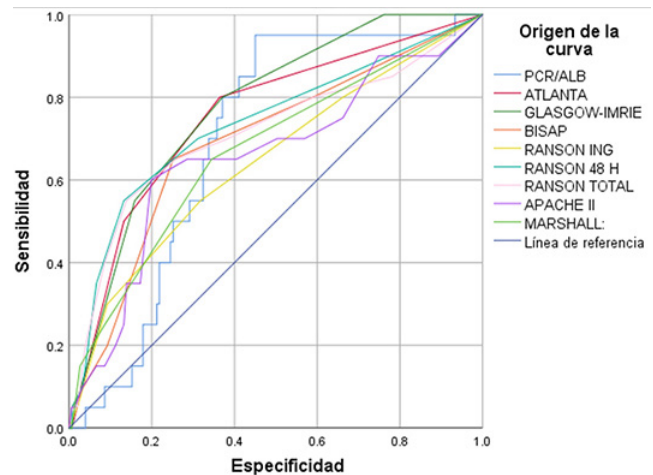
total) y Marshall modificada. El índice PCR/albumina se determinó al dividir el valor total de cada reactivo realizado al ingreso (PCR en mg/dL entre la albúmina en g/dL). Las variables se resumieron mediante estadística descriptiva y se construyó el área bajo la curva (AUROC) con intervalos de confianza al 95% (IC95%); se consideró significativo un valor de  $p < 0,05$ .

**Resultados:** Se incluyó a 173 pacientes, 66 mujeres (38,1%) y 107 hombres (61,8%), con edad media de  $41 \pm 14,02$ . Las causas encontradas fueron: 53 (30,6%) biliar, 65 (37,5%) alcohol, 31 (17,9%) metabólica, 4 (2,3%) pos-CPRE, 20 (11,5%) otras. De acuerdo con la clasificación de Atlanta, 101 (58,1%) fueron leves, 42 (24,2%) moderadamente graves y 30 (17,3%) graves. Se determinó PA grave con puntuación de Glasgow-Imrie de 34 (19,6%), BISAP de 18 (10,4%) y Ranson total de 51 (29,4%). Sufrieron falla orgánica establecida con puntuación de Marshall modificada 18 casos (10,4%). Todos los casos de PA tuvieron puntuación menor de 10 con APACHE II. Las defunciones registradas fueron 20 (11,5%). El índice PCR/albumina con puntuación  $> 27,38$  tuvo capacidad moderada de predecir mortalidad, S: 80%, E: 66,7% (AUROC de 0,69; IC95%, 0,60-0,79;  $p = 0,004$ ). Glasgow-Imrie mostró capacidad predictiva buena (AUROC de 0,77; IC95%, 0,67-0,87;  $p < 0,0001$ ); Atlanta y Ranson tuvieron buena capacidad predictiva (AUROC de 0,75; IC95%, 0,63-0,87;  $p < 0,0001$ ; AUROC de 0,71; IC95%, 0,57-0,85;  $p = 0,002$ , respectivamente) (Figura 1). Al comparar los puntos de corte de PCR/albumina con Atlanta se obtuvo S: 75%, E: 64%, VPP: 30%, VPN: 92%, en comparación con Ranson, S: 60%, E: 60%, VPP: 16%, VPN: 92%, y con Glasgow-Imrie, S: 77%, E: 66%, VPP: 36%, VPN: 92%.

**Conclusiones:** El índice PCR/albumina tiene sensibilidad comparable a la de otras puntuaciones para diferenciar el riesgo de mortalidad al ingreso. Su capacidad predictiva es similar a la de las escalas de Atlanta y Ranson, pero no superior a la de Glasgow-Imrie. Es necesario comparar los valores de PCR/albumina a las 48 h para determinar si es útil para anticipar mortalidad.

**Financiamiento:** No fue objeto de financiamiento.

Figura 1. Áreas bajo la curva de diferentes predictores de mortalidad al ingreso en pacientes con pancreatitis aguda. (Lun240)



## Lun241

### DESENLACES A LARGO PLAZO DE PACIENTES CON ENFERMEDAD RELACIONADA A IgG4 DE FENOTIPO PANCREATOBILIAR EN UNA COHORTE MEXICANA DE UN CENTRO DE TERCER NIVEL

C. I. Zubía-Nevárez, I. P. Padilla-Betancourt, M. Peláez-Luna, Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán

**Introducción:** La enfermedad relacionada con inmunoglobulina G subclase 4 (ER-IgG4) se presenta como una afección sistémica autoinmunitaria de dos o más órganos (75%). Se calcula que en 87% de los casos tiene afectación pancreatobiliar. La prevalencia informada es de 1 a 2 casos por 100 000. Se ha notificado que cerca de la mitad de los casos sufre una recaída (47,8%). Existe una relación controversial con el desarrollo de procesos malignos en esta alteración. A largo plazo tiene una supervivencia excelente, pero puede desarrollar secuelas consistentes con pancreatitis crónica (5%-10%) como la

insuficiencia pancreática exocrina y endocrina en casi 30%, así como atrofia y calcificaciones.

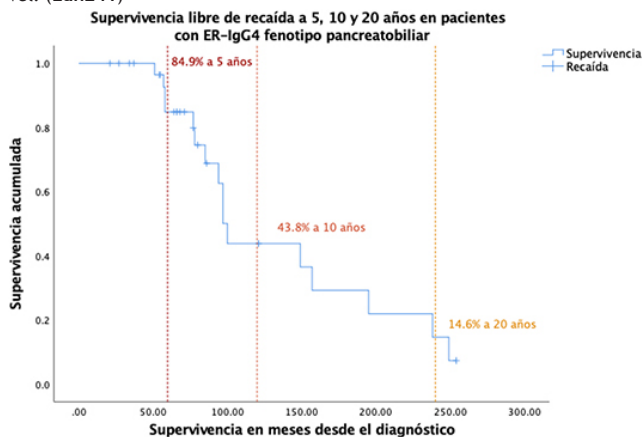
**Objetivo:** Describir los desenlaces a largo plazo de los pacientes diagnosticados con enfermedad relacionada con IgG4 fenotipo pancreatobiliar.

**Material y métodos:** Se incluyó a pacientes diagnosticados con ER-IgG4 (por biopsia o criterios validados acorde a la fecha del diagnóstico) por cinco o más años, en un centro de tercer nivel de México en el periodo 2000-2024. Tipo de estudio: descriptivo, longitudinal y de corte retrospectivo. Variables analizadas: edad, género, comorbilidades e informe histológico con criterios diagnósticos: relación IgG4/IgG > 50%, > 10 células/campo de gran aumento. Se registraron de manera dicotómica la recaída y la recrudescencia, y se calcularon los meses desde el diagnóstico para el análisis de supervivencia. Análisis estadístico: se describieron medidas de frecuencia y porcentajes. Para la supervivencia y supervivencia sin recurrencia se utilizó el análisis de Kaplan-Meier (*log-rank*); el cociente de riesgo se expresó con *hazard ratio* U de Mann-Whitney para la comparación entre grupos.

**Resultados:** De 46 casos con diagnóstico probable de ER-IgG4 durante el periodo investigado, se excluyó a 14 casos y se obtuvo una corte de 32 casos a evaluar. El sexo masculino fue el más prevalente (68,8%) y la media de edad fue de 63,2 ± 10,5 años. La diabetes y la hipertensión arterial fueron las comorbilidades más prevalentes con 53,1 y 25,0%, respectivamente. La presentación clínica inicial más frecuente fue ictericia (68,8%). El órgano concomitante afectado fue la vía biliar (53,1%), seguido de adenopatías (50%), sialoadenitis (40,6%) y renal (37,5%). El hallazgo por imagen más prevalente en el plano pancreático fue pseudotumoral, en "salchicha" y focal/segmentario con 46,9%, 28,1% y 15,6%, respectivamente. Más de la mitad de los casos han recaído tras 10 años del diagnóstico (Figura 1). La mediana en meses para la recaída fue de 40 (6-234). La supervivencia global es excelente con 100% a cinco y 10 años. A largo plazo, los pacientes desarrollan insuficiencia pancreática (IP) exocrina en 56,3%, IP endocrina en 46,9%, con una mediana de 39 meses (1-144). Los cambios por imagen más frecuentes fueron atrofia y calcificaciones. El compromiso en "salchicha" representa 5,2 veces más riesgo de recaída ( $p = 0,02$ ).

**Conclusiones:** La ER-IgG4 tiene una presentación pancreatobiliar en la mayoría de los casos. La mitad de los casos experimentó al menos una recaída. La mediana en meses para la recaída fue de 40 (6-234) y más de la mitad (66,2%) ocurrió dentro de los primeros 10 años. El factor de riesgo relacionado para la recaída fue el cambio en "salchicha" al momento del diagnóstico. No se identificó una relación entre la recaída y el desarrollo de neoplasias; la más frecuente fue de causa renal (12,5%), seguida de pancreática (3,2%). La supervivencia global es excelente con 100% a cinco y 10 años y 85,7% a 20 años. **Financiamiento:** No se recibió financiamiento alguno.

Figura 1. Supervivencia sin recaída en pacientes con ER-IgG4 a cinco, 10 y 20 años tras el diagnóstico en una cohorte mexicana de un centro de tercer nivel. (Lun241)



Lun242

TUMORES NEUROENDOCRINOS DE LA VÍA BILIAR: SERIE DE CASOS DE UN CENTRO EN MONTERREY, NUEVO LEÓN

J. A. Arce-Hernández, L. Santoyo-Fexas, J. O. Jáquez-Quintana, P. F. Beutelspacher-Vidales, Hospital Zambrano Hellion, TecSalud

**Introducción:** Los tumores neuroendocrinos (TNE) de la vía biliar son una entidad poco común y heterogénea dentro del espectro de los cánceres biliares. Se distinguen por originarse en las células neuroendocrinas dispersadas a lo largo del árbol biliar; estos tumores representan desafíos singulares tanto en el diagnóstico como en la atención clínica. Su incidencia es baja en comparación con otros tipos de cáncer biliar, lo cual dificulta la recopilación de datos significativos. En este trabajo se exploran dos casos clínicos inusuales de TNE primarios de la vía biliar, con el objetivo de destacar las características clínicas y los métodos diagnósticos utilizados. A través del análisis de estos casos se busca contribuir al entendimiento actual de los TNE de la vía biliar.

**Objetivo:** Documentar la experiencia en la presentación clínica y abordaje de estos tumores.

**Informe de casos:** Se presentan los casos de dos pacientes, uno masculino de 73 años (caso 1) y uno femenino de 48 años (caso 2), ambos con cuadro y evolución menor a una semana con ictericia generalizada, prurito, coluria y acolia, sin dolor abdominal ni pérdida de peso. En la Tabla 1 pueden verse los diferentes hallazgos dentro del abordaje de los pacientes. Una característica de ambos casos fue la colocación de un *stent* biliar metálico autoexpandible no cubierto (SMAE-NC) al confirmarse histológicamente, además de ser una enfermedad metastásica. Ambos pacientes han sufrido múltiples episodios de colangitis debido a la oclusión del SMAE por fibrosis (sin signos de actividad tumoral demostrada por biopsia) con recolocación de *stents* plásticos. En el paciente del caso 1 se identificó a los seis meses después del diagnóstico esclerosis de vías biliares extrahepática e intrahepática con dilatación segmentaria del conducto hepático izquierdo, resuelta con *stent* plástico. Por otro lado, el caso 2, también posterior a cuadros de colangitis a los 18 meses del diagnóstico, mostró esclerosis de la vía biliar intrahepática confirmada por colangioscopia sin requerir colocación de *stent* plástico.

Tabla 1. Hallazgos individuales con sus características. (Lun242)

	Masculino 73 años (caso 1)	Femenina 48 años (caso 2)
TAC abdominal contrastada	Masa a nivel de hilio hepático	Lesiones hipodensas hepáticas + dilatación de vía biliar intrahepática
Colangiografía	Lesiones nodulares en segmento hepático V que causan compresión de vía biliar intrahepática e interrupción parcial del colédoco	Estenosis subtotal del hepático común y masa en segunda porción del duodeno que comprime el hepático común
BT/BD/BI	9,23/5,4 /3,77	7,98/6,45/1,53
FA/AST/ALT	517/178/314	312/49/139
Marcadores tumorales	ACE y CA 19-9 normales	ACE 182,95, Ca-19 normal
CPRE	Estenosis de 2 cm a nivel del colédoco debajo de hepático común; se realiza cepillado biliar y biopsias y se coloca <i>stent</i> biliar plástico	Estenosis a nivel del conducto hepático común más coloscopia con biopsia más colocación de <i>stent</i> biliar plástico
Diagnóstico anatomopatológico	Carcinoma del conducto biliar con componente neuroendocrino bien diferenciado G1 Ki67 5%	Carcinoma neuroendocrino G3
Estado actual	ECOG 1 Karnofsky 90% TEP-TC con Ga68-dotatate, con actividad metastásica periférica en lóbulo hepático derecho	ECOG 3 Karnofsky 50% TEP-TC con Ga68-dotatate sin actividad de enfermedad metastásica

**Discusión:** Los TNE de la vía biliar son una entidad rara. Los síntomas se relacionan sobre todo con el crecimiento del tumor, la invasión de estructuras adyacentes o las metástasis, no tanto con la secreción de hormonas y péptidos vasoactivos. Los síntomas más comunes publicados son ictericia y prurito. En estos casos descritos, los pacientes se presentaron con ictericia de corta evolución con menos de una semana, además del contar con un CA 19-9 normal. El diagnóstico preoperatorio es un desafío, tal y como se observó en esta serie de casos. Solo fue posible mediante toma de biopsias guiada por punción endosonográfica y a través de visualización directa por coledoscopia. El enfoque terapéutico es diverso, desde resección completa del tumor en enfermedad localizada hasta el uso de análogos de somatostatina en la enfermedad metastásica, además del control endoscópico de la obstrucción biliar con *stent* biliar.

**Conclusiones:** El diagnóstico de los TNE de la vía biliar requiere un abordaje y control multidisciplinario, con estudios de CPRE y colangioscopia con biopsia e inmunohistoquímica, además de estudios de imagen específicos como TEP-TC con G68-dotatate para valorar actividad tumoral. Una característica de los casos presentados fueron los episodios recurrentes de colangitis con oclusión del SMAE por el desarrollo de esclerosis de la vía biliar intrahepática y extrahepática, algo no descrito antes en la evolución de esta estirpe de tumor de la VB, por lo que no son los pacientes ideales para el uso de SMAE por la imposibilidad de removerlos o recambiarlos.

**Financiamiento:** No se contó con apoyo financiero.

## Lun243

### FACTORES DE RIESGO PARA ESTEATOSIS PANCREÁTICA EN POBLACIÓN MEXICANA

J. P. Ochoa-Maya, E. V. Rodríguez-Negrete, M. G. López-Sánchez, Hospital de Especialidades Centro Médico Nacional Siglo XXI, IMSS

**Introducción:** La esteatosis pancreática se define como la acumulación de grasa en el páncreas y se debe a diversas causas. Se describió por primera vez en 1926; sin embargo, hasta la fecha aún se estudia su importancia clínica, así como su participación en el desarrollo de otras enfermedades. Se ha informado una prevalencia aproximada del 33% en la población general, es independiente de la edad y el género y se vincula con hipertensión arterial sistémica, diabetes mellitus tipo 2 y síndrome metabólico. Un estudio de Weng *et al.* realizado en la población china identificó que los hombres menores de 55 años, la esteatohepatitis no alcohólica, la obesidad, el síndrome metabólico y la dislipidemia son factores de riesgo para el desarrollo de esteatosis pancreática. En México no existen estudios epidemiológicos que informen la prevalencia de esteatosis pancreática en pacientes sanos o con síndrome metabólico, así como protocolos que identifiquen factores de riesgo en la población mexicana.

**Objetivo:** Determinar si la edad, el género, la desnutrición, el sobrepeso, la obesidad de grados 1, 2 o 3, la hipertensión arterial, la diabetes mellitus tipo 2, la dislipidemia o el síndrome metabólico son factores de riesgo para el desarrollo de esteatosis pancreática.

**Material y métodos:** Se realizó un estudio de casos y controles, observacional, retrospectivo, longitudinal, analítico, unicéntrico y comparativo. Se incluyó a pacientes a partir del 1 de enero del 2023 y hasta el 30 de junio del 2023 que fueron objeto de un estudio de imagen abdominal (tomografía de abdomen simple, tomografía de abdomen contrastada, resonancia magnética de abdomen) en el servicio de radiología e imagen de la Unidad Médica de Alta Especialidad (UMA), Hospital de Especialidades, del Centro Médico Nacional (CMN) Siglo XXI.

**Resultados:** Se analizó un total de 164 casos, con el mismo porcentaje de mujeres y hombres, una media de edad de 62 años (RIQ 47-71) y una media de índice de masa corporal de 27,18 (RIQ 23,56-30,85). La prevalencia calculada de esteatosis pancreática en este estudio fue del 51,8%. Por medio del análisis bivariado se comparó la presencia y ausencia de esteatosis pancreática respecto de diferentes variables, y se observó que la diabetes mellitus tipo 2 ( $p = 0,000$ ), la hipertensión arterial ( $p = 0,012$ ), la dislipidemia ( $p = 0,000$ ) y el síndrome metabólico ( $p = 0,000$ ) tuvieron significancia estadística, no así el género ( $p = 0,274$ ), el IMC ( $p = 0,184$ ) ni tampoco la esteatosis hepática. Se realizó análisis multivariado para las variables que tenían significancia estadística; con lo anterior se determinó que la dislipidemia ( $p = 0,039$ ; OR 4,76; IC95%, 1,08-20,90), el síndrome metabólico ( $p = 0,000$ ; OR 11,47; IC95%, 2,89-44,12) y la edad mayor de 55 años ( $p = 0,001$ ; OR 4,5; IC95%, 1,88-10,79) son factores de riesgo identificados para el desarrollo de esteatosis pancreática (Tabla 1).

Tabla 1. Regresión logística. (Lun243)

Variable	p	OR	IC95%
Diabetes mellitus	0,895	1,06	0,395-2,89
Hipertensión arterial	0,219	0,565	0,228-1,40
Dislipidemia	0,039	4,76	1,08-20,90
Sx metabólico	0,000	11,47	2,98-44,12
Edad > 55 años	0,001	4,5	1,88-10,79
Género (m)	0,282	1,53	0,704-3,35

**Conclusiones:** En este estudio se identificó que la dislipidemia, el síndrome metabólico y la edad mayor de 55 años son factores de riesgo para el desarrollo de esteatosis pancreática.

**Financiamiento:** No se recibió financiamiento para realizar este trabajo.

## Lun244

### EL IMPACTO DE LA PANDEMIA EN EL DIAGNÓSTICO Y LA MORTALIDAD DE LOS PACIENTES CON CÁNCER DE PÁNCREAS. NO TODO FUE NEGATIVO

A. I. Tornel-Avelar, Y. Domínguez-Novoa, J. Iglesias-García, J. Lariño-Noia, X. Martínez-Seara, J. E. Domínguez-Muñoz, Hospital Civil de Guadalajara Fray Antonio Alcalde

**Introducción:** La pandemia por COVID-19 generó demoras en las consultas médicas y ello afectó el diagnóstico de neoplasias gastrointestinales en fases tempranas y provocó desenlaces clínicos desfavorables. La influencia antes, durante y después de la pandemia en el cáncer de páncreas no se ha definido bien.

**Objetivo:** Evaluar el efecto de la pandemia en el diagnóstico y la mortalidad de los pacientes con cáncer de páncreas (CP).

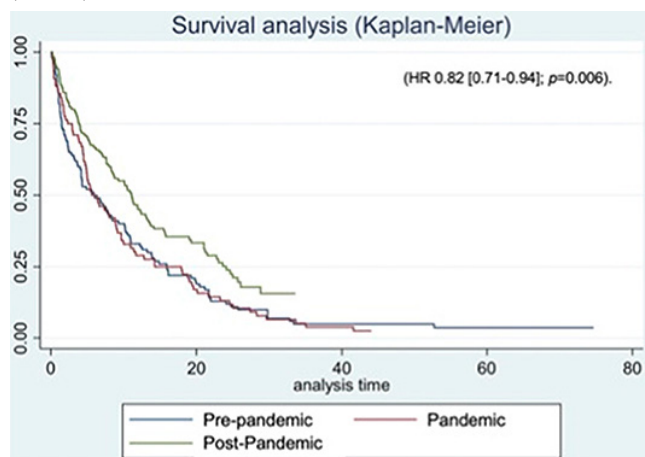
**Material y métodos:** Se realizó un análisis descriptivo, retrospectivo y transversal con uso de un registro de ultrasonidos endoscópicos (USE) del Hospital Clínico Universitario de Santiago de Compostela, España. Se incluyó a pacientes diagnosticados con CP entre 2018 y 2022, y se compararon las cohortes según el estadio al diagnóstico y la mortalidad antes (2018-2019), durante (2020) y después de la pandemia (2021-2022). Los datos se presentan como medias  $\pm$  desviación estándar o medianas con rango intercuartílico (RIC) para variables cuantitativas, y las variables categóricas se expresaron como frecuencias y porcentajes. La relación entre variables categóricas se analizó con ji cuadrada o prueba exacta de Fisher, y las variables numéricas con la prueba U de Mann-Whitney. Las tasas de mortalidad se analizaron mediante regresión de Cox (Kaplan-Meier).

**Resultados:** De los 11 161 USE realizados en el periodo de estudio, se incluyó a 299 pacientes con CP (edad media de 70,7 años [RIC 36-89], 49,2% de hombres). Hasta 51 (17,1%) eran resecables, 29 (9,7%) limitrofes, 107 (35,8%) localmente avanzados y 112 (37,4%) metastásicos. El número de procedimientos de USE aumentó significativamente durante el periodo de estudio, y fue mayor después de la pandemia (mediana de 2 064 [2018-2020] vs. 2 503 [2021-2022];  $p = 0,049$ ). Entre los periodos de estudio, los pacientes diagnosticados en etapa resecable antes (15,8%) y durante la pandemia (7,8%) fueron menores en comparación con el periodo posterior (24%;  $p = 0,012$ ). Los pacientes diagnosticados en etapa metastásica de CP antes (44,6%) y durante la pandemia (41,6%) fueron mayores respecto del periodo posterior (28,9%);  $p = 0,039$ . No se hallaron diferencias en cuanto a casos limitrofes ( $p = 0,383$ ) o localmente avanzados ( $p = 0,449$ ). La tasa de mortalidad general anterior a la pandemia fue del 96%, similar al periodo de pandemia (97%), y descendió en el periodo posterior a 76,9% ( $p < 0,001$ ). En el análisis de Kaplan-Meier, la tasa de supervivencia fue mayor en el periodo posterior a la pandemia (HR 0,82 [0,71-0,94];  $p = 0,006$ ) (Figura 1).

**Conclusiones:** Después de la pandemia por COVID-19, el número de casos resecables de CP aumentó, mientras que el número de casos metastásicos se redujo, probablemente debido a un mayor número de USE efectuados. Este incremento de la detección temprana mejoró el pronóstico de los pacientes con CP luego de la pandemia, lo que demuestra que no todos los efectos de la pandemia fueron negativos.

**Financiamiento:** Beca de perfeccionamiento en el extranjero concedida por la AMG 2023.

**Figura 1.** Efecto de la pandemia en la mortalidad del cáncer de páncreas. (Lun244)







# REVISTA DE GASTROENTEROLOGÍA DE MÉXICO

www.elsevier.es/rgmx



## Exposición de trabajos libres en cartel

Lunes 18 de noviembre de 2024

### Cirrosis

Lun245

#### COMPARACIÓN DE ESCALAS MELD EN PACIENTES CON ENFERMEDAD HEPÁTICA CRÓNICA DESCOMPENSADOS CON HEMORRAGIA VARICEAL COMO PREDICTOR DE MORTALIDAD EN UN CENTRO DE TERCER NIVEL DE ATENCIÓN

L. V. Cupil-Escobedo, K. Cazarín-Chávez, D. Santana-Vargas, J. L. Pérez-Hernández, F. Higuera-De-la-Tijera, Hospital General de México Dr. Eduardo Liceaga

**Introducción:** La hemorragia variceal es una causa común y grave de descompensación en pacientes con cirrosis hepática y posee una morbilidad y mortalidad elevadas. Uno de los sistemas de puntuación más importantes es el *Model for end-stage liver disease* (MELD) que se ha establecido como herramienta para estratificar el riesgo y la predicción de mortalidad en pacientes con enfermedad hepática avanzada, incluso en estado descompensado. Las escalas MELD-Na, MELD-La y MELD 3.0 son variantes para mejorar la precisión en distintas poblaciones y contextos clínicos.

**Objetivo:** Comparar la eficacia de las diferentes escalas MELD en enfermedad hepática crónica descompensada con hemorragia variceal y determinar cuál proporciona la mayor precisión en la estratificación del riesgo y la predicción de la mortalidad.

**Material y métodos:** Se realizó un estudio observacional, retrospectivo, comparativo y longitudinal que evaluó a individuos con cirrosis hepática y diagnóstico de ingreso de hemorragia variceal hospitalizados en el servicio de gastroenterología durante 12 meses en el periodo 2023-2022. Se utilizaron las puntuaciones MELD, MELD-La, MELD-Na y MELD 3.0 para determinar la capacidad de predicción en la mortalidad por medio del análisis y curvas ROC. Por cada puntuación se calcularon el área bajo la curva (AUROC), la desviación

estándar, los intervalos de confianza al 95% y la significancia estadística. Por otro lado, se construyeron dos modelos lineales generales (MLG) de efectos principales con distribución binomial y función de enlace logit para determinar los factores que influyen significativamente en la mortalidad del paciente (defunción o mejoría) como variable de respuesta; en el primer MLG se incluyeron las características de ingreso del paciente (sexo, edad, comorbilidades, causas, consumo de betabloqueadores y escala de Child-Pugh); en el segundo MLG se tomaron en cuenta los procedimientos (tratamiento endoscópico, transfusiones). Todos los análisis se efectuaron con el programa IBM SPSS Statistics versión 27.0.1.0

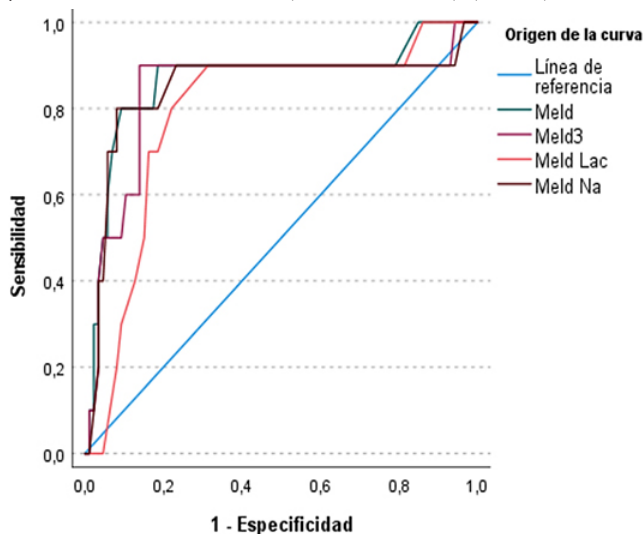
**Resultados:** Se analizó a un total de 96 pacientes, 60 hombres (62,5%) y 36 mujeres (37,5%), con una media de edad de  $62 \pm 8$  años. El alcohol fue la principal causa de la cirrosis (51,0%), seguida de la causa dual (18%). Las puntuaciones de Child-Pugh fueron A (21,9%), B (50%) y C (28,1%). Todos recibieron reanimación, antibióticos y fármacos vasoactivos de acuerdo con el protocolo. En la endoscopia, 80 pacientes (83,3%) tenían varices esofágicas y 16 (16,7%) varices gástricas causantes de hemorragia. De acuerdo con el análisis de los MLG, se determinó que el sexo, edad, causa, comorbilidades, consumo de betabloqueadores y puntuación de Child-Pugh no influyen en la mejoría o defunción. La transfusión de sangre tiene un efecto marginalmente significativo en la mortalidad, es decir, debe tomarse en cuenta con precaución ya que puede o no contribuir a la mejoría. El análisis de curvas ROC mostró que las puntuaciones MELD, MELD-Lac, MELD-Na y MELD 3.0 cuentan con una significativa capacidad de predicción de la mortalidad (Figura 1). El corte de MELD de 26 puntos tuvo una AUROC de 0,866 (IC95%: 0,71-1,00;  $p \leq 0,001$ ); la MELD-Na de 26,5 puntos una AUROC de 0,848 (IC95%: 0,67-1,00;  $p \leq 0,001$ ), la MELD 3,0 de 24,5 puntos una AUROC de 0,40 (IC95%: 0,67-1,00;  $p \leq 0,001$ ) y la MELD-lactato de 19,5 puntos una AUROC de 0,791 (IC95%: 0,644-0,939;  $p = 0,003$ ).

**Conclusiones:** Todas las puntuaciones MELD demostraron una capacidad significativa para predecir la mortalidad, lo cual confirma su utilidad en la práctica clínica en pacientes descompensados con hemorragia. Es importante destacar que los factores como el sexo, la edad, las comorbilidades, la causa,

el consumo de betabloqueadores, así como la escala de Child-Pugh, no tienen una influencia significativa en los resultados de los pacientes.

**Financiamiento:** No se recibió financiamiento de ningún tipo.

**Figura 1.** Gráfica de la curva ROC de los modelos de las escalas MELD, MELD-Lac, MELD-Na, y MELD 3.0 en la predicción de mortalidad del paciente; comparación con el modelo aleatorio (línea de referencia). (Lun245)



## Lun246

### NIVEL PLASMÁTICO DEL FACTOR DE VON WILLEBRAND COMO PREDICTOR DE MORTALIDAD EN PACIENTES CON HEPATOPATÍA CRÓNICA

S. P. Mendivil-Sáenz, P. A. López-Hernández, Instituto Mexicano del Seguro Social

**Introducción:** Existe una interacción profunda entre la cascada de la coagulación y el estado del daño hepático en el paciente con hepatopatía crónica. La fibrosis hepática reacciona al daño crónico en estrecha relación con los cambios de los factores anticoagulantes y procoagulantes. Se ha establecido una correlación entre los valores del factor de von Willebrand y la mortalidad en pacientes con estas características. Otros autores han encontrado una mayor concentración del factor de von Willebrand en pacientes con cirrosis e hipertensión portal, que aumenta su producción a medida que los sinusoides hepáticos se transforman por el proceso necroinflamatorio crónico. En este estudio se analiza la correlación entre el valor del factor de von Willebrand y la mortalidad en pacientes con hepatopatía crónica.

**Objetivo:** Determinar si la cifra plasmática del factor de von Willebrand es útil como predictor de mortalidad en pacientes con hepatopatía crónica evaluados y tratados en el departamento de gastroenterología de la UMAE CMNN No. 25 IMSS, Nuevo León.

**Material y métodos:** Se trata de una cohorte retrospectiva, no aleatorizada, en la que se incluyó a un total de 59 pacientes valorados en la consulta de gastroenterología en un hospital de tercer nivel; se calculó un modelo de regresión logística para predecir el efecto de la concentración sérica del factor de von Willebrand sobre la mortalidad a un año, con base en lo cual se realizó un análisis de la curva ROC para determinar el corte de la medición.

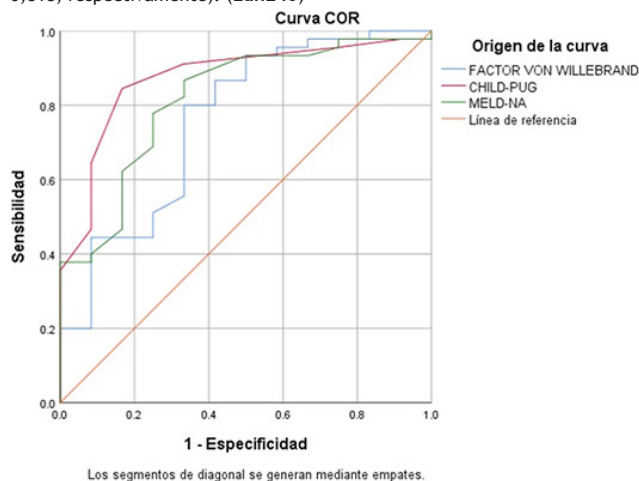
**Resultados:** Se analizó a 59 pacientes, 71% de ellos mujeres, con un promedio de edad de 49 años ( $\pm 11,92$ ; intervalo, 15-66). El 72,9% de los pacientes ( $n = 43$ ) satisfacía criterios diagnósticos de cirrosis. La causa más frecuente de afectación hepática en el grupo de pacientes analizado fue la hepatitis autoinmunitaria ( $n = 14$ , 23,7%), seguida de la enfermedad hepática relacionada con disfunción metabólica (MASLD,  $n = 9$ , 15,3%) y la enólica ( $n = 7$ , 11,9%). Se encontró una causa mixta en al menos 9 (15,3%) pacientes, en particular la combinación de colangitis biliar primaria y hepatitis autoinmunitaria como la más frecuente (CBP/HAI;  $n = 8$ , 13,6%). En el análisis se identificaron 12 casos de defunción, todos en el primer año de la inclusión al protocolo (mortalidad, 21,1%). Se realizó un análisis de la curva de eficacia diagnóstica (curva ROC) con uso solo del factor de von Willebrand y el resultado del área bajo la curva

fue de 0,761 ( $p = 0,006$ ; IC95%, 0,597-0,925). El punto más preciso de la prueba se alcanzó al corte de 225% ( $S = 80\%$ ,  $E = 58\%$ ). Con este punto de corte se efectuó una prueba de ji cuadrada y se encontró una diferencia estadísticamente significativa entre la proporción de pacientes fallecidos a un año con valor debajo del punto de corte (12%) y los pacientes fallecidos a un año por arriba del punto de corte (43%) ( $p = 0,009$ ). Se empleó también el análisis de curvas ROC para comparar la sensibilidad y la especificidad de las escalas utilizadas hoy día contra las concentraciones del factor de von Willebrand y se halló una calificación de Child-Pugh-Turcotte con AUROC de 0,874 y MELD-Na de 0,818 (Figura 1).

**Conclusiones:** Puede definirse con este estudio que la determinación de la concentración plasmática del factor de von Willebrand es útil como predictor de mortalidad. Un punto de corte de 225% de actividad predice con 80% de sensibilidad y 58% de especificidad la mortalidad de un paciente a un año; esto es equiparable a las determinaciones de las escalas usadas en la actualidad, como la de Child-Pugh-Turcotte y la MELD-Na.

**Financiamiento:** No se contó con ningún financiamiento.

**Figura 1.** Análisis comparativo de la curva ROC entre el factor de von Willebrand, la escala de Child-Pugh-Turcotte y la MELD Na (AUROC 0,761, 0,874 y 0,818, respectivamente). (Lun246)



## Lun247

### EXPERIENCIA CON DEXMETETOMIDINA EN EL MANEJO DE SÍNDROME DE SUPRESIÓN ETÍLICA EN PACIENTES CON CIRROSIS

L. I. Gallardo-González, J. L. Pérez-Hernández, F. Higuera-De-la-Tijera, Hospital General de México Dr. Eduardo Liceaga

**Introducción:** El lorazepam es el tratamiento de primera línea en pacientes con síndrome de supresión etílica (SSE). En pacientes con cirrosis y SSE, la dexmedetomidina (DXM) se ha estudiado en escasa medida.

**Objetivo:** Notificar el efecto de la DXM en el paciente con cirrosis y SSE.

**Material y métodos:** Estudio observacional, retrospectivo, descriptivo y analítico. Se incluyó a pacientes con cirrosis y SSE tratados con lorazepam, DXM o ambos. Se recopiló la Escala de Evaluación de Abstinencia Alcohólica del Instituto Clínico (CIWA-Ar) antes y después del tratamiento, así como los días de estancia intrahospitalaria (EIH). Las variables cuantitativas se resumieron mediante estadística descriptiva no paramétrica de acuerdo con la distribución de las variables (mediana y rango), además de frecuencias y porcentajes en caso de variables cualitativas. Para comparar entre tres grupos independientes se emplearon las pruebas de Kruskal-Wallis (KW) y Jonckheere-Terpstra (JT). Se consideró una diferencia significativa aquella con valor de  $p < 0,05$ .

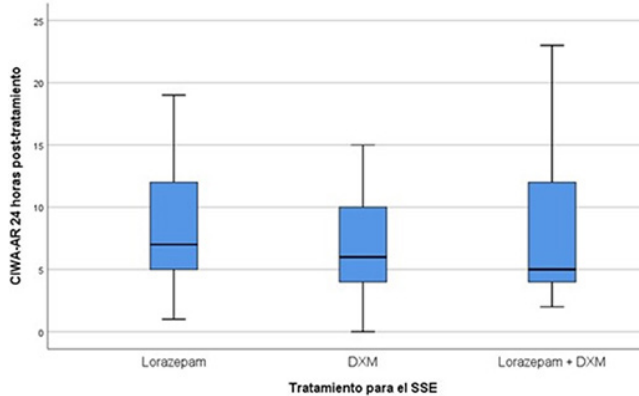
**Resultados:** Se incluyó a 39 pacientes, 37 (94,9%) hombres, con mediana de edad de 41 (27-66) años, consumo de alcohol de 287 (64-960) g/día, CIWA-Ar al ingreso de 20 (10-46) puntos, Child-Pugh de 10 (5-14) puntos y MELD-Na de 16 (8-40) puntos. En cuanto al tratamiento del SSE: 17 (43,6%) recibieron lorazepam, 13 (33,3%) DXM y 9 (23,1%) lorazepam + DXM. Cuando se comparó entre grupos no se identificaron diferencias en relación con los días de EIH [4 (1-30) vs. 3 (1-18) vs. 2 (1-5) respectivamente para lorazepam, DXM, lorazepam +

DXM; KW  $p = 0,86$ , JT  $p = 0,82$ ], ni en cuanto a CIWA-Ar a las 24 horas posteriores al tratamiento [7 (1-19) vs. 6 (0-15) vs. 5 (2-23) respectivamente para lorazepam, DXM, lorazepam + DXM; KW  $p = 0,19$ , JT  $p = 0,45$ ], **Figura 1**. En cuanto a la dosis, DXM 0,26 (0,13-0,5) mcg/h, lorazepam 5 (4-8) mg, DXM + lorazepam 0,3 (0,13-0,6) mcg/h + 4 (2-6) mg/día. No se informaron efectos adversos graves con ninguna de las tres estrategias.

**Conclusiones:** La DXM parece ser una opción efectiva y segura para el tratamiento del SSE en pacientes con cirrosis; sin embargo, se requieren estudios clínicos que validen estos hallazgos.

**Financiamiento:** Los autores declaran no contar con financiación externa.

**Figura 1.** CIWA-Ar a las 24 horas después del tratamiento. (Lun247)



## Lun248

### PATRONES DE RESISTENCIA Y SUSCEPTIBILIDAD ANTIMICROBIANA EN PACIENTES CON PERITONITIS BACTERIANA ESPONTÁNEA EN EL HOSPITAL GENERAL DE MÉXICO DR. EDUARDO LICEAGA

G. Rangel-Zavala, P. M. Diego-Salazar, K. Cazarín-Chávez, J. L. Pérez-Hernández, F. Higuera-De-la-Tijera, Hospital General de México Dr. Eduardo Liceaga

**Introducción:** La peritonitis bacteriana espontánea (PBE) representa una complicación grave y potencialmente letal en pacientes con cirrosis hepática, con una elevada morbimortalidad adjunta. En este contexto, la resistencia antimicrobiana ha surgido como un desafío significativo que complica el tratamiento efectivo de estas infecciones. Es fundamental investigar los patrones de resistencia y susceptibilidad antimicrobiana en pacientes con PBE, ya que esto no solo guía las estrategias terapéuticas, sino que también juega un papel crucial en la mejoría de los resultados clínicos y la reducción de la mortalidad.

**Objetivo:** Investigar y caracterizar los patrones de resistencia antimicrobiana en los microorganismos causales de la peritonitis bacteriana espontánea en el Hospital General de México Dr. Eduardo Liceaga, además de evaluar la prevalencia de resistencia a diferentes clases de antimicrobianos, incluidos los antibióticos de uso común en el tratamiento de infecciones bacterianas, como los betalactámicos, fluoroquinolonas, aminoglucósidos y otros compuestos relevantes.

**Material y métodos:** Se llevó a cabo un estudio descriptivo, observacional y retrospectivo sobre patrones de resistencia y susceptibilidad antimicrobiana en pacientes con peritonitis bacteriana espontánea atendidos en el Hospital General de México Dr. Eduardo Liceaga entre enero de 2022 y enero de 2024. Se recopiló información clínica de los expedientes del servicio de gastroenterología. Los resultados microbiológicos se recogieron de los informes del servicio de microbiología. Se incluyó a pacientes diagnosticados con cirrosis hepática y que cumplían los criterios para PBE. Se integraron datos clínicos y microbiológicos y se analizaron variables como edad, sexo, causa de la enfermedad hepática y descompensaciones relacionadas, como hemorragia gastrointestinal y encefalopatía hepática. Se revisaron los patrones de resistencia antimicrobiana, así como las características clínicas y microbiológicas de los pacientes con PBE. Este análisis busca contribuir al tratamiento óptimo de la PBE y al desarrollo de estrategias de tratamiento antimicrobiano más efectivas.

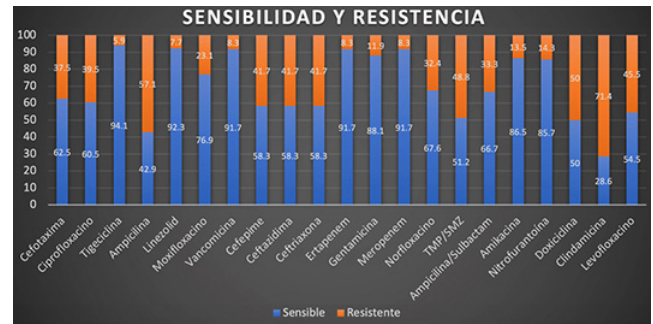
**Resultados:** Se incluyó a un total de 48 pacientes, de los cuales el 52,1% correspondió a hombres, con una edad media de  $52,4 \pm 12,7$  años. La causa predominante de la cirrosis fue el alcohol, presente en el 56,3% de los casos. Entre las bacterias aisladas destacaron: *Escherichia coli* en 27 (56,25%), *Klebsiella*

*pneumoniae* en 6 (12,5%), *Enterococcus faecalis* en 3 (6,25%), *Streptococcus spp.* en 3 (6,25%), *Staphylococcus epidermidis* en 2 (4,16%), *Staphylococcus aureus* en 2 (4,16%), *Enterococcus gallinarum* en 2 (4,16%), *Staphylococcus marcescens* en 1 (2,08%), *Acinetobacter sobria* en 1 (2,08%), y *Staphylococcus haemolyticus* en 1 (2,08%). Las sensibilidades y resistencias a los diferentes antimicrobianos se presentan en la **Figura 1**.

**Conclusiones:** La resistencia a los antimicrobianos se halla en aumento en pacientes con PBE, lo que limita las alternativas eficaces. Los antibióticos recomendados como las cefalosporinas y las quinolonas ya no resultan suficientemente útiles, lo cual es peligroso en el contexto del tratamiento empírico debido al alto riesgo de falla de la respuesta terapéutica.

**Financiamiento:** No se dispuso de financiamiento alguno.

**Figura 1.** Sensibilidad y resistencia. (Lun248)



## Lun249

### EFFECTO DE LOS BETABLOQUEADORES EN LA SUPERVIVENCIA Y FRECUENCIA DE COMPLICACIONES EN PACIENTES CON CIRROSIS HEPÁTICA DESCOMPENSADA POR ASCITIS

K. P. Pérez-López, M. G. Reyes-Zermeño, Centro Médico Nacional

**Introducción:** Los betabloqueadores no selectivos han demostrado su eficacia en la reducción de la presión portal en cirróticos y de forma consecuente previenen los episodios de hemorragia variceal. Existe debate acerca del efecto deletéreo de los betabloqueadores en la supervivencia de pacientes con cirrosis y ascitis, lo cual puede sustentarse en la "hipótesis de la ventana", según la cual los efectos benéficos de los betabloqueadores se pierden en las fases avanzadas de la cirrosis al agotarse la reserva compensatoria cardíaca, sumado a su efecto intrínseco de reducir el gasto cardíaco, además de su disminución de la presión arterial y por tanto del flujo sanguíneo renal; esto se ha vinculado con un efecto negativo en la función renal y una disminución de la supervivencia.

**Objetivo:** Determinar la supervivencia y la frecuencia de complicaciones en pacientes con cirrosis hepática descompensada por ascitis con administración de betabloqueadores de tipo no selectivo y  $\alpha$ -selectivo.

**Material y métodos:** Estudio retrospectivo, transversal, observacional y analítico en el periodo de enero de 2013 a enero de 2023. Criterios de inclusión: pacientes con cirrosis hepática descompensada por ascitis de grados 2 o 3, mayores de 18 años, tratados con propranolol o carvedilol por hipertensión portal, con frecuencia cardíaca en objetivos de 50 a 60 lpm. Criterios de inclusión para el grupo control: las características ya mencionadas sin tratamiento con betabloqueador. Análisis: estadística descriptiva e inferencial, prueba t de Student para variables con distribución normal; para variables cualitativas ji cuadrada y análisis de supervivencia mediante la prueba de Kaplan-Meier y log-rank.

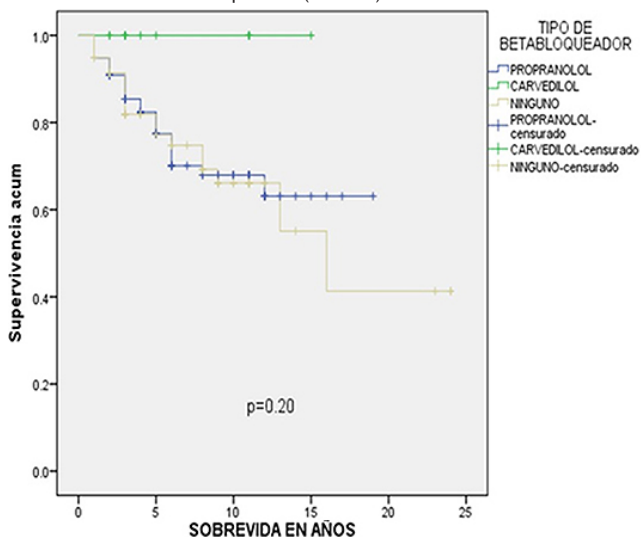
**Resultados:** De una muestra total de 227 pacientes que cumplieron criterios de inclusión se eliminó a un total de 79 individuos por encontrarse fuera de los objetivos de frecuencia cardíaca, para una muestra final de 148 pacientes; de estos, el 40% sin betabloqueador ( $n = 60$ ), 52% con propranolol ( $n = 77$ ) y 8,1% con carvedilol ( $n = 12$ ). La frecuencia cardíaca media fue de 59 lpm (DS, 9,56). En el análisis de supervivencia global la media de sobrevida fue de siete años. Los pacientes con ascitis sin betabloqueador tuvieron una sobrevida de 70%, el grupo de propranolol de 71,4% y el grupo con carvedilol de 100% ( $p = 0,20$ ) (**Figura 1**). La complicación principal fue la encefalopatía hepática en el grupo control con 28,2% ( $n = 20$ ), propranolol con 63,4% ( $n = 45$ ) y carvedilol con 8,5% ( $n = 6$ ), OR 0,36 (IC95%, 0,18-0,71;  $p = 0,003$ ); seguida de la hemorragia

variceal con 16,7% (n = 9), grupo sin betabloqueador con 75% (n = 36), el grupo de propranolol con 8,3% (n = 4) y carvedilol, OR 0,18 (IC95%, 0,7-0,43; p = 0,001). En tercer lugar se identificó la peritonitis bacteriana espontánea con 40% (n = 6) en el grupo control y 75,7% (n = 7) en el grupo de propranolol y 13,3% (n = 2) en el de carvedilol, OR 0,97 (IC95%, 0,32-2,8; p = 0,96). En cuanto a la lesión renal aguda, 31,6% (n = 12) en el grupo control, 68,4% (n = 26) con propranolol y 0% (n = 0) con carvedilol, OR 0,59 (IC95%, 0,27-1,3; p = 0,19).

**Conclusiones:** El uso de un betabloqueador no selectivo y  $\alpha$ -selectivo no tiene efecto negativo en la sobrevida de pacientes descompensados con ascitis de grados 2 o 3, lo que permite concluir que su uso es seguro en este tipo de pacientes. Los betabloqueadores reducen la frecuencia de complicaciones, como hemorragia digestiva variceal y encefalopatía hepática, pero no tienen un efecto en la lesión renal y la peritonitis bacteriana espontánea.

**Financiamiento:** No se recibió financiamiento de ningún tipo.

**Figura 1.** Supervivencia en la cirrosis hepática descompensada por ascitis y administración de betabloqueador. (Lun249)



**Lun250**

**FRECUENCIA DE SARCOPENIA EN PACIENTES CON FALLA HEPÁTICA AGUDA SOBRE CRÓNICA Y ASOCIACIÓN CON MORTALIDAD**

D. L. Granados-Espinosa, R. Sandoval-Salas, R. Moreno-Alcántar, J. R. Aya-la-Ramírez, Instituto Mexicano del Seguro Social

**Introducción:** La falla hepática aguda sobre crónica (ACLF, *acute-on-chronic liver failure*) es una forma grave de cirrosis descompensada que se acompaña de una elevada mortalidad a los 28 días y se ha informado en un 32%, a diferencia del 5% en pacientes con cirrosis descompensada sin ACLF. La sarcopenia se refiere a la reducción de la masa, la fuerza, la función muscular y la intolerancia

al ejercicio. Se ha demostrado que la desnutrición y la sarcopenia son factores de riesgo independientes para el desarrollo de infecciones bacterianas, descompensación y muerte en pacientes con cirrosis. Asimismo, se ha notificado sarcopenia en el 22% a 62% de los pacientes con cirrosis y, aunque faltan datos específicos, se infiere que la mayoría de los pacientes con ACLF se halla desnutrida y sarcopénica. La evaluación mediante imágenes transversales por tomografía computarizada o resonancia magnética es la herramienta más validada, precisa y objetiva para evaluar la sarcopenia. La definición de sarcopenia en pacientes con enfermedad hepática en poblaciones occidentales proviene de una cohorte multicéntrica de pacientes en lista de espera para trasplante de hígado, que propuso un valor de corte para el índice de músculo esquelético en L3 (L3-SMI) < 50 cm<sup>2</sup>/m<sup>2</sup> en hombres y < 39 cm<sup>2</sup>/m<sup>2</sup> en mujeres.

**Objetivo:** Determinar la frecuencia de sarcopenia en pacientes con ACLF e identificar si hay un nexo entre la sarcopenia y la mortalidad en estos pacientes.

**Material y métodos:** Pacientes con falla hepática aguda sobre crónica según los criterios del Consorcio de la Asociación Europea para el Estudio del Hígado hospitalizados en el servicio de gastroenterología del CMN Siglo XXI entre el 2019 y el 2023, que contaran con tomografía abdominal realizada hasta tres meses antes de su internamiento para calcular el índice L3-SMI. Tipo de estudio: observacional, retrospectivo y transversal. Variables analizadas: género, edad, grado de ACLF, Child-Pugh, MELD, L3-SMI. Análisis estadístico: los resultados se analizaron con medidas de frecuencia relativas y centrales para la obtención de porcentajes, media, promedio, diferencia de medias y desviación estándar.

**Resultados:** Se recolectaron datos de 35 pacientes, con una incidencia de mortalidad a los 28 días del 71,5% y a los 180 días del 85,7%. La frecuencia de sarcopenia fue del 39,1% en mujeres y del 83,3% en hombres, con un valor de p calculado de 0,013. La media de edad fue de 54,9 años ( $\pm$  12,9), la mediana de la puntuación de Child-Pugh de 12 puntos (7-15) y la media de la puntuación MELD de 33,6 puntos ( $\pm$  5,6). El precipitante más común fue de origen infeccioso: 68,3% de los casos. No se encontró una vinculación entre la sarcopenia y la mortalidad, con un riesgo relativo de mortalidad a los 28 días de 1,27 (IC95%, 0,29-5,53; p = 0,748), mientras que para la mortalidad a los 180 días el riesgo relativo fue de 0,762 (IC95%, 0,111-5,23). Se reconoció una relación significativa entre la mortalidad y el grado de ACLF, la puntuación de Child-Pugh y la puntuación MELD (Tabla 1).

**Conclusiones:** Se observó una frecuencia de sarcopenia similar a la registrada en las publicaciones médicas; destaca una diferencia significativa de género con una mayor prevalencia en los hombres. Sin embargo, no se encontró nexo entre la sarcopenia y la mortalidad a los 28 y 180 días en esta muestra. En cambio, se identificaron relaciones significativas para la mortalidad con parámetros como la clase de ACLF, la puntuación de Child-Pugh y la puntuación MELD en esta población estudiada.

**Financiamiento:** No se recibió financiamiento de ningún tipo.

**Lun251**

**PREVALENCIA DE POLIFARMACIA E INTERACCIONES FARMACOLÓGICAS EN PACIENTES CON CIRROSIS HEPÁTICA DEL HES CMN LA RAZA**

M. Rivera-Huizar, R. Leija-Walle, J. Carrillo-Rojas, F. Martínez-Silva, M. Soto-Villalpando, S. Zavala-Villegas, N. Bueno-Hernández, J. C. Aguilar-de la O, K. García-Campos, Hospital de Especialidades Antonio Fraga Mouret de la Raza, Centro Médico Nacional La Raza

**Tabla 1.** Frecuencia de sarcopenia y relación con mortalidad en pacientes con ACLF. (Lun250)

Características de los pacientes			Mortalidad	
	Frecuencia	p	Riesgo de muerte a 28 días	1,27 (0,29-5,53), p = 0,748
Mujeres	39,1%	0,013	Riesgo de muerte a 120 días	0,762 (0,111-5,23)
Hombres	83,3%		ACLF clase I	1,142 (0,221-5,898)
Precipitante			ACLF clase II	3,667 (0,617-21,801), p = 0,153
Infección	68,3%		ACLF clase III	13,013 (1,214-139,460)
	DE	Intervalos	Child-Pugh	1,438 (0,280-7,376) p 0,663
Edad	54,9 $\pm$ 12		RR	1,789 (1,076-2,977), p = 0,025
Child-Pugh	12	(7-15)	MELD	3,3758 (0,492-28,699), p = 0,202
MELD	33,6 $\pm$ 5,6			1,310 (1,047-1,640) p 0,018

Se describen características epidemiológicas, precipitantes de ACLF y estadio funcional de la enfermedad hepática. Se muestran resultados de regresión logística para riesgo de mortalidad.

ACLF, falla hepática aguda sobre crónica; DE, desviación estándar; RR, riesgo relativo; MELD, modelo para enfermedades hepáticas en etapas terminales.



**Introducción:** La necesidad de múltiples fármacos para tratar las complicaciones vinculadas con la cirrosis hepática, así como sus comorbilidades, colocan a los pacientes con enfermedad hepática crónica en alto riesgo de polifarmacia, con la posible prescripción de fármacos innecesarios e interacciones farmacológicas.

**Objetivo:** Evaluar la prevalencia de polifarmacia e interacciones farmacológicas en pacientes con diagnóstico de cirrosis hepática atendidos en esta unidad.

**Material y métodos:** Es un estudio descriptivo, observacional y retrospectivo para evaluar a hombres y mujeres con diagnóstico de cirrosis hepática en seguimiento por el servicio de gastroenterología del Hospital de Especialidades del CMN La Raza. Se evaluará la prevalencia de polifarmacia con base en la definición de la Organización Mundial de la Salud de un consumo de cinco o más fármacos. La evaluación de interacciones farmacológicas considera la herramienta *Lexicomp-online formulary* que clasifica como X (debe evitarse el fármaco), D (considerar modificar el tratamiento), C (requiere vigilancia terapéutica), B (no se requiere ninguna acción) y A (sin interacción conocida). Tipo de estudio: cohorte retrospectiva. Análisis estadístico: se realizó a través del programa SPSS 25. Las variables cuantitativas se expresaron con medidas de tendencia central; las variables cualitativas con frecuencias y porcentajes. La relación se evaluó mediante tablas cruzadas y ji cuadrada. Se consideró estadísticamente significativo un valor de  $p < 0,05$ .

**Resultados:** Se incluyó a 200 pacientes, de los cuales 130 (65%) fueron mujeres y 70 (35%) hombres, con edad de  $57,7 \pm 12,0$  años. Las principales causas de la cirrosis hepática fueron MASLD (41%), infección por VHC (17%) y colangitis biliar primaria (15%). Estadificación de Child-Pugh: 40% de clase A, 43% de clase B y 17% de clase C. Se encontró al menos una comorbilidad concomitante en el 65% de los pacientes (intervalo, 1-4); las más frecuentes fueron diabetes tipo 2 (41%), hipertensión arterial (34%), hipotiroidismo (13%) y enfermedad renal crónica (10%). Se documentó polifarmacia en 91 pacientes (46%) (Tabla 1); los fármacos empleados con más frecuencia fueron propranolol (82%), espironolactona (48%), ácido ursodesoxicólico (43%), lactulosa (30%), rifaximina (26%), furosemida (26%), metformina (19%) e insulina glargina (19%). En este grupo, el 97% sufrió interacción farmacológica tipo C, 32% interacción tipo D y 11% interacción tipo B; no se documentaron interacciones tipos A o X.

**Conclusiones:** La prevalencia de polifarmacia en esta población fue mayor a la informada en las publicaciones internacionales, lo que representa para los pacientes con cirrosis hepática un elevado riesgo de efectos adversos e interacciones farmacológicas.

**Financiamiento:** No se recibió ningún financiamiento.

**Tabla 1.** Análisis comparativo entre los pacientes con polifarmacia. (Lun251)

	Pacientes con polifarmacia (n = 91)	Pacientes sin polifarmacia (n = 109)	P
Sexo, n (%)			0,396
Hombres	29 (32)	41 (38)	
Mujeres	62 (68)	68 (62)	
Edad, años $\pm$ DE	58,3 $\pm$ 11,9	57,1 $\pm$ 12,9	0,488
Causa de la cirrosis hepática, n (%)			0,013
MASLD	33 (36)	48 (44)	
CBP	18 (20)	11 (10)	
HAI	8 (9)	5 (5)	
Superposición HAI/CBP	8 (9)	5 (5)	
ALD	8 (9)	8 (7)	
Criptogénica	8 (9)	5 (4)	
Infección por VHC	7 (8)	27 (25)	
CEP	1 (1)	0 (0)	
Child-Pugh, n (%)			0,011
A	26 (29)	54 (49)	
B	46 (50)	39 (36)	
C	19 (21)	16 (15)	
MELD, puntos $\pm$ DE	15,2 $\pm$ 7,0	13,4 $\pm$ 5,8	0,054

MASLD, esteatosis hepática metabólica; CBP, colangitis biliar primaria; HAI, hepatitis autoinmunitaria; ALD, enfermedad hepática relacionada con el alcohol; VHC, virus de la hepatitis C; CEP, colangitis esclerosante primaria.

## Lun252

### PREDICTORES DE MORTALIDAD Y NECESIDAD DE TRASPLANTE HEPÁTICO EN PACIENTES CON HEPATITIS VIRAL A

C. A. Bautista-Monragón, A. M. Mijangos-Trejo, O. González-Chon, P. Monragón-Ratkovich, N. C. Chávez-Tapia, Médica Sur

**Introducción:** La infección por el virus de la hepatitis A representa una de las formas más frecuentes de hepatitis viral aguda global. Predecir el curso clínico de la infección por el virus de la hepatitis A es todavía un desafío. Los factores de riesgo como la encefalopatía, leucocitosis, lesión renal aguda, hipoalbuminemia e hiperbilirrubinemia ayudan a identificar a pacientes con riesgo de desarrollar falla hepática aguda. Con anterioridad se ha publicado una incidencia de hepatitis fulminante del 0,3%, que se eleva al 1,8% en individuos mayores de 49 años; los valores séricos de creatinina  $> 2$  mg/dL constituyen el mejor predictor de hepatitis fulminante o mortalidad. Es crucial obtener información actualizada debido a la transición epidemiológica que ha experimentado esta enfermedad en México.

**Objetivo:** Determinar los predictores de mortalidad y necesidad de trasplante hepático en pacientes con infección por el virus de la hepatitis A.

**Material y métodos:** Se trata de un estudio descriptivo y analítico, transversal, retroactivo y observacional. Se realizó una revisión de expedientes electrónicos de pacientes hospitalizados en el hospital Médica Sur entre 2018 y 2024 con prueba IgM positiva para virus de la hepatitis A. Los resultados se describieron con medidas de tendencia central y dispersión, y se compararon diferencias de medias con t de Student. Para las variables cualitativas se utilizó ji cuadrada o prueba exacta de Fisher.

**Resultados:** Se incluyeron 69 casos de pacientes infectados con virus de la hepatitis A, con una edad media de  $38 \pm 11$  años. El 65% correspondió a hombres, 14% tenía antecedentes de esteatosis hepática, 10% tenía diabetes tipo 2 y 45% se integró con fumadores. Se observó que 47 de ellos desarrollaron lesión hepática aguda (68%), cinco sufrieron falla hepática aguda (7,2%) y 3 (4,3%) fallecieron o requirieron trasplante hepático (dos fallecieron y 1 fue objeto de trasplante). Se llevó a cabo un análisis por subgrupos que comparó a los pacientes que fallecieron o requirieron trasplante hepático con el resto de la población; los principales resultados se detallan en la Tabla 1. Debido a

**Tabla 1.** Análisis por subgrupos: pacientes con trasplante hepático ortotópico o muerte. (Lun252)

Variable	Pacientes con THO o muerte (n = 3)	Pacientes sin THO o muerte (n = 66)	P
Edad (años)	58,3 $\pm$ 3,51	37,1 $\pm$ 10,7	0,001
IMC (kg/m <sup>2</sup> )	23,6 $\pm$ 3,6	26,5 $\pm$ 5,09	0,34
FC (lpm)	111,7 $\pm$ 22,36	87,3 $\pm$ 14,64	0,007
Frecuencia respiratoria (rpm)	23,7 $\pm$ 4,72	18,7 $\pm$ 2,43	0,001
Leucocitos (x 10 <sup>3</sup> /μL)	8,83 $\pm$ 0,60	6,05 $\pm$ 3,06	0,12
INL (x 10 <sup>3</sup> /μL)	6,88 $\pm$ 2,87	3,54 $\pm$ 2,25	0,21
Creatinina (mg/dL)	1,54 $\pm$ 0,73	1,07 $\pm$ 0,67	0,486
Sodio (mEq/l)	130 $\pm$ 2,52	135 $\pm$ 2,98	0,015
Tiempo de protrombina (s)	39,97 $\pm$ 22,1	14,1 $\pm$ 5,03	< 0,001
INR	4,05 $\pm$ 2,21	1,35 $\pm$ 0,51	< 0,001
Albúmina (g/dL)	2,49 $\pm$ 0,29	3,31 $\pm$ 0,516	0,009
ALBI	-0,55 $\pm$ 0,48	-1,55 $\pm$ 0,61	0,006
MELD	34,3 $\pm$ 13,3	15,9 $\pm$ 5,46	< 0,001
MELD-Na	35,7 $\pm$ 10,1	17,4 $\pm$ 6,16	< 0,001
MELD 3.0	37,3 $\pm$ 10,7	18,4 $\pm$ 5,24	< 0,001

IMC, índice de masa corporal; FC, frecuencia cardiaca; lpm, latidos por minuto; rpm, respiraciones por minuto; INL, índice neutrófilos-linfocitos; s, segundos; MELD, *model for end-stage liver disease*; MELD-Na, MELD con sodio; MELD 3.0, MELD-Na ajustada por sexo; ALBI, albúmina-bilirrubina; THO, trasplante hepático ortotópico.

reducido número de episodios de muerte o trasplante hepático, no fue posible realizar análisis multivariado.

**Discusión:** Los pacientes con falla hepática aguda tenían una edad más avanzada y puntuaciones más elevadas en las escalas MELD, MELD-Na, MELD 3.0 y ALBI. Estos resultados son consistentes con investigaciones anteriores que indicaron una relación entre las puntuaciones más altas de MELD-Na y un mayor riesgo de falla hepática (OR 1,2; IC95% 1,018-1,427;  $p = 0,031$ ). Otro estudio previo ha señalado que los valores elevados de creatinina ( $> 2$  mg/dL) y bajos de albúmina ( $< 2,5$  g/dL) son indicativos de mal pronóstico. Sin embargo, en este estudio no se hallaron diferencias en las cifras séricas de creatinina, aunque sí en los valores de albúmina.

**Conclusiones:** La edad avanzada y las altas puntuaciones de las escalas MELD, MELD-Na, MELD 3.0 y ALBI podrían predecir mortalidad y necesidad de trasplante hepático en pacientes con infección por el virus de la hepatitis A.

**Financiamiento:** No se recibió financiamiento de ningún tipo.

## Lun253

### PROFILAXIS SECUNDARIA DE HEMORRAGIA VARICEAL CON ATORVASTATINA EN PACIENTES CON CIRROSIS HEPÁTICA COMPENSADA E HIPERTENSIÓN PORTAL CLÍNICAMENTE SIGNIFICATIVA

R. T. Hernández-Rodríguez, M. G. Reyes-Zermeño, Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado

**Introducción:** En México, las enfermedades hepáticas crónicas ocupan el sexto lugar de morbimortalidad para ambos sexos, por lo que se consideran un problema de salud pública y prioridad nacional. Las principales causas de cirrosis en México son virus de la hepatitis C, alcohol y enfermedad por hígado graso. Los pacientes cirróticos con hipertensión portal presentan con frecuencia varices esofágicas grandes con hemorragia o necesidad de intervención endoscópica. El tratamiento de elección para la hemorragia variceal es la ligadura endoscópica y los betabloqueadores, los cuales se pueden indicar como profi-

laxis secundaria. Existen informes de los efectos pleiotrópicos de los inhibidores de la hidroximetil-glutaril coenzima-A reductasa, mejor conocidas como estatinas, que se han utilizado para el tratamiento de enfermedades cardiovasculares, pero en el plano hepático favorecen la reducción del gradiente de presión venosa hepática (GPVH), con disminución del número de episodios de hemorragia variceal; sin embargo, se había restringido su uso en pacientes cirróticos por vincularse con una elevación de las enzimas hepáticas.

**Objetivo:** Evaluar el uso profiláctico de la atorvastatina (20 mg/24 h PO por seis meses) en pacientes con cirrosis hepática e hipertensión portal clínicamente significativa y antecedente de hemorragia variceal o varices esofágicas con riesgo alto de hemorragia.

**Material y métodos:** Se realizó un estudio clínico abierto, no aleatorizado, prospectivo, no cegado, en pacientes del Centro Médico Nacional 20 de Noviembre con diagnóstico de cirrosis hepática Child A o B que sufrieron un episodio previo de hemorragia variceal o varices esofágicas con riesgo alto de hemorragia, con o sin ligadura con banda endoscópica de varices esofágicas del 2018 al 2022, y que no tuvieran contraindicación para la atorvastatina (20 mg por seis meses), con previo consentimiento informado para participar en el estudio. Se realizó un seguimiento a los 30, 90 y 180 días y se solicitaron estudios bioquímicos de control.

**Resultados:** Se incluyó a un total de 52 pacientes, 26 con administración de estatinas y 26 sin ellas; 34,6% de hombres ( $n = 18$ ) y 65,4% de mujeres ( $n = 34$ ). La edad promedio fue de  $62 \pm 9$  años. La causa más frecuente fue criptogénica 21,2% ( $n = 11$ ). En los grupos de estatinas y sin estatinas, los valores promedio iniciales de las siguientes variables fueron: escala de Child-Pugh A 84,6% ( $n = 22$ ) vs. 46,1% ( $n = 12$ ); Child-Pugh B 15,3% ( $n = 4$ ) vs. 53,8% ( $n = 14$ ); TP  $12,7 \pm 1,4$  vs.  $14,5 \pm 2,8$ ; AST  $44,2 \pm 13,5$  vs.  $53,8 \pm 27,9$ ; ALT  $38,9 \pm 19,3$  vs.  $53,8 \pm 27,9$ ; albúmina  $3,8 \pm 0,6$  vs.  $3,6 \pm 0,6$ ; colesterol total  $167,5 \pm 40,1$  vs.  $159,6 \pm 37,9$ ; INR  $1,1 \pm 0,1$  vs.  $1,2 \pm 0,2$  ( $p \leq 0,05$ ). En los grupos de estatinas y sin estatinas, los valores promedio finales de las siguientes variables fueron: Child-Pugh A 76,9% ( $n = 20$ ) vs. 3,8% ( $n = 1$ ); Child-Pugh B 23% ( $n = 6$ ) vs. 23% ( $n = 6$ ); Child-Pugh C  $n = 0$  vs. 73% ( $n = 19$ ); TP  $12,9 \pm 1,6$  vs.  $14,4 \pm 3,1$ ; AST  $41,9 \pm 17,9$  vs.  $46,8 \pm 17,0$ ; ALT  $36,4 \pm 16,6$  vs.  $38,1 \pm 12,5$ ; albúmina  $3,9 \pm 0,6$  vs.  $3,3 \pm 0,7$ ; colesterol total  $142,3 \pm 41,9$  vs.  $145,6 \pm 49,5$ ; INR  $1,1 \pm 0,1$  vs.  $1,2 \pm 0,2$  ( $p \leq 0,05$ ) (Tabla 1). En los consumidores de estatinas y ligadura variceal, el RR fue 0,25, (IC95% 0,030-2,089), con una tendencia protectora para la ligadura variceal. En el grupo sin estatinas y hemorragia variceal, el RR fue 1,04,

Tabla 1. Características demográficas y bioquímicas. (Lun253)

Características	Pacientes, % (n = 52)		P
Sexo:			
Femenino	65,4 (34)		0,614
Masculino	34,6 (18)		
Causa:			
Criptogénica	21,2 (11)		0,336
VHC	19,2 (10)		
CBP	19,2 (10)		
MAFLD	15,4 (8)		
Alcohol	13,5 (7)		
HAI	11,5 (6)		
Edad	62 $\pm$ 9		0,320
Bioquímicos:	Inicial DS	Final DS	
Hemoglobina	Con estatina	12,1 $\pm$ 2,6	0,389
	Sin estatina	12,7 $\pm$ 1,9	
AST	Con estatina	44,2 $\pm$ 13,5	0,12
	Sin estatina	53,8 $\pm$ 27,9	
ALT	Con estatina	38,9 $\pm$ 19,3	0,371
	Sin estatina	53,8 $\pm$ 27,9	
Plaquetas	Con estatina	122 769 $\pm$ 63 269	0,72
	Sin estatina	116 076 $\pm$ 70 522	
Albúmina	Con estatina	3,8 $\pm$ 0,6	0,002
	Sin estatina	3,6 $\pm$ 0,6	
Bilirrubina total	Con estatina	1,2 $\pm$ 0,6	0,068
	Sin estatina	1,7 $\pm$ 1,4	

TP	Con estatina	12,7 ± 1,4	12,9 ± 1,6	0,005
	Sin estatina	14,5 ± 2,8	14,4 ± 3,1	
CT	Con estatina	167,5 ± 40,1	142,3 ± 41,9	0,469
	Sin estatina	159,6 ± 37,9	145,6 ± 49,5	
INR	Con estatina	1,1 ± 0,1	1,1 ± 0,2	0,022
	Sin estatina	1,2 ± 0,2	1,2 ± 0,2	

(IC95%, 0,96-1,1), con una tendencia de riesgo para hemorragia variceal. Ninguno de los participantes sufrió efectos adversos clínicos.

**Conclusiones:** Las estatinas en pacientes cirróticos muestran una tendencia a un menor número de episodios de ligadura y hemorragia variceal; sin embargo, es importante aumentar el tamaño de la muestra. Los pacientes con administración de estatinas se mantuvieron sin progresión en la escala de Child-Pugh, como lo reflejan las diferencias entre albúmina, TP e INR.

**Financiamiento:** No se recibió financiamiento de ningún tipo.

## Lun254

### ÍNDICE NEUTRÓFILO/LINFOCITO (INL) COMO PREDICTOR PARA IDENTIFICAR LA PRESENCIA DE INFECCIONES BACTERIANAS EN PACIENTES CON CIRROSIS DESCOMPENSADA EN HOSPITALIZACIÓN

P. M. Diego-Salazar, D. F. Abendaño-Rivera, C. Y. Sánchez-Sánchez, K. Cazarín-Chávez, G. Rangel-Zavala, C. S. Tinitana-Jumbo, S. A. Vera-Nungaray, L. A. Tórriz-Arias, F. Higuera-De-la-Tijera, Hospital General de México Dr. Eduardo Liceaga

**Introducción:** El daño hepático, manifestado en la cirrosis hepática, conlleva una mayor susceptibilidad de desarrollar infecciones bacterianas, cuya incidencia es hasta cinco veces mayor que en la población general. Sin embargo, estas infecciones se subestiman debido a la presencia sutil de síntomas evidentes o la ausencia de fiebre. La falta de marcadores tempranos adicionales dificulta la identificación de infecciones al ingreso hospitalario. Por lo tanto, contar con herramientas simples y calculables puede ser crucial para determinar el riesgo de infección y establecer pautas de profilaxis efectivas en caso de ser necesario.

**Objetivo:** Determinar la efectividad del índice neutrófilo/linfocito (INL) como predictor de infecciones bacterianas en pacientes hospitalizados con cirrosis descompensada, para mejorar la identificación temprana.

**Material y métodos:** Estudio retrospectivo, observacional, analítico y transversal para validar el índice pronóstico. Se incluyó a pacientes con diagnóstico de cirrosis hepática que ingresaron a hospitalización en el periodo de octubre del 2023 a marzo del 2024. Se identificaron variables como edad, sexo, causa de la enfermedad hepática, episodios de descompensación que llevaron al ingreso y datos bioquímicos para calcular las puntuaciones de MELD, Child-Pugh, MELD-Na y el grado de falla hepática aguda sobre crónica al ingreso con la puntuación de EASL-CLIF-ACLF. La infección bacteriana se determinó mediante estudios de laboratorio, gabinete y cultivos correspondientes. El índice neutrófilo/linfocito se estableció al dividir el número total células mencionadas, respectivamente. Las variables se resumieron con estadística descriptiva y se construyó el área bajo la curva con intervalos de confianza al 95%; se consideró significativo un valor de  $p < 0,01$ .

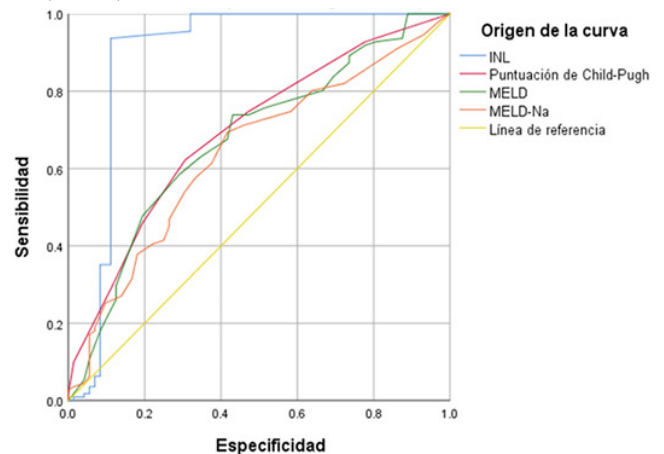
**Resultados:** Se incluyó a 183 pacientes, 93 (50,8%) de ellos hombres, con edad de  $55,8 \pm 10$  años y la siguiente distribución etiológica: alcohol 72 (39,3%), MASLD 55 (30,1%), autoinmunitaria 27 (14,8%), virus de la hepatitis C 16 (8,7%), MetALD 16 (8,7%). De acuerdo con la puntuación de Child-Pugh, 91 (49,7%) fueron clase C, 68 (37,2%) B y 24 (13,1%) A. Las descompensaciones agudas señaladas fueron: hemorragia variceal en 90 pacientes (49,1%), ascitis en 79 (43,1%) y encefalopatía hepática en 102 (55,7%). Se estableció el grado de falla hepática aguda sobre crónica al ingreso: grado 1 en 30 pacientes (16,3%), grado 2 en 29 (15,8%) y grado 3 (6,5%). Se encontró que 111 (60,7%) pacientes desarrollaron infecciones bacterianas durante la hospitalización: infecciones urinarias en 69 (37,7%), peritonitis bacteriana espontánea en 22 (12%), neumonía en 13 (7,1%), bacteriemia en 7 (3,8%). El  $INL \leq 1,9$  predijo infección bacteriana con S: 94%, E: 89% (AUC-ROC: 0,89; IC95%, 0,82-0,95;  $p < 0,0001$ ), a diferencia del resto de las escalas como Child-Pugh, MELD o

MELD-Na con AUC-ROC de 0,69 (0,62-0,77), 0,68 (0,60-0,76), 0,64 (0,56-0,72), respectivamente (Figura 1).

**Conclusiones:** El índice neutrófilo/linfocito (INL) mostró alta efectividad como predictor de infecciones bacterianas en pacientes con cirrosis hepática, mejor que las escalas de Child-Pugh, MELD y MELD-Na. Esto sugiere que el INL es una herramienta útil para la identificación temprana de infecciones en este grupo.

**Financiamiento:** Este protocolo no fue objeto de financiamiento.

**Figura 1.** Áreas abajo de la curva de diferentes predictores en pacientes que ingresan a hospitalización por descompensaciones agudas de cirrosis hepática. (Lun254)



## Lun255

### ASOCIACIÓN ENTRE LA DESNUTRICIÓN MEDIDA POR FUERZA DE AGARRE Y LA PRESENCIA DE ENCEFALOPATÍA HEPÁTICA MÍNIMA EN MUJERES CON CIRROSIS HEPÁTICA

V. Rangel-Espinosa, M. López-Sánchez, A. Allende-López, N. X. Ortiz-Olvera, A. Bautista-Santos, R. Moreno-Alcántar, S. Morán-Villota, Instituto Mexicano del Seguro Social

**Introducción:** La encefalopatía hepática mínima (EHM) es la etapa más temprana del espectro de encefalopatía hepática (EH). Se han vinculado con ella alteraciones musculares, como la disminución del índice musculoesquelético, presente en el 84% de los pacientes con EHM. De modo adicional, entre 41% y 49% de los pacientes con EHM sufre disminución muscular de acuerdo con la evaluación de la circunferencia media muscular del brazo (CMMB) que los clasifica por debajo del 5° percentil. La fuerza de agarre (FA) es un indicador de la funcionalidad muscular, pero se desconoce la relación entre sus valores y la EHM.

**Objetivo:** Identificar el valor del punto de corte para clasificar la desnutrición a partir de los valores de la FA y la relación entre la desnutrición evaluada mediante FA y la EHM.

**Material y métodos:** Estudio transversal que incluyó a 241 mujeres asistentes al servicio de gastroenterología en el Hospital de Especialidades de Centro Médico Nacional Siglo XXI. Las participantes debían tener entre 18 y 76 años y cirrosis hepática de cualquier causa, excepto por consumo excesivo de alcohol. Se excluyó de la investigación a las pacientes con consumo reciente

de antibióticos (< 1 mes), con enfermedad renal crónica, valores elevados de creatinina, hepatocarcinoma, analfabetas y antecedente de EH o descompensación actual por hemorragia variceal. Se evaluaron variables cronométricas, clínicas, bioquímicas, antropométricas y dietéticas. La determinación del punto de corte para desnutrición por fuerza de agarre se estableció con el cálculo de terciles y la relación de estos valores con la EHM se evaluó con análisis de regresión logística. Los cálculos se efectuaron en el programa estadístico SPSSa 27.

**Resultados:** La mediana de edad de las participantes fue de 59 (RIQ, 52-63) años; en 168/241 (50,8%) la cirrosis hepática se relacionaba con virus de la hepatitis C, en 136/241 (56,4%) se encontraba en el estadio 2 de la cirrosis y 37/241 (15,4%) tenían ascitis. Adicionalmente, 36/241 (14,9%) desarrollaron EHM. El punto de corte para identificar desnutrición a partir de la FA se estableció a partir de los valores del tercil menor de la muestra (< 16,5 kg) y se catalogaron como tales 76/241 (31,5%). La desnutrición se vinculó con EHM, OR: 2,214 (IC95%, 1,077-4,552,  $p = 0,031$ ). Los modelos ajustados por hiponatremia, IMC, CMMB, pliegue cutáneo tripital y Child-Pugh no modificaron la relación. Sin embargo, al ajustar por cifras de albúmina (g/dL), ambas variables se relacionaron con EHM (desnutrición OR: 2,104; IC95%, 1,014-4,364;  $p = 0,046$ /albúmina OR: 0,512; IC95%, 0,282-0,932;  $p = 0,028$ ).

**Conclusiones:** Los resultados sugieren que la disminución de la fuerza de la mano se vincula con un mayor riesgo de EHM, lo cual apoya el papel del tejido muscular en la génesis de EHM.

**Financiamiento:** Este trabajo recibió financiamiento parcial del proyecto No. SALUD-2014-1-233823 del CONACyT (Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología).

## Lun256

### EVALUACIÓN DEL “TIEMPO-PUERTA-PARACENTESIS” EN UN GRUPO DE PACIENTES CON ACLF

D. Díaz de la Vega-Broissin, M. E. Rodríguez-García, F. D. Martínez-Sánchez, S. M. Armendáriz-Pineda, A. M. Vargas-Beltrán, J. A. Ruiz-Manríquez, C. J. Córdova-Gallardo, Hospital General Dr. Manuel Gea González

**Introducción:** La falla hepática aguda sobre crónica (ACLF, *acute-on-chronic liver failure*) es una entidad que engloba a la enfermedad hepática crónica con descompensación aguda acompañada del deterioro de uno o más órganos, y se acompaña de un pobre pronóstico e incremento de la mortalidad. La descompensación aguda incluye el desarrollo de ascitis, encefalopatía hepática, hemorragia gastrointestinal e infección bacteriana secundarias a factores precipitantes. De estos, la ascitis es la complicación más común de la cirrosis y está indicada la paracentesis en todos los pacientes con ascitis por primera vez, y también en pacientes con sangrado del tubo digestivo, choque, fiebre u otros signos inflamatorios sistémicos, encefalopatía hepática y empeoramiento de las pruebas de función hepática y función renal. Se recomienda la paracentesis en todo enfermo hospitalizado con cirrosis, de preferencia en las 12 a 24 horas del internamiento.

**Objetivo:** Determinar la frecuencia de paracentesis y el tiempo desde la admisión hospitalaria hasta la práctica del procedimiento, así como la vinculación con mortalidad en un grupo de pacientes hospitalizados con ACLF.

**Material y métodos:** Estudio de cohorte retrospectiva y observacional. Se incluyó a pacientes con ACLF en un periodo comprendido entre el 2018 y el 2024 en esta unidad hospitalaria. Se recabaron características demográficas, factor precipitante de ACLF, fecha y hora de valoración en urgencias y realización de paracentesis, tiempo-puerta-paracentesis, supervivencia a 30 días y a seis meses. Se definió tiempo-puerta-paracentesis al tiempo transcurrido desde la fecha y hora de la valoración en el servicio de urgencias hasta la fecha y hora de realización de paracentesis. Los resultados se analizaron mediante variables de frecuencia para la obtención de medias, medianas y rangos, de acuerdo con la distribución de las variables. Se utilizaron gráficas de Kaplan-Meier para evaluar la supervivencia del grupo de paracentesis en comparación con el grupo en el que no se efectuó la paracentesis.

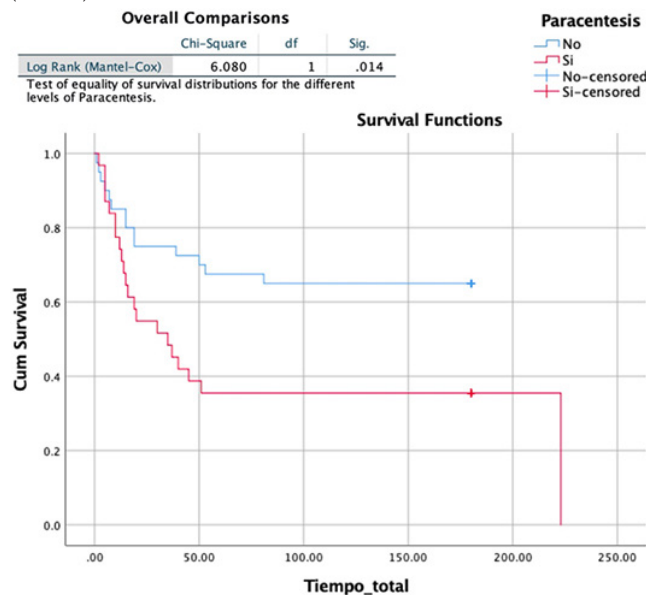
**Resultados:** Se incluyó a 80 pacientes con ACLF; la causa más frecuente de la cirrosis fue consumo de alcohol (ALD) ( $n = 52$ , 65%), seguido de esteatosis hepática acompañada de disfunción metabólica (MASLD) ( $n = 12$ , 15%) e infección crónica por hepatitis C ( $n = 6$ , 7,5%). Los factores precipitantes más comunes fueron hemorragia digestiva ( $n = 34$ , 42,5%), seguida de infección bacteriana ( $n = 21$ , 26,2%) y no se identificó un desencadenante en 22,5% ( $n = 18$ ). Solo se realizó paracentesis en 40% ( $n = 32$ ). El tiempo-puerta-paracentesis fue < 12 h en 18,7%, 12 a 24 h en 9,3%, 24 a 48 h en 9,3%, 48 a 72 h en

9,3%, y > 72 h en 53,1%. El tiempo-puerta-paracentesis promedio fue de 157 horas. En cuanto a los desenlaces se registró 60% ( $n = 48$ ) entre los pacientes no sometidos a paracentesis, de los que 62,5% ( $n = 30$ ) sobrevivió. Del grupo objeto de paracentesis sobrevivió el 31,25% ( $n = 10$ ) sin mostrar una diferencia estadística significativa respecto de los enfermos en quienes no se practicó una paracentesis (Figura 1, gráfica de Kaplan-Meier). Los pacientes sometidos a una paracentesis temprana < 12 h mostraron una supervivencia de 50% ( $n = 3$ ), en contraste con los pacientes objeto de una paracentesis tardía > 12 h ( $n = 26$ ) que registraron una supervivencia de 26,9% ( $n = 7$ ).

**Conclusiones:** En una población con ACLF se identificó que las paracentesis se efectúan en menos de la mitad de los pacientes y el tiempo-puerta-paracentesis promedio es > 72 h. La importancia de este análisis radica en que el ACLF incluye una alteración con un pobre pronóstico y alta mortalidad; por ello, la identificación temprana es fundamental para un abordaje y control oportuno, por ejemplo, la paracentesis.

**Financiamiento:** No se recibió financiamiento de ningún tipo.

Figura 1. Gráfica de Kaplan-Meier de los pacientes con y sin paracentesis. (Lun256)



## Lun257

### VALIDACIÓN DE LOS ÍNDICES NEÚTRÓFILO/LINFOCITO (INL), LINFOCITO/MONOCITO (ILM) Y PLAQUETA/LINFOCITO (IPL) PARA PREDECIR MORTALIDAD A CORTO PLAZO EN PACIENTES CON CIRROSIS DESCOMPENSADA

P. M. Diego-Salazar, D. F. Abendaño-Rivera, K. Cazarín-Chávez, C. Y. Sánchez-Sánchez, C. S. Tinitana-Jumbo, L. A. Tórrez-Arias, F. Higuera-De-la-Tijera, Hospital General de México Dr. Eduardo Liceaga

**Introducción:** La cirrosis descompensada (CD) es una afección grave que a menudo representa mortalidad de corto plazo. La capacidad de predecir la mortalidad en estos pacientes es crucial para tomar decisiones y gestionar recursos para el tratamiento. En este contexto, los índices relacionados con inflamación sistémica, como el índice neutrófilo/linfocito (INL), el índice linfocito/monocito (ILM) y el índice plaqueta/linfocito (IPL), han emergido como posibles marcadores pronósticos en diversas enfermedades. Sin embargo, su validez y utilidad específica en pacientes con cirrosis descompensada aún no están del todo establecidas.

**Objetivo:** Determinar si estos índices pueden ser herramientas útiles en la estratificación de mortalidad a corto plazo en comparación con las escalas preestablecidas.

**Material y métodos:** Estudio observacional, analítico, transversal y retrolectivo para validar índices pronósticos. Se incluyó a pacientes con diagnóstico de cirrosis que ingresaron a hospitalización en el periodo de octubre del 2023 a marzo del 2024 por alguna descompensación. Se identificaron variables

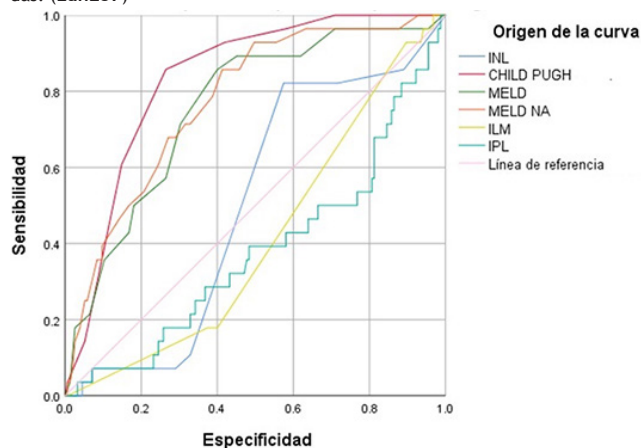


como edad, sexo, causa de la enfermedad hepática, episodios de descompensación que llevaron al ingreso y datos bioquímicos para calcular las puntuaciones de MELD, Child-Pugh y MELD-Na. Se determinaron los índices neutrófilo/linfocito, linfocito/monocito y plaqueta/linfocito mediante estudios de laboratorio, al dividir el número total de las células mencionadas, respectivamente, de acuerdo con cada uno de ellos. Las variables se resumieron mediante estadística descriptiva y se construyó el área bajo la curva con intervalos de confianza al 95%; se consideró significativo un valor de  $p < 0,05$ . **Resultados:** Se incluyó a 183 pacientes, 93 (50,8%) de ellos hombres, con edad de  $55,8 \pm 10$  años y la siguiente distribución por causa: alcohol 72 (39,3%), MASLD 55 (30,1%), enfermedad autoinmunitaria 27 (14,8%), virus de la hepatitis C 16 (8,7%) y MetALD 16 (8,7%). De acuerdo con la puntuación de Child-Pugh, 91 (49,7%) fueron clase C, 68 (37,2%) B y 24 (13,1%) A. La descompensación aguda más frecuente fue la encefalopatía hepática en 102 pacientes (55,7%). El INL (AUROC: 0,49; IC95%, 0,39-0,60;  $p = 0,98$ ) y el ILM (AUROC: 0,41; IC95%, 0,31-0,51;  $p = 0,16$ ) no mostraron capacidad predictiva significativa; el IPL registró predicción baja con significancia estadística limítrofe (AUROC: 0,37; IC95%, 0,26-0,49;  $p = 0,04$ ). Las escalas Child-Pugh, MELD y MELD-Na fueron superiores en cuanto a la capacidad de predecir mortalidad ([AUROC 0,83; IC95%, 0,76-0,90;  $p < 0,001$ ]; [AUROC 0,75; IC95%, 0,66-0,85;  $p < 0,001$ ] y [AUROC 0,77; IC95%, 0,68-0,86;  $p < 0,001$ ], respectivamente) (Figura 1).

**Conclusiones:** Los índices INL, ILM e IPL no mostraron ser efectivos en la predicción de mortalidad, por lo que no deben utilizarse como herramientas primarias para la evaluación del riesgo en estos pacientes y no sustituyen a las escalas Child-Pugh, MELD y MELD NA como herramientas efectivas para predecir la mortalidad a corto plazo.

**Financiamiento:** No se dispuso de financiamiento.

Figura 1. Áreas abajo la curva de diferentes índices y escalas predictoras de mortalidad a 28 días en pacientes hospitalizados por descompensaciones agudas. (Lun257)



## Lun258

### TIEMPO DE INICIO DE ANTIBIÓTICO EN PACIENTES HOSPITALIZADOS CON ACLF Y SU ASOCIACIÓN CON MORTALIDAD

M. E. Rodríguez-García, D. Díaz de la Vega-Broissin, F. D. Martínez-Sánchez, S. M. Armendáriz-Pineda, A. M. Vargas-Beltrán, C. J. Córdova-Gallardo, J. Ruiz-Manríquez, V. P. Vargas-Abonce, Grupo Colaborativo: Servicio de Hepatología, Hospital General Dr. Manuel Gea González

**Introducción:** La falla hepática aguda sobre crónica (ACLF, *acute-on-chronic liver failure*) es un trastorno en el que un paciente con enfermedad hepática crónica sufre un deterioro agudo ante la presencia de alguna lesión, se acompaña de un pobre pronóstico y es una de las principales causas de mortalidad en esta población. Las infecciones ocurren en más de 40% de los pacientes con ACLF y su identificación se considera un factor sólido de mal pronóstico; sin embargo, en algunos casos la presentación clínica puede ser atípica (ausencia de fiebre o de elevación de leucocitos, etc.), lo que retrasa la identificación de la infección y por tanto el inicio del antibiótico.

**Objetivo:** Determinar la mortalidad en pacientes hospitalizados con ACLF en relación con el tiempo de admisión hospitalaria y el tiempo de inicio del antibiótico.

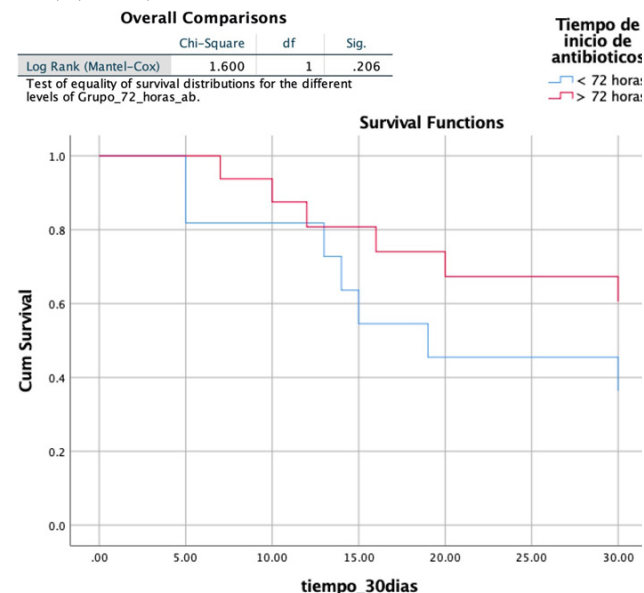
**Material y métodos:** Estudio de cohorte retrospectivo y observacional. Se incluyó a pacientes con diagnóstico establecido de hospitalización por ACLF entre 2018 y 2024. La información se obtuvo de expedientes clínicos e incluyó variables demográficas, causa de cirrosis, factor precipitante, fecha de admisión hospitalaria, antibioticoterapia empleada, y supervivencia a 30 días y seis meses. Se utilizó estadística descriptiva (medidas de frecuencia relativas y centrales; porcentajes y mediana, variables categóricas y continuas). Además, se realizaron análisis de supervivencia con curvas de Kaplan-Meier para comparar las tasas de supervivencia a 30 días en relación con la institución de antibioticoterapia tras el ingreso.

**Resultados:** Se reunió a 80 pacientes con cirrosis y ACLF. La causa más frecuente fue la enfermedad hepática vinculada con el consumo de alcohol (ALD) en 65% ( $n = 52$ ), seguido de esteatosis hepática relacionada con disfunción metabólica en 15% ( $n = 12$ ). Los precipitantes más frecuentes fueron hemorragia gastrointestinal ( $n = 34$ , 42,5%) e infección bacteriana ( $n = 21$ , 26,2%) y no se identificó una causa precipitante en 22,5% ( $n = 18$ ). Al momento del diagnóstico de ACLF, 27 pacientes (33,65%) cursaron con ACLF de grado 1, 37 (46,25%) con grado 2 y 12 (15%) con grado 3. La supervivencia a 30 días fue del 55% ( $n = 44$ ) y 47,5% ( $n = 38$ ) a los seis meses. De los 44 supervivientes a 30 días, 43,1% había recibido tratamiento antibiótico durante las primeras 72 horas de su internamiento. De aquellos que murieron antes de 30 días, seis pacientes tenían una ACLF de grado 3 (37,5%), 7 (43,75%) de grado 2 y 3 (18,75%) de grado 1. En el análisis de supervivencia, al comparar el grupo con administración de antibioticoterapia antes y después de 72 horas desde su ingreso hospitalario, se identificó un valor no estadísticamente significativo entre las distribuciones de supervivencia a 30 días entre los dos grupos ( $p > 0,05$ ) (Figura 1).

**Conclusiones:** En este estudio se analizó la relación entre el tiempo de inicio de la antibioticoterapia y la mortalidad en pacientes hospitalizados con falla hepática aguda sobre crónica. De manera específica, el 43,1% de los pacientes que sobrevivieron a los 30 días había recibido antibióticos de forma temprana, en comparación con aquellos sin los fármacos. Sin embargo, en la supervivencia a 30 días no se reconoció una diferencia estadísticamente significativa entre la administración de antibióticos en las primeras 72 horas de hospitalización y luego de 72 horas, con diferencia de supervivencia a 30 días entre los dos grupos no estadísticamente significativa ( $p > 0,05$ ). Además, se identificó una mayor mortalidad en pacientes con grados avanzados de ACLF, lo cual destaca la importancia de la identificación y el tratamiento oportunos de las infecciones en estos pacientes. Estos hallazgos subrayan la necesidad de la rápida identificación y tratamiento de infecciones en individuos con ACLF para mejorar los resultados clínicos y reducir la mortalidad.

**Financiamiento:** No se recibió financiamiento de ningún tipo.

Figura 1. Supervivencia a 30 días en relación con el tiempo de administración de antibioticoterapia en pacientes hospitalizados con ACLF (curva de Kaplan-Meier). (Lun258)



## Lun259

## FACTORES DE RIESGO PARA MORTALIDAD EN PACIENTES CON CIRROSIS DESCOMPENSADA DURANTE SU HOSPITALIZACIÓN

D. F. Abendaño-Rivera, C. Y. Sánchez-Sánchez, K. Cazarín-Chávez, P. M. Diego-Salazar, S. A. Vera-Nungaray, A. P. Escobedo-Zúñiga, F. Higuera-De-la-Tijera, J. L. Pérez-Hernández, Hospital General de México Dr. Eduardo Liceaga

**Introducción:** La cirrosis es una enfermedad de alta prevalencia. Se clasifica en compensada, descompensada y avanzada, el riesgo de morir es mayor en los pacientes con cirrosis descompensada y avanzada, y existen diferentes factores de riesgo relacionados con la mortalidad.

**Objetivo:** Determinar los principales factores de riesgo para mortalidad en pacientes con cirrosis descompensada en el servicio de gastroenterología del Hospital General de México Dr. Eduardo Liceaga.

**Material y métodos:** Estudio observacional, longitudinal, prospectivo y analítico en una cohorte de pacientes con cirrosis de diversas causas, con y sin lesión renal aguda (LRA), que se hospitalizaron durante el año 2022 y fueron objeto de seguimiento hasta el momento actual (2024). Se excluyó del estudio a los pacientes que perdieron seguimiento o tenían diagnóstico de hepatocarcinoma. Los datos recolectados se analizaron con el programa estadístico SPSS versión 23. Las variables cualitativas se expresaron como frecuencias y porcentajes, mientras que las variables numéricas se presentaron como medias y desviación estándar o mediana y rango, según su distribución. El análisis multivariado se realizó mediante regresión logística para calcular las razones de momios (OR) ajustadas para cada factor predictor. Se consideró un valor de  $p < 0,05$  como estadísticamente significativo.

**Resultados:** Se incluyó a 110 pacientes con cirrosis, 54 (49%) de ellos hombres, con una edad de  $54 \pm 8$  años, y 56 mujeres (51%) con una edad de  $56 \pm 9,7$  años. La causa más frecuente de la cirrosis fue MASLD (*metabolic dysfunction-associated steatotic liver disease*, 41%), seguida por alcohol (39%) y 10 pacientes con hepatitis inducida por alcohol (9%). La distribución según el grado de Child-Pugh fue A con 12 (11%) pacientes, B con 40 (36%) y C con 58 (53%). Además, 37 sujetos tenían ACLF (34%). Durante el seguimiento, 28 individuos fallecieron durante su internamiento y 49 a los 24 meses, con una mortalidad global del 44,5%. Entre los pacientes, 53 (43%) tenían otra descompensación, 56 (45%) desarrollaron LRA y de estos 44 (36%) ya habían tenido un episodio de LRA. Asimismo, 25 (20%) tuvieron una infección al ingreso o durante el internamiento y 28 (22%) experimentaron un estado de choque. Se tomaron en cuenta los principales factores de riesgo y se analizaron mediante un modelo de regresión lineal. Los resultados mostraron que la LRA y el choque durante el internamiento fueron los factores más significativos. Se realizó una regresión de Cox para evaluar la vinculación de estos factores con la mortalidad, en la cual el choque durante el internamiento registró un OR de 3,886 (IC95%, 1,928-7,835;  $p < 0,001$ ) y la LRA un OR de 3,540 (IC95%, 1,767-7,092;  $p < 0,001$ ), con un modelo significativo según la prueba ji cuadrada ( $\chi^2 = 46,6$ ;  $p < 0,0001$ ). Véase la Figura 1.

**Conclusiones:** Existen múltiples factores de riesgo relacionados con la naturaleza y evolución de la cirrosis descompensada. De estos, la lesión renal aguda y

el choque durante el internamiento son factores predictivos significativos de mortalidad a dos años. Por lo tanto, es crucial reconocer y abordar estos factores de manera temprana para mejorar los resultados en estos pacientes.

**Financiamiento:** No se recibió ningún tipo de financiamiento.

## Lun260

## ANTECEDENTES ASOCIADOS E INCIDENCIA DE FALLA HEPÁTICA AGUDA SECUNDARIA A INFECCIÓN POR VIRUS DE HEPATITIS A EN EL ISSSTE HOSPITAL REGIONAL LIC. ADOLFO LÓPEZ MATEOS

B. Govea-Mendoza, J. A. Merino-Rivera, O. Contreras-Rivas, Hospital Regional Lic. Adolfo López Mateos, ISSSTE

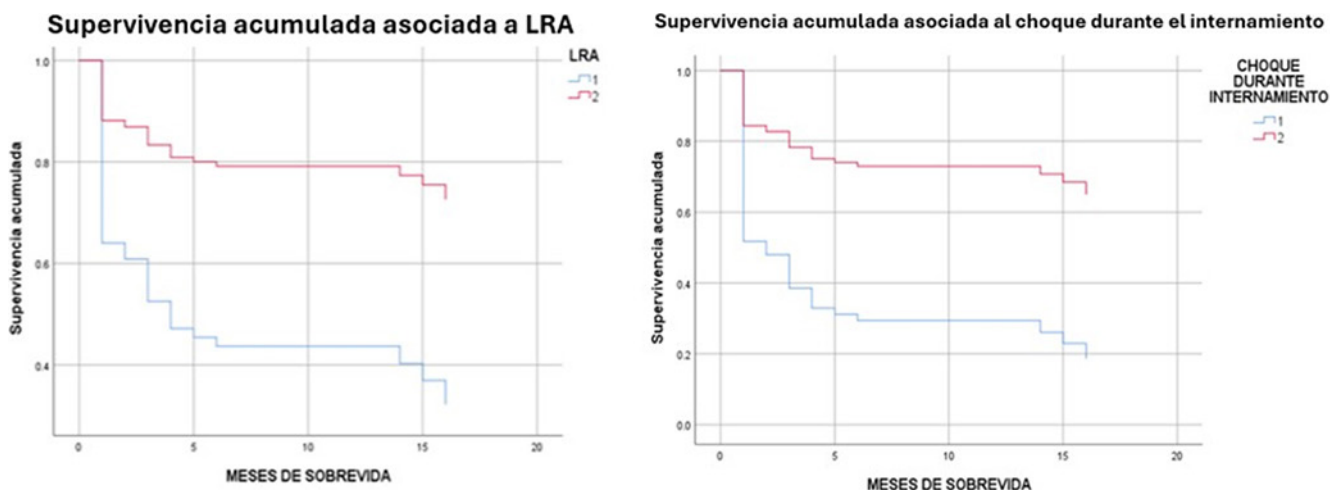
**Introducción:** El virus de la hepatitis A (VHA) es el agente causante más frecuente de hepatitis viral aguda en el mundo. Existen zonas de muy alta endemicidad en donde la seroprevalencia es  $> 90\%$  a la edad de cinco años. Durante 2020 se registró una tasa de incidencia nacional de 3,11 casos por cada 100 000 habitantes en México. La hepatitis A es una infección habitualmente de curso benigno y autolimitada. Sin embargo, en raras ocasiones puede causar falla hepática aguda (FHA) (incidencia, 0,3%) y, con muy poca frecuencia, provoca la muerte o la necesidad de un trasplante de hígado. Algunos estudios relacionan algunos factores con un riesgo incrementado de FHA, como la edad  $> 40$  años, diabetes e incluso los valores de AST. Es por ello que se decidió investigar si alguna variable tiene nexo con el desenlace de FHA en pacientes diagnosticados con VHA en esta población.

**Objetivo:** Determinar la incidencia y los antecedentes vinculados con FHA secundaria a infección por VHA en el HRLALM del ISSSTE, en el periodo de enero de 2022 a junio de 2024.

**Material y métodos:** Estudio de cohorte retrospectivo en el cual se analizaron datos de pacientes diagnosticados con VHA, mayores de 18 años, entre enero de 2022 y junio de 2024 en un centro único. Los datos de los pacientes se obtuvieron mediante revisión de censos y expedientes del servicio de gastroenterología. Un caso se definió como cualquier paciente, con (1) IgM positiva para VHA y (2) manifestaciones clínicas y bioquímicas consistentes. Los antecedentes de los pacientes procedieron de los datos del expediente. Se excluyó a los pacientes con información incompleta. Se utilizaron medidas de estadística descriptiva para analizar las características de la población. Para comparar variables cualitativas se usaron las pruebas ji cuadrada y t de Student para variables cuantitativas. Se realizó un análisis de regresión logística univariado para explorar potenciales factores de riesgo para desarrollar FHA. Se consideró estadísticamente significativo un valor  $p < 0,05$ .

**Resultados:** La infección aguda por VHA se diagnosticó en 47 pacientes durante el periodo de estudio. La mediana de edad fue de 38 años (RIC, 23-53). El sexo femenino representó el 38% de los casos. Poco más de una tercera parte (34%,  $n = 16$ ) cursaba con obesidad. El 19% ( $n = 9$ ) de los pacientes tenía diagnóstico de diabetes mellitus (DM), 12% ( $n = 6$ ) de hipertensión arterial y

Figura 1. Supervivencia acumulada. (Lun259)



8% (n = 4) de enfermedad hepática crónica. El 100% de los expedientes de los pacientes contaban con la información necesaria para este estudio. El 11% (n = 5) de los individuos cursó con FHA. Se calculó una incidencia de FHA de 0,10% para el periodo estudiado. Al comparar las características de la población (Tabla 1), se encontró que contar con diagnóstico de diabetes mellitus representó una diferencia estadísticamente significativa entre grupos (p = 0,002). Se identificaron como potenciales factores de riesgo para desarrollar FHA la obesidad y la edad.

**Conclusiones:** La incidencia de FHA fue más alta que la notificada en otros estudios. Los resultados indican una vinculación entre la diabetes mellitus y el desarrollo de FHA. El análisis reveló una potencial relación con la edad y la obesidad. Las limitaciones del estudio sugieren la necesidad de conducir futuras investigaciones, con mayor número de pacientes para identificar el nexo de estos factores, así como para reconocer otros factores de riesgo. La variabilidad de resultados entre centros subraya la necesidad de efectuar una investigación continua para optimizar las estrategias de identificación de pacientes con factores de mal pronóstico en el contexto de la infección por VHA.

**Financiamiento:** No se recibió financiamiento de ningún tipo.

Tabla 1. Características de la población con FHA secundaria a VHA. (Lun260)

Variable	Sin FHA (%) n = 42 (%)	Con FHA n = 5 (%)	p
Edad (media)	37	46	0,095
Sexo			0,294
Femenino	18 (43)	0 (0)	
Masculino	24 (57)	5 (100)	
Diabetes			0,002
Sí	5 (12)	4 (80)	
No	37 (88)	1 (20)	
Hipertensión			0,221
Sí	4 (10)	2 (40)	
No	38 (90)	3 (60)	
Obesidad			0,072
Sí	12 (29)	4 (80)	
No	30 (71)	1 (20)	
Enfermedad hepática crónica			0,899
Sí	3 (7)	1 (20)	
No	39 (93)	4 (80)	

## Lun261

### DESARROLLO DE ENFERMEDADES METABÓLICAS EN PACIENTES POSTRASPLANTADOS: ESTUDIO DE COHORTE EN EL CMN 20 DE NOVIEMBRE, ISSSTE

N. N. Parra-Holguín, M. M. Alamilla-Pérez, D. A. García-Alonso, F. I. García-Juárez, Centro Médico Nacional 20 de Noviembre, ISSSTE

**Introducción:** El trasplante en México ha experimentado un crecimiento en los últimos años; el seguimiento de estos pacientes conlleva una estrecha supervisión para la detección oportuna de enfermedades metabólicas. Las complicaciones cardiovasculares son la principal causa de muerte de pacientes trasplantados a largo plazo. La frecuencia informada de enfermedades metabólicas es de 44% a 58% en diversas poblaciones que, junto con la inmunosupresión, se consideran los principales factores de riesgo para la aparición de enfermedades cardiovasculares en receptores de trasplantes, que a su vez suponen el 19% y el 42% de todas las muertes no relacionadas con el trasplante.

**Objetivo:** Identificar alteraciones metabólicas en pacientes postrasplantados y los factores vinculados con el desarrollo de estas complicaciones.

**Material y métodos:** Es un estudio de cohorte retrospectivo en el que se incluyó a todos los pacientes postrasplantados del Centro Médico Nacional 20 de Noviembre del ISSSTE durante el periodo de 2003 a 2023, que cumplieran

por lo menos con un año después del trasplante. Se evaluaron las alteraciones metabólicas, como síndrome metabólico, diabetes tipo 2, sobrepeso u obesidad y dislipidemia antes y después del trasplante hepático. El síndrome metabólico se definió con base en los criterios modificados del *Adult Treatment Panel III*: glucosa > 110 mg/dL, IMC > 27,5 kg/m<sup>2</sup>, hipertensión ≥ 130/85 mmHg, triglicéridos ≥ 150 mg/dL o HDL (mg/dL) < 40 hombres y < 50 mujeres. **Resultados:** Se analizó a 116 pacientes postrasplantados, de los cuales 36 se excluyeron por perder el seguimiento dentro de la institución y se integró al final una muestra de 86 pacientes, 34 (39,5%) de ellos hombres y 52 (60,5%) mujeres, con una edad actual promedio de 55 (19-81) años y un tiempo promedio posterior al trasplante de 6 (1-20) años. Las causas más frecuentes para el trasplante fueron: MASLD en 24 (27,9), infección por el virus de la hepatitis C en 19 (22,1%), colangitis biliar primaria en 19 (22,1%), hepatitis autoinmunitaria en 12 (14,0%), hepatocarcinoma en 5 (5,9%), alcohol en 3 (3,4) y otras en 4 (4,6). La frecuencia de complicaciones metabólicas se informó en 53 (61,6%) y las más frecuentes fueron la hipertensión en 20 (23,3%), la dislipidemia en 27 (31,4%), la diabetes tipo 2 en 16 (18,6%) y el sobrepeso o la obesidad en 18 (20,9%); 5 (5,8%) pacientes cumplieron con los criterios de síndrome metabólico antes de trasplante y 11 (12,8%) lo desarrollaron *de novo* luego del trasplante. No se encontraron diferencias significativas (p ≤ 0,05) con base en el tratamiento, tiempo de trasplante, edad y causa para el desarrollo de complicaciones metabólicas.

**Conclusiones:** El trasplante hepático es una oportunidad de tratamiento para pacientes con enfermedades hepáticas; ante el aumento de las tasas de trasplante en México es necesario concientizar sobre el comportamiento a largo plazo de las enfermedades metabólicas. La relación del trasplante hepático con el desarrollo de estas complicaciones aún prevalece; de acuerdo con estos resultados, la frecuencia de complicaciones metabólicas fue superior a lo notificado previamente (61,6% vs. 44-58%). No se logró identificar una causa única para su desarrollo, lo que sugiere una causa multifactorial. El tratamiento debe ser multidisciplinario para modificar los desenlaces de estas comorbilidades y disminuir al final la mortalidad de estos padecimientos.

**Financiamiento:** No se recibió financiamiento de ningún tipo.

## Lun262

### PRUEBA COLORIMÉTRICA PARA DIAGNÓSTICO TEMPRANO DE PERITONITIS BACTERIANA ESPONTÁNEA

C. G. Solís-Hernández, M. C. Alegría-Ovando, K. M. Bastida-Guadarrama, F. Y. Durán-Vargas, F. Higuera-De-la-Tijera, J. L. Pérez-Hernández, Grupo Colaborativo: Médicos Residentes en Gastroenterología del Hospital General de México Dr. Eduardo Liceaga

**Introducción:** El diagnóstico de peritonitis bacteriana espontánea (PBE) requiere análisis bioquímico que en ocasiones puede tardar, por lo que contar con un método eficaz y rápido podría acortar los tiempos para iniciar el antimicrobiano y reducir los riesgos de complicaciones.

**Objetivo:** Validar la prueba colorimétrica (tiras reactivas) en el diagnóstico de PBE.

**Material y métodos:** Estudio observacional, protectivo y analítico de la prueba colorimétrica para el diagnóstico de PBE. Se solicitó paracentesis diagnóstica en pacientes con sospecha de PBE para el análisis del líquido mediante la escala colorimétrica de la tira reactiva Mission y se comparó con el análisis citológico en laboratorio (polimorfonucleares ≥ 250 células/mm<sup>3</sup>). Para valorar la tira reactiva como prueba diagnóstica se usó un punto de corte de lectura de la tira ≥ 15 leucocitos. Se compararon mediante una tabla de 2 x 2 los positivos y negativos a PBE por ambos métodos, citoquímico y tira reactiva. Se calcularon la S, E, VPP y VPN.

**Resultados:** Se incluyó a 42 pacientes con ascitis y sospecha de PBE. De estos, 24 pacientes (57,14%) se encontraban en el estadio C de Child-Pugh, 17 (40,27%) en el estadio B y solo 1 (2,38%) en el A. Las causas de enfermedad hepática crónica fueron: consumo de alcohol en 17 pacientes (40,27%), MASLD en 15 (35,71%), enfermedad hepática autoinmunitaria en 4 (9,52%), causa no relacionada en 4 (9,52%) e infección secundaria al virus de la hepatitis C en 2 (4,76%). Del total, 23 pacientes (54,7%) eran mujeres con una edad promedio de 54 años (DE ± 12,06). Trece pacientes se diagnosticaron con PBE, el 81% de ellos con ascitis de grado II. La sensibilidad de la tira reactiva comparada con el método citoquímico fue del 92,3%, su especificidad de 86,2%, el valor predictivo positivo (VPP) de 99,4% y el valor predictivo negativo (VPN) de 98,6%.

**Conclusiones:** La colorimetría (tiras reactivas) muestra una sensibilidad y especificidad adecuadas, lo que la convierte en una herramienta de bajo

costo, fácil uso, pero sobre todo con rápida interpretación para el inicio temprano de tratamiento antimicrobiano en pacientes con ascitis y peritonitis bacteriana espontánea. Si bien la muestra es pequeña, perfila una tendencia interesante que debe confirmarse.

**Financiamiento:** No se recibió financiamiento de ningún tipo.

## Lun263

### MORTALIDAD Y DESENLACE DE LA LESIÓN RENAL AGUDA EN PACIENTES HOSPITALIZADOS CON CIRROSIS, LESIÓN RENAL E INFECCIÓN BACTERIANA

K. Cazarín-Chávez, P. M. Diego-Salazar, D. F. Abendaño-Rivera, S. Camacho-Hernández, F. Higuera-De-la-Tijera, J. L. Pérez-Hernández, Grupo Colaborativo: Departamento de Gastroenterología y Hepatología del Hospital General de México Dr. Eduardo Liceaga

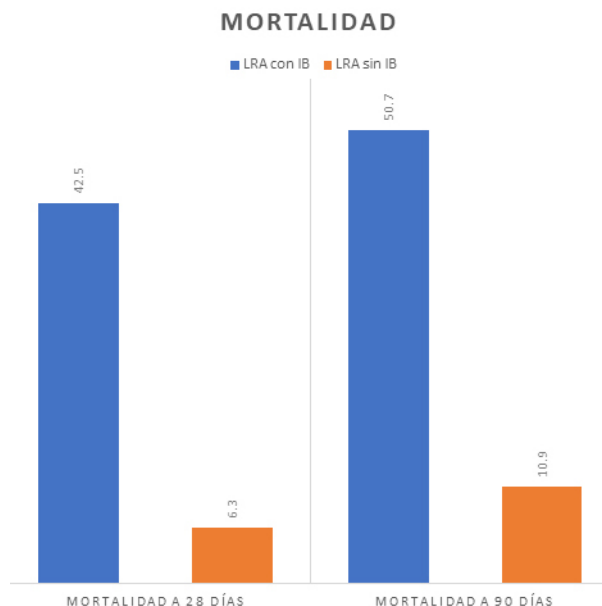
**Introducción:** La lesión renal aguda (LRA) en pacientes con cirrosis hospitalizados ocurre en 60%, a menudo es precipitada y una causa son las infecciones bacterianas (IB) que empeoran el curso de la cirrosis.

**Objetivo:** Informar mortalidad y desenlaces de la función renal en pacientes con cirrosis, LRA e IB.

**Material y métodos:** Se analizó una cohorte retrospectiva de agosto de 2022 a enero de 2023 con 201 pacientes ( $55,42 \pm 10,41$  años, 52,7% de hombres). Se incluyó a sujetos con diagnóstico de cirrosis descompensada secundaria a diferentes precipitantes, entre ellos IB, que desarrollaron o no LRA. Se notificó la frecuencia de LRA relacionada con IB y se dividió la población entre aquellos que tenían IB y quienes no. Los datos cualitativos se expresan en porcentajes y los cuantitativos en media  $\pm$  DE. La comparación estadística se realizó con la prueba t de Student no pareada de dos colas o ji cuadrada, según correspondiera ( $\alpha = 0,05$ ).

**Resultados:** Los 73 pacientes con IB ( $54,48 \pm 9,58$  años, 54,8% de hombres) no difirieron en la edad ni el sexo comparados con los 128 pacientes sin IB ( $55,95 \pm 10,85$  años, 51,6% de hombres,  $p = 0,65$ ). Los pacientes que cursaron con IB tuvieron mayor riesgo de mortalidad a 28 ( $42,5\%$  vs.  $6,3\%$ ,  $p < 0,0001$ ) y 90 días ( $50,7\%$  vs.  $10,9\%$ ,  $p < 0,0001$ ) (Figura 1). Del total de pacientes que desarrollaron LRA con IB ( $78,1\%$  vs.  $43\%$ ) se observó peor desenlace de la función renal (resolución completa 37%, incompleta 9,6% y falta de resolución 31,5% vs. 32,8%, 2,3% y 7,8%,  $p = 0,0036$ ), más días de estancia intrahospitalaria ( $7,64 \pm 5,31$  días vs.  $4,23 \pm 3,29$ ,  $p < 0,0001$ ); y, al analizar los factores de riesgo, también tuvieron significativamente mayores cifras de creatinina ( $2,26 \pm 1,38$  vs.  $1,43 \pm 1,01$ ,  $p < 0,0001$ ), así como puntuaciones de Child-Pugh (A = 1,4%, B = 15,1% y C = 83,6% vs. 18,8%, 46,1% y 35,2%,  $p < 0,0001$ ), MELD-Na ( $27,22 \pm 8,38$

**Figura 1.** Mortalidad a 28 y 90 días en pacientes con lesión renal con y sin infección bacteriana. (Lun263)



vs.  $18,85 \pm 8,7$ ,  $p < 0,0001$ ) y grados de ACLF (1 = 20,5%, 2 = 32,9% y 3 = 13,7% vs. 14,1%, 7,8% y 1,6%,  $p < 0,0001$ ). La infección de vías urinarias en 32 (43,8%) fue el tipo de infección más frecuente.

**Conclusiones:** En pacientes con cirrosis, la LRA vinculada con IB eleva la mortalidad y empeora el desenlace de la función renal; por lo tanto, la IB no solo es un precipitante de las descompensaciones de la cirrosis, sino que además representa un factor de riesgo significativo para un curso clínico grave.

**Financiamiento:** Sin financiamiento.

## Lun264

### FACTORES DE RIESGO PARA DESARROLLO DE SARCOPIENIA EN PACIENTES CIRRÓTICOS EN EVALUACIÓN PARA TRASPLANTE HEPÁTICO

K. E. Pérez-Reséndiz, Y. Tadeo-Jiménez, J. Valencia-Chávez, A. Bautista-Santos, R. Moreno-Alcántar, R. Córdova-Ramírez, Hospital de Especialidades Centro Médico Nacional Siglo XXI

**Introducción:** La cirrosis hepática es la sexta causa de muerte en el país, además de que se vincula con una reducción significativa de la calidad de vida. Por su parte, la desnutrición es un estado frecuente en los pacientes en estadio final de la enfermedad y engloba la reducción de masa muscular, fuerza y función (sarcopenia), junto con la pérdida de grasa corporal subcutánea y visceral (adipopenia); su presencia se ha acompañado de peores desenlaces clínicos. Es importante el conocimiento de esta entidad ya que las complicaciones relacionadas son potencialmente modificables si se identifican de forma temprana.

**Objetivo:** Determinar los factores pronósticos para el desarrollo de sarcopenia en pacientes cirróticos en protocolo de trasplante hepático.

**Material y métodos:** Se realizó un estudio retrospectivo, transversal, analítico y unicéntrico. Se incluyó a pacientes mayores de 18 años en evaluación de trasplante hepático dentro de la clínica de trasplante del departamento de gastroenterología de la UMAE Centro Médico Nacional Siglo XXI; se excluyó a aquellos pacientes con expediente clínico incompleto. Se realizó tomografía abdominal como parte del abordaje de protocolo de trasplante y se midió el área transversal del músculo psoas a nivel de la tercera vértebra lumbar (L3) y se normalizó por la altura de los pacientes (valores de referencia para sarcopenia: hombres  $< 50 \text{ cm}^2/\text{m}^2$ ; mujeres  $< 39 \text{ cm}^2/\text{m}^2$ ). El estudio se condujo entre el 1 de enero de 2022 y el 1 de junio de 2023. El análisis estadístico se realizó con medidas de dispersión para variables continuas y con proporciones para variables categóricas. Se usaron media y desviación estándar o mediana y rango intercuartílico de acuerdo con la distribución de las variables de distribución normal con t de Student y para libre distribución la U de Mann-Whitney. Las variables dicotómicas y determinar el riesgo se analizaron con la prueba ji cuadrada.

**Resultados:** Se incluyó a 63 pacientes con cirrosis hepática en protocolo de trasplante hepático (Tabla 1), con predominio del sexo femenino (74,6%), cuya causa más frecuente fue la enfermedad hepática esteatótica relacionada con disfunción metabólica (MASLD, 27%), en su mayoría clase funcional de Child-Pugh B (32%). La mediana de MELD 3.0 fue de 17 puntos; las descompensaciones más frecuentes fueron ascitis en 46 pacientes (73%), seguida de encefalopatía hepática en 31 (49%) y hemorragia variceal en 27 (42,9%). La mortalidad en el grupo evaluado fue de 14% (nueve pacientes) y tres de ellos tenían sarcopenia (33%). Se encontró una prevalencia de sarcopenia en el 55,6% de los individuos evaluados. En el análisis de riesgo, la edad  $> 60$  años tuvo un OR de 5,46 (IC95%, 1,6-17,6).

**Tabla 1.** Características basales de pacientes en evaluación para trasplante hepático. (Lun264)

Características de los pacientes en evaluación para trasplante hepático (n = 63)	
Edad, años, mediana	52,2 + 11,7
Índice de masa corporal, mediana, percentiles	26,17 (23,2-29,6)
Sarcopenia, n (%)	35 (55,6)
Género	
Mujeres, n (%)	47 (74,6)



Hombres, n (%)	16 (25,4)
Causa	
MASLD, n (%)	17 (27)
CBP, n (%)	14 (22)
VHC, n (%)	7 (11,1)
Síndrome de superposición, n (%)	7 (11,1)
HAI, n (%)	6 (9,5)
Otras causas, n %	12 (20)
Clase funcional	
Child-Pugh-Turcotte A, n (%)	7 (11,1)
Child-Pugh-Turcotte B, n (%)	32 (50,8)
Child-Pugh-Turcotte C, n (%)	24 (38)
MELD-Na, medianas, percentiles	16 (11-20)
MELD 3.0, medianas, percentiles	17 (14-22)
Comorbilidades	
Afección tiroidea, n (%)	17 (27)
Diabetes mellitus tipo 2, n (%)	16 (25,4)
Hipertensión arterial sistémica, n (%)	9 (14,3)
Descompensaciones	
Encefalopatía hepática, n (%)	31 (49,2)
Peritonitis bacteriana espontánea, n (%)	5 (7,9)
Ascitis, n (%)	46 (73)
Hemorragia, n (%)	27 (42,9)
Desenlace	
Muerte, n (%)	9 (14)
Trasplante, n (%)	4 (6,3)

Fuente: Investigación propia.

**Conclusiones:** El factor de riesgo para sarcopenia en pacientes en evaluación para trasplante hepático es la edad > 60 años. Se deben establecer otros factores que pueden influir en el desarrollo de sarcopenia.

**Financiamiento:** El estudio no tuvo financiamiento.

## Lun265

### UTILIDAD DEL ULTRASONIDO DOPPLER PARA PREDECIR HEMORRAGIA VARICEAL EN PACIENTES CON CIRROSIS HEPÁTICA: CORRELACIÓN CON MELD 3.0

L. Robles-Casanova, G. Bretón-Arroy, R. Herrero-Maceda, S. M. I. Mejía-Loza, Hospital Juárez de México

**Introducción:** La cirrosis hepática es una de las principales causas de morbimortalidad global y provoca resistencia al flujo sanguíneo que precipita hipertensión portal. El ultrasonido Doppler es una técnica no invasiva empleada para evaluar los cambios hemodinámicos del flujo sanguíneo. Su aplicación en pacientes con cirrosis hepática puede proporcionar información valiosa sobre la presión portal y el riesgo de complicaciones relacionadas.

**Objetivo:** Correlacionar las mediciones hemodinámicas obtenidas mediante ultrasonido Doppler con la puntuación MELD 3.0 y evaluar la presencia de hemorragia variceal en pacientes con cirrosis hepática.

**Material y métodos:** Se evaluaron de forma retrospectiva la velocidad de la vena porta, la velocidad de la arteria hepática (VAH) y el índice de resistencia de la arteria hepática (IRAH) de pacientes en seguimiento por el servicio de gastroenterología durante el 2023; se registraron la puntuación MELD 3.0 obtenida al momento del USG y los episodios de hemorragia variceal en los seis meses posteriores a la realización del estudio. El análisis de los datos se efectuó al finalizar el estudio con *GraphPad Prism* versión 10.2.3 y el programa

Microsoft Excel. Se analizó la correlación individual entre las variables hemodinámicas y la puntuación MELD 3.0 mediante el coeficiente de correlación de Spearman. Para determinar la relación entre la VAH y la hemorragia variceal se usó la prueba de Mann-Whitney por datos de distribución no normal. El punto de corte se estableció con una curva ROC de acuerdo con el valor de Youden.

**Resultados:** Se incluyó a 79 pacientes con diagnóstico de cirrosis hepática, de los cuales el 56% correspondió a hombres y el 54% a mujeres, con una edad media de 58,8 años (intervalo, 31-83 años). Las causas de la cirrosis incluyeron a 44 pacientes con cirrosis por alcohol, 10 por enfermedad hepática vinculada con enfermedad metabólica y 25 por otras causas. La puntuación media de MELD 3.0 fue de 15 puntos (intervalo, 6-70 puntos). Quince pacientes sufrieron hemorragia variceal seis meses después del ultrasonido, con una media de 76,8 días (intervalo, 6-178 días). Los valores de VAH se correlacionaron significativamente entre pacientes con y sin hemorragia. La VAH media en el grupo con hemorragia variceal fue de 188 cm/s, mientras que en el grupo sin hemorragia fue de 66 cm/s, con un valor de  $p = 0,0007$ . Esto indica una diferencia estadísticamente significativa entre los dos grupos. Se estableció un punto de corte de 115 cm/s para la VAH, con una sensibilidad del 88% (IC%, 78-94) y una especificidad del 53% (IC%, 30-75). La VAH mostró una correlación positiva moderada con la puntuación MELD 3.0 ( $r = 0,3942$ ,  $p = 0,0003$ ). En contraste, el IRAH reveló una correlación inversa débil con la puntuación MELD 3.0 ( $r = -0,02190$ ) y no se encontró una correlación estadísticamente significativa entre IRAH y MELD 3.0 ni entre la velocidad de la vena porta y MELD 3.0.

**Conclusiones:** Los resultados de este estudio indican que la velocidad de la arteria hepática (VAH) se correlaciona positivamente con la puntuación MELD 3.0 y se vincula de forma significativa con la hemorragia variceal en pacientes con cirrosis hepática. Estos hallazgos sugieren que la medición de la VAH mediante ultrasonido Doppler puede ser una herramienta útil en el tamizaje y la estratificación del riesgo de hemorragia variceal en estos pacientes, dada su naturaleza no invasiva y mayor accesibilidad en comparación con los estudios endoscópicos.

**Financiamiento:** No se dispuso de ningún financiamiento.

## Lun266

### EFFECTOS ADVERSOS DEL USO DE TERLIPRESINA EN INFUSIÓN COMPARADO CON BOLOS EN PACIENTES CON CIRROSIS HEPÁTICA Y HEMORRAGIA VARICEAL. ESTUDIO TERMEX

L. R. Antuna-Villaseñor, G. A. Román-Lugo, J. Pérez-Sánchez, A. E. Chavarrín-Meza, Y. Tadeo-Jiménez, D. L. Andrade-González, R. Moreno-Alcántar, A. Bautista-Santos, Hospital de Especialidades del Centro Médico Nacional Siglo XXI, IMSS

**Introducción:** La cirrosis es un problema de salud mundial y una de las principales causas de mortalidad. Las complicaciones de esta anomalía se relacionan directamente con el desarrollo de hipertensión portal. La terlipresina es un fármaco útil para este grupo de pacientes en el episodio de hemorragia variceal y por lo regular se ha administrado en bolos. En trabajos recientes se ha demostrado que su administración en infusión podría no ser inferior en mortalidad y control del sangrado, con menos efectos adversos adjuntos.

**Objetivo:** Analizar los efectos adversos vinculados con la terlipresina administrada en bolos respecto de la infusión en pacientes con cirrosis hepática en un episodio de hemorragia variceal.

**Material y métodos:** Se llevó a cabo un estudio retrospectivo, transversal, analítico y observacional que incluyó a pacientes hospitalizados a cargo del servicio de gastroenterología del Centro Médico Nacional Siglo XXI en el periodo de julio de 2022 a junio de 2024 que cumplieran los criterios de inclusión: individuos mayores de 18 años con diagnóstico de cirrosis hepática y hemorragia variceal activa, que recibieron abordaje endoscópico de hemorragia variceal y tratamiento médico ya sea con terlipresina en bolo (2 mg/4 h) o en infusión (6 mg diluidos en 100 mL de solución salina al 0,9% en 24 h) con bolo inicial previo de 2 mg; se comparó el desarrollo de las reacciones adversas relacionadas con la terlipresina en estos dos grupos. Participaron 86 pacientes, 39 en el grupo de administración en infusión y 47 en el grupo de bolo. Se utilizó estadística descriptiva acorde al tipo de variable y su distribución se expresó en medias, medianas, porcentajes y rangos intercuartílicos. El análisis estadístico se llevó a cabo con las pruebas estadísticas t de Student y U de Mann-Whitney de acuerdo con la distribución de las variables, t de

Student para diferencias entre grupos y ji cuadrada para determinar el riesgo de episodios adversos con bolos e infusión de terlipresina. Se aplicó la prueba de Wilcoxon para mostrar diferencias entre grupos.

**Resultados:** Del total de pacientes, 51% correspondió a mujeres. El 45,3% de los pacientes se incluyó en el grupo de infusión y 54,7% en el de bolos, tal y como se muestra en la **Tabla 1**. La principal causa de cirrosis fue la enfermedad hepática esteatósica relacionada con disfunción metabólica, seguida de colangitis biliar primaria. No hubo diferencias demográficas en la distribución de los grupos. El porcentaje general de efectos adversos fue de 34% (n = 30); en el grupo de bolo con 31,9% (n = 15) y en el grupo de infusión con 38,4% (n = 15) (p = 0,21). El principal efecto adverso general fue el dolor abdominal en 15%, correspondiente a 20,5% (n = 8) en el grupo de infusión y a 10,6% (n = 5) en el grupo de bolo; diarrea en el 8,5% (n = 4) del grupo de bolo y 10,2% (n = 4) en el grupo de infusión; dolor torácico en el 6,3% (n = 3) del grupo de bolo y 2,5% (n = 1) en el grupo de infusión; bradicardia en el 8,5% del grupo de bolo y 2,5% en el grupo de infusión. Se registró una mortalidad general del 5,8%, correspondiente al 8,7% (n = 4) del grupo de bolo y al 2,56% (n = 1) del grupo de infusión.

**Conclusiones:** No se identificó diferencia entre los efectos adversos del grupo de terlipresina en infusión comparado con el bolo. El principal efecto adverso fue el dolor abdominal en ambos grupos.

**Financiamiento:** No se recibió financiamiento de ningún tipo.

**Tabla 1.** Características de los pacientes con cirrosis y hemorragia variceal incluidos en el estudio\*. (Lun267)

Variable	n = 86
Mujeres, n (%)	47 (51)
Edad, años, media, DE	54,98 (± 11,27)
Peso mediana, percentiles	65 (58,75-76,6)
IMC kg/m, mediana, percentiles	25,7 (± 4,19)
Infusión	39 (45,3%)
Bolo	47 54,7%
Child-Pugh, mediana, percentiles	7(6-9)
MELD, mediana, percentiles	16 (12-20)
Diabetes mellitus (%)	24 (41,4)
Causas (%)	
MASLD	36 (41,9%)
Colangitis biliar primaria	12 (14%)
MetALD	9 (10,5%)
ALD	9 (10,5%)
Infección crónica por VHC	5 (5,8%)
Otros	15 (17,44%)
Hemoglobina g/dL, media, DE	8,5 ± 2,46
Bilirrubina total μmol/L, mediana, percentiles	1,4 (0,85-2,05)
Sodio mEq/L, media, DE	136 ± 4,84
Albumina g/dL, mediana, percentiles	2,7 (2,15-3,2)
INR mediana, percentiles	1,38 (1,22-1,62)
Creatinina mg/dL, mediana, percentiles	0,8 (0,70-1,18)
Diabetes mellitus (%)	34 (34,5%)
Hipertensión	20 (23,3)
Mortalidad	5,8%
Uso de betabloqueador	54 (62,8%)
Encefalopatía	12-14%
Lesión renal aguda	22 (25,6%)
Ascitis	43 (50%)
PBE	2 (2,3%)
IVU	9 (10,5%)
	Bolo Infusión
Reacciones adversas	15 (31,9%) 15 (38,9%)

DE, desviación estándar; IMC, índice de masa corporal; MASLD, enfermedad hepática esteatósica relacionada con disfunción metabólica; ALD, enfermedad hepática alcohólica; MetALD, MASLD más consumo de grandes cantidades de alcohol. \*Elaboración propia.

## Lun267

### FACTORES PREDICTORES DE REQUERIMIENTO TRANSFUSIONAL EN HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA VARICEAL EN PACIENTES CON CIRROSIS HEPÁTICA

R. De la Vega-Mireles, A. E. Chavarrín-Meza, A. Bautista-Santos, Instituto Mexicano del Seguro Social

**Introducción:** El sangrado del tubo digestivo de origen variceal forma parte de las descompensaciones en los pacientes que cursan con cirrosis hepática. Desde varias décadas atrás se estructuró el control de esta entidad, desde la reanimación básica inicial como prioridad hasta el desarrollo de nuevas técnicas endoscópicas para el tratamiento del episodio agudo. Uno de los puntos más importantes a tomar en cuenta en el control de estos episodios es la indicación de hemoderivados. Ya se han investigado de forma amplia los objetivos transfusionales basados en la cantidad de hemoglobina, así como los sistemas de puntuación que predicen mortalidad, resangrado y requerimiento transfusional. Sin embargo, no se cuenta con factores predictores para determinar de manera objetiva el requerimiento transfusional en pacientes con cirrosis por sangrado de causa variceal.

**Objetivo:** Determinar los factores predictores de requerimiento transfusional en pacientes con cirrosis hepática que ingresan por hemorragia variceal.

**Material y métodos:** Se realizó una revisión de expedientes de pacientes cirróticos con ingresos hospitalarios en esta unidad debido a hemorragia variceal desde el 1 de marzo del 2022 hasta el 1 de marzo del 2024. Diseño: observacional, transversal, retrospectivo y analítico. Lugar: Hospital de Especialidades Centro Médico Nacional Siglo XXI, IMSS. Variables analizadas: sexo, edad, peso, número de paquetes transfundidos, INR, hemoglobina, bilirrubinas, albúmina, ascitis, encefalopatía, transfusión, tratamiento betabloqueador, sangrado variceal previo, choque al ingreso, infección precipitante, consumo de AINE, hematemesis, melena, profilaxis antibiótica. Análisis estadístico: se utilizó estadística descriptiva con medias, medianas acordes a la distribución de las variables t de Student o U de Mann Whitney; se realizará con medidas de dispersión para las variables continuas y con proporciones para las variables categóricas. Las variables dicotómicas se analizarán con la prueba ji cuadrada.

**Resultados:** Hasta 255 pacientes cumplieron los criterios de inclusión y 54,1% correspondió a mujeres con una mediana de edad de 57 años (IQR 50-66); se identificó choque al ingreso con predictor de transfusión de hemoderivados (OR 1,8; p = 0, < 001); la encefalopatía (OR 1,4; IC, 0,72-2,9) y la hematemesis (OR 1,38; IC, 0,83-2,27) mostraron tendencia sin demostrar diferencia estadística. En la **Tabla 1** se enlistan las variables medidas.

**Conclusiones:** En este estudio solo se identificó el choque como factor de riesgo para requerir transfusión de hemoderivados; sin embargo, algunas otras variables mostraron tendencia (encefalopatía y hematemesis). Es posible que en estudios con mayor potencia estadística se dilucide esta tendencia dado que la sangre en el tubo digestivo se relaciona con estas dos entidades, por lo que existe plausibilidad biológica.

**Financiamiento:** No se contó con financiamiento.

**Tabla 1.** Variables relacionadas con requerimiento transfusional en pacientes con hemorragia digestiva variceal. (Lun267)

Variable	OR	p
Género	0,87 (0,53-1,44)	0,35
Edad > 60 años	0,96 (0,58-1,5)	0,49
Ascitis	1,2 (0,65-2,1)	0,55
Encefalopatía	1,4 (0,72-2,9)	0,183
Melena	0,83 (0,48-1,43)	0,307
Hematemesis	1,38 (0,83-2,27)	0,127
Uso de betabloqueador	1,01 (0,6-1,7)	0,526
Consumo AINE	1,08 (0,66-1,7)	0,41
Choque al ingreso	1,8	< 0,001
Sangrado variceal previo	1,18 (0,71-1,19)	0,3

## Lun268

### MODELO MELD 3.0 COMO PREDICTOR DE DESCOMPENSACIÓN AGUDA GRAVE E INGRESO HOSPITALARIO EN PACIENTES CON ENFERMEDAD HEPÁTICA AVANZADA

J. R. Espinoza-Acuña, M. S. Cuevas-Maldonado, D. G. Lindoro-Barraza, E. G. Salgado-Parra, Hospital Regional Lic. Adolfo López Mateos

**Introducción:** La enfermedad hepática avanzada es una causa común de morbimortalidad. La clasificación de los pacientes en función de las descompensaciones permite implementar medidas preventivas adecuadas. El modelo de enfermedad hepática terminal (MELD, *model for end-stage liver disease*) se creó en 2002 y, a pesar de considerarse un indicador confiable de supervivencia a corto plazo en pacientes con enfermedad hepática terminal, ha caído en mayor desuso debido a la aparición de nuevos modelos que parecen funcionar mejor. Es el caso de la escala MELD 3.0 que incorpora nuevos datos sobre el sexo del paciente y los valores de albúmina sérica, así como nuevas ponderaciones para el sodio sérico, la bilirrubina, las cifras de creatinina y el índice normalizado internacional. Poco se sabe de su utilidad como herramienta para predecir descompensaciones en pacientes ambulatorios, lo cual podría tener implicación pronóstica en la morbimortalidad de los pacientes.

**Objetivo:** Evaluar la puntuación MELD 3.0 como predictor de descompensación aguda e ingreso hospitalario en pacientes con hepatopatía crónica avanzada y determinar la equivalencia entre la puntuación MELD-Na y MELD 3.0 en la predicción de descompensación aguda e ingreso hospitalario en pacientes con hepatopatía crónica avanzada.

**Material y métodos:** Criterios de inclusión: pacientes con enfermedad hepática avanzada. Estudio: descriptivo, observacional y retrospectivo. Los resultados se analizaron mediante estadística descriptiva que incluyó medidas de tendencia central y dispersión, variables categóricas expresadas como frecuencias absoluta y relativa, y las variables lineales como media y desviación estándar.

**Resultados:** Se incluyó a un total de 39 pacientes con enfermedad hepática avanzada, con media de edad de 60 años y 38% del género femenino. La causa de la cirrosis más frecuente fue la secundaria al consumo crónico de alcohol en un 36%, seguida de la idiopática en 46% y otras causas en 18%. Se clasificaron en la escala de Child-Pugh A, B y C en 31%, 46% y 23%, respectivamente. Complicaciones observadas: ascitis (31%), hemorragia (54%), PBS (7,7%) e infección del tracto urinario (36%). Para los pacientes sin descompensación, la puntuación MELD-Na tuvo una media de 16 con un intervalo de confianza (IC) de 7. En contraste, para los pacientes con descompensación, la media fue de 17 con un IC de 8. La diferencia no fue estadísticamente significativa con un valor p de

0,796. En cuanto a la puntuación MELD 3.0, la media fue de 15,8 con un IC de 3,6 para los pacientes sin descompensación, y de 18,0 con un IC de 6,4 para los pacientes con descompensación. La diferencia no fue estadísticamente significativa, con un valor de  $p = 0,375$ . Los resultados indican una sólida correlación positiva entre las puntuaciones MELD-Na y MELD 3.0 con coeficiente de correlación de Pearson de 0,83 (Figura 1). La puntuación MELD 3.0 tiene una capacidad moderada para distinguir a los pacientes con descompensación, con una AUC de 0,597 y un punto de corte óptimo de 18,5 que ofrece una sensibilidad del 80% y una especificidad del 48,3% con una  $p = 0,0078$ . El MELD-Na muestra una pobre capacidad para distinguir entre pacientes con descompensación, con una AUC de 0,529 y un punto de corte óptimo de 7,5 que ofrece una sensibilidad de 20% y una especificidad del 100% y una  $p = 0,0099$ .

**Conclusiones:** MELD 3.0 es un índice pronóstico objetivo y reproducible que ha demostrado utilidad en la determinación del riesgo de mortalidad en hepatopatía avanzada; sin embargo, no está exento de limitaciones. A pesar de identificarse una relación positiva entre su puntuación y la predicción de descompensación aguda grave e ingreso hospitalario no fue estadísticamente significativo ni superior al MELD-Na.

**Financiamiento:** No se recibió ningún financiamiento.

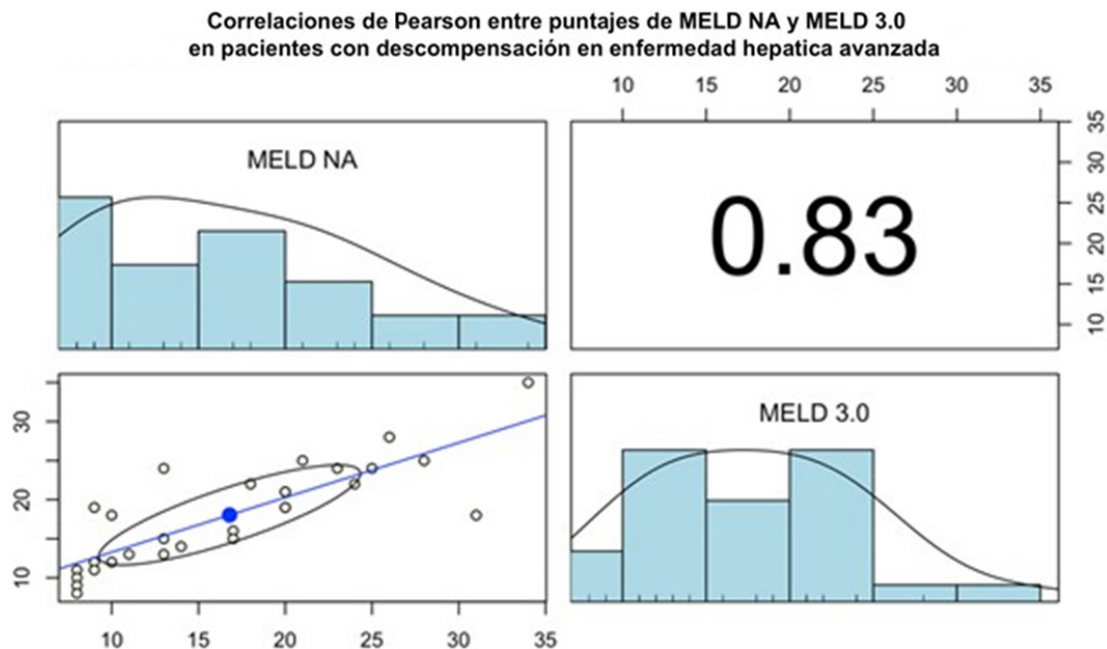
## Lun269

### USO DE OCTREOTIDE EN HEMORRAGIA VARICEAL: RIESGO DE RESANGRADO SEGÚN LA RESERVA FUNCIONAL HEPÁTICA

S. Hidalgo-Muñoz, N. Aceves-Lozano, M. A. Ávila-Pacheco, P. Valdez-Hernández, H. J. Jaramillo-Ramírez, J. M. Avendaño-Reyes, J. A. Camacho-Escobedo, Hospital General de Mexicali

**Introducción:** La hemorragia aguda del tubo digestivo alto de origen variceal (HTDAV) es una complicación frecuente en pacientes con cirrosis e hipertensión portal. Las sustancias vasoactivas como la octreótida y la terlipresina han demostrado reducción de la muerte intrahospitalaria y global, así como del resangrado con escasos efectos adversos. Se define como resangrado temprano aquel que ocurre después del quinto día, pero antes de la sexta semana de conseguir la hemostasia en la presentación inicial del sangrado. Las recomendaciones de las guías actuales no estratifican el beneficio de estos fármacos con base en la reserva funcional hepática del paciente medida con las escalas de Child-Pugh y MELD-Na. El grado de hipertensión portal guarda relación con el grado de disfunción hepática, por lo que es factible pensar que, en los pacientes con buena reserva funcional (Child-Pugh A), la octreótida no modifica

Figura 1. Análisis de correlación de Pearson entre las puntuaciones MELD-Na y MELD 3.0 en pacientes con descompensación en la enfermedad hepática avanzada. (Lun268)



de la misma manera la disminución del resangrado y la mortalidad, en comparación con pacientes con estadios B y C.

**Objetivo:** Evaluar el efecto en las tasas de resangrado y muerte por HTDAV de la octreótida en pacientes con cirrosis clasificados de acuerdo con el grado de función hepática.

**Material y métodos:** Pacientes con HTDAV tratados en el Hospital General de Mexicali en el periodo comprendido entre julio de 2023 y junio de 2024. Tipo de estudio: analítico, observacional y retrospectivo. Variables analizadas: edad, sexo, consumo de octreótida, resangrado temprano y mortalidad a 30 días. Análisis estadístico: para evaluar las características demográficas y clínicas se utilizó estadística descriptiva para la distribución no paramétrica con medidas de tendencia central y dispersión. Para evaluar las diferencias de proporciones entre los grupos se usaron las pruebas U de Mann-Whitney o ji cuadrada según correspondiera. Se consideró como significativo un valor de  $p < 0,05$ .

**Resultados:** Se incluyó a 41 pacientes, de los cuales 22 (53,65%) recibieron octreótida. La media de edad fue de 52,5 (36-69) y el 80,4% ( $n = 33$ ) correspondió a hombres. Todos los pacientes recibieron tratamiento con ligadura endoscópica. El número de individuos en cada grupo de acuerdo con la clasificación de Child-Pugh fue de 10 (24,39%) en estadio A, 23 (56,09%) en el B y 8 (19,51%) en el C. En la **Tabla 1** se muestran los desenlaces de los pacientes de acuerdo con los grupos.

**Tabla 1. (Lun269)**

Característica	Pacientes con Child A n = 10 (24,39%)	Pacientes con Child B/C n = 31 (75,6%)	Valor de p
Edad, años*	48-69	36-69	0,011
Sexo, femenino	5 (50%)	3 (9,67%)	0,013
Uso de octreótida	2 (20%)	20 (6,45%)	0,026
Resangrado temprano	0 (0%)	3 (9,67%)	0,41
Mortalidad a 30 días	0 (0%)	1 (3,22%)	1,0

\*Expresadas como mediana (mínimo-máximo).

**Conclusiones:** El beneficio de la administración de la octreótida en pacientes con sangrado variceal se ve estadísticamente relacionado con factores significativos propios del paciente; el sexo masculino y la menor edad son un mayor riesgo para el resangrado temprano. En esta población no se presentó resangrado en la clasificación de Child-Pugh A; sin embargo, es necesario incrementar la muestra. Estos hallazgos resaltan la importancia de individualizar el tratamiento de acuerdo con los factores y estratificación de cada paciente y proporcionar información valiosa para continuar la investigación sobre este fármaco. La tendencia es la de reducir los días de aplicación de estos medicamentos debido al alto efecto económico que representa para el sector salud.

**Financiamiento:** No se recibió financiamiento de ningún tipo.

## Lun270

### TUBERCULOSIS LATENTE EN PACIENTES CANDIDATOS A TRASPLANTE HEPÁTICO ORTOTÓPICO: EXPERIENCIA DE UN CENTRO DE TERCER NIVEL

J. C. Aguilar-De la O, F. Arreola-Banda, M. C. Baxin-Domínguez, F. Martínez-Silva, UMAE Hospital de Especialidades Dr. Antonio Fraga Mouret, CMN La Raza, IMSS

**Introducción:** El trasplante hepático se ha convertido en el tratamiento para pacientes que cursan con insuficiencia hepática aguda y crónica de diversas causas en estadios potencialmente letales. La OMS señaló que el 23% de la población mundial estaba infectado con *Mycobacterium tuberculosis*; este riesgo se incrementa en los pacientes que reciben un trasplante de órgano sólido hasta 36 y 74 veces respecto de la población general, así como la letalidad. Por tal motivo es importante reconocer esta enfermedad, pero la evidencia actual es escasa en relación con este problema.

**Objetivo:** Determinar la prevalencia y las características epidemiológicas de tuberculosis latente en pacientes elegibles para trasplante hepático ortotópico en un hospital de tercer nivel.

**Material y métodos:** Se realizó un estudio descriptivo, transversal, retrospectivo y observacional en pacientes con cirrosis hepática que valoró el servicio de gastroenterología para inclusión a protocolo de trasplante hepático y que se sometieron a dicho procedimiento en el Hospital de Especialidades CMN La Raza entre 2019 y 2024. Se registraron las siguientes variables: edad, género, causa de la cirrosis, puntuación de Child-Pugh, PPD y otras comorbilidades. Los resultados se analizaron con medidas de frecuencia relativas y centrales para obtención de porcentajes y media aritmética.

**Resultados:** Se registró una muestra total de 60 pacientes, con una edad promedio de  $48 \pm 11$  años, con predominio de mujeres con 51,6% (31). Se identificó una prevalencia del 20% (12) de tuberculosis latente por PPD reactivo durante el protocolo antes del trasplante hepático. Dentro de este grupo, la edad promedio fue de  $50 \pm 11,6$  años, sin predominio de algún género (50% hombres y 50% mujeres), con IMC promedio de  $25,28 \pm 3,66$ . La mayoría era originaria de la Ciudad de México con 58% (11). Respecto de las indicaciones de trasplante hepático, las más comunes fueron la cirrosis hepática por virus hepatotrofos con 50% (6), el carcinoma hepatocelular con 25% (3) y la colangitis biliar primaria con 17% (2). La puntuación MELD promedio fue de  $14,66 \pm 5,61$  y, en cuanto a la puntuación de Child-Pugh, el 50% se clasificó como estadio B (6). Dentro de las comorbilidades, el 50% (6) contaba con antecedente de consumo de alcohol con un promedio de ingestión de gramos/semana de  $91,16 \pm 85,10$ ; y en segundo lugar el tabaquismo con 50% (6). El 91,67% (11) recibió tratamiento con isoniazida durante seis meses y uno de los pacientes no aceptó el tratamiento y pereció en los 30 días siguientes al trasplante por neumonía (**Tabla 1**).

**Tabla 1. (Lun270)**

	General n = 60	PPD reactivo n = 12	PPD no reactivo n = 48
<b>Características</b>			
Edad, años	48,95 $\pm$ 10,95	50 $\pm$ 11,6	48,76 $\pm$ 10
Hombre	48,6% (29)	50% (6)	47,91% (23)
IMC	25,11 $\pm$ 3,39	25,28 $\pm$ 3,66	25,5 $\pm$ 3,35
<b>Causa primaria</b>			
Cirrosis hepática por MASLD	16,66% (10)	8,33% (1)	18,75% (9)
Cirrosis hepática por consumo de alcohol	5% (3)	8,33% (1)	4,16% (2)
Cirrosis hepática por virus hepatotrofos	26,66% (16)	50% (6)	16,66% (10)
Cirrosis hepática por hepatopatía autoinmunitaria	11,66% (7)	0	14,58% (7)
Cirrosis hepática por colangitis biliar primaria	8,33% (5)	17,66% (2)	6,25% (3)
Cirrosis hepática por superposición	13,33% (8)	0	16,66% (8)
Cirrosis hepática criptogénica	3,33% (2)	8,33% (1)	1,47% (1)
Poliquistosis hepática	6,66% (4)	8,33% (1)	6,25% (3)
Otras causas	8,33% (5)	0	10,41% (5)
Puntuación MELD	16,65 $\pm$ 6	14,66 $\pm$ 5,61	17,14 $\pm$ 9,32
Puntuación Child-Pugh A	23,33% (14)	25% (3)	18,75% (9)
Puntuación Child-Pugh B	55% (33)	50% (6)	56,25% (27)
Puntuación Child-Pugh C	21,6% (13)	25% (3)	25% (12)
<b>Comorbilidades</b>			
Diabetes tipo 2	11,6% (7)	8% (1)	12,5% (6)
Consumo de alcohol	36% (22)	50% (6)	33,33% (16)
Gramos/semana de alcohol	78,76 $\pm$ 79	91,16 $\pm$ 85,10	78,81 $\pm$ 80,47



Tabaquismo positivo	31% (19)	50% (6)	27% (13)
Tabaquismo en cigarros por semana	27 ± 41	19 ± 25	26,68 ± 45,49
Albumina sérica (g/dL)	3,02 ± 0,66	3,1 ± 0,83	3,01 ± 0,62
<b>Seguimiento al primer mes de trasplante</b>			
Prevalencia de fallecimiento	10% (6)	18% (2)	8,33% (4)
Causas respiratorias	33,33% (2)	100% (2)	25% (1)

PPD, derivado proteico purificado.

**Conclusiones:** La prevalencia de tuberculosis latente es mayor en pacientes con cirrosis hepática respecto de la población general; en este estudio, la prevalencia fue superior a la de la OMS. A pesar de que este país es una zona endémica, la Ciudad de México no es de las entidades con mayor número de casos, lo cual contrasta con los resultados. Es importante la búsqueda intencionada de otras afecciones que son factores de riesgo para la tuberculosis latente, como neoplasias, alcoholismo, tabaquismo e incluso el estadio de Child-Pugh en pacientes con cirrosis. El objetivo es instituir el tratamiento antes del trasplante hepático y disminuir la mortalidad, para lo cual es importante realizar cambios en el diagnóstico con otros métodos como el estudio de liberación del interferón gamma.

**Financiamiento:** No se recibió financiamiento de ningún tipo.

## Lun271

### MELD-LACTATO COMO PREDICTOR DE SEVERIDAD EN PACIENTES CON SANGRADO AGUDO VARICEAL ESOFÁGICO

K. Romero-Gómez, D. G. Lindoro-Barraza, E. G. Salgado-Parra, Hospital Regional Lic. Adolfo López Mateos, ISSSTE

**Introducción:** La hemorragia aguda por varices esofágicas es una complicación de la hipertensión portal clínicamente significativa y la causa más común de hemorragia digestiva alta aguda. Hasta el 85% de los pacientes cirróticos desarrolla varices esofágicas y se acompaña de mayor mortalidad y riesgo de resangrado. La mortalidad informada es del 25% en las primeras seis semanas y del 40% dentro del primer año del episodio. Actualmente no existen escalas pronósticas para determinar la mortalidad a corto plazo. Las puntuaciones de Child-Pugh y el Modelo para la enfermedad hepática terminal (MELD) son las herramientas más empleadas para el pronóstico en pacientes con cirrosis. El lactato es un indicador de hipoxia tisular y, en caso de hemorragia grave, los valores de lactato se elevan debido a la hipoperfusión tisular. Se ha propuesto que el lactato sérico combinado con MELD (MELD-La) puede predecir el pronóstico a corto y largo plazos del desenlace del sangrado variceal esofágico.

**Objetivo:** Determinar el valor pronóstico de gravedad de la puntuación MELD-lactato en pacientes con sangrado agudo variceal esofágico.

**Material y métodos:** Estudio de cohorte retrospectivo en pacientes con diagnóstico de sangrado variceal esofágico, hospitalizados durante 2022-2024 en el Hospital Lic. Adolfo López Mateos. Se incluyó a pacientes con diagnóstico de cirrosis hepática ingresados por sangrado agudo variceal esofágico que contaran con determinación del lactato sérico al ingreso hospitalario y parámetros bioquímicos necesarios para el cálculo de la puntuación MELD. Se consignaron datos clínicos y demográficos. Se calculó el MELD-lactato a través de la fórmula:  $0,251 + 5,257 \times \text{raíz cuadrada (LA)} + 0,338 \times \text{MELD}$ , calculada con el programa Excel versión 16.17®. Se consideraron criterios de gravedad la necesidad de transfusión de dos concentrados eritrocitarios o más durante su hospitalización, ingreso a unidad de cuidados intensivos o administración de aminas vasoactivas. Análisis estadístico: estadística descriptiva que incluyó medidas de tendencia central y dispersión, y variables lineales con desviación estándar, evaluación de significancia estadística a través de la prueba exacta de Fisher, mediante el programa estadístico GraphPad prism 10®.

**Resultados:** Se obtuvo una muestra de 68 pacientes (n = 68), los cuales 33 eran hombres (48,5%) y 35 mujeres (51,47%), con una media de edad de 60,98 años, mediana de 61 años y moda de 55 años. La causa más frecuente de cirrosis hepática fue el alcohol con 29,4%, MASLD con 19,11%, autoinmunitaria

con 11,76%, viral con 4,4% y sin relación con el internamiento con 35,29%. De los datos analizados, 26 pacientes satisficieron criterios de gravedad (38,2%). El promedio de días hospitalizados fue de 6,3. Se compararon los valores de MELD-lactato para evaluar la necesidad de transfusión o uso de aminas vasoactivas en pacientes con puntuaciones > 12 vs. < 12 puntos. Se encontró un valor de p = 0,7781. La sensibilidad fue de 0,7692, la especificidad de 0,2927, el valor predictivo positivo de 0,4082 y el valor predictivo negativo de 0,6667 (Tabla 1).

**Conclusiones:** La puntuación del MELD-lactato es una herramienta útil para mortalidad a 30 días en pacientes con cirrosis hepática. En este estudio se analizó la puntuación del MELD-lactato como predictor de gravedad en sangrado por varices esofágicas; con una puntuación > 12 resultó estadísticamente no significativa; en cambio, un MELD-lactato < 12 produjo un moderado grado de confianza para determinar qué pacientes no necesitaban intervenciones, como transfusiones, vasopresores o estancia en la unidad de cuidados intensivos.

**Financiamiento:** No se recibió financiamiento.

Tabla 1. Análisis estadístico para evaluar la gravedad del sangrado variceal esofágico con la puntuación del MELD-lactato. (Lun271)

Análisis de datos			
Valor de p y significancia estadística			
Prueba	Prueba exacta de Fisher		
Valor de p	0,7781		
Suma del valor de p	NS		
Prueba de una o dos colas	Dos colas		
Estadísticamente significativo (p < 0,05)?	No		
Tamaño del efecto	Valor	IC95%	
Sensibilidad	0,7692	0,5795-0,8897	
Especificidad	0,2927	0,1761-0,4448	
Valor predictivo positivo	0,4082	0,2822-0,5475	
Valor predictivo negativo	0,6667	0,4375-0,8372	
Índice de probabilidad	1,088		
Métodos utilizados para calcular CLS			
Sensibilidad, especificidad, etc.	Wilson-Brown		
Análisis de datos	Requerimiento de transfusión-vasopresor	No requiere transfusión o aminas	Total
MELD-lactato > 12	20	29	49
MELD-lactato < 12	7	12	19
Total	27	41	68

## Lun272

### COMPLICACIONES PRESENTADAS EN PACIENTES POSTRASPLANTE HEPÁTICO EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL EN MÉXICO

S. A. Vera-Nungaray, D. F. Abendaño-Rivera, F. Higuera-De-la-Tijera, V. López-Ladrón de Guevara, I. A. Sánchez-Cedillo, E. F. Rodríguez-Aguilar, V. M. Páez-Zayas, Hospital General de México Dr. Eduardo Liceaga

**Introducción:** El trasplante hepático cuenta en el plano mundial con una serie de complicaciones que es necesario identificar para tratarlas y prevenirlas de modo apropiado; en México esta información es limitada.

**Objetivo:** Notificar la epidemiología de estas complicaciones en un centro de trasplante de un hospital de tercer nivel en México.

**Material y métodos:** Se realizó un estudio retrospectivo, observacional y descriptivo que incluyó a pacientes postrasplantados hepáticos desde 2019 hasta 2023. Se determinó la presencia de complicaciones infecciosas y posquirúrgicas posteriores al episodio, así como la tasa de rechazo agudo y crónico. Los datos se expresan por medio de estadísticas descriptiva mediante proporciones y porcentajes en caso de variables cualitativas, y media y DE o mediana y rango según la distribución que corresponda para variables cuantitativas.

**Resultados:** Se incluyó a 110 pacientes, 46 mujeres y 64 hombres con una media de edad de 52 años. Se clasificaron las complicaciones de acuerdo con el tipo de complicación, así como temporalidad de presentación de esta a partir de la intervención quirúrgica. Respecto de la tasa de rechazos, se observó un 10% de rechazo agudo con una media de presentación de  $7,6 \pm 6,6$

meses; y 2,8% de rechazo crónico (tiempo medio,  $17,7 \pm 8,1$  meses); los resultados se resumen en la **Tabla 1**.

**Conclusiones:** Las complicaciones en los receptores de trasplante hepático son comunes y ponen en riesgo la vida del paciente y la función del injerto; si bien las tasas de rechazo son todavía elevadas, este centro posee una epidemiología favorable en relación con lo informado en las publicaciones médicas. Las tasas globales oscilan entre 15% y 25% para el rechazo agudo y 3% y 17% para el rechazo crónico. Otros desenlaces también se encuentran por debajo de lo señalado en la bibliografía internacional, con incidencias > 50% para LRA, 30% a 41,5% para ERC y una tasa de 11,1 para infecciones por CMV por cada 1 000 pacientes-año.

**Financiamiento:** No se dispuso de financiamiento alguno.

Tabla 1. Complicaciones observadas después del trasplante hepático. (Lun272)

	Posoperatorio (1-30 días)		Tempranas (1-6 mes)		Tardías (>6 meses)	
	n	Porcentaje	n	Porcentaje	n	Porcentaje
Rechazo hepático						
Rechazo agudo	0	0	6	5,45	5	4,54
Rechazo crónico	0	0	0	0	3	2,72
Infecciones	n	Porcentaje	n	Porcentaje	n	Porcentaje
Neumonía	0	0	17	15,45	0	0
Diarrea infecciosa	0	0	14	12,72	0	0
IVU	1	0,90	9	8,18	0	0
PBE	0	0	1	0,90	0	0
IVAS	0	0	5	4,54	0	0
CMV	0	0	4	3,63	0	0
Colangitis	0	0	3	2,72	1	0,90
Absceso abdominal	0	0	3	2,72	0	0
<i>Candida</i> orofaríngea/esofágica	0	0	3	2,72	0	0
Infección de tejidos blandos	0	0	1	0,90	0	0
Osteomielitis	0	0	1	0,90	0	0
Bacteriemia	0	0	1	0,90	0	0
Posquirúrgicas	n	Porcentaje	n	Porcentaje	n	Porcentaje
Estenosis biliar	0	0	5	4,54	2	1,81
Hemotórax	1	0,90	0	0	0	0
Neumotórax	1	0,90	0	0	0	0
Hematoma de pared abdominal	1	0,90	0	0	0	0
Hematoma retroperitoneal	1	0,90	0	0	0	0
Hemoperitoneo	2	1,81	0	0	0	0
Estenosis cavosuprahepáticas	0	0	0	0	1	0,90
Adherencias abdominales	1	0,90	0	0	0	0
Diversas	n	Porcentaje	n	Porcentaje	n	Porcentaje
Diarrea no infecciosa	2	1,81	7	6,36	11	10
Lesión renal aguda	11	10	13	11,81	11	10
Enfermedad renal crónica	0	0	8	7,27	5	4,54
Colangitis biliar primaria <i>de novo</i>	0	0	0	0	1	0,90
Trombosis venosa portal	0	0	1	0,90	0	0
Derrame pleural	2	1,81	2	1,81	0	0
Crisis epilépticas	4	3,63	1	0,90	0	0
Recaída de cáncer	0	0	0	0	1	0,90
Hemorragia digestiva alta no variceal	0	0	1	0,90	0	0
Fistula anal	0	0	0	0	1	0,90
Fracturas patológicas	0	0	2	1,81	0	0
Hiperplasia linfoide	0	0	1	0,90	0	0
Angina inestable	1	0,90	0	0	0	0
Trombosis del sistema venoso superficial	0	0	0	0	1	0,90

## Lun273

## FRECUENCIA Y CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS DE DISPEPSIA EN PACIENTES CON CIRROSIS HEPÁTICA

A. Pena-Montes, Hospital Juárez de México

**Introducción:** La dispepsia en pacientes con cirrosis hepática se registra hasta en el 84,8%. Dentro de las causas figuran la enfermedad por reflujo gastroesofágico en 55%, la gastropatía congestiva (hipertensiva portal) en 40%, la úlcera gástrica o duodenal en 30% y la litiasis. De manera adicional se ha notificado una combinación de al menos dos de estas anomalías en 50%, pero en este medio no se dispone de estudios.

**Objetivo:** Determinar la frecuencia y las características clínicas de la dispepsia en pacientes con cirrosis hepática sin ascitis en el Hospital Juárez de México.

**Material y métodos:** Estudio prospectivo observacional y transversal. Se incluyó a pacientes cirróticos sin ascitis valorados en la consulta del servicio de gastroenterología de diciembre del 2023 a mayo del 2024 y quienes refirieron síntomas de dispepsia. Mediante el pictograma de dispepsia de Tack se estableció el tipo de síntoma; se realizó análisis con estadística descriptiva y análisis de frecuencia y porcentajes; se aplicó la prueba t de Student, así como la ji cuadrada, con el programa estadístico SPSS versión 25.

**Resultados:** Se incluyó a 85 pacientes, 50 con cirrosis hepática y dispepsia, sin ascitis; y 35 sin dispepsia, sin ascitis. De los 50 pacientes con dispepsia, 27 (54%) eran del sexo femenino y 23 (43%) del masculino; la media de edad fue de 57 años con ( $\pm$  DE) de 8,2 años; las medianas de peso, talla e IMC fueron de 82 kg, 1,6 m, 31,5 kg/m<sup>2</sup>, respectivamente. Causas de la cirrosis: alcohol

en 18 (36%) pacientes, MASLD en 17 (34%) y colangitis biliar primaria en 8 (16%). No se identificaron diferencias entre los grupos; se observó superposición etiológica de la cirrosis de alcohol/MASLD en 4 (8%) pacientes en el grupo de dispepsia contra 8 (22,9%) en los que no tenían dispepsia; CBP/MASLD en 2 (4%) pacientes contra 6 (17,1%) con diferencias significativa ( $p = 0,027$ ). Comorbilidades por grupo: esteatosis hepática en 36 pacientes (72%) contra 33 (94,3) ( $p = 0,010$ ); obesidad en 30 pacientes (60%) contra 30 (85,7%) ( $p = 0,010$ ); consumo de alcohol en 22 pacientes (44%) contra 16 (45,7%) ( $p = 0,876$ ); hipertensión arterial sistémica en 8 pacientes (16%) contra 12 (34,3%) ( $p = 0,05$ ); diabetes mellitus en 1 (2%) contra 15 (42,9%) ( $p < 0,00$ ). Por clasificación de Child-Pugh A: 40 pacientes (80%) contra 23 (65,3%) ( $p = 0,139$ ); Child-Pugh B: 10 (20%) contra 12 (34,3%) ( $p = 0,139$ ); mediana de MELD-Na: 11 puntos (RIC 10-14) contra 10 (RIC 12-12) ( $p = 0,804$ ). Varices esofágicas: 45 pacientes (90%) contra 17 (48,6%) ( $p < 0,001$ ). Gastropatía hipertensiva: 50 pacientes (100%) contra 18 (51,4%) ( $p < 0,001$ ). Duodenopatía portal: 20 pacientes (40%) contra 3 (8,6%) ( $p = 0,001$ ). Duodenitis crónica: 9 (18%) contra 14 (40%) ( $p = 0,025$ ). *Helicobacter pylori*: 16 (32%) contra 26 (74,3%) ( $p < 0,001$ ). Las principales manifestaciones de dispepsia fueron el dolor epigástrico con 31 pacientes (70,5%), ardor epigástrico en 15 (34,1%), plenitud posprandial en 12 (27,3%), saciedad temprana en 1 (22,7%), y superposición en 10 (22,7%); sin diferencia estadística.

**Conclusiones:** La dispepsia en pacientes con cirrosis hepática sin ascitis se encontró en 50 pacientes (58,8%) y las manifestaciones más frecuentes fueron el dolor epigástrico (62%), ardor epigástrico (30%) y plenitud posprandial (24%); a pesar de sus causas múltiples, en el paciente cirrótico influyen de manera notable los cambios estructurales gastroduodenales secundarios a hipertensión portal.

**Financiamiento:** No se contó con ningún financiamiento.



# REVISTA DE GASTROENTEROLOGÍA DE MÉXICO

www.elsevier.es/rgmx



## Sesión de trabajos libres orales

Martes 19 de noviembre de 2024

### Neurogastroenterología IV

Mar274

#### DESARROLLO DEL SÍNDROME METABÓLICO POSTERIOR A LA MIOTOMÍA DE HELLER EN PACIENTES CON ACALASIA

M. Moreno-Fuentes, D. P. Méndez-Hernández, J. Furuzawa-Carballeda, A. M. Villa-González, L. R. Valdovinos-García, E. Coss-Adame, M. A. Valdovinos-Díaz, D. Aguilar-León, G. Torres-Villalobos, Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán

**Introducción:** La acalasia es un trastorno motor crónico del esófago. La causa incluye componentes autoinmunitarios, influidos por aspectos genéticos y ambientales. Los pacientes afectados sufren disfagia como síntoma principal, que puede avanzar a la intolerancia completa de la vía oral. En la actualidad, la piedra angular del tratamiento es la miotomía de Heller con funduplicatura parcial, lo que permite el restablecimiento de la alimentación oral. Lo anterior supone que el paciente que pierde peso antes de la intervención lo recupere y luego experimente un aumento similar al de la población general, pero en este país la incidencia de sobrepeso y obesidad es elevada y pueden conducir al desarrollo del síndrome metabólico.

**Objetivo:** Determinar la incidencia del síndrome metabólico posterior a la miotomía de Heller con funduplicatura parcial en pacientes con diagnóstico de acalasia.

**Materiales y métodos:** Se incluyó a 161 pacientes con acalasia de un centro de tercer nivel entre 2013 y 2024. El diagnóstico se estableció mediante manometría esofágica de alta resolución, esofagograma con bario y endoscopia. Los pacientes se sometieron a miotomía de Heller con funduplicatura parcial por laparoscopia. Se realizó un seguimiento de parámetros demográficos, clínicos

(índice de masa corporal, síntomas y cuestionarios de seguimiento), estudios de laboratorio (hemoglobina glucosilada, glucemia en ayuno, creatinina, ácido úrico y perfil lipídico) y de gabinete (manometría) al mes, seis, 12, 24 y 48 meses tras la intervención quirúrgica.

**Resultados:** Se documentó un incremento del índice de masa corporal en los pacientes con acalasia al comparar el preoperatorio con 48 meses posteriores a la operación ( $22,97 \text{ kg/m}^2 \pm 4,44$  vs.  $26,04 \text{ Kg/m}^2 \pm 6,20$ ). Se determinó un aumento significativo de la incidencia de prediabetes (OR = 3,46; IC, 0,61-19,49; tasa de incidencia = 0,11%), diabetes (OR = 8,0; IC, 0,64-99,32; tasa de incidencia = 1,15%), dislipidemia (OR 7,26; IC, 1,16-45,49; tasa de incidencia = 0,80%) e hipertensión arterial sistémica (OR = 12,22; IC, 1,70-87,54; tasa de incidencia = 1,85%) en pacientes con acalasia y sobrepeso.

**Conclusiones:** Es vital que los pacientes con acalasia se sometan a un seguimiento estrecho posterior a la miotomía de Heller, ya que por la acalasia se pierde peso, que se recupera o aumenta luego del tratamiento, como en la curva de la población mexicana. Es fundamental vigilar los factores cruciales como los hábitos alimenticios, la práctica de ejercicio y la detección, control y seguimiento de las comorbilidades a través de un equipo multidisciplinario.

**Financiamiento:** No se recibió financiamiento de ningún tipo.

Mar275

#### PERFILES FISIOLÓGICOS Y PSICOLÓGICOS EN LA DISFAGIA FUNCIONAL: UN ENFOQUE MULTIDIMENSIONAL

F. A. Félix-Téllez, R. A. Jiménez-Castillo, H. R. Ordaz-Álvarez, K. D. González-Gómez, J. L. Vargas-Basurto, M. Amieva-Balmori, K. R. García-Zermeño, J. M. Remes-Troche, Instituto de Investigaciones Médico-Biológicas, Universidad Veracruzana



**Introducción:** La disfagia funcional (DF) es un trastorno de la interacción intestino-cerebro con una prevalencia global de 3,2% (3,0-3,3). Es escasa la información sobre las alteraciones fisiológicas y conductuales de este trastorno; como diferencias respecto de otras causas de disfagia se han descrito una edad mayor en la población afectada y un menor índice de distensibilidad con valoración por endo-FLIP. Por otro lado, las características clínicas y el perfil psicológico de estos pacientes en México se desconocen.

**Objetivo:** Determinar si existen diferencias en la valoración fisiológica, presentación clínica y valoración psicológica-conductual de la disfagia funcional en comparación con otras causas de disfagia.

**Material y métodos:** Se realizó una captación de datos de sujetos con disfagia sometidos a pH-impedancia y manometría esofágica durante el periodo 2017-2024 en el Instituto de Investigaciones Médico-Biológicas de la Universidad Veracruzana. Se clasificó a la población en grupos: DF, acalasia (AC), obstrucción del tracto de salida de la unión esofagogastrica (OTSUEG), esófago hipercontráctil (EH), espasmo esofágico difuso (EED) y motilidad esofágica inefectiva (MEI). Se estudiaron los resultados de las pruebas fisiológicas, así como los cuestionarios BEDQ, Eckardt, HADS y EHAS. Se efectuó un análisis de distribución de variables con la prueba de Shapiro-Wilk e igualdad de varianzas con Levene para someter después las variables a una comparación de medias con las pruebas ANOVA o de Kruskal-Wallis.

**Resultados:** Se incluyó a un total de 85 pacientes con disfagia con edad media de 55 ± 17 años y predominio del sexo femenino (n = 53, 62,4%). La población estudiada se clasificó en seis grupos: DF (n = 13, 15,3%), AC (n = 48, 56,5%), OTSUEG (n = 4, 4,7%), EH (n = 4, 4,7%), EED (n = 4, 4,7%) y MEI (n = 12, 14,1%). Al comparar la DF con el resto de los grupos no se encontró diferencia significativa en las características sociodemográficas y gravedad sintomática de la disfagia, ni en la valoración fisiológica con pH-metría-impedancia y manometría esofágica. En la valoración de ansiedad, depresión y otros trastornos con efecto conductual solo se encontró una diferencia significativa en la hipervigilancia de síntomas esofágicos, valorada por la puntuación de la subescala de hipervigilancia esofágica (EHV, por sus siglas en inglés) de la Escala de Ansiedad e Hipervigilancia Esofágica (EHAS, por sus siglas en inglés), (DF [16,2 ± 6,9], AC [10,8 ± 6,4], OTSUEG [8,25 ± 6,2], EH [11,0 ± 2,7], EED [6,5 ± 4,2] y MEI [12,2 ± 4,4], p = 0,048). Véase la Figura 1.

**Conclusiones:** Aunque no existen diferencias fisiológicas con otros grupos de disfagia, la hipervigilancia esofágica es más frecuente y grave en los pacientes con DF. Este mecanismo relacionado debe explorarse en la DF ya que es susceptible de modificarse con intervenciones como la terapia cognitivo-conductual.

**Financiamiento:** No se contó con financiamiento alguno.

## Mar276

### HALLAZGOS HISTOLÓGICOS EN EL MÚSCULO DEL ESFÍNTER ESOFÁGICO INFERIOR DE PACIENTES CON ACALASIA

G. Torres-Villalobos, M. Olivares-Flores, C. O. Lara-Torres, D. Aguilar-León, L. R. Valdovinos-García, M. A. Valdovinos-Díaz, A. M. Villa-González, E. Coss-Adame, J. Furuzawa-Carballeda, Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán

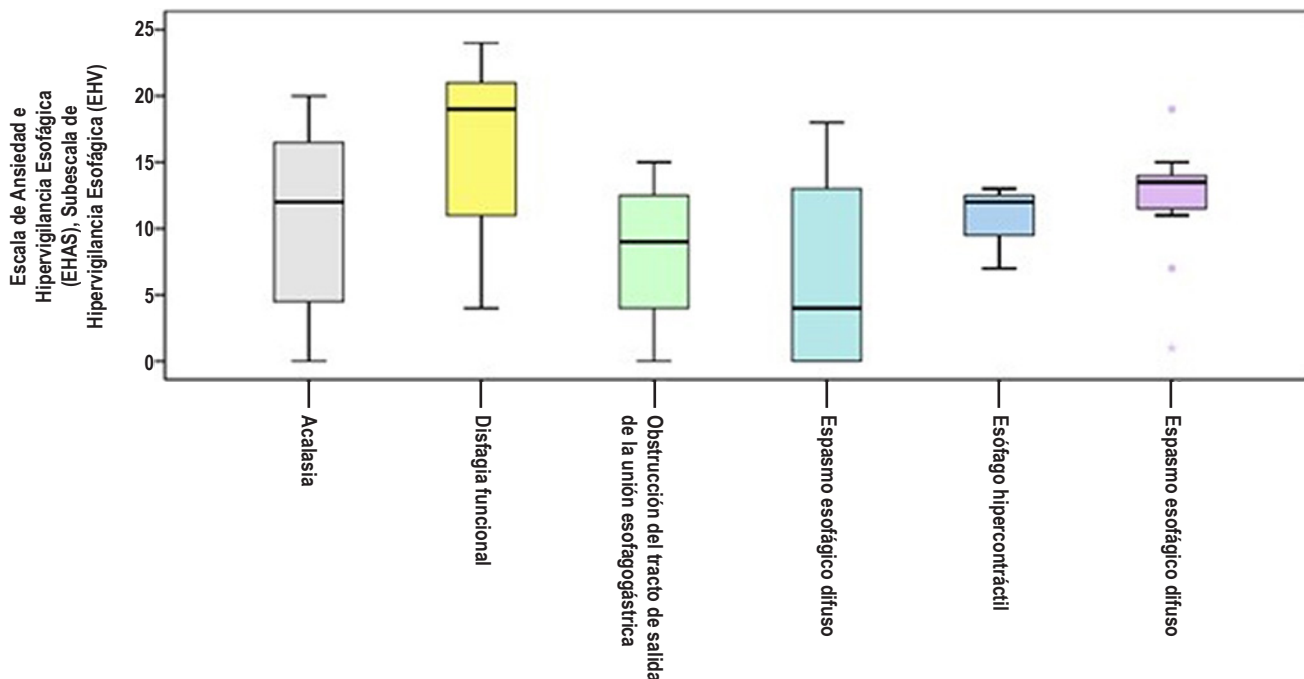
**Introducción:** La acalasia es un trastorno primario de la motilidad esofágica caracterizado por la pérdida de neuronas del plexo mientérico debido a la destrucción inflamatoria. Aunque algunos estudios han intentado describir los hallazgos histológicos, estos son muy limitados.

**Objetivo:** Caracterizar la histopatología del músculo del esfínter esofágico inferior (mEEI) de pacientes con acalasia.

**Material y métodos:** Dos patólogos certificados, cegados a los datos clínicos del paciente, analizaron biopsias del mEEI de 95 pacientes con acalasia (52 mujeres y 43 hombres) y 48 donantes para trasplante (TD) como controles. Se consideraron las siguientes características histológicas: fibrosis, pérdida de células ganglionares, atrofia e hipertrofia del músculo liso; calcinosis, densidad vascular intersticial; linfocitos perineurales/endoneurales, eosinófilos y mastocitos; infiltrados de linfocitos musculares, eosinófilos y mastocitos evaluados mediante H-E en un campo de gran aumento. La atrofia se calificó como (i) sin cambios atróficos; (ii) con cambio atrófico leve y degeneración vacuolar; (iii) con cambio atrófico moderado y contracción del volumen de los haces de músculos; y (iv) con cambio atrófico grave y reemplazo de haces de músculo liso por fibrosis. Esta última se estableció mediante la determinación del porcentaje del área afectada. Las células inflamatorias se cuantificaron con un aumento de 400x.

**Resultados:** El grupo de pacientes con acalasia tuvo una edad media de 47,3 ± 15,8 años, una evolución media de la enfermedad de 21,4 ± 31,4 meses y una prevalencia mayor de enfermedad autoinmunitaria en mujeres respecto de los hombres (p = 0,030). El mEEI de mujeres con acalasia tenía menos fibrosis y menos linfocitos perineurales/endoneurales que el grupo de hombres (p < 0,05; Figura 1). Ninguna de las biopsias mostró calcificaciones. El número de células ganglionares descendió a valores estadísticamente significativos en los grupos de mujeres y hombres en comparación con el grupo de control TD. Las células ganglionares productoras de VIP y nNO fueron más prevalentes en la acalasia tipo II, en tanto que en la acalasia tipo I solo se

Figura 1. Comparación de hipervigilancia esofágica en pacientes con disfagia. (Mar275)

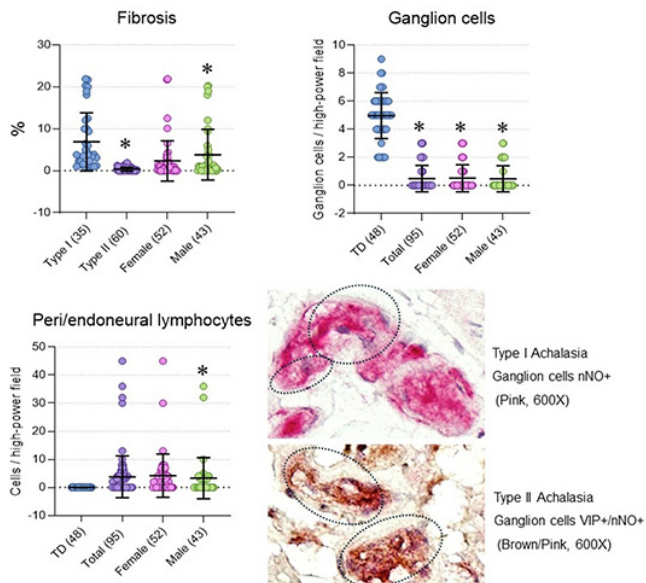


observaron células productoras de nNO (Figura 1). No se identificaron diferencias entre sexos. La atrofia y la hipertrofia del músculo liso aumentaron en las biopsias de acalasia, al margen del sexo, en comparación con los controles de TD. Los infiltrados linfocíticos en el músculo aumentaron en las biopsias de acalasia, independientemente del sexo, en comparación con los controles de TD.

**Conclusiones:** Las células ganglionares disminuyeron en grado significativo en el grupo de acalasia. El patrón de los tipos de células ganglionares afectadas es diferente según sea el subtipo de acalasia; es mayor el número de células VIP y nNO en la acalasia tipo II. Los pacientes masculinos con acalasia tienen una afección más significativa del mEEI, caracterizada por etapas fibróticas graves y abundantes infiltrados linfocíticos en o alrededor del plexo mientérico.

**Financiamiento:** No se recibió financiamiento de ningún tipo.

**Figura 1.** La fibrosis, el número de células ganglionares y los linfocitos periendoneurales en pacientes con acalasia son estadísticamente significativos en comparación con el grupo control (\*p < 0,05). La microfotografía muestra las células ganglionares productoras de nNO (rosa) en acalasia tipo I y de VIP/nNO (café y rosa) en la acalasia tipo II. (Mar276)



**Mar277**

**NUEVO ÍNDICE PARA LIBERAR EL POTENCIAL DE LA INTEGRAL CONTRÁCTIL DE LA UEG Y PERMITIR SU USO EN EXTENSO**

J. E. García-Rentería, J. E. Suárez-Morán, Y. Zamorano-Orozco, P. Gálvez-Castillejos, A. L. Castro-Zárate, J. A. Villar-Tapia, C. Blanco-Vela, Hospital Español

**Introducción:** La enfermedad por reflujo gastroesofágico (ERGE) es uno de los padecimientos digestivos con mayor prevalencia. La unión esofagagástrica (UEG) está conformada por el esfínter esofágico inferior (EEI) y la crura diafragmática (CD), que integran la principal barrera antirreflujo. La UEG se estudia a través de la manometría de alta resolución (MAR) esofágica. Además de las métricas convencionales como la presión basal del EEI (PB-EEI), es posible cuantificar manualmente la integral contráctil de la UEG (IC-UEG). Hoshino propuso en 2011 la IC-UEG; sin embargo, aún no se tienen valores de normalidad. Lo anterior ha frenado su aplicación. La IC-UEG es una métrica superior; usa la topografía de la MAR para integrar la duración de la contracción y el vigor de la UEG, sin considerar la frecuencia respiratoria. Hay consenso sobre la forma de medir la IC-UEG; no obstante, en la mayoría de los centros no se informa de forma regular, de tal manera que se desaprovecha su aplicación. No hay consenso entre los autores de un parámetro rígido, ya que probablemente esta no sea la respuesta para determinar la normalidad. La propuesta propia compara la PB-EEI de cada paciente con su respectiva IC-UEG; esto disminuye la variabilidad y hay más probabilidades de encontrar

un punto de corte o intervalo de normalidad. Este nuevo índice puede ser la clave que libere el potencial de la IC-UEG.

**Objetivo:** Establecer un punto de corte de la IC-UEG con base en el índice (IC-UEG/ PB-EEI) y promover el uso amplio de la IC-UEG y más investigaciones con uso de este nuevo índice.

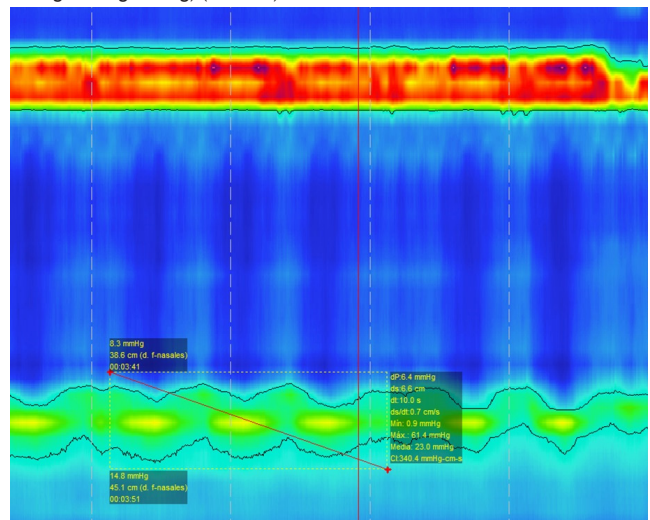
**Material y métodos:** Se propone un índice que tiene como variables: PB-EEI e IC-UEG. La presión basal se toma como divisor y la IC-UEG como dividendo; al cociente creado se lo denomina “índice (IC-UEG/PB-EEI)”. Se propone calcular este índice y comparar los resultados entre pacientes con reflujo patológico y no patológico. Se realizó un estudio observacional, transversal, retrospectivo y analítico, no probabilístico de casos consecutivos de 92 pacientes estudiados de 2023 a 2024, en los cuales se solicitaron impedancia-pH-metría ambulatoria de 24 h, así como manometría de alta resolución. Criterios de inclusión: hombres y mujeres de 18 a 75 años; el grupo se integró con pacientes objeto de impedancia-pH-metría no patológica de acuerdo con el consenso de Lyon 2.0. Criterios de exclusión: pacientes con procedimientos de antirreflujo o dilataciones esofágicas y pacientes sin estudios completos.

**Resultados:** El programa SPSS V22.0 utilizó la prueba t de Student. Se obtuvieron una media del índice del grupo control de 1,92 y un índice en pacientes con reflujo patológico de 1,28, con una p = 0,002. En la curva de ROC, el punto de corte fue de 1,3, con una sensibilidad de 60% y una especificidad de 87,5%. Los pacientes con reflujo no patológico tienden a hallarse por arriba de este punto de corte y los enfermos con reflujo patológico por debajo. En la Figura 1 A se demuestra cómo medir de forma manual la IC-UEG.

**Conclusiones:** La IC-UEG es una medida prometedora, más compleja que las métricas convencionales y teóricamente superior. Su uso no se ha generalizado por la falta de parámetros de normalidad. Este índice IC-UEG/PB-EEI reduce en proporción significativa la dispersión de los resultados y permite proponer el punto de corte de 1,3.

**Financiamiento:** Sin ningún financiamiento.

**Figura 1.** A-Medición manual de la IC-UEG. Resultado 34,04 mmHg\*cm (340,4 mmHg\*cm\*seg/10 seg) (Mar277)



**Mar278**

**EVALUACIÓN DEL ACLARAMIENTO DE BOLO: ANÁLISIS MEDIANTE UN ÍNDICE DE IMPEDANCIA POR MANOMETRÍA DE ALTA RESOLUCIÓN EN PACIENTES CON DISFAGIA ESOFÁGICA**

J. S. Arenas-Martínez, A. Fuentes-Montalvo, A. L. Ordóñez-Vázquez, M. F. García-Cedillo, E. Coss-Adame, Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán

**Introducción:** La manometría esofágica de alta resolución con impedancia permite valorar la motilidad esofágica y el tránsito del bolo. Se ha demostrado que la tasa de la integral de impedancia tiene una buena correlación con el esofagograma cronometrado y se ha planteado como un potencial sustituto para evaluar la retención del bolo esofágico (aclaramiento esofágico).

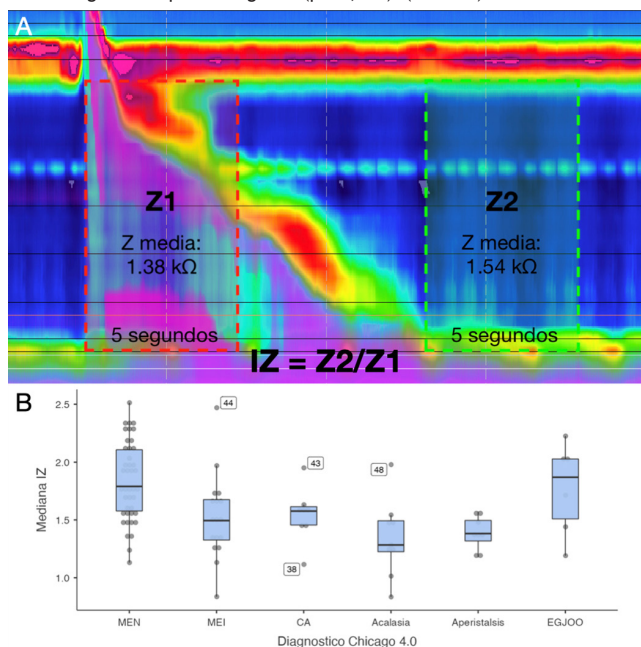
Infortunadamente, el cálculo de esta tasa requiere un avanzado programa matemático personalizado no disponible de manera generalizada. Es necesario contar con mediciones de fácil adquisición para su adopción.

**Objetivo:** Evaluar mediante el cálculo de un índice manual el aclaramiento esofágico en pacientes con disfagia.

**Material y métodos:** Se evaluaron manometrías de alta resolución con impedancia realizadas por disfagia esofágica de octubre de 2023 a junio de 2024. Las manometrías se efectuaron de acuerdo con el protocolo estándar de Chicago 4.0. Se llevó a cabo la medición del promedio de impedancia de una ventana de 5 s entre los esfínteres esofágico superior e inferior inmediatamente después del inicio de la deglución (Z1) y luego de la onda de peristalsis o > 30 s posteriores a la deglución (Z2); se calculó un índice de aclaramiento por impedancia (IZ) al dividir  $Z2/Z1$  (Figura 1, panel A). Se consideró un aclaramiento esofágico a la recuperación > 50% desde Z1. Se realizó la comparación de la mediana del IZ entre los diagnósticos manométricos mediante la prueba de Kruskal-Wallis y la comparación múltiple con Dwass-Steel-Critchlow-Flinger y ajuste de Holm-Bonferroni. Se evaluó el número de tragos con aclaramiento esofágico ( $IZ > 1,5$ ) entre los diagnósticos manométricos con la prueba exacta de Fisher. Además, se compararon los valores de IZ e  $IZ > 1,5$  entre los tragos en posiciones sedente y supina.

**Resultados:** Se revisaron las manometrías de 90 pacientes evaluados por disfagia con las siguientes características: edad de 59 (41,3; 65,8) años, 64 (71,1%) mujeres e IMC  $25,1 (\pm 5,45) \text{ kg/m}^2$ . En 42 (46,7%) se diagnosticó motilidad esofágica normal (MEN), en 17 (18,9%) motilidad esofágica inefectiva (MEI), en 8 (8,9%) contractilidad ausente (CA), en 9 (10%) acalasia, en 6 (6,7%) obstrucción del flujo de salida de la UEG (EGJOO) y en 8 (8,9%) aperistalsis postratamiento de acalasia. Los valores de IZ fueron diferentes ( $p < 0,001$ ) entre los distintos diagnósticos manométricos y se observó una diferencia significativa del IZ al comparar con MEI, acalasia y aperistalsis contra el valor en MEN ( $p < 0,05$ ), (Figura 1, panel B). Se identificó aclaramiento > 50% en 83,3% de la MEN, 47,1% de MEI, 62,5% de CA, 22,2% de acalasia, 25% de aperistalsis y 66,7% de EGJOO ( $p < 0,001$ ). Existen cambios no significativos en el IZ al cambio de la posición de sedente a supina en la impedancia ( $p > 0,05$ ).

**Figura 1.** A, método para calcular el índice de aclaramiento por impedancia (IZ); Z1 representa la impedancia en un marco delimitado por el borde inferior del esfínter esofágico superior (EES) y el punto medio del esfínter esofágico inferior de 5 s posteriores a la apertura del ESS; Z2 es un área equivalente a Z1 después del trazo de peristalsis. B, diagrama de cajas del IZ en los diagnósticos por Chicago 4.0 ( $p < 0,001$ ). (Mar278)



**Conclusiones:** Este estudio pretende explorar una manera simple, accesible y manual para valorar los cambios de impedancia y aclaramiento esofágico en pacientes evaluados por disfagia. Es necesario evaluar el IZ al comprar a voluntarios sanos con sujetos con alteraciones de la motilidad esofágica y comparar el desempeño de este índice con otros métodos de evaluación de aclaramiento del bolo.

**Financiamiento:** No se recibió financiamiento de ningún tipo.

## Mar279

### EFEECTO DEL TRATAMIENTO NUTRICIÓN Y LA REHABILITACIÓN DEGLUTORIA SOBRE EL ESTADO NUTRICIO DE PACIENTES CON DISFAGIA OROFARÍNGEA. ENSAYO CLÍNICO

V. M. Mendoza-Martínez, A. J. Espinosa-Flores, A. Gómez-Coello, N. Bueno-Hernández, Hospital General de México Dr. Eduardo Liceaga

**Introducción:** La disfagia orofaríngea (DO) es la dificultad para iniciar la deglución. Es prevalente en enfermedades neurodegenerativas y requiere una evaluación y tratamiento específicos para mejorar la calidad de vida del paciente. Puede llevar a complicaciones graves como desnutrición y neumonía por aspiración.

**Objetivo:** Evaluar el efecto del tratamiento deglutorio combinado con tratamiento nutricional en pacientes con DO diagnosticada por FEES.

**Material y métodos:** Se realizó un estudio clínico en pacientes con diagnóstico de DO confirmado por FEES entre enero del 2019 y junio del 2020. Se incluyó a pacientes de ambos sexos de 18 a 70 años. A todos los sujetos se les midió la capacidad deglutoria, composición corporal y recordatorio dietético de 24 horas al principio y final del tratamiento.

**Resultados:** Un total de 21 pacientes con DO terminaron el seguimiento de 12 semanas y en 57% se identificó afección neurológica. La edad promedio fue de  $58 \pm 13$  años. Al final de la intervención se observó una reducción significativa de la gravedad de la disfagia: leve (61,9% a 52,3%;  $p = 0,05$ ), moderada (28,5% a 14,2%;  $p = 0,05$ ) y grave (9,6% a 4,7%;  $p = 0,05$ ). De todos los pacientes al final de la intervención, 28,5% resolvió por completo todos los problemas de deglución y además la eficacia y seguridad de la deglución mejoraron en grado significativo, toleraron mayores volúmenes por bocado (de  $5,2 \pm 3,7 \text{ mL}$  a  $9,7 \pm 5,7 \text{ mL}$ ,  $p = 0,010$ ) y más consistencias alimenticias. También se observó una mejora en el riesgo de desnutrición medido por MUST y cambios positivos en la composición corporal.

**Conclusiones:** La combinación de tratamiento deglutorio y nutricional mejoró de forma notoria la función deglutoria y el estado nutricional de los pacientes con DO. Esta intervención es eficaz para reducir la gravedad de la disfagia.

**Financiamiento:** Recursos propios.



# REVISTA DE GASTROENTEROLOGÍA DE MÉXICO

www.elsevier.es/rgmx



## Sesión de trabajos libres orales

Martes 19 de noviembre de 2024

### Hígado IV

Mar280

#### EVALUACIÓN DE IL-6, IL-10, TNF- $\alpha$ Y CXCL8/IL-8 DE ACUERDO CON EL GRADO DE FIBROSIS HEPÁTICA POR HEPATITIS C CRÓNICA

M. Martínez-Castillo, J. Limón-Castillo, A. Hernández-Barragán, P. Cordeiro-Pérez, L. Muñoz-Espinosa, Z. Medina-Ávila, M. Hernández-Santillán, J. L. Pérez-Hernández, F. Higuera-de-La-Tijera, G. Gutiérrez-Reyes, Grupo Colaborativo: Biomarcadores en Hígado, Universidad Nacional Autónoma de México

**Introducción:** Las enfermedades hepáticas crónicas se clasifican de acuerdo con estadios de progresión de la fibrosis, en las que intervienen diferentes tipos celulares y mediadores de la respuesta inmunológica. En la enfermedad hepática por el virus de la hepatitis C (VHC), los valores de citocinas y quimiocinas se correlacionan positivamente con la carga de VHC y disminuyen después del tratamiento antiviral. A pesar de que IFN- $\gamma$  es el principal mediador, la participación de otros mediadores celulares de acuerdo con las etapas de daño hepático no está del todo definida.

**Objetivo:** Evaluar la producción de IL-6, IL-10, TNF- $\alpha$  y CXCL8/IL-8 en pacientes con hepatitis C crónica, además de identificar una posible relación con los grados de fibrosis.

**Material y métodos:** Se incluyó a pacientes mayores de 18 años con hepatitis C crónica cuyo grado de fibrosis se diagnosticó mediante Fibroscan/Fibrotest y un grupo de sujetos sin enfermedad hepática ni fibrosis hepática, denominados controles. Se midieron las concentraciones de IL-6, IL-10, TNF- $\alpha$  y CXCL8/IL-8 en suero con la técnica de arreglo en suspensión múltiple; para el análisis estadístico se utilizó U de Mann-Whitney, tras considerar una  $p < 0,05$  como estadísticamente significativa.

**Resultados:** Los resultados demuestran un aumento de las citocinas y quimiocina evaluadas en el suero de los pacientes con VHC al compararlos con

las concentraciones de los controles, específicamente CXC8/IL-8. Sin embargo, al momento de analizar de acuerdo con los grados de fibrosis y considerar fibrosis leve (F0-F2) y grave (F3-F4), se observó una modulación diferencial de cada molécula de acuerdo con el grado de fibrosis. Con mayor relevancia se registraron las concentraciones de IL-6 e IL-10 y fueron mayores en la fibrosis grave respecto de la fibrosis leve y los controles. En el caso de TNF- $\alpha$  se observó un aumento de los grados de fibrosis grave sin diferencia significativa con la fibrosis leve y los controles; por otra parte, en CXCL8/IL-8 las concentraciones de ambas se encuentran elevadas en la fibrosis leve con respecto a la fibrosis grave y los controles.

**Conclusiones:** En el proceso inflamatorio periférico, que es importante en la evolución del daño hepático, participan diferentes citocinas de acuerdo con la gravedad de la fibrosis, CXCL-8 en estadios leves e IL-6 e IL-10 en etapas avanzadas, lo cual indica que pueden ser biomarcadores diferenciales.

**Financiamiento:** No se recibió apoyo o financiamiento.

Mar281

#### ÉXITO DE UN SEGUNDO TRATAMIENTO CON ANTIVIRALES DE ACCIÓN DIRECTA EN PACIENTES CON INFECCIÓN CRÓNICA POR VIRUS DE HEPATITIS C

D. L. Andrade-González, A. Bautista-Santos, R. Moreno-Alcántar, Centro Médico Nacional Siglo XXI

**Introducción:** Los antivirales de acción directa (AAD) se vinculan con una elevada respuesta viral sostenida (> 95%) a las 12 semanas (RVS12) en pacientes con infección crónica por virus de hepatitis C (VHC). Existe un porcentaje bajo de pacientes que experimentan falla al tratamiento o que se reinfectan ante la persistencia de los factores de riesgo. El tratamiento indicado es un esquema con voxilaprevir pero en México no está disponible esa opción, por



lo que se administran sofosbuvir-velpatasvir (400 mg/100 mg) y glecaprevir-pibrentasvir (100 mg/40 mg).

**Objetivo:** Notificar el éxito de un segundo tratamiento con AAD en pacientes con infección crónica por VHC.

**Material y métodos:** Estudio: retrospectivo, descriptivo, transversal y unidimensional. Periodo de estudio: abril de 2017 a diciembre de 2023. Se incluyó a pacientes mayores de 18 años en seguimiento en la clínica de hepatitis del Hospital de Especialidades del Centro Médico Nacional Siglo XXI. Antes de iniciar el tratamiento fueron objeto de genotipo y una nueva carga viral de VHC, estudios de laboratorio e imagen para descartar carcinoma hepatocelular y se sesionaron los casos en un grupo de expertos nacionales como parte del Programa Nacional de Hepatitis C del Instituto Mexicano del Seguro Social para definir el tratamiento: sofosbuvir-velpatasvir (400 mg/100 mg) + ribavirina (800 mg) o glecaprevir-pibrentasvir (100 mg/40 mg). Se utilizó estadística descriptiva para analizar las variables con frecuencias y porcentajes y se elaboró una tabla para mostrar las características de los pacientes.

**Resultados:** Se trató a 900 pacientes en el periodo de estudio con informe de RVS12 97% y se incluyó a cinco individuos con falla al tratamiento. El total de pacientes recibió tratamiento a base de sofosbuvir-velpatasvir (400 mg/100 mg) + ribavirina (800 mg) por 24 semanas, tres mujeres y dos hombres, con edad media de 52 años. Se identificó a tres pacientes con genotipo 1, uno con genotipo 3 y en uno solo no se determinó el genotipo. El 40% (2) tenía cirrosis hepática. El porcentaje de apego al tratamiento inicial fue > 80% en todos los pacientes y ninguno había usado un inhibidor de bomba de protones (IBP). El porcentaje de RVS12 fue del 100% (Tabla 1).

**Conclusiones:** El tratamiento a base de sofosbuvir-velpatasvir (400 mg/100 mg) + ribavirina (800 mg) es sumamente efectivo como segundo tratamiento en pacientes con antecedente de falla a un primer tratamiento con RVS 12 del 100%.

**Financiamiento:** No se recibió financiamiento para la elaboración de este proyecto.

**Tabla 1.** Características de los pacientes con hepatitis C crónica. (Mar281)

Género	
Mujeres, n%	3 (60)
Hombres, n%	2 (40)
Edad, media, años	52
Genotipo	
1, n%	3 (60)
3, n%	1 (20)
Carga viral pretratamiento, media, UI/mL	297 542
Tratamiento previo	
Sofosbuvir-ledipasvir, n%	1 (20)
Sofosbuvir-velpatasvir, n%	3 (60)
Glecaprevir-pibrentasvir, n%	1 (20)
Coinfección VIH, n%	1 (20)
Porcentaje de apego al primer tratamiento	> 80%
Cirrosis hepática, n%	2 (40)

## Mar282

### UTILIDAD DEL FIB-4 PLUS COMO PREDICTOR NO INVASIVO DE VARICES ESOFÁGICAS EN PACIENTES CON ENFERMEDAD HEPÁTICA CRÓNICA AVANZADA COMPENSADA POR VIRUS DE HEPATITIS C

M. Castillo-Barradas, J. I. Carrillo-Rojas, N. Bueno-Hernández, D. Torres-Rubí, P. C. González-Vera, R. Méndez-Del Monte, J. M. Martín-Bufajer, C. A. Martínez-Arredondo, Hospital Nacional de Especialidades Centro Médico Nacional La Raza

**Introducción:** La mayoría de las complicaciones en los pacientes con enfermedad hepática crónica avanzada compensada (cACLD) es efecto del desarrollo

de hipertensión portal clínicamente significativa (HPCS) y por tanto de varices esofágicas. La norma de referencia para su diagnóstico es la medición del gradiente de presión venosa hepática (GPVH), pero es una técnica invasiva y poco disponible. De forma alternativa se ha sugerido la evaluación con elastografía transitoria (TE) y recuento plaquetario como método diagnóstico, pero se trata de una herramienta costosa y poco accesible en este medio, por lo que es necesario el desarrollo de herramientas no invasivas para el diagnóstico de HPCS y con ello el inicio de tratamiento profiláctico con betabloqueadores no selectivos (BBNS).

**Objetivo:** Validar la calificación FIB-4 Plus para la predicción de varices esofágicas (VE) en una cohorte de pacientes mexicanos con cACLD por hepatitis C (VHC).

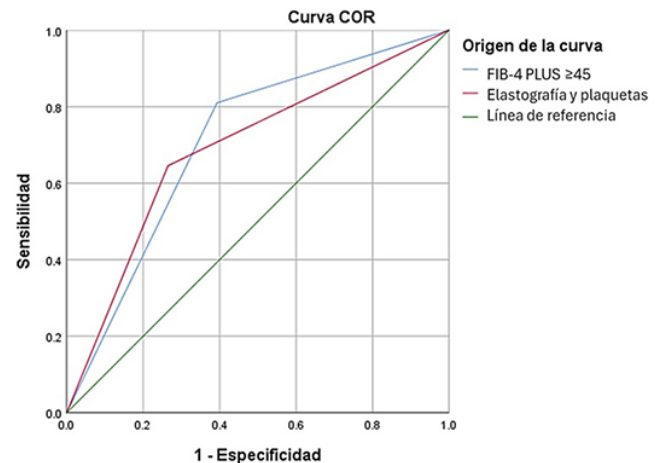
**Material y métodos:** Estudio transversal en individuos con diagnóstico de VHC confirmado por carga viral. Se utilizó como norma de referencia la endoscopia y se calculó el riesgo de cursar con VE mediante FIB-4 Plus y TE con recuento plaquetario. Para el análisis de los datos se utilizó prueba kappa para identificar concordancias entre las dos escalas, se calculó el área bajo la curva (AUROC) y se tomó el punto de corte con mayor sensibilidad y especificidad para la calificación FIB-4 Plus. Los datos se analizaron con el paquete estadístico SPSS v25 y se empleó un valor de p significativo < 0,05.

**Resultados:** Se incluyó a 403 pacientes, de los cuales 230 (57%) se encontraban en fase de cirrosis. La endoscopia identificó una prevalencia de VE del 46% (n = 187) y la calificación FIB-4 Plus fue de 52,6% (n = 212), con una kappa de 0,451. La AUROC para la detección de VE mediante FIB-4 Plus fue de 0,785 (IC95%, 0,740-0,829; p ≤ 0,001). Al establecer un punto de corte ≥ 45%, la sensibilidad fue del 77,5% y la especificidad de 67,9%, con una AUROC de 0,728 (IC95%, 0,677-0,778; p ≤ 0,001). La trombocitopenia (plaquetas < 150 × 10<sup>9</sup>/L) incrementó seis veces el riesgo de VE por endoscopia (RR = 6,1; IC 3,8-9,6; p < 0,001). Se realizó un subanálisis con 196 pacientes para evaluar el diagnóstico por TE con recuento plaquetario. La prevalencia de VE fue de 40% por endoscopia, 35,7% por FIB-4 Plus ≥ 45 (AUROC 0,708) y 41,8% por TE y recuento plaquetario (AUROC 0,690). La calificación FIB-4 Plus ≥ 45 tuvo mejor sensibilidad (77,5% vs. 75,4%) y especificidad (67,9% vs. 62,2%) en comparación con TE y recuento plaquetario (Figura 1).

**Conclusiones:** La herramienta FIB-4 Plus con un valor ≥ 45% tiene adecuada sensibilidad y especificidad para la predicción de VE en comparación con la endoscopia y la elastografía con recuento plaquetario, por lo que podría ser un marcador útil para el inicio temprano de BBNS.

**Financiamiento:** No se recibió ningún financiamiento.

**Figura 1.** Predicción de varices esofágicas mediante FIB-4 Plus ≥ 45% y TE con recuento plaquetario. (Mar282)



## Mar283

### CARACTERÍSTICAS BIOQUÍMICAS RELACIONADAS CON EL DESARROLLO DE ENFERMEDAD ÓSEA EN ENFERMEDADES HEPÁTICAS AUTOINMUNES EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL

K. M. Bastida-Guadarrama, V. López-Ladrón de Guevara, F. Higuera-De-la-Tijera, Hospital General de México Dr. Eduardo Liceaga

**Introducción:** La enfermedad ósea (EO) es un trastorno que engloba la osteoporosis y la osteopenia, enfermedades en la que los huesos se vuelven frágiles y más propensos a fracturarse. Estas anomalías pueden tener diversas causas, incluidas las afecciones hepáticas. Las enfermedades hepáticas autoinmunitarias (EHA) tienen múltiples mecanismos que participan en el desarrollo de osteoporosis. Se ha observado principalmente que el efecto nocivo de algunas sustancias como la bilirrubina y los ácidos biliares pueden afectar el metabolismo del calcio y la vitamina D, ambos esenciales para la salud ósea, y contribuir al desarrollo de osteoporosis.

**Objetivo:** Notificar las características bioquímicas que tienen mayor nexo con el desarrollo de enfermedad ósea.

**Material y métodos:** Se analizó a una cohorte retrospectiva de 96 pacientes (edad:  $57,07 \pm 9,41$  años, 99% de mujeres). Se incluyó a pacientes con diagnósticos de hepatitis autoinmunitaria (HAI), colangitis biliar primaria (CBP) y colangitis esclerosante primaria (CEP) relacionadas con EO. Se registraron las alteraciones bioquímicas más vinculadas con el desarrollo de osteoporosis y osteopenia. Los datos cualitativos se expresan en porcentajes y los cuantitativos en media  $\pm$  DE. La comparación estadística se efectuó con la prueba t de Student no pareada de dos colas o ji cuadrada y prueba exacta de Fisher (alfa = 0,05).

**Resultados:** De los 96 pacientes estudiados, 7 (7,29%) tenían HAI, 66 (71,81%) CBP, 1 (1,04%) CEP y 22 (23,9%) superposición HAI/CBP. Dentro de esta muestra, se incluyó a 57 pacientes con osteoporosis y se observó una media de  $60,04 \pm 7,65$  años, 98% de mujeres, con hallazgos similares respecto de la edad y el sexo y 39 individuos tenían osteopenia ( $p = NS$ ). Como se muestra en la **Tabla 1**, los pacientes con osteoporosis mostraron mayor positividad a anticuerpos antinucleares (71,9% vs. 41%,  $p = 0,0032$ ), y anticuerpos antimúsculo liso (56,1% vs. 12,8%,  $p = 0,0032$ ), sin identificar diferencia significativa con anticuerpos antimitocondriales (77,2% vs. 61,5%,  $p = 0,1136$ ). En cuanto a alteraciones bioquímicas se encontró que la osteoporosis se vincula directamente con la elevación con los valores de fosfatasa alcalina (FA) ( $p = 0,0254$ ), gammaglutamil transferasa (GGT) ( $p = 0,0352$ ) y calcio ionizado ( $p = 0,0169$ ) y, sorpresivamente, sin relación con las cifras de la vitamina D ( $p = 0,6035$ ).

**Conclusiones:** Los parámetros que indirectamente evalúan actividad de la enfermedad, como la positividad de los anticuerpos antinucleares y antimúsculo liso y los valores elevados de FA y GGT, se relacionan con mayor riesgo de EO, así como el calcio ionizado, es decir, el calcio no unido a proteínas también demostró nexo con el desarrollo de la enfermedad ósea. Esto demuestra que, a mayor colestasis mayor riesgo de desarrollar osteopenia u osteoporosis. La vitamina D no parece estar vinculada.

**Financiamiento:** No se recibió financiamiento de ningún tipo.

## Mar284

### NIVELES DE IL-10 E IFN- $\gamma$ MEDIDOS POR ESPECTROMETRÍA COMO PREDICTORES DE MORTALIDAD Y DESARROLLO DE ACLF EN PACIENTES CON PACIENTES CON CIRROSIS DESCOMPENSADA

C. E. Coronel-Castillo, J. G. Vázquez-Zapién, M. M. Mata-Miranda, E. Cerda-Reyes, A. Martínez-Cuazitl, Hospital Central Militar

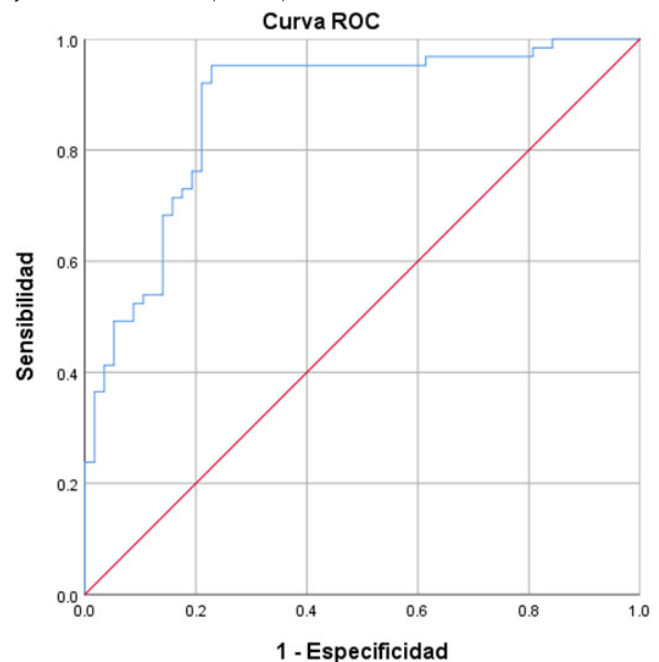
**Introducción:** Se ha propuesto que la respuesta inflamatoria sistémica puede desencadenar episodios de descompensación de cirrosis hepática y avanzar hacia la insuficiencia hepática aguda sobre crónica (ACLF, *acute-on-chronic liver failure*). Es de interés caracterizar la respuesta inflamatoria de estos pacientes y determinar su relación con diferentes desenlaces clínicos.

**Objetivo:** Correlacionar la expresión de citocinas inflamatorias en pacientes con cirrosis hepática, estado clínico, readmisión hospitalaria, desarrollo de ACLF y mortalidad a 28 días.

**Material y métodos:** Estudio observacional y prospectivo que incluyó a pacientes del Hospital Central Militar con diagnóstico de cirrosis hepática compensada y descompensada. Al ingreso se tomaron muestras de saliva recolectadas en tubos de microcentrifuga para cuantificar IL-6, IL-1B, IL-10, ILF- $\gamma$ , TNF e inmunoglobulinas A, M y G mediante espectroscopia infrarroja transformada de Fourier (FTIR). Se incluyeron variables clínicas, bioquímicas (biometría hemática, química sanguínea, bioquímica hepática, electrolitos séricos, y PCR) y las escalas MELD 3.0 y Child-Pugh. Se realizó el seguimiento a 28 días y se investigaron el reingreso hospitalario, la mortalidad, el desarrollo de ACFL y los estudios bioquímicos de control. Para el análisis estadístico se utilizó el programa SPSS V24 para variables cuantitativas continuas y se expresaron en medidas de tendencia central y dispersión de acuerdo con la normalidad de los datos. Las variables cuantitativas ordinales se expresaron en frecuencias y porcentajes; se realizaron pruebas de correlación de Spearman y análisis de regresión lineal de la cual se proyectó una curva ROC, se registró el índice de Youden y se determinó su sensibilidad y especificidad, con un valor de  $p < 0,05$  estadísticamente significativa.

**Resultados:** Se incluyó a 42 pacientes: 19 compensados y 23 descompensados. La descompensación más frecuente fue la encefalopatía hepática (20%) (MELD 3.0  $12,5 \pm 3,59$  vs.  $21,61 \pm 7,47$ ;  $p < 0,000$ ). Se encontró significancia estadística en leucocitos, así como diferencias en los valores de IgG, IgM, IL-6, IL1B, IFN- $\gamma$  e IL-10 entre las causas de descompensación y disminución de los valores de IgM e IFN- $\gamma$  en los pacientes descompensados comparados con los compensados. La curva ROC se trazó con la fórmula obtenida con un área bajo la curva de 0,877 y  $p \leq 0,0001$  (**Figura 1**), con un índice de Youden con punto de corte de 1,3913, sensibilidad de 92,1% y especificidad de 78,9%. La correlación con Child-Pugh es negativa con valores de IgM, aunque no existe relación entre la presencia de infección y descompensación ( $\chi^2 = 0,053$ ,  $p = 0,818$ ); se observó una vinculación entre el Child-Pugh y la infección ( $\chi^2 = 15,126$ ,  $p = 0,001$ ).

**Figura 1.** Curva ROC con la fórmula obtenida con un área bajo la curva de 0,877 y  $p < 0,0001$ , y un índice de Youden con punto de corte de 1,3913, sensibilidad del 92,1% y especificidad del 78,9% en relación con interleucinas y mortalidad a 28 días. (Mar284)



**Tabla 1.** Comparación de hallazgos bioquímicos en osteoporosis y osteopenia. (Mar283)

	ANA	ASMA	FA	GGT	CA I	VIT D
Osteoporosis	71,90%	56,10%	298,53 $\pm$ 165,71 (-26,25-623,31)	221,28 $\pm$ 215,48 (-201,04-643,61)	1,18 $\pm$ 0,16 (0,87-1,48)	22,31 $\pm$ 13,7 (-4,54-49,15)
Osteopenia	41%	12,80%	225,26 $\pm$ 138,22 (181,88-496,17)	136,74 $\pm$ 145,77 (90,99-422,44)	1,1 $\pm$ 0,15 (1,05-1,39)	20,99 $\pm$ 9,32 (18,06-39,26)
Valor p	<b>0,0032</b>	<b>&lt; 0,0001</b>	<b>0,0254</b>	<b>0,0352</b>	<b>0,0169</b>	<b>0,6035</b>

ANA, anticuerpos antinucleares; ASMA, anticuerpos antimúsculo liso; FA, fosfatasa alcalina; GGT, gammaglutamil transferasa; CA I, calcio ionizado; VIT D, vitamina D.

A los 28 días fallecieron tres pacientes, todos al ingreso con Child-Pugh C y evolución a ACLF de grado 3. Las causas de descompensación fueron: un sangrado del tubo digestivo alto y dos encefalopatías. Respecto de la readmisión hospitalaria, se identificó a un total de cinco pacientes a 28 días, de los cuales uno se contó entre las defunciones por ACLF. Tras más de 28 días se registró un total cinco muertes y nueve reingresos.

**Conclusiones:** Se halló una correlación entre la expresión de IL-10 e IFN- $\gamma$  por FTIR con el desarrollo de ACLF y mortalidad a 28 días en pacientes con cirrosis descompensada. Esto permitirá conducir más estudios para el desarrollo de marcadores con valor pronóstico. Además, se trata de un estudio no invasivo y de rápida determinación. Por último, establecer la expresión de citocinas hace posible conocer la evolución de la enfermedad en la población mexicana.

**Financiamiento:** No se obtuvo financiamiento para el estudio.



# REVISTA DE GASTROENTEROLOGÍA DE MÉXICO

www.elsevier.es/rgmx



## Sesión de trabajos libres orales

Martes 19 de noviembre de 2024

### Misceláneos I

Mar285

#### EFICACIA DE LA ESTIMULACIÓN DEL NERVIOS TIBIAL EN EL TRATAMIENTO DE INCONTINENCIA FECAL Y ESTREÑIMIENTO CRÓNICO ASOCIADOS A HIPOSENSIBILIDAD RECTAL: RESULTADOS DE UN ESTUDIO PILOTO

K. R. García-Zermeño, J. L. Vargas-Basurto, H. R. Ordaz-Álvarez, F. A. Félix-Téllez, B. A. Priego-Parra, R. A. Jiménez-Castillo, J. M. Remes-Troche, Particulares

**Introducción:** La incontinencia fecal (IF) y el estreñimiento crónico (EC) son trastornos comunes que afectan de forma significativa la calidad de vida. La comprensión de los mecanismos fisiopatológicos que influyen en el tratamiento adecuado de estos pacientes aún representa desafíos. El grupo de Mark Scott de Londres ha subrayado la conexión entre la hiposensibilidad rectal y los trastornos anorrectales. La neuromodulación de los nervios pélvicos, ya sea directamente o mediante la estimulación percutánea del nervio tibial, es una técnica no invasiva que tiene efecto en la motilidad intestinal mediante la estimulación de los nervios sacros y se considera una modalidad de segunda línea para los pacientes que no responden a las medidas conservadoras. Sin embargo, aún se desconocen con certeza el mecanismo de acción de la neuromodulación y sus resultados clínicos.

**Objetivo:** Evaluar la eficacia de la estimulación del nervio tibial (ENT) en pacientes con IF y EC con diagnóstico de hiposensibilidad rectal.

**Material y métodos:** Estudio retrospectivo y analítico de pacientes con IF y EC con hiposensibilidad rectal, la cual se definió como la presencia de  $\geq 2$  de 3 parámetros sensoriales por debajo del límite inferior de la normalidad. Los individuos completaron cuestionarios estandarizados antes y después del tratamiento: la escala de Wexner para la gravedad de la IF y el *Cleveland Clinic Constipation Score* (CCCS) para EF. Se incluyó a individuos que completaron todas las sesiones de ENT. El neuromodulador utilizado fue una batería de 9 V con una frecuencia fija de 50 Hz y un ancho de pulso de 200 ms. Los pacientes se colocaron en posición de semi-Fowler. En el área interna sobre la articulación

del tobillo se colocó un electrodo a tres dedos por encima del maleolo medial y a un dedo por detrás de la tibia y otro bajo el arco del pie. Cada sesión duró 60 minutos y se realizaron seis sesiones con intervalo de 15 días. En el análisis estadístico las variables numéricas se expresaron con medidas de tendencia central y dispersión, mientras que las categóricas con frecuencia y porcentaje. La distribución de los datos se evaluó con la prueba de Kolmogorov-Smirnov y la homocedasticidad con Levene. Para la comparación entre grupos se realizó la prueba t de Student o U de Mann-Whitney, según correspondiera. El análisis estadístico se llevó a cabo en el programa SPSS V.26. Todos los participantes firmaron un consentimiento informado.

**Resultados:** Se incluyó a un total de 10 pacientes entre enero de 2023 y junio de 2024, con una mediana de edad de 54,6 años y el 70% correspondió a mujeres; 40% tuvo IF y 60% EC. En los pacientes con IF, la puntuación media inicial en la escala de Wexner fue de  $14,9 \pm 0,09$ , que se redujo de modo significativo a  $10,8 \pm 0,2$  tras recibir ENT ( $p < 0,01$ ). En el grupo de EC, la puntuación media inicial en la el CCCS fue de  $18,2 \pm 4,1$ , que descendió a  $12,3 (\pm 3,2)$  después del tratamiento ( $p < 0,01$ ). No se informaron efectos adversos.

**Conclusiones:** La ENT es un tratamiento bien tolerado con alta aceptabilidad en los pacientes con IF y EC e hiposensibilidad rectal. La ENT debe considerarse como el primer paso en todos los pacientes con IF y EC resistentes a las medidas conservadoras.

**Financiamiento:** No se contó con financiamiento.

Mar286

#### PREVALENCIA ESTACIONAL DE CICLOSPORIASIS EN PACIENTES CON ENFERMEDAD DIARREICA ESTUDIADA CON PANEL GASTROINTESTINAL EN LA CIUDAD DE MÉXICO: UNA ENCUESTA TRANSVERSAL

D. Keil-Ríos, M. Pérez-Rodríguez, S. Keil-Ríos, M. Ylhuicatzí-Durán, A. S. Kraemer, P. Valdez-Hernández, Centro Médico ABC



**Introducción:** La ciclosporiasis es una enfermedad emergente causante de enfermedad diarreica. Tiene un comportamiento estacional en países endémicos, con mayor prevalencia durante las temporadas de estiaje en algunos y durante las temporadas de lluvias en otros. Su prevalencia está subestimada debido al bajo rendimiento de las pruebas diagnósticas convencionales con las que se ha estudiado. Existen nuevas técnicas moleculares como el panel gastrointestinal que tienen un mejor desempeño que las pruebas habituales. **Objetivo:** Evaluar el incremento de la prevalencia de la ciclosporiasis durante la temporada de lluvias en pacientes con enfermedad diarreica estudiada con panel gastrointestinal en la Ciudad de México.

**Material y métodos:** Se realizó una encuesta transversal en la cual se incluyeron muestras de pacientes con enfermedad diarreica sometidos a panel gastrointestinal en un hospital privado de la Ciudad de México del 1 de febrero de 2020 al 31 de enero de 2023. La temporada de lluvias se definió como el periodo comprendido entre el 15 de mayo y el 1 de diciembre. El desenlace principal fue el hallazgo de *Cyclospora cayetanensis* en el panel gastrointestinal.

**Resultados:** Se incluyeron para el análisis 7 780 muestras de 6 629 sujetos. El 53,0% (4 122) correspondió a mujeres y la mediana de edad de la población fue de 47 años (RIC, 28-64). Se identificaron 701 casos de ciclosporiasis, con una prevalencia global de 9,0%. La prevalencia durante la temporada de lluvias fue de 13,9% en comparación con 1,2% durante el estiaje, con una RM de 12,87 (IC95%, 9,21-17,99). Los meses de mayor prevalencia fueron los de mayo a septiembre. En el análisis univariado y multivariado, la temporada de lluvias, el sexo masculino y el número de horas por arriba de 25 °C se vincularon con el desarrollo de ciclosporiasis. La humedad relativa se relacionó inversamente con el desarrollo de la enfermedad (Figura 1).

**Conclusiones:** La prevalencia global de ciclosporiasis es mayor a la descrita en las publicaciones médicas en estudios realizados con pruebas diagnósticas convencionales. La prevalencia durante la temporada de lluvias es casi 13 veces mayor a la prevalencia durante la temporada de estiaje. El sexo masculino y el clima seco y cálido se relacionaron con el desarrollo de la enfermedad.

**Financiamiento:** No se dispuso de financiamiento alguno.

## Mar287

### VALIDEZ Y FIABILIDAD DE LOS CRITERIOS GLIM COMO SCORE DIAGNÓSTICO DE DESNUTRICIÓN EN PACIENTES AMBULATORIOS CON CIRROSIS HEPÁTICA

A. López-Nepomuceno, F. Manzo-Santana, I. García-Juárez, J. Hernández-Calleros, Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán

**Introducción:** La cirrosis hepática es una enfermedad con gran efecto global dado que es una de las principales causas de mortalidad. Durante su curso clínico, diferentes factores favorecen el desarrollo de desnutrición, factor de riesgo de morbimortalidad. Sin embargo, su diagnóstico se dificulta por complicaciones que subestiman su valoración. Se han propuesto los criterios de la

*Global leadership initiative on malnutrition* (GLIM) para evaluar el estado nutricional; no obstante, la evidencia de su validez es limitada, lo que hace necesario evaluar su rendimiento diagnóstico.

**Objetivo:** Evaluar la validez y fiabilidad de los criterios GLIM como calificación diagnóstica de desnutrición en pacientes adultos ambulatorios con cirrosis hepática.

**Material y métodos:** Estudio transversal analítico que incluyó a 32 pacientes ambulatorios con cirrosis hepática del Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán. La desnutrición con criterios GLIM se determinó al cumplir al menos un criterio fenotípico (pérdida de peso > 5% en seis meses, IMC < 20 kg/m<sup>2</sup> en pacientes < 70 años o < 22 kg/m<sup>2</sup> en ≥ 70 años o masa muscular reducida establecida por exploración física) y uno etiológico (ingestión ≤ 50% de los requerimientos de energía en una semana o inflamación según un índice neutrófilos-linfocitos > 5). Como método de referencia para diagnóstico de desnutrición se usó el cuestionario Evaluación Global Subjetiva (EGS). Asimismo, se evaluaron parámetros bioquímicos y las escalas Child-Pugh y MELD. La consistencia interna de los criterios se analizó con alfa de Cronbach, la fiabilidad interobservador con kappa y la validez con sensibilidad, especificidad, valor predictivo positivo (VPP) y negativo (VPN) y el área bajo la curva (AUC).

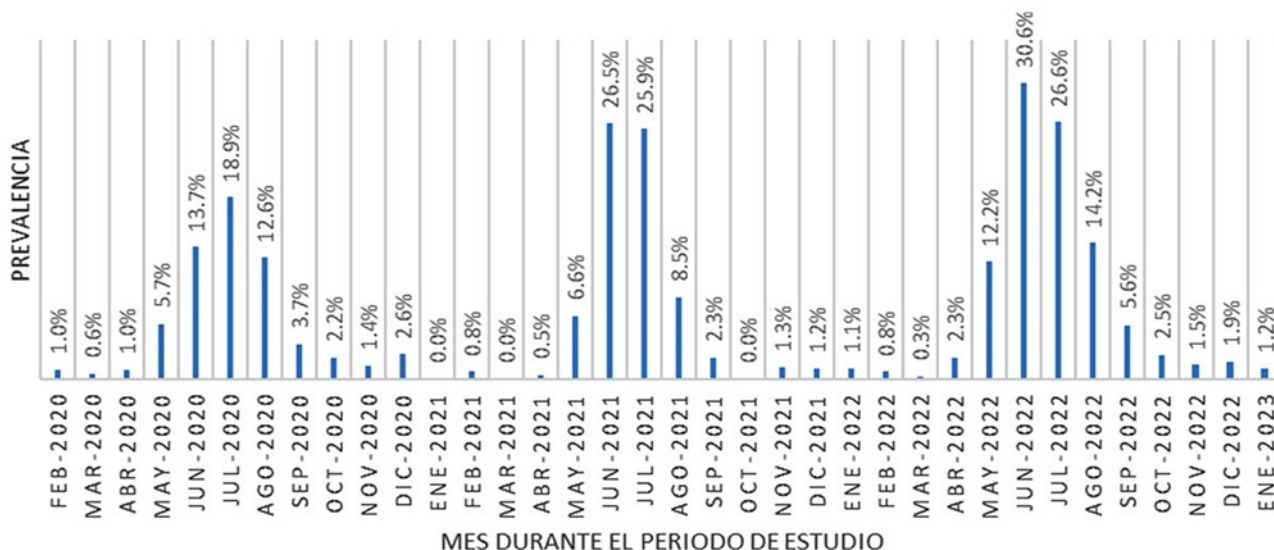
**Resultados:** De acuerdo con los resultados obtenidos, 17 pacientes se clasificaron con Child-Pugh A, 12 con B y 3 con C. La frecuencia de desnutrición fue de 37,5% (12 pacientes) con EGS y 31,2% (10 pacientes) con criterios GLIM. Los pacientes con desnutrición tuvieron mayor puntuación de Child-Pugh (p = 0,04), ascitis (p < 0,01) y menor ingestión de alimentos (p < 0,01) (Tabla 1).

Tabla 1. Características de los pacientes con o sin desnutrición con base en los criterios GLIM. (Mar287)

	Sin desnutrición (n = 22)	Con desnutrición (n = 10)	p < 0,05
Sexo (m)	12 (54,5%)	7 (70,0%)	† 0,40
Edad	63,1 ± 12,5	55,6 ± 13,0	‡ 0,13
Causa			‡ 0,95
MASLD	5 (26,3%)	3 (30,0%)	
Alcohol	5 (26,3%)	2 (20,0%)	
Cirrosis biliar secundaria	3 (15,8%)	2 (20,0%)	
Virus de la hepatitis C	2 (10,5%)	2 (20,0%)	
Otros	4 (21,0%)	1 (10,0%)	
Child-Pugh	7 (5; 8)	8,5 (7,5; 9,0)	§ 0,04
MELD-Na	10,5 (9,0; 13,0)	11,0 (9,0; 15,5)	§ 0,50
Ascitis	2 (22,7%)	5 (50,0%)	¶ < 0,01
IMC (kg/m <sup>2</sup> )	28,8 ± 5,5	27,2 ± 6,2	‡ 0,47
Reducción de ingestión (%)	0 (0,0; 0,0)	45,0 (15,0; 55,0)	¶ < 0,01

Análisis estadístico con † (t de Student), § (U de Mann-Whitney), ¶ (χ<sup>2</sup>); y ∞ (Fisher). \*Tabla elaborada por los autores.

Figura 1. Prevalencia de ciclosporiasis por mes durante el periodo de estudio. (Mar286)



Los criterios GLIM mostraron una consistencia interna baja (0,46) y el IMC fue el criterio con menor correlación, fiabilidad moderada (0,56) de acuerdo con concordancia interobservador y validez aceptable de acuerdo con sensibilidad (0,66), especificidad (0,9), VPP (0,80), VPN (0,81) y AUC (0,78).

**Conclusiones:** Los criterios GLIM tienen una validez y fiabilidad aceptables para diagnosticar desnutrición en pacientes con cirrosis hepática; sin embargo, no todos los criterios tuvieron elevada consistencia y su capacidad para detectar desnutrición fue baja, por lo que se requieren estudios prospectivos y con mayor población para validarlos.

**Financiamiento:** No se recibió financiamiento de ningún tipo.

## Mar288

### RESPUESTA TERAPÉUTICA A NEUROMODULACIÓN Y BIOFEEDBACK EN PACIENTES CON HIPERSENSIBILIDAD ANORRECTAL Y COLITIS ULCERATIVA EN LA POBLACIÓN DEL HOSPITAL DE ESPECIALIDADES DE PUEBLA, CENTRO MÉDICO NACIONAL GENERAL DE DIVISIÓN MANUEL ÁVILA CAMACHO, PUEBLA, MÉXICO

G. López-Urbina, E. I. González-Bravo, L. Sánchez-Bravo, A. D. Lugo-García, J. A. Ortega-Tecuatl, I. D. Espinoza-Villalobos, A. D. Galindo-Félix, J. J. Durán-Castro, Hospital de Especialidades de Puebla, Centro Médico Nacional General de División Manuel Ávila Camacho, IMSS

**Introducción:** En pacientes con colitis ulcerativa es frecuente, a pesar de la inactividad de la enfermedad, un número elevado de evacuaciones, con necesidad repentina o inmediata de defecar; esto representa un efecto negativo sustancial en la calidad de vida y el funcionamiento psicosocial. Su mecanismo es multifactorial e incluye cambios inflamatorios en el recto que pueden relacionarse con hipersensibilidad y reducción de la distensibilidad del recto; se identifican con manometría anorrectal de alta resolución y se aplican diversas terapéuticas, como la neuromodulación y la biorretroalimentación; sin embargo, por ahora no existe una recomendación sólida del tratamiento a seguir y su eficacia.

**Objetivo:** Valorar la respuesta terapéutica en pacientes con hipersensibilidad anorrectal con colitis ulcerosa crónica idiopática (CUCI) sin actividad de la enfermedad, identificada por manometría anorrectal de alta resolución, sometidos a neuromodulación y biorretroalimentación.

**Material y métodos:** Se realizó un estudio descriptivo observacional, transversal, ambispectivo, ambilectivo, unicéntrico y homodémico. Variables a analizar: género, edad, actividad de la enfermedad de acuerdo con la escala de Truelove-Witts, tenesmo, número de evacuaciones y prueba sensorial anorrectal. Se seleccionó a las pacientes con diagnóstico de colitis ulcerativa sin brote o actividad de la enfermedad que presentaran de modo concomitante hipersensibilidad anorrectal diagnosticada con manometría de alta resolución y que iniciaron tratamiento con neuromodulación por al menos tres meses (la cual fue variable según fueran las comorbilidades de los pacientes), más biorretroalimentación con al menos tres sesiones bajo protocolo interno del hospital basado en la insuflación progresiva del balón basada en la tolerancia del paciente.

**Resultados:** Se identificó a 17 pacientes con hipersensibilidad anorrectal, de los cuales ocho eran varones y nueve mujeres, con una media de edad de 48 años; el 100% registró una calificación de Truelove-Witts < 10 y tenía tenesmo inicial. La media de evacuaciones al día fue de siete, con urgencia rectal promedio de 92,9 mL de volumen inicial y volumen máximo tolerable a los 106 mL por medio de prueba sensorial rectal por manometría. Después del tratamiento, 15 de los 17 refirieron ausencia de tenesmo y dos persistencia de este. El análisis estadístico con la prueba exacta de McNemar reveló un valor de  $p = 0,009$ . Con base en el número de evacuaciones posterior al tratamiento se observó una disminución promedio de tres evacuaciones al día; el análisis estadístico con prueba t de las muestras pareadas identificó una  $p = 0,01141$  y, en la última sesión de biorretroalimentación, se valoraron volúmenes con una mejoría de la urgencia rectal a un volumen de 106 mL, y un máximo tolerable de 157 mL del volumen promedio; el análisis estadístico identificó una significancia de  $p = 0,0114$ .

**Conclusiones:** De acuerdo con los datos proporcionados y el análisis estadístico, se reconoció evidencia significativa de que el tratamiento parece tener un efecto significativo en la reducción del número de evacuaciones, un aumento de la tolerancia de insuflación del balón en esta prueba sensorial rectal. Asimismo, se observó la ausencia de tenesmo, el parámetro con mayor

beneficio y uno de los principales síntomas que influyen en el espectro de una mejor calidad de vida.

**Financiamiento:** No se recibió ningún financiamiento.

## Mar289

### EVALUACIÓN DE INDICACIONES CLÍNICAS PARA LA ERRADICACIÓN DE *HELICOBACTER PYLORI* EN MÉXICO: UN ESTUDIO BASADO EN EL REGISTRO NACIONAL HP-MEXREG

G. P. Martínez-Pérez, J. M. Remes-Troche, A. D. Cano-Contreras, F. Higuera-De-la-Tijera, E. Coss-Adame, J. A. Velarde-Ruiz Velasco, S. González-Hueso, J. K. Yamamoto-Furusho, Grupo Colaborativo: Colaboradores del Registro Mexicano para el Estudio del Diagnóstico y Tratamiento de la Infección por *Helicobacter pylori*, Laboratorio de Fisiología Digestiva y Motilidad Gastrointestinal, Instituto de Investigaciones Médico-Biológicas, Universidad Veracruzana

**Introducción:** El *Helicobacter pylori* (*H. pylori*) es una de las bacterias más comunes en el mundo y se relaciona con gastritis crónica, úlcera péptica y cáncer gástrico. A pesar de su elevada prevalencia, las indicaciones para su erradicación varían en grado significativo entre las regiones geográficas. En México, aunque existen recomendaciones para su erradicación establecidas por la AMG, se desconocen en la actualidad las principales indicaciones en la práctica clínica.

**Objetivo:** Evaluar las indicaciones para la erradicación de *H. pylori* en la población mexicana de acuerdo con el registro nacional Hp-MexReg.

**Material y métodos:** Estudio transversal y descriptivo realizado en pacientes incluidos en el Hp-MexReg para el estudio del diagnóstico y tratamiento de la infección por *Helicobacter pylori* provenientes de 50 sedes nacionales. Se analizaron las diferentes indicaciones para la erradicación, así como los síntomas adjuntos. El análisis fue descriptivo con uso de medidas de tendencia central; se realizó con el programa SPSS versión 26.

**Resultados:** Se incluyó a 1 484 individuos en el estudio, con un predominio del sexo femenino (67,3%). La edad media de los participantes fue de 53,3 años (intervalo, 16-92). En el 84% de los sujetos se observaron síntomas y solo el 16% se erradicó a pesar de ser asintomático. El síntoma predominante fue el dolor epigástrico (58,4%), seguido de pirosis (28,1%) y distensión abdominal (27,5%) (Tabla 1). Las principales indicaciones para la erradicación fueron dispepsia no

Tabla 1. Descripción de las indicaciones y síntomas registrados. (Mar289)

Indicación de erradicación	n/%
Dispepsia no investigada	899 (60,5%)
Otro (urticaria crónica, anemia ferropénica, STD, etc.)	122 (8,2%)
Úlcera gástrica	108 (7,3%)
Dispepsia funcional	93 (6,3%)
Evidencia de gastritis folicular o metaplasia intestinal	92 (6,2%)
Antecedente familiar de cáncer gástrico	57 (3,8%)
Úlcera duodenal	53 (3,6%)
Deseo personal del paciente	45 (3%)
Uso concomitante de AINE	30 (2%)
Antecedente personal de cáncer gástrico	26 (1,8%)
Púrpura trombocitopénica inmunitaria	14 (0,9%)
Linfoma MALT	2 (0,1%)
<b>Síntomas</b>	
Dolor epigástrico	866 (58,4%)
Pirosis	417 (28,1%)
Distensión abdominal	408 (27,5%)
Náusea	337 (22,7%)
Regurgitación	276 (18,6%)
Plenitud	273 (18,4%)
Eructos	172 (11,6%)
Saciedad	132 (8,9%)
Otro	83 (5,6%)
Halitosis	47 (3,2%)

investigada (60,5%), otras indicaciones (urticaria crónica, anemia, etc.) (8,2%) y úlcera gástrica (7,3%) (Tabla 1). Cabe mencionar que más de 50 (6%) pacientes refirieron múltiples indicaciones para la erradicación.

**Conclusiones:** Los resultados muestran que la dispepsia es la indicación más frecuente para la erradicación de *H. pylori*. Esta indicación, de acuerdo con las recomendaciones actuales de la AMG, se considera aún controversial en el

país. Por otro lado, llama la atención que casi una tercera parte de los pacientes señala distensión abdominal o pirosis como síntomas relacionados con la infección, lo cual es inapropiado. De acuerdo con estos datos es necesario trabajar en campañas para enfatizar y educar a los médicos acerca de las indicaciones precisas para erradicar esta bacteria en México.

**Financiamiento:** No se contó con ningún financiamiento.



# REVISTA DE GASTROENTEROLOGÍA DE MÉXICO

www.elsevier.es/rgmx



## Sesión de trabajos libres orales

Martes 19 de noviembre de 2024

### Misceláneos II

Mar290

#### INCIDENCIA DE COMORBILIDADES AUTOINMUNES, INFLAMATORIAS, NEUROLÓGICAS Y CRÓNICO-DEGENERATIVAS EN UNA COHORTE DE PACIENTES CON ACALASIA

D. P. Méndez-Hernández, M. Moreno-Fuentes, A. M. Villa-González, J. Furuza-wa-Carballeda, E. Coss-Adame, L. R. Valdovinos-García, M. Valdovinos-Díaz, L. O. González-Alcocer, G. Torres-Villalobos, Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán

**Introducción:** La acalasia es un trastorno de la motilidad esofágica caracterizada por aperistalsis y relajación incompleta del esfínter esofágico inferior. Su causa sugiere un origen autoinmunitario y la superposición con otras enfermedades autoinmunitarias o inflamatorias.

**Objetivo:** Evaluar la incidencia de enfermedades autoinmunitarias, inflamatorias, neurológicas y crónico-degenerativas en una cohorte de pacientes con acalasia.

**Material y métodos:** Se incluyó a 167 pacientes con acalasia de un centro de tercer nivel entre 2013 y 2024. El diagnóstico se estableció mediante manometría esofágica de alta resolución, esofagograma y endoscopia. Los datos demográficos, tipo de acalasia, enfermedades autoinmunitarias, inflamatorias o neurológicas y la fecha de diagnóstico se extrajeron del expediente clínico. Para el análisis estadístico, los pacientes se separaron por el sexo. Se realizó estadística descriptiva y se compararon variables categóricas mediante la prueba  $\chi^2$  o la prueba exacta de Fisher. Un valor de  $p < 0,05$  se consideró como significativo.

**Resultados:** Hasta 77% de los pacientes ( $n = 112$ ) correspondió a mujeres (edad,  $48,4 \pm 15,2$  años; duración de la enfermedad,  $29,5 \pm 35,0$  meses) y 33%

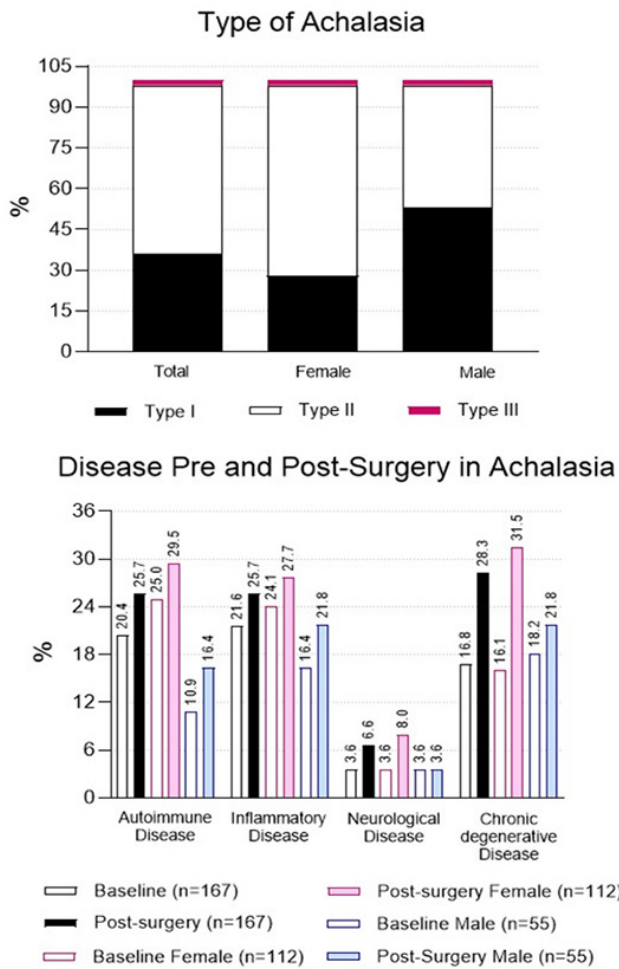
a hombres (edad,  $47,6 \pm 14,9$  años; duración de la enfermedad,  $32,7 \pm 52,7$  meses). El 28% del grupo de mujeres y el 53% del de hombres tenían acalasia tipo I ( $p = 0,002$ ), mientras que el 70% y 45% el tipo II ( $p = 0,0038$ ). Los pacientes con tipo III correspondían al 2% en ambos grupos (Figura 1, panel superior). El 20,4% de los enfermos con acalasia sufría una enfermedad autoinmunitaria, el 21,6% inflamatoria, el 3,6% neurológica y el 16,8% crónico-degenerativa. Después de cinco años, estos porcentajes aumentaron al 25,7% (1,3 veces, tasa de incidencia = 5,03%), 25,7% (1,2 veces, tasa de incidencia = 3,5%), 6,6% (1,8 veces, tasa de incidencia = 1,2%) y 28,3% (1,7 veces), respectivamente (Figura 1, panel inferior). El 25,0% de las mujeres con acalasia padecía una enfermedad autoinmunitaria, el 24,1% inflamatoria, el 3,6% neurológica y el 16,1% crónico-degenerativa. Después de cinco años, estos porcentajes aumentaron a 29,5% ( $p < 0,0001$ ), 27,7%, 8,0% y 31,5%, respectivamente. El 10,9% de los hombres con acalasia tenía una enfermedad autoinmunitaria, el 16,4% inflamatoria, el 3,6% neurológica y el 18,2% crónico-degenerativa. Luego de cinco años, estos porcentajes se elevaron a 16,4%, 21,8%, 3,6% y 21,8%, respectivamente. Las enfermedades autoinmunitarias más prevalentes en la población con acalasia fueron hipotiroidismo (10,2%), artritis reumatoide (3,6%), vitiligo (2,4%) y síndrome de Sjögren (1,8%). Después de cinco años, estos porcentajes se incrementaron a 11,4%, 6%, 4% y 6%, respectivamente. El hipotiroidismo (12,5%), la artritis reumatoide (4,5%), el vitiligo (4%) y el síndrome de Sjögren (3%) fueron más frecuentes en las mujeres que en los hombres (5,5%, 1,8%, 0% y 0%).

**Conclusiones:** En este estudio de cohorte se observó una prevalencia significativa de enfermedades autoinmunitarias entre los pacientes con acalasia. Las mujeres con acalasia mostraron una mayor incidencia de enfermedades autoinmunitarias en comparación con los hombres. Estos hallazgos sugieren una posible conexión patogénica entre la acalasia y las enfermedades autoinmunitarias.

**Financiamiento:** No se recibió financiamiento de ningún tipo.



**Figura 1.** Tipos de acalasia (panel superior). Porcentaje de enfermedades autoinmunitarias, inflamatorias, neurológicas y crónico-degenerativas en el grupo total, en mujeres con acalasia (barras rosas) y hombres con acalasia (barras azules) antes de la miotomía (barras sin color) y cinco años después de la miotomía (barras con color) (panel inferior). (Mar290)



Mar291

**VALIDACIÓN EN ESPAÑOL DE LA VERSIÓN CORTA DE LA ESCALA DE HIPERVIGILANCIA ESOFÁGICA Y ANSIEDAD ESPECÍFICA “EHAS-7” EN POBLACIÓN MEXICANA**

M. Vieyra-Vega, B. A. Priego-Parra, A. P. Vázquez-Cruz, K. R. García-Zermeño, M. Amieva-Balmori, F. A. Félix-Téllez, R. A. Jiménez-Castillo, M. Palacios-Cruz, J. M. Remes-Troche, Instituto de Investigaciones Médico-Biológicas, Universidad Veracruzana

**Introducción:** La hipervigilancia y ansiedad esofágica, muy prevalentes en individuos con síntomas esofágicos, intensifican la actividad del sistema nervioso autónomo y exacerban las comorbilidades neuropsicológicas al amplificar el efecto clínico en los pacientes. La escala de hipervigilancia esofágica y ansiedad específica (EHAS) se utiliza para valorar procesos cognitivo-afectivos y se ha evaluado en distintas afecciones. Para mejorar su utilidad clínica se desarrolló una versión corta de siete reactivos (EHAS-7-Mx) que se completa en dos minutos y mantiene las propiedades psicométricas del original.

**Objetivo:** Desarrollar la versión corta del cuestionario EHAS que elimina reactivos subóptimos y selecciona los que preservan la consistencia y fiabilidad interna.

**Material y métodos:** Estudio retrospectivo, observacional y analítico. Se integró una muestra de pacientes consecutivos que fueron objeto de manometría o pH-metría esofágica entre noviembre de 2018 y abril de 2024 en el

Instituto de Investigaciones Médico-Biológicas de la Universidad Veracruzana. Se recolectaron variables sociodemográficas. Todos los individuos contestaron las escalas para evaluar disfagia, intensidad de síntomas, estrés, ansiedad, depresión, catastrofización e hipervigilancia esofágica (BEDQ, escala de Eckardt, GERD-Q, RSI, HAD, PCS, PSS, Pagi-SYM, y EHAS). Para identificar los reactivos a excluir se efectuó un análisis factorial de componentes principales (PCFA) con todas las preguntas del EHAS y se estableció un punto de corte para la correlación reactivo-escala > 0,69. Los reactivos con una carga factorial inferior a este umbral se consideraron para eliminación. Luego se repitió el PCFA con los reactivos retenidos que tuvieron un valor propio > 1. La consistencia interna se midió con el alfa de Cronbach y la fiabilidad dividida por mitades con la prueba de Guttman. En las correlaciones se utilizó la prueba de Spearman. Se realizó un modelo de regresión lineal generalizado. Se utilizó la escala de ansiedad (HAD-A) como predictor y se realizó una curva ROC para determinar el punto de corte óptimo para la derivación a evaluación psicológica. La significancia estadística se estableció con  $p < 0,05$ . Los datos se analizaron con SPSS v.26, R Studio y JMP v.17.

**Resultados:** De 1 978 pacientes, 331 cumplieron los criterios de inclusión. La mayoría correspondió a mujeres (54,1%) (mediana de edad de 51 años, RIQ 50-52). Hasta 60% de los individuos sufrió regurgitación como síntoma principal. La ERGE fue el diagnóstico más común (26,4%). Según la CCV4, la motilidad esofágica inefectiva predominó en el 9,6% de los casos. El PCFA identificó ocho reactivos del EHAS por debajo del punto de corte. Al repetir el PCFA se encontró una estructura de un solo factor de siete reactivos con intervalo de 0 a 28 en el EHAS7-Mx (Tabla 1). Las correlaciones fueron moderadas a sólidas entre preguntas (0,491 a 0,670,  $p < 0,0001$ ). El EHAS tuvo un  $\alpha$  de Cronbach de 0,92, y el EHAS-7-Mx de 0,90. Ambos cuestionarios se correlacionaron significativamente de forma moderada a sólida con BEDQ, GERDQ, RSI, Eckardt, Pagi-SYM, HAD, PSS y PCS. Los análisis de regresión mostraron que EHAS y EHAS-7-MX fueron predictores significativos de las variables neuropsicológicas ( $p < 0,001$ ). El punto de corte identificado fue 15 para la derivación a evaluación psicológica, con una sensibilidad de 0,76 y una especificidad de 0,62.

**Conclusiones:** El EHAS-7-Mx tiene fiabilidad y validez excelentes. Los cuestionarios más breves optimizan resultados al reducir la carga para pacientes y profesionales de la salud, lo que facilita su uso en la práctica clínica diaria. No obstante, es necesaria una validación externa adicional que confirme estos hallazgos en diferentes poblaciones y entornos clínicos.

**Financiamiento:** No se dispuso de ningún financiamiento.

**Tabla 1.** Análisis factorial de los componentes principales para EHAS y EHAS-7-Mx con estadísticas de fiabilidad. (Mar291)

Reactivo del EHAS	Subescala del EHAS	PCFA 1 EHAS	PCFA 2 EHAS-7-Mx
<i>Conservados para EHAS-7-MX</i>			
4. No puedo dejar de pensar en estas molestias	ESA	0,775	0,789
6. Estoy frecuentemente preocupado por mis problemas de la garganta/pecho/esófago	ESA	0,785	0,808
7. Se me hace difícil disfrutar la vida ya que no logro dejar de pensar en los síntomas de garganta/pecho/esófago	ESA	0,745	0,830
8. Tan pronto me despierto, me siento preocupado de si tendré molestias de garganta/pecho/esófago durante ese día	ESA	0,769	0,836
11. Me concentro en las sensaciones provenientes de mi esófago	EHV	0,730	0,716
14. Me asusto cuando experimento síntomas de garganta/pecho/esófago	ESA	0,709	0,751
15. Estos síntomas son terribles y me siento agobiado/superado por ellos	ESA	0,789	0,828
<i>Eliminados</i>			
1. Estos síntomas son terribles y creo que las cosas nunca van a mejorar	ESA	0,608	
2. Soy muy sensible a síntomas del esófago como acidez (ardor) o dolor torácico	EHV	0,491	

3. Deseo ansiosamente que los síntomas desaparezcan	ESA	0,602	
5. No hay nada que yo pueda hacer para reducir la intensidad de estos síntomas	ESA	0,639	
9. Me doy cuenta de los cambios repentinos o transitorios que ocurren en mi esófago	EHV	0,635	
10. Rápidamente me doy cuenta de cambios en la ubicación o gravedad de mis síntomas esofágicos	EHV	0,631	
12. Me doy cuenta de mis síntomas mientras estoy ocupado en otra cosa	EHV	0,614	
13. Estoy atento al nivel de intensidad de mis síntomas	EHV	0,708	0,689
<i>Fiabilidad estadística</i>			
Alfa de Cronbach		0,920	0,903
Fiabilidad dividida por mitades		0,866	0,867

EHAS, escala de Hipervigilancia Esofágica y Ansiedad Específica; EHAS-7-Mx, versión corta de la escala de Hipervigilancia Esofágica y Ansiedad Específica para población mexicana; PCFA, análisis factorial de componentes principales; ESA, ansiedad esofágica específica; EHV, hipervigilancia esofágica.

## Mar292

### EVALUACIÓN DE LA FUNCIÓN SEXUAL EN PACIENTES CON ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL

A. Guinea-Lagunes, M. Philippe-Ponce, E. Contreras-Avilés, S. G. Almeida-del Prado, M. R. Esquivel-Steffanoni, B. Jiménez-Bobadilla, J. L. De León-Rendón, Clínica de Enfermedad Inflamatoria Intestinal, Servicio de Coloproctología, Hospital General de México Dr. Eduardo Liceaga

**Introducción:** La enfermedad inflamatoria intestinal (EII) afecta significativamente la función sexual debido a síntomas como diarrea, fatiga y dolor abdominal. Estos efectos negativos en la sexualidad e intimidad son una de las principales preocupaciones de los pacientes. Sin embargo, son limitados los datos sobre la prevalencia y características de la disfunción sexual y la disfunción eréctil en esta población, lo que resalta la necesidad de realizar más investigaciones en este campo.

**Objetivo:** Evaluar la función sexual en pacientes de ambos géneros con diagnóstico de EII.

**Material y métodos:** Se llevó a cabo un estudio transversal en el que se incluyó a 45 pacientes consecutivos atendidos en la clínica de enfermedad inflamatoria intestinal del Hospital General de México Dr. Eduardo Liceaga. Para la evaluación de la función sexual femenina se seleccionó a 19 pacientes del sexo femenino, de las cuales 14 tenían diagnóstico de colitis ulcerosa crónica idiopática (CUCI) y cinco enfermedad de Crohn (EC). Para la evaluación de la función sexual masculina se incluyó a 26 pacientes del sexo masculino, de los que 21 tenían diagnóstico de CUCI y cinco EC. Se utilizó el índice de función sexual femenina para evaluar la función sexual en mujeres, el cual examina seis dominios: deseo, excitación, lubricación, orgasmo, satisfacción y dolor. Para los hombres se usó el índice internacional de función eréctil que evalúa cinco dominios: función eréctil, satisfacción sexual, deseo sexual, satisfacción global y función orgásmica. Además de los cuestionarios se recolectaron datos clínicos y demográficos de cada paciente para una caracterización completa de la muestra. Esta información se recopiló y analizó para identificar la prevalencia de disfunción sexual en la población estudiada. El análisis estadístico de los datos se llevó a cabo con el paquete estadístico SPSS versión 29.

**Resultados:** En el estudio sobre la función sexual en pacientes con EII se encontró que el 63,2% de las mujeres no sufrió disfunción sexual, mientras que el 36,8% experimentó algún grado de disfunción. En cuanto a los hombres, el 73,1% presentó algún tipo de disfunción eréctil y superó de forma significativa al 26,9% que no tuvo ninguna disfunción. El 73,7% de las mujeres tenía CUCI. La mayoría se hallaba en fase inactiva (58,33%) y tenían una extensión E3 de la clasificación de Montreal (47,4%). El 26,3%, padecía EC con la clasificación de Montreal, sobre todo en A3, B2, L3. El 80,8% de los hombres tenía CUCI, con un 57,6% en fase inactiva y la mayoría mostró una extensión E3

(47,36%). El 19,2% sufría EC, con mayor gravedad de disfunción sexual, en particular los pacientes clasificados con la escala de Montreal A2, B2, L4.

**Conclusiones:** Este estudio muestra que mientras una mayoría de las mujeres con EII no presentaba disfunción sexual, una elevada proporción de hombres, en especial aquellos con EC, sufría disfunción eréctil. Estos hallazgos subrayan la importancia de evaluar y tratar la disfunción sexual en pacientes con EII para mejorar su calidad de vida. Además, la variabilidad en la gravedad y el tipo de disfunción sexual entre los diferentes subgrupos de EII señalan la necesidad de efectuar abordajes personalizados en el control clínico de estos pacientes.

**Financiamiento:** No se recibió ningún financiamiento.

## Mar293

### RESULTADOS DE UNA CAMPAÑA DE PRUEBAS PIF PARA LA DETECCIÓN DE CÁNCER COLORRECTAL

R. N. Domínguez-Barradas, R. Aguirre-Lázaro, J. M. Aldana-Ledesma, J. A. Velarde-Ruiz-Velasco, Antiguo Hospital Civil de Guadalajara Fray Antonio Alcalde

**Introducción:** El cáncer colorrectal es la tercera neoplasia más común en el mundo, con más de 1,9 millones de nuevos casos diagnosticados en 2022, lo que representa aproximadamente el 10% de todos los casos de cáncer y es la segunda causa de mortalidad por cáncer. En las últimas dos décadas ha aumentado la incidencia entre pacientes menores de 50 años, lo cual señala la necesidad urgente de implementar programas de tamizaje para diagnósticos y tratamientos más tempranos. El tamizaje está recomendado para pacientes asintomáticos de 45 a 75 años, con consideraciones individuales hasta los 85 años, y ha demostrado ser efectivo en la prevención y reducción de la mortalidad adjunta. La prueba inmunológica fecal (PIF) y la colonoscopia son los métodos más empleados, pero la colonoscopia es la preferida para el tamizaje y el diagnóstico. El PIF detecta sangre oculta en heces con alta sensibilidad y especificidad, con uso de anticuerpos contra la fracción de globina del hem. La sensibilidad para neoplasia colorrectal avanzada varía entre 25% y 27% y para el cáncer colorrectal entre 74% y 81%. Se recomiendan pruebas anuales, aunque algunos grupos se inclinan por intervalos bianuales. Este tamizaje no solo mejora las oportunidades de diagnóstico temprano, sino que también reduce en grado significativo la morbilidad y mortalidad por cáncer colorrectal.

**Objetivo:** Informar de manera clara y detallada los resultados obtenidos durante la campaña de pruebas PIF realizada en el Antiguo Hospital Civil de Guadalajara Fray Antonio Alcalde, incluido el número de personas participantes y los resultados de las pruebas (positivos y negativos), así como emitir recomendaciones basadas en los resultados obtenidos.

**Material y métodos:** El estudio fue prospectivo y observacional, conducido en el Antiguo Hospital Civil de Guadalajara entre abril y junio de 2023. Incluyó a pacientes mayores de 40 años, con y sin factores de riesgo para cáncer colorrectal. Se implementó un protocolo de tamizaje con pruebas de inmunquímica fecal (PIF). Los participantes llenaron un cuestionario sobre factores de riesgo relacionados con cáncer colorrectal. En aquellos con una prueba PIF positiva se indicó colonoscopia como estudio de confirmación. Análisis estadístico: los resultados se analizaron con medidas de frecuencia relativas y centrales para la obtención de porcentajes, media y desviación estándar.

**Resultados:** Se realizaron 173 pruebas PIF, con 103 mujeres (59,5%) y 70 hombres (40,5%) y edad media de 59,2 años. Se obtuvieron 19 pruebas PIF positivas (13,19%) y 154 negativas (89,01%). Los factores de riesgo más frecuentes fueron los antecedentes familiares de cáncer (61,8%), el sedentarismo (45,7%) y el consumo de alcohol (38,2%). De los 19 positivos, 13 eran mujeres (68,4%). En 13 pacientes con prueba positiva se identificaron pólipos en 6 (46,2%) y adenocarcinoma en 1 (7,7%). Los factores de riesgo más importantes reconocidos en este grupo de pacientes fueron la obesidad y el antecedente familiar de cáncer colorrectal, como se muestra en la **Tabla 1**.

**Conclusiones:** Los resultados de la prueba PIF en este estudio revelan su utilidad como una herramienta efectiva para la detección inicial de alteraciones como pólipos, tumores malignos y enfermedades benignas del tracto intestinal, y permite establecer un diagnóstico y una intervención temprana en combinación con la colonoscopia. Los pacientes con resultados positivos mostraron una gran prevalencia de obesidad, hipertensión arterial sistémica y antecedentes familiares de cáncer colorrectal, por lo que informar a la población sobre los factores de riesgo modificables y promover hábitos de vida saludables puede reducir la incidencia del cáncer colorrectal.

**Financiamiento:** La Asociación Mexicana de Endoscopia Gastrointestinal y la Sociedad de Gastroenterología del Estado de Jalisco suministraron las pruebas PIF.

Variable	Pacientes que participaron en la campaña n = 173		Pacientes con prueba PIF negativa n = 154		Pacientes con prueba PIF positiva n = 19		p
	n	%	n	%	n	%	
<b>Sexo</b>							
Hombres	70	40,5	64	41,6	6	31,6	0,4035
Mujeres	103	59,5	90	58,4	13	68,4	0,4035
<b>Edad</b>							
40-50 años	11	6,4	11	7,2	0	0	0,2280
41-60 años	92	53,2	82	53,2	10	52,6	0,9607
61-70 años	45	26	40	26	5	26,3	0,9776
> 80 años	25	14,5	21	13,6	4	21,1	0,3814
Media	59,2	-	58,5	-	62,1	-	-
<b>Factores de riesgo</b>							
<b>IMC</b>							
Peso normal	51	29,5	51	33,1	0	0	<b>0,0029</b>
Sobrepeso	87	50,3	81	52,6	6	31,6	0,0850
Obesidad tipo 1	27	15,6	21	13,6	6	31,6	<b>0,0418</b>
Obesidad tipo 2	6	3,5	0	0	6	31,6	<b>&lt; 0,0001</b>
Obesidad tipo 3	2	1,1	1	0,7	1	5,3	0,0839
HAS	47	27,2	38	24,7	9	47,4	0,0364
Diabetes mellitus	36	20,8	31	20,1	5	26,3	0,5309
Consumo de alcohol	66	38,2	60	38,9	6	31,6	<b>0,5376</b>
Tabaquismo	35	20,2	29	18,8	6	31,6	0,1911
<b>Ejercicio</b>							
Sedentarios	81	46,8	70	45,5	11	57,9	0,3082
1 a 3 días/sem	47	27,2	43	27,9	4	21,1	0,5307
4 a 6 días/sem	36	20,8	33	21,4	3	15,8	0,5714
Diario	9	5,2	8	5,2	1	5,3	0,9853
<b>Antecedentes de cáncer</b>							
AHF de cáncer	107	61,8	92	59,7	15	78,9	0,1051
Colorrectal	35	20,2	27	17,5	8	42,1	<b>0,0120</b>
Mama	17	9,8	16	10,4	1	5,3	0,4826
Gástrico	16	9,2	15	9,7	1	5,3	0,5328
Pulmón	9	5,2	7	4,5	2	10,5	0,2660
Útero	7	4	6	3,9	1	5,3	0,7710
Ovario	5	2,9	5	3,2	0	0	0,4302
Linfoma	4	2,3	3	1,9	1	5,3	0,3496
Melanoma	4	2,3	3	1,9	1	5,3	0,3496
Hígado	3	1,7	3	1,9	0	0	0,5457
Sarcoma	2	1,2	2	1,3	0	0	0,6182
Testículo	2	1,2	2	1,3	0	0	0,6182
EII	5	2,9	5	3,2	0	0	0,4302
CUCI	4	2,3	4	2,6	0	0	0,4783
<b>Enfermedad de Crohn</b>							
Enfermedad de Crohn	1	0,6	1	0,6	0	0	0,7357
<b>Colonoscopia</b>							
Colonoscopia				13		68,4	
<b>Hallazgo</b>							
Pólipos	-	-	-	-	6	46,2	
Divertículos	-	-	-	-	4	30,7	
Tumor	-	-	-	-	1	7,7	
Normal	-	-	-	-	3	23,1	
<b>Informe de biopsias</b>							
Adenocarcinoma	-	-	-	-	1	7,7	
Adenoma tubular	-	-	-	-	6	46,2	
Normal	-	-	-	-	7	53,8	

HAS, hipertensión arterial sistémica; AHF, antecedentes heredo-familiares; EII, enfermedad inflamatoria intestinal; CUCI, colitis ulcerosa crónica inespecífica.

Mar294

## BIOMARCADORES EN SALIVA MEDIANTE ESPECTROSCOPIA EITF Y UN SENSOR DE LÁSER DE CASCADA CUÁNTICA DE HEMORRAGIA VARICEAL

A. Martínez-Cuazitl, C. E. Coronel-Castillo, G. J. Vázquez-Zapién, M. M. Mata-Miranda, E. Cerda-Reyes, Hospital Central Militar

**Introducción:** El hígado es el sitio de síntesis de la mayor parte de las proteínas circulantes; desde el inicio de la transcripción hasta las modificaciones postraduccionales (MPT), estas últimas pueden alterarse en diversas anomalías. La cirrosis hepática (CH) puede deberse a múltiples causas, como el alcoholismo, infecciones virales y enfermedad esteatótica relacionada con la disfunción metabólica (MASLD, *metabolic dysfunction-associated steatotic liver disease*). En etapas iniciales de la cirrosis, el hígado puede compensar y los pacientes no presentar síntomas; sin embargo, en individuos con cirrosis descompensada ésta puede reconocerse por hemorragia variceal, ascitis, encefalopatía y síndrome hepatorenal. La trombocitopenia (plaquetas < 150 000 /L) es un predictor de mal pronóstico, así como su nexa con hipertensión portal y hemorragia variceal; las MPT de las proteínas se afectan, aumenta la oxidación del fibrinógeno y disminuye la glucosilación de la ferritina. Esta última es un marcador de necroinflamación hepática y ha demostrado una relación con muerte temprana en pacientes cirróticos descompensados.

**Objetivo:** Determinar los biomarcadores de hemorragia variceal mediante espectrometría infrarroja con la transformada de Fourier (EITF) en saliva.

**Material y métodos:** Pacientes con diagnóstico de cirrosis compensada y descompensada atendidos en el Hospital Central Militar entre mayo y junio

del 2024. Tipo de estudio: prospectivo, de cohorte transversal, observacional y analítico. Variables analizadas: cambios espectrales mediante EITF y sensor de láser de cascada cuántica en la región de la amida I en saliva de pacientes con cirrosis compensada y descompensada, plaquetas y sangrado variceal. Análisis estadístico: los resultados se analizaron mediante correlación de Pearson o rho de Spearman, así como U de Mann-Whitney.

**Resultados:** Se incluyó a 42 pacientes, 20 compensados y 22 descompensados, de los cuales ocho sufrieron hemorragia variceal. De los sujetos con hemorragia variceal, 5 (62,5%) tenían plaquetas < 150 000. De las variables analizadas mediante EITF se realizó el análisis de la segunda derivada de diversas regiones espectrales y se reconocieron diferencias estadísticamente significativas en la región de la amida I y la región de proteínas fosforiladas y glucosiladas entre los pacientes con y sin hemorragia variceal, SD 1 657 cm<sup>-1</sup>-1 653 cm<sup>-1</sup> (p = 0,348), SD 1 653 cm<sup>-1</sup>-1 646 cm<sup>-1</sup> (p = 0,002), SD 1 107 cm<sup>-1</sup>-1 091 cm<sup>-1</sup> (p = 0,009), SD 1 063 cm<sup>-1</sup>-1 042 cm<sup>-1</sup> (p = 0,006), SD 1 036 cm<sup>-1</sup>-1 029 cm<sup>-1</sup> (p = 0,057), SD 993 cm<sup>-1</sup>-977 cm<sup>-1</sup> (p = 0,01), SD 952 cm<sup>-1</sup>-920 cm<sup>-1</sup> (p = 0,01); la región de la amida I se analizó con un sensor de láser de cascada cuántica y se identificaron de igual manera diferencias estadísticamente significativas entre los pacientes con hemorragia variceal y sin ella, SNV 390 (p = 0,026), además de correlación entre las regiones de la segunda derivada con los valores de plaquetas.

**Conclusiones:** La segunda derivada de la amida I vinculada con la estructura de la hélice alfa de las proteínas se correlaciona con la hemorragia variceal en pacientes cirróticos, lo cual se vincula con el valor detectado mediante el sensor de láser de cascada cuántica. Esto refleja la hipertensión portal relacionada con la cirrosis y la descompensación; además, en la segunda derivada se evidencian las alteraciones de la glucosilación de las proteínas como la ferritina, que también se acompaña de un mal pronóstico en pacientes con cirrosis.

**Financiamiento:** No se recibió ningún financiamiento.





# REVISTA DE GASTROENTEROLOGÍA DE MÉXICO

www.elsevier.es/rgmx



## Sesión de trabajos libres orales

Martes 19 de noviembre de 2024

### Páncreas y vías biliares

Mar295

#### COMPOSICIÓN CORPORAL POR TOMOGRAFÍA COMPUTARIZADA PARA EL DIAGNÓSTICO Y EVALUACIÓN DE SARCOPENIA Y OSTEOPOROSIS EN PACIENTES CON PANCREATITIS CRÓNICA

G. Rosales-Sotomayor, F. Ríos-Olais, F. Gil-López, J. A. Cienfuegos-Alvear, A. Gabutti, P. Alarcón-Murra, J. Hernández-Calleros, L. F. Uscanga-Domínguez, M. Peñalé-Luna, Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán

**Introducción:** La pancreatitis crónica se relaciona con sarcopenia y osteoporosis. La precisión diagnóstica de los métodos actuales para evaluar tales complicaciones no es óptima y a menudo requiere múltiples técnicas. La tomografía computarizada (TC) permite evaluar la composición corporal y cuantificar la sarcopenia al utilizar la masa muscular del cuerpo vertebral L3, la grasa subcutánea y la grasa visceral. La densidad mineral ósea (DMO) se puede determinar al medir la atenuación trabecular del cuerpo vertebral L1 (VBTA).

**Objetivo:** Evaluar la presencia de sarcopenia y DMO en la pancreatitis crónica mediante la evaluación de la composición corporal por tomografía computarizada, dado que se desconoce el rendimiento del índice del músculo esquelético (SMI) y la correlación entre las UH de L1 y la DMO de cadera en la pancreatitis crónica.

**Material y métodos:** Este es un estudio retrospectivo de un centro de tercer nivel de atención en la Ciudad de México realizado del 1 de enero de 2018 al 1 de noviembre de 2023 que evaluó a pacientes con pancreatitis crónica sometidos a una tomografía computarizada a nivel de L3 y L1. Con

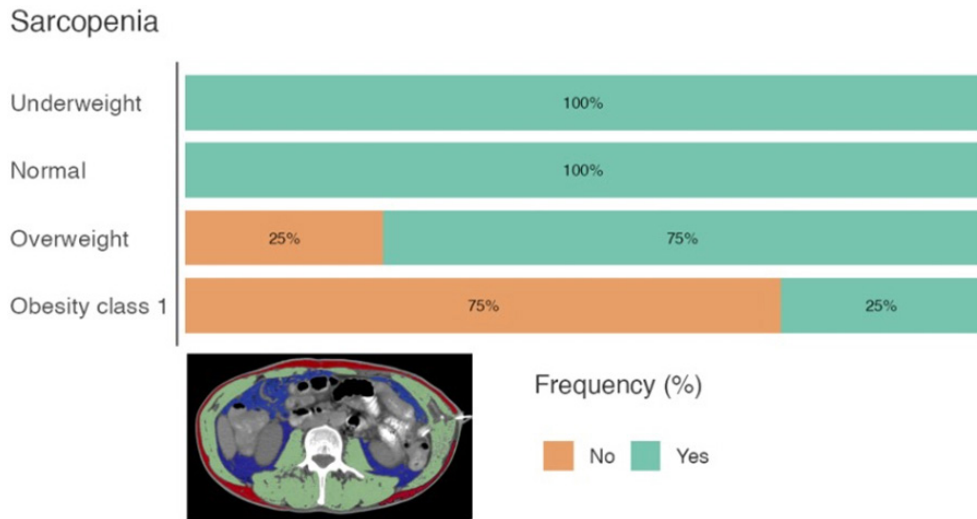
el programa Horos™ (versión 3.3.6; Proyecto Horos) se cuantificaron las áreas del músculo esquelético, la grasa visceral y la grasa subcutánea (medidas en  $\text{cm}^2$ ) a partir de un corte axial al nivel del cuerpo vertebral L3 con uso de los umbrales de unidades Hounsfield (HU) establecidos para cada tejido específico. Estas medidas se indexaron por altura y se informaron en  $\text{cm}^2/\text{m}^2$ . También se registró el VBTA L1 medio (cuantificado en HU). Una masa muscular baja se definió como un índice de músculo esquelético (SMI)  $< 55 \text{ cm}^2/\text{m}^2$  en hombres y  $< 39 \text{ cm}^2/\text{m}^2$  en mujeres. Se exploró la correlación entre las UH de L1 y la DMO de cadera realizada durante el mismo periodo que la tomografía computarizada.

**Resultados:** Se incluyó a 19 pacientes. La mediana de edad al diagnóstico fue de 44,5 años (DE 20,3), con 55,6% de hombres. El IMC medio fue de  $23,9 \text{ kg}/\text{m}^2$  (RIC, 16,1-34,1) y la causa más frecuente fue la idiopática (38,9%), seguida de la pancreatitis recurrente (27,8%). La prevalencia de insuficiencia pancreática exocrina fue del 94,4%; la prevalencia de sarcopenia, diagnosticada mediante el índice de músculo esquelético (SMI), fue del 77,8% (Figura 1). La osteoporosis se reconoció en el 22,2% de los pacientes, mientras que la osteopenia se observó en el 22,2%. Ocho pacientes se sometieron a densitometría ósea durante el mismo periodo que la tomografía computarizada. La correlación de HU en L1 en comparación con los resultados de la densitometría fue más sólida con la puntuación T espinal (coeficiente de correlación de Pearson de 0,816).

**Conclusiones:** Este estudio demuestra que es factible la evaluación simultánea de la sarcopenia a través del SMI-L3 y la identificación de individuos con DMO reducida a través de la atenuación trabecular del cuerpo vertebral L1. La sarcopenia y la osteoporosis son frecuentes en la pancreatitis crónica y pueden identificarse en un solo estudio (TC), lo que evita así múltiples pruebas y reduce los costos.

**Financiamiento:** No se recibió financiamiento.

Figura 1. Prevalencia de sarcopenia (SMI < 55 cm<sup>2</sup>/m<sup>2</sup> en hombres y < 39 cm<sup>2</sup>/m<sup>2</sup> en mujeres) clasificada de acuerdo con el IMC. (Mar295)



## Mar296

### COEXISTENCIA DE PANCREATITIS CRÓNICA Y CIRROSIS: ENFERMEDADES RELACIONADAS CON EL CONSUMO DE ALCOHOL

C. S. Tinitana-Jumbo, K. Cazarín-Chávez, S. A. Vera-Nungaray, M. Motola-Kuba, Y. M. Velasco-Santiago, F. Higuera-De-la-Tijera, Hospital General de México Dr. Eduardo Liceaga

**Introducción:** El espectro de las enfermedades relacionadas con el alcohol es amplio, desde muy frecuentes como la cirrosis por alcohol hasta las menos comunes y raras como la pancreatitis crónica (PC). Además de ser infrecuentes, las manifestaciones clínicas de la pancreatitis crónica no son específicas de forma inicial, lo que se relaciona con una etapa avanzada de la enfermedad en el momento del diagnóstico. La coexistencia en un mismo paciente de estas dos alteraciones determina un mayor efecto en su morbilidad y mortalidad; de ahí la importancia de notificar esta relación.

**Objetivo:** Informar la coexistencia de cirrosis en un grupo de pacientes diagnosticados con pancreatitis crónica por alcohol.

**Material y métodos:** Estudio observacional, retrospectivo y descriptivo de pacientes diagnosticados de pancreatitis crónica en el servicio de gastroenterología, en quienes se realizó la búsqueda dirigida de cirrosis, en el Hospital General de México Dr. Eduardo Liceaga. Análisis estadístico: se realizó un estudio descriptivo de las características clínicas de pacientes diagnosticados con pancreatitis crónica durante un año en la consulta externa. Para las variables cualitativas se emplearon porcentajes y para las cuantitativas media y desviación estándar.

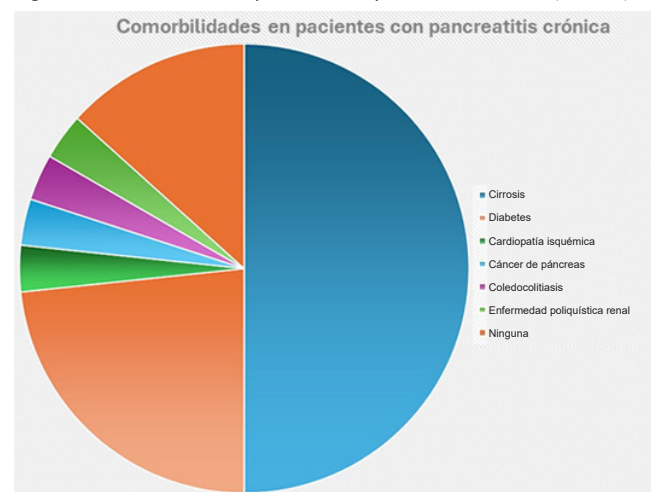
**Resultados:** Se incluyó a 30 pacientes (45,16 ± 13,20 años, 70% de hombres). La causa tóxico-metabólica se reconoció en 66,66% de casos y el alcohol fue el agente relacionado en 63,33%, con una edad de inicio del consumo en promedio de 18,17 ± 9,58 años y una cantidad de 232,2 ± 122,39 g de etanol. Las principales manifestaciones clínicas de pancreatitis crónica fueron un nuevo episodio de pancreatitis aguda recurrente en 30%, flatulencia en 23,3% y diarrea crónica en 16,6%. En cuanto al tratamiento, 36,6% de los pacientes satisfizo criterios de insuficiencia pancreática exocrina que exigió control con enzimas pancreáticas. Con respecto a las comorbilidades, la cirrosis por alcohol se identificó en 50% de los pacientes, seguida de la diabetes en 23,3% de casos (Figura 1).

**Conclusiones:** El consumo de alcohol es factor de riesgo importante para cirrosis y el principal en la pancreatitis crónica. A pesar de que las publicaciones médicas mencionan al dolor como la principal manifestación clínica de pancreatitis crónica, en esta serie de casos no se ha confirmado dicha afirmación; al contrario, el dolor es mínimo en los pacientes estudiados. Por último, destaca la elevada prevalencia de la cirrosis en pacientes diagnosticados al principio con pancreatitis crónica, si se toma en cuenta el efecto nutricional que esta afección conlleva *per se* y a su vez el efecto que tiene la desnutrición en un paciente con cirrosis; en consecuencia, es esencial

estudiar de forma observacional y prospectiva a los pacientes con esta relación patológica.

**Financiamiento:** No se contó con financiamiento para este trabajo.

Figura 1. Comorbilidades en pacientes con pancreatitis crónica. (Mar296)



## Mar297

### IMPACTO DEL SÍNDROME DE RESPUESTA INFLAMATORIA SISTÉMICA TRANSITORIO VS. PERSISTENTE EN LOS DESENLACES DE LA PANCREATITIS AGUDA

A. Pereira-García, P. Rodríguez-García, J. Hernández-Calleros, L. F. Usanga-Domínguez, M. Peláez-Luna, Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán

**Introducción:** La pancreatitis aguda (PA) es una de las alteraciones más comunes en la práctica médica en gastroenterología, en relación con una morbimortalidad sustancial. Debido a su curso impredecible y complejo se han diseñado múltiples puntuaciones de gravedad y mortalidad. Aunque las guías actuales sugieren vigilar el síndrome de respuesta inflamatoria sistémica (SRIS) al ingreso para prevenir complicaciones graves, el efecto específico del SRIS transitorio (< 48 h) respecto del persistente (> 48 h) en los desenlaces clínicos y locales no se ha estudiado de manera amplia.

**Objetivo:** Investigar el papel del SRIS transitorio en comparación con el persistente en los resultados de la pancreatitis aguda.

**Material y métodos:** Estudio retrospectivo y descriptivo de expedientes clínicos de pacientes admitidos por primera vez con el diagnóstico de pancreatitis aguda en el Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán entre los años 2018 y 2023. Se registraron datos clínicos, bioquímicos y radiológicos y la gravedad de la pancreatitis aguda se clasificó según la clasificación revisada de Atlanta.

**Resultados:** De 215 pacientes (59,1% de mujeres; edad media de 52,7 ± 19,51 años). El 42,3% presentó PA leve, el 38,1% moderadamente grave y el 19,5% grave. Las causas más comunes fueron la biliar en el 55,8%, la alcohólica en 3,7% y la idiopática en 17,2%. El SRIS se observó en el 61,4% de los casos dentro de las primeras 48 horas y fue más frecuente en formas moderadamente graves (48,8%) y leves (35,2%) que en las graves (19%; p = 0,007). El SRIS persistente fue predominante en la PA grave (64,3%; p < 0,001). No se observaron diferencias significativas en la frecuencia de falla orgánica (FO) y complicaciones entre los grupos con SRIS transitorio (p = 0,073). La FO persistente, complicaciones locales, necrosis, complicaciones infecciosas, necesidad de apoyo nutricional, estancia hospitalaria prolongada y mortalidad fueron más comunes en el SRIS persistente. Este último tenía significativamente más probabilidades de desarrollar cualquier complicación local (OR 4,25; IC95%, 2,22-8,29; p < 0,001), infecciones (OR 8,89; IC95%, 4,04-19,52; p < 0,001), falla orgánica (OR 4,16; IC95%, 2,14-8,08; p < 0,001) y mortalidad (OR 12,52; IC95%, 2,51-62,39; p = 0,001). Véase la **Tabla 1**. El SRIS en fases tardías de la pancreatitis aguda (> 2 semanas después del ingreso) no se vinculó con un aumento de la incidencia de falla orgánica, complicaciones locales ni mortalidad (p = NS).

**Conclusiones:** El SRIS persistente temprano se relaciona con formas graves de PA, mayor mortalidad, tasa de infecciones y complicaciones locales, mayor necesidad de apoyo nutricional y estancia hospitalaria prolongada. El SRIS transitorio y en fase tardía de la PA no se acompaña de la gravedad de los resultados adversos. La duración y el tiempo de aparición, más que la presencia sola del SRIS, tienen un efecto significativo en los resultados de la PA.

**Financiamiento:** No se recibió financiamiento de ningún tipo.

## Mar298

### DETECCIÓN DE IMÁGENES DE FLUJO (DFI) GUIADO POR ULTRASONIDO ENDOSCÓPICO: UNA NUEVA TÉCNICA DE IMAGEN AVANZADA PARA EL DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DE TUMORES SÓLIDOS DE PÁNCREAS

J. Iglesias-García, A. I. Tornel-Avelar, Y. Domínguez-Novoa, J. Lariño-Noia, X. Martínez-Seara, J. E. Domínguez-Muñoz, Hospital Clínico Universitario de Santiago de Compostela

**Introducción:** El diagnóstico diferencial de los tumores sólidos de páncreas es un desafío clínico. El desarrollo de técnicas de imagen avanzada relacionadas con el ultrasonido endoscópico (USE), como la elastografía y el uso de contraste, ha supuesto un paso adelante en este contexto. La detección de imágenes de flujo guiadas por USE (USE-DFI) es una tecnología muy reciente que permite

la evaluación de la microvascularización y el flujo sanguíneo a baja velocidad sin necesidad de administrar agentes de contraste.

**Objetivo:** Evaluar y comparar los hallazgos obtenidos mediante USE-DFI y USE con contraste en la caracterización de tumores sólidos de páncreas.

**Material y métodos:** Se diseñó un estudio observacional, prospectivo y unicéntrico del Hospital Clínico Universitario de Santiago de Compostela, España. Se incluyó a pacientes sometidos a USE para la evaluación de tumores sólidos de páncreas. Los procedimientos se realizaron con un ecoendoscopio lineal (Fujifilm 740UT) acoplado al sistema de ultrasonido Arietta 850. Se utilizó SonoVue como agente de contraste. En todos los casos se realizó una evaluación vascular con ambos métodos (DFI y contraste) y las lesiones se caracterizaron según el patrón de vascularización (hipervascular, isovascular e hipovascular). El diagnóstico final se basó en la histología después de una biopsia guiada por USE. Las variables numéricas se presentan como porcentajes y media ± desviación estándar (IC95%). La concordancia entre los métodos de USE-DFI y USE con contraste se evaluó con el coeficiente kappa.

**Resultados:** Se incluyó a 106 pacientes (edad media, 67,9 años; intervalo, 24-88, 48 hombres). El tamaño medio del tumor fue de 28,4 ± 16,2 mm. Hasta 50 (47,4%) lesiones se localizaron en la cabeza del páncreas, 32 (30%) en el cuerpo, 19 (17,9%) en la cola y 5 (4,7%) en el proceso uncinado. El diagnóstico final fue adenocarcinoma en 63 pacientes (59,4%), tumor neuroendocrino en 30 (28,3%), masa inflamatoria en 7 (6,6%), carcinoma de células escamosas de páncreas en 2 (1,9%), cáncer de células acinares en 1 (0,9%), bazo accesorio en 1 (0,9%) y lipoma en 2 (1,9%). Todos los adenocarcinomas y carcinomas de células escamosas fueron hipovasculares. Las masas inflamatorias fueron isovasculares. El cáncer de células acinares, el bazo accesorio y el lipoma fueron hipervasculares. Estas características vasculares se observaron tanto en USE-DFI como en USE con contraste. Los 30 tumores neuroendocrinos fueron hipervasculares en USE con contraste y 28 de ellos (93%) también lo fueron en USE-DFI (**Tabla 1**). Se encontró un coeficiente kappa de 0,963 (error estándar = 0,26; p < 0,001), lo que indica una buena concordancia entre ambos métodos.

**Tabla 1.** Patrón vascular de los tumores sólidos de páncreas mediante detección de imágenes de flujo (DFI) guiado por ultrasonido endoscópico (USE) y USE con contraste. (Mar298)

Histología (n = 106)	USE con contraste	USE-DFI
Adenocarcinoma (63)	Hipovascular (63)	Hipovascular (63)
Masa inflamatoria (7)	Isovascular (7)	Isovascular (7)
Carcinoma de células escamosas del páncreas (2)	Hipovascular (2)	Hipovascular (2)
Cáncer de células acinares (1)	Hipervascular (1)	Hipervascular (1)
Lipoma (2)	Hipervascular (2)	Hipervascular (2)
Bazo accesorio (1)	Hipervascular (1)	Hipervascular (1)
Tumor neuroendocrino (30)	Hipervascular (30)	Hipervascular (28) Hipovascular (2)

**Tabla 1.** Relación entre la duración del SRIS y los desenlaces de la pancreatitis aguda. (Mar297)

Complicaciones locales	Sin SRIS (n = 83)	SIRS transitorio (n = 80)	SRIS persistente (n = 52)	Valor de p	OR univariado (IC95%)	Valor de p
Complicaciones locales, total, n (%)	12 (14,5)	27 (33,8)	30 (57,7)	< 0,001	4,35 (2,25-8,37)	< 0,001
Colección líquida aguda pancreática, n (%)	8 (9,6)	11 (13,8)	15 (28,8)	0,014	3,07 (1,43-6,62)	0,008
Colección necrótica aguda, n (%)	1 (1,2)	3 (3,8)	15 (28,8)	< 0,001	16,12 (5,05-51,38)	< 0,001
Seudoquistes pancreáticos, n (%)	2 (2,4)	8 (10)	8 (15,4)	0,024	2,78 (1,04-7,47)	0,046
Necrosis pancreática encapsulada, n (%)	1 (1,2)	5 (6,3)	9 (17,3)	0,002	5,48 (1,85-16,24)	0,002
<b>Desenlaces</b>						
Días en unidad de terapia intensiva (UTI), media (± SD)	3 (± 1,4)	4,4 (± 3,3)	6,9 (± 7,5)	0,449	-	-
Infecciones, n (%)	22 (26,5)	35 (43,8)	43 (82,7)	< 0,001	8,89 (4,04-19,52)	< 0,001
Días de hospitalización, media (± SD)	8,1 (± 7,1)	10,1 (± 9,3)	23,7 (± 23,9)	< 0,001	-	-
Nutrición parenteral, n (%)	3 (3,6)	5 (6,25)	8 (15,4)	0,040	3,52 (1,25-9,92)	0,028
Falla orgánica, n (%)	23 (27,7)	31 (38,8)	35 (67,3)	< 0,001	4,16 (2,14-8,08)	< 0,001
Mortalidad, n (%)	1 (1,2)	1 (1,3)	7 (13,5)	0,001	12,52 (2,51-62,39)	0,001

**Conclusiones:** El USE con DFI permite evaluar el patrón de microvascularización de los tumores sólidos de páncreas con una precisión equiparable a la del USE con contraste, sin la necesidad de emplear agentes de contraste.

**Financiamiento:** Beca de perfeccionamiento en el extranjero otorgada por la AMG 2023.

Mar299

## DESENLACES CLÍNICOS EN PACIENTES CON PANCREATITIS CRÓNICA EN UN CENTRO DE TERCER NIVEL

N. N. Parra-Holguín, M. M. Alamilla-Pérez, J. G. López-Gómez, Centro Médico Nacional 20 de Noviembre, ISSSTE

**Introducción:** La pancreatitis crónica es un síndrome fibroinflamatorio del páncreas, con un efecto en la calidad de vida, ya que produce síntomas crónicos como dolor abdominal y diarrea crónica. Las tasas de incidencia anuales notificadas en el mundo varían de 5 a 14 por 100 000 personas, con una prevalencia aproximada de 30 a 50 por 100 000 personas. La prevalencia de pancreatitis crónica aumenta con la edad y el grupo de edad más afectado es el de 51 a 58 años. En México no se dispone de estadísticas sobre este padecimiento.

**Objetivo:** Describir las características y desenlaces clínicos a largo plazo de los pacientes con diagnóstico confirmado de pancreatitis crónica en un centro de tercer nivel.

**Material y métodos:** Es un estudio de cohorte retrospectivo que incluyó a todos los pacientes adultos con diagnóstico confirmado de pancreatitis crónica

entre los años de 2010 y 2024. El diagnóstico confirmatorio se estableció con base en los síntomas clínicos, estudios de imagen que demostraran calcificaciones pancreáticas, irregularidad ductal con o sin atrofia pancreática o biopsia pancreática.

**Resultados:** Participó un total de 31 pacientes, de los cuales 12 (38,7%) fueron hombres y 19 (61,3%) mujeres; las causas identificadas más frecuentes fueron: consumo de alcohol en 10 (20,3%), hipertrigliceridemia en 7 (22,6%), biliar en 5 (16,1%), idiopática en 5 (16,1%), autoinmunitaria en 3 (9,7) y páncreas dividido en 1 (3,2%). El promedio de evolución desde el diagnóstico fue de 6 (2-15) años y la forma para determinar el diagnóstico fueron el estudio de imagen (tomografía computarizada/resonancia magnética/ultrasonido endoscópico) en 26 (83,9%) y la biopsia en 5 (16,1%). Los síntomas clínicos que muestran en la actualidad son: dolor abdominal en 5 (25,8%), diarrea crónica en 18 (58,1%), náusea y vómito en 9 (29,0%) e hiporexia en 8 (25,8%). En 4 (12,9%) fue necesaria la operación como tratamiento, en dos casos cirugía de Puestow, en uno el procedimiento de Whipple y en uno la pancreatectomía distal. Como tratamiento médico, 6 (19,4%) se encuentran con analgésicos convencionales, sin necesidad de administrar opioides. Como complicaciones, 4 (12,9%) desarrollaron cáncer de páncreas, 11 (35,5%) diabetes y 18 (58,1%) insuficiencia pancreática exocrina.

**Conclusiones:** Es importante conocer la evolución clínica de esta afección en la población para identificar las comorbilidades de manera oportuna. En este estudio, la frecuencia fue mayor en mujeres, pero en años previos se había registrado una incidencia mayor en hombres relacionada con el consumo de alcohol como principal causa, con un porcentaje menor de uso de analgésicos para el control de los síntomas (19,4% vs. 29,4) y con porcentajes similares de procedimientos quirúrgicos (12,9% vs. 13,2%) comparados con el resto del mundo.

**Financiamiento:** No se recibió financiamiento de ningún tipo.





# REVISTA DE GASTROENTEROLOGÍA DE MÉXICO

www.elsevier.es/rgmx



## Exposición de trabajos libres en cartel

Martes 19 de noviembre de 2024

### Alcohol tóxico

Mar300

#### ¿EL ESTRÉS OXIDATIVO ES UN BIOMARCADOR EN EL PATRÓN DE CONSUMO Y LA ENFERMEDAD HEPÁTICA ALCOHÓLICA?

A. Flores-Sánchez, A. Hernández-Barragán, M. Martínez-Castillo, M. Hernández-Santillán, D. Colector-Sesatti, J. L. Pérez-Hernández, F. Higuera-De-la-Tijera, G. Gutiérrez-Reyes, Laboratorio de Hígado, Páncreas y Motilidad (HIPAM), Unidad de Medicina Experimental, Facultad de Medicina, UNAM; Hospital General de México Dr. Eduardo Liceaga

**Introducción:** Durante el consumo de alcohol y sus metabolitos se activan diversas vías que inducen daño en el hígado como la respuesta inmunitaria y el estrés oxidativo, que pueden dañar a cualquier biomolécula. La determinación del glutatión reducido (GSH) y el glutatión oxidado (GSSG), así como su cociente, se consideran indicadores esenciales del estrés oxidativo. Por lo tanto, la determinación del estado redox mediante marcadores de estrés oxidativo resulta muy importante en los diversos patrones de consumo de alcohol y enfermedad hepática por alcohol (EHA).

**Objetivo:** Evaluar la determinación del estado redox mediante marcadores de estrés oxidativo en los patrones de consumo de alcohol y enfermedad hepática por alcohol (EHA).

**Material y métodos:** Estudio transversal y multicéntrico en el que se incluyó a individuos con diferente consumo de alcohol de la clínica de hígado y del banco de sangre del Hospital General del México. Se clasificaron mediante cuestionarios (AUDIT y DSM-IV), además de una encuesta personalizada,

datos clínicos y bioquímicos. Se integraron seis grupos: riesgo (RI), abuso (Ab), alcoholismo (OH), cirrosis por alcohol (CiOH), hepatitis alcohólica (HA) y grupo control (CT). Se determinaron los marcadores de estrés en sangre periférica: glutatión reducido (GSH) y glutatión oxidado (GSSG) y se calculó el cociente GSH/GSSG, y la peroxidación lipídica mediante la formación de malondialdehído y daño a proteínas por carbonilos proteicos. Análisis estadístico con U de Mann-Whitney tras considerar como significativo un valor de  $p < 0,05$ .

**Resultados:** Los sujetos se clasificaron en RI (n = 22), Ab (n = 4), OH (n = 28), CiOH (n = 76), HA (n = 16) y CT (n = 100). Se encontró que el glutatión reducido (GSH) decrece significativamente en los grupos de EHA respecto de CT. Por su parte, el glutatión oxidado (GSSG) se incrementó en los grupos de Ri, Ab, OH y CiOH en comparación con CT, lo que establece que el consumo de alcohol favorece el estado oxidante y ello se confirmó con el cociente GSH/GSSG negativo. Además, el cociente GSH/GSSG en el grupo OH mostró mayor desbalance que en los pacientes con EHA. Por otro lado, la determinación de la oxidación de proteínas aumentó en EHA y se registraron concentraciones elevadas de carbonilos en OH, CiOH y HA, en comparación con CT y Ab y RI. Asimismo, la lipoperoxidación medida por malondialdehído mostró valores elevadas en OH y CiOH respecto de los demás grupos de estudio.

**Conclusiones:** El estrés oxidativo tiene un papel importante en el desarrollo del daño hepático por alcohol y favorece la oxidación de proteínas y la peroxidación de lípidos; además, el alcohol en exceso promueve la forma oxidada del antioxidante endógeno GSH, por lo que son biomarcadores. Se requiere mantener el balance redox con tratamiento antioxidante, como posible modalidad para contrarrestar el daño hepático inducido por el consumo de alcohol.

**Financiamiento:** No se recibió financiamiento de ningún tipo.

## Mar301

## COMPARACIÓN DE MODELO ALBI (ÍNDICE ALBÚMINA/BILIRRUBINA) CON ESCALAS CONOCIDAS COMO PREDICTOR DE RESPUESTA AL TRATAMIENTO CON ESTEROIDES EN PACIENTES CON HEPATITIS ALCOHÓLICA SEVERA

C. L. Dorantes-Nava, F. Higuera-De-la-Tijera, J. C. Silis-Cravioto, J. C. Zavala-Castillo, M. Y. Carmona-Castillo, E. J. Medina-Ávalos, S. Teutli-Carrión, R. Y. López-Pérez, Hospital General de México Dr. Eduardo Liceaga

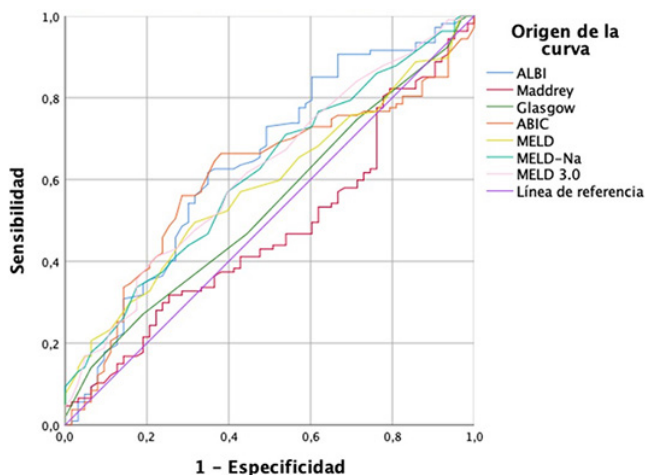
**Introducción:** La hepatitis alcohólica (HA) es una inflamación hepática aguda que se relaciona con el consumo excesivo de alcohol. Debido a su tasa elevada de mortalidad, se han estudiado diferentes modelos predictivos. El modelo ALBI (índice albúmina sérica/bilirrubina) se aplicó inicialmente en pacientes con diagnóstico de hepatocarcinoma como predictor de mortalidad sin necesidad de datos subjetivos, como ascitis y encefalopatía. En años recientes, debido a su objetividad y sensibilidad para la detección temprana de deterioro de la función hepática, se ha empleado en pacientes con enfermedad hepática crónica de diferentes causas, como la secundaria al consumo crónico de alcohol, hepatitis virales crónicas B y C, esteatohepatitis no alcohólica y otras enfermedades genéticas y metabólicas, hasta alcanzar un rendimiento comparable con escalas como la Child-Pugh y la MELD.

**Objetivo:** Valorar la utilidad pronóstica del modelo ALBI para determinar la respuesta a tratamiento con esteroides en pacientes con diagnóstico de hepatitis alcohólica grave.

**Material y métodos:** Se realizó un estudio de cohorte, retrospectivo, en el cual se revisaron expedientes de pacientes ingresados desde octubre de 2019 hasta septiembre de 2023 que cumplieran con los criterios de HA. Se evaluaron criterios de gravedad, características demográficas y endoscópicas. Se compararon las puntuaciones obtenidas de las escalas de Maddrey, MELD, MELD-Na, ABIC, Glasgow y ALBI al momento del ingreso y se calculó el modelo de Lille a los siete días para determinar la respuesta al tratamiento con esteroides. El análisis estadístico se llevó a cabo con el programa SPSS 26 y se tomó como estadísticamente significativo un valor de  $p \leq 0,005$ .

**Resultados:** Se incluyó a 170 pacientes, para un total de 21 mujeres (12,4%) y 149 hombres (87,6%), con una edad promedio de  $45 \pm 13,5$  años. De estos, el 30,6% se clasificó como Child-Pugh B y el 69,4% como Child-Pugh C. Asimismo, se documentó infección concomitante en un 15,3%, y la infección de vías urinarias fue la más prevalente; el hallazgo endoscópico más común fue la gastropatía hipertensiva portal en un 98%, que se catalogó como leve en 65,5% y grave en 34,4%. La tasa de mortalidad en el seguimiento a 90 días fue de 34,7%. Al comparar las diferentes escalas para evaluar la respuesta al tratamiento con esteroides en pacientes con HA grave se identificó una buena precisión diagnóstica para las escalas ALBI (AUC: 0,64; IC95%, 0,57-0,73;  $p = 0,002$ ), MELD 3.0 (AUC: 0,62; IC95%, 0,53-0,70;  $p = 0,009$ ); MELD-Na (AUC: 0,61; IC95%, 0,52-0,69;  $p = 0,01$ ) y ABIC (AUC: 0,60; IC95%, 0,51-0,69;  $p = 0,02$ ), como se muestra en la Figura 1.

Figura 1. Área bajo la curva de las escalas pronósticas. (Mar301)



**Conclusiones:** Dado que es objetivo y simple, el modelo ALBI es cada vez más empleado en la evaluación de disfunción hepática y puede ser un factor pronóstico para otras enfermedades. En este estudio proporcionó evaluación pronóstica equiparable con las escalas MELD, MELD-Na y MELD 3.0 para predecir la respuesta al tratamiento con esteroides en pacientes con hepatitis alcohólica grave.

**Financiamiento:** No se dispuso de financiamiento alguno.

## Mar302

## LA INMUNIDAD CELULAR PERIFÉRICA ES MODIFICADA POR EL CONSUMO RIESGOSO Y EXCESIVO DE ALCOHOL

K. Z. Medina-Ávila, A. Flores-Sánchez, V. Bautista-Nava, A. Hernández-Barragán, M. Hernández-Santillán, M. Martínez-Castillo, F. Higuera-De-la-Tijera, J. L. Pérez-Hernández, G. Gutiérrez-Reyes, Laboratorio de Hígado, Páncreas y Motilidad (HIPAM), Unidad de Medicina Experimental, Facultad de Medicina, UNAM; Hospital General de México Dr. Eduardo Liceaga

**Introducción:** Entre los mecanismos que participan en la fisiopatología del consumo crónico de alcohol y la enfermedad hepática alcohólica (EHA) se encuentran las alteraciones del sistema inmunitario innato y adaptativo. Hasta el momento existe poca información sobre la participación de los mecanismos inductores y de desarrollo, mantenimiento y cronicidad de la enfermedad.

**Objetivo:** Determinar el desbalance de la inmunidad celular periférica de acuerdo con el patrón de consumo de alcohol.

**Material y métodos:** Estudio transversal que incluyó a cinco grupos de pacientes con diferente patrón de consumo de alcohol mediante AUDIT y DSM-IV: G1, control con consumo de OH < 10 g/día (CT); G2, riesgo (Ri); G3, abuso con AUDIT > 8 (Ab); G4, alcoholismo, sin estigmas clínicos ni bioquímicos de daño (OH); y G5, pacientes con cirrosis hepática por alcohol (CiOH). Se cuantificaron células T, T-CD4, T-CD8, células B, NK y NKT en sangre periférica por citometría de flujo. Análisis estadístico con U de Mann-Whitney y un valor de  $p < 0,05$  considerado como significativo.

**Resultados:** Se incluyó a 589 sujetos, con edad promedio de  $32 \pm 11$ ,  $30 \pm 11$ ,  $23 \pm 3$ ,  $31,5 \pm 13$  y  $47,5 \pm 7,7$  años, para CT, Ri, Ab, OH y CiOH, respectivamente ( $p < 0,001$ ). El consumo de alcohol (g/día) fue más alto en OH 158 (210,107), y CiOH 293 (340,246) ( $p < 0,001$ , ambos). Las células NK en OH se encontraron elevadas vs. CT (15,4 vs. 11,1,  $p < 0,05$ ) y OH vs. R (15,4 vs. 12,2,  $p < 0,05$ ); y en CiOH vs. CT también se elevaron (13,3 vs. 11,1,  $p < 0,001$ ); para las células NKT se observa el mismo comportamiento al aumentar en Ab vs. CT y Ab vs. Ri (3,7 vs. 1,7 y 3,7 vs. 1,6) ( $p < 0,001$ , ambos) y OH vs. CT, Ri, Ab (2,5 vs. 1,7, 2,5 vs. 1,6 y 3,7 vs. 1,7) ( $p < 0,001$ ,  $p < 0,05$ ), pero al disminuir en CiOH vs. CT, Ab, OH (1,4 vs. 1,7, 1,4 vs. 3,7, 2,5 vs. 1,7) ( $p < 0,001$ ). En las células T-CD4+ se observó una disminución desde el grupo de RvsCT (35,7 vs. 38,8) ( $p < 0,01$ ), Ab vs. CT (35,1 vs. 38,8) ( $p < 0,01$ ) hasta OH vs. CT (35,1 vs. 38,8) ( $p < 0,01$ ), mientras que durante CiOH aumentan vs. Ri (41,8 vs. 35,1) ( $p < 0,05$ ) y CiOH vs. Ab (41,8 vs. 35,1) ( $p < 0,05$ ). Las células CD8+ aumentan durante OH vs. CT (24,5 vs. 21,1) ( $p < 0,05$ ) y disminuyen en CiOH vs. CT (13,9 vs. 21,1) ( $p < 0,001$ ), CiOH vs. R (13,9 vs. 23) ( $p < 0,05$ ), CiOH vs. Ab (13,9 vs. 26,2) ( $p < 0,05$ ) y CiOH vs. OH (13,9 vs. 24,5) ( $p < 0,05$ ).

**Conclusiones:** El consumo excesivo y la presencia de enfermedad hepática por alcohol inducen anomalías en los linfocitos periféricos, y son más significativos en las poblaciones citotóxicas NK, NKT y CD8+ y reguladoras CD4+, lo que ocasiona un desequilibrio celular que puede intervenir en el desarrollo y avance del daño hepático.

**Financiamiento:** No se recibió ningún financiamiento.

## Mar303

## SUSCEPTIBILIDAD A LA PROGRESIÓN DEL DAÑO HEPÁTICO INDUCIDO POR TIOACETAMIDA EN EL MODELO MURINO DE ACUERDO CON EL SEXO. IMPLICACIONES EN LA BÚSQUDA DE TERAPIAS FARMACOLÓGICAS

J. A. Dorantes-Álvarez, M. Martínez-Castillo, A. Flores-Sánchez, A. García-López, L. Castro-Hernández, A. Hernández-Barragán, M. Hernández-Santillán, G. Gutiérrez-Reyes, Laboratorio de Hígado, Páncreas y Motilidad (HIPAM), Unidad de Investigación en Medicina Experimental, Facultad de Medicina, UNAM; Hospital General de México Dr. Eduardo Liceaga

**Introducción:** La tioacetamida (TAA) es un agente hepatotóxico que se utiliza en modelos animales para evaluar diferentes etapas de daño hepático, como fibrosis, cirrosis y hepatocarcinoma. Los esquemas de administración varían en cuanto a dosis y concentraciones; no obstante, dichos modelos han permitido evaluar el potencial terapéutico de distintos agentes antioxidantes, antifibróticos y anticancerígenos. Por lo regular se seleccionan machos como modelo, y pasa inadvertido el ajuste posológico en hembras, tanto del agente lesivo como del compuesto experimental. La evidencia reciente señaló dimorfismo en cuanto a la prognosis de ratas Lewis en un modelo de daño agudo tratados con una dosis única de TAA, al correlacionar a la testosterona con mayor mortalidad en machos. Sin embargo, en el modelo de ratas Wistar la susceptibilidad a la TAA y el dimorfismo sexual no se ha notificado.

**Objetivo:** Evaluar la evolución de la enfermedad hepática en ratas Wistar macho y hembra inducidas por TAA.

**Material y métodos:** Se emplearon ratas Wistar macho y hembra de 250 g, a partir de las cuales se crearon dos grupos: las tratadas con TAA (200 mg/kg/3 veces por semana durante cuatro, seis y ocho semanas) y el grupo control (CT, solución salina); la administración fue intraperitoneal. Se utilizó una n de 10 animales (machos = 5, hembras = 5) para cada semana evaluada. Los animales recibieron agua y alimento *ad libitum* con una vigilancia diaria y el registro de peso se determinó cada siete días. Al finalizar los tiempos de tratamiento se practicó eutanasia, se realizó una laparotomía exploratoria, con registro fotográfico macroscópico y recuperación y almacenamiento de hígado y otros órganos. Además, se efectuó análisis histopatológico por H-E y tricrómica de Mason. Se llevaron a cabo análisis estadístico y curva de mortalidad al aplicar un ANOVA de dos vías y *log-rank*. El protocolo recibió aprobación de las comisiones de ética e investigación del Hospital General de México Dr. Eduardo Liceaga (CI/314/15) y de la Facultad de Medicina de la UNAM (DI 115/2015).

**Resultados:** La administración de TAA causó la pérdida de peso inicial en las ratas hembra, pero a partir de la tercera semana se estabilizaron sin posteriores cambios; en contraste, los machos mostraron ganancia de peso progresiva. La mortalidad en machos ocurrió en las dos primeras semanas de TAA y presentaron una mortalidad del 50%, ya sin cambio al término de las ocho semanas; la sobrevivencia de las hembras fue del 100% al igual que en los grupos control. En el plano macroscópico, el hígado de los machos tratados con TAA reveló cambios morfológicos más evidentes como la coloración café oscuro heterogénea, los bordes irregulares y la nodulación tisular, que fueron progresivos de acuerdo con la semana de estudio. Por su parte, las ratas hembra mostraron cambios morfológicos más discretos en cada semana. El análisis histológico reveló que a las ocho semanas los machos se encontraron en una etapa de clasificación F4 e incluso algunos con posible hepatocarcinoma y las hembras tenían etapas entre F2 y F3; se utilizó la escala METAVIR como referencia.

**Conclusiones:** Las ratas macho de la especie Wistar tienen mayor susceptibilidad al daño hepático inducido por TAA; estos hallazgos deben considerarse en el diseño de modelos para el estudio de ajuste de las dosis efectivas, así como de eficacia de los tratamientos farmacológicos en la enfermedad hepática.

**Financiamiento:** Se recibió apoyo parcial de Medifarma S.A. de C.V.

## Mar304

### EFFECTOS SECUNDARIOS CON EL USO DE INHIBIDORES DE TIROSIN-QUINASA EN UNA COHORTE DE PACIENTES CON CARCINOMA HEPATOCELULAR

C. A. Munguía-Lares, J. I. Carrillo-Rojas, M. C. Bernardino-Del Río, M. Castillo-Barradas, Centro Médico Nacional La Raza, IMSS

**Introducción:** Los inhibidores de la tirosina cinasa tienen un papel angular en el tratamiento del carcinoma hepatocelular (CHC) avanzado. El sorafenib se emplea como primera línea mientras que el regorafenib suele reservarse como segunda línea, con una sobrevida calculada de 10,7 y 10,6 meses, respectivamente. Con frecuencia aparecen efectos adversos que suelen tolerarse bien; no obstante, en algunos casos la gravedad de estos obliga a ajustar la dosis o incluso a suspender la administración, lo que altera directamente la sobrevida.

**Objetivo:** Describir los principales efectos adversos y evaluar la sobrevida en pacientes con CHC bajo tratamiento con inhibidores de la tirosina cinasa.

**Material y métodos:** Estudio de cohorte retrospectiva. Se incluyó a pacientes con CHC tratados con sorafenib y regorafenib en el servicio de gastroenterología del CMN La Raza. La estadificación de la enfermedad se realizó con

los criterios del *Barcelona Clinical Liver Cancer* (BCLC), mientras que la respuesta al tratamiento se evaluó con los criterios de la Organización Mundial de la Salud. El análisis estadístico se realizó a través del programa SPSS 25. Las variables cuantitativas se expresaron con medidas de tendencia central y las variables cualitativas con frecuencias y porcentajes. La relación se evaluó mediante tablas cruzadas y ji cuadrada. Se consideró estadísticamente significativo un valor de  $p < 0,05$ .

**Resultados:** Se incluyó a 15 pacientes, 7 (47%) hombres y 8 (53%) mujeres, con edad de  $67,4 \pm 10,0$  años. Las causas de la cirrosis fueron esteatosis hepática metabólica (40%), infección por virus de la hepatitis C (33%), enfermedad hepática por alcohol (20%) y hepatitis autoinmunitaria (7%), con Child-Pugh (CP) A en 9 (60%) pacientes y CP B en 6 (40%). Por BCLC, el 73% registró estadio B y el 27% estadio C. La lesión tumoral se localizó en el lóbulo izquierdo en el 54%, lóbulo derecho en el 33% y múltiple en 13%; el tamaño medio de las lesiones en su eje largo fue de  $89,5 \pm 27,8$  mm. Hasta 10 (67%) pacientes se encontraban bajo tratamiento con sorafenib y 33% con regorafenib. Los efectos secundarios informados durante el tratamiento fueron hiporexia (60%), fatiga (40%), pérdida ponderal no intencionada (40%), diarrea (33%), hipertransaminasemia (20%), hiperbilirrubinemia (14%), hipertensión arterial (14%) y parestesias (7%); la fatiga y la hiperbilirrubinemia fueron más frecuentes en el grupo con regorafenib, con diferencias estadísticas significativas (Tabla 1). En el 27% de los pacientes se optimizó la dosis por intolerancia a los efectos secundarios y al final se suspendió en 53% por la evolución de la enfermedad. El tiempo de uso fue de  $8,2 \pm 5,9$  meses con un tiempo de sobrevida de  $20,9 \pm 11,1$  meses.

**Conclusiones:** A pesar de ser frecuentes, los efectos adversos en la población de estudio se toleraron bien y no fueron motivo de discontinuación terapéutica. La sobrevida fue mayor que lo notificado en las publicaciones médicas.

**Financiamiento:** No se recibió ningún financiamiento.

Tabla 1. Efectos secundarios con el uso de sorafenib y regorafenib. (Mar304)

	Sorafenib (n = 10)	Regorafenib (n = 5)	p
Hiporexia, n (%)	4 (40)	5 (100)	0,025
Fatiga, n (%)	4 (40)	2 (40)	1,00
Pérdida ponderal no intencionada, n (%)	4 (40)	2 (40)	1,00
Diarrea, n (%)	5 (50)	0 (0)	0,053
Hipertransaminasemia, n (%)	1 (10)	2 (40)	0,171
Hiperbilirrubinemia, n (%)	0 (0)	2 (40)	0,032
Hipertensión arterial, n (%)	2 (20)	0 (0)	0,283
Parestesias, n (%)	1 (10)	0 (0)	0,464

## Mar305

### IMPACTO DE LA HIPERLACTATEMIA EN LA RESPUESTA AL TRATAMIENTO ESTEROIDE EN PACIENTES CON HEPATITIS ALCOHÓLICA GRAVE

B. N. Loza-Hernández, J. R. Espinoza-Acuña, E. G. Salgado-Parra, H. M. Herrera-Martínez, Hospital Regional Lic. Adolfo López Mateos, ISSSTE

**Introducción:** La hepatitis alcohólica se considera una afección frecuente en la población mexicana, con una incidencia registrada en el 2020 de 3,2 casos por cada 100 mil habitantes y caracterizada por inflamatoria sistémica que puede avanzar a falla multiorgánica. La acidosis láctica de tipo B en pacientes con trastorno por consumo de alcohol en estado crítico tiene una correlación con una mortalidad elevada.

**Objetivo:** Determinar que los valores de lactato se vinculan con una menor respuesta a los esteroides en pacientes con hepatitis alcohólica grave.

**Material y métodos:** Se realizó un estudio retrospectivo de pacientes con hepatitis alcohólica en el Hospital Regional Lic. Adolfo López Mateos entre los años 2020 y 2024. El diagnóstico se estableció con criterios clínicos y bioquímicos que incluyeron BT > 3 mg/dL, aminotransferasas > 50 U/L < 499 U/L, relación AST: ALT > 1,5 y consumo de alcohol excesivo (> 50 g/día) en las ocho semanas antes de su ingreso. Se calculó el índice de Maddrey al ingreso y el índice de Lille siete días después del inicio del tratamiento esteroide. Se

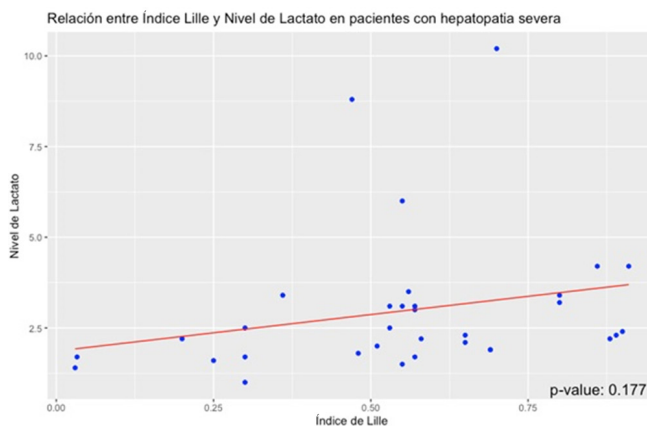
incluyó a pacientes con hepatitis alcohólica grave con Maddrey > 32. Se obtuvieron cifras de lactato sérico al ingreso hospitalario. Se conformó una muestra total de 41 pacientes, de los cuales 33 cumplieron los criterios de inclusión y ocho se excluyeron por falta de datos bioquímicos necesarios; tampoco se incluyó a aquellos con contraindicaciones absolutas para iniciar esteroide o tratamiento incompleto. Los pacientes recibieron 40 mg de prednisona al día durante siete días, al finalizar se calculó un índice de Lille 7 y se clasificó como respuesta a los esteroides a los sujetos con puntuación < 0,45 puntos. Se determinó el efecto del lactato como factor pronóstico independiente vinculado con dicha respuesta.

**Resultados:** Se incluyó a un total de 33 individuos con hepatitis alcohólica grave, de los cuales siete se consideraron respondedores ( $n = 7$ ) y 26 no respondedores ( $n = 26$ ). El análisis multivariado no identificó significancia estadística en la mayor parte de las variables analizadas, incluidos edad, bilirrubina, AST, ALT e índice de Maddrey. El valor de lactato mostró una diferencia significativa entre los grupos, y fue más bajo en los pacientes respondedores (media, 1,86; DE, 0,77) en comparación con aquellos no respondedores (media, 3,27; DE, 2,08), con un valor  $p = 0,009$ . En el análisis de la relación entre el índice de Lille y el valor de lactato en pacientes con hepatitis grave se observó una ligera tendencia positiva. La línea de regresión muestra una tendencia ascendente, lo que sugiere que a medida que el índice de Lille aumenta también tienden a elevarse las cifras de lactato. Sin embargo, al evaluar la significancia estadística de esta relación, el valor de  $p$  obtenido fue de 0,177 (Figura 1).

**Conclusiones:** El consumo de alcohol puede desencadenar una acidosis metabólica por disminución de su aclaramiento respecto de los pacientes sin consumo excesivo de alcohol; los estudios previos indican que podría ser un predictor independiente de mortalidad en pacientes con trastorno de abuso de alcohol. La mayoría de las variables biomédicas no mostró diferencias significativas entre los grupos de pacientes, pero se reconoció una diferencia significativa entre las cifras de lactato en ambos grupos; sin embargo, al correlacionar con el índice de Lille no parece ser un adecuado marcador pronóstico de respuesta a los siete días, dado que no revela significancia. Se necesitan más estudios para aumentar el número de la muestra.

**Financiamiento:** No se recibió financiamiento de ningún tipo.

Figura 1. (Mar305)



## Mar306

### FACTORES RELACIONADOS A MAYOR MORTALIDAD EN PACIENTES CON HEPATITIS GRAVE ASOCIADA AL ALCOHOL TRATADOS CON PREDNISONA EN DOS CENTROS DE TERCER NIVEL

M. C. Alegría-Ovando, C. G. Solís-Hernández, J. Córdova-Gallardo, A. M. Vargas-Beltrán, L. I. Gallardo-González, C. L. Dorantes-Nava, S. Camacho-Hernández, F. Higuera-De-la-Tijera, Departamento de Gastroenterología y Hepatología, Hospital General de México Dr. Eduardo Liceaga

**Introducción:** La hepatitis alcohólica (HA) tiene una elevada mortalidad. El tratamiento con prednisona reduce la mortalidad a 28 días, pero podría acentuar los efectos adversos.

**Objetivo:** Notificar los factores relacionados con mayor mortalidad en pacientes con HA tratados con prednisona.

**Material y métodos:** Se analizó una cohorte retrospectiva del 2018 al 2023 con 114 pacientes ( $43,39 \pm 9,38$  años, 88,6% de hombres). Se incluyó a pacientes con diagnóstico de HA y tratamiento con prednisona. Se consideraron las principales complicaciones desarrolladas (CD) y se dividió a la población en aquellos que tuvieron CD y quienes no. Los datos cualitativos se expresaron en porcentajes y los cuantitativos en media  $\pm$  DE. La comparación estadística se realizó con la prueba t de Student no pareada de dos colas o ji cuadrada, según correspondiera con  $p < 0,05$ .

**Resultados:** Del total de 114 pacientes, 37 tuvieron CD ( $43,7 \pm 9,67$  años, 83,8% de hombres) y no difirieron en la edad ni el sexo comparados con los 77 pacientes sin CD ( $43,23 \pm 9,3$  años, 90,9% de hombres,  $p = 0,8039$ ). Los pacientes con CD mostraron mayor riesgo de mortalidad a 28 ( $21,62\%$ , vs.  $5,19\%$ ,  $p = 0,0075$ ), 90 ( $40,54\%$  vs.  $7,79\%$ ,  $p = 0,0000$ ) y 120 días ( $45,95\%$  vs.  $12,99\%$ ,  $p = 0,0001$ ). Del total, 37 (32,5%) mostraron una CD relacionada: 22 (19,7%) infección, 10 (8,7%) hemorragia, 4 (3,5%) lesión renal y 3 (2,6%) otros. La infección de vías urinarias (15, 45,9%) fue el tipo de infección más frecuente, con un tiempo de desarrollo de 3,45 días (1-11 días). En el análisis de los factores de riesgo, las cifras de urea ( $p = 0,0196$ ) y creatinina ( $p = 0,0004$ ) se relacionaron con mayor riesgo de CD.

**Conclusiones:** Los pacientes con HA desarrollan diversas complicaciones que producen mayor mortalidad, entre ellas infección, lesión renal y hemorragia.

**Financiamiento:** No se recibió financiamiento de ningún tipo.





# REVISTA DE GASTROENTEROLOGÍA DE MÉXICO

www.elsevier.es/rgmx



## Exposición de trabajos libres en cartel

Martes 19 de noviembre de 2024

### Cirrosis II

Mar307

#### VALOR DE MELD-LACTATO COMO PREDICTOR DE MORTALIDAD EN PACIENTES CON SANGRADO DE TUBO DIGESTIVO ALTO VARICEAL

S. Rodríguez-Jacobo, R. A. Jiménez-Castillo, C. A. Cortez-Hernández, J. O. Jáquez-Quintana, J. A. González-González, H. J. Maldonado-Garza, Hospital Universitario José Eleuterio González

**Introducción:** El sangrado variceal es una causa frecuente de descompensación en pacientes con cirrosis hepática. La mortalidad calculada en estos pacientes es hasta de 15%. Hoy en día no se dispone de escalas validadas para predecir la mortalidad a corto plazo. Es necesaria la implementación de herramientas pronósticas para instituir tratamientos más intensivos en pacientes con alto riesgo de mortalidad y mejorar de esa manera su sobrevida, por lo que se analizaron las calificaciones del MELD-lactato al ingreso como predictor de mortalidad intrahospitalaria y compararlas con las escalas pronósticas convencionales.

**Objetivo:** Determinar el valor de MELD-lactato calculado durante la admisión hospitalaria que se relaciona con mayor mortalidad intrahospitalaria en pacientes con hepatopatía crónica ingresados por sangrado del tubo digestivo alto variceal (STDAV).

**Material y métodos:** Se realizó un estudio transversal, observacional y analítico de noviembre de 2022 a marzo de 2024. Se incluyó a pacientes con diagnóstico previo de cirrosis hepática que acudieron al servicio de urgencias por STDAV. Se excluyó a los pacientes con diagnóstico de hepatitis alcohólica, peritonitis bacteriana espontánea, o personas que cumplieran criterios de falla hepática aguda sobre crónica. Al ingreso se realizó medición del lactato arterial y de escalas pronósticas como las de Child-Pugh-Turcotte (CPT), MELD-Na

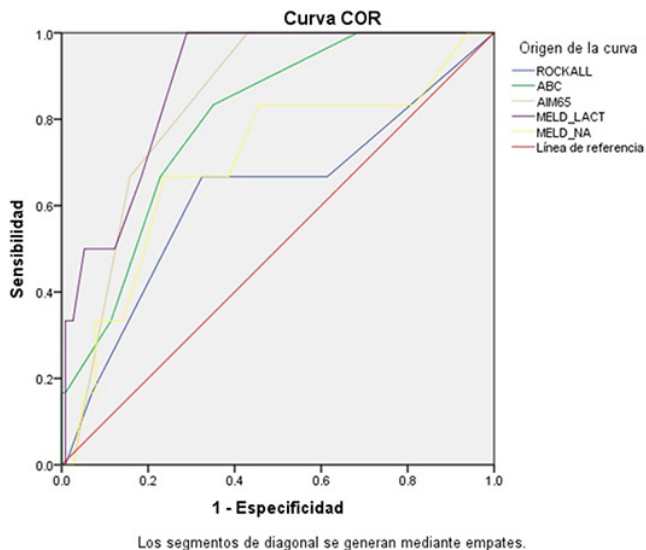
(*model for end-stage liver disease-sodium*), MELD-lactato, Rockall, AIMS65 y ABC. Se obtuvo mediante análisis de curva de la característica operativa del receptor (ROC) el punto de corte de MELD-lactato y de las escalas pronósticas convencionales que predecían con mayor sensibilidad y especificidad la mortalidad intrahospitalaria. Se realizó un análisis de supervivencia mediante curvas de Kaplan-Meier con los puntos de corte obtenidos y los grupos se compararon mediante la prueba *log-rank*.

**Resultados:** Se incluyó a 120 pacientes con sangrado variceal. Veinticuatro (27,6%) pacientes fueron CPT A, 49 (56,3%) CPT B y 14 (16,1%) CPT C. El valor promedio del lactato sérico al ingreso fue de 2,85 mmol/L ( $\pm 2,20$ ). El valor promedio de las escalas de MELD-Na, Rockall, AIMS65, ABC y MELD-lactato fueron de 16,06 ( $\pm 4,93$ ), 3,11 ( $\pm 1,05$ ), 1,64 ( $\pm 1,09$ ), 4,50 ( $\pm 1,82$ ) y 13,94 ( $\pm 3,64$ ), respectivamente. Ocurrieron seis (5,0%) muertes durante el estudio. La causa de muerte de los pacientes que fallecieron durante la hospitalización fue el choque hipovolémico secundario a hemorragia variceal. La mediana de sobrevida en los pacientes que perecieron fue de seis días (intervalo, 1-13). Estos pacientes tenían una media de lactato sérico al ingreso de 7,25 mmol/L ( $\pm 4,79$ ) frente a una media de 2,65 mmol/L ( $\pm 1,75$ ) en los que no murieron ( $p < 0,001$ ). Asimismo, los pacientes que fallecieron tenían una media de MELD-lactato de 20,0 ( $\pm 4,97$ ) contra una media de 13,62 ( $\pm 3,29$ ) en los que no fallecieron ( $p < 0,001$ ). El valor de MELD-lactato que mejor se correlacionó con la mortalidad intrahospitalaria fue  $\geq 14,5$ , con una sensibilidad del 100% y especificidad de 71,1%, y un área bajo la curva (AUC) de 0,886. El AUC de las escalas fue 0,798 para ABC, 0,841 para AIMS65, 0,626 para Rockall y 0,700 para MELD-Na (Figura 1). La sobrevida intrahospitalaria de pacientes con calificación de MELD-lactato  $\geq 14,5$  fue de 78,5% contra 100% en aquellos con una calificación menor ( $p = 0,001$ ).

**Conclusiones:** La medición de MELD-lactato al ingreso parece ser un excelente predictor para mortalidad intrahospitalaria en pacientes con cirrosis hepática y STDAV.

**Financiamiento:** No se recibió ningún financiamiento.

**Figura 1.** Curva COR para establecer el valor de corte de MELD-lactato y escalas pronósticas con respecto a la mortalidad intrahospitalaria. (Mar307)



### Mar308

## SOBREVIDA EN PACIENTES CON CIRROSIS HEPÁTICA DESCOMPENSADA POR ASCITIS A LOS QUE SE LE REALIZA PARACENTESIS DE GRAN VOLUMEN

K. P. Pérez-López, M. G. Reyes-Zermeño, Centro Médico Nacional 20 de Noviembre

**Introducción:** La cirrosis es la principal causa de ascitis en el mundo occidental con casi 80% de los casos. Es la complicación más común de la cirrosis y se desarrolla en 5% a 10% de los pacientes por año. El paciente con ascitis tiene una mortalidad a los dos años del 40%. Se desconoce la sobrevida de los pacientes que requieren someterse a paracentesis de gran volumen por lo que es necesario establecerla en esta población.

**Objetivo:** Determinar la sobrevida a dos años, el número de ingresos hospitalarios anuales y la principal causa de la cirrosis en pacientes con cirrosis hepática descompensada por ascitis sometidos a paracentesis de gran volumen comparada con la paracentesis de menor volumen.

**Material y métodos:** Estudio retrospectivo, transversal, observacional y analítico. Se seleccionó a los pacientes con cirrosis hepática tratados en el Centro Médico Nacional 20 de Noviembre durante enero de 2018 a junio de 2023, con un seguimiento de dos años y un periodo de inclusión de 2018 a 2021. Se integraron dos grupos de estudio: pacientes con cirrosis hepática con ascitis sometidos a paracentesis de gran volumen y con paracentesis < 5 L. Los criterios de exclusión fueron mujeres embarazadas o en periodo de lactancia, menores de 18 años y ascitis de un origen diferente de la enfermedad hepática crónica. Análisis: estadística descriptiva e inferencial y prueba t de Student para variables con distribución normal; para variables cualitativas se usaron ji cuadrada y el análisis de supervivencia mediante Kaplan-Meier y log-rank.

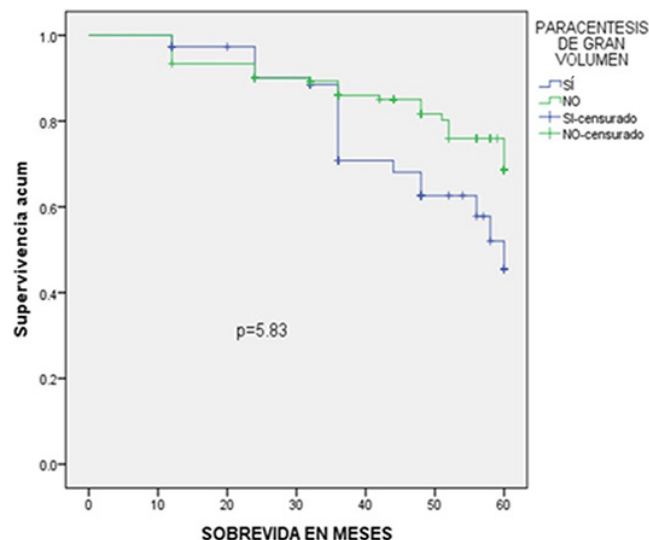
**Resultados:** Se analizó a 226 pacientes, 140 mujeres y 86 hombres, con edad promedio de 64,28 años (DE 13,33). La distribución por la clasificación de Child-Pugh fue B en 69% (n = 156) y C en 31% (n = 70). El promedio de la puntuación de MELD-NA fue de 16,93 (DE 7,10). En 33,2% (n = 75) se practicó paracentesis de gran volumen y en 66,8% (n = 151) paracentesis < 5 L, con un seguimiento promedio de dos años y una sobrevida del 90% en ambos grupos (p = 5,83) (Figura 1). Las principales causas fueron esteatosis hepática en 34,07% (n = 77), hepatitis C en 19,91% (n = 45) y alcoholismo en 12,38% (n = 28). Las principales comorbilidades fueron diabetes mellitus tipo 2 en 36,7% (n = 83), hipertensión arterial sistémica en 24,8% (n = 56), enfermedad renal crónica en 15% (n = 34) y obesidad en 16,4% (n = 37). Respecto de los ingresos hospitalarios anuales, la media fue de 1,36 (DE 1,05) en ambos grupos.

**Conclusiones:** No se observaron diferencias estadísticamente significativas en la sobrevida entre los pacientes sometidos a paracentesis de gran volumen

y aquellos que no; tampoco se identificó una diferencia en el número de ingresos hospitalarios anuales en ambos grupos. La principal causa de la cirrosis hepática en esta población fue la esteatosis hepática.

**Financiamiento:** No se recibió financiamiento de ningún tipo.

**Figura 1.** Sobrevida en pacientes objeto de paracentesis de gran volumen comparada con el grupo control. (Mar308)



### Mar309

## MORTALIDAD EN PACIENTES CIRRÓTICOS CON HEMORRAGIA VARICEAL

G. A. Román-Lugo, J. Pérez-Sánchez, L. R. Antuna-Villaseñor, A. E. Chavarín-Meza, Y. Tadeo-Jiménez, R. Moreno-Alcántar, A. Bautista-Santos, Hospital de Especialidades, Centro Médico Nacional Siglo XXI, Instituto Mexicano del Seguro Social

**Introducción:** La hemorragia variceal (HV) es una de las complicaciones más graves de los pacientes con cirrosis, particularmente en aquellos en fase de descompensación. En este escenario se ha descrito una frecuencia de 65% a 70% de sangrado por varices esofágicas y 10% a 36% por varices gástricas. Se ha determinado una mortalidad a las seis semanas con cada episodio de HV de 15% a 20%, que varía de acuerdo con la clase funcional al momento del sangrado hasta alcanzar un 30% en pacientes con clasificación de Child-Pugh-Turcotte (CPT) C. Sin embargo, la mortalidad del primer sangrado por varices gástricas se mantiene en 38% a 55% a las seis semanas. En pacientes con profilaxis secundaria se ha informado hasta 35% de mortalidad. Existe poca información sobre la mortalidad de HV en pacientes con cirrosis en México; este estudio surge a partir de la necesidad de fortalecer la epidemiología mexicana al respecto.

**Objetivo:** Describir la mortalidad y las características demográficas en pacientes cirróticos con HV en un centro de referencia que cuenta con disponibilidad de tratamiento médico y endoscópico las 24 horas para la atención integral del paciente acorde a las guías y consensos internacionales.

**Material y métodos:** Se incluyó a pacientes con cirrosis hepática que ingresaron al servicio de gastroenterología del Hospital de Especialidades del Centro Médico Nacional Siglo XXI con el diagnóstico de HV, que fueron objeto de tratamiento endoscópico y que recibieron vasopresores. Periodo de estudio: junio del 2022 a junio del 2024. Estudio descriptivo, transversal, retrospectivo y observacional. De acuerdo con el tipo de variable y la distribución de los datos, los resultados se presentaron en frecuencias, porcentajes, medianas, medias y desviación estándar. Se utilizaron t de Student, U de Mann-Whitney y ji cuadrada acorde a la distribución de las variables.

**Resultados:** Se incluyó a 98 pacientes, con predominio del sexo femenino (58,2%) y edad promedio de 55,42 ± 12,2 años; la causa más prevalente fue la enfermedad esteatósica hepática relacionada con disfunción metabólica (MASLD) con 41,8%. La mediana de puntuación de MELD 3.0 fue de 16 (16-21) y la de CPT de 7 puntos (6-9). La mediana de días de estancia intrahospitalaria fue de seis días. El resto de las características demográficas se describe en la

**Tabla 1.** Al momento del ingreso se identificó ascitis > grado 1 en un 49%, encefalopatía hepática en 15,3% y LRA en 25,5%. Hasta 61 pacientes se encontraban en profilaxis con betabloqueo. El 87,8% recibió terlipresina y el resto octreótida. En 23 pacientes se observaron varices pequeñas según la escala de Baveno y varices grandes en 72 (73,8%). De acuerdo con la clasificación de Sarin: 36 pacientes tenían GOV1, 33 GOV2; cinco IGV-1 y cuatro IGV-2. En 22 pacientes se necesitó la obliteración con cianoacrilato y en uno TIPS. Durante el

Tabla 1. (Mar309)	
Variable	n = 98
Género (femenino)	57 (58,2)
Edad (años, mediana, DE)	55,42 ± 12,2
Peso (kg, mediana, IQR)	64 (58-76,2)
IMC (mediana, IQR)	25,7 (23,46-29,38)
<b>Causas de la cirrosis hepática</b>	
MASLD	41 (41,8%)
CBP	15 (15,3%)
metALD	11 (11,2%)
ALD	9 (9,2%)
Otras*	22 (22,5%)
MELD 3.0 (puntos, mediana, IQR)	16 (12-21)
Child-Pugh-Turcotte (puntos, mediana, IQR)	7 (6-9)
<b>Comorbilidades</b>	
DM2	39 (39,8%)
HAS	23 (23,5%)
Betabloqueo	61 (61,2%)
Propranolol	55 (56,1%)
Carvedilol	6 (6,1%)
<b>Bioquímica</b>	
Bilirrubina total (mg/dL, mediana, IQR)	1,43 (0,83-1,98)
Sodio (mmol/L, mediana, IQR)	136 (132-139)
Albumina (g/dL, media, DE)	2,72 ± 0,59
INR (mediana, IQR)	1,36 (1,22-1,57)
Hemoglobina (g/dL, media, DE)	8,6 ± 2,55
Creatinina basal (mg/dL, mediana, IQR)	0,75 (0,65-0,92)
Creatinina al ingreso (mg/dL, mediana, IQR)	0,86 (0,74-1,25)
<b>Mortalidad</b>	
n = 6	
MELD 3.0	
0-9	0
10-18	1
Mayor a 18	5
<b>Child-Pugh-Turcotte</b>	
A (5-6 puntos)	1
B (7-9 puntos)	2
C (10 puntos en adelante)	3

\*Pacientes con cirrosis hepática secundaria a infección por virus de la hepatitis B, virus de la hepatitis C, colangitis esclerosante primaria, hepatitis autoinmunitaria, síndrome de Budd-Chiari, colangitis esclerosante secundaria, causa no filiada y síndromes de sobreposición, hepatitis autoinmunitaria con colangitis biliar primaria. DE, desviación estándar; IQR, rango intercuartílico; MASLD, enfermedad esteatósica hepática relacionada con disfunción metabólica; CBP, colangitis biliar primaria; metALD, enfermedad esteatósica hepática relacionada con disfunción metabólica y alcohol; ALD, enfermedad hepática alcohólica; MELD, modelo de enfermedad hepática terminal; DM2, diabetes mellitus tipo 2; HAS, hipertensión arterial sistémica.

seguimiento a seis semanas, 6 (6,1%) pacientes fallecieron, de los cuales el 66,6% (4) cursó con ACLF de grado 3. Se categorizó al MELD 3.0 en tres grupos: 0-9, 10-18, > 18, y se encontró diferencia entre los grupos respecto de la mortalidad ( $p = 0,042$ ). Se comparó la mortalidad en relación con la clase funcional acorde a CPT y se obtuvo significancia estadística ( $p = 0,004$ ).

**Conclusiones:** La mortalidad a seis semanas informada en este centro es inferior a la registrada en diferentes estudios epidemiológicos internacionales. Predominó el sexo femenino y la causa más prevalente de cirrosis hepática en pacientes con HV fue la MASLD, con una mayor puntuación de CPT; la escala MELD 3.0 mostró mayor mortalidad. Estos hallazgos podrían sugerir que la disponibilidad de recursos humanos y el acceso al tratamiento médico y endoscópico basado en las recomendaciones internacionales podrían modificar la mortalidad de esta enfermedad. Los pacientes que murieron cursaron en su mayoría con falla hepática aguda sobre crónica de grado 3 u otra complicación aguda de la afección.

**Financiamiento:** No se recibió financiamiento de ningún tipo.

## Mar310

### FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS CON RESANGRADO TEMPRANO EN PACIENTES CON CIRROSIS HEPÁTICA Y HEMORRAGIA VARICEAL

J. Pérez-Sánchez, G. A. Román-Lugo, L. R. Antuna-Villaseñor, A. E. Chavarrín-Meza, Y. Tadeo-Jiménez, R. Moreno-Alcántar, A. Bautista-Santos, Instituto Mexicano del Seguro Social IMSS

**Introducción:** La cirrosis es una de las principales causas de morbilidad y mortalidad mundial; en 2017 se calculaba que había 112 millones de casos de cirrosis en el mundo y en Estados Unidos se ha notificado una prevalencia cercana a 0,27% y es mayor en la población mexicoestadounidense. Sin embargo, en México no se dispone de los datos suficientes para determinar una prevalencia nacional, pero representa la sexta causa de mortalidad y se ha incrementado en los últimos 30 años. Una de las complicaciones más graves relacionadas con la cirrosis y la hipertensión portal es la hemorragia variceal, una de las principales causas de mortalidad en estos pacientes. La incidencia de resangrado temprano ha decrecido desde 30% a 40% en los primeros informes hasta 20% en los más recientes. Se considera al resangrado uno de los principales factores vinculados con la mortalidad en estos pacientes, motivo por el cual surge la necesidad de determinar los factores de riesgo relacionados con resangrado temprano en esta población.

**Objetivo:** Determinar los factores de riesgo de resangrado a las seis semanas en pacientes con cirrosis hepática y hemorragia variceal.

**Material y métodos:** Estudio transversal, descriptivo, retrospectivo y observacional. Periodo de estudio: junio de 2022 a junio de 2024. Se incluyó a pacientes mayores de 18 años con diagnóstico de cirrosis hepática con diagnóstico de hemorragia variceal, a quienes se realizó tratamiento endoscópico y farmacológico, hospitalizados en el servicio de gastroenterología del Hospital de Especialidades del Centro Médico Nacional Siglo XXI. Se analizaron las variables mediante estadística descriptiva; los resultados se presentaron mediante frecuencias, porcentajes, medias y medianas con rango intercuartílico o desviación estándar a través de la distribución de las variables. Se utilizó ji cuadrada para estudiar la relación entre variables cualitativas y la presencia de resangrado y de manera adicional se utilizó un análisis de regresión logística para identificar el riesgo de resangrado.

**Resultados:** Se incluyó a 98 pacientes, de los cuales el 58,2% correspondió al sexo femenino. La causa más frecuente en esta población fue la enfermedad hepática esteatósica relacionada con disfunción metabólica con 41,8%. La mediana de la puntuación de MELD 3.0 se calculó en 16 y la puntuación de Child-Pugh-Turcotte (CPT) en 7. El resto de las características demográficas de la población se describe en la **Tabla 1**. Se obtuvo una mortalidad general del 6,1% a seis semanas. El 14,3% de los pacientes sufrió resangrado a seis semanas. La mortalidad a seis semanas en los pacientes con resangrado fue del 21,4%. Se categorizaron las variables de MELD 3.0 en tres grupos: de 0-9, de 10-18 y > 18. De los pacientes que sufrieron resangrado, 4 de 9 (44,4%) se encontraban en MELD de 0-9, 7 de 54 (13%) en 10-18 y 3 de 35 (8,6%) > 18, respectivamente. De la misma manera se categorizó la clase funcional acorde a la puntuación de CPT. En la clase A se identificó a cuatro pacientes con resangrado de un total de 24 asignados a dicha clasificación (16,7%), en la clase B se agruparon 9 de 64 (14,1%) y C con 1 de 10 (19%). De las variables estudiadas ninguna demostró significancia estadística.

**Conclusiones:** La frecuencia de resangrado en este estudio es menor al notificado en las publicaciones internacionales. Dentro de las variables del estudio, ninguna alcanzó significancia estadística.

**Financiamiento:** No se recibió financiamiento de ningún tipo.

Tabla 1. (Mar310)

Variable	n = 98
Género (femenino)	57 (58,2)
Edad (años, mediana, DE)	55,42 ± 12,2
Peso (kg, mediana, IQR)	64 (58-76,2)
IMC (mediana, IQR)	25,7 (23,46-29,38)
Causa de la cirrosis hepática	
MASLD	41 (41,8%)
CBP	15 (15,3%)
metALD	11 (11,2%)
ALD	9 (9,2%)
Otras*	22 (22,5%)
MELD 3.0 (puntos, mediana, IQR)	16 (12-21)
Child-Pugh-Turcotte (puntos, mediana, IQR)	7 (6-9)
Comorbilidades	
DM2	39 (39,8%)
HAS	23 (23,5%)
Tabaquismo	36 (36,7%)
Betabloqueo	61 (61,2%)
Propranolol	55 (56,1%)
Carvedilol	6 (6,1%)
Bioquímica	
Bilirrubina total (mg/dL, mediana, IQR)	1,43 (0,83-1,98)
Sodio (mmol/L, mediana, IQR)	136 (132-139)
Albúmina (g/dL, media, DE)	2,72 ± 0,59
INR (mediana, IQR)	1,36 (1,22-1,57)
Hemoglobina (g/dL, media, DE)	8,6 ± 2,55
Creatinina basal (mg/dL, mediana, IQR)	0,75 (0,65-0,92)
Creatinina al ingreso (mg/dL, mediana, IQR)	0,86 (0,74-1,25)
Resangrado	
n = 14	
MELD 3.0	
0-9	4
10-18	7
Mayor de 18	3
Child-Pugh-Turcotte	
A (5-6 puntos)	4
B (7-9 puntos)	9
C (> 10 puntos)	1

\*Pacientes con cirrosis hepática secundaria a infección por virus de la hepatitis B, virus de la hepatitis C, colangitis esclerosante primaria, hepatitis autoinmunitaria, síndrome de Budd-Chiari, colangitis esclerosante secundaria, causa no filiada y síndromes de superposición, hepatitis autoinmunitaria con colangitis biliar primaria. DE, desviación estándar; IQR, rango intercuartílico; MASLD, enfermedad esteatósica hepática relacionada con disfunción metabólica; CBP, colangitis biliar primaria; metALD, enfermedad esteatósica hepática relacionada con disfunción metabólica y alcohol; ALD, enfermedad hepática alcohólica; MELD, modelo de enfermedad hepática terminal; DM2, diabetes mellitus tipo 2; HAS, hipertensión arterial sistémica.

## Mar311

### FACTORES DE RIESGO Y PROGRESIÓN A ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA EN PACIENTES CIRRÓTICOS INGRESADOS CON LESIÓN RENAL AGUDA EN EL HOSPITAL DE ESPECIALIDADES PUEBLA

J. J. Durán-Castro, J. Serrano-Casas, A. García-Galicia, J. A. Ortega-Tecuatl, A. Galindo-Félix, A. D. Lugo-García, G. López-Urbina, I. D. Espinoza-Villalobos, Instituto Mexicano del Seguro Social

**Introducción:** La lesión renal aguda es una complicación frecuente de la cirrosis y se acompaña de un mal pronóstico. La mortalidad a 30 días oscila entre 30% y 70%, según sean el estadio de la lesión renal aguda y las comorbilidades del paciente. Sin embargo, en los enfermos que sobreviven, la lesión renal aguda ahora debe considerarse una bomba de tiempo, ya que puede predisponer a la enfermedad renal crónica. La evidencia es insuficiente sobre el deterioro crónico de la función renal en estos pacientes.

**Objetivo:** Comparar los factores de riesgo de avance a la enfermedad renal crónica en pacientes con cirrosis y lesión renal aguda.

**Material y métodos:** Se realizó un estudio comparativo, transversal, unicéntrico y homodémico en la UMAE IMSS, Puebla, durante el periodo comprendido entre marzo de 2023 y marzo de 2024. Se incluyó a pacientes hospitalizados con cirrosis y lesión renal aguda en esta unidad y se determinó su tasa de filtrado glomerular con medición de creatinina sérica a los tres meses posteriores al episodio de la lesión renal aguda. Se compararon los factores de riesgo en pacientes con lesión renal aguda con cirrosis que evolucionaron a enfermedad renal crónica respecto de los que no avanzaron a enfermedad renal crónica. Para comparar ambos grupos se utilizó la U de Mann-Whitney y se consideró estadísticamente significativa una  $p \leq 0,05$ .

**Resultados:** En este estudio participaron 15 pacientes de los cuales 66,7% correspondió a hombres y 33,3% a mujeres. De estos 15 pacientes, seis desarrollaron enfermedad renal crónica (40%), el 50% de mujeres; de este grupo, cinco tenían cirrosis secundaria a enfermedad hepática esteatósica relacionada con disfunción metabólica (83,3%) y el 100% desarrolló como comorbilidad hipertensión arterial y diabetes mellitus tipo 2, en un 100% y 80%, respectivamente. Además, un sujeto padecía cirrosis por alcohol (16,7%). Por otro lado, nueve pacientes no evolucionaron a enfermedad renal crónica y de ellos el 77,8% tenía cirrosis por alcohol y solo el 11,1% cirrosis por MASLD (*metabolic dysfunction-associated steatotic liver disease*). En el grupo con enfermedad renal crónica, la creatinina sérica a los tres meses arrojó una media de 2,15 mg/dL, con un valor mínimo de 1,17 mg/dL y uno máximo de 4,48 mg/dL. Respecto de la tasa de filtrado glomerular a los tres meses, se registró una media de 38 mL/min/1,73m<sup>2</sup>, con un valor mínimo de 14 mL/min/1,73 m<sup>2</sup> y uno máximo de 58 mL/min/1,73 m<sup>2</sup>. En el análisis estadístico con U de Mann-Whitney se halló una  $p$  estadísticamente significativa para hipertensión arterial, creatinina sérica y tasa de filtrado glomerular a los tres meses del episodio de lesión renal aguda (Tabla 1).

**Conclusiones:** En este trabajo se observó que los pacientes con cirrosis por enfermedad hepática esteatósica relacionada con disfunción metabólica

Tabla 1. Resultados de variables en las que se observa la significancia estadística de la creatinina sérica y la tasa de filtrado glomerular a los tres meses posteriores al episodio de lesión renal aguda. (Mar311)

	Enfermedad renal crónica					U de Mann-Whitney	
	Sí						
	Desviación		Mediana	Mínimo	Máximo		
Media	estándar	Media					
Creatinina sérica	2,29	0,58	2,16	1,62	3,08	1,85	0,018
Creatinina basal	1,09	0,08	1,10	1,00	1,20	0,89	0,50
Creatinina a los tres meses	2,15	1,24	1,62	1,17	4,48	0,90	< 0,001
TFG a los tres meses	38	16	40	14	58	91	< 0,001



evolucionaron en mayor proporción a la enfermedad renal crónica, a diferencia de otras causas; asimismo, se identificó la hipertensión arterial como un factor de riesgo añadido en este grupo. Por otro lado, la creatinina sérica y la tasa de filtrado glomerular a los tres meses fueron los parámetros con mayor significancia estadística para avance a la enfermedad renal crónica.

**Financiamiento:** No se dispuso de ningún financiamiento.

### Mar312

## NIVELES DE ALFA FETOPROTEÍNA SEGÚN LA ETIOLOGÍA DE CIRROSIS HEPÁTICA, EN PACIENTES CON CARCINOMA HEPATOCELULAR: ANÁLISIS DE CASOS

P. J. Soto-Agustín, J. A. Velarde-Ruiz Velasco, A. Guzmán-Lepe, J. M. Aldana-Ledesma, Antiguo Hospital Civil Fray Antonio Alcalde

**Introducción:** El carcinoma hepatocelular es el tumor maligno más común de hígado y más del 80% de los casos ocurre en pacientes con cirrosis hepática, lo que representa el segundo lugar mundial de mortalidad por cáncer y en México la tercera causa en pacientes mayores de 60 años.

**Objetivo:** Describir los valores de la fetoproteína  $\alpha$  encontrados en los pacientes con carcinoma hepatocelular y cirrosis, según la causa y el comportamiento epidemiológico.

**Material y métodos:** Estudio retrospectivo de corte transversal y descriptivo durante cinco años. Variables analizadas: edad de diagnóstico, causa de cirrosis hepática, estratificación de esta por CPT, método diagnóstico, cifras de fetoproteína  $\alpha$ , BCLC, ECOG y estado de salud actual. Se realizó un análisis univariado para las variables continuas y el bivariado con la prueba de Kruskal-Wallis, calculado con un intervalo de confianza del 95% y significación de  $p < 0,05$ .

**Resultados:** Se realizó una búsqueda en expedientes electrónicos en el periodo comprendido entre junio de 2019 y junio de 2024 y se obtuvo un total de 54 pacientes; se excluyó a cuatro por no cumplir con los criterios de inclusión y en total se analizó a 50 pacientes. La mayoría se encontraba al momento del diagnóstico en el intervalo de edad de 61 a 70 años (30%); las tres principales causas de cirrosis hepática fueron VHC (42%), alcohol (32%) y desconocida (20%). Casi todos tenían CPT B (40%) y el método de diagnóstico más empleado fue la tomografía axial computarizada trifásica (82%) y solo el 24% contaba con estudio histopatológico. La mayor parte de los pacientes se identificó en la categoría D del *Barcelona clinic liver cancer*, (46%) y el estado funcional según la escala *Eastern cooperative oncology group* (ECOG) fue de 0 a 2 en un 70%, con una mortalidad de 44%. Los valores de la fetoproteína  $\alpha$  tienden a ascender a más 200 ng/mL en pacientes con carcinoma hepatocelular (62%), pero al observar las relaciones se evidencia que no existe diferencia entre los valores de la fetoproteína y  $\alpha$  las causas de la cirrosis ( $p = 0,23$ ).

**Conclusiones:** La causa más frecuente relacionada con la cirrosis es el virus de la hepatitis C, en el que se registran las cifras más elevadas de la fetoproteína  $\alpha$ ; sin embargo, al comparar las medias muestrales, la distribución de los valores de fetoproteína  $\alpha$  es la misma en las diferentes causas, sin relación entre los valores y la causa específica de cirrosis.

**Financiamiento:** No se recibió financiamiento de ningún tipo.

### Mar313

## DESENLACES Y CARACTERÍSTICAS EN PACIENTES CON SÍNDROME HEPATOPULMONAR EN UN CENTRO DE TERCER NIVEL EN LA CIUDAD DE MÉXICO: UN ANÁLISIS DESCRIPTIVO

J. C. Jiménez-Mendoza, Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán

**Introducción:** El síndrome hepatopulmonar se caracteriza por la triada de oxigenación arterial anormal causada por dilataciones vasculares intrapulmonares en el contexto de enfermedad hepática avanzada, hipertensión portal o cortocircuitos portosistémicos congénitos. En México se ha calculado una prevalencia de 4% a 30% en pacientes con enfermedad hepática. Existen pocos estudios al respecto.

**Objetivo:** Describir las características clínicas, gasométricas y ecocardiográficas y los desenlaces vinculados con la enfermedad hepática en pacientes con síndrome hepatopulmonar en un hospital de tercer nivel.

**Material y métodos:** Se realizó un estudio unicéntrico, observacional, transversal y retrospectivo en 164 pacientes con diagnóstico de cirrosis hepática y un ecocardiograma de paso tardío de burbujas a cavidades izquierdas. Se analizaron los ecocardiogramas desde marzo de 2015 hasta febrero de 2024. Las variables categóricas se expresaron con frecuencias y proporciones y las variables continuas mediante medias y desviaciones estándar o medianas y rangos intercuartílicos. Se utilizó el programa SPSS en su versión 29.

**Resultados:** Se incluyó a 164 pacientes para el análisis, con 36% de hombres y 64% de mujeres. Con respecto a la causa de la cirrosis, la más frecuente fue la autoinmunitaria con un total de 43 pacientes (26,2%), seguida de la viral (7,8%), criptogénica (22,6%), alcohólica (7,9%) y MASLD (6,7%) ( $n = 11$ ). Otras causas se encontraron en 22 pacientes (13,4%), 46 (28%) se habían sometido a trasplante y 16 (34,7%) fueron objeto de trasplante con criterios de excepción al MELD. Hasta 38 (23,2%) pacientes murieron, 18 (47,3%) por alguna causa relacionada con la enfermedad hepática; 149 (90,9%) presentaron alguna descompensación. Se identificaron ascitis en 119 (72,6%) pacientes, encefalopatía (62,2%), hemorragia variceal (44,5%) e hidrotórax (4,9%); 33 (20,1%) individuos desarrollaron algún grado de carcinoma hepatocelular y la etapa más frecuente fue BCLC A (41%), seguida de BCLC-B (18,1%). Se encontró algún grado de trombosis portal en 34 (20,7%) pacientes y 85 (51,8%) tuvieron algún cortocircuito portosistémico en la tomografía multifásica de hígado más reciente; hasta 75 pacientes (45,7%) se encontraban con betabloqueo, 32,9% con propranolol y 12,8% con carvedilol. La mayor parte mostró una etapa descompensada de la enfermedad, 70 (42,7%) enfermos tuvieron una categoría C de Child-Pugh, 72 (43,9%) Child-Pugh B y 20 (12,2%) Child-Pugh A. La mediana de la puntuación de Child-Pugh fue de 9 puntos (IQR = 5-14). La mediana de puntuación de MELD original fue de 13 puntos (IQR = 6,0-39,0), la mediana de la escala MELD-Na de 14 puntos (IQR = 6-39) y la mediana de MELD 3.0 de 16 (IQR = 7-41). Un total de 101 pacientes (61,6%) se clasificó como moderados, seguidos por 29 (17,7%) con una clasificación leve, 18 con un grado muy grave (11%) y 16 (9,8%) con un grado grave; 27 (16,5%) eran usuarios de oxígeno complementario. La mediana de FEVI fue de 65%, la media de PSAP de 27,8 y la media de la velocidad de IT de 2,2 cm/s; 49 (29,9%) pacientes sufrieron disfunción diastólica y 56 (34,1%) tenían alguna valvulopatía.

**Conclusiones:** La causa más prevalente de la enfermedad hepática fue la autoinmunitaria, seguida de la viral. La mayor parte de los pacientes había sufrido al menos un episodio de descompensación. El 28% se había sometido a trasplante (con aproximadamente una tercera parte bajo criterios de excepción al MELD) y 23,2% había fallecido al momento del análisis. La mayoría de los sujetos se encontraba en una etapa avanzada de la enfermedad hepática, 86,6% con una puntuación de Child-Pugh B o C y una mediana de MELD-Na de 14 y MELD-3.0 de 16.

**Financiamiento:** No se contó con financiamiento para este protocolo.



# REVISTA DE GASTROENTEROLOGÍA DE MÉXICO

www.elsevier.es/rgmx



## Exposición de trabajos libres en cartel

Martes 19 de noviembre de 2024

### Hepatitis virales

Mar314

#### LA NARINGENINA, UN FLAVONOIDE EFICAZ PARA PREVENIR EL DESARROLLO DE LA FIBROSIS HEPÁTICA EXPERIMENTAL AL INHIBIR LA VÍA $\alpha$ -SMA/TGF-B

R. Flores-Peña, F. Caloca-Camarena, S. Arceo-Orozco, M. Galicia-Moreno, H. C. Monroy-Ramírez, J. Armendáriz-Borunda, Instituto de Biología Molecular y Tratamiento Génica, Centro Universitario de Ciencias de la Salud, Universidad de Guadalajara

**Introducción:** Durante la fibrosis hepática (FH), la activación de las células estelares (CEH) induce la expresión de  $\alpha$ -SMA, uno de los principales marcadores profibrogénicos. Los flavonoides, como la naringenina (NAR), han demostrado propiedades antioxidantes y antiinflamatorias, pero sus efectos antifibróticos en la FH ya establecida no se han explorado.

**Objetivo:** Evaluar el efecto antifibrogénico de la NAR sobre la FH inducida de modo experimental.

**Material y métodos:** Se aleatorizó a ratas Wistar macho (200-225 g) en cinco grupos (n = 5). Grupo 1: sin tratamiento (agua, i.p. por ocho semanas) (ST); grupo 2: ratas administradas con agua (i.p. por cuatro semanas) y luego recibieron NAR (100 mg/kg/día, PO) por otras cuatro semanas (NAR 4S); grupo 3: animales tratados con tioacetamida (TAA, 200 mg/kg/i.p. tres veces por semana) durante cuatro semanas y, culminado este tratamiento, los animales recibieron CMC 0,5% PO por otras cuatro semanas (TAA 4S); grupo 4: animales tratados con TAA por ocho semanas a la dosis ya mencionada; y grupo 5: ratas administradas con TAA durante cuatro semanas y luego con NAR por otras cuatro semanas a las dosis antes señaladas (TAA 4S + NAR 4S); al terminar los tratamien-

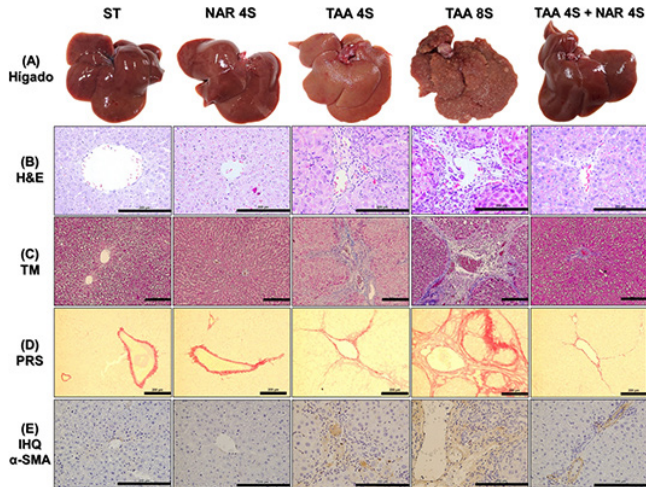
tos correspondientes, los animales se anestesiaron y sacrificaron. Se evaluaron marcadores de daño hepático y estrés oxidativo; además, se realizó la evaluación histológica mediante tinciones H-E, tricrómica de Masson (TM) y picro-rojo sirio (PRS) para evaluar el proceso fibrogénico. Por último, se analizó la expresión y localización de las proteínas fibrogénicas por inmunohistoquímica (IHQ). Los resultados obtenidos se analizaron con ANOVA de una vía y una prueba *post hoc* de Tukey y se consideró una significancia estadística un valor de  $p \leq 0,05$ .

**Resultados:** La inducción de la FH provocó alteraciones macroscópicas y microscópicas en el tejido hepático y se identificaron células con infiltrados inflamatorios y acumulación de matriz extracelular (MEC). Estas alteraciones fueron limitadas por la administración de NAR. Por otro lado, el daño inducido por TAA incrementó la actividad de las enzimas ALT y GGT, y la NAR evitó el incremento de ambos marcadores de daño. Las tinciones TM y PRS muestran que el daño infligido favorece la acumulación de colágena tipos I y III y, de manera interesante, la administración de NAR disminuye en grado significativo la acumulación de MEC. Por último, el tratamiento con NAR redujo en gran medida la expresión y localización de las proteínas fibrogénicas como el factor de crecimiento transformador B (TGF-B) y actina  $\alpha$  de músculo liso ( $\alpha$ -SMA) en tejido hepático, lo que sugiere que la NAR inhibe la activación de las CEH durante la FH. En la **Figura 1** se observan imágenes representativas del análisis histológico en tejido hepático de los grupos del modelo experimental de FH tratados con NAR.

**Conclusiones:** El tratamiento con NAR evita el avance de la FH experimental al modular la expresión de  $\alpha$ -SMA y TGF-B, lo que evitaría la activación de las CEH. Falta realizar análisis adicionales que profundicen los mecanismos farmacodinámicos y moleculares modulados por NAR en el tratamiento de la FH.

**Financiamiento:** Este trabajo recibió patrocinio parcial del CONAHCYT: Paradigmas y Controversias de la Ciencia 2022, 320341 y del Programa para el Desarrollo Profesional Docente, 511-6/2020-8586 PTC-1565.

**Figura 1.** Análisis histopatológico del tejido hepático de los grupos del modelo experimental de FH tratado con NAR. A, fotografías representativas de los hígados de cada uno de los grupos de estudio después del sacrificio. Las fotografías se obtuvieron en el microscopio después de la tinción (B) H-E 40x, (C) TM 20x, (D) PRS 20x y (E) IHQ para  $\alpha$ -SMA 40x sobre secciones de tejido hepático para cada grupo del modelo murino. Barra de escala a 200 $\mu$ m. (Mar314)



### Mar315

#### PERFIL DE CITOCINAS EN HEPATITIS C CRÓNICA DE ACUERDO CON EL GRADO DE FIBROSIS, EN LA BÚSQUEDA DE NUEVOS BIOMARCADORES

A. Hernández-Barragán, M. Martínez-Castillo, A. Flores-Sánchez, M. Hernández-Santillán, L. Muñoz-Espinosa, P. Cordero-Pérez, J. L. Pérez-Hernández, F. Higuera-De-la-Tijera, G. Gutiérrez-Reyes, Grupo Colaborativo: Grupo MEXFIBRO, Laboratorio de Hígado, Páncreas y Motilidad (HIPAM), Unidad de Investigación en Medicina Experimental, Facultad de Medicina, UNAM; Hospital General de México Dr. Eduardo Liceaga

**Introducción:** Los antivirales de acción directa (AAD) contra el virus de la hepatitis C (VHC) son un hito para la humanidad, ya que permiten la eliminación del virus; sin embargo, los pacientes aún pueden avanzar al hepatocarcinoma debido a la inflamación y la fibrosis.

**Objetivo:** Determinar un perfil inflamatorio (IFN- $\gamma$ , TNF- $\alpha$ ) y antiinflamatorio (IL-10 e IL-1RA) que pueda indicar el grado de inflamación/antiinflamación en los diferentes grados de fibrosis es importante en la búsqueda de nuevos biomarcadores.

**Material y métodos:** Estudio prospectivo, transversal y multicéntrico aprobado por el comité de ética de la UNAM y el Hospital General de México; se incluyó a sujetos positivos al VHC sin tratamiento previo y con datos clínicos y bioquímicos consistentes con hepatitis C crónica; asimismo, se incluyó a individuos negativos a VHC (grupo control) y a otras afecciones. Además, se realizó una encuesta personalizada de enfermedades crónicas y recientes y de consumo de alcohol. Se solicitaron pruebas de laboratorio y gabinete, incluidos Fibroscan o Fibrotest, para la determinación del grado de fibrosis. La cuantificación en suero del perfil de citocinas (IFN- $\gamma$ , TNF- $\alpha$ , IL-10 e IL-1RA) se efectuó mediante arreglo en suspensión múltiple. Los datos se analizaron con el programa SPSS v.22 y las pruebas estadísticas de Kruskal-Wallis, U de Mann-Whitney y ANOVA, y se consideró un valor de  $p > 0,05$ .

**Resultados:** Se incluyó a 180 pacientes CT e individuos con HCC con diferentes grados de fibrosis: F0 = 21, F1 = 16, F2 = 16, F3 = 21 y F4 = 33. Como se ha estudiado, el VHC inhibe la actividad de IFN- $\gamma$ , a pesar de lo cual en las diferentes poblaciones ha sido controversial su concentración sérica. En esta población, los valores fueron bajos. Otro factor importante de la inflamación es TNF- $\alpha$  que se encontró aumentado en todas las etapas, hasta seis veces más que los grupos CT y F4. Al analizar los resultados de citocinas antiinflamatorias, en el caso de IL-10 la mayor concentración se observó en F2 (aumentada hasta siete veces), mientras que para IL-1RA en F2 se encontró elevada 10 veces más que en F1 y F3; además, al analizar los cocientes se identificó un ambiente mayormente antiinflamatorio en F4 mediado por IL-1RA ante TNF- $\alpha$  e IFN- $\gamma$ , y

en F2 el estado antiinflamatorio estaba mediado mayormente por IL-10 y en menor medida por IL-1RA en F1 y F2, lo que mostró que el microambiente inflamatorio/antiinflamatorio tiene en el plano periférico mayor actividad.

**Conclusiones:** En HCC, el estadio F2 es un punto de inflexión importante pues se favorece el estado inflamatorio que mantiene el daño por VHC, lo que hace evidente la importancia de medir mayor número de moléculas antiinflamatorias y con ello incidir en la limitación del proceso fibrogénico hepático.

**Financiamiento:** No se recibió ningún financiamiento.

### Mar316

#### CORRELACIÓN DE DOS EQUIPOS DE ELASTOGRAFÍA TRANSITORIA PARA ESTIMACIÓN DE ESTEATOSIS Y FIBROSIS HEPÁTICA

R. A. Gómez-Mendoza, E. Juárez-Hernández, M. Berrospe-Alfaro, R. López De Cárdenas-Rojo, M. H. Ramos-Ostos, G. Castro-Narro, I. Y. López-Méndez, Médica Sur

**Introducción:** La esteatosis hepática metabólica (MASLD, *metabolic dysfunction-associated steatotic liver disease*) es hoy día la afección hepática más común, con una prevalencia variable que oscila entre 17% y 46%. Este trastorno puede ser reversible y tratarse en sus etapas tempranas, lo que subraya la importancia de un diagnóstico oportuno. La MASLD puede avanzar a la esteatohepatitis y la fibrosis hepática y alterar el pronóstico del paciente. La biopsia hepática es la norma de referencia para el diagnóstico de la esteatosis y la fibrosis hepática. No obstante, su naturaleza invasiva limita su uso como método de tamizaje y diagnóstico. La elastografía transitoria (ET) es una alternativa no invasiva y destaca por su practicidad, facilidad de uso y buen rendimiento diagnóstico, tanto para la esteatosis como para la fibrosis hepática. En la actualidad existen en el mercado dos equipos de ET: Fibroscan®/CAP y FibroTouch®/UAP. A pesar de que ambos han demostrado una precisión diagnóstica similar, no existen estudios que evalúen la correlación de las mediciones de esteatosis y fibrosis hepática entre ambos equipos.

**Objetivo:** Evaluar la correlación de los valores de medición de la esteatosis y fibrosis hepática mediante Fibroscan® y FibroTouch®.

**Material y métodos:** Estudio prospectivo que incluyó a pacientes mayores de 18 años que acudieron a valoración preventiva. La evaluación de esteatosis y fibrosis hepática se realizó mediante elastografía hepática con dos equipos (Fibroscan® y FibroTouch®) que satisficieron los parámetros establecidos de confiabilidad: ayuno de al menos cuatro horas, 10 mediciones válidas, IQR < 30 para la evaluación de fibrosis e IQR < 40 para la evaluación de esteatosis hepática. Para evaluar la correlación de los resultados de ambos equipos se utilizó la correlación de Pearson; la diferencia de medias para dB/m y kPa se evaluó mediante t de Student. El Comité de Ética en Investigación de la institución evaluó y aprobó el protocolo. Todos los pacientes firmaron carta de consentimiento informado.

**Resultados:** Se incluyó a un total de 69 pacientes, 57% (n = 40) de hombres, con una media de edad de 45  $\pm$  10 años y 22,4  $\pm$  4,5 kg/m<sup>2</sup> de índice de masa corporal. La prevalencia de diabetes mellitus fue de 7,2% (n = 5). La media de dB/m y kPa fue de 243  $\pm$  56 dB/m y 4,0  $\pm$  0,8 kPa por Fibroscan®, mientras que por Fibrotouch® la media fue de 266  $\pm$  42 dB/m y 5,8  $\pm$  1,2 kPa. La prevalencia de estosis fue de 20% (n = 14) por Fibroscan® y 29% (n = 20) por Fibrotouch® (p = 0,32) y la de fibrosis de 2,9% (n =) y 49,3% (n = 34) (p = 0,0001). La diferencia de medias para dB/m fue de -22,6, p  $\leq$  0,0001, en tanto que para kPa la diferencia fue de 1,72, p  $\leq$  0,0001. De acuerdo con el análisis de correlación, esta fue de r = 0,73 (fuerte), p  $\leq$  0,0001, para la determinación de esteatosis, y de r = 0,35 (moderada), p = 0,003, para la de fibrosis hepática.

**Conclusiones:** Fibroscan® y FibroTouch® muestran una correlación sólida para la determinación de esteatosis hepática y moderada para fibrosis.

**Financiamiento:** No se recibió ningún financiamiento.

### Mar317

#### PREVALENCIA DE INFECCIÓN POR VIRUS DE HEPATITIS C EN INTOXICACIÓN POR OPIOIDES EN UNA CIUDAD FRONTERIZA

S. Hidalgo-Muñoz, J. A. Camacho-Escobedo, G. Herrera-Quinones, J. M. Avenaño-Reyes, P. Valdez-Hernández, Hospital General de Mexicali

**Introducción:** El consumo de drogas intravenosas es un factor de riesgo conocido para la infección por VHC. La actual epidemia de consumo de derivados opiáceos, como el fentanilo, podría impedir la consecución de la erradicación global de la infección por VHC a pesar de la disponibilidad de antivirales de acción directa. Se desconocen en México los efectos del consumo de estas drogas en el número de casos de infección por VHC. Una determinación de la prevalencia de infección por VHC en esta población podría perfilar la magnitud del problema.

**Objetivo:** Determinar la prevalencia de serología positiva para VHC en pacientes con el diagnóstico de intoxicación por opioides.

**Material y métodos:** En este estudio descriptivo de corte transversal retrospectivo se registró a los pacientes que ingresaron con el diagnóstico de intoxicación por opioides en el Hospital General de Mexicali y en las unidades de la Cruz Roja locales en el periodo comprendido entre julio del 2023 y junio del 2024. Se incluyó a aquellos que tuvieron un cuadro clínico consistente con intoxicación por opioides y con al menos uno de los siguientes criterios: respuesta clínica a la naloxona, antecedente de consumo de algún derivado de opioide al momento del ingreso en el interrogatorio o que resultaron positivos para prueba rápida de fentanilo. Se recabaron los resultados de serología para VHC en estos pacientes, así como las variables de sexo y edad.

**Resultados:** Se encontró a 58 pacientes atendidos por intoxicación por opioides. La edad promedio de esta población fue de 42,1 años y el 83,33% correspondió a hombres. Se realizaron pruebas serológicas para VHC en 41 de estos sujetos, con 43,9% de los casos positivo. En ninguno de estos pacientes se conocía una infección previa por VHC. Además, se solicitó prueba para antígeno de superficie VHB en 23 pacientes y prueba de VIH en 24, con un solo resultado positivo para VIH. Ninguno de todos estos individuos acudió a su seguimiento en la consulta externa.

**Conclusiones:** En pacientes intoxicados por opioides, la prevalencia de seropositividad para VHC fue muy alta en este medio. Dadas las condiciones socioeconómicas de este tipo de enfermos, no fue posible continuar un seguimiento adecuado. La crisis de opioides puede representar un obstáculo para la erradicación de VHC en esta población.

**Financiamiento:** No se recibió financiamiento de ningún tipo.

## Mar318

### SEROPREVALENCIA DE VIRUS DE HEPATITIS B Y C EN DONADORES DE SANGRE EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL DEL 2019 AL 2023

K. Cazarín-Chávez, Y. L. Béjar-Ramírez, J. A. Pérez-González, C. G. Solís-Hernández, C. S. Tinitana-Jumbo, F. Higuera-De-la-Tijera, J. L. Pérez-Hernández, Grupo Colaborativo: Departamento de Gastroenterología y Hepatología del Hospital General de México Dr. Eduardo Liceaga

**Introducción:** La infección por el virus de las hepatitis B (VHB) y C (VHC) es un problema de salud pública y un riesgo para la medicina transfusional que ha decrecido por los tamizajes serológicos sistemáticos.

**Objetivo:** Describir la prevalencia de estas infecciones en donadores de sangre en un hospital de tercer nivel.

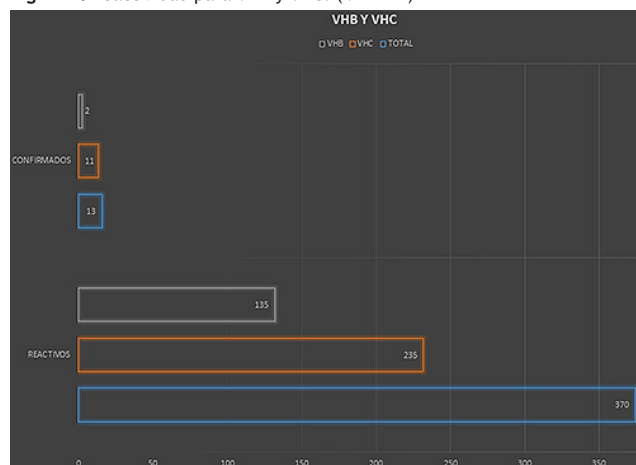
**Material y métodos:** Se realizó un estudio observacional, descriptivo, retrospectivo y analítico del 2019 al 2023 en donadores de sangre en un hospital de tercer nivel, con un total 99 393 donadores; solo se revisaron los expedientes completos de los donadores que mostraron reactividad y que luego tuvieron confirmación para VHB y VHC. Los datos se analizaron con el programa estadístico SPSS. Las variables cualitativas se expresaron en porcentajes y las cuantitativas en media  $\pm$  DE, según correspondiera.

**Resultados:** Se incluyó en total a 370 donadores que resultaron positivos para algún virus, a pesar de catalogarlos como aptos para donar hemoderivados después de un cuestionario oficial sin antecedentes de relevancia y estudios de laboratorio sin alteraciones. La media de edad fue de  $42,02 \pm 11,88$  años, con 54% de hombres; resultaron reactivos para VHB 135 pacientes y para VHC 235; sin embargo, la verdadera seropositividad registrada fue de 2 (1,4%) casos con VHB y 11 (4,6%) para VHC (Figura 1); el resto de los donadores con serología reactiva mostró estudios confirmatorios negativos. La seroprevalencia global observada en esta población fue de 0,002% para VHB, 100% de hombres y 0,011% para VHC, 45,4% de mujeres y 54,4% de hombres. La frecuencia fue 5,5 veces mayor para VHC respecto de VHB.

**Conclusiones:** En personas sin aparentes factores de riesgo, la prevalencia de infección por VHB y VHC es muy baja, y es más frecuente el VHC. Sin embargo, si los "aptos" resultan infectados es necesario optimizar el sistema de salud para ofrecer tamizaje universal que incluya a los que tienen factores de riesgo.

**Financiamiento:** Sin financiamiento.

Figura 1. Reactividad para VHB y VHC. (Mar318)







# REVISTA DE GASTROENTEROLOGÍA DE MÉXICO

www.elsevier.es/rgmx



## Exposición de trabajos libres en cartel

Martes 19 de noviembre de 2024

### Autoinmunes

Mar319

#### HEPATITIS AUTOINMUNE, COLANGITIS BILIAR PRIMARIA Y SU RELACIÓN CON OTRAS ENFERMEDADES AUTOINMUNES: ESTUDIO DE COHORTE

R. Leija-Walle, J. I. Carrillo-Rojas, C. M. del Real-Calzada, M. D. Baxin-Domínguez, M. T. Rizo-Robles, M. Rivera-Huizar, M. Soto-Villalpando, K. García-Campos, J. C. Aguilar-de la O, Hospital de Especialidades Dr. Antonio Fraga Mouret

**Introducción:** En México, las hepatopatías autoinmunitarias representan la cuarta causa más frecuente de cirrosis hepática; son más comunes en mujeres y en pacientes con otras comorbilidades de origen inmunológico. Esta relación es más habitual entre quienes padecen colangitis biliar primaria (CBP), en la que se ha registrado una prevalencia de 62,8%, en particular el síndrome de Sjögren (29,5%), el distiroidismo (26,9%) y el síndrome de Raynaud (14,1%). La relación es menor en pacientes con hepatitis autoinmunitaria (HAI), con prevalencia hasta de 34%, sobre todo distiroidismo, diabetes tipo 1 y enfermedad inflamatoria intestinal.

**Objetivo:** Documentar la prevalencia de enfermedades autoinmunitarias en una cohorte de pacientes con CBP y HAI de un hospital de tercer nivel de atención.

**Material y métodos:** Se incluyó a pacientes con diagnóstico confirmado de CBP y HAI, o síndromes de superposición de acuerdo con los criterios de París, atendidos en el Hospital de Especialidades Dr. Antonio Fraga Mouret, del 2019 al 2023. Tipo de estudio: estudio descriptivo, observacional y retrospectivo. Análisis estadístico: se realizó a través del programa SPSS 25. Las variables cuantitativas se expresaron con medidas de tendencia central y medidas de dispersión; y las variables cualitativas con frecuencias y porcentajes. La relación se evaluó mediante tablas cruzadas y ji cuadrada. Se consideró estadísticamente significativo un valor de  $p < 0,05$ .

**Resultados:** De los 109 pacientes incluidos, 89 (85%) fueron mujeres y 16 (15%) hombres, con edad de  $51,5 \pm 11,6$  años. Se encontró colangitis biliar primaria (CBP) en 45%, hepatitis autoinmunitaria (HAI) en 25% y superposición HAI + CBP en 30% de los pacientes; el antecedente familiar de enfermedades autoinmunitarias se documentó en 3% de los pacientes. Hasta 34 (34%) pacientes presentaron al menos una comorbilidad autoinmunitaria; el hipotiroidismo (17%) y el síndrome de Sjögren (8%) fueron las más frecuentes. En la evaluación por subgrupos, la mayor prevalencia se identificó en quienes cursaban con superposición HAI + CBP, y el más frecuente fue el síndrome de Sjögren, con diferencia estadística significativa (Tabla 1). La positividad de anticuerpos antinucleares se documentó en 95% de los pacientes; los títulos elevados no se correlacionaron con la mayor presencia de anomalías autoinmunitarias.

**Conclusiones:** La relación de otras enfermedades de origen autoinmunitario se encuentra notablemente presente en las hepatopatías autoinmunitarias, lo

Tabla 1. Frecuencia de comorbilidades autoinmunitarias en pacientes con HAI, CBP y síndromes de superposición. (Mar319)

	HAI (n = 26)	CBP (n = 47)	Superposición HAI + CBP (n = 32)	p
Edad, años $\pm$ DE	51,9 $\pm$ 12,1	54,1 $\pm$ 11,3	47,2 $\pm$ 10,7	-
Género, n (%)				0,005
Hombres	9 (35)	3 (6)	4 (12)	
Mujeres	17 (65)	44 (94)	28 (88)	
Antecedente familiar inmunológico, n (%)	1 (4)	2 (4)	0 (0)	0,506
Pacientes con comorbilidades autoinmunitarias, n (%)	5 (19)	16 (34)	13 (40)	0,212

Comorbilidades, n (%)				
Hipotiroidismo	2 (8)	11 (23)	5 (16)	0,225
Síndrome de Sjögren	1 (4)	1 (2)	6 (19)	0,017
Esclerodermia	0 (0)	0 (0)	2 (6)	0,098
Esclerosis sistémica	0 (0)	2 (4)	2 (6)	0,455
Artritis reumatoide	2 (8)	1 (2)	1 (3)	0,479
Vitiligo	0 (0)	0 (0)	1 (3)	0,316
Lupus eritematoso	0 (0)	2 (4)	3 (9)	0,243
Fenómeno de Raynaud	0 (0)	1 (2)	0 (0)	0,536
Enfermedad mixta del tejido conectivo	0 (0)	1 (2)	0 (0)	0,536

cuál es un blanco de escrutinio importante a considerar durante el abordaje integral para poder diagnosticar y tratar de forma temprana estas entidades.

**Financiamiento:** No se recibió ningún tipo de financiamiento.

### Mar320

## EXPERIENCIA DE UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL EN EL TRATAMIENTO DE LA HEPATITIS AUTOINMUNE CON TACROLIMUS COMO TRATAMIENTO DE SEGUNDA LÍNEA

I. L. Rivera-Medina, P. A. López-Hernández, M. A. Cornejo-Gutiérrez, Instituto Mexicano del Seguro Social

**Introducción:** La hepatitis autoinmunitaria (HAI) es un síndrome poco frecuente producido por una reacción inflamatoria inmunomediada en el hígado. Su principal característica es la elevación de ALT, AST e IgG séricas, aunado a la presencia de autoanticuerpos y cambios histológicos. En el tratamiento de primera línea se utiliza la prednisona con azatioprina y, en caso de que esta última no se tolere o esté contraindicada, se puede prescribir ácido micofenólico. La respuesta incompleta a la primera línea se ha informado hasta en 15% de los adultos con HAI y la falla terapéutica hasta en el 9%. Dentro de las opciones terapéuticas de segunda línea se encuentran el ácido micofenólico, los inhibidores de calcineurina (ciclosporina, tacrolimus), mercaptopurina y tratamientos biológicos (rituximab, infliximab).

**Objetivo:** Notificar la respuesta bioquímica de la HAI en pacientes que recibieron tacrolimus como segunda línea de tratamiento en un hospital de tercer nivel de Monterrey, Nuevo León.

**Informe de casos:** Se incluyó a siete pacientes en total, de los cuales se presenta un resumen de sus antecedentes y características en la **Tabla 1**. El 71,42% (n = 5) correspondió a mujeres y el 85% (n = 6) tenía una afección autoinmunitaria, además del HAI. Solo una paciente inició tacrolimus por deseo de embarazo. El 28,57% (n = 2) mostró una respuesta completa con tacrolimus, el 14,28% (n = 1) no es por el momento valorable debido al tiempo de administración y el resto mostró una respuesta incompleta.

**Discusión:** Existen pocas series de casos que registren la respuesta terapéutica del tacrolimus en HAI, en virtud de la baja incidencia de esta enfermedad y el bajo porcentaje de pacientes que no responden al tratamiento de primera línea. En estos, la mayoría es del sexo femenino, al igual que en esta población. Sin embargo, en la mayor parte de estas series se notifica una respuesta completa en > 50%, a diferencia de este caso, con concentraciones séricas de tacrolimus similares a las de esta población.

**Conclusiones:** Casi todos los pacientes que requieren tratamiento de segunda línea son jóvenes, del sexo femenino y con una o más enfermedades autoinmunitarias concomitantes, lo que podría relacionarse con la falta de respuesta a un tratamiento de primera línea. En la mayor parte de estos sujetos no se ha conseguido una respuesta bioquímica completa; más aún, en un paciente se instituyeron dos tratamientos de segunda línea sin lograr una respuesta completa. Lo anterior sugiere la posible existencia de factores inmunológicos aún no descritos que podrían intervenir en la respuesta al tratamiento.

**Financiamiento:** No se recibió financiamiento de ningún tipo.

### Mar321

## COCIENTE RDW/PLAQUETAS COMO MARCADOR INDIRECTO DE FIBROSIS HEPÁTICA SIGNIFICATIVA EN PACIENTES CON ENFERMEDAD HEPÁTICA AUTOINMUNE EN LA UMAE NO. 25, IMSS

E. A. Gutiérrez-Rodríguez, N. C. Dávila-Sánchez, S. Nava-Alvarado, M. C. Rodríguez-Leal, Hospital de Especialidades No. 25, Instituto Mexicano del Seguro Social

**Introducción:** México no cuenta con estadísticas que permitan crear un escenario epidemiológico de las enfermedades hepáticas autoinmunitarias (EHAI). En este país existe una prevalencia de EHAI de 8,5% y la hepatitis

**Tabla 1.** Casos de pacientes con diagnóstico de HAI tratados con tacrolimus en la UMAE #25 del IMSS. Se describen las principales características clínicas y bioquímicas de los pacientes en tratamiento con este fármaco. (Mar320)

Caso	Edad (años)	Sexo	Enfermedades autoinmunitarias concomitantes	Otras enfermedades	Antes del tacrolimus		Después del tacrolimus		Dosis de tacrolimus en mg (mañana-tarde-noche)	Valores séricos de tacrolimus (ng/mL)	Indicación	Respuesta bioquímica	
					ALT (U/L)	AST (U/L)	ALT (U/L)	AST (U/L)					
1	31	Femenino	CBP	Ninguna	52	37	40	26	1 116	2 - 0 - 2	7,1	Deseo de embarazo	Completa
2	51	Femenino	AR, esclerodermia	Ninguna	260	157	32	29	1 618	2 - 0 - 1	5,1		Completa
3	55	Femenino	CBP	Ninguna	122	90	101	94	1 214	2 - 0 - 2	4,5	Resistente a esteroide y ácido micofenólico	No respondedor*
4	39	Masculino	CBP	Diabetes mellitus tipo 2	147	137	79	60	-	1 - 0 - 1	3,4		Incompleta
5	25	Femenino	CBP, AR	Resistencia a la insulina	107	115	60	76	1 435	1 - 0 - 1	4,8		Incompleta
6	44	Femenino	Ninguna	Dislipidemia	743	715	72	73	-	1 - 0 - 1	7,2		Incompleta
7	34	Masculino	Vitiligo	Ninguna	971	310	62	58	-	1 - 0 - 1	7,6	Resistente a esteroide, ácido micofenólico y rituximab	Incompleta

ALT, alanino aminotransferasa; AR, artritis reumatoide; AST, aspartato aminotransferasa; CBP, colangitis biliar primaria; HAI, hepatitis autoinmunitaria. \*La paciente ha recibido el tratamiento durante tres meses.

autoinmunitaria (HAI) representa el 56,7%, la colangitis biliar primaria (CBP) el 25,3%, la colangitis esclerosante primaria (CEP) el 1,4% y el síndrome de superposición el 16,4%. La biopsia hepática es la norma de referencia para establecer fibrosis hepática. En la búsqueda de modelos no invasivos e indirectos como predictores de fibrosis, el cociente RDW/plaquetas (RPR) es una opción novedosa. Existe poca información del RPR en EHAI, pero en la CBP el aumento del RDW se correlaciona con puntuaciones más altas en la escala de Mayo. El RPR ha demostrado mayor precisión que otros marcadores como el índice aspartato aminotransferasa/plaquetas (APRI) y FIB-4 en la CBP. En la HAI, el PRP tiene una precisión elevada para predecir fibrosis. El RDW es un marcador que predice inflamación y fibrosis, si bien el mecanismo aún se desconoce; no obstante, existe un nexo entre el aumento del valor y las enfermedades autoinmunitarias vinculado con el estado proinflamatorio crónico, en el cual el RDW se altera por efecto de las citocinas que suprimen la maduración eritrocitaria y aceleran la liberación de blastos a la circulación periférica, lo que conlleva una elevación de anisocitosis.

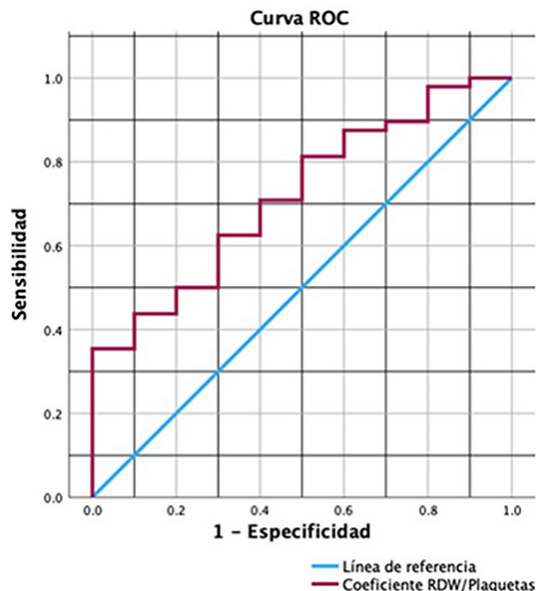
**Objetivo:** Determinar la utilidad del PRP como método indirecto para predecir fibrosis hepática significativa en las EHAI en la UMAE No. 25 IMSS de Monterrey, Nuevo León.

**Material y métodos:** Se incluyó a pacientes con diagnóstico histopatológico de EHAI del Hospital de Especialidades No. 25 en Monterrey de enero de 2022 a diciembre de 2023. Los estadios de fibrosis hepática se evaluaron con el sistema METAVIR: F0, ausencia de fibrosis; F1, fibrosis portal sin septos; F2, fibrosis portal con pocos septos; F3, presencia de septos múltiples; y F4, cirrosis. Se determinaron como fibrosis significativa los grados F3 y F4. Se obtuvieron valores bioquímicos uno a 14 días antes de la biopsia. El cálculo del RPR se realizó del cociente de RDW (%) entre plaquetas ( $10^9/L$ ). El análisis estadístico se efectuó con el programa SPSS versión 29. Tipo de estudio: analítico, retrospectivo y observacional.

**Resultados:** Se analizó a un total de 58 pacientes. La edad osciló entre los 25 y 73 años, con promedio de 51. Del total, 10 eran hombres (17,2%) y 48 mujeres (82,7%). Se incluyeron 37 casos con HAI (63,7%), cinco con CBP (8,6%), dos con CEP (3,4%) y 14 con síndrome de superposición HAI/CBP (24,1%). El valor del RDW fluctuó entre 10,2% y 17,2% (mediana, 12,8%). La prevalencia de fibrosis hepática fue de 48 casos (82,7%). Se realizó una curva de características operativas del receptor (ROC) para evaluar la precisión predictiva. Se obtuvo el área bajo la curva (AUC) de 0,719 (IC95%, 0,56-0,87;  $p = 0,007$ ) (Figura 1). Mediante el índice J de Youden se calculó el valor de corte pronóstico para el RPR. Los valores mayores de 0,084 se correlacionaban con fibrosis significativa. Se obtuvo una sensibilidad de 62,5% y especificidad de 30%. La correlación estadística entre el RPR y el grado de fibrosis hepática histológica se determinó con la prueba de Spearman. Se encontró correlación estadísticamente significativa ( $p = 0,029$ ) del RPR como predictor de fibrosis significativa en comparación con el grado histológico.

**Conclusiones:** Se demostró una relación estadísticamente significativa para el uso del PRP como modelo predictor de fibrosis significativa en EHAI. El PRP es un modelo bioquímico que exige mayor estudio para explorar su validación.

Figura 1. Curva ROC para evaluación predictiva del PRP. (Mar321)



Entender los mecanismos fisiopatológicos que alteran los parámetros de este cociente y que pueden limitar su uso podrían brindar un apoyo para mejorar su rendimiento.

**Financiamiento:** Autofinanciado.

## Mar322

### RESPUESTA A BEZAFIBRATO (BZF) EN PACIENTES CON COLANGITIS BILIAR PRIMARIA (CBP) NO RESPONDEDORES A ÁCIDO URSODESOXICÓLICO (UDCA)

J. A. Ortega-Tecuatl, J. Serrano-Casas, M. Y. Munguía-Guizar, G. López-Urbina, A. D. Lugo-García, L. A. Castellón-Carbajal, A. Galindo-Félix, J. J. Durán-Castro, I. D. Espinoza-Villalobos, Instituto Mexicano del Seguro Social

**Introducción:** La colangitis biliar primaria (CBP) es una enfermedad hepática crónica caracterizada por lesión del epitelio biliar, colestasis y fibrosis progresiva que puede provocar cirrosis y su tratamiento de primera línea es el UDCA. En el 30% a 40% de los pacientes se observa una respuesta bioquímica inadecuada al UDCA, no se diluye el riesgo de desarrollar cirrosis y es necesario el trasplante hepático. Entre los fármacos de segunda línea figuran el ácido obeticolico. En este país y en esta institución no está disponible este ácido por lo que las opciones terapéuticas son limitadas para tratar la enfermedad en pacientes no respondedores de UDCA. El uso de fibratos (fenofibrato y bezafibrato [BZF]) más UDCA en la CBP ha resultado benéfico, ya que los fibratos son potentes agonistas del receptor activado por proliferador de peroxisomas (PPAR)- $\alpha$ , un factor de transcripción que participa en el catabolismo de los ácidos grasos y la respuesta inflamatoria hepática. Además, existe evidencia observacional de que los fibratos pueden mejorar los valores séricos de ALP en pacientes con CBP a los tres meses de su uso. En este estudio se dará seguimiento a un año (mayo 2023-mayo 2024) a los pacientes sometidos a doble esquema (UDCA + BZF).

**Objetivo:** Determinar la respuesta a BZF + UDCA mediante la clasificación de París II en pacientes con CBP sin respuesta al UDCA.

**Material y métodos:** El estudio se realiza en el UMAE IMSS Puebla, durante el periodo de mayo de 2023 a mayo de 2024, en pacientes mexicanos con CBP en tratamiento con UDCA (15 mg/kg), sin adecuada respuesta bioquímica, y a quienes se agregó BZF (400 mg/día).

**Resultados:** En este estudio participaron 26 pacientes, de los cuales el 96,2% correspondió a mujeres y el 3,8% a hombres. En este grupo de pacientes se observó una respuesta bioquímica en 23,07%, la totalidad del género femenino, 50% con comorbilidades (enfermedades autoinmunitarias) y 50% sin comorbilidades, y 16,6% con evolución a hepatopatía crónica. Con respecto a la distribución de los casos de acuerdo con la clasificación de Child-Pugh AST al año de UDCA con bezafibrato (BZF), se advirtió que el 57,7% de la población no tenía cirrosis, mientras que el 26,9% se clasificó en el tipo B y el 11,5% en el A. La GGT al año de la UDCA con BZF tuvo un valor medio de 333,27 U/L, con una mínima de 34 U/L y una máxima de 1 850 U/L. La FA al año de la UDCA con BZF presentó un valor medio de 248,81 UI/L, con una mínima de 68 UI/L y una máxima de 689 UI/L. Las BT al año de la UDCA con BZF mostraron un valor medio de 1,21 mg/dL, con un mínimo de 0,29 mg/dL y uno máximo de 4,5 mg/dL. La ALT al año de la UDCA con BZF registró un valor medio de 48,54 UI/L, con un mínimo de 25 UI/L y uno máximo de 119 UI/L. La AST al año de UDCA con BZF arrojó un valor medio de 56,88 UI/L, con un mínimo de 23 UI/L y uno máximo de 194 UI/L. En cuanto a la creatinina, se observó un valor medio de 0,64 mg/dL, con un mínimo de 0,34 mg/dL y uno máximo de 1,61 mg/dL. La escala Globe al año de UDCA con BZF tuvo un valor medio de 1,94, con un mínimo de 0,10 y un máximo de 19. (Tabla 1)

**Conclusiones:** En este trabajo se observó una disminución de los valores de BT y FA y una respuesta bioquímica en 23% de los pacientes, dado que antes de la toma de bezafibrato se obtuvo un valor medio de 1,85 mg/dL y 372,27 UI/L, respectivamente, pero estos valores cambiaron después de agregar el bezafibrato, pues la BT descendió a 1,21 mg/dL y la FA a 248,81 UI/L. En los pacientes que experimentaron respuesta al uso de UDCA + BZF se observó que las variables vinculadas con una adecuada respuesta son pacientes sin cirrosis, del género femenino, con valores de bilirrubina < 2 mg/dL, y fosfatasa alcalina y AST no mayor de tres veces su límite superior normal.

**Financiamiento:** No se contó con financiamiento.

**Tabla 1.** Resultados de variables en los que se observa sobre todo el efecto del uso de UDCA + BZF mediante las escalas GLOBE y UK-PBC. (Mar322)

Distribución de las variables numéricas					
Tipo	n	Mínimo	Máximo	Media	Desviación estándar
Edad al año de UDCA	26	33,00	68,00	53,46	9,14
APRI	26	0,31	3,90	1,32	1,02
FIB4	26	0,65	10,14	2,58	2,50
ALT al año de UDCA	26	34,00	400,00	100,85	73,81
FA al año de UDCA	26	127,00	935,00	372,27	215,25
AST al año de UDCA	26	24,00	211,00	81,08	43,44
BT al año de UDCA	26	0,26	6,50	1,85	1,41
Albúmina al año de UDCA	26	2,88	4,50	3,76	0,49
PLQ al año de UDCA	26	57,00	415,00	218,96	89,64
GGT al año de UDCA	26	34,00	1 926,00	543,50	499,10
Creatinina	26	0,40	1,10	0,74	0,17
Escala Globe al año de UDCA (0,30) (sobrevida libre de trasplante)	26	0,12	3,56	1,47	0,93
Escala UK-PBC al año de UDCA (% de riesgo de trasplante de hígado y muerte relacionada con el hígado)	26	0,94	80,59	20,16	20,17
Edad al año de UDCA + BZF	26	34,00	69,00	54,54	9,10
GGT al año de UDCA + BZF	26	34,00	1 850,00	333,27	432,36
FA al año de UDCA + BZF	26	68,00	689,00	248,81	173,58
BT al año de UDCA + BZF	26	0,29	4,50	1,21	1,02
Albúmina al año de UDCA + BZF	26	1,40	4,70	3,19	1,36
ALT al año de UDCA + BZF	26	25,00	119,00	48,54	30,99
AST al año de UDCA + BZF	26	23,00	194,00	56,88	39,69
Plaquetas	26	70,00	421,00	174,08	110,13
Creatinina	26	0,34	1,61	0,64	0,35
Escala GLOBE al año de UDCA + BZF	26	0,10	19,00	1,94	3,68
Escala UKPBC al año de UDCA + BZF	26	0,94	50,00	14,49	14,87

**Mar323****ÍNDICE NEUTRÓFILO/LINFOCITO COMO PREDICTOR PRONÓSTICO EN PACIENTES CON COLANGITIS BILIAR PRIMARIA**

C. S. Tinitana-Jumbo, V. López-Ladrón de Guevara, K. Cazarín-Chávez, P. M. Diego-Salazar, S. Camacho-Hernández, L. V. Cupil-Escobedo, F. Higuera-De-la-Tijera, Hospital General de México Dr. Eduardo Liceaga

**Introducción:** Existe una respuesta inadecuada al tratamiento de primera línea en 40% de los pacientes con colangitis biliar primaria (CBP) y esto modifica directamente el pronóstico del paciente. La posibilidad de prever qué pacientes tendrán una respuesta adecuada al tratamiento permitiría ajustarlo desde etapas iniciales. El índice neutrófilo/linfocito (N/L) se ha vinculado con el pronóstico a largo plazo en relación con la respuesta al tratamiento.

**Objetivo:** Evaluar la relación del índice neutrófilo/linfocito al momento del diagnóstico con la respuesta a un año de tratamiento en pacientes con colangitis biliar primaria.

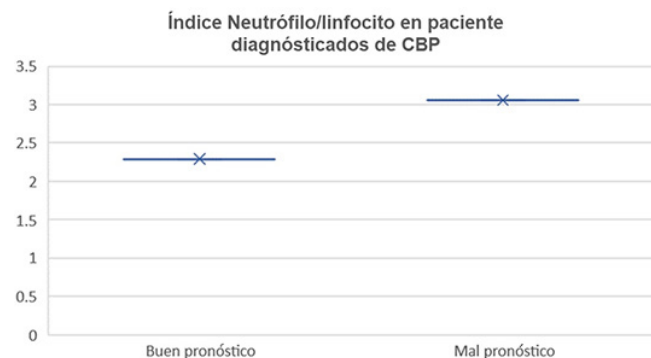
**Materiales y métodos:** Estudio observacional, retrospectivo y analítico de pacientes diagnosticados de CBP en la clínica de hígado en un hospital de tercer nivel de la Ciudad de México, que evaluó el pronóstico de acuerdo con la respuesta al tratamiento medida por el sistema de puntuación Globe y su relación con el índice N/L al momento de establecer el diagnóstico. Las variables cualitativas se expresaron en porcentajes y las cuantitativas en media  $\pm$  DE. La comparación estadística se realizó con la prueba t de Student no pareada de dos colas o ji cuadrada, según correspondiera (alfa = 0,05).

**Resultados:** Se incluyó a 128 pacientes (54,21  $\pm$  10,26 años, 93,8% de mujeres) con colangitis biliar primaria, de los que 74% tenía cirrosis al momento del diagnóstico y hasta un 65,7% requirió una forma adicional al tratamiento de

primera línea. El sistema de puntuación Globe catalogó como de “buen pronóstico” a 27,3% y “mal pronóstico” a 72,7%; a su vez, el índice N/L fue inferior en el grupo de “buen pronóstico” (2,29  $\pm$  0,99) en comparación con el grupo de “mal pronóstico” (3,06  $\pm$  1,48, p = 0,005). La mortalidad informada fue de 9,4%, con todos los casos pertenecientes al grupo de “mal pronóstico” y un valor de índice N/L mayor (Figura 1).

**Conclusiones:** El índice neutrófilo/linfocito medido al momento del diagnóstico de colangitis biliar primaria mostró una relación con mal pronóstico de acuerdo con la medición realizada a un año de tratamiento con el sistema de puntuación Globe, al punto de incluir a todo el grupo con desenlace letal. Es necesario valorar de forma prospectiva los hallazgos y determinar su verdadera utilidad en la predicción de la respuesta al tratamiento.

**Financiamiento:** No se contó con financiamiento para este trabajo.

**Figura 1.** Pronóstico de acuerdo con la respuesta al tratamiento en pacientes con CBP. (Mar323)



## Mar324

## RESPUESTA CLÍNICA A BEZAFIBRATO EN PACIENTES CON COLANGITIS BILIAR PRIMARIA REFRACTARIOS AL TRATAMIENTO CON ÁCIDO URSODESOXICÓLICO EN EL HOSPITAL REGIONAL LIC. ADOLFO LÓPEZ MATEOS, ISSSTE

B. Govea-Mendoza, E. G. Salgado-Parra, O. Contreras-Rivas, Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado

**Introducción:** La colangitis biliar primaria (CBP) se considera una enfermedad autoinmunitaria debido a sus características: anticuerpos antimitocondriales y afeción específica del conducto biliar. Se cree que la causa de la CBP tiene un origen multifactorial. En términos geográficos, en poblaciones europeas en las que se han realizado más estudios epidemiológicos, se ha registrado una incidencia de 1 a 2 por 100 000 habitantes por año, con un predominio en mujeres de mediana edad; los síntomas principales son fatiga y prurito cutáneo. El ácido ursodesoxicólico (UDCA) es el tratamiento de primera línea para la CBP, pero para algunos pacientes no hay una respuesta adecuada a este fármaco después de cierto tiempo. Se ha documentado que el bezafibrato podría mejorar los valores bioquímicos de las enzimas hepáticas en los pacientes con CBP resistentes al tratamiento con UDCA.

**Objetivo:** Evaluar la respuesta clínica al bezafibrato en los pacientes con colangitis biliar primaria resistentes al tratamiento con ácido ursodesoxicólico.

**Material y métodos:** Se trata de un estudio prospectivo, cuasi experimental, que comparó los valores iniciales y los finales. Se incluyó a 20 pacientes con el diagnóstico de CBP resistentes al tratamiento con UDCA, definidos como un valor sérico de fosfatasa alcalina (FA) > 40% de los valores iniciales o los normales después de un año de tratamiento con UDCA a dosis convencional de 13-15 mg/kg/día. Análisis estadístico: se empleó el programa Stata 18, en el que se observaron el promedio y las diferencias significativas de las cifras bioquímicas hepáticas (FA y GGT) iniciales y seis meses después de la toma del bezafibrato al igual que el promedio de la mejoría del prurito evaluado mediante la calificación WI-NRS (*Worst itch numeric rating scale*). Por último, se usó la calificación de riesgo UK-PBC para analizar las probabilidades de riesgo de trasplante de hígado y episodios de muerte relacionados con el hígado a los cinco, 10 y 15 años antes y después de la adición de dicho fármaco.

**Resultados:** En las cifras bioquímicas de la FA, en las cuales se identificó un promedio general de los valores séricos iniciales en 340,1 (DE, 179,2) comparados con los posteriores de 257,2 (DE, 126,06), se obtuvo una diferencia significativa entre las cifras iniciales y las posteriores al tratamiento con bezafibrato ( $p = 0,04$ ). En las cifras bioquímicas de GGT se registró un promedio general de los valores séricos iniciales de 207,4 (DE, 156,0) comparados con los finales de 138,3 (DE, 96,7). Se concluyó que no hay diferencia significativa entre las cifras iniciales y posteriores al tratamiento con bezafibrato ( $p = 0,05$ ). Se registró un promedio general de mejoramiento del prurito antes y después del inicio del tratamiento con bezafibrato mediante la WI-NRS; las puntuaciones subjetivas iniciales (promedio, 7,45; DE, 1,19) fueron significativamente mayores respecto de las posteriores (promedio, 3,15; DE, 1,34). Se concluyó que hay diferencia significativa entre las puntuaciones iniciales y las posteriores al tratamiento con bezafibrato ( $p = 0,0$ ) (Tabla 1). Se observó un promedio general de las puntuaciones de riesgo de UK-PBC, con un riesgo de 20,13%, 50,42% y 70,20%, a los cinco, 10 y 15 años, respectivamente, antes de iniciar el tratamiento con bezafibrato, respecto de un riesgo de 17,28%, 42,2% y 50,7%, a los cinco, 10 y 15 años, respectivamente, después de seis meses del inicio con dicho fármaco.

**Conclusiones:** Tras el seguimiento de seis meses después del inicio del bezafibrato en pacientes con CBP resistentes al tratamiento con UDCA en este hospital se ha encontrado una diferencia estadísticamente significativa de los valores séricos iniciales de FA, no así para la GGT. Al mismo tiempo, se reconoció una mejoría del prurito tras la adición de dicho fármaco y una posible

**Tabla 1.** Cifras de FA, GGT y calificación UK-PBC iniciales y seis meses después del uso del bezafibrato. (Mar324)

	Inicial	Posterior	p
FA (DE)	340,1 (179,2)	257,2 (126,06)	0,04
GGT (DE)	207,4 (156,0)	138,3 (96,7)	0,05
WI-NRS (DE)	7,45 (1,19)	3,15 (1,34)	0,0

disminución del riesgo de trasplante de hígado y episodios de muerte relacionados con el hígado a los cinco, 10 y 15 años luego de la administración del fármaco, pero se requiere un seguimiento de largo plazo.

**Financiamiento:** Recursos institucionales.

## Mar325

## CARACTERÍSTICAS DEL SÍNDROME DE SOBREPOSICIÓN EN PACIENTES MEXICANOS

C. G. Solís-Hernández, M. C. Alegría-Ovando, K. B. Bastida-Guadarrama, V. López-Ladrón de Guevara, F. Higuera-De-la-Tijera, J. L. Pérez-Hernández, Hospital General de México Dr. Eduardo Liceaga

**Introducción:** El síndrome de superposición combina dos o más enfermedades hepáticas autoinmunitarias, como la hepatitis autoinmunitaria, la colangitis biliar primaria y la colangitis esclerosante primaria; en México existe poca información sobre esta enfermedad.

**Objetivo:** Describir las características de la población mexicana con síndrome de superposición tratados en la clínica de hígado del Hospital General de México.

**Material y métodos:** Estudio retrospectivo, observacional y analítico en el que se revisaron expedientes de pacientes con EAH que cumplían criterios de sobreposición (dos o más enfermedades autoinmunitarias hepáticas) entre 2020 y 2024 para evaluar variables demográficas y presentaciones. Se emplearon estadísticas descriptivas con medidas de tendencia central y dispersión mediante el programa SPSS 25.0. Se compararon las enzimas hepáticas AST, ALT, GGT, además de BT y la FA de EHAI, CBP y CEP, con CEP + EHAI con la prueba t de Student para grupos independientes. Los valores se expresaron como medias y desviaciones estándar. Se empleó la prueba Z con tablas de contingencia para diferencia de proporciones con corrección de Bonferroni y se compararon los porcentajes del grado de fibrosis entre los cuatro grupos (EHAI, CBP, CEP y CEP + EHAI). En todas las pruebas se consideró un nivel de significancia < 5%.

**Resultados:** Se evaluó a 256 pacientes con EAH, de los cuales 55 (21,4%) cumplían los criterios del síndrome de sobreposición. De estos, el 93,6% correspondió a mujeres y el 7,3% a hombres, con una edad promedio de 51,89 ± 12,72 años (intervalo, 50,34-53,44). El fenotipo más común fue CBP/HAH (73,2%). Las comorbilidades autoinmunitarias más frecuentes fueron hipotiroidismo, artritis reumatoide, síndrome de Sjögren y esclerosis sistémica. El 32,1% tenía fibrosis grado F3 y el 16,3% cirrosis, Child A 12,5%, Child B 62,5% y Child C 25%. Se observó una proporción mayor de fibrosis en F2 y F3 para el síndrome de sobreposición en comparación con EHAI. En cuanto a las pruebas enzimáticas, se identificaron diferencias significativas en GGT (183,5 ± 254,5 vs. 318,5 ± 232,8) y FA entre EHAI y síndrome de sobreposición. La descompensación más común fue la hemorragia digestiva variceal en el 62,5% y tres pacientes se trasplantaron.

**Conclusiones:** El síndrome de superposición es una entidad poco común, frecuente en mujeres, que suele vincularse con otros trastornos autoinmunitarios. Se relaciona con resultados más graves en las pruebas bioquímicas hepáticas, especialmente en los valores de GGT y FA, así como con un mayor grado de fibrosis.

**Financiamiento:** No se recibió ningún tipo de financiamiento.

## Mar326

## ASOCIACIÓN ENTRE SÍNDROME METABÓLICO Y RESPUESTA A TRATAMIENTO CON ÁCIDO URSODESOXICÓLICO EN COLANGITIS BILIAR PRIMARIA

R. Guirao-Pérez, A. Y. Ávila-Franco, M. R. Herrero-Maceda, E. I. Juárez-Valdés, S. M. I. Mejía-Loza, Hospital Juárez de México

**Introducción:** Los factores de riesgo metabólico y la prevalencia del síndrome metabólico en la colangitis biliar primaria (CBP) no se han descrito de manera adecuada en la población latinoamericana y se desconocen sus implicaciones en la respuesta al tratamiento de estos pacientes.

**Objetivo:** Determinar la relación entre el síndrome metabólico y la frecuencia de respuesta al tratamiento.

**Material y métodos:** Se estudió de manera retrospectiva a una población mexicana de 80 pacientes con CBP entre enero de 2019 y diciembre de 2023;

se determinó la presencia del síndrome metabólico de acuerdo con los criterios establecidos por el *Adult treatment panel III* (ATP III) al evaluar la respuesta al año de inicio del tratamiento con ácido ursodesoxicólico según los criterios de Barcelona.

**Resultados:** Se incluyó a 80 pacientes, 72 mujeres (90%) y 8 hombres (10%), con una media de edad al diagnóstico de 53 años. Hasta 57 (71,25%) respondieron al tratamiento y 23 (28,75%) no. Se diagnosticó síndrome metabólico en 13 pacientes que representaron el 16,25% y de ellos el 92,3% no respondió al tratamiento (12 pacientes;  $p < 0,5$ ; RR, 29,7). Se determinó obesidad en 19 (23,75%) personas, de las cuales el 57,9% no respondió; 25 tenían sobrepeso (16 respondedores y nueve no respondedores) y 36 mostraron IMC normal con respuesta a tratamiento en el 91,7%.

**Conclusiones:** Con excepción de uno, los pacientes con síndrome metabólico no respondieron al tratamiento con ácido ursodesoxicólico. Al dividirlos por grupos de acuerdo con el IMC, la mayor tasa de respuesta al tratamiento se observó en el grupo con IMC normal y la menor en el de obesidad. Se requieren la búsqueda intencionada del síndrome metabólico en esta población y un tratamiento multidisciplinario para lograr un adecuado control de los factores de riesgo metabólico.

**Financiamiento:** Este estudio no dispuso de ningún financiamiento.

### Mar327

## SÍNDROME DE SUPERPOSICIÓN HEPATITIS AUTOINMUNE Y LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO: SERIE DE CASOS

A. Ponce-Tejeda, J. M. Santos-Torres, A. J. Pedro-Martínez, A. D. Espinoza-Cebreros, B. Villegas-Mendoza, Hospital del Carmen

**Introducción:** La hepatitis autoinmunitaria (HAI) es una enfermedad crónica y progresiva caracterizada por elevación de las enzimas hepáticas, hipergammaglobulinemia con autoanticuerpos y hallazgos histológicos característicos. El lupus eritematoso sistémico (LES) es un trastorno autoinmunitario crónico que afecta múltiples órganos, incluido el hígado. Aunque la superposición de estas dos entidades está bien documentada, existen pocos casos notificados.

**Objetivo:** Presentar dos casos de pacientes diagnosticadas con HAI y LES en un centro médico de Tijuana, Baja California, durante el periodo de 2020 a 2024 para analizar y comparar las características clínicas y de laboratorio y la respuesta al tratamiento de estos casos complejos.

**Informe de casos:** Se presentan las características clínicas de dos pacientes con diagnóstico confirmado de HAI y LES. Ambas presentaron fatiga, artralgias, molestias abdominales, afectación mucocutánea, hipergammaglobulinemia, anticuerpos antinucleares y AMA positivos con elevación de enzimas hepáticas. La diferenciación entre hepatitis lúpica y hepatitis autoinmunitaria se confirmó por sus rasgos histopatológicos. Después del inicio de los inmunosupresores se logró en ambos casos la remisión de la HAI y el LES.

**Discusión:** La superposición de HAI y LES supone un desafío diagnóstico significativo debido a la similitud en las manifestaciones clínicas y de laboratorio. El estudio de esta serie de casos subraya la importancia de considerar la HAI en pacientes con LES y enzimas hepáticas elevadas.

**Conclusiones:** El diagnóstico diferencial es crucial para mejorar el pronóstico y prevenir complicaciones hepáticas graves. La realización de biopsia hepática ayuda a confirmar la coexistencia de HAI y LES, una rara entidad que debe reconocerse ya que puede requerir mayor inmunosupresión para lograr una remisión efectiva y mejorar la calidad de vida de los pacientes.

**Financiamiento:** No se recibió financiamiento de ningún tipo.

### Mar328

## EFFECTO TERAPÉUTICO PREVENTIVO DE LA N-ACETILCISTEÍNA MEDIANTE LA REGULACIÓN DE LA VÍA ANTIOXIDANTE DE NRF2 EN EL HEPATOCARCINOMA EXPERIMENTAL

F. Caloca-Camarena, H. C. Monroy-Ramírez, S. Arceo-Orozco, R. Flores-Peña, M. Galicia-Moreno, J. Armendáriz-Borunda, Centro Universitario de Ciencias de la Salud, Universidad de Guadalajara

**Introducción:** La fisiopatología del hepatocarcinoma celular (HCC) implica la activación anormal de distintas vías de señalización y la desregulación de la diferenciación celular; en este contexto, el estrés oxidativo puede ser un activador principal. Los tratamientos actuales son limitados. La N-acetilcisteína (NAC) es un agente mucolítico y el fármaco de elección para la intoxicación por acetaminofeno, pero se desconocen sus mecanismos para prevenir o lentificar el HCC.

**Objetivo:** Evaluar el efecto de la NAC sobre la vía antioxidante Nrf2-ARE y su efecto en la prevención del HCC inducido de modo experimental.

**Material y métodos:** Tipo de estudio: experimental *in vivo*. Se incluyeron 18 ratas macho Fischer 344 ( $200 \pm 20$  g) divididas en tres grupos: control (CTL), en el que los animales recibieron carboximetilcelulosa (0,5%/i.p.); daño (HCC), en el que se les administraron dietilnitrosamina (DEN, 50 mg/kg/i.p./sem) y 2-acetilaminofluoreno (2-AAF, 25 mg/kg/PO/sem); y daño más tratamiento de NAC (HCC/NAC), en el que recibieron DEN + 2-AAF en las dosis mencionadas y de forma paralela se administró NAC (300 mg/kg/PO/día). Todas las intervenciones duraron 16 semanas. Al término, los animales se sacrificaron mediante punción cardiaca. A partir de muestras de suero se analizó la actividad de ALT y GGT y los valores de proteínas carboniladas, mientras que en tejido hepático se cuantificaron las cifras de GSH y MDA. También se cuantificó la expresión de algunas proteínas de la vía antioxidante Nrf2/Keap1 con análisis *Western blot*; además, el daño oxidativo al DNA se determinó mediante *Dot blot*. El análisis histológico se realizó con las tinciones H-E, tricrómica de Masson y rojo sirio. Los resultados obtenidos se analizaron con una prueba ANOVA de una vía, seguida de análisis *post hoc* de Tukey. Se consideró  $p < 0,05$  como estadísticamente significativo. El trabajo contó con la aprobación de los comités de ética e investigación del CUCS-UDG (número CI-01723).

**Resultados:** El tratamiento con NAC previene el HCC experimental. Este daño limita la ganancia de peso corporal en los animales del grupo HCC; por el contrario, los animales tratados con NAC ganaron mayor peso y mejoría en su estado de salud. Por otro lado, el grupo HCC sufrió modificaciones estructurales macroscópicas, como hepatomegalia, coloración rojo pálido, superficie rugosa y formación de nódulos displásicos. El análisis microscópico mostró alteraciones en la organización del parénquima hepático, displasia y dismorfia celular y nuclear de los hepatocitos, pero la administración de NAC atenuó estas alteraciones. Por otra parte, la NAC previno el aumento de la actividad de las enzimas ALT y GGT y mostró efecto antifibrogénico al reducir la acumulación de matriz extracelular y fibras de colágena. Por último, el daño causado con DEN + 2-AAF produjo un ambiente oxidativo y la administración de NAC atenuó este daño oxidativo en lípidos, proteínas y DNA, además de que moduló de modo positivo la vía de señalización de Nrf2.

**Conclusiones:** La NAC previene el desarrollo del HCC inducido de manera experimental a través de modular positivamente la vía antioxidante mediada por el factor nuclear Nrf2-ARE. Estos hallazgos destacan el potencial de NAC como un tratamiento promisorio para el tratamiento adyuvante en el daño hepático crónico. Sin embargo, se requieren estudios adicionales para dilucidar otros mecanismos mediados por este fármaco para considerarlo como una modalidad coadyuvante en el tratamiento del HCC.

**Financiamiento:** Este trabajo recibió financiamiento del Fondo CONACYT Ciencia Básica y/o Frontera (Paradigmas y Controversias de la Ciencia 2022). F. Caloca Camarena recibe una beca del Programa de Becas Nacionales-CONAH.

### Mar329

## FACTORES DE RIESGO PARA EL DESARROLLO DE CARCINOMA HEPATOCELULAR EN PACIENTES CON ENFERMEDAD HEPÁTICA AUTOINMUNE

H. N. Tadeo-Espinoza, I. Hurtado-Díaz de León, F. Manzo-Santana, I. Galicia-Juárez, Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán

**Introducción:** La hepatitis autoinmunitaria (HAI) es una enfermedad hepática crónica inmunomediada, cuya causa se desconoce. Se caracteriza por autoanticuerpos, hipergammaglobulinemia y anomalías hepáticas específicas. Sin embargo, dado que se trata de un diagnóstico de exclusión, a menudo este se establece en etapas avanzadas. Aunque la mayoría de los pacientes responde al tratamiento farmacológico, un cierto porcentaje no logra una remisión completa, lo que produce fibrosis, cirrosis y complicaciones, entre ellas carcinoma hepatocelular (CHC). En la actualidad, el incremento de la obesidad y el síndrome metabólico es un factor agregado al desarrollo de esta neoplasia.

**Objetivo:** Identificar los factores de riesgo para CHC en pacientes con enfermedad hepática autoinmunitaria.

**Material y métodos:** Cohorte retrospectiva que incluyó a pacientes de la clínica de hepatología del Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán, en el periodo 2000-2024, con diagnóstico de hepatitis autoinmunitaria y síndromes de superposición (HAI/colangitis esclerosante primaria [HAI/CEP], HAI/colangitis biliar primaria [HAI/CBP]) determinados por los criterios estandarizados. Se recolectaron variables demográficas, clínicas y de laboratorio. En el análisis de porcentajes o proporciones se utilizaron las pruebas ji cuadrada o exacta de Fisher para explorar las diferencias entre grupos. Para variables continuas se usaron las pruebas t de Student o U de Mann-Whitney. De modo adicional se realizó un análisis de regresión logística de Cox para calcular las razones de momios (OR) para el desarrollo de CHC y se estableció como estadísticamente significativo un valor de  $p \leq 0,05$ .

**Resultados:** Se incluyó a 328 pacientes con diagnóstico de enfermedad hepática autoinmunitaria, de los cuales el 70,7% (232) tenía HAI, 27,4% (90)

superposición HAI/CBP y 1,83% HAI/CEP. La mayoría mostró cirrosis hepática (80%) al diagnóstico. En cuanto a la distribución por sexo, 80% correspondió a mujeres y el resto a hombres, con una edad media al diagnóstico de 44,98 años. En esta cohorte, la prevalencia de CHC fue de 15/328 pacientes (4,57%). En este grupo (Tabla 1), la edad media fue de 52 años, 100% tenía cirrosis hepática al diagnóstico, 80% (12) era secundario a hepatitis autoinmunitaria y el resto (20%) sufría síndrome de superposición (3). En el análisis multivariado, los factores de riesgo relacionados con el desarrollo de CHC fueron la edad (OR, 1,03; IC95%, 1,00-1,06) y la diabetes tipo 2 (OR, 5,98; IC95%, 1,84-19,41;  $p = 0,003$ ), sin diferencia para el resto de las variables (género, puntuación de Child-Pugh, sobrepeso u obesidad, valores de transaminasas, síndrome de superposición, hipertensión arterial, dislipidemia).

**Conclusiones:** En esta cohorte de pacientes con cirrosis hepática secundaria a autoinmunidad, la edad y la diabetes mellitus tipo 2 fueron factores de riesgo adicionales para el desarrollo de CHC.

**Financiamiento:** No se contó con ningún financiamiento.

Tabla 1. Análisis univariado y multivariado de los pacientes por subgrupo. (Mar329)

	No HCC n, 313 (%)	HCC n, 15 (%)	$\chi^2$ o t de Student p	OR univariado (IC95%)	p	OR multivariado (IC95%)	p
Sexo	M 157 (50%) F 157 (50%)	M 9 (60%) F 6 (40%)	0,791	-	-	-	-
Edad	48	52	0,001	1,05 (1,02-1,09)	0,001	1,03 (1,00-1,06)	0,049
Diabetes	98 (31,3%)	11 (73,3%)	0,002	6,03 (1,87- 19,42)	0,003	5,98 (1,84-19,41)	0,003



# REVISTA DE GASTROENTEROLOGÍA DE MÉXICO

www.elsevier.es/rgmx



## Exposición de trabajos libres en cartel

Martes 19 de noviembre de 2024

### MASLD

Mar330

#### EVALUACIÓN DEL RENDIMIENTO DIAGNÓSTICO DE DIECISÉIS BIOMARCADORES PARA EL DIAGNÓSTICO DE MASLD

B. A. Priego-Parra, S. A. Reyes-Díaz, H. R. Ordaz-Álvarez, R. Bernal-Reyes, M. E. Icaza-Chávez, M. Amieva-Balmori, J. A. Velarde-Ruiz Velasco, J. Gracia-Sancho, J. M. Remes-Troche, Grupo Colaborativo: Grupo de Investigación en MASLD; Asociación Mexicana de Gastroenterología; Laboratorio de Fisiología Digestiva y Motilidad Gastrointestinal, Instituto de Investigaciones Médico-Biológicas, Universidad Veracruzana

**Introducción:** La enfermedad hepática esteatósica relacionada con disfunción metabólica (MASLD, *metabolic dysfunction-associated steatotic liver disease*) representa un riesgo cardiovascular aumentado. En regiones de Latinoamérica con limitaciones de recursos es crucial identificar biomarcadores eficientes para la detección temprana de MASLD.

**Objetivo:** Describir el rendimiento diagnóstico de 16 biomarcadores para MASLD en individuos mexicanos.

**Material y métodos:** En este estudio transversal y analítico, la esteatosis se evaluó con el parámetro de atenuación controlado mediante elastografía hepática. La MASLD se definió de acuerdo con estándares internacionales. Los biomarcadores evaluados incluyeron grasa visceral (VF), circunferencia de cintura (WC), relación cintura-estatura (WHtr), relación cintura-cadera (WHR), índice de adiposidad visceral (VAI), índice de esteatosis hepática (HSI), índice de masa corporal (BMI), modelo homeostático de evaluación (HOMA), índice de cintura ajustado por peso (WWI), producto de acumulación de lípidos (LAP), relación ácido úrico-creatinina (UACR), índice de triglicéridos-glucosa (TyG) y sus variantes TyG-WC, TyG-HDL, TyG-BMI, TyG-WHtr. Para el rendimiento diagnóstico se utilizó el índice de Youden para determinar el punto de corte óptimo. Se generaron curvas de característica operativa del receptor (ROC) y se determinó el área bajo la curva ROC (AUROC), junto con

sensibilidad, especificidad, valor predictivo positivo, valor predictivo negativo y razones de verosimilitud. Se desarrolló un modelo de regresión logística con un modelo lineal general y el criterio de información de Akaike se empleó para la selección del modelo. La multicolinealidad entre variables se confirmó con el factor de inflación de la varianza, y la robustez se evaluó con la prueba de Hosmer-Lemeshow. Un valor de  $p < 0,05$  se consideró estadísticamente significativo. Se realizó un análisis de casos completos para datos faltantes o resultados indeterminados. El análisis se realizó con el programa R Studio versión 4.1.3. La investigación se llevó a cabo conforme a los principios de la Declaración de Helsinki y recibió la aprobación del comité de ética de la institución. Todos los participantes proporcionaron su consentimiento informado por escrito.

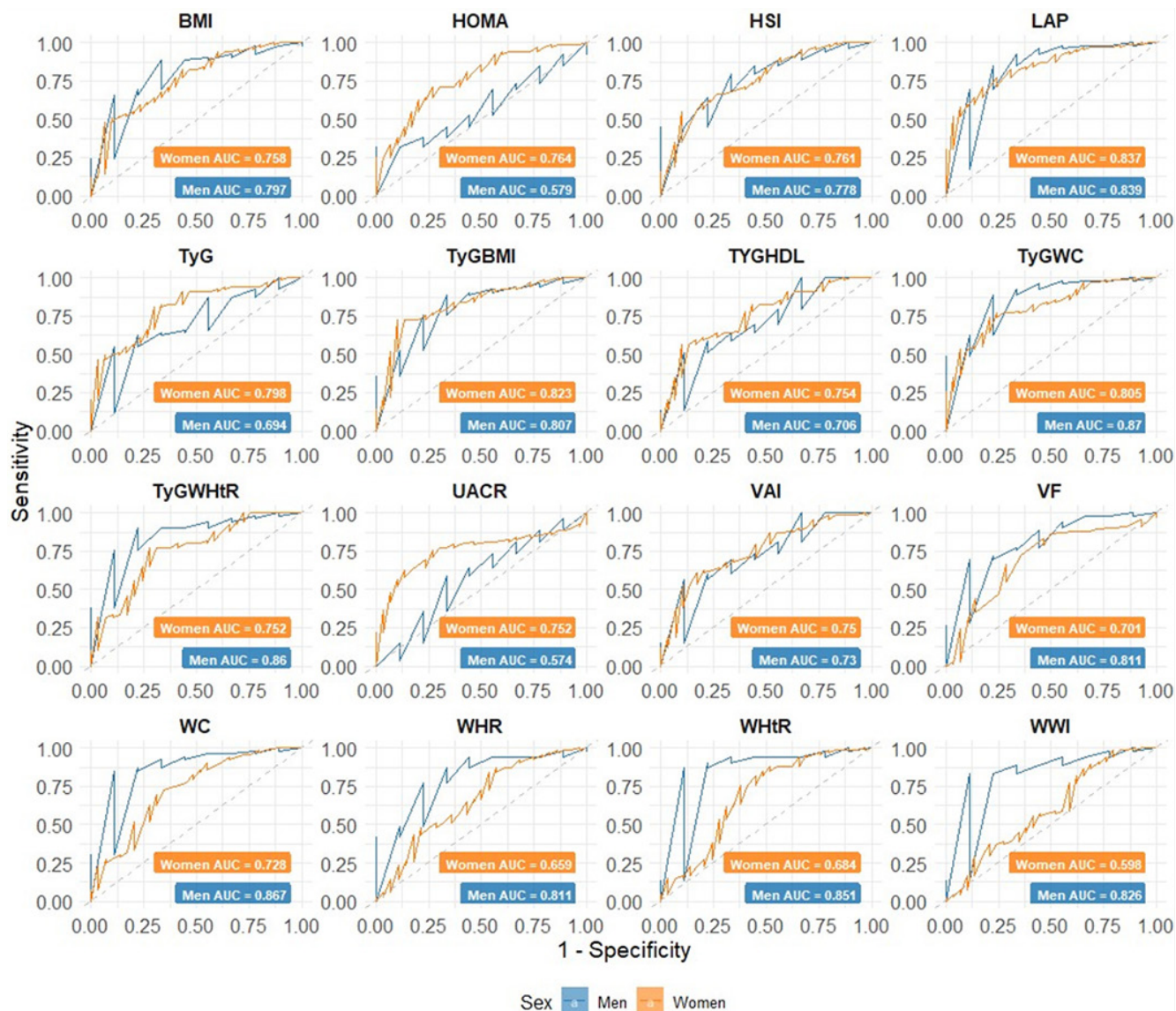
**Resultados:** Se incluyó a 161 individuos, de los cuales 122 cumplieron los criterios de MASLD (56% de mujeres y edad de 53,9 años [47,5-64]) y 39 eran controles sanos (76% de mujeres y edad de 52 [45-64]). Los AUROC de los biomarcadores para MASLD fueron: TyG-WC (0,84), LAP (0,84), TyG-BMI (0,82), TyG-WHtr (0,80), WC (0,78), TyG (0,77), WHtr (0,75), BMI (0,76), VF (0,75), HSI (0,75), TyG-HDL (0,75), WHr (0,72), VAI (0,73), UA/CR (0,70), HOMA (0,71), y WWI (0,69). Al comparar por sexos se observaron diferencias estadísticamente significativas (Figura 1). En las mujeres, los biomarcadores LAP (0,83), TyG-BMI (0,82), TyG-WC (0,80), TyG (0,79), TyG-WHtr (0,75), HSI (0,76), UACR (0,75), HOMA (0,76), BMI (0,75), VAI (0,75), TyG-HDL-C (0,75), WC (0,72), VF (0,70) y WHtr (0,68) mostraron un rendimiento diagnóstico adecuado. Por el contrario, WWI ( $p = 0,69$ ) y WHR ( $p = 0,22$ ) no revelaron significancia estadística. En el caso de los hombres, TyG-WC (0,87), WC (0,86), TyG-WHtr (0,86), LAP (0,83), WWI (0,82), VF (0,81), WHtr (0,85), TyG-BMI (0,80), BMI (0,79), HSI (0,77), VAI (0,73) y TyG-HDL-C (0,70) demostraron un rendimiento diagnóstico satisfactorio. Sin embargo, TyG ( $p = 0,65$ ), UACR ( $p = 0,478$ ) y HOMA ( $p = 0,454$ ) no tuvieron significancia estadística. Tras ajustar el modelo de regresión, el TyG-WC fue el predictor más eficaz de MASLD.

**Conclusiones:** Estos resultados subrayan el potencial de varios biomarcadores no invasivos para la evaluación de MASLD en una población mexicana; destacan las variaciones en la eficacia diagnóstica y los valores de corte entre sexos.

**Financiamiento:** CONAHCYT CVU 1138232.



Figura 1. Comparación por sexos del rendimiento diagnóstico de 16 biomarcadores para MASLD. (Mar330)



## Mar331

### TSH Y SU CORRELACIÓN CON EL DESARROLLO DE FIBROSIS HEPÁTICA EN PACIENTES CON HIPOTIROIDISMO EN HOSPITAL DE TERCER NIVEL DE ATENCIÓN

A. G. Pérez-Castañeda, J. A. Velarde-Ruiz Velasco, J. R. Barrientos-Ávalos, J. M. Aldana-Ledesma, E. S. García-Jiménez, R. A. Ledesma-Rangel, Hospital Civil de Guadalajara Fray Antonio Alcalde

**Introducción:** El hígado graso y el hipotiroidismo son dos alteraciones prevalentes en México que suponen desafíos significativos para la salud pública. El aumento de su incidencia en las últimas décadas se debe a cambios en el estilo de vida, la dieta y el acceso a la atención médica. Aunque el hipotiroidismo no causa directamente la fibrosis hepática, está relacionado a través de la función metabólica del cuerpo. El hipotiroidismo puede lentificar el metabolismo y conducir a la acumulación de lípidos en el hígado, un trastorno conocido como esteatosis hepática o hígado graso. Este puede avanzar a esteatohepatitis y al final a fibrosis hepática, caracterizada por formación de tejido cicatrizal. Si no se trata, la fibrosis puede evolucionar a cirrosis hepática con graves complicaciones.

**Objetivo:** Conocer las características clínico-demográficas en los pacientes con hipotiroidismo evaluados en la consulta del servicio de endocrinología e identificar la fibrosis mediante evaluación no invasiva.

**Informe de casos:** Se llevó a cabo la revisión de 85 pacientes con expediente clínico completo y se sometió a un análisis de correlación con variables numéricas en el sistema SPSS en el que se encontró que los valores de TSH no se correlacionan con el desarrollo de fibrosis hepática; se identificó una  $r$  de Pearson = -0,074 con una  $p = 0,519$  no significativa. La edad promedio en la serie fue de 42 años  $\pm$  12 años y predominó en forma superior el sexo femenino. Los valores de APRI y FIB4 promedio fueron de 0,3 y 1,1 respectivamente, negativos para la presencia de fibrosis avanzada. En esta serie de casos se identificaron solo cuatro casos con fibrosis avanzada.

**Discusión:** El hipotiroidismo y la enfermedad hepática grasa comparten factores de riesgo comunes, como la obesidad, la diabetes tipo 2 y los trastornos metabólicos. El tratamiento adecuado del hipotiroidismo y la identificación temprana del hígado graso son cruciales para prevenir la evolución a la fibrosis. Es esencial que las personas con hipotiroidismo controlen su salud hepática y adopten un estilo de vida saludable para evitar complicaciones hepáticas. En la actualidad existen estudios suficientes que validan la relación entre el hipotiroidismo y el desarrollo de hígado graso con fibrosis hepática en grado variable.

**Conclusiones:** En esta serie de casos se observó que no existe correlación directa entre el valor de la TSH y el desarrollo de fibrosis hepática. Sin

embargo, es importante destacar que las comorbilidades metabólicas favorecen el desarrollo de hígado graso y por ende la posibilidad de desarrollar fibrosis hepática. En esta serie de casos se encontraron cuatro casos de fibrosis avanzada, por lo que es importante hacer énfasis en solicitar estudios completos en pacientes con hipotiroidismo y complementar con estudios de imagen.

**Financiamiento:** No se recibió ningún tipo de financiamiento.

### Mar332

## EVALUACIÓN DE SARCOPENIA Y FRAGILIDAD, ENTIDADES CLÍNICAS QUE IMPACTAN LA CALIDAD VIDA EN MASLD

K. D. González-Gómez, J. L. Vargas-Basurto, A. D. Cano-Contreras, M. R. Francisco, L. Amezcua-Toledo, H. R. Ordaz-Álvarez, A. P. Vázquez-Cruz, J. M. Remes-Troche, Instituto de Investigaciones Médico-Biológicas, Universidad Veracruzana

**Introducción:** La sarcopenia se caracteriza por pérdida acelerada de masa muscular y disminución de la función. Aunque existe mayor prevalencia en la población adulta mayor, puede estar relacionada con enfermedades crónicas como MASLD.

**Objetivo:** Evaluar la presencia de sarcopenia, fragilidad y calidad de vida en pacientes con MASLD.

**Material y métodos:** Estudio observacional, transversal y analítico en pacientes con MASLD de la clínica de hígado del Instituto de Investigaciones Médico-Biológicas. Con USG se evaluaron área transversal (AT) del músculo recto femoral (MRF), grosor de MRF, ángulo de penetración (AP) de MRF, grosor del músculo vasto interno (MVI) y elastografía hepática de transición (ET). Se determinó la fuerza muscular con dinamómetro y la prueba de levantamiento de la silla (StST) para calcular el índice de fragilidad hepática. El diagnóstico de sarcopenia se estableció con los criterios de la EWGSOP2. Se aplicaron los cuestionarios SARC-F para detección de sarcopenia, Calidad de Vida en la Sarcopenia (SarQoL) y Calidad de Vida en Pacientes con MASLD (CLQD-NAFLD). Las variables numéricas se expresaron con medidas de tendencia central y dispersión, y las variables categóricas con frecuencias y porcentajes. La distribución de los datos se evaluó con la prueba de Kolmogorov-Smirnov y la homocedasticidad con la prueba de Levene. Para la comparación entre grupos se utilizaron las pruebas t de Student o de Wilcoxon para variables numéricas, mientras que para las categóricas ji cuadrada o exacta de Fisher, según correspondiera. Se realizaron curvas ROC para sarcopenia, IFH, StST y SARC-F. Las correlaciones se evaluaron con la prueba de Pearson o Spearman a razón de la distribución de los datos. El análisis estadístico se efectuó con el programa SPSS v. 26.

**Resultados:** Se incluyó a 31 pacientes con MASLD y se reconoció sarcopenia en 5 (16,1%) pacientes de 67 años en promedio (49-70), con 60% de mujeres; el 83% no mostró alteraciones (edad, 53 [23-68]; 69,2% de mujeres); los pacientes con sarcopenia tuvieron mayor edad (67 [49-70] vs. 53 [23-68];  $p = 0,03$ ), más dinapenia (2 [40%] vs. 0 [0%];  $p = 0,001$ ), mayor tiempo en StST (16,89  $\pm$  13,3 vs. 11,21  $\pm$  2,19;  $p = 0,0001$ ), prueba positiva de StST (4 [80%] vs. 1 [3,8%];  $p = 0,0001$ ) y menor AT de MRF (2,32  $\pm$  0,66 vs. 3,7  $\pm$  1,1;  $p = 0,019$ ), grosor de MRF (1,03  $\pm$  0,25 vs. 1,42  $\pm$  0,25;  $p = 0,004$ ) y AP de MRF (6,28  $\pm$  2,35 vs. 9,45  $\pm$  3,27;  $p = 0,001$ ). El IFH fue mayor en pacientes con sarcopenia (4,27  $\pm$  0,17 vs. 3,43  $\pm$  0,29;  $p = 0,0001$ ) y la calidad de vida fue menor por puntuación de SarQoL (52,7 [48,2-77,5] vs. 88,4 [82,2-93,3];  $p < 0,0001$ ). En un subanálisis, SARC-F e IFH alto se correlacionaron con sarcopenia ( $r = 0,428$ ;  $p = 0,016$ ; y  $r = 0,754$ ,  $p = 0,001$ , respectivamente), así como con mayor tiempo StST ( $r = 0,681$ ;  $p = 0,001$ ), StST positivo ( $r = 0,762$ ;  $p = 0,001$ ), percentil IFH ( $r = 0,644$ ;  $p = 0,001$ ) y dinapenia ( $r = 0,599$ ;  $p = 0,001$ ). El área bajo la curva para el diagnóstico de sarcopenia fue de 1 (IC95%, 1,0-1,0;  $p = 0,0001$ ) que corresponde a la puntuación 4,04 de IFH (índice de Youden de 1,0), para StST de 0,962 (IC95%, 0,892-1,0;  $p = 0,001$ ) y para SARC-F de 0,800 (IC95%, 0,553-1,0;  $p = 0,036$ ).

**Conclusiones:** En esta población, los pacientes con MASLD y valores elevados de IFH, SARC-F y StST positivo tuvieron correlación significativa con el diagnóstico de sarcopenia por criterios de EWGSOP2, así como disminución de la calidad de vida evaluada con el SarQoL. Esto destaca la necesidad de realizar una búsqueda intencionada de sarcopenia en pacientes con MASLD que reflejen pérdida de funcionalidad. El IFH y el StST son pruebas que demuestran una utilidad clínica significativa para el diagnóstico de sarcopenia. Además,

se confirmó que el ultrasonido muscular es una herramienta complementaria útil para valorar sarcopenia.

**Financiamiento:** No se recibió financiamiento de ningún tipo.

### Mar333

## BENEFICIOS DE LA SUPLEMENTACIÓN CON DONADORES DE GRUPO METILO EN EL EJE INTESTINO-HÍGADO EN UN MODELO DE MetALD

C. Díaz-Canul, A. O. Vázquez-Esqueda, R. Rosas-Campos, R. Escutia-Gutiérrez, N. Gómez-Gómez, M. A. Ibarra-Hernández, M. Galicia-Moreno, J. Armendáriz-Borunda, A. Sandoval-Rodríguez, Universidad de Guadalajara

**Introducción:** El MetALD es una categoría emergente que describe la enfermedad hepática relacionada tanto con trastornos metabólicos (MASLD) como con el consumo de alcohol (ALD). Esta anomalía conduce a disbiosis intestinal, debilitamiento de la barrera intestinal y translocación bacteriana, lo cual exacerba la inflamación, la esteatosis y la fibrosis hepática. Un enfoque prometedor para el abordaje del MetALD es el estudio de los efectos de la complementación con donadores del grupo metilo en el eje intestino-hígado, centrado en la modulación de la microbiota intestinal y la mejoría de los parámetros metabólicos e histológicos.

**Objetivo:** Evaluar el efecto de la complementación con donadores del grupo metilo sobre la composición de la microbiota intestinal y su relación con los marcadores metabólicos e histológicos y la expresión de genes proinflamatorios en un modelo murino de MetALD.

**Material y métodos:** Se asignaron aleatoriamente 24 ratones macho C57BL/6J (25  $\pm$  2 g) a un grupo control (ND,  $n = 8$ ), un grupo MetALD (20% de etanol en agua + 45% grasa en la dieta) y un grupo de MetALD + MetMix (donadores de metilo). Cada grupo mantuvo su respectiva dieta/complementación durante 20 semanas. Se pesaron el hígado, la grasa epididimal y el peso corporal; se midieron en suero las enzimas hepáticas, las adipocinas y el perfil lipídico. La evaluación histopatológica se realizó en hígado, grasa epididimal y colon. Se analizó la expresión génica de IL-6 y TNF- $\alpha$  y la secuenciación del gen 16S rRNA en DNA fecal evaluó la microbiota intestinal. El análisis estadístico se realizó con ANOVA y pruebas *post hoc* ( $p < 0,05$ ).

**Resultados:** La complementación redujo ( $p < 0,05$ ) el peso corporal, la grasa visceral y los valores de colesterol, HDL y LDL. Además, se observó una reducción (n.s.) de AST, ALT, TG, VLDL, insulina, leptina, glucagón, resistina, así como de las cifras de RNAm de IL-6 y TNF- $\alpha$ . En el grupo MetALD + MetMix se identificó una disminución de la esteatosis hepática y el área de adipocitos, mientras que las criptas intestinales tendieron a recuperar la longitud. La diversidad beta de la microbiota fue similar entre los grupos, en tanto que la diversidad alfa y la relación *Firmicutes/Bacteroidetes* mostraron una tendencia hacia el aumento debido al enriquecimiento de *Firmicutes* tras la complementación.

**Conclusiones:** La complementación con donadores de grupo metilo produjo una mejora significativa del peso corporal y el perfil lipídico, así como una reducción de la esteatosis hepática y el tamaño de los adipocitos, con aumento de la abundancia y la diversidad de la microbiota intestinal.

**Financiamiento:** El presente trabajo se financió a través del Programa de Fortalecimiento de Institutos, Centros y Laboratorios de Investigación 2022 de la Universidad de Guadalajara, Programa PIN 2021 CUCS.

### Mar334

## LAS PEQUEÑAS Y DENSAS PARTÍCULAS DE COLESTEROL LDL SON UN MARCADOR ÚTIL DE RIESGO DE ENFERMEDAD CARDIOVASCULAR ATROSCLERÓTICA EN PACIENTES CON ESTEATOSIS HEPÁTICA METABÓLICA

L. A. Chi-Cervera, J. C. Torres-Romero, D. Butrón-Hernández, E. E. Canche-Haas, I. Montalvo-Gordon, M. E. Icaza-Chávez, J. C. Lara-Riegos, Christus Muguerza Hospital Faro del Mayab

**Introducción:** La enfermedad por esteatosis hepática metabólica (MASLD) afecta a millones de personas en todo el mundo. La principal causa de muerte en este grupo de pacientes es la enfermedad cardiovascular (ECV). Las

alteraciones en el metabolismo de las lipoproteínas, la disfunción endotelial, así como la elevada probabilidad de sufrir lesiones ateroscleróticas sustentan el vínculo entre MASLD y ECV. Las pequeñas y densas partículas de colesterol LDL (sdLDL-C) son un subtipo de colesterol LDL muy aterogénicas debido a su mayor penetración a la pared endotelial y mejor retención subendotelial, además de que tienen menor afinidad por los receptores LDL y una vida media más larga en plasma. Diversos estudios han establecido que las sdLDL-C son uno de los parámetros del panel de lípidos más robustos para determinar la incidencia de episodios cardiovasculares adversos. Sin embargo, no se ha evaluado la utilidad de las sdLDL-C como marcador de riesgo de ECV aterosclerótica en MASLD.

**Objetivo:** Determinar la relación de las sdLDL-C con el grosor del complejo íntima-media de carótidas (GIMc) como marcador subrogado de riesgo de ECV aterosclerótica en pacientes con MASLD.

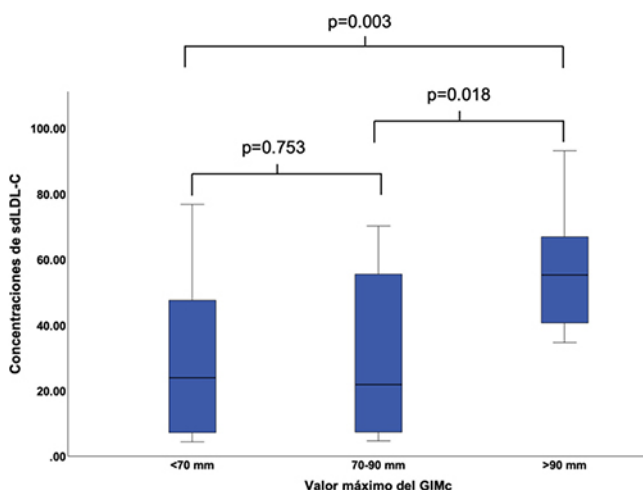
**Material y métodos:** Estudio transversal. Se incluyó a 80 personas con diagnóstico de MASLD que acudieron al Centro de Especialidades Gastrointestinales y Hepáticas de Mérida, Yucatán, entre junio del 2023 y mayo del 2024. Como marcador subrogado de riesgo de ECV aterosclerótica se consideró el valor bilateral más alto del GIMc medido por ultrasonido. La determinación de las sdLDL-C se realizó por el método de precipitación de lipoproteínas del suero con heparina-magnesio y se cuantificó con espectrofotometría en mg/dL. Además, se midieron las concentraciones de otros parámetros del perfil de lípidos (triglicéridos, colesterol total y colesterol HDL y LDL). Para el análisis estadístico bivariado se emplearon la correlación de Pearson y la prueba de Kruskal-Wallis. Para el análisis multivariado se usó regresión lineal múltiple. Se consideró un valor de  $p < 0,05$  como significativo. Se utilizó el programa IBM SPSS v29 para llevar a cabo el análisis estadístico.

**Resultados:** El 66,7% de la muestra correspondió a mujeres. La mediana de edad fue de 54 (43-61) años con un IMC de 32,4 (29,6-38,1) kg/m<sup>2</sup>. La correlación entre el valor máximo del GIMc y las concentraciones séricas de sdLDL-C fue de  $r = 0,398$  ( $p < 0,001$ ). Para la comparación entre grupos se dividió la muestra en cuartiles de acuerdo con el valor del GIMc ( $< 0,70$  mm, 70-90 mm,  $> 90$  mm). Se observaron diferencias significativas en las concentraciones de sdLDL-C entre los grupos ( $p = 0,003$ ); el grupo  $> 90$  mm tuvo los valores más altos de sdLDL-C con mediana de 55,3 (40,2-69,1) md/dL (Figura 1). Por último, se condujo el análisis de regresión lineal múltiple para evaluar la relación independiente de las sdLDL-C y otros parámetros del perfil de lípidos como predictores del GIMc ( $r^2 = 0,146$ ,  $p < 0,001$ ). Las sdLDL-C fueron el único parámetro del perfil de lípidos que mantuvo una vinculación independiente con el GIMc ( $\beta = 0,004$ ; IC95%, 0,002-0,006;  $p < 0,001$ ).

**Conclusiones:** Las sdLDL-C se correlacionaron positivamente con el valor más alto del GIMc. Las personas con un GIMc  $> 90$  mm tuvieron las concentraciones séricas más elevadas de sdLDL-C. En comparación con otros parámetros del perfil de lípidos, las sdLDL-C mantuvieron una relación independiente con el valor máximo del GIMc. Por lo anterior, las sdLDL-C pueden considerarse un marcador útil para identificar riesgo de ECV aterosclerótica en pacientes con MASLD.

**Financiamiento:** El presente trabajo de investigación recibió financiamiento parcial del CONAHCYT.

Figura 1. Concentraciones de sdLDL-C de acuerdo con el valor más alto del GIMc ajustado por cuartiles. (Mar334)



Mar335

PREVALENCIA DE ESTEATOSIS Y FIBROSIS HEPÁTICA AVANZADA ASOCIADA A MASLD EN PACIENTES QUE VIVEN CON INFECCIÓN POR VIH EVALUADA POR VCTE

J. D. Prieto-Nava, L. A. Rosales-Rentería, M. S. González-Huezo, H. R. Ordaz-Álvarez, Centro Médico ISSEMyM Toluca

**Introducción:** La enfermedad hepática esteatósica relacionada con disfunción metabólica (MASLD) es una alteración con alta prevalencia mundial (25%-30%); en México afecta a una proporción de 14,4% a 62,9% de la población. En este país se encuentran 340 000 personas que viven con infección por el virus de inmunodeficiencia humana (VIH), según datos del Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI). Desde el punto de vista histórico, la principal hepatopatía en este grupo es la coinfección con el virus de las hepatitis B y C; sin embargo, las publicaciones internacionales muestran que la MASLD se halla en un 35% de los pacientes que viven con infección por VIH, y puede ser secundaria a fármacos o de índole metabólica. Se calcula que el 48% cursa con esteatosis y 15% con fibrosis hepática avanzada (FHA) al utilizar una herramienta no invasiva como la elastografía transitoria controlada por vibraciones (VCTE).

**Objetivo:** Determinar la prevalencia de MASLD mediante VCTE y describir las características clínicas de pacientes con VIH en un hospital de tercer nivel en Metepec, Estado de México.

**Material y métodos:** Estudio observacional, descriptivo y transversal realizado en el Instituto de Seguridad Social del Estado de México y Municipios (ISSEMyM) en Metepec, Estado de México. Se incluyó a pacientes mayores de 18 años con diagnóstico de VIH y un FIB-4  $> 1,3$ ; se excluyó a aquellos con elevación de ALT y AST  $> 100$ , infección por VHB o VHC, hepatopatías autoinmunitarias, daño por medicamentos, consumo elevado de alcohol ( $> 2$  bebidas al día) o causas de esteatosis secundarias (intestinal, nutricional, genéticas, endocrinopatías, hepatopatías vinculadas con el embarazo o fármacos esteatogénicos). Los pacientes evaluados se sometieron a VCTE y se emplearon puntos de corte establecidos en las últimas guías de la American Association for the Study of Liver Diseases (AASLD) de parámetro de atenuación controlada (CAP)  $> 288$  dB y kilopascales (kPa)  $> 12$  para definir esteatosis y FHA, respectivamente. Las variables numéricas se expresaron con medidas de tendencia central y dispersión; las variables categóricas se registraron con frecuencia y porcentaje. El análisis estadístico se llevó a cabo en el programa SPSS v.26.

**Resultados:** De una población total de 364 pacientes con infección por VIH, 67 cumplieron con los criterios de inclusión. A 56 (83,58%) se los clasificó como FIB-4 indeterminado (1,3-2,67) y 11 (16,41%) con FIB-4 indicativo de FHA ( $x > 2,67$ ). Se realizó VCTE en 42 de ellos, 14 (33,33%) tuvieron esteatosis y 2 (4,76%) FHA. La prevalencia de MASLD fue del 38,1%. La edad promedio fue de 59,9 años, con 35 hombres (83,33%) y 7 (16,66%) mujeres. El tratamiento antirretroviral (TAR) más utilizado fue bictegravir/tenofovir alafenamida/emtricitabina (BIC/TAF/FTC) en 20 (47,61%). Respecto de las comorbilidades, 26 (61,90%) tenían sobrepeso/obesidad, 20 (47,61%) glucosa alterada en ayuno, 14 (33,33%) hipertensión arterial sistémica, 39 (92,85%) dislipidemia (hipertrigliceridemia o HDL bajo) y 19 (54,28%) de los hombres mostraron un perímetro abdominal  $> 94$  cm y 4 (57,14%) de las mujeres  $> 88$  cm; 26 (61,90%) cumplieron criterios de síndrome metabólico de acuerdo con ATP IV (Tabla 1).

Tabla 1. Características clínicas. (Mar335)

Características clínicas (n = 42)	
Edad	59,9 ± 8,75 años
Género	Femenino 8 (16,66%)
	Masculino 34 (83,33%)
CD4	430,2 ± 225,7
Tratamiento antirretroviral	BIC/TAF/FTC 20 (47,61%)
	DTG/ABC/3TC 9 (21,42%)
	EVF/FTC/TDF 4 (9,52%)
	ABC/3TC 3 (7,14%)
	TAF/FTC 3 (7,14%)
	DOR/TAF/3TC 1 (2,38%)
DRV/COBI 1 (2,38%)	
DRV/r 1 (2,38%)	



Comorbilidades	Glucosa alterada en ayuno	20 (47,61%)
	HAS	14 (33,33%)
	Dislipidemia	39 (92,85%)
	Cintura > 94 cm (H)	19 (45,23%)
	Cintura > 88 cm (M)	4 (9,52%)
	Sobrepeso/obesidad	26 (61,90%)
	Síndrome metabólico	26 (61,90%)

**Conclusiones:** La patogenia de MASLD en esta población se explica por factores de índole metabólica inherentes a la persona y factores vinculados con el VIH (lipodistrofia, fibrogénesis por estrés oxidativo y consumo de fármacos como TAF); la combinación propicia la evolución hasta la FHA y sus complicaciones adjuntas. En este estudio se usó FIB-4 como herramienta de riesgo para la VCTE en pacientes que viven con VIH y se identificó una tasa de esteatosis y FHA menor a la descrita en el plano mundial; no obstante, se reconoció un porcentaje mayor de síndrome metabólico.

**Financiamiento:** No se recibió financiamiento de ningún tipo.

### Mar336

## EVALUACIÓN DE IGFBPS SÉRICAS EN HEPATOPATÍAS CRÓNICAS COMO BIOMARCADORES

M. Hernández-Santillán, M. Martínez-Castillo, A. Hernández-Barragán, J. L. Pérez-Hernández, F. Higuera-De-la-Tijera, L. Muñoz-Espinosa, P. Cordero-Pérez, A. Torre-Delgado, G. Gutiérrez-Reyes, Grupo Colaborativo: MexFibro; Laboratorio de Hígado, Páncreas y Motilidad (HIPAM), Unidad de Investigación en Medicina Experimental, Facultad de Medicina, UNAM; Hospital General de México Dr. Eduardo Liceaga

**Introducción:** Las hepatopatías crónicas son efecto de diversos factores como alcohol, virus de la hepatitis C y disfunción metabólica. Hoy en día se conoce poca información de las proteínas de unión al factor de crecimiento insulinoide (IGFBP); sin embargo, su función respecto del metabolismo de la glucosa y los lípidos es bien conocida, pero no se conoce la relación de estas proteínas en enfermedades hepáticas crónicas.

**Objetivo:** Evaluar los valores séricos de IGFBP 1, 2, 3 y 7 en sujetos con cirrosis por alcohol, hepatitis alcohólica, hepatitis C y enfermedad hepática esteatósica relacionada con disfunción metabólica.

**Material y métodos:** Estudio prospectivo, transversal y multicéntrico que recibió aprobación de la comisión de investigación y ética de la UNAM y el Hospital General de México. Se incluyó a individuos con datos clínicos y bioquímicos de daño hepático por alcohol y se definieron dos grupos: cirróticos (CiOH) y enfermos con hepatitis alcohólica (HA). Se integró otro grupo con individuos que tenían evidencia clínica de enfermedad hepática esteatósica relacionada con disfunción metabólica (MASLD). Este último grupo se definió por el diagnóstico de hepatitis C crónica (HepC) y se realizaron Fibroscan o Fibrotest. Todos se compararon con un grupo de sujetos sanos considerado como control (CT). En el suero se cuantificaron las IGFBP mediante arreglo en suspensión múltiple. Los datos se analizaron y compararon entre grupos. Para el análisis estadístico se utilizaron las pruebas de Kruskal-Wallis y U de Mann-Whitney.

**Resultados:** Las concentraciones séricas de IGFBP 1, 2 y 7 en la hepatitis C estaban elevadas en comparación con los demás grupos. En el caso de HA se encontró disminuida en IGFBP-2, 3 y 7 respecto del grupo CT, mientras que en IGFBP-1 estaban incrementados los valores séricos en comparación con CT.

En los tres grupos con alguna hepatopatía, la IGFBP-3 se encontró disminuida respecto del grupo CT. En los grupos de MASLD y CiOH se observaron concentraciones bajas en IGFBP 1, 2, 3 y 7 al comparar con los grupos de HepC, HA y CT.

**Conclusiones:** Los valores bajos obtenidos en la MASLD y la enfermedad hepática por alcohol señalan que su función principal en cuanto a los efectos metabólicos se altera de manera negativa. En el caso de la hepatitis C se sintetizan en mayor concentración; estos valores séricos pueden utilizarse como referencia para estudios futuros de acuerdo con la causa de la enfermedad. Sin embargo, es necesario encontrar nuevos mecanismos que participen en el metabolismo de lípidos y su relación con enfermedades hepáticas crónicas.

**Financiamiento:** No se recibió ningún financiamiento.

### Mar337

## FACTORES CLÍNICOS RELACIONADOS AL DESARROLLO DE ENFERMEDAD HEPÁTICA ESTEATÓSICA ASOCIADA A DISFUNCIÓN METABÓLICA (MASLD) EN PACIENTES CON HEPATITIS AUTOINMUNE

H. M. Herrera-Martínez, E. G. Salgado-Parra, B. N. Loza-Hernández, Hospital Regional Lic. Adolfo López Mateos, ISSSTE

**Introducción:** La incidencia de hepatopatía relacionada con disfunción metabólica (MASLD) se ha incrementado de forma significativa en los últimos años en el plano global; dicho incremento no excluye a pacientes con otras hepatopatías subyacentes. La hepatitis autoinmunitaria (HAI) es una enfermedad crónica inmunomediada cuyo tratamiento a base de inmunosupresores y esteroides podría favorecer el desarrollo de trastornos metabólicos. Dicha superposición puede conferir un mayor riesgo de avance del daño hepático; su estudio es importante para identificar de manera oportuna los factores modificables con el fin de realizar intervenciones terapéuticas oportunas.

**Objetivo:** Determinar los factores clínicos vinculados con el desarrollo de enfermedad hepática esteatósica relacionada con disfunción metabólica (MASLD) en pacientes con hepatitis autoinmunitaria.

**Material y métodos:** Estudio descriptivo, observacional y retrospectivo realizado en pacientes del servicio de gastroenterología del H. R. Lic. Adolfo López Mateos del ISSSTE, diagnosticados con hepatitis autoinmunitaria en el periodo de junio de 2021 a junio de 2024. Se recabaron datos clínicos, demográficos, biométricos, bioquímicos e imagenológicos del expediente clínico: sexo, edad, comorbilidades, índice de masa corporal (IMC), presión arterial sistémica (PAS), cifras de glucosa sérica en ayuno, triglicéridos y colesterol de alta densidad (HDL-c), más evidencia de esteatosis hepática observada por estudio de imagen o biopsia. Se realizó el cálculo de las puntuaciones para determinar la presencia de fibrosis significativa (<sup>3</sup>F3) tras considerar un valor de APRI (> 0,5) y FIB-4 (> 1,3). Análisis estadístico: estadística descriptiva con medidas de frecuencia relativas y centrales, obtención de porcentajes, media y desviación estándar. Significancia estadística a través de la prueba exacta de Fisher por el tamaño poblacional.

**Resultados:** Se evaluó a un total de 33 pacientes diagnosticados con HAI en el periodo establecido. La edad promedio fue de 56 años (DE = 11), con predominio del sexo femenino (85% vs. 15%, M:H). Como factores de riesgo metabólico para MASLD se evaluaron: sobrepeso con un IMC > 25 kg/m<sup>2</sup> (36%), glucosa sérica en ayuno > 100 mg/dL (42%), diabetes (12%), triglicéridos > 150 mg/dL (18%), HDL-c < 39 mg/dL en hombres y < 50 mg/dL en mujeres (30%), PAS > 130/85 mmHg (21%), esteatosis hepática (18%) y esteatohepatitis (3%), índice AST/ALT > 1 (45%), APRI > 0,5 (54%), FIB-4 > 1,3 (81%) y cirrosis hepática (51%). Se obtuvo un total de seis pacientes que cumplían criterios para superposición de HAI/MASLD, ninguno de los cuales reveló datos vinculados con cirrosis hepática ni superposición con alguna otra entidad autoinmunitaria. El análisis estadístico de la correlación de variables se presenta en la **Tabla 1**.

**Tabla 1.** Análisis estadístico a través de la prueba exacta de Fisher. Puede identificarse que no hay relación estadísticamente significativa con la esteatosis hepática; asimismo, se registró la prevalencia de los principales factores cardiometabólicos vinculados con la superposición de HAI/MASLD y HAI de manera aislada. (Mar337)

Variable	Total (33)	Prueba de Fisher	Relación
Esteatosis/IMC (> 25 kg/m <sup>2</sup> )	40%	0,147	0,123
Esteatosis/edad (> 40 años)	91%	0,536	0,536
Esteatosis/AST/ índice ALT (> 1)	45%	0,242	0,189
Esteatosis/APRI (> 0,5)	54%	0,577	0,335
Esteatosis/FIB-4 (> 1,3)	91%	0,295	0,238
	HAI/MASLD (6)	HAI (27)	
IMC > 25 kg/m <sup>2</sup>	66%	33%	
Glucemia > 100 mg/dL	50%	44%	
Triglicéridos > 150 mg/dL	33%	15%	
HDL-c < 39 mg/dL en hombres y < 50 mg/dL en mujeres	17%	51%	
PAS > 130/85 mmHg	17%	18,5%	



**Conclusiones:** En esta población, la superposición de HAI/MASLD estuvo presente en el 18% de los pacientes con hepatopatía autoinmunitaria subyacente. Sin embargo, durante la evaluación de los principales factores cardiometabólicos y de fibrosis para determinar el nexo con la esteatosis, la cual podría culminar en daño hepático crónico, tales factores no fueron estadísticamente significativos; en consecuencia, puede inferirse que HAI puede tener otras causas vinculadas para la evolución de la enfermedad hepática, por lo que es necesario conducir más estudios.

**Financiamiento:** No se recibió financiamiento de ningún tipo.

### Mar338

## QUANTOSE-IR: ¿UNA NUEVA HERRAMIENTA EN EL ESTUDIO DE ESTEATOSIS HEPÁTICA?

V. M. Fernández-Garibay, N. E. Aguilar-Olivos, A. M. Mijangos-Trejo, N. C. Chávez-Tapia, Médica Sur

**Introducción:** Se ha relacionado la resistencia a la insulina con el síndrome metabólico y el desarrollo de esteatosis hepática no alcohólica. Quantose-IR es una prueba que toma en cuenta la cuantificación de cuatro biomarcadores séricos (insulina,  $\alpha$ -hidroxibutirato, ácido oleico y linoleil-glicero-fosfolina) y predice la evolución a la intolerancia a la glucosa con tres años de anticipación. Por otro lado, se ha utilizado el parámetro de atenuación controlada (CAP) que cuantifica la esteatosis hepática de forma no invasiva de manera eficaz.

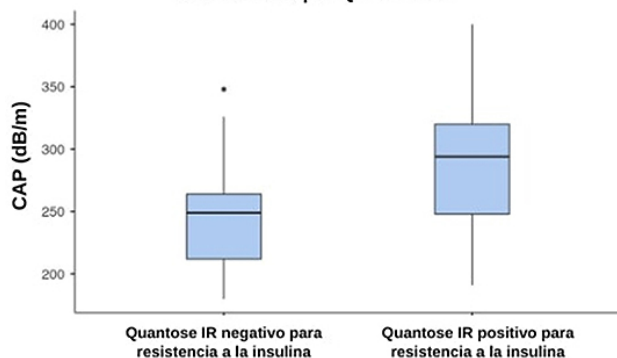
**Objetivo:** Determinar la prevalencia de esteatosis hepática diagnosticada por Fibroscan/CAP en pacientes con resistencia a la insulina cuantificada por Quantose-IR, así como la utilidad diagnóstica de Quantose-IR como herramienta diagnóstica para la esteatosis hepática.

**Material y métodos:** Se trata de un estudio piloto, observacional, descriptivo, transversal, no aleatorio y ambispectivo. Se revisaron expedientes de pacientes adultos a los que se les realizó Quantose-IR y Fibroscan/CAP durante el periodo de 2017 a 2024. Se excluyó a los pacientes con diagnóstico de cirrosis, enfermedad hepática de otras causas y diabetes. Se diagnosticó esteatosis hepática con un punto de corte de 280 dB/m de CAP y resistencia a la insulina con 63 puntos de Quantose-IR. Los resultados se expresaron como medidas de tendencia central y dispersión. Se utilizó la prueba t de Student para determinar diferencia entre las medias. Se calculó sensibilidad, especificidad, valor predictivo positivo y valor predictivo negativo para determinar la utilidad del Quantose-IR en el diagnóstico de esteatosis hepática.

**Resultados:** Se incluyó a 38 pacientes adultos, con una media de edad de 51 años; 58% correspondió a mujeres y 25 (66%) pacientes tenían resistencia a la insulina por Quantose-IR. La prevalencia de esteatosis hepática cuantificada por Fibroscan/CAP en pacientes con resistencia a la insulina mediante Quantose-IR fue del 60%. Por otro lado, la prevalencia de esteatosis hepática en pacientes sin resistencia a la insulina fue del 23%. Los individuos con resistencia a la insulina tenían un CAP promedio más elevado ( $289 \pm 52$  dB/m) en comparación con aquellos que no mostraron resistencia a la insulina ( $250 \pm 51$  dB/m) ( $p = 0,03$ ) (Figura 1). Se calculó que un valor de Quantose-IR  $> 63$  puntos tenía una sensibilidad del 83% (IC95%, 59%-96%), especificidad del 50%

**Figura 1.** Los pacientes con resistencia a la insulina tenían un CAP promedio más elevado ( $289$  dB/m  $\pm 52,5$ ) en comparación con aquellos que no tenían resistencia a la insulina ( $250$  dB/m  $\pm 50,7$ ) ( $p = 0,03$ ). \*Elaboración de A.M. Mijangos-Trejo y V.M. Fernández-Garibay. (Mar338)

Valores de CAP para pacientes con y sin resistencia a la insulina por Quantose IR.



(IC95%, 27%-72%), valor predictivo positivo del 60% y valor predictivo negativo del 77% para determinar esteatosis hepática.

**Conclusiones:** Se identificó una prevalencia de esteatosis hepática del 60% en pacientes con resistencia a la insulina cuantificada por Quantose-IR. La precisión de este parámetro para ayudar en el diagnóstico de hígado graso es limitada.

**Financiamiento:** Este trabajo recibió patrocinio parcial de la Fundación Clínica Médica Sur.

### Mar339

## LA MANGA GÁSTRICA DISMINUYE EL GRADO DE ESTEATOSIS EN PACIENTES CON OBESIDAD/MASLD

C. R. Alfaro-Martínez, A. S. Sandoval-Rodríguez, J. J. García-Bañuelos, H. G. Galván-Araiza, R. Malé-Velázquez, J. Armendáriz-Borunda, Centro Universitario de Ciencias de la Salud, UDG

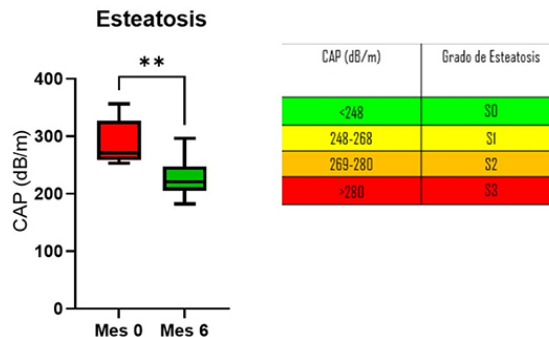
**Introducción:** La obesidad es un trastorno metabólico caracterizado por la acumulación de grasa subcutánea y periférica que produce otros trastornos como la enfermedad esteatósica hepática relacionada con la disfunción metabólica (MASLD). Una manera de diagnosticarla consiste en usar la elastografía hepática transitoria de vibración controlada (VCTE, *vibration controlled transient elastography*). No existe tratamiento para la MASLD por lo que la estrategia se enfoca en la pérdida de peso; sin embargo, el apego es bajo y por ello la cirugía bariátrica resulta una excelente opción, ya que reduce significativamente el peso en la obesidad mórbida. Pocos estudios han analizado su efecto en la MASLD.

**Objetivo:** Determinar el efecto de la manga gástrica sobre la esteatosis en pacientes con obesidad/MASLD mediante VCTE.

**Material y métodos:** Se realizó un estudio observacional analítico prospectivo en 16 pacientes de ambos sexos, de 18 a 60 años, con IMC  $\geq 35$  y comorbilidades, o IMC  $\geq 40$ , con la medición con un equipo InBody520. El protocolo recibió aprobación de los comités de bioética, bioseguridad e investigación del Centro Universitario de Ciencias de la Salud de la Universidad de Guadalajara, sede principal del estudio. La esteatosis hepática se diagnosticó con Fibroscan 630 expert (Echosens). El Fibroscan suministra valores de parámetros de atenuación controlada (CAP) en dB/m para cuantificar el grado de esteatosis y clasificarlo entre S0 y S3. Los pacientes se sometieron a manga gástrica y biopsia hepática. Un patólogo certificado analizó la biopsia hepática y emitió informes con valores de la calificación NAS de la escala METAVIR. Se evaluaron los valores sanguíneos preoperatorios de glucosa, AST, ALT, colesterol, triglicéridos, LDL y VLDL. A los seis meses se repitieron los análisis sanguíneos y la elastografía. Se compararon las cifras prequirúrgicas y a los seis meses después de la intervención. Se usaron pruebas t pareadas en los programas estadísticos Prism y análisis de correlación en R Studio, tras considerar un valor significativo de  $p < 0,05$ .

**Resultados:** Los pacientes registraron una media inicial de peso corporal e IMC de 108,87 kg y 39,01 kg/cm<sup>2</sup>, con una DE de 11,32 y 3,06, respectivamente, lo que indica una variabilidad moderada. Se observó una disminución significativa a los seis meses tras el procedimiento, con valores de 78,7 kg y 30,5 kg/cm<sup>2</sup> ( $p = 0,01$ ). La media de los valores prequirúrgicos de ALT, colesterol, triglicéridos, LDL y VLDL excedió los límites normales. Se observó una tendencia a la disminución seis meses después de la operación en los análisis de ALT, AST, colesterol, triglicéridos, VLDL y LDL. Además, los valores medios de CAP de la VCTE disminuyeron en grado significativo de 290,3 dB/m a 227 dB/m, de un grado de esteatosis 3 a un grado 0 ( $p = 0,05$ ) a los seis meses del procedimiento; esto indica una reducción de la esteatosis (Figura 1).

**Figura 1.** Gráfica de esteatosis. Se observa una disminución de la media inicial prequirúrgica y posquirúrgica de los valores de CAP. (Mar339)



**Conclusiones:** Los resultados obtenidos confirman el efecto de la manga gástrica al mejorar los parámetros antropométricos como el peso corporal y el IMC. Además, restablece el perfil hepático y lipídico a cifras sanguíneas normales a los seis meses tras la intervención. Asimismo, se informó una reducción significativa de los valores de CAP (dB/m) que indican el grado de esteatosis determinada por VCTE. Estos son los primeros datos notificados en México según el conocimiento de los autores.

**Financiamiento:** La cirugía será sufragada por los pacientes en el Hospital INOVARE y los procedimientos metodológicos se cubrirán con fondos Pro-SNI de los participantes, así como del Programa de Fortalecimiento de I.

### Mar340

## ANÁLISIS DE LOS CAMBIOS EN EL ÍNDICE FIB-4 EN ADULTOS CON DIABETES TIPO 2 EN UN PROGRAMA EFECTIVO DE ATENCIÓN INTEGRAL DE LA DIABETES

R. Silva-Tinoco, E. Márquez-Guillén, B. Cabrera-Victoria, A. Nieto-Martínez, A. Romero-Juárez, E. Alvarado-Rodríguez, A. Ramírez-Damián, D. García-Hernández, I. A. García-Espinosa, Clínica Especializada en el Manejo de Diabetes/Hospital Ángeles Pedregal

**Introducción:** El índice Fibrosis-4 (FIB-4) se recomienda para detectar el riesgo de fibrosis hepática en adultos con diabetes tipo 2 (DM2). La evidencia reciente sugiere que los cambios dinámicos (aumento/disminución) en el FIB-4 con el tiempo pueden relacionarse con el riesgo posterior de desenlaces hepáticos y episodio cardiovascular.

**Objetivo:** Explorar los cambios en el valor del FIB-4 en adultos con DM2 que participan en una iniciativa de mejora de la calidad en la atención primaria de la DM2: el programa DIABEMPIIC (DIABetes EMPowerment and Improvement of Care) en la Ciudad de México.

**Material y métodos:** Diseño cuasi experimental de un solo grupo con análisis de los datos antes y después de la intervención del programa DIABEMPIIC. El programa consiste en atención integral de pacientes con DM2 que reciben educación sobre la diabetes y atención interdisciplinaria, con énfasis en la modificación intensiva del estilo de vida y la intensificación del tratamiento farmacológico de la DM2. De los pacientes incluidos se obtuvieron los datos iniciales y a los cinco meses de pertenecer al programa.

**Resultados:** Se incluyó a un total de 281 participantes. De acuerdo con el resultado del FIB-4 inicial, la prevalencia de riesgo indeterminado/alto de fibrosis hepática fue del 27% (definido como un FIB-4  $\geq$  1,3). Las características iniciales y los cambios ( $\Delta$ ) en los participantes, estratificados por estado de riesgo acorde a FIB-4 inicial, se detallan en la Tabla 1. El  $\Delta$  en FIB-4 en los participantes en general fue de  $-0,11 \pm 0,5$  ( $p = 0,004$ ), mientras que en el grupo de riesgo indeterminado/alto el  $\Delta$  observado fue de  $-0,5 \pm 0,77$  ( $p < 0,001$ ). Durante el seguimiento, 35 (46%) sujetos pasaron del grupo indeterminado/alto riesgo al estado de bajo riesgo.

**Conclusiones:** Este estudio subraya que los esquemas de cuidados intensivos integrales en atención primaria de adultos con DM2 podrían mitigar el riesgo de complicaciones hepáticas (además de los resultados ya conocidos), medidos a través del índice FIB-4.

**Financiamiento:** No se recibió financiamiento de ningún tipo.

### Mar341

## NIVELES DE HEMOGLOBINA GLICOSILADA COMO PREDICTOR DE FIBROSIS HEPÁTICA POR MASLD

S. Cornejo-Hernández, E. Esquivel-Alarcón, R. Hernández-Espinoza, J. S. García-Hernández, M. G. García-Araiza, T. Baldovinos-Hernández, J. Bastida-Alquicira, E. Cerda-Reyes, A. Martínez-Cuazitl, Hospital Central Militar

**Introducción:** La esteatosis hepática relacionada con disfunción metabólica (MASLD, *metabolic dysfunction associated steatotic liver disease*) tiene una prevalencia del 30% en el plano mundial y el 80% de estos pacientes no sufre alteración de la bioquímica hepática. Uno de los criterios cardiometabólicos es una hemoglobina glucosilada de 5,6%, por lo que se realizó un análisis con los criterios de la ADA para diagnosticar prediabetes con cifras de HbA1C de 5,7% a 6,4% y el grado de fibrosis hepática.

**Objetivo:** Comparar los valores de hemoglobina glucosilada y fibrosis determinados por elastografía transitoria.

**Material y métodos:** Se incluyó a pacientes con criterios para MASLD y que fueron objeto de elastografía transitoria hepática (Fibroscan 630 Expert v10720), APRI, FIB4, calificación NAFLD, biometría hemática, bioquímica hepática, perfil de lípidos, glucosa, hemoglobina glucosilada y tiempos de coagulación (TP, INR). Se comparó con un control de personas sanas. El análisis

**Tabla 1.** Características iniciales y cambios después de la intervención (deltas) de acuerdo con el riesgo de fibrosis hepática inicial. (Mar340)

	Características basales y cambios post intervención en los participantes acorde al estado de riesgo de fibrosis inicial (n = 281)			p
	Total (n = 281)	Bajo riesgo, FIB-4 < 1,3 (n = 205)	Riesgo indeterminado / alto, FIB-4 $\geq$ 1,3 (N = 76)	
Edad, años	54 $\pm$ 11,1	52 $\pm$ 10,8	64 $\pm$ 9	< 0,001
Hombres, n (%)	69 (22,5)	42 (31,8)	27 (55,1)	0,004
Peso, Kg	71,9 (61 - 82)	72 (65 - 85)	72 (59-78)	0,124
IMC, Kg/m <sup>2</sup>	28,8 (25,5 - 31,9)	28,9 (26,4 - 32,1)	27,8 (24,7 - 30,8)	0,077
Obesidad*, N (%)	109 (38,7)	87 (42,4)	22 (28,9)	0,089
Diabetes, años de diagnóstico	10 (4 - 17)	10 (3 - 15)	11 (5 - 20)	0,059
Edad al diagnóstico de diabetes, años	44,8 (10,7)	43 (10,6)	49,8 (9,2)	< 0,001
Retinopatía diabética, n (%)	67 (37,6)	69 (33,6)	37 (48,6)	0,062
Enfermedad renal crónica, n (%)	83 (29,5)	55 (26,8)	26 (34,2)	0,413
Hb glucosilada, %	8,8 (7,4 - 11)	8,7 (7,4 - 11,5)	8,8 (8,1 - 10,6)	0,954
ALT, (UI/L)	22 (15,7 - 32,1)	21 (13 - 30)	24 (18 - 42)	0,055
AST, (UI/L)	20 (16 - 27)	19 (16 - 24)	27 (20 - 38)	< 0,001
Plaquetas (10 <sup>9</sup> /L)	249 (200 - 313)	284 (238 - 330)	199 (166 - 221)	< 0,001
FIB-4	0,99 (0,64 - 1,34)	0,79 (0,59 - 1,03)	1,76 (1,51 - 2,09)	< 0,001
Descenso de hemoglobina glucosilada, %	-2,2 (-3,94 - -0,88)	-2,3 (-4 - -08)	-2,2 (-0,8 - -3,8)	0,985
Cambio de peso, Kg	-1,6 (-4,6 - 0,73)	-1,9 (-4,8 - 0,4)	-0,6 (-3,6 - 1,15)	0,307
Cambio de peso, en %	-2,3 (-5,9 - 1)	-2,7 (-6,3 - 0,7)	-1,08 (-5,7 - 1,5)	0,424
Cambio en FIB-4	-0,11 ( $\pm$ 0,5)	0,04 $\pm$ 0,22)	-0,5 $\pm$ 0,77)	< 0,001

\*Obesidad definida por criterios de IMC.

estadístico utilizó el programa SPSS V24; las variables cuantitativas continuas se expresaron en media y porcentaje, con correlación moderada de rho de Spearman.

**Resultados:** Se incluyó a 75 pacientes con esteatosis determinada por CAP  $\geq$  232; la edad de los pacientes fue de 45 años (40-50 años). Se clasificó a los pacientes en sanos (HbA1C < 5,7%), prediabéticos (HbA1C, 5,7%-6,4%) y diabéticos (HbA1C > 6,5%). Los pacientes con diagnóstico previo de diabetes se clasificaron en diabéticos controlados (HbA1C < 7%) y descontrolados (HbA1C > 7%). Los valores de HbA1C fueron de 5,7% (5,4%-5,9%). De acuerdo con los criterios de MASLD, 25 pacientes tuvieron HbA1C < 5,6% y 50 HbA1C > 5,6% o con tratamientos para DT2. Hasta 65 (86,7%) no tenían fibrosis y 10 (13,3%) sí, con 5,1 kPa (4,3-6,5 kPa). A pesar de que no se identificó una relación entre el grado de esteatosis y el de fibrosis, el paciente con mayor fibrosis tenía el mayor grado de esteatosis ( $\chi^2 = 8,916$ ,  $p = 0,178$ ). No se identificó nexo entre el grado de esteatosis y el de diabetes ( $\chi^2 = 11,723$ ,  $p = 0,068$ ). Sin embargo, el grado de diabetes sí se vinculó con fibrosis y el grado de esta, con una correlación positiva débil entre los valores de HbA1C y los de CAP (rho de Spearman 0,280;  $p = 0,015$ ; **Tabla 1**). Aunque no se halló correlación entre el IMC

y los kPa, sí existe una relación entre el grado de fibrosis y el grado nutricional; de manera interesante, pudo observarse que un paciente sano tenía fibrosis de grado 3, con diabetes descontrolada.

**Conclusiones:** La prediabetes puede ser un predictor de fibrosis hepática vinculada con MASLD.

**Financiamiento:** Sin financiamiento.

**Tabla 1.** Relación de valores de prediabetes, diabetes y grado de fibrosis. (Mar341)

Fibrosis/grado de diabetes	Sano n (%)	Prediabetes n (%)	Diabetes controlada n (%)	Diabetes descontrolada n (%)
Sano	32 (49,2)	25 (38,5)	7 (10,8)	1 (1,5)
Fibrosis	3 (30)	2 (20)	4 (40)	1 (10)

$\chi^2 = 8,883$ ,  $p = 0,031$



# REVISTA DE GASTROENTEROLOGÍA DE MÉXICO

www.elsevier.es/rgmx



## Exposición de trabajos libres en cartel

Martes 19 de noviembre de 2024

### Hígado misceláneos

Mar342

#### EXPERIENCIA EN EL TRATAMIENTO DE QUISTES HEPÁTICOS SIMPLES EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL

J. Mejía-Ramírez, A. P. Escobedo-Zúñiga, R. Enríquez-García, J. R. Pérez-Pastrana, F. Higuera-De-la-Tijera, J. L. Pérez-Hernández, Hospital General de México Dr. Eduardo Liceaga

**Introducción:** Los quistes hepáticos simples tienen una prevalencia baja. Si bien en general son asintomáticos y se diagnostican por hallazgo, existe una proporción que produce dolor y para su caracterización se utiliza el ultrasonido y la tomografía. La indicación para tratamiento son dolor y riesgo de rotura e incluye fenestración, punción con escleroterapia o resección quirúrgica.

**Objetivo:** Informar la experiencia en el tratamiento de pacientes con quistes hepáticos simples en un periodo de cinco años.

**Material y métodos:** Estudio retrospectivo, descriptivo y observacional de una cohorte de pacientes con quistes hepáticos simples con indicación de drenaje y esclerosis. Se utilizó estadística descriptiva con medidas de tendencia central y dispersión.

**Resultados:** Se incluyó a 75 pacientes con quistes hepáticos, 35 hombres (46,6%) con edad de  $48 \pm 10,3$  años, y 40 mujeres (53%) con edad de  $45 \pm 8$  años. El promedio de quistes tratados por paciente fue de 1,3, con un tamaño medio de quiste de  $13 \pm 3$  cm. Por localización fueron similares en cualquiera de los dos lóbulos; el síntoma de presentación más frecuentes fue el dolor en 70 pacientes (93,3%) y en el resto había riesgo de rotura a cavidad abdominal o tórax; 90 quistes se drenaron y esclerosaron guiados por ultrasonido, con uso de alcohol absoluto en un volumen de 20% en relación con el tamaño del quiste; en el 100% se observó disminución del quiste hasta la remisión y no se registraron complicaciones; el promedio de seguimiento fue de 15 meses y solo hubo recidiva en tres casos (4%) (Figura 1).

**Conclusiones:** El drenaje y la esclerosis de los quistes hepáticos simples en manos expertas representan una alternativa eficaz y segura en el tratamiento

de los quistes sintomáticos o con riesgo de ruptura; la recidiva en este tratamiento es poco frecuente. No se observaron complicaciones.

**Financiamiento:** No se recibió financiamiento de ningún tipo.

Figura 1. Corte coronal de una tomografía computarizada abdominal que muestra un quiste hepático simple. (Mar342)





## Mar343

## FACTORES ASOCIADOS A RESPUESTA COMPLETA EN PACIENTES CON HEPATOCARCINOMA SOMETIDOS A QUIMIOEMBOLIZACIÓN TRANSARTERIAL EN EL NOROESTE DE MÉXICO

M. A. Cornejo-Gutiérrez, M. Meléndez-Mendoza, Unidad Médica de Alta Especialidad (UMAE) 25, IMSS

**Introducción:** El hepatocarcinoma es el tumor hepático maligno más común. Afecta a pacientes con cirrosis, aunque puede desarrollarse en pacientes con otros factores de riesgo distintos. En el estadio B (BCLC), la quimioembolización transarterial (TACE, *transarterial chemoembolization*) es la primera opción terapéutica y puede aumentar la supervivencia si hay respuesta completa, según los criterios por mRECIST (*Modified response evaluation criteria in solid tumors*).

**Objetivo:** Establecer las características clínicas, bioquímicas y tumorales de los pacientes con hepatocarcinoma sometidos a TACE, en relación con una respuesta completa según los criterios de mRECIST en esta población.

**Material y métodos:** Pacientes sometidos a TACE de gastroenterología (UMAE 25) desde enero del 2018 hasta enero del 2024. Tipo de estudio: analítico observacional de cohorte retrospectiva. Variables analizadas: respuesta por criterios de mRECIST, tamaño tumoral, número de tumores, albúmina sérica, bilirrubinas séricas totales, fetoproteína  $\alpha$  sérica, edad, sexo y puntuación de Child-Pugh. Análisis estadístico: medidas de frecuencia central, t de Student y ji cuadrada para comparación de medias entre grupos y razón de momios como medida de asociación.

**Resultados:** Se obtuvieron los datos de 58 pacientes sometidos a TACE; 32 (55,1%) lograron una respuesta completa. De estos, 31 (53,4%) fueron hombres con edad promedio de 65 años. De los pacientes con respuesta completa, 18 (56%) eran hombres con edad promedio de 64 años, y 19 (59,3%) tenían una tumoración < 5 cm. De los individuos sin respuesta completa, 13 (50%) eran hombres con edad promedio de 65 años; 6 (23%) tenían una tumoración < 5 cm; el resto de las características se muestra en la **Tabla 1**. Se encontró una diferencia significativa entre grupos del tamaño tumoral en el subgrupo de pacientes con tumoraciones < 5 cm ( $p = 0,01$ ). Al calcular la razón de momios como medida de asociación, se obtuvo un valor de 4,87 con un intervalo de confianza del 95% entre 1,53 y 15,44, con un valor de  $p = 0,0078$ .

**Conclusiones:** En esta población se determinó una respuesta completa del 55,1% relacionada con tamaños tumorales < 5 cm, sin aparente nexo con el resto de los parámetros.

**Financiamiento:** No se recibió financiamiento de ningún tipo.

**Tabla 1.** Demografía y características de los pacientes sometidos a TACE. Datos originales de esta investigación. (Mar343)

Características	Respuesta completa (n = 32)	Sin respuesta (n = 26)	p
<b>Edad (años)</b>	64 (50-79)	65 (43-92)	0,56
<b>Sexo masculino (%)</b>	18 (56%)	13 (50%)	0,73
<b>Tamaño tumoral (cm)</b>			
< 5	19 (59,3%)	6 (23%)	0,01
5-7	9 (28,1%)	11 (42,3%)	0,40
> 7	4 (12,5%)	9 (34,6%)	0,13
<b>Número de lesiones</b>			
1	27 (84,3%)	20 (76,9%)	0,70
2	5 (15,6%)	5 (19,2%)	0,99
3	0 (0%)	1 (3,8%)	0,92
<b>Albúmina sérica (mg/dL)</b>			
< 2,8	0 (0%)	3 (11,5%)	0,17
2,8-3,5	18 (56,2%)	11 (42,3%)	0,43
> 3,5	14 (43,7%)	12 (46,1%)	1

Bilirrubinas totales séricas (mg/dL)			
< 1	7 (21,8%)	9 (34,6%)	0,43
1-2	19 (59,3%)	12 (46,1%)	0,46
> 2	6 (18,7%)	5 (19,2%)	1
Fetoproteína $\alpha$ sérica (ng/dL)			
< 20	12 (37,5%)	13 (50%)	0,49
20-400	9 (28,1%)	9 (34,6%)	0,80
> 400	11 (34,3%)	4 (15,3%)	0,18
Puntuación de Child-Pugh			
A	20 (62,5%)	16 (61,5%)	1
B	12 (37,5%)	10 (38,4%)	0,87

## Mar344

## LA UTILIDAD DEL ÍNDICE PRONÓSTICO NUTRICIONAL COMO FACTOR PRONÓSTICO EN LA SUPERVIVENCIA DE LOS PACIENTES CON CARCINOMA HEPATOCELULAR

V. Hernández-Garza, B. Lorenzo-Valle, K. M. Bastida-Guadarrama, L. V. Cupil-Escobedo, S. Camacho-Hernández, F. Higuera-De-la-Tijera, Hospital General de México Dr. Eduardo Liceaga

**Introducción:** El índice pronóstico nutricional (IPN), el cual se calcula mediante el valor de albúmina que refleja el estado nutricional y el recuento de linfocitos que expresa el estado inmunológico, se ha demostrado que se relaciona con la supervivencia y el pronóstico en pacientes con diversas neoplasias malignas.

**Objetivo:** Determinar la vinculación del IPN con las características clínico-patológicas del paciente con hepatocarcinoma (HCC), así como su relación con la supervivencia de estos pacientes.

**Material y métodos:** Se realizó un estudio de tipo observacional, retrospectivo, analítico y de tipo casos y controles que comparó las características de pacientes vivos y fallecidos. Se incluyó a 69 individuos de un hospital de tercer nivel con diagnóstico de HCC del 1 de febrero del 2019 al 24 de julio del 2023 y se estudió la supervivencia a los 12 meses del diagnóstico. Se determinó la relación entre el estado del IPN y las características clínico-patológicas y se evaluó el efecto del IPN en la supervivencia con HCC. Para determinar el IPN se utilizó la siguiente fórmula:  $10 \times \text{albúmina sérica (g/dL)} + 0,005 \times \text{recuento total de linfocitos (por } \mu\text{L)}$ . Las características clínico-patológicas relacionadas con el pronóstico de la enfermedad incluyeron edad, sexo, índice de masa corporal (IMC), valor de fetoproteína  $\alpha$  (AFP), presencia o ausencia de cirrosis, tamaño del tumor, puntuación de ECOG y grado de BCLC. Los datos cualitativos se expresaron en porcentajes y los cuantitativos en media  $\pm$  DE. La comparación estadística se llevó a cabo con la prueba t de Student no pareada de dos colas o ji cuadrada y la prueba exacta de Fisher. La significación estadística se definió como  $p < 0,05$ .

**Resultados:** Entre los 69 pacientes con HCC se encontró que la mayoría correspondió a hombres con 56,52%, mientras que las mujeres representaron 43,48%, con un intervalo de edad de 26 a 81 años y una edad promedio de  $61,84 \pm 9,8$  (59,53-64,15). Del total de la muestra, el 10,14% se integró con pacientes sin diagnóstico de cirrosis, en tanto que el 89,86% lo hizo con algún grado de cirrosis (estadios de Child-Pugh: A, 37,68%; B, 43,48%; C, 8,70%). Los resultados indicaron que un IPN bajo se vincula con un peor pronóstico en cuanto a la supervivencia y que un IPN elevado resultó ser beneficioso para la supervivencia del paciente con HCC con un IC95% =  $35,48 \pm 8,41$  (32,42-38,54), IC95% =  $40,86 \pm 5,42$  (39,19-42,54),  $p = 0,0019$ , respectivamente. Además, el IPN se acompaña de manera significativa de valores bajos de AFP, un menor grado de ECOG y un menor grado de BCLC ( $p = 0,0371$ ,  $p = 0,0303$ ,  $p = 0,002$ , respectivamente). Por otro lado, respecto de la edad, el sexo, la presencia o ausencia de cirrosis, el IMC y el tamaño del tumor, no se identificó ninguna vinculación estadísticamente significativa en relación con el valor de IPN.

**Conclusiones:** El IPN es una herramienta sencilla que se relaciona con la supervivencia de pacientes con HCC y, de acuerdo con estos resultados, también se vincula de manera significativa con los valores séricos de AFP, la puntuación de ECOG y el grado de BCLC.

**Financiamiento:** No se recibió financiamiento de ningún tipo.

## Mar345

## PREDICTORES DE RESPUESTA EN PACIENTES CON CARCINOMA HEPATOCELULAR TRATADOS CON QUIMIOEMBOLIZACIÓN TRANSARTERIAL CONVENCIONAL

F. Sánchez-Salinas, E. Cerda-Reyes, F. E. Almazán-Urbina, S. Amézquita-Pérez, E. Santiago-González, A. Martínez-Cuazitl, Hospital Central Militar

**Introducción:** El carcinoma hepatocelular ocupa el sexto lugar de cáncer en el mundo y su principal factor de riesgo es la cirrosis hepática. Para su diagnóstico y tratamiento se utilizan los criterios de Barcelona que lo divide en cinco estadios de acuerdo con el tamaño de la lesión, la función hepática y el estado funcional con el fin de instituir un tratamiento curativo o no curativo. Entre los tratamientos no curativos, una de las opciones recomendadas es la quimioembolización transarterial (TACE, *transarterial chemoembolization*) para pacientes con estadio intermedio con lesiones definidas, función hepática conservada y flujo portal preservado. En la actualidad, para valorar la respuesta al tratamiento es importante definir la función hepática y la carga tumoral y para ello se usan distintos marcadores (MELD, ALBI y AFP). Sin embargo, en relación con la evolución de la enfermedad, una de las características importantes en estos pacientes es la hipertensión portal clínicamente significativa (HPCS) que se ha definido mediante estudios de gradiente de la vena hepática, elastografía y endoscopia: cuanto mayor es el grado de hipertensión, mayor es el riesgo de descompensaciones e incremento de la mortalidad. Con base en lo anterior, el papel de la HPCS no se ha demostrado como una característica vinculada con la elección y respuesta a los tratamientos del hepatocarcinoma.

**Objetivo:** Determinar los predictores de respuesta en los hepatocarcinomas de los pacientes sometidos a TACE.

**Material y métodos:** Estudio descriptivo, retrospectivo y transversal realizado en el servicio de endoscopia, hepatología y radiología intervencionista del Hospital Central Militar. Se llevó a cabo la búsqueda de pacientes que cumplieron con diagnóstico de hepatocarcinoma y criterios internos para realizar TACE; se revisó el expediente electrónico y los estudios de imagen para la captura de la muestra. Para la definición de HPCS se incluyó solo a los pacientes con varices esofágicas mediante estudio de endoscopia y para la respuesta al tratamiento el seguimiento radiológico.

**Resultados:** Se obtuvo la información de 23 pacientes sometidos a TACE entre los años 2019 y 2023, de los cuales solo 18 cumplieron los criterios de selección; 2 (11,1%) no tenían cirrosis; 6 (33,3%) mostraron cirrosis por alcohol, 5 (27,8%) por VHC, 2 (11,1%) por MASLD, 2 (11,1%) desarrollaron cirrosis criptogénica y 1 (5,6%) por CBP; además, 8 (44,4%) carecían de HPCS y 10 (55,6%) la padecían. Función hepática: Child-Pugh A en 8 (44,4%), B (50%) en 9 y C (5,6%) en 1; respecto del ALBI, se identificó a un sujeto con grado I (11,1%), 12 con grado II (66,7%) y cuatro con grado 3 (22,2%). Número de lesiones: 14 unifocales (77,8%) y cuatro multifocales (22,2%). Respuesta al tratamiento con TACE: 12 (66,6%) sí y 6 (33,3%) no (Tabla 1). Entre las variables analizadas no se halló vinculación entre los pacientes con HPCS y la respuesta al tratamiento ( $\chi^2 = 0,450$ ,  $p = 0,502$ ), relación de la HPCS con el fallecimiento ( $\chi^2 = 4,757$ ,  $p = 0,093$ ) y el grado de ALBI tras la TACE con el fallecimiento ( $\chi^2 = 5,242$ ,  $p = 0,263$ ). Dentro de los parámetros significativos, los valores de las plaquetas posteriores a la TACE fueron de  $199,37 \pm 99,97$  en los sujetos sin HPCS contra  $90,60 \pm 41,34$  en los individuos con HPCS ( $p = 0,006$ ); por otra parte, las cifras de hemoglobina entre los pacientes no respondedores fueron de  $11 \pm 1,79$  y entre los respondedores de  $13,67 \pm 1,79$ ,  $p = 0,021$ . El grado ALBI luego de la TACE ( $1,67 \pm 0,82$ ) en los pacientes que no fallecieron fue significativo ( $p = 0,045$ ).

**Tabla 1.** Grado de ALBI e hipertensión portal clínicamente significativa (HPCS) con respuesta y sin ella al tratamiento con quimioembolización transarterial (TACE). (Mar345)

	Respuesta a TACE (n = 12)	Sin respuesta a TACE (n = 6)	Muertes
ALBI grado I (n = 2)	n = 2 (16,6%)	0	0
ALBI grado II (n = 12)	n = 7 (58,3%)	n = 5 (83,3%)	n = 7 (58,%)
ALBI grado III (n = 4)	n = 3 (25%)	n = 1 (16,6%)	n = 3 (75%)
HPCS (n = 10)	n = 6 (50%)	n = 4 (66,6%)	n = 7 (70%)
Sin HPCS (n = 8)	n = 6 (50%)	n = 2 (33,3%)	n = 2 (25%)

**Conclusiones:** En este estudio, la HPCS no fue un predictor para la respuesta al tratamiento en la TACE; los valores de las plaquetas y la hemoglobina fueron parámetros significativos para la respuesta al tratamiento con TACE.

**Financiamiento:** Este trabajo no recibió patrocinio.

## Mar346

## ENFERMEDAD POLIQUÍSTICA HEPÁTICA EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL

L. A. Tórrez-Arias, P. M. Diego-Salazar, F. Higuera-De-la-Tijera, Hospital General de México

**Introducción:** Las enfermedades fibroquísticas del hígado no infecciosas forman parte de un grupo aún mayor de enfermedades de desarrollo, como las ciliopatías, dado que comparten la disfunción de los cilios como mecanismo patogénico; estas son un grupo de afecciones congénitas raras que resultan del desarrollo alterado de la placa ductal embrionaria. La prevalencia de la enfermedad poliquística hepática es de 1/10 000 a 1/158 000. La enfermedad poliquística hepática se define como la presencia de más de 10 quistes parenquimatosos hepáticos no conectados con el sistema de conductos biliares.

**Objetivo:** Describir las características de los pacientes con enfermedad poliquística hepática en el Hospital General de México Dr. Eduardo Liceaga.

**Forme de casos:** Estudio de tipo serie de casos durante el periodo de enero de 2018 a mayo de 2024 realizado en la consulta externa de la clínica de hígado en el servicio de gastroenterología del Hospital General de México Dr. Eduardo Liceaga. Se incluyó a pacientes mayores de 18 años que tuvieran al menos un estudio de imagen (ultrasonido de hígado y vías biliares, tomografía computarizada de abdomen, resonancia magnética abdomen) que revelara datos imagenológicos característicos de quistes hepáticos con un número  $\geq 10$ . De acuerdo con el número de quistes y parénquima hepático sano se clasificó según la clasificación de Gigot, y también en relación con los dos fenotipos, como enfermedad poliquística hepática autosómica dominante (EPHAD) y enfermedad poliquística renal autosómica dominante (EPRAD). De los expedientes clínicos se recogieron los siguientes datos: sexo, edad, índice de masas corporal, comorbilidades, antecedentes de familiares de poliquistosis hepática o renal, hipertensión arterial, pérdida no intencional de peso, estudios de bioquímica hepática, síntomas extrahepáticos, complicaciones de la enfermedad poliquística y tratamientos previos, e inclusión actual en protocolos de trasplante. Se revisó la estadística de los consultorios de la clínica de hígado. Para resumir las variables cualitativas se utilizaron frecuencias y porcentajes y para las variables cuantitativas media y desviación estándar (Tabla 1).

**Discusión:** Durante el periodo de enero de 2018 a mayo de 2024 se incluyó a 56 pacientes, la mayoría mujeres (83,9%) con una edad media de  $58,8 \pm 20$  años. De ellos, el 26,8% se clasificó como EPHAD y el 73,2% como EPRAD (12 pacientes con clasificación de Gigot III). No se registró pérdida ponderal en el 92,8%. El 25% tenía antecedentes familiares de poliquistosis renal o hepática. La comorbilidad más frecuente fue HAS en 44,6% y en 39,3% no se observaron comorbilidades. El síntoma más común fue el dolor abdominal en 26,8%, seguido de la distensión abdominal y la saciedad temprana en 14,3 y 12,5%, respectivamente; hasta 44,6% de los individuos era asintomático. Las complicaciones se presentaron en la forma de infección del quiste y obstrucción de la vía biliar, lo que representó el 3,6%. Resultados del análisis: 5,4% mostró alteración de la función sintética, 5,4% tenía alteración de las transaminasas, 5,4% registró anemia leve y moderada en la biometría hemática (3,6% con leucocitosis y 7,1% con trombocitopenia); la función renal estuvo alterada en 32,2% y se identificó dislipidemia en 17,9% a 35,7%. Según las estadísticas de la consulta externa de la clínica de hígado se registraron 61 493 consultas y se calculó una prevalencia de 0,09%.

**Conclusiones:** La enfermedad poliquística hepática es un trastorno infrecuente con prevalencia en esta institución de 0,09%. En la mayor parte de los casos debe realizarse vigilancia del crecimiento con estudios imagenológicos y cuestionarios para síntomas y calidad de vida. Los pacientes con clasificación de Gigot III y síntomas notorios deben individualizarse para indicar tratamiento quirúrgico o definitivo por trasplante hepático.

**Financiamiento:** Este estudio careció de financiamiento.

**Tabla 1.** Características de los pacientes con enfermedad poliquística hepática en un hospital de tercer nivel. (Mar346)

	n	56	(%)
<b>Género</b>			
Hombres	9		16,1
Mujeres	47		83,9
<b>Edad</b>			
Media ± DE	58,8 ± 11,7 años		
Intervalo	35-86		
<b>Afectación hepática-renal</b>			
EPHAD	15		73,2
EPRAD	41		26,8
<b>Clasificación de Gigot</b>			
Gigot I	8		14,3
Gigot II	36		64,3
Gigot III	12		21,4
<b>Pérdida de peso</b>			
Sin pérdida de peso	52		92,8
6-10 kg	3		5,4
11-15 kg	1		1,8
<b>Antecedentes familiares de poliquistosis renal o hepática</b>			
No	42		75
Sí	14		25
<b>Comorbilidades</b>			
Ninguna	22		39,3
HAS	25		44,6
Otras	9		16,1
<b>Síntomas</b>			
Asintomáticos	25		44,6
Distensión abdominal	8		14,3
Saciedad temprana	7		12,5
Dolor abdominal	15		26,8
Dolor en región dorsal	1		1,8
<b>Complicaciones</b>			
Ninguna	54		
Infección	1		
Obstrucción biliar	1		
<b>En protocolo de trasplante hepático y renal</b>			
		4	
Hepático	2		
Dual (hepático-renal)	2		
<b>Alteraciones en la analítica</b>			
Alteración bioq. hep.	6		10,8
Alteración BH	9		16,1
Función renal	18		32,2
Otras	23		40,9
<b>Estadística de consulta externa de clínica de hígado, H.G.M. Dr. Eduardo Liceaga</b>			
Consultas registradas	61	493	
Prevalencia	0,09%		

## Mar347

### PIRFENIDONA AUMENTA LA INMUNOVIGILANCIA TUMORAL EN UN MODELO DE HEPATOCARCINOMA EXPERIMENTAL, RESTRINGIENDO LA INDUCCIÓN DE CÉLULAS T REGULADORAS A TRAVÉS DE LA VÍA CANÓNICA DE TGF- $\beta$

S. Arceo-Orozco, F. Caloca-Camarena, R. Flores-Peña, M. Galicia-Moreno, H. C. Monroy-Ramírez, J. S. Armendáriz-Borunda, Grupo Colaborativo: Instituto de Biología Molecular en Medicina y Terapia Génica, Centro Universitario de Ciencias de la Salud (CUCS), Universidad de Guadalajara

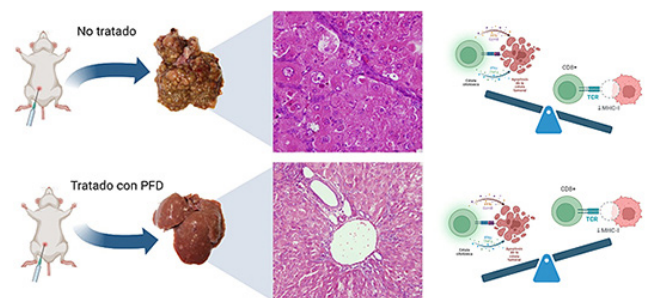
**Introducción:** El hepatocarcinoma (HCC) es la neoplasia primaria del hígado más común en el mundo; en México representa la tercera causa de muerte relacionada con cáncer y surge en el contexto de fibrosis hepática crónica, inflamación sostenida y alteración metabólica, lo que da origen a un microambiente tumoral con altos grados de estrés oxidativo, mecanismos inmunológicos antitumorales suprimidos y vías moleculares desreguladas. El TGF- $\beta$  figura entre las vías más estudiadas y relacionadas de forma estrecha con la evolución y agresividad del HCC. Estas vías moleculares suponen una ventana de oportunidad en el desarrollo de tratamientos preventivos para disminuir la mortalidad de los pacientes con HCC. La pirlfenidona (PFD) es una propuesta terapéutica novedosa con efectividad en la reversión de la cirrosis hepática demostrada, pero su utilidad en el HCC aún se halla bajo investigación.

**Objetivo:** Determinar el potencial terapéutico de la PFD sobre el microambiente tumoral e inmunológico en el hepatocarcinoma experimental.

**Material y métodos:** Se distribuyeron ratas Fischer-344 (n = 18) en tres grupos: grupo control (CTL), grupo de daño (HCC) y grupo de daño tratado con PFD (HCC/PFD). Los grupos de daño recibieron dietilnitrosamina (DEN) y 2-acetaminofluoreno (2AAF) de manera semanal. El grupo de tratamiento recibió adicionalmente PFD diaria durante 18 semanas. Los tejidos recolectados se procesaron para el análisis molecular de patrones inmunológicos, fibróticos y malignos. Se realizó un recuento y medición manual de todos los nódulos macroscópicos, tinciones histológicas, además de inmunoanálisis mediante inmunohistoquímica (IHQ) y *Western blot*, para determinar la expresión y localización tisular de las proteínas de interés.

**Resultados:** El tratamiento con PFD limitó la formación de nódulos cancerígenos macroscópicos y limitó el tamaño y la protrusión de estos, con una disminución de la incidencia global de 58,94%; además, limitó la activación de células hepáticas estelares demostrada mediante IHQ contra la proteína  $\alpha$ -SMA, coincidente con la disminución de la acumulación de las colágenas I y III evaluada mediante tinción de rojo sirio. La formación de puentes fibróticos se redujo en grado significativo y ello mejoró la integridad anatómica de los espacios portales en los animales tratados. De igual manera, la administración de PFD tuvo un efecto simultáneo al disminuir el número de células iniciadas y la expresión de la oncoproteína GPC3 y el marcador de proliferación Ki-67; por otro lado, aumentó la expresión de proteína proapoptótica p53 y su forma acetilada (activa). La PFD repolarizó el microambiente inmunológico, redujo al mínimo la secreción de IL-10, IL-17 e IL-18 y restituyó la de IL-6, lo cual favoreció el desplazamiento de las células linfoides CD161+ al interior de los nódulos tumorales. Por último, la administración de PFD limitó la vía canónica de TGF- $\beta$  y disminuyó la translocación nuclear de SMAD2/3, lo que restringió por tanto la polarización de células T reguladoras inducidas (**Figura 1**) y

**Figura 1.** El tratamiento con pirlfenidona demostró cambios en la infiltración inmunológica, lo que promovió respuestas citotóxicas sobre las células de perfil regulador; además, mejoró los patrones de fibrosis y malignidad en los individuos tratados. (Mar347)



revirtió el ambiente tolerogénico característico de los estadios avanzados de la neoplasia; esto potenció las respuestas citotóxicas y el control tumoral inmunológico.

**Conclusiones:** La PFD enlenteció el desarrollo de la fibrosis y el proceso maligno de manera significativa, lo que corrigió el perfil hipóxico de alto gasto metabólico tumoral, además de promover la vigilancia inmunológica e impedir las respuestas celulares reguladoras protumorales. Con base en lo ante-

rior, el uso de PFD supone una utilidad terapéutica y una posible mejoría en la supervivencia de los pacientes con HCC; asimismo, representa una alternativa útil en la prevención primaria de pacientes con hepatopatía y alto riesgo de evolución al HCC.

**Financiamiento:** Este trabajo recibió patrocinio del CONAHCYT, Paradigmas y Controversias de la Ciencia 2022, 320341. Scarlet Arceo Orozco recibe una beca del Programa de Becas Nacionales-CONAHCYT, CVU 1173763.





# REVISTA DE GASTROENTEROLOGÍA DE MÉXICO

www.elsevier.es/rgmx



## Exposición de trabajos libres en cartel

Martes 19 de noviembre de 2024

### Neurogastroenterología I

Mar348

#### ERUCTOS SUPRAGÁSTRICOS: CARACTERIZACIÓN EPIDEMIOLÓGICA, CLÍNICA Y SU ASOCIACIÓN CON LA ENFERMEDAD POR REFLUJO GASTROESOFÁGICO

M. Esesarte-Rodríguez, J. Zúñiga-Cisneros, A. L. Ordóñez-Vázquez, J. S. Arenas-Martínez, A. Fuentes-Montalvo, E. Coss-Adame, Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán

**Introducción:** Los eructos son fenómenos frecuentes que, al tornarse excesivos (EE), suelen ser molestos o desencadenar síntomas típicos de reflujo. La variedad conocida como eructos supragástricos (ESG) es una entidad en la que se describen fenómenos fisiopatológicos conductuales y, en fecha reciente, se reconocen como un mecanismo de producción de episodios de reflujo ácido, que tienen escasa respuesta al tratamiento con inhibidores de la bomba de protones, dado que son excesivos (ESGe). Existe un subgrupo de pacientes con eructos cuyo exceso puede pasar inadvertido y, por lo tanto, los ESGe pueden encontrarse en una población con ERGE sin queja de EE. Se requieren estudios para poder determinar si los EE identificados en la pH-metría con impedancia de 24 h (pH-IIM 24 h) deben considerarse un objetivo terapéutico, sobre todo en pacientes con síntomas típicos de ERGE.

**Objetivo:** Definir si los EE identificados en la pH-metría con impedancia de 24 h (pH-IIM 24 h) deben considerarse un objetivo terapéutico adicional en pacientes con ERGE valorados por pirosis y regurgitación.

**Material y métodos:** Estudio transversal en el que se revisaron expedientes y registros de pH-IIM 24 h de pacientes con síntomas de ERGE en un centro de tercer nivel. Se identificaron los ESGe y los eructos gástricos (EG) y se

definieron como excesivos aquellos con 30 episodios, además de considerar la relación con el tiempo de exposición al ácido (TEA%) y los episodios de reflujo. Se compararon las características entre pacientes con EE y pH-IIM 24h positiva o negativa. Análisis estadístico: las variables se resumieron con medianas, frecuencias y porcentajes. Se emplearon las pruebas U de Mann-Whitney y exacta de Fisher para comparar las variables entre los dos grupos.

**Resultados:** Hasta 50 pacientes fueron objeto de pH-IIM 24 h para diagnosticar ERGE entre octubre de 2023 y mayo de 2024, con 76% de mujeres y una edad promedio de 58 años (IQR, 24-33), 66% con sobrepeso y 38% con obesidad, y 80% con comorbilidades (24% psiquiátricas). Del total de la población estudiada, el TEA% > 6 se presentó en el 48% (24); el 56% (24) tuvo ESGe y 12% (6) EGe. No hubo diferencias en el TEA% en pacientes con ESGe (IQR, 4,15 [1,25, 6,55]) respecto de ESGne (IQR, 4,3 [0,5-10,43]),  $p = 0,611$ . En cuanto a los episodios de reflujo, los pacientes con ESGe (IQR, 72 [49,5-116,3]) registraron un mayor número de episodios que los pacientes con ESGne (no excesivos) (IQR, 59 [28,0-96,3]),  $p = 0,314$ . En los pacientes con EGe, el número de reflujo es > 80 (IQR, 70,7-95,2) en comparación con EGne (IQR, 62,5 [35-116,3]) sin diferencias significativas ( $p = 0,263$ ). Se identificó a 3 (6%) pacientes con ESGe y EGe concomitantes. La integral contráctil de la unión gastroesofágica (UEG-IC) fue menor en pacientes con ESGe (IQR, 67,1: 29 vs. 120) respecto de los pacientes con ESGne (IQR, 117,9 [55,8-190]),  $p = 0,090$ . El resto de resultados se describe en la **Tabla 1**.

**Conclusiones:** Los EG y ESG son frecuentes en pacientes con ERGE. No se relacionan con un incremento de la exposición al ácido o los episodios de reflujo. La incidencia de eructos en pacientes evaluados por ERGE no representa un problema clínico que exija una intervención terapéutica, en comparación con los pacientes evaluados por queja de EE.

**Financiamiento:** No se recibió financiamiento de ningún tipo.

**Tabla 1.** Características manométricas y por pH-metría con impedancia de 24 horas entre pacientes con eructos supragástricos y gástricos. (Mar348)

Variable	Eructo supragástrico			Eructo gástrico		
	Excesivo (n = 28)	No excesivo (n = 22)	p	Excesivo (n = 6)	No excesivo (n = 44)	p
ERGE-pH (n = 50)						
No	18,0 (64,3%)	15 (68,2%)	0,773	3,0 (50,0%)	30,0 (68,8%)	0,378
Sí	10,0 (35,7%)	7,0 (31,8%)		3,0 (50,0%)	14,0 (31,2%)	
IMNB (Ohm)	1 985 (1 487, 3 078)	1 691 (1 338, 3 447)	0,577	2 045 (1 510, 2 625)	1 905 (1 342, 3 270)	0,823
TEA (%)	4,15 (1,25, 6,55)	4,30 (0,5, 10,43)	0,611	7,05 (2,9, 10,4)	4,2 (0,9, 6,5)	0,420
Episodios de reflujo (pH)	72,0 (49,5, 116,3)	59,0 (28,0, 96,3)	0,314	80,0 (70,7, 95,2)	62,5 (35,0, 116,3)	0,263
Episodios por impedancia	40,5 (25,3, 60,5)	46,5 (9,3, 68,8)	0,740	47,0 (42,3, 51,0)	39,5 (18,0, 65,0)	0,464
Reflujo proximal	7,0 (1,0, 14,0)	5,0 (1,0, 13,5)	0,937	11,5 (5,3, 17,0)	5,5 (0,8, 13,3)	0,400
Reflujo distal	31,5 (21,0, 45,0)	30,5 (8,0, 44,5)	0,463	32,0 (27,8, 40,7)	30,0 (14,3, 45,0)	0,550
Reflujo ácido	21,0 (1,0, 45,0)	17,5 (2,5, 49,25)	0,776	47,5 (22,8, 55,0)	19,5 (1,0, 41,5)	0,281
Reflujo débilmente ácido y no ácido	9,0 (2,5, 19,5)	15,5 (0,3, 36,3)	0,443	1,5 (0,0, 19,5)	10,0 (2,5, 23,0)	0,266

**Mar349****EVALUACIÓN DE LA ASOCIACIÓN ENTRE EL ÍNDICE DE MASA CORPORAL Y EL TIEMPO DE EXPOSICIÓN AL ÁCIDO EN PACIENTES DEL INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS MÉDICAS Y NUTRICIÓN**

I. Hurtado-Díaz de León, E. Coss-Adame, H. N. Tadeo-Espinoza, Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán

**Introducción:** La pH-metría esofágica consiste en el registro continuo del pH en el esófago distal para diagnosticar enfermedad por reflujo gastroesofágico. El objetivo principal es establecer el tiempo de exposición esofágica al reflujo ácido (pH < 4,0). Un criterio diagnóstico aceptado para ERGE es un tiempo total de exposición al ácido > 6%. Sin embargo, los umbrales para las métricas de la pH-metría se han basado en estudios pequeños con criterios inconsistentes y cierta evidencia revela diferencias significativas de dichos puntos de corte entre diferentes regiones. La obesidad se vincula con la prevalencia de ERGE y sus complicaciones, como esofagitis, esófago de Barrett y adenocarcinoma esofágico. Algunos estudios muestran que el tiempo de exposición al ácido esofágico se modifica con medidas antropométricas, incluidos el IMC y la circunferencia de cintura. México, con alta prevalencia de obesidad, no ha realizado estudios que evalúen la correlación entre el tiempo de exposición en la pH-metría y el IMC.

**Objetivo:** Evaluar la relación entre el índice de masa corporal (IMC) y el tiempo de exposición al ácido en pacientes sometidos a pH-metría en el Instituto Nacional de Nutrición del año 2015 al 2023.

**Material y métodos:** Tipo de estudio: transversal. Se incluyó a los pacientes en quienes se realizó una pH-metría en el Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición del año 2015 a 2023. Análisis estadístico: correlación de Spearman para evaluar la vinculación entre el IMC y el tiempo de exposición al ácido, y el número de episodios de reflujo ácido. Se consideró una correlación sólida si el coeficiente se hallaba entre 0,70 y 1,00 (o -0,70 y -1,00), moderada entre 0,50 y 0,69 (o -0,50 y -0,69), débil entre 0,30 y 0,49 (o -0,30 y -0,49), y muy débil si era < 0,30 (o > -0,30). Modelos de regresión lineal: se usaron como variables dependientes el número de episodios de reflujo ácido o el tiempo de exposición al ácido y como variable independiente el IMC. Se consideró una relación estadísticamente significativa un valor de p < 0,05.

**Resultados:** Número total de pacientes: 1 393. Sexo: 429 hombres (30,9%) y 961 mujeres (69,1%). Edad media: 50,99 años (DE, 14,43). IMC medio: 26,44 (DE, 4,75). Relación entre IMC y tiempo de exposición al ácido: la regresión lineal registró una relación positiva significativa entre el IMC y el porcentaje de tiempo con pH < 4,0 (B = 0,11; IC95%, 0,05-0,17; p < 0,001). La correlación de Spearman también fue significativa. Hombres: relación positiva significativa (B = 0,18; IC95%, 0,06-0,31; p = 0,004). Mujeres: relación positiva significativa (B = 0,09; IC95%, 0,02-0,15; p = 0,010). Relación entre IMC y número de episodios de reflujo: relación positiva significativa (B = 1,2; IC95%, 0,58-1,9; p < 0,001). Hombres: relación significativa (B = 2,6; IC95%, 1,2-3,9; p < 0,001). Mujeres: relación significativa (B = 0,79; IC95%, 0,07-1,5; p = 0,033).

**Conclusiones:** Este estudio demuestra una relación significativa entre el IMC

y el tiempo de exposición al ácido esofágico, así como el número de episodios de reflujo ácido. Los resultados refuerzan la hipótesis de que un IMC elevado se correlaciona con una mayor exposición al ácido esofágico, lo que favorece el desarrollo y el empeoramiento de la ERGE. Además, sugiere que los puntos de corte utilizados para el diagnóstico de ERGE deben quizá ajustarse en función del IMC de los pacientes para reflejar mejor las variaciones individuales y regionales.

**Financiamiento:** No se recibió ningún tipo de financiamiento.

**Mar350****FACTORES RELACIONADOS AL PACIENTE QUE INCREMENTAN EL TIEMPO DE ADQUISICIÓN DE LA MANOMETRÍA ESOFÁGICA DE ALTA RESOLUCIÓN: UN ESTUDIO TRANSVERSAL**

A. L. Ordóñez-Vázquez, A. Fuentes-Montalvo, M. Esesarte-Rodríguez, J. Zúñiga-Cisneros, J. S. Arenas-Martínez, E. Coss-Adame, Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán

**Introducción:** La manometría esofágica de alta resolución (MAR) se utiliza en la evaluación de pacientes con ERGE y sospecha de trastornos motores del esófago. Su tiempo promedio de realización es de 15 minutos y se considera un procedimiento seguro. Pocos estudios han evaluado los factores vinculados con la tolerancia al procedimiento, los cuales podrían ser de utilidad para implementar estrategias que aumenten la comodidad del paciente y evitar estudios prolongados o de baja calidad en la adquisición de datos.

**Objetivo:** Describir los factores relacionados con el paciente respecto de un tiempo prolongado en la obtención de un topograma de presión esofágica de calidad mediante MAR.

**Material y métodos:** Estudio observacional de pacientes mayores de 18 años referidos al laboratorio de motilidad para realizar MAR por síntomas esofágicos. En un formato estandarizado se registraron datos demográficos, clínicos y vinculados con la obtención del topograma de MAR; se cuantificó el tiempo de interrupción de adquisición de datos de alta calidad por tragos espontáneos aislados (TEA) y tragos dobles (TD), y la escala de ansiedad (A) y depresión (D) hospitalaria (HADS). Se definió como estudio prolongado aquel que requirió más de 20 minutos. Las variables se resumen con medianas, frecuencias y porcentajes. Se realizó la prueba de suma de rangos con signo de Wilcoxon para variables cualitativas y prueba exacta de Fisher para comprar variables cuantitativas.

**Resultados:** Hasta 50 pacientes acudieron a MAR entre marzo y mayo de 2024; la mediana fue de 58 años (RIC, 45-68) con 74% de mujeres; 46% tenía escolaridad de nivel superior, 88% nivel socioeconómico < 3 y 70% sufría comorbilidades metabólicas (42%). El 32% de los pacientes mostró resultados positivos para D (27%) y A (38%) de la escala HADS. El diagnóstico más frecuente fue motilidad esofágica inefectiva (45%). En cuanto a la tolerancia a la MAR: el tiempo promedio por estudio fue de 23 minutos (19-31) y 69% tenía estudios prolongados. Un número de 43 (88%) pacientes realizó TEA con pro-

medio de 3 (1-6) tragos y 22% efectuó TD. El diagnóstico de ansiedad por la escala HADS se relacionó con un estudio prolongado ( $p < 0,05$ ). El resto de los resultados se describe en la **Tabla 1**. No se observó una diferencia significativa en la presencia de TEA, TD o estudios prolongados de acuerdo con el diagnóstico manométrico.

**Conclusiones:** Una elevada proporción de pacientes realizó TEA o TD durante la obtención del topograma de la MAR; sin embargo, estos no se vincularon con un tiempo de estudio prolongado. El diagnóstico de ansiedad se relacionó con un estudio prolongado. Se requieren estudios para determinar si las estrategias como el diagnóstico de ansiedad proporcionan información que elimine la incertidumbre del estudio; asimismo, las estrategias antiestrés en el laboratorio de motilidad pueden ayudar a acortar el tiempo de obtención de un topograma de calidad en la MAR.

**Financiamiento:** No se recibió financiamiento de ningún tipo.

**Tabla 1.** Factores relacionados con el paciente que incrementan el tiempo de adquisición de la manometría esofágica de alta resolución. (Mar350)

Característica	Estudio prolongado		p
	No	Sí	
Femenino (n/%)	11 (73,3)	25 (73,5)	> 0,99
Edad mediana (RIC)	59 (57,70)	56 (41,64)	0,12
IMC	25,5 (4,39)	26,8 (7,91)	0,31
Educación			
Preescolar	1 (6,7)	0 (0)	
Básica	2 (13,3)	3 (8,8)	0,40
Media	1 (6,7)	4 (11,8)	
Media superior	6 (40)	9 (26,5)	
Superior	5 (33,3)	18 (52,9)	
Comorbilidades	10 (66,7)	24 (70,6)	> 0,99
Hernia hiatal	1 (6,7)	10 (29,4)	0,14
Tragos espontáneos	13 (86,7)	30 (88,2)	> 0,99
Tragos dobles	10 (66,7)	22 (64,7)	0,89
HADS-depresión	4 (33,3)	6 (24)	0,74
HADS-ansiedad	2 (18,2)	11 (47,8)	0,02

### Mar351

## ESTUDIO COMPARATIVO ENTRE EL VALOR DE LA INTEGRAL CONTRÁCTIL DE LA UNIÓN ESOFAGOGÁSTRICA EN SEDESTACIÓN FRENTE A LA MEDICIÓN EN DECÚBITO SUPINO COMO PREDICTOR DE ERGE

R. A. Jiménez-Castillo, F. A. Félix-Téllez, J. D. Prieto-Nava, J. L. Vargas-Basurto, J. J. Durán-Castro, D. K. Rojas-Valenzuela, K. R. García-Zermeño, J. M. Remes-Troche, Instituto de Investigaciones Médico-Biológicas, Universidad Veracruzana

**Introducción:** La integral contráctil de la unión esofagogastrica (IC-UEG) se ha considerado un factor de riesgo en el desarrollo de enfermedad por reflujo gastroesofágico (ERGE). La clasificación de Chicago 4.0 sugiere que el complejo de la IC-UEG debe medirse durante la respiración tranquila en el registro basal en un segmento desprovisto de degluciones o artefactos de registro. Un valor < 25 mmHg-cm en posición primaria es anormal y eleva el riesgo de exposición anormal al ácido. Sin embargo, existe poca información sobre cuál es la mejor posición para medir la IC-UEG.

**Objetivo:** Determinar el valor de la IC-UEG en sedestación que mejor se vincule con un tiempo de exposición al ácido (TEA) anormal y comparar su rendimiento frente al valor de la IC-UEG en decúbito supino.

**Materiales y métodos:** Se realizó un estudio prospectivo, observacional y comparativo desde noviembre de 2022 hasta junio de 2024. Se incluyó a pacientes de manera consecutiva que acudieron al laboratorio de motilidad digestiva por sospecha clínica de ERGE. De acuerdo con el protocolo, los pacientes fueron sometidos a manometría esofágica de alta resolución y pH-metría con impedanciometría de 24 horas. Se excluyó a los sujetos con

diagnóstico previo de ERGE por endoscopia o pH-metría. Se realizaron las mediciones convencionales descritas por la clasificación de Chicago 4.0 y el consenso de Lyon 2.0. Se diagnosticó ERGE en los pacientes con un TEA > 6,0%. Se obtuvieron los puntos de corte de la IC-UEG en sedestación y en decúbito supino que predecían con mayor sensibilidad y especificidad el diagnóstico de ERGE mediante curvas de característica operativa del receptor (ROC). Se comparó el valor de las áreas bajo la curva (AUC) obtenidas con la prueba DeLong *et al.*

**Resultados:** Se incluyó a 81 pacientes con diagnóstico presuntivo de ERGE sometidos a manometría esofágica de alta resolución y pH-metría con impedanciometría de 24 horas. En esta cohorte, la mediana del TEA fue de 2,80% (intervalo, 0,65-5,55). La media de episodios de reflujo por impedanciometría fue de 49,79 ( $\pm 35,97$ ) y la media de impedancia basal nocturna de 2 419,70 ( $\pm 1 223,88$ ). Tras la evaluación se identificó a 18 (22,2%) pacientes con ERGE, 14 (17,3%) con exposición limitrofe al ácido y 49 (60,5%) sin ERGE. La media de la IC-UEG en sedestación fue de 36,55 ( $\pm 32,15$ ) mmHg-cm y en decúbito supino de 38,68 ( $\pm 33,18$ ) mmHg-cm. El valor de la IC-UEG en sedestación que tuvo una mayor correlación con ERGE fue  $\leq 10,96$ , con una sensibilidad de 55,6% y especificidad de 79,4%, valor predictivo positivo de 43,5%, valor predictivo negativo de 86,2% y una AUC de 0,691. El valor de la IC-UEG en decúbito supino que mejor se correlacionó con ERGE fue  $\leq 51,8$ , con una sensibilidad de 83,3% y especificidad de 34,9%, valor predictivo positivo de 26,8%, valor predictivo negativo de 88,0% y una AUC de 0,575. La diferencia entre las AUC fue de 0,116 ( $p = 0,02$ ).

**Conclusiones:** La medición de la IC-UEG en sedestación parece tener mayor correlación con ERGE en comparación con la medición en decúbito supino.

**Financiamiento:** No se recibió ningún financiamiento para la realización de este trabajo.

### Mar352

## INTEGRAL CONTRÁCTIL DISTAL DE LA UNIÓN ESOFAGOGÁSTRICA CONTRA EL TIPO DE VÁLVULA, UNIÓN Y TONICIDAD GASTROESOFÁGICA. ¿CUÁL ES EL MEJOR PREDICTOR PARA ENFERMEDAD POR REFLUJO GASTROESOFÁGICO?

M. Coutiño-Flores, E. A. San Vicente-Parada, K. A. Sánchez-Pozos, Hospital Juárez de México

**Introducción:** A lo largo de la historia se han descrito clasificaciones anatómicas como predictores de enfermedad por reflujo gastroesofágico (ERGE); sin embargo, su utilización es limitada debido a la subjetividad de su aplicación. Por otro lado, la función de la barrera antirreflujo, a través de la integral contráctil distal de la unión esofagogastrica (ICD-UEG), es un nuevo parámetro que puede proporcionar más información sobre su función. Existen pocas investigaciones que evalúen la relación entre el tipo de válvula gastroesofágica, la ICD-UEG y el tipo de unión gastroesofágica (UGE) con el grado de exposición al ácido esofágico.

**Objetivo:** Determinar el mejor predictor de exposición al reflujo esofágico ácido patológico y comparar la ICD-UEG, el tipo de válvula gastroesofágica (a través de la clasificación de Hill), la tonicidad del EEI y el tipo de UGE.

**Materiales y métodos:** Estudio transversal, retrospectivo, observacional y descriptivo de un centro hospitalario. Se incluyó a 75 pacientes atendidos en el Hospital Juárez de México del 1 de enero del 2023 al 30 de junio del 2024 que presentaban síntomas indicativos de ERGE durante un periodo de seis meses de evolución; los pacientes debían contar con una endoscopia que identificara el tipo de válvula gastroesofágica, de acuerdo con la clasificación de Hill (1996): Hill tipos 1 y 2, normal; Hill tipos 3 y 4 anormal. Una exposición al ácido anormal se consideró con base en el estado sólido de Lyon 2.0 y un tiempo de exposición  $\geq 6\%$  en 24 h. El equipo utilizado fue Digitrapper® con sonda Versaflex® con un sensor de pH y ocho anillos de impedancia interpretados con el software Reflux® 6.1. Para los estudios de manometría se empleó un equipo Medtronic® A120, con sonda de estado sólido de 36 sensores. La ICD-UEG se determinó con la herramienta del software Manoscan® 3.0, valores del tono de 10-43 mmHg y un DCI-UEG de 21,2 mmHg, con contorno isobárico de 20 mmHg. En relación con el tipo de UGE, se consideró un tipo de unión 1 como normal y 2 a 3 como anormal, de acuerdo con la clasificación de Chicago 4.0. Se excluyó a los pacientes con antecedentes de operación esofágica o gástrica, complicaciones previas y trastornos motores esofágicos, así como enfermedades sistémicas del tejido conectivo.

**Resultados:** Como puede observarse, se identificó una relación estadísticamente significativa entre la ICD-UEG y la exposición al ácido ( $p < 0,05$ ), lo que representa en el caso de una ICD-UEG débil un riesgo mayor de exposición patológica al ácido (Tabla 1). No se identificó un nexo entre una mayor exposición al ácido esofágico y un Hill estratificado como normal y anormal. No se estableció alguna vinculación entre un Hill anormal (tipos 3-4) con una UGE débil. Por otro lado, el análisis de relación entre el tipo de UGE y la exposición al ácido, aunque no fue significativo, mostró una tendencia ( $p = 0,09$ ), la cual podría deberse al tamaño de muestra (Tabla 1). Respecto de los datos, en la clasificación de Hill 1-2 normal había 18,7% de hombres y 81,3% de mujeres, mientras que en la clasificación de Hill 3-4 anormal se registró 16,3% de hombres y 83,7% de mujeres. En el grupo de Hill 3-4, la edad de los participantes fue menor en comparación con el grupo de Hill normal y no hubo diferencias en el IMC ni en los valores de la pH-metría entre los dos grupos.

**Conclusiones:** Este estudio demuestra que la medición de la ICD-UEG puede ayudar a corroborar o excluir la enfermedad por reflujo gastroesofágico de manera más homogénea, en comparación con la determinación del grado de Hill: el tono del EEI.

**Financiamiento:** No se recibió financiamiento de ningún tipo.

Tabla 1. Relación de pH-metría con diversos factores. (Mar352)

Parámetros	Sin ajustar		Ajuste por sexo, edad e IMC	
	OR (IC95%)	p	OR (IC95%)	p
ICD-UEG	2,59 (1,00 - 6,72)	0,050	2,65 (0,97 - 7,22)	0,056
Tipo de UGE	2,25 (0,88 - 5,78)	0,092	2,30 (0,87 - 6,09)	0,094*
Hill	0,52 (0,20 - 1,36)	0,184	0,45 (0,16 - 1,27)	0,129
EEI	1,91 (0,73-4,99)	0,184	1,81 (0,61 - 5,40)	0,284

\*Hay tendencia y al aumentar la n podría alcanzarse la significancia. ICD-UEG, integral contráctil distal de la unión esofagagástrica; UGE, unión gastroesofágica; EEI, esfínter esofágico inferior.

### Mar353

## HIPERTONÍA DEL ESFÍNTER ESOFÁGICO SUPERIOR COMO POTENCIAL MARCADOR OBJETIVO EN GLOBUS FUNCIONAL

F. A. Félix-Téllez, R. A. Jiménez-Castillo, K. D. González-Gómez, J. L. Vargas-Basurto, H. R. Ordaz-Álvarez, M. Amieva-Balmori, K. R. García-Zermeño, E. C. Morel-Cerda, J. M. Remes-Troche, Instituto de Investigaciones Médico-Biológicas, Universidad Veracruzana

**Introducción:** El globus posee una prevalencia general hasta de 46%; sin embargo, el globus funcional (GF) es un trastorno de la interacción intestino-cerebro poco frecuente con una prevalencia de 0,8% (0,7-0,8). Para el diagnóstico de GF es necesario descartar afección de cabeza-cuello, enfermedad por reflujo gastroesofágico (ERGE), esofagitis eosinofílica y trastornos motores esofágicos. No existe en la actualidad algún hallazgo objetivo que apoye el diagnóstico de GF.

**Objetivo:** Determinar si existen algún marcador objetivo de GF en la valoración fisiológica de este trastorno, en comparación con otros padecimientos del esófago.

**Material y métodos:** Se realizó una captación de datos de sujetos con globus sometidos a pH-impedancia y manometría esofágica durante el periodo 2017-2024 en el Instituto de Investigaciones Médico-Biológicas de la Universidad Veracruzana. Se clasificó como GF a la población con endoscopia, pH-metría con impedancia (pH-imp) y manometría esofágica normal. Los individuos con GF se compararon con pacientes con otras afecciones del esófago y controles sanos. Se registraron los resultados de pH-imp y manometría esofágica, así como de los cuestionarios GERD-Q, RSI, HADS y EHAS. Se analizó la distribución de variables con la prueba de Shapiro-Wilk y la igualdad de varianzas con la prueba de Levene para someter posteriormente las variables a una comparación de medias con las pruebas ANOVA o Kruskal-Wallis.

**Resultados:** Se incluyó un total de 102 pacientes con edad media de  $52 \pm 13$  años y predominio del sexo femenino ( $n = 74, 72,5\%$ ). La población estudiada se clasificó en siete grupos: GF ( $n = 8, 7,8\%$ ), ERGE ( $n = 16, 15,7\%$ ), hipersensibilidad al reflujo (HR) ( $n = 16, 15,7\%$ ), pirois funcional (PF) ( $n = 16, 15,7\%$ ),

disfagia funcional (DF) ( $n = 12, 11,8\%$ ), motilidad esofágica inefectiva (MEI) ( $n = 18, 17,6\%$ ) y controles ( $n = 16, 15,7\%$ ). Al comparar GF con el resto de los grupos no se encontró una diferencia significativa en las características socio-demográficas, síntomas de ERGE, síntomas gastroduodenales, ansiedad, depresión y otros trastornos con efectos conductuales. En la valoración fisiológica esofágica se advirtió que los pacientes con GF mostraban mayor presión basal del esfínter esofágico superior (EES), con una media consistente con hipertensión del EES (GF [ $110 \pm 86$ ], ERGE [ $63 \pm 39$ ], DF [ $64 \pm 37$ ], EH [ $54 \pm 40$ ], PF [ $76 \pm 39$ ], MEI [ $80 \pm 40$ ], sanos [ $38 \pm 20$ ];  $p = 0,019$ ).

**Conclusiones:** Los pacientes con GF no tienen un fenotipo clínico de síntomas digestivos superiores y psiquiátricos-conductuales en comparación con otras anomalías esofágicas; sin embargo, en el perfil de estudio fisiológico son pacientes con hipertensión del EES. Se desconoce si la hipertensión es un epifenómeno o una causa del GF, pero podría ser un marcador objetivo en estos individuos. Sin embargo, se necesitan más estudios para confirmar dicha hipótesis.

**Financiamiento:** No se dispuso de ningún financiamiento.

### Mar354

## SÍNTOMAS RECURRENTES EN PACIENTES POSTFUNDUPPLICATURA: HALLAZGOS MANOMÉTRICOS MEDIANTE EL NUEVO CONSENSO DE PADOVA

M. Soto-Villalpando, S. Zavala-Villegas, Y. N. Varela-Martínez, G. Morales-Osorio, F. D. García-García, V. M. Mendoza-Martínez, M. Rivera-Huizar, A. Wong-Muñoz, J. I. Carrillo-Rojas, Hospital de Especialidades Centro Médico Nacional La Raza

**Introducción:** A través de la Clasificación de Chicago v4.0 se ha perfeccionado el estudio de los trastornos de la motilidad mediante la manometría esofágica de alta resolución (MAR); no obstante, el beneficio de esta luego de la funduplicatura permanece incierto debido a que este protocolo no es aplicable para los casos con modificaciones anatómicas. En fecha reciente se ha publicado el Consenso de Padua con el objetivo de facilitar y homogenizar la interpretación de los hallazgos manométricos en pacientes sometidos a cirugía de antirreflujo.

**Objetivo:** Describir los hallazgos manométricos de acuerdo con el Consenso de Padua en una cohorte de pacientes con síntomas esofágicos o extraesofágicos, luego de funduplicatura, en un centro hospitalario de tercer nivel de atención.

**Material y métodos:** Estudio retrospectivo en pacientes con antecedente de funduplicatura que mostraron síntomas esofágicos (pirosis, regurgitación, dolor torácico no cardíaco [DTNC], disfagia) o laringofaríngeos (tos, disfonía, aclaramiento faríngeo), *de novo* o recurrentes. Se estableció un diagnóstico por MAR de acuerdo con el consenso de Padua y se buscaron relaciones acordes al síntoma predominante. La relación entre variables cualitativas se evaluó con tablas cruzadas y ji cuadrada; para las variables cuantitativas se empleó ANOVA. Los datos se analizaron con el paquete estadístico SPSS v25 y se usó como significativo un valor de  $p < 0,05$ .

**Resultados:** De los 100 pacientes incluidos, 74% correspondió a mujeres y 26% a hombres, con edad media de  $58,3 \pm 11,8$  años; en el 52%, la funduplicatura realizada fue de tipo Nissen. La pirois (44%), disfagia (28%) y regurgitación (23%) fueron los síntomas más frecuentes. De manera global, la migración intratorácica fue el hallazgo más común (40%) y, a pesar de la presencia de síntomas, el 36% tuvo un patrón manométrico normal tras la funduplicatura. Se realizó un subanálisis de acuerdo con el principal síntoma referido. La migración intratorácica fue el hallazgo más frecuente en los pacientes con pirois (43%) y síntomas laringofaríngeos (67%); el patrón manométrico normal luego de la funduplicatura fue el más común en el grupo con disfagia (36%). Estos dos diagnósticos se encontraron con la misma frecuencia en quienes cursaron con regurgitación (44%) y DTNC (50%). Los pacientes con síntomas laringofaríngeos tuvieron valores de presión basal promedio y presión residual mediana más altos en comparación con quienes refirieron otros síntomas, pero estos valores estuvieron dentro de límites normales (Tabla 1).

**Conclusiones:** Aunque la recurrencia de síntomas típicos (pirosis y regurgitación) es más frecuente en los pacientes con funduplicatura migrada/intratorácica, se registró una elevada prevalencia de síntomas en pacientes con cambios esperados tras la funduplicatura; en consecuencia, estos resultados siempre deben correlacionarse con los hallazgos endoscópicos y por impedancia/pH-metría ambulatoria de 24 horas para una adecuada toma de decisiones clínicas respecto del tratamiento.

**Financiamiento:** No se recibió financiamiento.



Tabla 1. Análisis comparativo de acuerdo con el principal síntoma recurrente después de la funduplicatura. (Mar354)

	Pirosis (n = 44)	Regurgitación (n = 23)	Dolor torácico no cardiaco (n = 2)	Disfagia (n = 3)	Síntomas laringofaríngeos (n = 28)	p
Sexo, n (%)						
Hombres	9 (35)	8 (31)	1 (4)	2 (7)	6 (23)	0,277
Mujeres	35 (48)	15 (20)	1 (1)	1 (1)	22 (30)	
Edad, años ± DE	58,7 ± 11,2	57,6 ± 13,0	65,0 ± 19,7	56,9 ± 11,2	65,6 ± 17,6	0,690
Presión basal promedio, mmHg ± DE	30,3 ± 11,0	23,2 ± 8,2	18,0 ± 13,6	27,1 ± 10,2	31,2 ± 4,4	0,050
Presión residual mediana, mmHg ± DE	11,8 ± 5,9	8,6 ± 5,3	7,6 ± 5,8	12,4 ± 5,7	12,5 ± 0,7	0,128
Diagnóstico por Padua, n (%)						0,592
Alteración con herniación	1 (2)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	
Migración intratorácica	19 (43)	10 (44)	1 (50)	8 (29)	2 (67)	
Funduplicatura o plastia de pilares apretados	7 (17)	1 (4)	0 (0)	6 (21)	0 (0)	
Ausencia de contractilidad	1 (2)	1 (4)	0 (0)	2 (7)	0 (0)	
Alteración/ procedimiento inefectivo	1 (2)	1 (4)	1 (50)	2 (7)	0 (0)	
Cambios normales luego de funduplicatura	15 (34)	10 (44)	0 (0)	10 (36)	1 (33)	

## Mar355

### TRATAMIENTO DE LA ENFERMEDAD POR REFLUJO GASTROESOFÁGICO CON FEXUPRAZÁN: RESULTADOS DE UN CONSENSO DELPHI

M. Schmulson, J. M. Remes-Troche, P. J. Rodríguez-Ledezma, Laboratorio de Hígado, Páncreas y Motilidad (Hipam)-Unidad de Investigación en Medicina Experimental Dr. Ruy Pérez Tamayo, Facultad de Medicina, Universidad Nacional Autónoma de México

**Introducción:** El fexuprazán es un nuevo bloqueador de ácido competitivo con potasio (P-CAB) que, a diferencia de los inhibidores de la bomba de protones (IBP), su metabolismo es independiente del CYP 2C19 y el recubrimiento entérico no es necesario debido a la estabilidad ácida. Los IBP se unen de manera irreversible a las formas activas de la bomba de protones, pero el fexuprazán puede unirse de modo competitivo y reversible a las formas activas e inactivas. Este fármaco es el segundo P-CAB disponible en México.

**Objetivo:** Conocer el control clínico de la ERGE por un panel de expertos en neurogastroenterología en México.

**Material y métodos:** Se incluyó una fase preparatoria (selección de expertos, determinación de objetivos y cuestionario); fase de consulta (ronda de consultas, procesamiento estadístico, retroalimentación) y resultados. El cuestionario definido incluyó 28 preguntas de opción múltiple, una pregunta abierta sobre el uso del fexuprazán, y una de comentarios. Los resultados del consenso se expresan en porcentaje de acuerdo.

**Resultados:** Once expertos participaron y los principales resultados son los siguientes: a) el 91% consideró que la principal ventaja de los P-CAB sobre los IBP eran su eficacia y mejor relación costo-beneficio; b) con respecto a los procinéticos, los P-CAB ofrecen mejor relación costo-beneficio: 63%, eficacia: 27%; y mayor seguridad: 81%; c) el 73% estuvo de acuerdo con el uso del fexuprazán en el reflujo erosivo (ERGE) y 9% para cada uno de reflujo no erosivo (ERNE), úlcera péptica, y erradicación de *H. pylori*; d) el 91% estuvo de acuerdo con recibir fexuprazán de 40 mg/día para ERGE y ERNE; 73% consideró cuatro semanas para ERGE y ocho para ERNE, y hasta el mantenimiento de por vida con fexuprazán en ERGE o ERNE complicada; e) en cuanto a las ventajas del fexuprazán se encuentran su menor precio: 100%, y mayor eficacia que los demás medicamentos para reflujo: 64%; f) a la luz de los conocimientos actuales, el 64% consideró a los P-CAB como la primera línea de tratamiento para ERGE y ERNE, y 36% los IBP; g) el 82% estuvo completamente de acuerdo en que el fexuprazán tiene ventajas en seguridad y eficacia en comparación con otros fármacos con indicaciones similares, y 91% completa o parcialmente de acuerdo con sus ventajas en seguridad y eficacia respecto de los IBP; h) el 91% estuvo completamente de acuerdo en que el fexuprazán a largo plazo es más económico en comparación con el resto de los fármacos para reflujo; i) el 100% estuvo completa o parcialmente de acuerdo en que el fexuprazán disminuye los síntomas de ERGE o ERNE más rápida y eficazmente respecto del resto de los medicamentos con indicaciones similares, y que atenúa la hiperacidez nocturna.

**Conclusiones:** En este consenso Delphi, los expertos consideraron que el fexuprazán es un fármaco seguro y eficaz para el tratamiento de ERGE, por lo que se presenta como una alternativa favorable, además de su efectividad en términos del costo. Asimismo, sugirieron considerar en el futuro su uso para ERNE, *H. pylori* y úlcera péptica.

**Financiamiento:** M8 and Acino Company.

## Mar356

### PREVALENCIA Y UTILIDAD DE CRITERIOS DE APOYO EN LA CLASIFICACIÓN DE LA ENFERMEDAD POR REFLUJO GASTROESOFÁGICO SEGÚN LYON 2.0 EN PACIENTES MEXICANOS

F. A. Félix-Télez, R. A. Jiménez-Castillo, J. L. Vargas-Basurto, K. D. González-Gómez, H. R. Ordaz-Álvarez, M. Amieva-Balmori, K. R. García-Zermeño, J. M. Remes-Troche, Instituto de Investigaciones Médico-Biológicas, Universidad Veracruzana

**Introducción:** La definición de enfermedad por reflujo gastroesofágico (ERGE) ha experimentado variaciones con los años. El consenso de Lyon 2.0 propone hoy día la clasificación de ERGE accionable, ERGE límite (ERGEL) y sin ERGE, además de criterios de apoyo para el diagnóstico de ERGE. En la actualidad, en los pacientes con ERGEL, se desconoce el parámetro adyuvante (impedancia, episodios de reflujo, MEI, etc.) más útil para redefinir la ERGE en la práctica clínica.

**Objetivo:** Determinar la prevalencia de los subgrupos de ERGE de acuerdo con la clasificación de Lyon 2.0 en pacientes mexicanos, así como determinar la utilidad de los criterios de apoyo para el diagnóstico de ERGE.

**Material y métodos:** Se realizó un estudio ambispectivo de corte trasversal con delimitación temporal del 2017 al 2024, en el cual se estudió a la población que acudió a valoración en el Instituto de Investigaciones Médico-Biológicas de la Universidad Veracruzana. La población se clasificó en tres grupos de acuerdo con los criterios de Lyon 2.0: ERGE, ERGEL y sin ERGE. Se registraron los resultados de pH-imp y manometría esofágica, además de los síntomas, los criterios de apoyo para el diagnóstico de ERGE según Lyon 2.0, los cuestionarios GERD-Q y RSI. Se comparó la prevalencia de ERGE según los criterios de Lyon y Lyon 2.0 mediante una prueba de McNemar, un análisis de regresión multivariado con ji cuadrada para valorar la relación de criterios de apoyo con el diagnóstico de ERGE y se compararon las medias con las pruebas U de Mann-Whitney o t de Student.

**Resultados:** Se incluyó a un total de 269 pacientes con edad media de 50 ± 14 años y predominio del sexo femenino (n = 175, 65,1%). De la población estudiada, 25,7% cumplían criterios de ERGE, 25,3% de ERGEL y 49% sin criterios de ERGE. No se encontró una diferencia en la clasificación de ERGE al usar los criterios Lyon y Lyon 2.0 (ERGE: Lyon = 23,8% vs. Lyon 2.0 = 25,7%; p = 0,063). La regurgitación es el síntoma más frecuente en los grupos de ERGEL (> 80 episodios de reflujo: 100%; impedancia basal nocturna: 75%; hipotensión de

esfínter esofágico inferior: 70%; motilidad esofágica inefectiva: 78,6%; y probabilidad de relación sintomática: 86,4%), con excepción del grupo de hernia hiatal en el cual la tos crónica fue el síntoma con mayor frecuencia en un 80% de los afectados. Al valorar la relación de criterios de ERGEL con ERGE se observó que solo los > 80 episodios de reflujo (OR, 6,28; IC95%, 3,19-12,3;  $p \leq 0,001$ ) y la impedancia basal nocturna (OR, 3,51; IC95%, 1,80-6,85;  $p \leq 0,001$ ) se vinculan con ERGE y pueden ser los más útiles (Tabla 1).

**Conclusiones:** Una cuarta parte de los pacientes mexicanos referidos por síntomas de reflujo sufre ERGEL. La regurgitación es el síntoma más frecuente en los grupos de ERGEL, salvo en aquellos que presentan hernia hiatal, en quienes la tos es el síntoma más frecuente. La presencia de > 80 episodios de reflujo y la impedancia basal nocturna son los criterios de apoyo de mayor utilidad en el diagnóstico de ERGE en los casos de ERGEL en la población mexicana, y pueden ser suficientes para confirmar el diagnóstico.

**Financiamiento:** No se contó con financiamiento.

**Tabla 1.** Análisis multivariado: relación entre criterios de soporte y diagnóstico de enfermedad por reflujo gastroesofágico. (Mar356)

	OR	IC95%	p
> 80 episodios	6,28	3,19-12,3	< 0,001
Impedancia basal nocturna	3,51	1,80-6,85	< 0,001
PAS	1,34	0,68-2,66	0,389
Hernia hiatal	1,92	0,92-4,02	0,082
Hipotensión	0,39	0,23-1,77	0,398
MEI	1,76	0,83-3,71	0,138

## Mar357

### CARACTERIZACIÓN DEL RENDIMIENTO DIAGNÓSTICO DE LOS SÍNTOMAS PERCIBIDOS EN LA DIFERENCIACIÓN DE ERUCTOS SUPRAGÁSTRICOS CON Y SIN ERGE

K. R. García-Zermeño, B. A. Priego-Parra, J. L. Vargas-Basurto, H. R. Ordaz-Álvarez, F. A. Félix-Téllez, R. A. Jiménez-Castillo, J. M. Reme-Troche, Particulares

**Introducción:** La coexistencia de eructos supragástricos (ES) y enfermedad por reflujo gastroesofágico (ERGE) representa un desafío debido a la superposición de síntomas y la variabilidad en su presentación clínica. Los pacientes con estas anomalías experimentan a menudo diversos síntomas esofágicos que pueden afectar su calidad de vida y complicar el tratamiento clínico adecuado. Es esencial comprender la forma en que los síntomas esofágicos percibidos pueden diferenciar a los individuos con ES y ERGE de aquellos sin ERGE para mejorar la precisión diagnóstica y optimizar los tratamientos.

**Objetivo:** Describir el rendimiento diagnóstico del número de síntomas esofágicos percibidos por pH-metría para identificar a los pacientes con diagnóstico de ES con ERGE y a los sujetos sin ERGE.

**Material y métodos:** Estudio retrospectivo y analítico en el que se incluyó a pacientes consecutivos con pH-metría y manometría esofágica. La definición de ES patológicos se basó en el estudio de Koukias *et al.* que mostró que las personas sanas tienen una mediana de 3 (intervalo, 0-15) ES en 24 h. El valor del percentil 95° se tomó como el límite superior de lo normal y se calculó en 13 ES por 24 h. Se recabaron variables sociodemográficas y el registro de la pH-metría, incluidos los síntomas referidos por los pacientes: pirosis, dolor

torácico, eructos y regurgitación. Para el análisis estadístico se utilizaron las pruebas t de Student o Wilcoxon para la comparación entre grupos y las correlaciones con Spearman. Para el rendimiento diagnóstico se calcularon curvas con las características operativas del receptor (ROC) con el área debajo de la curva. Mediante el índice de Youden se determinaron los valores de sensibilidad, especificidad, valor predictivo positivo y negativo, así como las razones de verosimilitud. Se consideró como significancia estadística un valor de  $p < 0,05$ , y el análisis se efectuó con el programa R studio 4.1

**Resultados:** De 238 individuos, se incluyó a 105 que contaron con diagnóstico de eructos supragástricos, 64 (61%) mujeres y 41 (39%) hombres. La mediana de edad fue de 46 (RIQ, 34-54). Al clasificarlos, 58 (55,2%) tuvieron ES con ERGE y 47 (44,8%) sin ERGE. Los individuos con ES + ERGE registraron mayor cantidad de síntomas (8 [2,75-14,2] vs. 4 [2-8];  $p = 0,002$ ), IMC (27,1 [24,2-31,5] vs. 24,8 [18,8-27,9];  $p = 0,001$ ) y menor impedancia basal nocturna (1 692 [1 090,5-2 252,5] vs. 3 407 [2 705-4 245];  $p = 0,0001$ ) en comparación con aquellos con ES sin ERGE. En el análisis por sexos, los hombres con ES + ERGE señalaron mayor cantidad de síntomas (11,5 [4-23,5] vs. 4 [1,2-12,5];  $p = 0,0001$ ) y tuvieron menor impedancia basal que las mujeres (1 270 [885,2-1 894] vs. 2 006 [1 310-2 555];  $p = 0,0001$ ). En el grupo de ES sin ERGE no hubo diferencias ligadas al sexo. Al evaluar el rendimiento diagnóstico en los hombres, el número total de síntomas tuvo 0,73 de AUROC y el número total de veces que indicaron pirosis tuvo 0,77 de AUROC para ES con ERGE (Tabla 1). En las mujeres no se halló significancia estadística.

**Conclusiones:** La evaluación de la frecuencia de los síntomas percibidos es efectiva para distinguir a hombres con y sin ERGE con diagnóstico de eructos supragástricos, pero no demostró ser útil en mujeres, lo que indica que se requieren enfoques diagnósticos diferenciados por sexo.

**Financiamiento:** No se dispuso de ningún financiamiento.

## Mar358

### LAPSO DE TIEMPO ENTRE LA CENA Y EL MOMENTO DE ACOSTARSE A DORMIR, IMPORTANCIA EN PACIENTES CON ENFERMEDAD POR REFLUJO, COHORTE RETROSPECTIVA DE 500 CASOS AL AZAR

A. Orozco-Gámiz, Gastrolab SA de CV

**Introducción:** En las guías de atención de la AMG, AGA, ACG, y en otros trabajos científicos relativos a la enfermedad por reflujo gastroesofágico (ERGE), se ha señalado que la adopción de la posición recumbente (acostado) influye en la evolución y respuesta al tratamiento, por lo que se han sugerido lapsos de dos a tres horas para favorecer el proceso de vaciamiento gástrico y reducir el contenido, lo que disminuye el riesgo y la posibilidad de reflujo nocturno.

**Objetivo:** Cuantificar la duración entre la cena y el momento de acostarse, según los propios pacientes, para demostrar la influencia de este hábito en la evolución clínica y en la respuesta terapéutica, en pacientes con ERGE que soslayan en general este consejo.

**Material y métodos:** Cohorte retrospectiva de revisión al azar de 500 diarios de un total de 4 256 en un lapso de 10 años, con pH-metrías de ERGE, remitidos a un centro particular de referencia regional de varios estados y local situado en Guadalajara para realizar manometría y pH-metría esofágica (algunas relacionadas con impedancia eléctrica intraluminal). Los diarios se llenaron manualmente de acuerdo con instrucciones directas para obtener tres aspectos importantes para la vigilancia de 24 horas (la conducta del paciente fue libre en sus actividades): el primero fue escribir el horario de inicio y término de la posición recostada (tórax horizontal) durante el estudio; el segundo fue el inicio y el fin de los periodos de alimento y el tipo de alimento o bebida en

**Tabla 1.** Comparación del rendimiento diagnóstico de la percepción de síntomas esofágicos para diferenciar a los individuos con diagnóstico de eructos supragástricos con y sin ERGE. AUROC, área bajo la curva; E, especificidad; S, sensibilidad; VPP, valor predictivo positivo; VPN, valor predictivo negativo; LR, razón de verosimilitud. (Mar357)

Variable	AUROC	IC95%	p	Punto de corte	S	E	VPP	VPN	LR +	LR -
<b>No. de síntomas</b>										
Hombres	0,73	0,60-0,88	0,01	7	65,3%	66,6%	77,2%	53%	1,96	0,52
Mujeres	0,54	0,39-0,68	0,582	-	-	-	-	-	-	-
<b>No. de veces con pirosis</b>										
Hombres	0,77	0,63-0,88	0,012	3	61,5%	80%	83,9%	54,9%	3,08	0,048
Mujeres	0,56	0,42-0,71	0,344	-	-	-	-	-	-	-

ese estudio; y el tercero fue escribir el inicio y el término de los síntomas presentados, en especial los que llevaron a indicar la vigilancia, como pirosis, tos, reflujo, dolor faríngeo y otros que el paciente creyera vinculados con su enfermedad. Se obtuvieron datos demográficos y antecedentes de relevancia para la ERGE y se clasificaron en grupos de lapsos de 3, 2 o < 2 h. Se analizaron la calificación de DeMeester, la medición del porcentaje de exposición al ácido y el número de episodios de reflujo recumbente con el programa de Synectics y Medtronic en los casos correspondientes de acuerdo con la evolución de la tecnología disponible en esos 10 años.

**Resultados:** Todos los pacientes tuvieron una calificación de DeMeester > 14,78, más de 4% de exposición esofágica al ácido en 24 horas y > 56 episodios de reflujo. Los resultados fueron simples: 53% de los individuos cenó y se acostó en un lapso < 60 minutos, 26% en 61 a 120 minutos, 19% en 121 a 179 minutos y solo el 2% en > 180 minutos.

**Conclusiones:** Los resultados observados indican que la mayoría de los pacientes mexicanos estudiados en este centro no tiene como hábito conservar un tiempo razonable según las guías mencionadas; en buena medida se debe a que es efectivamente el hábito normal de la población y no considera importante observar una conducta que le ayude a mejorar las condiciones de la ERGE; también es importante señalar que los médicos y las asociaciones deben hacer hincapié en este factor tan importante. Se conducirán estudios más extensos y descriptivos de este informe inicial.

**Financiamiento:** No se contó con financiamiento de ningún origen.

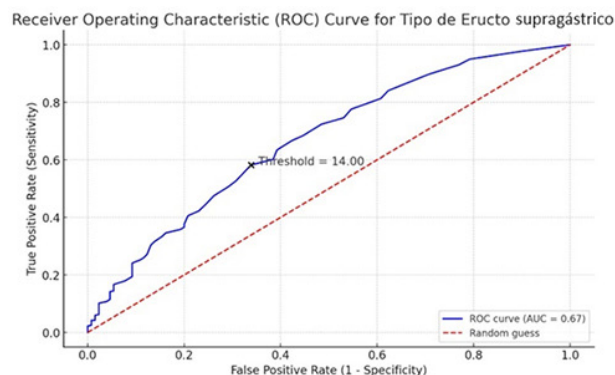
### Mar359

## RENDIMIENTO DIAGNÓSTICO DEL NÚMERO DE SÍNTOMAS REPORTADO POR LOS PACIENTES DURANTE LA pH-IMPEDANCIA INTRALUMINAL EN EL ESPECTRO DE LOS TRASTORNOS RELACIONADOS CON LOS ERUCTOS Y LA ERGE

K. R. García-Zermeño, J. L. Vargas-Basurto, H. R. Ordaz-Álvarez, F. A. Félix-Téllez, B. A. Priego-Parra, R. A. Jiménez-Castillo, J. M. Remes-Troche, Particulares

**Introducción:** Los eructos, sean supragástricos (ESG) o gástricos (EG), son síntomas comunes en pacientes con trastornos digestivos y pueden alterar de modo negativo la calidad de vida. Entre estos trastornos, la enfermedad por reflujo gastroesofágico (ERGE) es una anomalía prevalente que a menudo se relaciona con eructos. De forma inicial, los ESG pueden ocurrir en respuesta al estrés o la necesidad de aliviar una sensación desagradable y más adelante convertirse en una conducta aprendida que se manifiesta de manera inconsciente, incluso sin la presencia de síntomas gastrointestinales previos. Además, los ESG pueden desencadenar episodios de reflujo o causar síntomas esofágicos al generar presión negativa intratorácica mediante respiraciones profundas, aspiración de aire en el esófago o contracción de los músculos faríngeos para impulsar el aire hacia el esófago. El diagnóstico de EG y ESG se establece con pH-impedancia intraluminal multicanal de 24 horas, que permite calcular la frecuencia de los episodios de eructos y su relación con los episodios de reflujo.

**Figura 1.** Curvas ROC: capacidad moderada para diferenciar entre los tipos de eructo de acuerdo con el número total de episodios registrados. (Mar359)



**Objetivo:** Evaluar el rendimiento diagnóstico del número de ocasiones en que los pacientes registran síntomas esofágicos en el dispositivo de pH-metría, con el fin de diferenciar a los individuos con diagnóstico de ESG y EG.

**Material y métodos:** Estudio retrospectivo y analítico en el que se incluyó a pacientes consecutivos sometidos a pH-impedancia intraluminal multicanal de 24 horas por síntomas esofágicos. Se consideraron variables sociodemográficas y el informe de pH-metría, incluido el número de los síntomas registrados por los pacientes: pirosis, dolor torácico, eructos y regurgitación. Para el análisis estadístico se emplearon las pruebas t de Student o Wilcoxon para la comparación entre grupos y las correlaciones con el instrumento de Spearman. Para el rendimiento diagnóstico se calcularon curvas con las características operativas del receptor (ROC) con el área bajo la curva. Mediante el índice de Youden se calcularon los valores de sensibilidad, especificidad, valor predictivo positivo y negativo, así como las razones de verosimilitud. Se determinó como significancia estadística un valor de  $p < 0,05$  y el análisis se llevó a cabo con el programa R studio 4.1.

**Resultados:** Se incluyó a un total de 532 pacientes (50% hombres, con mediana de edad de 52 [RIQ, 40-60]), de los cuales 402 (75,5%) contaban con diagnóstico de ESG y 130 (24,5%) de EG. En cuanto a los eructos supragástricos, se observó que los pacientes que presionaron el medidor de pH  $\geq 14$  veces (al margen del síntoma registrado) tuvieron una mayor probabilidad de un diagnóstico de ESG (Figura 1). El área bajo la curva (AUC) fue de 0,668, con una sensibilidad del 58,21% y una especificidad de 66,15%. Para los eructos supragástricos en pacientes con ERGE, al analizar a los pacientes con ESG y ERGE, el punto de corte de 34 eructos totales tuvo un AUC de 0,53, con una sensibilidad del 27,70% y una especificidad del 81,89% para ESG con ERGE. Respecto de los eructos gástricos, los pacientes que presionaron el medidor de pH  $\geq 18$  veces (independientemente del síntoma registrado) tuvieron una mayor probabilidad de eructos gástricos. El AUC fue de 0,621, con una sensibilidad del 48,28% y una especificidad del 80,20% (Figura 1).

**Conclusiones:** Estos resultados sugieren que la frecuencia del número de ocasiones que los pacientes presionan para registrar un síntoma en el dispositivo de pH-impedancia puede ser un indicador útil para identificar a pacientes con ESG o EG, aunque la capacidad predictiva es moderada. En el subgrupo de pacientes con ESG y ERGE, la especificidad es alta, lo cual indica que este criterio puede ser más útil para confirmar ESG y EG.

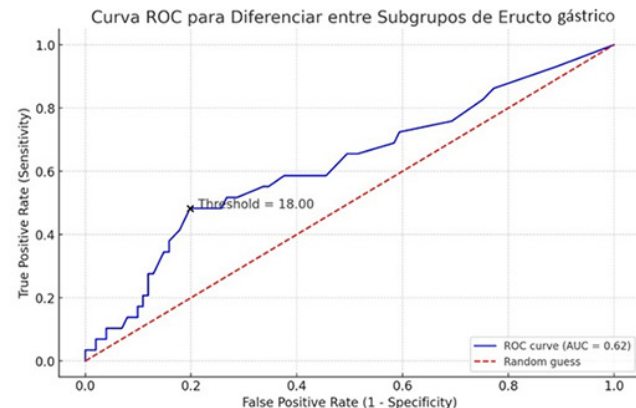
**Financiamiento:** No se recibió ningún financiamiento.

### Mar360

## UTILIDAD DIAGNÓSTICA DE LA IMPEDANCIA MEDIA BASAL NOCTURNA Y FACTORES ASOCIADOS A SU VARIACIÓN

R. C. Guerrero-Barrera, E. A. San Vicente-Parada, J. I. Mazadiego-Cid, R. Zapata-Arenas, Hospital Juárez de México

**Introducción:** La enfermedad por reflujo gastroesofágico (ERGE) se define como el retorno del contenido gástrico hacia el esófago, lo que provoca síntomas molestos o complicaciones. A lo largo de los años, los criterios diagnósticos han evolucionado, en particular debido a la necesidad de descartar



otras enfermedades con síntomas similares o síndromes de superposición. Debido a la complejidad del diagnóstico, en algunos casos se recomienda realizar pruebas objetivas para documentar el reflujo gastroesofágico, como la endoscopia superior o la vigilancia ambulatoria del pH con impedancia. En el Consenso de Lyon 2.0 se establecieron métricas para confirmar el diagnóstico de ERGE. Sin embargo, es importante definir si estas métricas varían en función de algunas variables.

**Objetivo:** Determinar la utilidad diagnóstica de la impedancia media basal nocturna y los factores relacionados con su variación.

**Material y métodos:** Se realizó un estudio de cohorte, retrospectivo y analítico en un solo centro hospitalario. La muestra se conformó por registros de pacientes que acudieron al laboratorio de motilidad del Hospital Juárez México de enero del 2023 a enero del 2024. Se determinó el diagnóstico de enfermedad por reflujo gastroesofágico de acuerdo con los criterios del Consenso de Lyon. La pH-metría con impedancia se realizó con DigiTrapper® y sonda Versaflex®.

**Resultados:** El estudio se conformó con 221 sujetos, de los cuales el 76% correspondió a mujeres y el 42,5% se clasificó con diagnóstico de ERGE. Se encontró una diferencia significativa entre los pacientes que tenían ERGE en comparación con los sujetos sin la enfermedad en algunas variables, como el aumento del IMC (0,008), la longitud del EEI (0,035) y el MNBI (< 0,001). De acuerdo con la prueba de correlación de Pearson, se identificó una correlación estadísticamente significativa entre el MNBI y el TEA (< 0,001), el peso (0,004), la longitud del EEI (0,006) y el IMC (0,01). En contraste, no hubo correlación entre el MNBI y la altura o la presión del EEI.

**Conclusiones:** La MNBI es útil para el diagnóstico de ERGE de forma independiente respecto del sexo, el peso y el IMC. En el análisis de correlación, el MNBI se vinculó con el TEA, el peso, la longitud del EEI y el IMC.

**Financiamiento:** Recursos propios del hospital.

### Mar361

## ASOCIACIÓN DE ALTERACIONES MOTORAS ESOFÁGICAS EN PACIENTES CON REFLUJO GASTROESOFÁGICO DIAGNOSTICADO POR pH-METRÍA E IMPEDANCIA

S. Rodríguez-Jacobo, B. M. Lozano-Maldonado, M. T. Sánchez-Ávila, L. A. Morales-Garza, J. S. Jacobo-Karam, J. F. Sánchez-Ávila, Hospital Universitario Dr. José Eleuterio González

**Introducción:** La enfermedad por reflujo gastroesofágico (ERGE) es una afección frecuente en este país, con una prevalencia hasta de 40%, que trae consigo complicaciones como lesiones premalignas y adenocarcinoma, que incrementan la mortalidad. Las alteraciones de la función del EEI se han

relacionado con la ERGE, que se ve favorecida por las relajaciones transitorias observadas en 90% de los casos. Las publicaciones médicas señalan que la alteración motora más común es la peristalsis fallida, en el 21% de los pacientes (S. Lin, 2019). Las alteraciones motoras se acompañan de pirosis y disfagia y por ello es importante determinar cuáles son los principales trastornos motores vinculados con la ERGE.

**Objetivo:** Determinar las alteraciones motoras esofágicas más frecuentes en pacientes con diagnóstico de ERGE por pH-metría con impedancia positiva en este medio.

**Material y métodos:** Pacientes valorados en la unidad de motilidad gastrointestinal del Hospital San José de 2013 a 2019, referidos para realización de pH-metría con impedancia y manometría esofágica de alta resolución por síntomas consistentes con ERGE. Estudio observacional, transversal, retrospectivo y analítico. Se analizaron edad y sexo. Variables correspondientes al diagnóstico por pH-metría con impedancia: duración del reflujo, umbral del pH, tiempo de reflujo, número de episodios del reflujo, puntuación de DeMeester, actividad de episodios de reflujo normalizados, tiempo de exposición al bolo, correlación de síntomas con reflujo, índice de síntomas de reflujo y reflujo esofágico proximal. Variables correspondientes al diagnóstico por manometría esofágica de alta resolución: presión basal del EEI, presión residual del EEI, presión residual del EES y clasificación de Chicago versión 3.0 (Kahrilas, 2014) para los trastornos motores. Los resultados se analizaron con medidas de frecuencia absoluta y relativa, y las variables numéricas con medidas de tendencia central y dispersión.

**Resultados:** Se incluyó a 156 pacientes, con mediana de edad de 46 (37-54) años y 97 (62,2%) mujeres. Los diagnósticos por pH-metría fueron esófago hipersensible o pirosis funcional (EH o PF) en 12 (7,7%), reflujo ácido anormal (RAA) en 90 (57,7%), reflujo no ácido anormal (RNAA) en 6 (3,8%) y ausencia de reflujo patológico (SRP) en 49 (30,8%). Se identificó una puntuación de DeMeester anormal en 88,9% de los pacientes con RAA y en 16,7% con RNAA (p < 0,001). El 37,8% de los sujetos no presentó trastorno motor. Se identificaron trastornos motores en el 62,2% y los más frecuentes fueron peristalsis fallida o inefectiva en 56 (35,9%) e hipotonía del EEI en 16 (10,3%) (Tabla 1). No se reconocieron diferencias en la prevalencia de los trastornos motores por tipo de diagnóstico de reflujo.

**Conclusiones:** Debido a la elevada prevalencia de trastornos motores en pacientes con ERGE notificada en la bibliografía médica, su evaluación debe considerarse fundamental en los pacientes en estudio por ERGE, como en el caso de estos enfermos en quienes la peristalsis fallida o inefectiva fue el trastorno motor más común. En consecuencia, en individuos sin mejoría con tratamiento antisecretores o en quienes se consideran opciones terapéuticas quirúrgicas o endoscópicas, debe realizarse una manometría esofágica para descartar alteraciones motoras, sobre todo para el pronóstico.

**Financiamiento:** El estudio se condujo sin ningún financiamiento.

Tabla 1. Relación entre tipo de trastorno motor y tipo de reflujo. (Mar361)

Variable	Global	EH o PF	RAA	SRP	RNAA	p
<b>Tipo de trastorno motor</b>	-					
Sin trastorno motor	59 (37,8%)	4 (33,3%)	31 (34,4%)	21 (43,8%)	3 (50%)	0,651
Peristalsis inefectiva o fallida	56 (35,9%)	4 (33,3%)	38 (42,2%)	14 (29,2%)	0 (0%)	0,116
Obstrucción del tracto de salida	9 (5,8%)	1 (8,3%)	4 (4,4%)	4 (8,3%)	0 (0%)	0,709
Hipotonía del EEI	16 (10,3%)	1 (8,3%)	8 (8,9%)	5 (10,4%)	2 (33,3%)	0,295
Hipotonía del EES	3 (1,9%)	0 (0%)	3 (3,3%)	0 (0%)	0 (0%)	0,524
Esófago espásmico o hipercontráctil	5 (3,2%)	0 (0%)	3 (3,3%)	2 (4,2%)	0 (0%)	0,863
<b>Trastorno motor</b>	9 (5,8%)	0 (0%)	7 (7,8%)	2 (4,2%)	0 (0%)	0,573
Leve	6	-	4	2	-	
Moderado	3	-	3	0	-	
Peristalsis intrabolo aumentada	3 (1,9%)	0 (0%)	1 (1,1%)	1 (2,1%)	1 (16,7%)	0,058
<b>Otros</b>						
Presión de relajación negativa del EEI	1 (0,6%)	0 (0%)	1 (1,1%)	0 (0%)	0 (0%)	-
Acalasia	1 (0,6%)	0 (0%)	0 (0%)	1 (2,1%)	0 (0%)	-
Disfagia proximal	1 (0,6%)	0 (0%)	1 (1,1%)	0 (0%)	0 (0%)	-



## Mar362

## INGESTA DE CÁUSTICOS EN ADULTOS: CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS Y HALLAZGOS ENDOSCÓPICOS EN UN CENTRO DE REFERENCIA DEL NORESTE DE MÉXICO

S. Rodríguez-Jacobo, L. Santoyo-Fexas, H. A. Cabello-Valdés, L. A. Torres-González, C. E. González-Martínez, J. O. Jáquez-Quintana, H. J. Maldonado-Garza, Hospital Universitario Dr. José Eleuterio González

**Introducción:** La ingestión de cáusticos es una preocupación médica y social importante, con alto riesgo de morbilidad y mortalidad. Los informes disponibles se centran en la población pediátrica, en la cual la ingestión es accidental, con predominio de la sosa cáustica, lo que ocasiona lesiones esofágicas endoscópicas, en su mayor parte de bajo grado. En los adultos, hasta dos terceras partes tienen intencionalidad suicida, con ingestión de sosa cáustica, y se documentan lesiones endoscópicas de mayor grado. En México no se cuenta con información estadística sobre este tema en la población adulta.

**Objetivo:** Describir los datos demográficos, clínicos y endoscópicos de pacientes adultos con ingestión de cáusticos.

**Material y métodos:** Se realizó un estudio retrospectivo, unicéntrico y descriptivo. Se incluyó a pacientes ingresados por consumo de cáusticos en el Hospital Universitario Dr. Eleuterio González del 2016 a junio del 2024, sin incluir a individuos con expediente clínico incompleto. Se obtuvieron datos sociodemográficos, clínicos, endoscópicos y desenlace intrahospitalario.

**Resultados:** Se incluyó a 34 pacientes. La mediana de edad fue de 27 (21-43) años con predominio del sexo masculino (59%). Hasta 19 (58%) pacientes tenían antecedente de consumo de alcohol, 12 (36%) de tabaco y 13 (39%) de otras sustancias. Veintiocho (85%) tuvieron intención suicida y 19 (56%) antecedentes psiquiátricos conocidos. Predominó la ingestión de álcalis en 20 (59%) pacientes, ácidos en 12 (35%), uno de formaldehído y uno de un compuesto no especificado. Agentes con mayor ingestión accidental: cloro con 14 (44%) y ácido muriático con 12 (35%). Los síntomas comunes fueron dolor abdominal en 24 (71%) pacientes, vómito en 23 (68%), sangrado del tubo digestivo en 16 (47%), intolerancia a la vía oral en 10 (29%) y aspiración en 4 (12%). Hasta 9 (27%) requirieron intubación orotraqueal al ingreso. Los hallazgos endoscópicos se describen en la **Tabla 1**. Se administraron inhibidores de la bomba de protones en todos los casos y esteroides en solo 3 (9%). En cuanto a las complicaciones, 2 (6%) individuos desarrollaron neumonía intrahospitalaria y 1 (3%) infección por *C. difficile*. En total, 2 (6%) personas fallecieron. Se realizó análisis comparativo entre episodios clínicos y daños endoscópicos y se identificó significancia estadística entre la aspiración y el hallazgo de Zargar IIIb (OR, 19; IC95%, 1,6-237;  $p = 0,021$ ), aspiración y necrosis duodenal (OR, 28; IC95%, 1,7-258;  $p = 0,033$ ) e intubación orotraqueal y Zargar IIIb (OR, 14; IC95%, 2-101;  $p = 0,007$ ).

**Conclusiones:** En este estudio, la ingestión de cáusticos predominó en adultos jóvenes, con una proporción significativa de comorbilidades psiquiátricas y relacionada con intención suicida, similar a lo informado en las publicaciones internacionales. La endoscopia resultó normal en casi una tercera parte de los pacientes, pero una cuarta parte reveló úlceras profundas, circunferenciales o áreas de necrosis. Este daño tisular puede relacionarse con el tipo y la cantidad del cáustico ingerido. En esta población, los pacientes no asistieron a seguimiento y por tanto no se dispone de datos objetivos sobre complicaciones a mediano y largo plazos; se infiere la ausencia de estas. La ingestión de cáusticos accidental en adultos predomina en pacientes con trastornos psiquiátricos y es un problema de salud pública poco estudiado; representa un área de oportunidad para su documentación y desarrollo de estrategias para su prevención.

**Financiamiento:** No se recibió financiamiento de ningún tipo.

Tabla 1. Hallazgos endoscópicos. (Mar362)

	Número de pacientes		Número de pacientes
Zargar 0	11 (32%)	Bulboduodenitis erosiva	10 (29%)
Zargar I	5 (15%)	Gastritis erosiva	6 (18%)
Zargar IIA	8 (24%)	Necrosis gástrica	4 (12%)
Zargar IIB	3 (9%)	Necrosis duodenal	3 (9%)
Zargar IIIA	0		
Zargar IIIB	7 (25%)		
Zargar IV	0		

## Mar363

## DIFERENCIA EN LA RESPUESTA TERAPÉUTICA A TRATAMIENTO QUIRÚRGICO EN PACIENTES CON ACALASIA TIPO II CON PRESIONES FOCALES ELEVADAS VS. SIN PRESIONES FOCALES ELEVADAS

K. M. Romero-Osuna, M. C. Rodríguez-Leal, Instituto Mexicano del Seguro Social

**Introducción:** Se han identificado subgrupos dentro de la acalasia tipo II que muestran patrones variables de presión incrementada dentro de las bandas de presurización panesofágica en la manometría de alta resolución (MAR), incluidas presiones de compresión elevadas. Se ha definido la presión focal elevada como un área o segmento de presurización  $\geq 70$  mmHg dentro de la banda de presurización panesofágica, pero sin exceder la longitud de la banda panesofágica en dos o más tragos en los que el cuerpo esofágico hace contacto con el catéter de manometría de alta resolución. De acuerdo con estudios recientes se ha propuesto que la acalasia tipo II con presiones focales elevadas puede representar un subgrupo en el cual existe un engrosamiento y espasticidad, en particular de la musculatura esofágica circular, lo que genera contracciones que ocluyen la luz y se asemejan más a la acalasia espástica (tipo III). Estos hallazgos pueden tener implicaciones importantes en las estrategias terapéuticas.

**Objetivo:** Analizar si existe diferencia en la respuesta al tratamiento quirúrgico en los pacientes con acalasia tipo II y presiones focales elevadas en relación con la ausencia de presiones focales elevadas.

**Material y métodos:** Se trata de un estudio observacional, longitudinal, retrospectivo y comparativo, en el cual se incluyó a un total de 23 pacientes valorados en el departamento de gastroenterología en la UMAE No. 25, Centro Médico Nacional del Noreste IMSS, Monterrey, Nuevo León.

**Resultados:** Se evaluó a un total de 23 pacientes, de los cuales el 65% correspondió a mujeres, con una media de edad de 55 años ( $\pm 13,64$ ), una puntuación de Eckardt prequirúrgica promedio de  $9 (\pm 2,57)$  y dilatación esofágica promedio de  $4,7$  cm ( $\pm 1,42$ ) en el esofagograma. El 100% de los pacientes se diagnosticó con acalasia tipo II mediante manometría esofágica de alta resolución (MAR) acorde a la clasificación de Chicago 4.0. Se obtuvo acceso a todos los archivos electrónicos de MAR y se permitió la búsqueda intencionada de presiones focales elevadas en dos o más tragos; se observó que 12 (52%) pacientes tenían presiones focales elevadas y 11 (48%) no. Todos los pacientes se sometieron a un tratamiento quirúrgico con miotomía de Heller + funduplicatura tipo Dor o Toupet en la unidad y con posterioridad se evaluó la respuesta clínica con el sistema de puntuación de Eckardt en un periodo de seis meses (se consideró respuesta adecuada una puntuación  $\leq 3$ ). Con base en lo anterior se obtuvo un total de 19 (83%) pacientes con adecuada respuesta al tratamiento y 4 (17%) pacientes sin ella. Al analizar la variable de principal interés, es decir, la respuesta al tratamiento quirúrgico con la prueba de Fisher, se obtuvo un valor de  $p$  no significativo de 0,31.

**Conclusiones:** De acuerdo con este estudio se puede concluir que no existe diferencia en la respuesta al tratamiento quirúrgico regular con miotomía de Heller en los pacientes con acalasia tipo II y presiones focales elevadas en comparación con los pacientes sin estas.

**Financiamiento:** No se recibió ningún financiamiento.

## Mar364

## RELACIÓN ENTRE EL SÍNTOMA INICIAL Y EL TIEMPO DE DIAGNÓSTICO EN PACIENTES DE UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL EN EL CENTRO DE MÉXICO CON ACALASIA

S. A. Vera-Nungaray, C. S. Tinitana-Jumbo, A. Etchegaray-Dondé, F. Higuera-Hidalgo, F. Higuera-De-la-Tijera, P. M. Diego-Salazar, K. Cazarín-Chávez, G. Rangel-Zavala, Hospital General de México Dr. Eduardo Liceaga

**Introducción:** La acalasia es uno de los trastornos primarios de la motilidad del esófago más estudiados; sin embargo, a pesar del aumento de pruebas diagnósticas, existe aún en México un retraso notable entre el inicio de los síntomas y la detección de la enfermedad.

**Objetivo:** Identificar la posible correlación entre el síntoma inicial y el tiempo de diagnóstico de acalasia en pacientes que acuden a consulta al servicio de consulta externa de gastroenterología y cirugía del tracto digestivo superior del Hospital General de México Dr. Eduardo Liceaga de la Ciudad de México.

**Material y métodos:** Se realizó un estudio transversal analítico en el que se incluyó a 197 pacientes con diagnóstico de acalasia que consultaron al servicio de gastroenterología y cirugía del tracto digestivo superior. Se preguntó por el síntoma inicial y se contabilizó el tiempo de inicio de los síntomas hasta el diagnóstico. Se utilizaron SPSS versión 25 para el análisis de datos y estadística descriptiva (media y desviación estándar) para los meses de duración antes del diagnóstico de acalasia; dentro de la estadística inferencial para explorar la relación se emplearon razón de momios y ji cuadrada. Se consideró una significancia estadística con un valor de  $p < 0,05$  (IC95%).

**Resultados:** Hasta 90 de los 197 pacientes (46%) con diagnóstico de acalasia no refirieron síntomas iniciales. Entre los resultados debe destacarse que los pacientes con regurgitación como síntoma inicial tuvieron 4,72 veces más riesgo de un diagnóstico de acalasia luego de 12 meses del inicio de los síntomas respecto de aquellos que no iniciaron con regurgitación (OR, 4,721; IC95%, 1,820-12,246;  $p = 0,001$ ). Asimismo, estos pacientes mostraron 12,51 veces más riesgo de tener un diagnóstico de acalasia tras 36 meses en comparación con aquellos que no iniciaron con regurgitación (OR, 12,514; IC 95%, 5,097-30,725;  $p \leq 0,001$ ). La disfagia no posee una vinculación con el diagnóstico de acalasia posterior a 12 meses (OR, 0,594; IC95%, 0,310-1,137;  $p = 0,114$ ) ni a los 36 meses (OR, 0,967; IC95%, 0,434-2,158;  $p = 0,935$ ). Los resultados se resumen en la **Tabla 1**.

**Conclusiones:** Con los resultados obtenidos puede notificarse una relación significativa entre la regurgitación como síntoma inicial de acalasia con un retraso diagnóstico significativo, lo cual puede deberse a un diagnóstico erróneo de enfermedad por reflujo gastroesofágico, aunado a la falta de realización oportuna de estudios complementarios y envío oportuno a centros de referencia para esta afección.

**Financiamiento:** Sin financiamiento.

**Mar365**

**DESCRIPCIÓN DE LA RESPUESTA CONTRÁCTIL DEL ESFÍNTER ANAL POSTERIOR AL REFLEJO RECTOANAL INHIBITORIO EN SUJETOS CON ESTREÑIMIENTO**

J. S. Arenas-Martínez, A. Fuentes-Montalvo, A. L. Ordoñez-Vázquez, M. F. García-Cedillo, E. Coss-Adame, Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán

**Introducción:** El esfínter anal (EA) está regulado por diversos mecanismos neuromusculares y desempeña un papel crucial en la continencia. El reflejo rectoanal inhibitorio (RRAI) es un fenómeno fisiológico que se activa durante la distensión rectal, con exposición del contenido rectal al anodermo y generación de umbrales sensitivos, incluido el deseo de defecar. Existe una respuesta contráctil del EA posterior a la recuperación del RRAI, con elevación de la presión del EA tras la desinsuflación del balón rectal en la manometría anorrectal de alta resolución (MAAR).

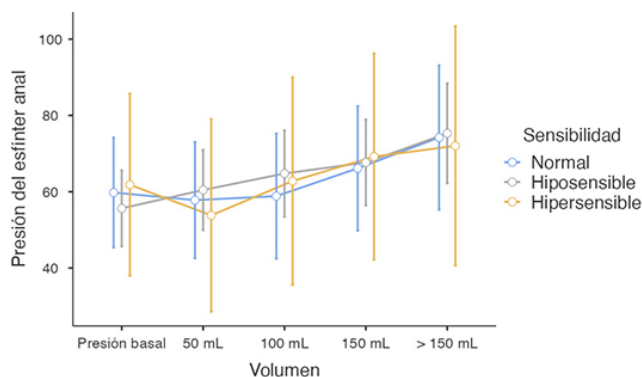
**Objetivo:** Caracterizar esta respuesta contráctil en pacientes evaluados con MAAR por estreñimiento.

**Material y métodos:** Estudio transversal analítico de MAAR conducido de julio de 2017 a junio de 2024. Se incluyó a pacientes > 18 años con estreñimiento.

Se registraron los datos demográficos, comorbilidades y resultados de la MAAR. La medición de la respuesta contráctil se llevó a cabo durante la evaluación sensitiva de la MAAR. Luego de la aparición de RRAI se registró el incremento de la actividad contráctil de la localización topográfica del EA durante los 60 segundos posteriores a la desinsuflación, con uso del *smart-mouse* del software Mano-View AR, y se ajustó la insuflación del balón (baja, 10-50 mL; moderada, 60-100 mL; alta, 110-150 mL; y muy alta, > 150 mL). Se usaron estadísticas descriptivas y ANOVA de medidas repetidas con corrección de Greenhouse-Geisser; el programa empleado fue Jamovi 2.3.28 para Mac OS.

**Resultados:** Se analizó a 88 pacientes, con 66 (75%) mujeres, mediana de edad de 57,5 (45, 73) años y media de IMC de 24,9 ( $\pm 4,05$ ) kg/m<sup>2</sup>. La mediana de volumen para la primera sensación fue de 20 (10-30) mL, sensación constante de 50 (40-70) mL, deseo defecatorio de 85 (60-110) mL, urgencia defecatoria de 150 (130-200) mL y aparición del RRAI de 30 (20-50) mL. Se diagnosticó un esfínter anal normotenso en 59 (67%), hipotenso en 28 (31,8%) e hipertenso en 1 (1,1%), normocontráctil en 39 (44,3%), hipocontráctil en 39 (44,3%) e hipercontráctil en 10 (11,4%). En 71 (80,7%) sujetos se registró un patrón defecatorio disinérgico, y el tipo I fue el más frecuente en 36 (40,9%), seguido del tipo II en 15 (17%). La sensibilidad rectal se encontró normal en 34 (38,6%) de los pacientes, hiposensible en 29 (33%) e hipersensible en 25 (28,4%). La prueba de expulsión del balón fue positiva en 29 (44,3%) pacientes. La media de presión en reposo fue de 56,5 ( $\pm 21,7$ ) y la posterior a la insuflación con bajo volumen fue de 61 ( $\pm 24,9$ ), con moderado volumen de 64,7 ( $\pm 26,3$ ), con alto volumen de 71,1 ( $\pm 27,1$ ) y con muy alto volumen de 73,8 ( $\pm 30,4$ ). En la ANOVA de medidas repetidas (**Figura 1**) se encontró una diferencia significativa entre las presiones posinsuflación respecto de la presión en reposo ( $F = 5,320$ ;  $p = 0,005$ ); al evaluar el diagnóstico de sensibilidad rectal como factor entre sujetos no se hallaron diferencias significativas entre grupos ( $F = 0,398$ ;  $p = 0,826$ ).

**Figura 1.** Gráfica de medias marginales de presión basal y posinsuflación de cuatro categorías de volumen. Las barras de error representan el IC95%. (Mar365)



**Conclusiones:** La presión del EA experimenta una elevación significativa tras la desinsuflación del balón rectal en sujetos con estreñimiento de manera independiente al diagnóstico de sensibilidad rectal. Se requieren más estudios para caracterizar esta respuesta y definir su papel en la fisiopatología de la continencia y la defecación.

**Financiamiento:** No se recibió financiamiento de ningún tipo.

**Tabla 1.** Relación entre el síntoma inicial y el tiempo de diagnóstico de acalasia. (Mar364)

Síntoma inicial	n	Media (tiempo de diagnóstico en meses)	DE	OR (12 meses)	Min/máx	IC	p	OR (36 meses)	Min/máx	IC	p
Disfagia	51	26,96	46,9	0,594	(0,31-1,13)	95%	0,114	0,967	(0,43-2,15)	95%	0,935
Regurgitación	28	57,46	60,5	4,721	(1,82-12,24)	95%	0,001	12,514	(5,09-30,72)	95%	< 0,001
Dolor Torácico	20	33,7	35,2	1,324	(0,52-3,35)	95%	0,553	1,844	(0,65-5,15)	95%	0,238
Otros síntomas	8	19,63	16,4	1,055	(0,25-4,34)	95%	0,941	1,351	(0,26-6,96)	95%	0,718

Nota: otros síntomas son pirosis, singulto, vómito, halitosis, neumonía, odinofagia, hipo, sialorrea, tos e insomnio.

## Mar366

## EFICACIA Y EFECTOS ADVERSOS DEL TRATAMIENTO ESCALONADO EN EL ESTREÑIMIENTO FUNCIONAL

L. I. Gallardo-González, Y. M. Velasco-Santiago, S. Camacho-Hernández, F. Higuera-De-la-Tijera, Hospital General de México Dr. Eduardo Liceaga

**Introducción:** El estreñimiento funcional (EF) es un trastorno digestivo caracterizado por evacuaciones difíciles, infrecuentes o incompletas, con múltiples opciones terapéuticas disponibles. El tratamiento escalonado, el cual se inicia con un fármaco único (FU) y luego se combina con otro fármaco (FC) en pacientes que no muestran mejoría, no se ha evaluado en la población mexicana.

**Objetivo:** Evaluar la efectividad del uso del FU y el FC en pacientes con EF. **Material y métodos:** Se evaluó de forma retrospectiva a una cohorte de 65 pacientes (54,62 ± 12,79 años, 80% mujeres) con EF, de acuerdo con los criterios de Roma IV, referidos a este servicio de junio del 2021 a abril del 2024. Se ponderaron la efectividad del tratamiento escalonado (aumento de las defecaciones por semana y ausencia de criterios Roma IV y molestias subjetivas del paciente) y los efectos adversos a la segunda y tercera consultas en pacientes que lo requirieron. Los datos expresan el promedio ± DE o porcentajes, según correspondiera. Las diferencias se analizaron con las pruebas ji cuadrada o t de Student pareada y no pareada, según correspondiera (alfa = 0,05).

**Resultados:** Un número de 38 (58%) pacientes mostró efectividad completa con el FU (polietilenglicol o *Psyllium plantago*) con un aumento de la frecuencia de defecaciones de 2,68 ± 1,85 a 6,87 ± 0,81 veces por semana ( $p < 0,01$ ). Aunque los 27 pacientes restantes mejoraron sus defecaciones por semana (1,9 ± 1,33 vs. 4,19 ± 2,63,  $p < 0,01$ ), el 70% aún mostró criterios de Roma IV positivos y el restante 30% señaló molestias subjetivas. Se les agregó un segundo fármaco (prucaloprida, polietilenglicol o *Psyllium plantago*). En la tercera consulta, el 100% de los pacientes se curó (6,22 ± 1,67 evacuaciones por semana, sin criterios de Roma IV ni molestias subjetivas). No hubo diferencias en el sexo (82% vs. 78% mujeres,  $p = 0,7$ ), la edad (55,66 ± 12,59 vs. 53,15 ± 13,17,  $p = 0,4$ ), ni en los efectos adversos (sin efectos [53% vs. 33%], meteorismo [5% vs. 19%], dolor abdominal tipo cólico [13% vs. 15%], diarrea [5% vs. 0%], distensión abdominal [24% vs. 33%],  $p = 0,2086$ ) entre los grupos FU o FC, respectivamente. Todos los pacientes terminaron ambos tratamientos.

**Conclusiones:** Estos hallazgos muestran la efectividad y los efectos adversos del tratamiento escalonado para el EF en la población mexicana. La fibra soluble y los laxantes osmóticos como el FU de primera línea en monoterapia muestran una adecuada respuesta en más del 50% de los casos. La combinación de estos fármacos parece una estrategia efectiva en los pacientes con falla al primer tratamiento, sin efectos adversos graves.

**Financiamiento:** Los autores declaran no contar con financiación externa.

## Mar367

## ESCALA EAT-10 COMO HERRAMIENTA PARA EL CRIBADO DE DISFAGIA ESOFÁGICA EN PACIENTES ADULTOS DEL HOSPITAL JUÁREZ DE MÉXICO

A. Y. Ávila-Franco, E. A. San Vicente-Parada, R. Guirao-Pérez, E. I. Juárez-Valdés, S. M. I. Mejía-Loza, V. R. Galán-Luna, Hospital Juárez de México

**Introducción:** La disfagia es un síntoma secundario a múltiples afecciones y se clasifica desde el punto de vista anatómico en orofaríngea y esofágica. El abordaje diagnóstico es complejo e implica la realización de pruebas invasivas con baja disponibilidad, por lo que la aplicación de herramientas de cribado como el *Eating-Assessment Tool-10* (EAT-10) permitiría optimizar la detección y el tratamiento de pacientes con riesgo de disfagia esofágica. Este cuestionario ha demostrado ser accesible y efectivo en términos del costo; sin embargo, en la actualidad no se dispone de estudios que comparen sus resultados con la manometría esofágica de alta resolución.

**Objetivo:** Determinar la utilidad de la escala EAT-10 como herramienta de cribado para disfagia esofágica en comparación con los hallazgos manométricos.

**Material y métodos:** Estudio descriptivo, observacional, prospectivo y longitudinal. Se incluyó a adultos que acudieron a valoración al servicio de gastroenterología del Hospital Juárez de México en el periodo de diciembre de 2023 a junio de 2024 por síntomas de disfagia. Se excluyó a los pacientes con alteraciones cognitivas, diagnóstico de enfermedades neurodegenerati-

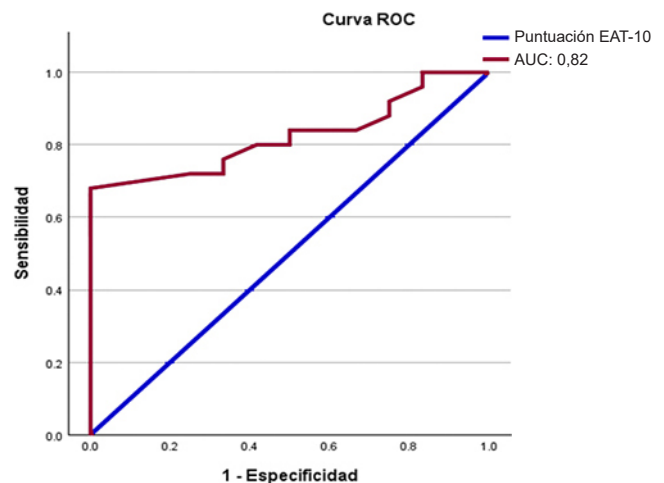
vas y vasculares cerebrales, enfermedades de la unión neuromuscular y antecedentes de cáncer de cabeza y cuello. Todos contaban con endoscopia superior y biopsias, sin evidencia de alteraciones anatómicas e histopatológicas. Con posterioridad, a los individuos que aceptaron participar en el estudio se les aplicó el cuestionario EAT-10, con un punto de corte  $\geq 3$  puntos para riesgo de disfagia. Después se realizó la manometría esofágica de alta resolución según los lineamientos establecidos en el consenso de Chicago v4.0, en posición primaria vertical. Para determinar la utilidad del cuestionario se construyó una curva ROC y se empleó el cálculo de sensibilidad y especificidad de la prueba.

**Resultados:** Se incluyó a un total de 37 pacientes con una edad media de 51,8 años. El 70,2% (26) de la población se integró con el sexo femenino y el 29,8% (11) con el masculino. La puntuación media obtenida del cuestionario EAT-10 fue 23,1 y el total de pacientes se clasificó con riesgo de disfagia ( $\geq 3$  puntos). Con los resultados de la manometría esofágica se identificó una proporción de 67,5% (25) de estudios con resultados patológicos de acuerdo con los criterios de Chicago 4.0 y una de 45,9% (12) sin alteraciones motoras esofágicas. Las acalasia tipos II y I fueron los padecimientos identificados con mayor frecuencia en un 32% (8) y 28% (7), respectivamente. Después, con objeto de determinar el rendimiento de la prueba como método de cribado para disfagia esofágica en comparación con los resultados de la manometría, se realizó la construcción de una curva ROC (Figura 1) y se obtuvo un área bajo la curva (AUC) de 0,82 (IC95%, 0,69-0,95). A partir de estos resultados se calculó el índice de Youden, se identificó un valor  $\geq 25$  como el mejor punto de corte para esta población y se determinó una sensibilidad del 68% y especificidad del 100%, valor predictivo negativo (VPN) de 60% y valor predictivo positivo (VPP) del 100%.

**Conclusiones:** El cuestionario EAT-10 es una herramienta eficaz para el cribado de disfagia esofágica, al revelar una alta especificidad y valor predictivo positivo, si bien con una sensibilidad moderada del 68%. Esto indica que el EAT-10 puede identificar adecuadamente a los pacientes con riesgo de disfagia esofágica, lo que permite optimizar la detección y el tratamiento.

**Financiamiento:** Sin financiamiento.

Figura 1. Curva ROC y área bajo la curva (AUC). (Mar367)



## Mar368

## DIFERENCIAS CLÍNICAS ENTRE LA CLASIFICACIÓN DE ACALASIA SEGÚN CHICAGO 4.0 Y LOS SUBTIPOS DE ACALASIA TIPO II CON PRESIÓN FOCAL O PRESURIZACIÓN PANESOFÁGICA DE 70 MMHG

F. A. Félix-Téllez, J. L. Vargas-Basurto, R. A. Jiménez-Castillo, M. Amieva-Balmori, K. R. García-Zermeño, H. R. Ordaz-Álvarez, K. D. González-Gómez, J. M. Remes-Troche, Instituto de Investigaciones Médico-Biológicas, Universidad Veracruzana

**Introducción:** En el Consenso de Chicago 4.0 se indica que la población con acalasia (AC) tipo II y presurización panesofágica (PPE) > 70 mmHg tiende a experimentar una mayor gravedad sintomática. Hoy en día existe la propuesta

de clasificar la AC tipo II en cuatro grupos: pacientes con un fenotipo típico con PPE > 30 mmHg, un subtipo de presión focal (FEP, por sus siglas en inglés), uno con presurización panesofágica > 70 mmHg (PEP, por sus siglas en inglés) y uno con ambos patrones de presurización > 70 mmHg (FEP/PEP).

**Objetivo:** Determinar la posible existencia de diferencias en las características clínicas y gravedad sintomática entre los subtipos de AC, incluidas las nuevas propuestas de tipificación de acalasia tipo II-FEP, PEP y FEP/PEP.

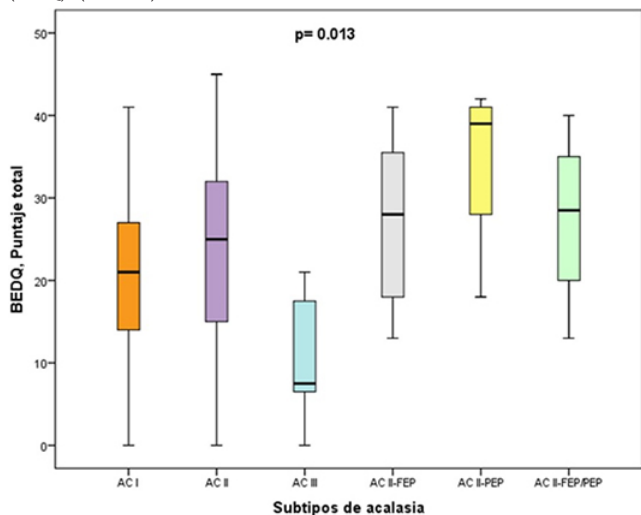
**Material y métodos:** Se realizó un estudio ambispectivo de corte trasversal con delimitación temporal del 2017-2024, en el cual se estudió a la población diagnosticada con AC durante su valoración en el Instituto de Investigaciones Médico-Biológicas de la Universidad Veracruzana. La población se clasificó en seis grupos: AC tipo I, AC tipo II típica, AC tipo II-FEP, AC tipo II-PEP, AC tipo II-FEP/PEP y AC tipo III. Se registraron características sociodemográficas, así como los síntomas, BEDQ y Eckardt. Se llevó a cabo un análisis comparativo con  $\chi^2$  para comparar la proporción sintomática de regurgitación, dolor torácico, tos y disfagia entre los grupos. También se utilizó una prueba ANOVA para la comparación de la puntuación de BEDQ y Eckardt entre los seis grupos.

**Resultados:** Se incluyó a un total de 80 pacientes con edad media de  $53 \pm 17$  años y predominio del sexo masculino ( $n = 44, 55\%$ ). El subtipo de AC más frecuente fue AC tipo II ( $n = 35, 43,8\%$ ) seguido por AC tipo I ( $n = 22, 27,5\%$ ), AC tipo III ( $n = 8, 10\%$ ), AC tipo II-FEP ( $n = 7, 8,8\%$ ), AC tipo II-PEP ( $n = 4, 5,0\%$ ) y AC tipo II FEP-PEP ( $n = 4, 5,0\%$ ). Al valorar las características clínicas de AC se encontró que el fenotipo de AC tipo II-FEP es frecuente en la población de mayor edad ( $62,7 \pm 17,4$  años) y menor IMC ( $22,7 \pm 3 \text{ kg/m}^2$ ), además de que el subgrupo AC fue el que muestra con mayor frecuencia síntomas obstructivos, como disfagia ( $n = 7, 100\%$ ) y dolor torácico ( $n = 7, 100\%$ ). Al valorar la gravedad sintomática se encontró que el subtipo de AC tipo II-PEP tenía disfagia más grave en comparación con el resto de los subtipos, con una diferencia estadísticamente significativa (BEDQ,  $34,5 \pm 11,1$ ;  $p = 0,013$ ) (Figura 1).

**Conclusiones:** Es de relevancia clínica subclasificar a la AC tipo II, ya que el subtipo AC tipo II-FEP revela síntomas obstructivos con mayor frecuencia y la AC tipo II-PEP es el subgrupo con disfagia de mayor gravedad. Se necesitan más estudios para determinar si estos subgrupos se benefician de alguna intervención terapéutica específica.

**Financiamiento:** No se dispuso de financiamiento alguno.

Figura 1. Gravedad sintomática de los diferentes subtipos de acalasia (BEDQ). (Mar368)



Mar369

**CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS Y ENDOSCÓPICAS DE LA HEMORRAGIA DE TUBO DIGESTIVO MASIVA**

J. A. Velarde-Ruiz Velasco, F. A. Félix-Télliz, A. N. Vázquez-Godínez, K. García-Ruiz, L. M. Cruz-Rodríguez, E. S. García-Jiménez, D. K. Tapia-Calderón, J. M. Aldana-Ledesma, Hospital Civil de Guadalajara Fray Antonio Alcalde

**Introducción:** La hemorragia del tubo digestivo superior se clasifica actualmente de acuerdo con su origen en no variceal y variceal; sin embargo, existe

la clasificación de la hemorragia del tubo digestivo superior masiva (HSM). La terminología de esta propuesta de clasificación es heterogénea y varía según sea la definición propuesta por múltiples sociedades. En consecuencia, existe poca evidencia científica respecto de esta propuesta de clasificación, motivo por el cual surge el interés por conducir este estudio en la población mexicana.

**Objetivo:** Describir las características clínicas y endoscópicas de la HSM.

**Material y métodos:** Se efectuó un estudio de corte trasversal en el periodo de enero de 2022 a mayo de 2024 que incorporó a la población que ingresó con hemorragia del tubo digestivo superior. Los sujetos se clasificaron en dos grupos: HSM (presión arterial sistólica < 90 mmHg, frecuencia cardiaca > 110 o requerimiento  $\geq 4$  paquetes globulares) y ausencia de HSM. Se recolectaron datos sociodemográficos, clínicos y endoscópicos de la población estudiada. Para comparar ambos grupos se realizó un análisis comparativo con la prueba  $\chi^2$ . Las variables continuas de distribución se efectuaron con la prueba de Shapiro-Wilk y la igualdad de varianzas con Levene para luego someter las variables a una comparación de medias con las pruebas t de Student o U de Mann-Whitney.

**Resultados:** Se incluyó a un total de 131 pacientes con edad media de  $60 \pm 16$  años y predominio del sexo masculino ( $n = 87, 66,4\%$ ). La población estudiada se clasificó en los grupos ya descritos: HSM ( $n = 81, 61,8\%$ ) y ausencia de HSM ( $n = 50, 38,2\%$ ). Al comparar a ambos grupos se encontró que solo los pacientes con HSM tenían hipotensión a su ingreso a la sala urgencias (HSM, hipotensión:  $38,2\%$  vs. ausencia de HSM; hipotensión:  $0,0\%$ ,  $p \leq 0,001$ ), tacto rectal con restos hemáticos (TRRH) con mayor frecuencia (HSM, TRRH:  $83,0\%$  vs. ausencia de HSM, TRRH:  $12,0\%$ ,  $p \leq 0,001$ ). Al valorar los hallazgos endoscópicos se encontró una tendencia no significativa de la causa por varices gástricas (HSM, varices gástricas:  $9,8\%$  vs. ausencia de HSM, varices gástricas:  $4,00\%$ ,  $p = 0,218$ ). Al valorar la evolución hospitalaria se identificó una mayor mortalidad intrahospitalaria en HSM (HSM, mortalidad intrahospitalaria:  $22,2\%$  vs. ausencia de HSM, mortalidad intrahospitalaria:  $4,0\%$ ,  $p = 0,005$ ) (Tabla 1).

Tabla 1. Características de los pacientes con hemorragia del tubo digestivo superior masiva. (Mar369)

	Masiva (n = 81)	No masiva (n = 50)	p
<b>Demográficos</b>			
Edad, años (DS)	59 (16)	61 (15)	0,466
Hombre	55 (67,9)	32 (64,0)	0,646
Mujer	26 (32,0)	18 (36,0)	0,646
<b>Comorbilidades</b>			
Tabaquismo	34 (41,9)	13 (26,0)	0,527
Diabetes tipo 2	22 (27,1)	13 (26,0)	0,884
Hipertensión arterial sistémica	29 (35,8)	18 (36,0)	0,982
Enfermedad renal crónica	10 (12,3)	2 (4,0)	0,108
Cardiopatía	5 (6,17)	2 (4,0)	0,591
Enfermedad autoinmunitaria	4 (4,93)	1 (2,0)	0,394
Cirrosis	23 (28,3)	18 (36,0)	0,364
Adenocarcinoma gástrico	1 (1,23)	1 (2,0)	0,792
<b>Fármacos</b>			
Antiinflamatorios no esteroideos	23 (28,3)	14 (28,0)	0,961
Acenocumarina	1 (1,23)	1 (2,0)	0,792
Clopidogrel	1 (1,23)	0 (0,0)	0,430
Anticoagulantes de acción directa	2 (2,46)	0 (0,0)	0,263
Inhibidores selectivos de la recaptura de serotonina	3 (3,70)	2 (4,0)	0,931
<b>Características clínicas al ingreso hospitalario</b>			
Hipotensión	31 (38,2)	0 (0,0)	< 0,001
Taquicardia	34 (41,6)	15 (30,0)	0,169
Alteración del estado de alerta	11 (13,5)	5 (10,0)	0,543
Síncope	10 (12,3)	2 (4,0)	0,108
Tacto rectal positivo a hemorragia	68 (83,0)	6 (12,0)	< 0,001



Melena	57 (70,3)	40 (80,0)	0,330
Hematoquecia	7 (8,64)	2 (4,00)	0,308
Posos de café	17 (20,9)	17 (34,0)	0,725
<b>Causas de la hemorragia</b>			
Varices esofágicas	23 (28,3)	17 (34,0)	0,499
Varices gástricas	8 (9,8)	2 (4,00)	0,218
Esofagitis	11 (13,5)	13 (26,0)	0,074
Úlcera gástrica	27 (33,3)	35 (70,0)	< 0,001
Úlcera duodenal	17 (20,9)	19 (38,0)	0,034
Lesión de Dieulafoy	2 (2,46)	0 (0,00)	0,263
Úlceras de Cameron	1 (1,23)	2 (4,00)	0,295
Desgarro de Mallory-Weiss	3 (3,70)	4 (8,00)	0,288
<b>Evolución y complicaciones</b>			
Lesión renal aguda	20 (24,6)	11 (22,0)	0,725
Coagulopatía	4 (4,93)	0 (0,0)	0,111
Infección intrahospitalaria	11 (13,5)	6 (12,0)	0,730
Requerimiento transfusional	58 (71,6)	6 (12,0)	< 0,001
Recurrencia intrahospitalaria de sangrado	2 (2,46)	0 (0,00)	0,263
Mortalidad intrahospitalaria	18 (22,2)	2 (4,00)	0,005

**Conclusiones:** La HSM tiene características clínicas valorables desde un servicio de triage de urgencias médicas, lo que podría ayudar a estratificar a los pacientes desde una etapa temprana. Este grupo de pacientes con hemorragia digestiva tienen mayor mortalidad que aquellos que no cumplen dicho criterio, por lo que se necesitan más estudios para determinar si existen herramientas de detección oportuna u opciones terapéuticas que beneficien a este grupo de enfermos.

**Financiamiento:** No se requirió financiamiento para la realización de este estudio.

### Mar370

## COMPARACIÓN ENTRE DISTINTAS ESCALAS PARA PREDECIR MORTALIDAD EN PACIENTES CON ERC TERMINAL Y HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA

J. M. Aldana-Ledesma, M. L. Alcántar-Vallín, J. L. Cardona-Torres, K. García-Ruiz, H. M. Fonseca-Ron, D. K. Tapia-Calderón, A. Guzmán-Lepe, M. Lazcano-Becerra, J. A. Velarde-Ruiz Velasco, Hospital Civil de Guadalajara

**Introducción:** La hemorragia digestiva alta (HTDA) es todavía una de las principales causas de ingreso hospitalario. En las guías internacionales se recomienda estratificar el riesgo de acuerdo con las comorbilidades para normar la conducta del tratamiento; sin embargo, ninguna se ha validado en pacientes con ERC terminal (ERCT), ya que son pacientes complejos por la presencia de alteraciones fisiopatológicas que pueden modificar negativamente el desarrollo y desenlace de la HTDA.

**Objetivo:** Determinar la mejor escala para predecir la mortalidad en pacientes con ERCT y HTDA.

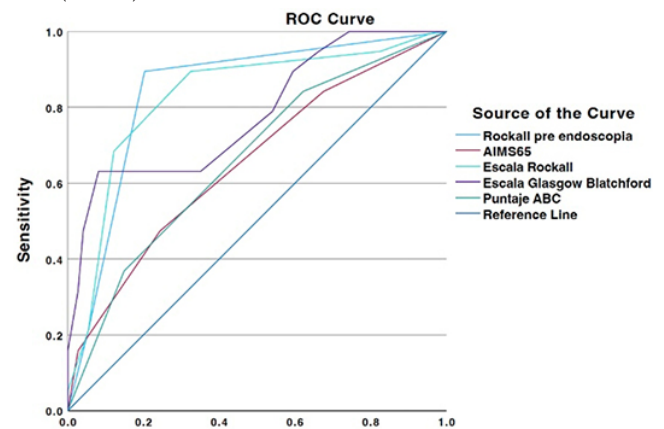
**Material y métodos:** Pacientes con ERCT que tenían HTDA durante su estancia hospitalaria en el servicio de nefrología del HCFAA de julio del 2021 a abril del 2024. Tipo de estudio: analítico retrospectivo de corte transversal. Variables analizadas: edad, género, tratamiento transfusional, estudios paraclínicos generales, consumo de fármacos, escalas de pronóstico (Glasgow-Blatchford, Rockall preendoscópico, Rockall completo, AIMS-65 y escala ABC) y mortalidad. Análisis estadístico: los resultados se analizaron con medidas de frecuencia relativas y centrales para la obtención de porcentajes, media (DE), mediana (RIQ); y se usaron las pruebas t de Student, ji cuadrada, Fisher o U de Mann-Whitney para comparar entre grupos, según correspondiera. Se realizó curva ROC para determinar el rendimiento de las escalas para predecir la mortalidad, así como cálculo de sensibilidad (S), especificidad (E) y razón de momios (LR).

**Resultados:** Se incluyó a 93 pacientes, 38,7% de ellos hombres, con edad media de 46 años; 56,9% de los pacientes se encontraba en hemodiálisis (HD), 39,7% en diálisis peritoneal (DP) y tres sin tratamiento de sustitución renal. El 84% tenía HAS, el 38% DT2 y el 6,5% ICC. El 11,8% consumía AINE, el 63,4% furosemida, el 57% antagonistas del calcio, el 52% betabloqueadores, el 35,5% ARA-II y el 6% IECA. Tres pacientes desarrollaron cirrosis hepática. El 55,9% requirió transfusión con hemoderivados, con una media de 3 PG por paciente. La mortalidad fue de 20,4%. En la curva ROC (Figura 1), la puntuación con mejor área bajo la curva para predecir la mortalidad fue la escala Rockall preendoscópica (AUC, 0,84), seguido del Rockall completo (AUC, 0,83), y posteriormente la escala de Glasgow-Blatchford (AUC, 0,78); los peores rendimientos se observaron con las escalas AIMS-65 (AUC, 0,65) y ABC (AUC, 0,66). En la escala Rockall preendoscópica, una puntuación > 3 tuvo una S del 89%, E del 80% y un LR+ de 4,4 para predecir mortalidad; la escala de Rockall completa (> 5) tuvo S de 68% y E de 87%. Al utilizar en la escala de Rockall una puntuación > 4, la S fue de 89% y la E de 67% para predecir la mortalidad.

**Conclusiones:** La escala de Rockall preendoscópica posee el mejor rendimiento diagnóstico para predecir la mortalidad en pacientes con ERC terminal y HTDA. La puntuación de la escala ABC mostró el peor rendimiento.

**Financiamiento:** Sin financiamiento.

Figura 1. Curva ROC para predicción de mortalidad en pacientes con ERCT y HTD. (Mar370)



ESCALA DE PRONÓSTICO	ÁREA BAJO LA CURVA
Rockall Pre-endoscópico	0.84
Rockall Completo	0.83
AIMS-65	0.65
Glasgow Blatchford	0.78
Puntaje ABC	0.66

### Mar371

## CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES CON DISPEPSIA FUNCIONAL EN TRATAMIENTO CON NEUROMODULADOR EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL EN LA CIUDAD DE PUEBLA

I. D. Espinoza-Villalobos, S. Herrera-Gómez, G. López-Urbina, A. Galindo-Félix, J. J. Durán-Castro, A. D. Lugo-García, J. A. Ortega-Tecuatl, Instituto Mexicano del Seguro Social

**Introducción:** La dispepsia funcional es uno de los trastornos del eje cerebro-intestino más prevalentes en el mundo y se define como un síndrome caracterizado por malestar epigástrico crónico y recurrente y diversos síntomas, como dolor, ardor, distensión, saciedad temprana, plenitud posprandial, eructos y náusea. El consenso de Roma IV la subdivide en dos grupos: síndrome de incomodidad posprandial y síndrome de dolor epigástrico. Esta entidad tiene un efecto negativo en la calidad de vida de los pacientes. Se han informado alteraciones de la función neurológica y gástrica en la patogenia de los síntomas en esta entidad, por lo que los agentes que modifiquen esta función se consideran terapéuticos. Dentro de estos neuromoduladores figuran los

fármacos como los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina, los antidepresivos tricíclicos, entre otros compuestos.

**Objetivo:** Valorar la calidad de vida en pacientes con dispepsia funcional antes y después de iniciar el tratamiento neuromodulador en un hospital de tercer nivel en la ciudad de Puebla para determinar si el tratamiento neuromodulador tiene un efecto significativo en la calidad de vida de estos pacientes.

**Material y métodos:** Los análisis de datos se realizaron con el programa IBM SPSS software, en el cual se determinó que la población tuvo una distribución libre con base en la fórmula de Kolmogorov-Smirnov, por lo que los datos de medición se informan como media y desviación estándar. Se compararon ambos grupos con la prueba t de Student y un valor de  $p < 0,05$  se consideró estadísticamente significativo.

**Resultados:** Un número de 14 pacientes no mostró apego al tratamiento neuromodulador y por ello al final se incluyó a 46 pacientes. A la semana ocho, el tratamiento con fármacos neuromoduladores redujo de manera significativa las puntuaciones medias de gravedad en el formato corto del índice Nepean de dispepsia funcional, en comparación con la semana 0 o antes del inicio del tratamiento neuromodulador ( $p = 0,01$ ).

**Conclusiones:** El tratamiento farmacológico con neuromoduladores no solo mejora los síntomas relacionados con dispepsia funcional, sino también la calidad de vida de manera significativa. El probable mecanismo por el que los neuromoduladores tienen este efecto en los síntomas de la dispepsia funcional es su acción sobre la regulación del eje cerebro-intestino.

**Financiamiento:** No se recibió financiamiento de ningún tipo.

### Mar372

## CARACTERIZACIÓN CLÍNICA, ENDOSCÓPICA Y TASA DE DETECCIÓN DE DISPLASIA EN PACIENTES CON ESÓFAGO DE BARRETT

A. Sáñdez-Araiza, A. L. Osorio-Núñez, L. A. Rosales-Rentería, C. Salcido-Yáñez, G. F. Pérez-Roa, J. D. Prieto-Nava, Grupo Colaborativo: Departamento de Gastroenterología, Centro Médico ISSEMyM, Toluca

**Introducción:** El esófago de Barrett (EB) es una alteración en la cual el revestimiento del esófago se reemplaza por un tipo de revestimiento similar al del intestino, lo que puede causar displasia y adenocarcinoma esofágico. Es esencial identificar la tasa de detección de la displasia en pacientes con esófago de Barrett y comprender los factores de riesgo relacionados para mejorar los resultados de los pacientes. Este estudio se realizó en el Centro Médico ISSEMyM Toluca, en Metepec, México, para determinar la tasa de detección de displasia e identificar los factores vinculados con la displasia en pacientes con esófago de Barrett.

**Objetivo:** Determinar la tasa de detección de displasia en este hospital e identificar los factores relacionados con la displasia mediante análisis de regresión logística.

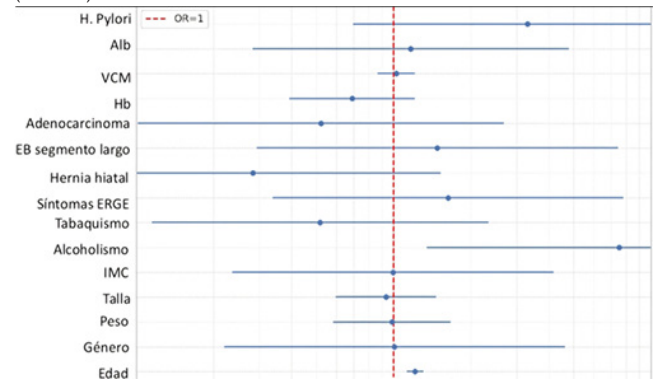
**Material y métodos:** Este estudio retrospectivo revisó los registros de pacientes desde 2019 hasta 2024. Se incluyó a todos los pacientes diagnosticados con esófago de Barrett en quienes se practicó biopsia. Se compilaron datos sobre las características demográficas, clínicas y los resultados de las biopsias de los pacientes. La displasia se categorizó como ausente o displasia de bajo o alto grado. Se simulon datos adicionales para identificar factores estadísticamente significativos vinculados con la displasia.

**Resultados:** La tasa de detección de displasia fue de 11,76%. Se analizaron factores como la edad, el consumo de alcohol y la infección por *Helicobacter pylori* para su nexa con la displasia. El análisis de regresión logística de los datos simulados reveló que la edad (OR, 1,21; IC95%, 1,12-1,31;  $p < 0,001$ ) y el consumo de alcohol (OR, 7,51; IC95%, 1,35-41,92;  $p = 0,021$ ) se acompañan significativamente de un mayor riesgo de displasia (Figura 1). Aunque la infección por *Helicobacter pylori* y la clasificación de Praga mostraron razones de momios elevadas, no alcanzaron datos estadísticamente significativos.

**Conclusiones:** La tasa de detección de displasia en el Centro Médico ISSEMyM Toluca es de 11,76%. La edad y el consumo de alcohol se identificaron como factores de riesgo significativos para la displasia en pacientes con esófago de Barrett. Estos hallazgos destacan la importancia de la vigilancia dirigida y la modificación de factores de riesgo en la atención de pacientes con esófago de Barrett. Se recomienda realizar más investigaciones con una muestra de mayor tamaño y variables adicionales para validar estos hallazgos y mejorar las estrategias terapéuticas de los pacientes.

**Financiamiento:** Sin financiamiento.

**Figura 1.** Gráfica de bosque de OR con intervalo de confianza del 95%. (Mar372)



### Mar373

## DESEMPEÑO DE PACIENTES CON DISINERGIA DEFECATORIA UTILIZANDO UN TEST DE APRAXIA IDEOMOTORA MODIFICADO

A. Fuentes-Montalvo, J. S. Arenas-Martínez, A. L. Ordóñez-Vázquez, J. Zúñiga-Cisneros, E. Coss-Adame, Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán

**Introducción:** La disinergia defecatoria (DD) es un trastorno funcional que afecta a 20% a 81% de los pacientes con estreñimiento crónico y se caracteriza por alteraciones de la fuerza de propulsión rectal o relajación del piso pélvico, cuyo mecanismo fisiopatológico se desconoce. Se ha postulado que intervienen factores como falta de aprendizaje en la infancia o pérdida de la capacidad de ejecución durante la vida. La apraxia ideomotora implica la incapacidad para ejecutar voluntariamente tareas aprendidas, a pesar de mantener preservados los sistemas motor, sensorial y de comprensión y coordinación. No existen en la práctica clínica instrumentos para evaluar a los pacientes con DD, lo cual ha llevado a conducir este estudio piloto para evaluar la apraxia ideomotora en pacientes con DD.

**Objetivo:** Describir el desempeño de pacientes referidos a manometría anorrectal de alta resolución y diagnóstico de DD frente a una prueba de apraxia ideomotora modificada en comparación con voluntarios sanos (VS).

**Material y métodos:** Estudio exploratorio comparativo y transversal. Se incluyó de manera consecutiva a pacientes referidos a manometría anorrectal de alta resolución debido a estreñimiento y DD. Se invitó a participar a VS que negaron síntomas gastrointestinales o comorbilidad neurológica. La prueba de apraxia ideomotora modificada integra siete áreas con sus respectivos reactivos que evalúan la imitación de gestos, ejecución de un comando verbal, reconocimiento de gestos, descripción de un objeto real, ejecución de una actividad con un objeto real e imitación de la respiración torácica y diafragmática con puntuación mayor de 36 puntos. Un solo investigador aplicó la prueba a todos los participantes. Se recolectó información demográfica, clínica y del diagnóstico manométrico en el caso de los sujetos con DD. Las variables se resumieron con medianas, frecuencias y porcentajes. Se utilizaron las pruebas U de Mann-Whitney y exacta de Fisher para comparar variables entre los dos grupos.

**Resultados:** Se incluyó a 21 pacientes con DD (16 mujeres [76%]) y edad promedio de 58,8 (DE  $\pm$  14,8) años y a 15 VS (60% de mujeres) con una media de edad de 55,6 años (DE  $\pm$  14,4). Participaron pacientes con los diferentes tipos de DD: 10 (48%) tipo I, 5 (24%) tipo II, 3 (14%) tipo III y 4 (14%) tipo IV. La mediana de las puntuaciones de la prueba de cada uno de los grupos con DD y voluntarios sanos pueden verse en la Tabla 1. Se encontraron diferencias significativas al compararse con VS en los reactivos de imitación de gestos, comando verbal, evaluación de gestos e imitación de respiraciones ( $p < 0,05$ ). Los pacientes con DD registraron un promedio de la puntuación total de 26 ( $\pm$  1,97) contra 32,3 ( $\pm$  3,85) en VS ( $p < 0,001$ ). Se identificó comorbilidad neurológica en 2 (9,5%) en DD, lo que representó las puntuaciones más bajas de la prueba (16 y 21 puntos).

**Conclusiones:** Los pacientes con DD tienen puntuaciones significativamente más bajas con este parámetro de apraxia ideomotora modificada en comparación con los VS. Este hallazgo sugiere una posible relación entre la apraxia

ideomotora y la DD, aunque la naturaleza de esta relación no se ha dilucidado del todo. Este estudio piloto destaca la importancia de incorporar evaluaciones neurológicas en pacientes con DD para una mejor comprensión de su fisiopatología y control. Además, sugiere que la apraxia ideomotora podría influir en la efectividad del tratamiento de biorretroalimentación, una intervención que requiere el aprendizaje de una destreza nueva para tratar la DD. Es necesario conducir estudios con muestras más grandes y diversificadas para confirmar estos hallazgos y explorar su efecto en las estrategias terapéuticas.

**Financiamiento:** No se recibió financiamiento de ningún tipo.

**Tabla 1.** Comparación de las características y puntuaciones de voluntarios sanos con el grupo de pacientes con disineria defecatoria. (Mar373)

Característica	Grupo con voluntarios sanos n = 25 (54%)	Grupo con disineria defecatoria n = 21 (46%)	p
Edad	55,6 (± 14,4)	58,8 (± 14,8)	0,467
Femenino	15 (60%)	16 (76%)	0,234
IMC	28,5 (25,6, 32)	25,6 (22,6, 28,1)	0,011
Comorbilidad neurológica	0	2 (9,5%)	1,000
Puntuación total de la prueba (36 puntos)	32,3 (± 3,85)	26 (± 1,97)	< 0,001
1. Imitación de gestos (0-8)	7 (6, 8)	4 (3, 7)	< 0,001
2. Comando verbal (0-8)	8 (8, 8)	6 (5, 6)	< 0,001
3. Reconocimiento de gestos (0-2)	2 (2, 2)	2 (2, 2)	0,126
4. Evaluación de gestos (0-4)	4 (2, 4)	2 (2, 2)	0,003
5. Descripción de objeto real (0-4)	4 (4, 4)	4 (4, 4)	0,383
6. Ejecución con objeto real (0-4)	4 (4, 4)	4 (4, 4)	0,126
7. Imitación de respiraciones (0-6)	5 (4, 6)	3 (2, 5)	0,010
Tipo de disineria	1	0	10 (48%)
	2	0	5 (24%)
	3	0	3 (14%)
	4	0	3 (14%)

### Mar374

## DETECCIÓN Y DIFERENCIACIÓN DE PATRONES MOTORES ANORRECTALES POR MANOMETRÍA ANORRECTAL DE ALTA RESOLUCIÓN EN PACIENTES REFERIDOS AL SERVICIO DE NEUROGASTROENTEROLOGÍA Y MOTILIDAD POR ESTREÑIMIENTO, INCONTINENCIA FECAL O DOLOR ANAL

L. Bolio-Lavalle, E. Suárez-Morán, P. Gálvez-Castillejos, Hospital Español

**Introducción:** El estreñimiento, la incontinencia fecal y el dolor anal son anomalías que deterioran la calidad de vida, aunque solo el 10% a 30% de los pacientes suelen referir sus síntomas al médico. La evaluación de un paciente con estos síntomas sin respuesta a la modificación del estilo de vida o a fármacos de primera línea debe incluir evaluación estructural y motora y sensorial anorrectal. Una de las pruebas diagnósticas más utilizadas para evaluar la función anorrectal, y que ha demostrado utilidad clínica, es la manometría anorrectal de alta resolución, la cual permite reconocer diferentes mecanismos causantes de enfermedades anorrectales, lo cual influye en las decisiones clínicas.

**Objetivo:** Detectar y diferenciar los patrones motores anorrectales mediante manometría anorrectal de alta resolución.

**Materiales y métodos:** Se realizó un estudio observacional, transversal, retrospectivo y descriptivo en pacientes referidos al servicio de neurogastroenterología y motilidad por estreñimiento, incontinencia fecal o dolor anal para

realización de manometría anorrectal de alta resolución entre enero de 2018 y mayo de 2024.

**Resultados:** Se incluyó a un total de 35 pacientes, de los cuales el 54,2% se refirió por estreñimiento, 28,5% por incontinencia fecal, 8,5% por dolor anal y otro 8,5% por dos o más de los anteriores. De los 19 pacientes con estreñimiento, el 89,4% (17 pacientes) contaba con una prueba de expulsión de balón negativa. En relación con la clasificación de Londres, un 63,1% no tenía anomalías en el tono, pero el 89,4% sufría anomalías de la coordinación, principalmente del tipo expulsión anormal con coordinación normal en 47,3%, seguido de expulsión anormal con disineria en 31,5%. Los pacientes con incontinencia tenían en su mayor parte (70%) prueba de expulsión de balón negativa y, en cambio, se caracterizaron por presentar como principal trastorno de la coordinación el tipo expulsión anormal con disineria, así como anomalías de la sensibilidad en el 80% de los pacientes (40% con hiposensibilidad y 40% con hipersensibilidad). Por último, de los individuos con dolor anal, el 100% padeció hipotonía, sin alteración sensorial.

**Conclusiones:** La manometría anorrectal es la técnica más empleada para la detección de anomalías del esfínter anal, así como de la coordinación rectoanal, por lo que es fundamental para la evaluación de pacientes con estreñimiento, incontinencia fecal y dolor anal. Para su correcta interpretación se debe seguir el protocolo establecido por el *International Anorectal Physiology Working Group* (IAPWG). Existen tratamientos no farmacológicos como la biorretroalimentación, la cual es primordial en caso de tratarse de trastornos de la coordinación como la disineria defecatoria, además de trastornos de la sensibilidad, por lo que es de vital importancia su identificación.

**Financiamiento:** No se dispuso de financiamiento.

### Mar375

## COMPARACIÓN DEL TRÁNSITO Y LA RETENCIÓN DEL BOLO ENTRE PACIENTES CON MOTILIDAD ESOFÁGICA INEFECTIVA Y MOTILIDAD ESOFÁGICA NORMAL MEDIANTE MANOMETRÍA DE ALTA RESOLUCIÓN CON IMPEDANCIA

A. L. Castro-Zárate, J. E. Suárez-Morán, P. Gálvez-Castillejos, J. García-Rentería, C. I. Blanco-Vela, Grupo Colaborativo: Sección de Neurogastroenterología y Motilidad, Hospital Español

**Introducción:** La representación precisa de la contractilidad mediante manometría esofágica con alta resolución facilitó la identificación de distintos puntos de referencia manométricos con importancia funcional y estructural. La zona de transición (ZT) demarca la región en la que se produce un cambio en la morfología del tejido del músculo estriado al liso, junto con la conversión del control central al periférico del peristaltismo. El tránsito del bolo esofágico puede modelarse con base en puntos de referencia topográficos de la presión esofágica. Además, mediante manometría esofágica de alta resolución con impedancia puede cuantificarse la retención del bolo esofágico.

**Objetivo:** Comparar mediante una técnica topográfica de impedancia esofágica de alta resolución el tránsito y aclaramiento del bolo esofágico entre pacientes con motilidad esofágica normal (MEN) y motilidad esofágica inefectiva (MEI).

**Materiales y métodos:** Se realizó un estudio retrospectivo en un centro de tercer nivel en el que se compararon los resultados de impedancia-manometría de pacientes con MEN y MEI de enero de 2022 a marzo de 2023. Se calculó la integral de impedancia esofágica (IIE) antes del frente de onda de contracción como IIE1 y después de la contracción como IIE2, y se presentó como una relación de IIE2/IIE1. Se utilizaron puntos de referencia topográfica para dividir el tránsito del bolo en cuatro fases: I, apertura del esfínter esofágico superior (EES); II, cierre del EES hasta la ZT; III, desde la ZT hasta el punto de desaceleración contráctil (PDC); IV, desde el PDC hasta completar el vaciamiento del bolo. Se compararon los valores del EE1 y EE2 y de los cuatro puntos de referencia de los pacientes con MEN o MEI. Se realizó estadística descriptiva; para la comparación entre grupos se usaron las pruebas ji cuadrada y U de Mann-Whitney. Se determinaron correlaciones mediante el coeficiente de correlación de Spearman.

**Resultados:** Se incluyó a 47 pacientes, de los cuales el 53,2% (n = 25) correspondió al género femenino. Del total de casos, el 87,2% (n = 41) presentó motilidad normal y el 12,8% (n = 6) MEI. Se encontraron diferencias entre los grupos de motilidad normal y MEI en talla (MEN 160,98 ± 8,16 vs. MEI 169,98 ± 6,73; p < 0,05), el DCI en posición primaria (MEN 1 643,06 ± 1 222,24 vs. MEI

852,35 ± 570,93;  $p < 0,05$ ), fase III del tránsito del bolo (MEN 1,53 ± 0,87 vs. MEI 0,84 ± 0,45;  $p < 0,05$ ), fase IV (MEN 1,25 ± 0,69 vs. MEI 0,76 ± 0,34;  $p < 0,05$ ) y porcentaje de aclaramiento del bolo (MEN 82,46 ± 25,78 vs. MEI 50 ± 30,98;  $p < 0,05$ ) (Tabla 1). Se encontró correlación positiva entre el porcentaje de aclaramiento y el IRP en posición primaria ( $r = 0,325$ ), en fase I antes del frente de onda ( $r = 0,309$ ), fase II antes del frente de onda ( $r = 0,399$ ) y después del frente de onda ( $r = 0,377$ ), fase III antes del frente de onda ( $r = 0,350$ ) y después del frente de onda ( $r = 0,306$ ) y en fase IV antes del frente de onda ( $r = 0,363$ ),  $p < 0,05$ . Se identificó también una correlación positiva entre la presión intrabolo y la edad ( $r = 0,348$ ), DCI en posición primaria ( $r = 0,353$ ), DCI en posición secundaria ( $r = 0,442$ ), latencia distal en posición primaria ( $r = 0,325$ ), velocidad de frente contráctil ( $r = 0,327$ ), en fase II después del frente de onda ( $r = 0,416$ ) y en la integral de impedancia esofágica en la fase IV ( $p < 0,05$ ). Se reconoció una correlación negativa entre el porcentaje de aclaramiento y la integral de impedancia esofágica en la fase IV ( $r = -0,419$ ),  $p < 0,001$ .

**Conclusiones:** La retención del bolo mediante topografía de impedancia esofágica de alta resolución es mayor en pacientes con MEI en comparación con enfermos sin alteraciones de la motilidad.

**Financiamiento:** No se recibió financiamiento de ningún tipo.

Tabla 1. Características de los grupos de estudio. (Mar375)

	MEN		MEI	
	Media	Desv. estándar	Media	Desv. estándar
Edad (años)	54,22	14,222	47,00	19,789
Peso (kg)	69,184	14,7974	67,000	12,7279
Talla (cm)	160,98	8,162	169,17	6,735
IRP1 (mmHg)	4,7798	3,92091	5,1500	2,57973
DCI1 (mmHg/s/cm)	1643,0646	1222,24444	852,3500	570,39731
LD1 (seg)	6,785	1,0725	7,717	0,9867
VFC1 (cm/seg)	3,695	1,1552	4,483	1,4770
IRP2 (mmHg)	6,790	6,0970	3,367	4,9046
DCI2 (mmHg/s/cm)	1951,176	1556,4336	1307,300	1029,2505
LD2 (seg)	4,456	3,4671	8,633	4,4541
VFC2 (cm/seg)	3,340	1,2025	3,333	1,5539
Fase I 1 (kΩ)	1,8993	0,65695	2,0350	0,98038
Fase I 2 (kΩ)	2,1054	1,03650	2,6717	2,40834
Fase I 2/fase I 1 (kΩ)	1,1335	0,47926	1,1129	0,57343
Fase I 2/fase I 1 (kΩ)	0,2061	0,87590	0,6367	1,50711
Fase II 1 (kΩ)	1,5759	0,56077	1,2567	0,34691
Fase II 2 (kΩ)	2,0341	1,26081	1,4767	0,93058
Fase II 2/fase II 1 (kΩ)	1,3204	0,67947	1,1222	0,45635
Fase II2/fase II 1 (kΩ)	0,4583	1,11513	0,2200	0,67234
Fase III 1 (kΩ)	1,5354	0,60773	1,2167	0,80363
Fase III 2 (kΩ)	1,7246	1,01540	1,6000	1,28078
Fase III 2/fase III 1 (kΩ)	1,1324	0,48988	1,3224	0,51156
Fase III 2/fase III 1 (kΩ)	0,1893	0,80760	0,3833	0,54349
Fase IV 1 (kΩ)	1,1322	0,68889	0,6867	0,45368
Fase IV 2 (kΩ)	1,2580	0,69965	0,7667	0,34720
Fase IV 2/fase IV 1 (kΩ)	1,2668	0,70769	1,2278	0,33892
Fase IV 2/fase IV 1 (kΩ)	0,1259	0,66289	0,0800	0,18298
Aclaramiento (%)	82,46	25,786	50,00	30,984
Tiempo de tránsito del bolo (seg)	3,327	1,0235	3,400	0,9940
Presión intrabolo (mmHg)	1,156	8,9242	16,167	6,7441

MEN, motilidad esofágica normal; MEI, motilidad esofágica inefectiva; 1, antes del frente de onda de contracción; 2, después del frente de onda de contracción.

## Mar376

### EL SÍNDROME DE INTESTINO IRRITABLE SUBTIPO DIARREA SE ASOCIA A MENOR RESILIENCIA Y MAYOR SEVERIDAD DE SÍNTOMAS

K. E. Medina-Morales, E. C. Morel-Cerda, M. J. Muñoz-Jiménez, P. Orozco-Acuña, J. C. Delgadillo-Tortajada, J. M. Aldana-Ledesma, J. A. Velarde-Ruiz Velasco, Hospital Civil Fray Antonio Alcalde

**Introducción:** Los síntomas del síndrome de intestino irritable (SII) pueden empeorar debido a factores psicosociales como la ansiedad y la falta de resiliencia. Los estudios han mostrado que los pacientes con SII tienen valores más bajos de resiliencia en comparación con los individuos sanos. Esta menor resiliencia se correlaciona con una peor calidad de vida vinculada con la salud y mayor gravedad de los síntomas; esto destaca la importancia de abordar estos factores al tratar a pacientes con SII.

**Objetivo:** Determinar el grado de resiliencia y gravedad de los síntomas según el subtipo de síndrome de intestino irritable en pacientes que acuden a consulta externa de gastroenterología del Hospital Civil Fray Antonio Alcalde.

**Material y métodos:** Se realizó un estudio de corte transversal de enero del 2024 a junio del 2024 en el que se recolectaron, mediante entrevista directa a través de un cuestionario de *Google Forms*, datos de pacientes valorados con diagnóstico de síndrome de intestino irritable en la consulta externa de gastroenterología de un hospital de tercer nivel del occidente del país. Se registraron datos sociodemográficos y se aplicaron los criterios de Roma IV para categorizar el subtipo de SII, el cuestionario de IBSSS para la gravedad de síntomas de SII y el CD-RISC 10 para determinar el grado de resiliencia; se cuantificó la ansiedad-depresión con HADS entre los subtipos de SII mediante una comparación de medias con una prueba de ANOVA. Asimismo, se analizó la distribución de variables con prueba de Shapiro-Wilk y un análisis de igualdad de varianzas con la prueba de Levene.

**Resultados:** Se incluyó a 64 pacientes, con 63% de mujeres y una media de edad de 39 años. En cuanto a los subtipos de SII, el 23% correspondió a SII-C, 14% a SII-D, 17% a SII-M y 11% a SII-U: se observó que el subtipo de SII-D era el fenotipo con mayor gravedad sintomática (234,5 ± 124,6;  $p \leq 0,001$ ) y menor resiliencia (19,3 ± 5,99;  $p \leq 0,011$ ). Se analizó la correlación entre IBSSS y CD-RISC 10 y se identificó una correlación negativa entre la gravedad sintomática y el grado de resiliencia ( $r = -0,437$ ;  $p = 0,001$ ). No se encontró una diferencia significativa de ansiedad-depresión entre los subgrupos; sin embargo, sí se reconoció una correlación negativa de ansiedad ( $r = -0,621$ ;  $p \leq 0,001$ ) y depresión ( $r = -0,666$ ;  $p \leq 0,001$ ) con el grado de resiliencia.

**Conclusiones:** Este estudio confirma que los pacientes con SII-D muestran una menor resiliencia y una mayor gravedad de síntomas en comparación con otros subtipos de SII. La correlación negativa significativa entre la gravedad de los síntomas y el grado de resiliencia resalta la importancia de considerar los factores psicosociales en la atención del SII. Además, aunque no se hallaron diferencias significativas en los grados de ansiedad y depresión entre los subgrupos, la relación negativa de estos con la resiliencia sugiere que fortalecer la resiliencia podría ser una estrategia útil para mejorar la calidad de vida de estos pacientes. Estos hallazgos destacan la necesidad de contar con un enfoque integral que incluya el tratamiento de la resiliencia y los factores psicosociales para el tratamiento efectivo del SII.

**Financiamiento:** Estudio realizado con recursos propios.

## Mar377

### FRECUENCIA DE LOS TRASTORNOS DIGESTIVOS FUNCIONALES EN PACIENTES CON FIBROMIALGIA EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL

Y. G. Céspedes-Saballos, V. Hernández-Garza, A. P. Escobedo-Zúñiga, M. Motola-Kuba, S. Camacho-Hernández, F. Higuera-De-la-Tijera, Hospital General de México Dr. Eduardo Liceaga

**Introducción:** La prevalencia y carga mundial de los trastornos gastrointestinales funcionales, resultados del estudio global de la Fundación Roma, es del 40%. En cuanto a los pacientes con fibromialgia, se desconoce cuál es el perfil en México acerca de la frecuencia de los trastornos digestivos funcionales en este grupo de población.



**Objetivo:** Determinar la frecuencia de los trastornos digestivos funcionales en pacientes con fibromialgia.

**Informe de casos:** Se realizó un estudio descriptivo de corte transversal y retrospectivo en el que se evaluaron 150 expedientes de pacientes que asistieron con diagnóstico de fibromialgia enviados del servicio de reumatología a la consulta externa de gastroenterología por algún tipo de trastorno gastrointestinal. El periodo de estudio fue de enero del 2021 a mayo del 2024. Se excluyó a los pacientes que tenían trastornos digestivos de causa orgánica. Se utilizaron los criterios de Roma IV para diagnosticar los trastornos gastrointestinales a estudiar. El análisis de los datos se efectuó con el programa estadístico SPSS en su versión 23. Las variables cualitativas se expresaron en términos de frecuencia y porcentaje, mientras que las variables cuantitativas se calcularon con tendencia central, como la media y la desviación estándar.

**Discusión:** Se identificaron 80 casos con fibromialgia y trastornos digestivos funcionales, 76 (95%) del género femenino con una media de edad de 51 ( $\pm$  DE) años. El trastorno digestivo funcional que predominó fue la dispepsia funcional (DF) de tipo síndrome de incomodidad posprandial (56,3%), seguido del síndrome de intestino irritable (SII) con predominio de estreñimiento (33,8%). En otros casos se presentó superposición (SII/DF) en el 42%. En cuanto a la frecuencia de los síntomas, el dolor y la distensión abdominal se presentaron tres a cinco veces por semana en el 60% y 61%, respectivamente. En cuanto a la intensidad percibida, el dolor en epigastrio, la saciedad, la plenitud, la distensión y el dolor abdominales se refirieron como molestos, pero no interferían con las actividades de la vida diarias en el 38%, 32,5%, 37,5%, 58,8% y 63,7%, respectivamente. Los pacientes con diagnósticos de salud mental relacionados se informaron en el 40,1% de los casos y el trastorno de ansiedad fue el más común (26%). En relación con las comorbilidades adjuntas, las más frecuentes fueron las enfermedades tiroideas en un 21%. Respecto del estado nutricional, la mayoría de los pacientes tuvo un peso normal (42,5%).

**Conclusiones:** Este estudio demuestra que la dispepsia funcional de tipo incomodidad posprandial es la principal alteración relacionada con la fibromialgia en un 53,6%, seguida del síndrome de intestino irritable con predominio de estreñimiento. Esto permitirá una mejor aproximación diagnóstica y terapéutica y de esta manera se logrará el control sintomático para pacientes con fibromialgia con el objetivo de mejorar la calidad de vida.

**Financiamiento:** No se recibió financiamiento alguno.

### Mar378

## VALIDACIÓN DEL COUGH REFLUX INDEX: UNA NOVEDOSA HERRAMIENTA PARA PREDECIR ENFERMEDAD POR REFLUJO GASTROESOFÁGICO EN PACIENTES CON SÍNTOMAS LARINGOFARÍNGEOS CRÓNICOS

J. I. Carrillo-Rojas, G. Morales-Osorio, F. D. García-García, S. Zavala-Villegas, Y. N. Varela-Martínez, N. Bueno-Hernández, Hospital General de Zona 29, IMSS

**Introducción:** La enfermedad por reflujo gastroesofágico (ERGE) se vincula con múltiples síntomas laringofaríngeos, en particular la tos; sin embargo, en el consenso de Lyon 2.0 se puntualiza que la presencia aislada de estas manifestaciones no es indicación para realizar una prueba terapéutica con un inhibidor de la bomba de protones (IBP) y exige la documentación objetiva de exposición anormal al ácido mediante impedancia/pH-metría. En fecha reciente se ha propuesto el *Cough reflux index* (CRI), una herramienta que evalúa síntomas esofágicos y extraesofágicos (tos, regurgitación, globus), índice de masa corporal (IMC), género y hernia hiatal por endoscopia; este índice calcula la probabilidad de ERGE en pacientes con síntomas laringofaríngeos crónicos (bajo:  $\leq$  2,5 puntos; intermedio: 3-4,5 puntos; y alto:  $\geq$  5 puntos); no obstante, no se ha validado en este medio.

**Objetivo:** Validar la herramienta CRI para la predicción de ERGE en pacientes mexicanos con síntomas laringofaríngeos crónicos.

**Material y métodos:** Estudio transversal en pacientes con síntomas laringofaríngeos, como tos, odinofagia, disfonía o aclaramiento faríngeo sin evidencia objetiva de ERGE (esofagitis de grados B, C o D de la clasificación de Los Ángeles, estenosis esofágica péptica o esófago de Barrett comprobado por biopsia). A todos ellos se les aplicó el CRI y se utilizó como norma de referencia la impedancia/pH-metría ambulatoria de 24 horas en la que se definió "reflujo ácido patológico" un tiempo de exposición al ácido (TEA)  $\geq$  6%. La concordancia entre ambas pruebas se evaluó con un análisis kappa; se calcularon el área bajo la curva (AUROC) y la sensibilidad y especificidad para cada

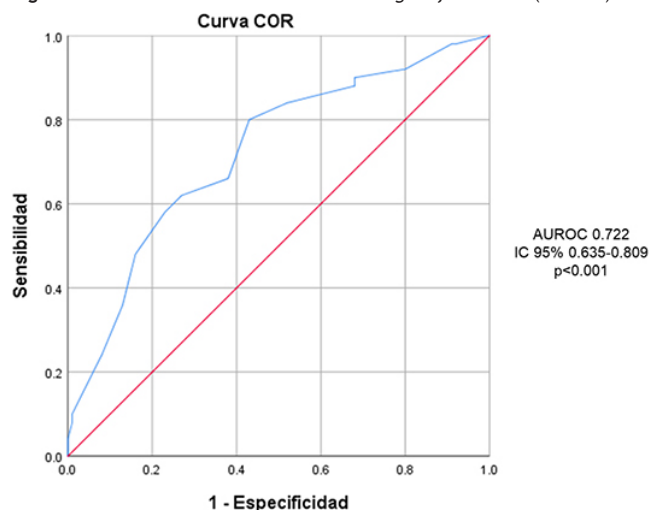
resultado. Los datos se analizaron con el paquete estadístico SPSS v25 y se consideró un valor de p significativo  $<$  0,05.

**Resultados:** Se incluyó a 150 pacientes, 50 (33%) hombres y 100 (67%) mujeres, con edad media de 52 años. La tos crónica fue el síntoma laringofaríngeo más frecuente (64%). El 58% (n = 87) tuvo TEA normal y baja probabilidad de ERGE por CRI en el 37,3% (n = 56), TEA indeterminado en el 8,7% (n = 13) y por CRI en 28% (n = 42); al final, la prevalencia de ERGE por TEA fue del 33,3% (n = 50) y por CRI el 34,7% (n = 52). Existe correlación significativa entre la puntuación obtenida en CRI y TEA ( $r = 0,351$ ,  $p <$  0,001). El valor kappa obtenido para ambas pruebas fue de 0,223 ( $p <$  0,001). El AUROC del CRI fue de 0,722 (IC95%, 0,635-0,809;  $p <$  0,001), con una sensibilidad del 76,8% y una especificidad de 55,8% comparado con la norma de referencia (Figura 1).

**Conclusiones:** El CRI es una herramienta útil y válida en esta población para predecir ERGE en pacientes con síntomas laringofaríngeos crónicos, en especial para identificar al grupo con mayor probabilidad de ERGE. Esta validación permite orientar las estrategias de diagnóstico en esta población y reducir el uso inapropiado de herramientas como la impedancia/pH-metría mediante la selección adecuada de pacientes, y reducir así los costos del sistema de salud.

**Financiamiento:** No se recibió ningún financiamiento.

Figura 1. Predicción de ERGE mediante el *Cough reflux index*. (Mar378)



### Mar379

## IMPACTO DEL SÍNDROME DE INTESTINO IRRITABLE EN LA PRODUCTIVIDAD LABORAL Y ACTIVIDADES COTIDIANAS DE PACIENTES MEXICANOS

Y. M. Velasco-Santiago, C. G. Solís-Hernández, M. C. Alegría-Ovando, M. F. Domínguez-Domínguez, M. Motola-Kuba, F. Higuera-De-la-Tijera, Hospital General de México Dr. Eduardo Liceaga

**Introducción:** El síndrome del intestino irritable (SII) modifica la calidad de vida de los pacientes, quienes a menudo refieren problemas laborales y personales. Los estudios previos han registrado un 28% de ausentismo (horas de trabajo perdidas) y 86% de presentismo (disminución de la productividad laboral en horario de trabajo), con un deterioro laboral global en más del 80% de los pacientes. Además, se ha observado deterioro de la gestión del hogar, las actividades de ocio, tanto sociales como privadas, y el mantenimiento de relaciones cercanas.

**Objetivo:** Evaluar el efecto del SII en la productividad laboral y las actividades cotidianas en pacientes que acuden a la consulta de gastroenterología del Hospital General de México Dr. Eduardo Liceaga.

**Material y métodos:** Estudio observacional, descriptivo y analítico de cohorte llevado a cabo en 74 pacientes mayores de 18 años con diagnóstico de SII, de acuerdo con los criterios de Roma IV. Se les aplicaron los cuestionarios IBS-SSS para valorar la gravedad de los síntomas, WPAI:IBS para determinar el efecto del SII en la productividad laboral y las actividades de la vida diaria, y WSAS para evaluar el efecto del SII en el funcionamiento diario de los pacientes. Para comparar las variables categóricas se usaron las pruebas ji cuadrada o exacta de Fisher; para tres o más grupos se empleó la prueba de ANOVA de

un factor. Para correlacionar se construyó una matriz de correlación, de acuerdo con la distribución de la variable, y se aplicó el rho de Spearman o Pearson; se consideró significativo un valor de  $p < 0,05$ .

**Resultados:** Se analizó a 74 pacientes, de los cuales 85,1% correspondió a mujeres, con una edad media de  $53,9 \pm 12,6$  años. Del total, el 44,5% se dedicaba al hogar, el 29,7% tenía una actividad laboral formal y el 22% una informal. En cuanto a la clasificación, 54% se agrupó en SII-E (predominio de estreñimiento), 31% en SII-D (predominio de diarrea) y 14,8% en SII-M (mixto). De acuerdo con la gravedad, el 63,5% tenían síntomas leves. El SII alteró las actividades cotidianas en el 91,8% de los casos y la productividad laboral en el 68,9%. De estos, el 68,9% experimentó ausentismo y el 67,5% presentismo. No se observaron diferencias significativas entre la gravedad del SII y el ausentismo, presentismo, productividad laboral global o deterioro de las actividades cotidianas. Se observó una correlación significativa (0,956) del presentismo con la pérdida de la productividad laboral ( $p = 0,001$ ; **Tabla 1**). El 14,8% de los pacientes experimentó una afectación significativa de su funcionamiento diario debido al SII (6/40 SII-E; 3/23 SII-D; 2/11 SII-M); no se hallaron diferencias entre los subgrupos ( $p = 0,93$ ).

**Conclusiones:** El SII tiene un efecto importante en las actividades diarias y la productividad laboral de los pacientes mexicanos, lo cual puede limitar su funcionamiento. Destaca el presentismo como factor relacionado con la pérdida de productividad laboral. Para mejorar el funcionamiento de los pacientes es fundamental desarrollar estrategias que contribuyan a reducir los efectos del SII en los ámbitos laboral, doméstico e interpersonal.

**Financiamiento:** No se recibió financiamiento de ningún tipo.

**Mar380**

**PARTICIPACIÓN DE LA ENZIMA NICOTIDAMIDA ADENINA DINUCLEÓTIDO FOSFATO (NADPH) OXIDASA EN SÍNDROME DE INTESTINO IRRITABLE (SII)**

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

**Introducción:** La subunidad catalítica gp91phox de la enzima NADPH oxidasa es la encargada de producir especies reactivas de oxígeno (ERO). Se ha demostrado que una activación excesiva de esta enzima puede generar inflamación y disbiosis del colon, factores que intervienen en la fisiopatología del SII (Aviello *et al.*, 2018). Las ERO también actúan como segundos mensajeros para activar factores de transcripción sensibles a redox (p. ej., NF- $\kappa$ B) que inducen respuestas inmunitarias e inflamatorias que al final causan daño. Con anterioridad se ha demostrado mayor EO y mayor expresión de NF- $\kappa$ B en SII (Morales-Guzmán *et al.*, 2023), pero se desconoce el papel de NADPH oxidasa en el SII.

**Objetivo:** Determinar la participación de la NADPH oxidasa en SII y diferencias de acuerdo con los subtipos.

**Materia y métodos:** Se estudió a 30 pacientes con SII-Roma III de la consulta de gastroenterología del Hospital General de México Dr. Eduardo Liceaga y 30 controles negativos para SII. Se excluyó a aquellos con enfermedades orgánicas (diabetes mellitus, trastornos autoinmunitarios, EII, enfermedad celiaca, infecciones recientes). Por medio de *Western blot* se evaluó la expresión de la subunidad catalítica gp91phox en sangre periférica.

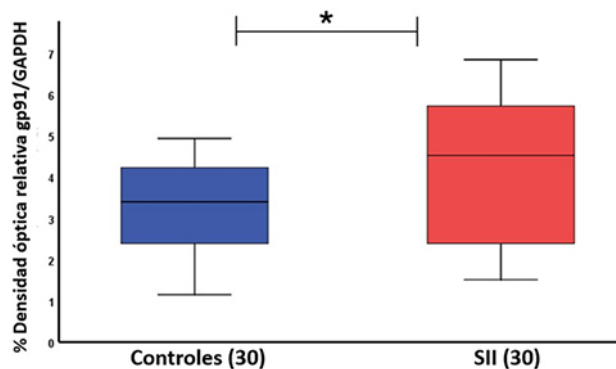
Se visualizó y analizó la densitometría con el programa NIH Image J. El análisis estadístico se llevó a cabo mediante la U de Mann-Whitney y se consideró significativa una  $p \leq 0,05$ .

**Resultados:** Los pacientes con SII incluyeron a 27 mujeres y tres hombres de  $42 \pm 15$  años y los controles a 27 mujeres y tres hombres con igual edad,  $42 \pm 14$  años ( $p = 0,93$ ); una proporción de 87% se consideró moderada a grave según el IBS-SSS. La distribución por subtipos fue en su mayoría de SII no clasificable (SII-NC): 47% con estreñimiento (SII-E), 37% con diarrea (SII-D), 13% mixto (SII-M) que se excluyó del análisis por subtipos. En el SII se observó una mayor expresión de la subunidad catalítica gp91phox respecto de los controles:  $3,29 \pm 1,03$  vs.  $4,28 \pm 1,81$  ( $p < 0,05$ ) (**Figura 1**). Sin embargo, no se identificaron diferencias de acuerdo con el subtipo de SII (porcentaje relativo de densidad óptica gp91/GAPDH): SII-NC,  $3,46 \pm 0,94$ ; SII-E,  $3,10 \pm 1,08$ ; SII-D,  $3,32 \pm 1,49$ .

**Conclusiones:** Los datos obtenidos en este estudio sugieren que existe una activación desregulada de la enzima NADPH oxidasa en SII. Hasta donde conocen los autores, este constituye el primer informe en la bibliografía médica de la expresión de esta enzima en el SII. El conocimiento de los mecanismos fisiopatológicos subyacentes del SII, como la desregulación de la NADPH oxidasa, es crucial para identificar biomarcadores diagnósticos y potenciales tratamientos para pacientes con este trastorno.

**Financiamiento:** División de Investigación, Facultad de Medicina (UNAM), y Dirección de Investigación, Hospital General de México Dr. Eduardo Liceaga Dr. Eduardo Liceaga.

**Figura 1.** Transferencias representativas realizadas para gp91phox. El análisis por densitometría se normalizó con GAPDH (como control de carga). Los resultados representan la media  $\pm$  DE obtenida de tres experimentos independientes. \* $p < 0,05$ . (**Mar380**)



**Mar381**

**PREVALENCIA DE MANIFESTACIONES EXTRAINTESTINALES SEGÚN EL SUBTIPO DE SÍNDROME DE INTESTINO IRRITABLE**

K. E. Medina-Morales, E. C. Morel-Cerda, M. J. Muñoz-Jiménez, P. Orozco-Acuña, J. C. Delgadillo-Tortajada, J. M. Aldana-Ledesma, J. A. Velarde-Ruiz Velasco, Hospital Civil Fray Antonio Alcalde

**Tabla 1.** Matriz de correlación de Spearman. (**Mar379**)

		IBS-SSS	WPAI:IBS ausentismo	WPAI:IBS presentismo	WPAI:IBS D.A.	WPAI:IBS P.P.L.
IBS-SSS	Coeficiente de correlación	1,0	-0,123	0,108	1,145	0,027
			0,296	0,362	0,218	0,821
WPAI:IBS ausentismo	Coeficiente de correlación	-0,123	1,0	0,708	-0,261	0,812
		0,296		0,000	0,025	0,000
WPAI:IBS presentismo	Coeficiente de correlación	0,108	0,708	1,0	-0,288	<b>0,956</b>
		0,362	0,000		0,013	<b>0,000</b>

**Introducción:** El SII afecta la calidad de vida a través de las manifestaciones de sus síntomas gastrointestinales; sin embargo, se han relacionado los trastornos con el eje intestino-cerebro, entre ellos los trastornos psiquiátricos, la sensibilización central y los problemas del sueño, que contribuyen a acentuar la gravedad de los síntomas gastrointestinales. Ohlsson *et al.*, en una revisión sistemática de 80 publicaciones, encontraron que el 50% de los pacientes con SII expresa manifestaciones extraintestinales que empeoran la calidad de vida respecto de los grupos control.

**Objetivo:** Determinar la prevalencia según el subtipo de síndrome de intestino irritable de las principales manifestaciones extraintestinales referidas de pacientes valorados en la consulta externa de gastroenterología.

**Material y métodos:** Se realizó un estudio de corte transversal de enero a junio del 2024 en el que se recolectaron, mediante un cuestionario de *Google Forms*, datos de pacientes valorados en la consulta externa de gastroenterología. Se entrevistó a 75 sujetos, de los cuales 47 (62,6%) cumplieron con los criterios de Roma IV para síndrome de intestino irritable, y a 28 (37,3%) individuos sanos. Se registraron datos sociodemográficos y se aplicaron los criterios de Roma IV para categorizar el subtipo de SII. El análisis se efectuó mediante la prueba ji cuadrada para comparar proporciones de manifestaciones extraintestinales entre grupos, y el análisis de varianza (ANOVA) se empleó para comparar medias de variables continuas entre grupos con un grado de significancia estadística establecido en  $p < 0,05$ .

**Resultados:** De los pacientes con diagnóstico de SII, el 62% correspondió a mujeres, con una edad promedio de 39 años. El índice de masa corporal (IMC) promedio fue de 25, lo que indica un intervalo de peso que varía entre lo normal y el sobrepeso. Las comorbilidades más comunes entre estos pacientes fueron la diabetes mellitus tipo 2 (DM2) con un 14% y el hipotiroidismo con un 13%. En cuanto a los subtipos de síndrome de intestino irritable (SII), el SII con predominio de estreñimiento (SII-C) es el más común y representa el 23% de los casos, seguido por el SII mixto (SII-M) con un 17% y el SII con predominio de diarrea (SII-D) con un 14%. El 54% tenía una gravedad leve a moderada de los síntomas; al comparar estas manifestaciones entre los diferentes tipos de SII y aquellos sin SII se observan algunas diferencias significativas en ciertas alteraciones como la fascitis plantar ( $p = 0,012$ ), la cistitis intersticial ( $p = 0,019$ ) y los antecedentes de colestecistomía ( $p = 0,040$ ). Además, las anomalías como la migraña muestran diferencias notables, aunque no estadísticamente significativas ( $p = 0,050$ ).

**Conclusiones:** Las manifestaciones extraintestinales son frecuentes en la población investigada, en particular en el SII-D; la cistitis intersticial y la fascitis plantar fueron las que tiene mayor relación con el SII. Sin embargo, es necesario continuar la investigación para caracterizar mejor los subtipos del SII, lo que podría ayudar a perfeccionar las estrategias terapéuticas adaptadas.

**Financiamiento:** Estudio realizado con recursos propios.

## Mar382

### IMPACTO DE LA TERAPIA DE BIORRETROALIMENTACIÓN EN PACIENTES CON INCONTINENCIA FECAL

A. L. Ordóñez-Vázquez, I. Padilla-Betancourt, J. S. Arenas-Martínez, A. Fuentes-Montalvo, A. Pereira-García, M. Esesarte-Rodríguez, E. Coss-Adame, Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán

**Introducción:** El tratamiento de biorretroalimentación (TBR) es una opción terapéutica en paciente con incontinencia fecal (IF) que no responden al tratamiento farmacológico. El objetivo del TBR consiste en mejorar la fuerza mediante la contracción de los músculos del piso pélvico, con y sin distensión del balón intrarrectal. El TBR se realiza en seis sesiones bisemanales de 60 minutos de duración, pero no existe un protocolo estandarizado. A pesar de los múltiples estudios clínicos sobre su efectividad, se han notificado resultados heterogéneos para la mejoría clínica de la IF, por lo que se requieren más estudios controlados para obtener mejor calidad de la evidencia.

**Objetivo:** Identificar el efecto en desenlaces clínicos y manométricos de la realización de tres y seis sesiones de TBR para tratamiento de pacientes con IF.

**Material y métodos:** Estudio transversal en un centro de tercer nivel de atención en la Ciudad de México, en el que se revisaron los expedientes de pacientes mayores de 18 años con IF referidos para TBR en el periodo de 2020 a 2023. Se recopilaron datos demográficos, clínicos y manométricos. Las variables se resumieron con medianas, frecuencias y porcentajes. Se realizó la prueba de suma de rangos con signo de Wilcoxon para comparar la escala de Wexner (W) y las presiones del esfínter anal antes y después de la TBR.

**Resultados:** Se encontraron 36 casos de pacientes que asistieron a un mínimo de tres y un máximo de seis sesiones de TBR. La edad promedio fue de 64,6 años  $\pm$  14, con 83% de mujeres. Del total, 21 pacientes (58%) completaron tres sesiones de TBR y 19 pacientes (53%) hasta seis sesiones. Los valores iniciales promedio de la escala de W, presión en reposo del esfínter anal (PREA), contracción anal promedio (CAP) y contracción anal máxima (CAM) fueron: 12,5 puntos (RIC, 9-16), 35,6 mmHg (5-71), 42,6 mmHg (15-114) y 92,5 mmHg (27-296), respectivamente. Los valores promedio al término de las seis sesiones de TBR de la escala de W, PREA, CAP y CAM fueron: 9 puntos (2-20,  $p = 0,005$ ), 38,9 mmHg (12-83), 83,3 mmHg (29-351,  $p < 0,001$ ) y 116 mmHg (41-354), respectivamente. En los pacientes que completaron tres sesiones de TBR se observó una diferencia en el valor de la contracción anal promedio (88,53 mmHg, +62,2,  $p < 0,001$ ) respecto del valor inicial (39 mmHg, + 62,2). No se identificó diferencia tras comparar los resultados entre la tercera y la sexta sesiones de TBR ( $p = 0,963$ ). Los resultados completos se presentan en la **Tabla 1**.

**Conclusiones:** Los resultados sugieren que la TBR es efectiva clínica y biomecánicamente para el tratamiento de la IF. Se observó mejoría en la CAP desde la tercera sesión, sin mayor optimización a las seis sesiones. Se requieren estudios complementarios para la identificación del número de sesiones ideal para alcanzar la máxima efectividad terapéutica.

**Financiamiento:** No se recibió financiamiento de ningún tipo.

**Tabla 1.** Resultados clínicos y manométricos de los pacientes con incontinencia fecal que acudieron a tratamiento de biorretroalimentación. (Mar382)

Característica	Inicial	3ra sesión	p	6ta sesión	p	p
Escala de Wexner (puntos)	12,5 (RIC 9-16) (n = 23)	NA	NA	9 (2-20) (n = 14)	0,005	NA
Presión del esfínter anal en reposo (mmHg)	35,6 (5-71) (n = 112)	43,6 (5-91) (n = 21)	NS	38,9 (12-83) (n = 19)	NS	NS
Contracción anal promedio (mmHg)	42,6 (15-114) (n = 112)	88,5 (42-330) (n = 21)	< 0,001	83,3 (29-351) (n = 19)	< 0,001	0,963
Contracción anal máxima (mmHg)	92,5 (27-296) (n = 112)	114 (45-357) (n = 21)	NS	116 (41-354) (n = 19)	NS	NS
Duración de la contracción (segundos)	30 (7-35) (n = 112)	20 (11-35) (n = 21)	NS	20 (12-30) (n = 19)	NS	NS